



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผน  
ความเชื่อด้านสุขภาพในตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์  
Effect of the Promoting Reception of Cervical Cancer Screening Service Program  
using the Health Belief Model in Bo Nok Subdistrict, Mueang District,  
Prachuap Khiri Khan Province

เรไร สูงยิ่ง  
Rerai Sungying

วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี  
Master of Science Thesis in Public Health  
Phetchaburi Rajabhat University

2556

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้  
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในตำบลป่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์  
ผู้วิจัย นางเรไร สูงยิ่ง  
สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์

---

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ  
(ดร.บุษราคัม สิงห์ชัย)

.....ประธานกรรมการ  
(ดร.สุภารัตน์ ไชยเฉลิม)

.....กรรมการ  
(ดร.บัวตั้น เขียรอารมณ์)

.....กรรมการ  
(ดร.บุษราคัม สิงห์ชัย)

.....กรรมการ  
(ดร.บัวตั้น เขียรอารมณ์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ  
(ดร.ชลัช กลิ่นอุบล)

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาโรช เผือกบัวขาว)

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิวัต กลิ่นงาม)

บัณฑิตศึกษา

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ศูนย์จัดการศึกษานอกสถานที่ตั้ง

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผู้วิจัย นางเรไร สูงยิ่ง สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์ พ.ศ.2556 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ดร.บุษราคัม สิงห์ชัย อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ดร.บัวคั่น เขียวอารมณ์

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง และ 2) การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือสตรีอายุ 30 - 60 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน ระยะเวลาที่ศึกษาจำนวน 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบรายงานการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สูงกว่ากลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 85.67

ข้อค้นพบจากการวิจัย คือ การบริหารจัดการ โปรแกรมที่มีกลุ่มทดลองเป็นศูนย์กลางโดยใช้กระบวนการติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคลและกระตุ้นเตือน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ผ่านวิทยุชุมชน หอกระจายข่าว ผ่านการประชุมประชาคมในหมู่บ้าน การใช้ตัวแบบที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก ส่งผลให้การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น จึงสมควรนำโปรแกรมไปประยุกต์เพื่อใช้ในการพัฒนางานโรคเรื้อรัง การสร้างเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป ต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการบริหารจัดการ โปรแกรมดังกล่าวมาแล้วอย่างจริงจัง

**Thesis Title:** Effect of the Promoting Reception of Cervical Cancer Screening Service Program using the Health Belief Model in Bo Nok Subdistrict, Mueang District, Prachuap Khiri Khan Province **Researcher:** Mrs. Rerai Sungying **Major:** Public Health Science **Year:** 2013 **Advisor:** Dr. Butsarakham Singchai **Co-advisor:** Dr. Buatana Theinarom

### **Abstract**

This quasi-experimental research were aimed to study: 1) knowledge of cervical cancer, perceived risk of the disease, perceived severity of the disease, perceived the benefits and the barriers to receiving cervical cancer screening service of the experimental and control groups before and after the programming, and 2) the reception of cervical cancer screening service of experimental and control groups. The research samples consisted of 60 women, at 30-60 years old, who lived in Bo Nok Subdistrict, Mueang District, Prachuap Khiri Khan Province, divided into 2 groups for the experimental and control groups. The data were collected for 10 weeks by using questionnaires and report form for the reception of cervical cancer screening service. The data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, and t-test.

The research results showed that:

1. After programming, the level of knowledge on cervical cancer and perceived the health belief of experimental group was higher than those before programming and higher than those in the control group with statistical significance at 0.05 level.
2. After programming, the experimental group came to receiving cervical cancer screening service more than those in the control group, at 85.17%.

The research finding was the program management that the centre experimental group was using procedure of individual home visit and continuous stimulation by public health personnel and village health volunteers, joined with the public relation passed the community radio, and village community meeting. The using of cervical cancer patient as a model had effected to the increasing on receiving cervical cancer screening service. Thus, this program should be applied to develop the performance on chronic diseases, health enhancement, and health behavior changed using the program management process seriously.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีเพราะได้รับความอนุเคราะห์อย่างดียิ่งจาก ดร.บุษราคัม สิงห์ชัย และดร.บัวตัน เขียวอรามณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดร.สุदारัตน์ ไชยเฉลิม ประธานกรรมการสอบ ดร.ชลัช กลิ่นอุบล กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์อารมณห์ เฟื่องฟู ซึ่งคอย แนะนำ แก้ไขและให้ข้อเสนอแนะในการจัดทำวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ต้นจนสำเร็จด้วยความเรียบร้อย ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ รวมถึงคณาจารย์ทุกท่านที่ประสาทวิชาให้

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงสุกัลยา นิมิตรสุรชาติ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สาขาสูตินารีเวชกรรม นางศรีสมาน บุญมีโชติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และนางอารยา ภักดิ์ศรี ที่สนับสนุนให้กำลังใจและเป็นผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาสละเวลาตรวจเครื่องมือและให้ข้อคิดเห็น ขอขอบคุณท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ สาธารณสุขอำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์ รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปูหลกตำบลบ่อนอก เพื่อนิสิตรปริญญญา โท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำช่วยเหลือการใช้สถิติ และให้ความช่วยเหลือในทุก ด้านกับผู้วิจัยเป็นอย่างดีและขอขอบคุณคุณนิษฐา พวงนิล ที่ให้คำแนะนำช่วยเหลือการใช้สถิติและเป็นกำลังใจให้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณ คุณพ่อ และครอบครัวที่ให้กำลังใจที่ดีและให้การสนับสนุนมาด้วยดี ตลอดที่คอยให้คำปรึกษาและเป็นกำลังใจ จนผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

เรไร สูงยิ่ง

กรกฎาคม 2555

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	(3)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	(4)
กิตติกรรมประกาศ.....	(5)
สารบัญ.....	(6)
สารบัญตาราง.....	(8)
สารบัญภาพประกอบ.....	(10)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
สมมติฐานการวิจัย.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	3
คำนิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ของการวิจัย.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
โรคมะเร็งปากมดลูก.....	8
การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.....	15
ความเชื่อด้านสุขภาพ.....	17
ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม.....	24
ทฤษฎีการเสนอตัวแบบ.....	27
ข้อมูลพื้นฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบุหลก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์.....	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40

3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	43
	แบบแผนการวิจัย.....	43
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	45
	เครื่องมือในการวิจัย.....	46
	การสร้างเครื่องมือและการหาคูณภาพของเครื่องมือ.....	51
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	52
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
4	ผลการวิจัย.....	55
	ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	55
	ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก.....	59
	ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก.....	62
	ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก.....	65
	ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ.....	68
	ส่วนที่ 6 ข้อมูลด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.....	71
	ส่วนที่ 7 ข้อมูลการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม.....	74
	ส่วนที่ 8 ข้อมูลจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.....	77
5	สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	78
	สรุปผลการวิจัย.....	78
	การอภิปรายผล.....	79
	ข้อเสนอแนะ.....	82
	บรรณานุกรม.....	83
	ภาคผนวก.....	86
	ภาคผนวก ก หนังสือเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	87
	ภาคผนวก ข แบบสอบถามเพื่อการวิจัย.....	91
	ประวัติผู้วิจัย.....	102

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป.....	56
4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการทดลอง.....	59
4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง.....	60
4.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง.....	61
4.5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง.....	62
4.6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง..	63
4.7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง...	64
4.8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง.....	65
4.9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง.....	66
4.10 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง.....	67
4.11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามตามระดับรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ก่อนและหลังการทดลอง.....	68
4.12 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง.....	69
4.13 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของคะแนน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง.....	70
4.14 จำนวน และร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการทดลอง.....	71



4.15	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับ บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง.....	72
4.16	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับ บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของคะแนนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง.....	73
4.17	จำนวน และ ร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับการได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนและหลังการทดลอง.....	74
4.18	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง.....	75
4.19	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง.....	76
4.20	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนจำแนกตามการมารับ บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการทดลอง.....	77

## สารบัญภาพประกอบ

ภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
3.1 แบบแผนการวิจัย.....	44

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลกพบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกที่ติดอันดับ 1 ใน 10 ขณะนี้คือ โรคมะเร็ง โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2547 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งถึง 7.4 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในพ.ศ.2558 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งถึง 83.2 ล้านคน (WHO, 2008 : 23) สำหรับโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาของทุกประเทศ และองค์การอนามัยมะเร็งนานาชาติได้คาดการณ์ว่าทั่วโลกจะมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 1 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก 25 ล้านคน และจะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550) จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ปีละ ประมาณ 470,600 ราย จำนวนนี้จะเสียชีวิตประมาณ 233,372 ราย จากสถิติการคาดประมาณปี 2553 สถิติที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ วันของสตรีโลก ทำให้สตรีเสียชีวิตมากเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งตับและมะเร็งเต้านม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2552)

สาเหตุของโรคนี้นี้พิสูจน์แล้วว่า ต้นเหตุที่แท้จริงคือ การติดเชื้อไวรัส Human Papilloma virus (HPV) มีระยะการดำเนินการ โรคนาน เริ่มต้นจากการติดเชื้อไวรัส Human Papilloma virus (HPV) ที่ปากมดลูกทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์จนกระทั่งกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ขบวนการนี้จะใช้เวลาประมาณ 13 ปี ดังนั้น การสืบค้นหาเซลล์ปากมดลูกที่ผิดปกติตั้งแต่แรกเริ่มที่ทำได้ง่ายไม่ซับซ้อน คือ การทำ Pap Smear ทำได้ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงเป็นวิธีการคัดกรองโรคที่มีประสิทธิภาพ

ประเทศไทยโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 4 ในบรรดามะเร็ง 10 อันดับแรกของไทยพบอุบัติการณ์ 24.7 ต่อประชากรหญิง 100,000 คน ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นประมาณปีละ 7,000 คน ซึ่งเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกสูงถึง 7 คนต่อวัน และช่วงอายุที่พบบ่อย 45-50 ปี ซึ่งการเป็นมะเร็งปากมดลูก จะมีผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยอย่างมาก ดังนั้นการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) ได้พิสูจน์อย่างแน่ชัดแล้วว่าสามารถลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

สำหรับสถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูกจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่ พ.ศ.2549 ถึง พ.ศ. 2553 อยู่ในช่วง 16-24 คน อัตราตายจากโรคมะเร็งปากมดลูก

ต่อแสนประชากรในปี 2549 เท่ากับ 4.89 ปี 2550 เท่ากับ 4.63 ปี 2551 เท่ากับ 4.02 ปี 2552 เท่ากับ 3.18 และปี 2553 เท่ากับ 4.15 เป้าหมายการควบคุมป้องกันโรคไม่ให้เกิน 3.5 ต่อแสนประชากร อ.เมือง ประจวบคีรีขันธ์ อัตราตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกต่อแสนประชากรปี 2549 เท่ากับ 4.62 ปี 2550 เท่ากับ 2.31 ปี 2551 เท่ากับ 8.05 ปี 2552 เท่ากับ 3.44 และปี 2553 เท่ากับ 5.70 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประจวบคีรีขันธ์, 2554)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทั้งชาติ มีสุขภาพที่ดี ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาโรคมะเร็งปากมดลูก และสนับสนุนงบประมาณ ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear ใน 76 จังหวัด ทั่วประเทศไทย ในสตรีกลุ่มอายุระหว่าง 30-60 ปี ซึ่งเป็นวิธีสามารถตรวจและสืบค้นได้ตั้งแต่เซลล์ เริ่มผิดปกติทำให้ลดอุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคมะเร็งปากมดลูกได้

จากผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30- 60 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปูหลก ในปี 2553 - 2554 กลุ่มเป้าหมายมารับบริการ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกคิดเป็นร้อยละ 24.79 ปี 2553 และปี 2554 คิดเป็นร้อยละ 26.8 และพบผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกในปี 2552 จำนวน 2 ราย ปี 2553 พบ 2 ราย และในปี 2554 พบ 2 ราย จะเห็นได้ว่ามะเร็ง ปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันดับต้นๆของประชาชนรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านหนองปูหลก ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่า ในส่วนของเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้ให้บริการ มีบุคลากรน้อย แต่มีภาระงานมาก ดังนั้นจึงต้องจัดบริการในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ในส่วนของผู้รับบริการ พบว่า ด้วยความอายต่อเจ้าหน้าที่ที่อยู่ประจำจึงไม่มารับบริการตรวจคัดกรองจึงต้องขอสนับสนุน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์มาให้บริการซึ่งเป็นข้อจำกัดด้านการให้บริการ

จากข้อมูลการดำเนินงานที่ผ่านมา มีผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ผู้วิจัยจึงได้ทำการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นในสตรีกลุ่มที่ไม่ได้มารับบริการตรวจคัดกรองจำนวน 30 คน พบว่า สาเหตุที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคือ อาย ไม่มีอาการผิดปกติต้องไปทำงาน กลัวทำใจไม่ได้เมื่อตรวจพบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อีกทั้งยังไม่มีแนวทางหรือรูปแบบใหม่ๆในการรณรงค์การดำเนินงานในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงจัดทำโปรแกรม ส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาประยุกต์ใช้เพื่อให้สตรีมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้น เพื่อเป็นรูปแบบส่งเสริมบริการการตรวจมะเร็งปากมดลูกขึ้นใหม่ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย

ที่เหมาะสม โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่โดยเริ่มจากการพัฒนาความรู้ที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาประยุกต์ใช้และพัฒนาความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกแก่สตรี

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการรับรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

### สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ขอบเขตการวิจัย

#### ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปุลก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระยะเวลา 2 ปี จำนวน 162 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปุลก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 60 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจงแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุ 30- 60 ปี
2. ยังไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา

3. มีภูมิสำเนาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปูหลก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

4. มีความสามารถในการรับรู้และสื่อความหมายเข้าใจ

5. มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปูหลก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

#### ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาทำการศึกษตั้งแต่เดือนตุลาคม 2554 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2555

#### ขอบเขตด้านตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อดังนี้

1. ความรู้
2. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ
  - 2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
  - 2.2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
  - 2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ
  - 2.4 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

#### ตัวแปรตาม ได้แก่

1. ระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก
2. ระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ
  - 2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
  - 2.2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
  - 2.3 การรับรู้ต่อประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ
  - 2.4 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. ระดับการได้รับการแรงสนับสนุนทางสังคม
4. การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

## คำนิยามศัพท์เฉพาะ

**โปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก** หมายถึง โปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อจัดกิจกรรมให้กับสตรีอายุ 30- 60 ปี โดยประยุกต์ทฤษฎีแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้สตรีกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษามีการพัฒนาพฤติกรรม โดยมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

**แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ** หมายถึง และการรับรู้ของสตรีกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock ในเรื่องต่อไปนี้

**การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก

**การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มเป้าหมายต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมีความรุนแรงต่อชีวิตของเขาหากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค

**การรับรู้ต่อประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มเป้าหมายต่อประโยชน์ของการมาตรวจ คิดว่าการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ถ้าตรวจพบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะแรก จะสามารถรักษาได้หายขาด

**การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก** หมายถึง การรับรู้ของสตรีกลุ่มเป้าหมายว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกถึงแม้มีอุปสรรคก็จะพยายามมาตรวจ

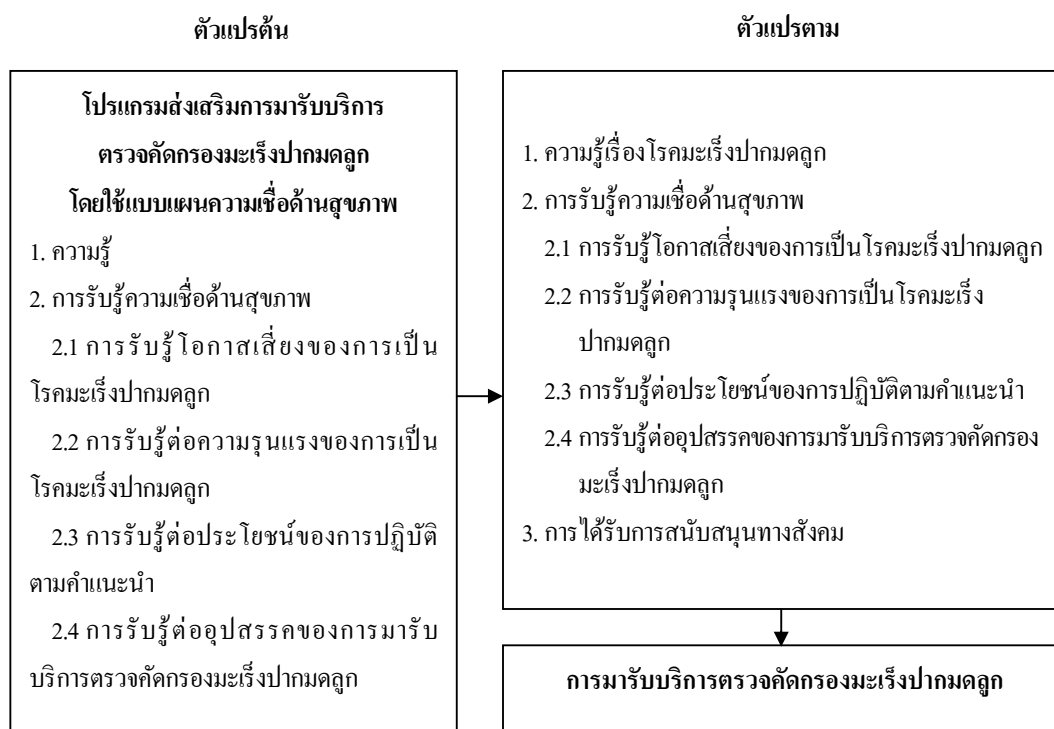
**การได้รับการสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง กลุ่มเป้าหมายได้รับการสนับสนุนให้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ ครอบครั้ว การที่สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับข่าวสาร เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก รวมถึงคำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตัวและการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ

**การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก** หมายถึง จำนวนกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งได้ข้อมูลจากทะเบียนรายงานผู้มารับบริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปลูกลก

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) และการสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์เป็นแนวคิดหลักในการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อส่งเสริมให้สตรีมีพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามที่เจ้าหน้าที่นัดหมาย ซึ่งจะช่วยค้นหาโรครให้พบตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อให้การรักษาได้อย่างทันท่วงที ลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกลง จึงกำหนดตัวแปรดังนี้

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย





## ประโยชน์ของการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มาใช้ในกระบวนการทำงานของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่อื่นๆต่อไป
3. ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้พัฒนางานบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผู้วิจัย ไตทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

1. โรคมะเร็งปากมดลูก
2. การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก
3. ความเชื่อด้านสุขภาพ
4. ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม
5. ทฤษฎีการเสนอตัวแบบ
6. ข้อมูลพื้นฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปูลุท ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### โรคมะเร็งปากมดลูก

#### ความหมาย

มะเร็งคือโรคของเซลล์ร่างกาย ซึ่งปกติแล้วเซลล์ของร่างกายจะมีการเจริญเติบโตและแบ่งตัวภายใต้การควบคุมของยีนส์ ทำให้เซลล์ร่างกายเจริญเติบโต และมีการซ่อมแซมหลังจากที่ได้รับ การบาดเจ็บ บางครั้งเซลล์บางเซลล์มีการแบ่งเซลล์และเจริญเติบโตอย่างผิดปกติอย่างรวดเร็ว จนเป็นก้อนเรียกว่าเนื้องอกซึ่งแบ่งเป็น ชนิดธรรมดาและชนิดเนื้อร้าย แร่ง (กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข, 2545 : 3)

Benign tumor คือ เนื้องอกชนิดธรรมดา ที่ไม่ใช่มะเร็ง สามารถตัดออกและไม่กลับเป็นใหม่ และที่สำคัญไม่สามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น เช่น polyps, cyst, wart เป็นต้น

Malignant tumor คือ เนื้องอกชนิดร้ายแรง โดยเซลล์จะแบ่งตัว ทำลายเนื้อเยื่อ และอวัยวะใกล้เคียงที่สำคัญสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ไกลโดยไปตามกระแสเลือด และน้ำเหลือง เรียกว่า Metastasis

โรคมะเร็งปากมดลูก คือ การที่เซลล์เยื่อปากมดลูกมีการแบ่งตัวอย่างผิดปกติ (Cervical intraepithelium Neoplasia : CIN) โดยแบ่งเป็นแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามความหนาของเยื่อ ซึ่งเซลล์เรียงกันอยู่หลาย ๆ ชั้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550 : 64) ได้แก่

CIN I มีการแบ่งตัวผิดปกติเฉพาะด้านบน (lower 1/3)

CIN II มีการแบ่งตัวผิดปกติด้านล่าง และส่วนกลาง (up to mid 2/3)

CIN III มีการแบ่งตัวผิดปกติทุกชั้นของเยื่อปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูกที่พบบ่อยมี 2 ชนิด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550 : 64)

1. เกิดจากเยื่อปากมดลูก (Ectocervic) ซึ่งบุด้วย Squamous Cell มีลักษณะคล้ายเซลล์ผิวหนัง เรียกว่า Squamous Cell Carcinoma

2. เกิดจากเยื่อปากมดลูกด้านในของรูเปิดเข้าไปในตัวมดลูก (Endocervix) ซึ่งบุด้วย glandular cell โดยลักษณะของเซลล์จะมีฐานแคบ และลำตัวสูงเรียกว่า Adenocarcinoma โรคมะเร็งปากมดลูก ระยะเริ่มลุกลาม (Microinvasive Cervical Cancer) เซลล์ของมะเร็งเริ่มไชผ่านชั้นฐานของเยื่อปากมดลูก แต่ลึกไม่เกิน 5 มม. และกว้างไม่เกิน 7 มม. โรคมะเร็งปากมดลูก ระยะลุกลาม (Invasive Cervical Cancer) เซลล์ของมะเร็งเริ่มไชผ่าน base-line เข้าสู่เนื้อเยื่อของปากมดลูกเยื่อปากมดลูกเกินกว่า 5 มม. และเซลล์มะเร็งอาจลุกลามไปถึงกระดูกเชิงกราน ต่อมมน้ำเหลืองรอบ ๆ ไปถึงกระเพาะปัสสาวะ ไปลำไส้ส่วนปลายและออกมาที่ช่องคลอด

#### สาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุที่สำคัญของโรคมะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550 : 28-29) คือ การติดเชื้อ

1. Human Papilloma Virus (HPV) เป็นไวรัสที่เป็นต้นเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดมะเร็งปากมดลูก โดยมีมากกว่า 70 ชนิด ชนิดที่ถือว่ามีความเสี่ยงสูง (high risk virus) ต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกคือ Type 16, 18 และ 31

2. Herpes Simplex Virus Type 2 (HSV-2) ไวรัสชนิดนี้เป็นตัวกระตุ้นให้ไวรัสตัวอื่น เช่น HPV ใหญ่มีฤทธิ์ส่งเสริมการเกิดมะเร็งปากมดลูก

3. การติดเชื้ออื่น ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของมะเร็งในระยะเริ่มแรกได้ แต่ยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด เช่น ทริโคโมแนส (Trichomonas) เชื้อหนองใน และเชื้อซิฟิลิส เป็นต้น

## ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก

### ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายหญิง

1. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคนพบวาสตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน สตรีที่แต่งงานมากกว่าหนึ่งครั้ง หรือสตรีที่มีอาชีพขายบริการทางเพศจะมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีทั่วไป
2. การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก สตรีที่มีเพศสัมพันธ์หรือแต่งงานอายุน้อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งอายุต่ำกว่า 17 ปี พบว่า มีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกสูงเนื่องจากเป็นวัยที่เซลล์บริเวณปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงไวมากที่สุด
3. ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมีความถี่ในการรวมเพศสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
4. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการมีบุตร พบวาสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณร้อยละ 25.11 มีการตั้งครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุ 20 ปี รวมทั้งสตรีที่มีบุตรมากมีโอกาสเกิดมะเร็งปากมดลูกได้มากขึ้น เนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเกิดการเปลี่ยนแปลง เพราะมีการฉีกขาดและการซ่อมแซมปากมดลูกบ่อย
5. อายุ พบวา สตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกมักพบในอายุประมาณ 35 ปี และในปัจจุบันนี้พบวา มะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มการเกิดโรคในคนอายุที่น้อยลง คือ พบได้บ่อยขึ้นในสตรีอายุต่ำกว่า 30 ปีและในระยะลุกลามพบมากในสตรีที่มีอายุระหว่าง 45-55 ปี

### ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย

1. ผู้ชายที่ได้รับการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย พบวาทำให้เซลล์เยื่อปากมดลูกของสตรีมีการแบ่งตัวอย่างผิดปกติจนลดความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกได้เนื่องจากทำให้ไม่มีสเมกมา (Smegma) สิ่งสกปรกที่อวัยวะเพศ เพราะเชื่อว่าสเมกมาเป็นตัวทำให้เกิดมะเร็ง แต่อย่างไรก็ตามในสตรีชาวมุสลิมซึ่งผู้ชายมีการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ การเกิดเซลล์เยื่อปากมดลูกก็ยังคงสูงอยู่
2. ผู้ชายที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือมีประสบการณ์ทางเพศ ตั้งแต่อายุน้อยและมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศที่ว้าวุ่นบริการหรือมีเพศสัมพันธ์กับสตรีอื่นนอกจากภรรยาเป็นประจำจะทำให้ภรรยามีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกและสตรีที่แต่งงานกับผู้ชายที่มีคู่นอนมากกว่า 20 คนขึ้นไป จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น 5.3 เท่าของสตรีทั่วไป
3. ผู้ชายที่เป็นมะเร็งอวัยวะเพศชาย (Penile Cancer) มีโอกาสเสี่ยงสูงจะทำให้ภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น 3.6 เท่า
4. ผู้ชายที่เคยมีประวัติภรรยาคนก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูกจะมีอัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2 เท่า

5. ผู้ชายที่มีลักษณะของหัวอสุจิมิโปรตีนชนิดโปรตามีน (Protamine) ซึ่งมีผลต่อดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์ปากมดลูกให้เปลี่ยนแปลงได้และพบว่ามีสารโปรตามีน (Protamine) สูงในตัวอสุจิของผู้ชายที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ

#### **การคุมกำเนิด**

สตรีที่ไชยชนิดเม็ดในการคุมกำเนิดพบว่า มีโอกาสเสี่ยงสูงขึ้น 1.2 เท่าและเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่า ถาได้รับประทานยาคุมมานานกว่า 5 ปี และเพิ่มเป็น 2 เท่าถาได้รับประทานยาคุมมานานกว่า 10 ปีและการใช้ฮอร์โมนชนิดฉีดในการคุมกำเนิด มีโอกาสเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ถาผู้ใช้ติดต่อกันเกินกว่า 5 ปีขึ้นไป

#### **การสูบบุหรี่**

มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกชนิดสแควมัส (Squamous Cell Carcinoma) และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคถึง 1.5-2.3 เท่า (Smith, et al, 2003) เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อเมือก (Mucous) บริเวณปากมดลูกทำให้เซลล์บุผิวของปากมดลูกมีภูมิคุ้มกันทานน้อยลง

#### **ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ**

พบว่าสตรีที่มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือได้รับยาที่มีสารหรือตัวยาที่กดภูมิคุ้มกันจะพบอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นและมักจะมีการติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ คือเชื้อ HSV-2 และ HPV ไດงาย ส่วนผู้ป่วยที่พบว่ามีภูมิต้านทานลดลงและมีอุบัติการณ์ของมะเร็งสูงขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับบริการเปลี่ยนไตมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกถึง 5.4 เท่า ผู้ป่วยมะเร็งหลังจากรักษาแล้ว สตรีตั้งครรภ์ซึ่งถือวาวอยู่ในภาวะภูมิคุ้มกันต่ำชั่วคราวและผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์หรือ Human Immunodeficiency Virus (HIV) จะมีความเสี่ยงต่อรอยโรคภายในเยื่อเมือกสูงถึงร้อยละ 20 (Smith, et al, 2003)

#### **พฤติกรรมการบริโภคอาหาร**

สารอาหารมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก เช่น อาหารประเภทผัก ผลไม้ วิตามินเอ วิตามินซี วิตามินอี และโฟเลต ซึ่งหากสตรีขาดสารอาหารเหล่านี้จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะชนิด Squamous cell carcinoma สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ไດแก่ ความยากจน ความเป็นอยู่แรนแค้น การบำบัดรักษาไม่ถูกวิธี โดยทั่วไปพบว่าสตรีที่มีการศึกษาต่ำ ฐานะยากจนมีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีกว่า (Smith, et al, 2003) เชื้อชาติ ศาสนาและวัฒนธรรมอาจมีอิทธิพลต่อการเกิดเซลล์เยื่อเมือกปากมดลูก โดยพบในสตรีบางกลุ่ม เช่น ในคนไทยในคนอเมริกันนิโกร แต่ไม่พบในสตรีอเมริกันผิวขาวและชนชาติยิว เป็นต้น

### อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก

เซลล์ที่ประกอบเป็นปากมดลูกจะประกอบไปด้วยเซลล์ Squamous Cells and Glandular มะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่จะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ทั้งสองชนิด การเปลี่ยนแปลงของเซลล์จะค่อยเปลี่ยนจนเกิดเป็นลักษณะที่เรียกว่า Precancerous ซึ่งมีด้วยกัน คือ Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN), Squamous Intraepithelial Lesion (SIL), and Dysplasia

Low-grade SIL หมายถึง การเปลี่ยนแปลงเริ่มแรกของ รูปร่าง ขนาด และจำนวน บางครั้งอาจหายไปเองแต่ก็มีจำนวนหนึ่งเปลี่ยนไปเป็น High-grade SIL บางครั้งเรียก mild dysplasia

High-grade SIL หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุมดลูกที่เปลี่ยนไปจากเดิมชัดเจน ถ้าเซลล์อยู่เฉพาะปากมดลูกเรียก moderate or severe dysplasia

มะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่เป็นชนิด Squamous Cell ประมาณร้อยละ 80% ถึง 90% ส่วนที่เหลือประมาณร้อยละ 20 จะเป็นชนิด Adenocarcinomas อาการและอาการแสดงที่อาจพบในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จะเริ่มด้วยอาการของมะเร็งในระยะก่อนลุกลามจนถึงในระยะลุกลามดังนี้ (ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2547)

1. ไม่มีอาการอะไรมักพบในระยะก่อนลุกลามเนื่องจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นยังไม่รุนแรง มีขนาดเล็ก ยังไม่มีการติดเชื้อหรือมีเสนเลือดมาหล่อเลี้ยงมาก
2. มีตกขาวเป็นมูกใสจากปฏิกิริยาของเซลล์แต่ละต่อมบนพื้นผิวปากมดลูกคล้ายกับการอักเสบทั่วไป
3. เลือดออกผิดปกติระยะเริ่มตนอาจมาด้วยอาการมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด เป็นหยด ๆ ในขณะหรือหลังการรวมเพศเป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการฉีกขาดหรือการบาดเจ็บของกอนมะเร็ง แผลถลอกที่ปากมดลูก
4. จากการตรวจภายในจะพบการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกดังนี้
  - 4.1 ปากมดลูกลักษณะที่เคยมีเพศสัมพันธ์หรือเคยมีบุตรมาแล้ว
  - 4.2 ปากมดลูกที่แสดงถึงมีอาการอักเสบเรื้อรัง
  - 4.3 ปากมดลูกที่มีแผลถลอก (erosion)
5. ตกเลือด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามอาจมาด้วยอาการเลือดออกมากทางช่องคลอดมีอาการซีดอ่อนเพลียบางรายถ้ามีการติดเชื้อร่วมด้วยจะทำให้เลือดที่ออกมามีลักษณะเป็นเลือดปนหนองและมีกลิ่นเหม็น
6. อาการปวดมักจะเกิดในระยะท้ายที่โรคเป็นมากและลุกลามไปไกล โดยเฉพาะมะเร็งที่กระจายถึงเสนประสาท Obturator และ Sciatic บางรายมีอาการปวดท้องเนื่องจากการอักเสบของปากมดลูกจนเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำในอุ้งเชิงกราน (Pelvic Thrombophlebitis) หลอดน้ำเหลือง

อักเสบ (Lymphangitis)

### การป้องกันมะเร็งปากมดลูก

การป้องกันมะเร็งปากมดลูกมี 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) และการป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) (จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคณะ, 2551; สุมิตรา ทองประเสริฐ และสิริกุล นภาพันธ , 2545)

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ คือการป้องกันโดยการหลีกเลี่ยงการได้รับสารก่อมะเร็ง การลดหรือขจัดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสาเหตุนั้น ๆ ได้แก่

1.1 การงดสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงจากบริเวณที่มีควันบุหรี่

1.2 การคุมกำเนิดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น หวงอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิดและยาฉีดคุมกำเนิด

เป็นต้น

1.3 การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย การมีบุตรมาก การสำส่อนทางเพศ

การมีคู่นอนหลายคน

1.4 ดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศอยู่เสมอ

1.5 ละเว้นต่อการสัมผัสสารก่อมะเร็ง (Chemical factors)

1.6 การเพิ่มภูมิต้านทานร่างกายต่อการเกิดมะเร็ง คือ สุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ทั้งกายและจิตใจ โดยการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์รักษาความสะอาดร่างกายออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ การรักษาสุขภาพจิตใจไม่ให้เกิดภาวะเครียด

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ คือการคนหาะเร็งในระยะเริ่ม โดยใช่วิธีการคนหาะเร็งปากมดลูกโดยทำการตรวจทางเซลล์วิทยา ซึ่งวิธีที่ไคผลดีที่สุด คือ การตรวจแป็ปสเมียร์ (Pap Smear) ทำไคงาย สะดวก ปลอดภัย และราคาถูกไคผลการตรวจที่นาเชื่อถือ

2.1 การทดสอบแป็ปหรือ Pap smear ซึ่งมี 2 วิธี คือ แบบสามัญ มีความไวของการตรวจ ร้อยละ 50-60แบบแผ่นบาง มีความไวของการตรวจร้อยละ 70-85

2.2 การตรวจหาเชื้อ HPV มีความไวสูงถึงร้อยละ 95-100 ความก้าวหน้าทางการแพทย์ ในปัจจุบันสามารถหาเชื้อชนิดก่อมะเร็งได้แล้ว แต่ประเทศไทยยังมีค่าใช้จ่ายสูง

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ คือการไคสารเคมีที่ไคจากธรรมชาติหรือสังเคราะห์ขึ้นไป เพื่อยับยั้งหรือทำไคเกิดการย้อนกลับของกระบวนการเกิดมะเร็ง เพื่อทำไคหายจากโรคมะเร็งและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ปัจจุบันวิทยาการของการแพทย์สมัยใหม่ โดยองคการอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (US.FDA) ไคผลิตวัคซีน (HPV Vaccine) เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงสตรีที่มีความเสี่ยงสูงที่ทำไคเกิดมะเร็งปากมดลูก ซึ่งโดยมีหลักฐานว่าผู้ติดเชื้อฮิวแมนแพปพิลโลมาหรือเอชพีวี (Humaan

Papilloma Virus : HPV) ที่ปากมดลูกซึ่งติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก

### การรักษา

การรักษาที่เป็นมาตรฐานมี 3 วิธี คือ

#### 1. การผ่าตัด

การผ่าตัด คือ การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกไปจากร่างกาย การผ่าตัดในมะเร็งปากมดลูกมีหลายวิธี ดังนี้

1.1 การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปโคน (Conization) เป็นการตัดส่วนหนึ่งของเนื้อเยื่อของปากมดลูกและช่องภายในปากมดลูกออกเป็นรูปโคน หลังจากนั้นพยาธิแพทย์จะนำเนื้อเยื่อที่ได้มาส่งด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อหาเซลล์มะเร็ง การผ่าตัดออกเป็นรูปโคนนี้อาจจะใช้ในการวินิจฉัยหรือการรักษามะเร็งปากมดลูกก็ได้ การผ่าตัดวิธีนี้อาจจะเรียกว่าการตัดชิ้นเนื้อรูปโคน (Cone biopsy)

1.2 การผ่าตัดมดลูก (Total Hysterectomy) เป็นการผ่าตัดมดลูกรวมทั้งปากมดลูก ออกจากร่างกาย ถ้ามดลูกและปากมดลูกถูกตัดออกโดยใช้เครื่องมือผ่าตัดผ่านทางช่องคลอดจะเรียกการผ่าตัดนั้น ว่าการผ่าตัดมดลูกผ่านช่องคลอด (Vaginal Hysterectomy) ถ้าผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกผ่านทางหน้าท้องซึ่งจะมีรอยแผลที่หน้าท้องขนาดใหญ่ จะเรียกการผ่าตัดนั้นว่า การผ่าตัดมดลูกผ่านหน้าท้อง (Total abdominal Hysterectomy) แต่ถ้าผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออก โดยใช้กล้องเล็ก ๆ ผ่านทางรอยผ่าตัดเล็ก ๆ ที่หน้าท้อง จะเรียกการผ่าตัดนี้ว่า การผ่าตัดมดลูกโดยการส่องกล้อง (Total laparoscopic Hysterectomy)

1.3 การผ่าตัดรังไข่และท่อนำไข่ทั้ง 2 ข้าง (Bilateral Salpingo-Oophorectomy) เป็นการผ่าตัดเพื่อตัดเอารังไข่และท่อนำไข่ทั้ง 2 ข้างออก

1.4 การผ่าตัดมดลูกแบบถอนราก (Radical Hysterectomy) เป็นการผ่าตัดเพื่อตัด มดลูก ปากมดลูก และส่วนหนึ่งของช่องคลอดออกจากร่างกาย นอกจากนี้รังไข่ ท่อนำไข่ หรือต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้ ๆ อาจถูกผ่าตัดออกไปด้วยเช่นกัน

1.5 การผ่าตัดอวัยวะในอุ้งเชิงกรานแบบกว้าง (Pelvic Exenteration) เป็นการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง ทวารหนัก และกระเพาะปัสสาวะออก การผ่าตัดนี้ในผู้หญิงนั้นจะตัดเอापากมดลูก ช่องคลอด รังไข่ และต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้ ๆ ออกไปด้วยเช่นกัน ช่องทางที่จะใช้เพื่อขยับถ่ายทั้งปัสสาวะและอุจจาระจะถูกสร้างขึ้นเพื่อนำของเสียออกจากร่างกายไปยังถุงเก็บ นอกจากนี้หลังจากการผ่าตัดนี้อาจมีการผ่าตัดเพื่อจะสร้างช่องคลอดขึ้นมาใหม่ด้วย

1.6 การผ่าตัดปากมดลูกโดยใช้ความเย็น (Cryosurgery) เป็นการรักษาที่ใช้อุปกรณ์ที่แช่แข็งนำไปทำลายเนื้อเยื่อที่ผิดปกติในระยะเวลาที่พบว่ามิเซลล์ผิดปกติแต่ยังไม่เป็นมะเร็ง (Carcinoma in Situ)



1.7 การผ่าตัดโดยใช้เลเซอร์ (Laser Surgery) เป็นการผ่าตัดที่ใช้แสงเลเซอร์เป็นมีดเพื่อทำให้มีเลือดออกน้อย หรือใช้ตัดเอาเฉพาะส่วนพื้นผิวของก้อน

1.8 การผ่าตัดปากมดลูกโดยใช้วงขดลวดที่มีกระแสไฟฟ้า (LEEP) เป็นการรักษาที่ใช้วงของลวดเส้นเล็ก ๆ ที่มีกระแสไฟฟ้าผ่านอยู่ภายในเป็นเหมือนมีด ใช้ตัดส่วนของเนื้อเยื่อที่ผิดปกติหรือเนื้อเยื่อมะเร็งออก

## 2. การรักษาโดยการฉายรังสี

การรักษาโดยการฉายรังสี เป็นการรักษามะเร็งที่ใช้รังสีเอกซ์หรือพลังงานสูง หรือรังสีชนิดอื่น ๆ เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งหรือทำให้หยุดการขยายตัวของเซลล์มะเร็ง การฉายรังสีมี 2 ชนิด ได้แก่

2.1 การฉายรังสีจากภายนอก (External Radiation Therapy) เป็นการใช้เครื่องมือที่อยู่ภายนอกร่างกายส่งรังสีเข้าไปในร่างกายผ่านก้อนมะเร็ง

2.2 การฉายรังสีจากภายใน หรือ การใส่แร่ (Internal Radiation Therapy) เป็นการใช้สารที่ปล่อยรังสีได้ ซึ่งอยู่ภายในเข็ม ก้อนเล็ก ๆ ขดลวด หรือท่อ ใส่เข้าไปภายในหรือใกล้ ๆ บริเวณของก้อนมะเร็ง โดยตรงการเลือกวิธีที่ใช้ในการฉายรังสีนั้นขึ้นกับชนิดและระยะของมะเร็งที่จะรักษา

## 3. การรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัด

การรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษามะเร็งที่ใช้ยาในการหยุดการขยายตัวของเซลล์มะเร็ง หรือทั้งทำลายเซลล์มะเร็งและหยุดการขยายตัวของเซลล์มะเร็ง เมื่อรับประทานยาเคมีบำบัดหรือฉีดยาเคมีบำบัดเข้าในหลอดเลือดดำหรือกล้ามเนื้อ ยาจะเข้าไปในกระแสเลือดและไปมีผลกับเซลล์มะเร็งทั่วร่างกาย (Systemic Chemotherapy)

กล่าวโดยสรุปโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดที่สุดในสตรีไทย มีปัจจัยมาจากหลายปัจจัย เช่น การสำล่อนทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน มีเพศสัมพันธ์หรือแต่งงานเมื่ออายุน้อย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการมีบุตรมาก การสูบบุหรี่หรือการได้รับควันบุหรี่ การมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ การใช้ฮอร์โมนในการคุมกำเนิด เป็นต้น นอกจากนี้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อเอชพีวีชนิดที่ก่อให้เกิดมะเร็งที่บริเวณปากมดลูก ซึ่งเชื่อกันว่าเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่เป็นพาหะนำโรค

## การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขดานอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สำคัญ และเป็นโรคร้ายแรงที่ก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม แต่ถึงอย่างไรมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ ถาดตรวจพบตั้งแต่ระยะแรกที่ยังไม่กลายเป็นมะเร็ง

จะสามารถลดอัตราการตายและลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ โดยการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคและตรวจคัดกรองเพื่อค้นหา มะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดวิธีการตรวจไว้ 2 วิธี คือ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

1. การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีไซกรคน้ำส้มสายชู VIA (Visual Inspection with Acetic acid) ซึ่งเป็น การตรวจด้วย Acetic acid 3-5 % ใช้ในการคัดกรองแทนวิธี Pap smear เพราะทำได้ง่าย วัสดุใน 1 นาที และสามารถเว้นระยะการตรวจได้ถึง 5 ปี เนื่องจากวิธี VIA มีความไวถึง 80% ความจำเพาะ 60% และมีประสิทธิภาพเป็นที่ยอมรับว่าสามารถคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ทัดเทียมกับวิธี Pap smear

2. การตรวจคัดกรอง โดยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear) ค้นพบโดย Dr.George Papanicolaou เมื่อปี ค.ศ.1930 ซึ่งเป็นบิดาของวิชาเซลล์วิทยาเหตุที่องไขวิธีดังกล่าวในการตรวจ เพราะเป็นวิธีการมาตรฐานที่รู้จักและใช้แพร่กันทั่วโลก การตรวจทำโดยงายสะดวก ไม่เจ็บปวดเสียค่าใช้จ่ายน้อยและผลการตรวจแม่นยำ เชื่อถือได้ มีการศึกษาวิจัย พบว่าสามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการตายได้

2.1 ในวัยเจริญพันธุ์ เดิมเคยแนะนำให้สตรีมารับการตรวจในระยะกึ่งกลางของรอบเดือนเนื่องจากเป็นเวลา ปากมดลูกสะอาดที่สุดเพราะระยะนี้เอสโตรเจนในเลือดมีระดับสูง ตอนไข่ใกล้จะสุกหรือกำลังจะสุกเอสโตรเจนในระดับสูงจะกระตุ้นต่อมสร้างมูกที่อยู่ในปากมดลูก ช่วยในการสร้างมูกเหนียว ๆ ออกมาจำนวนมาก ถ้าทำในระยะนี้จะปายได้มาแต่มูกซึ่งเหนียวและจะได้เซลล์น้อยมากหรือเกือบไม่ได้เลย ควรรอต่อไปอีกสัก 1 สัปดาห์ เพื่อรอให้ไขสุกก่อน คือ ประมาณ สัปดาห์ที่ 3 หรือต้นสัปดาห์ที่ 4 ของรอบเดือน ระยะที่ไม่ควรทำอีกระยะหนึ่งคือ 3-4 วัน ก่อนประจำเดือน เพราะเป็นระยะที่เม็ดเลือดขาวในบริเวณนี้เป็นจำนวนมากและจะติดไปในแผ่นกระจกซึ่งอาจเป็นปัญหาในการอ่านได้

2.2 ในรายที่กำลังได้รับการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนอย่างเม็ทหรือฉีดสามารถรับการตรวจได้ทุกระยะเวลา

2.3 ในรายที่หมดประจำเดือนไปแล้วสามารถรับการตรวจได้ทุกเวลา แต่ถาในรายที่หมดประจำเดือนมาแล้วเขื้อนปากมดลูกอาจบางและอักเสบ ควรได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนเฉพาะที่หรืออย่างเม็ทสำหรับรับประทานประมาณ 3-4 สัปดาห์ เช่น ไข่ใส Premarine Cream ในช่องคลอด กอนเขานอนวันละ 1 กรัม หรือให้ Tab Premarine (0.625 มิลลิกรัม) รับประทานวันละ 1 เม็ด หลังอาหารเย็น จะช่วยให้ผลการตรวจที่ใดแน่นอนยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามการตรวจแปปสเมียร์อย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องที่แพทย์ยังคงแนะนำให้ปฏิบัติ อยู่เพราะการป้องกันจากวัคซีนดังกล่าว สามารถครอบคลุมเฉพาะในสวนของเชื้อเอชพีวีเฉพาะสายพันธุ์ ที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดมะเร็งปากมดลูกในขณะที่เดียวกันอาจจะยังมีโอกาสติดเชื้อเอชพีวี

ในสายพันธุ์อื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้เช่นกันจะนั้นสตรีควรเพิ่มความตระหนักต่อการตรวจคัดกรองโรคด้วยการตรวจแปบเสมีयर

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Pap Smear (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549 : 16) การทำ Pap Smear หรือ Cercal pap smear เป็นวิธีการตรวจหาความผิดปกติเซลล์เยื่อปากมดลูกระยะก่อนเป็นมะเร็ง และมะเร็งระยะเริ่มแรกของปากมดลูกเรียกย่อ ๆ ว่า Pap Smear คำว่า Pap มาจากชื่อ Dr.George papanicolaou ซึ่งเป็นผู้ค้นพบวิธีการตรวจนี้เมื่อ ค.ศ. 1930 วิธีการตรวจโดยเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากตำแหน่งที่ต้องการตรวจไปป้ายลงบนกระจกใส (Glass slide) fixed ย้อมสีแล้วดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ นอกเหนือจากการปากมดลูกยังมีผลพลอยได้ โดยอาจพบเซลล์มะเร็งเยื่อปากมดลูก ท่อรังไข่ รังไข่ และช่องคลอดด้วย

ปัจจัยที่ทำให้การตรวจ Pap Smear มีประสิทธิภาพได้ผลถูกต้องแม่นยำ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549 : 16-50)

1. ผู้ตรวจ/ผู้ทำ Papsmear ปฏิบัติได้ถูกต้องตามหลักการ
2. ระยะเวลา/ช่วงเวลา ที่เหมาะสมในการเก็บเซลล์มาตรวจ
3. อุปกรณ์ที่ใช้ถูกต้องเหมาะสม
4. กระบวนการจัดการสไลด์ Papsmear ถูกต้องตามหลักการ
5. ความชำนาญ/คุณภาพของผู้อ่านเซลล์

การเตรียมตัวของสตรีก่อนไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap Smear

1. ไม่ควรสอดยาในช่องคลอดและไม่ควรทานยามาก่อนตรวจอย่างน้อย 1 วัน
2. ไม่ควรสวนล้างช่องคลอดก่อนมาตรวจ อนามัยอย่างน้อย 1 วัน
3. ไม่ควรร่วมเพศ ก่อนทำ Pap Smear
4. ควรมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังประจำเดือน หหมดแล้ว 7-10 วัน

กล่าวโดยสรุป โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ ถ้าตรวจพบตั้งแต่ระยะแรกที่ยังไม่กลายเป็นมะเร็งจะสามารถลดอัตราการตาย และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ โดยการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาหามะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

## ความเชื่อด้านสุขภาพ

แนวคิดของทฤษฎีได้ถูกพัฒนาขึ้นมาระหว่าง ค.ศ.1950-1960โดยนักจิตวิทยา 4 คน คือ Godfrey M.Hochbaum,StephenS.Kegeies,Howard Leventhal และ Irwin M. Rosenstock รูปแบบ

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบาย การตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและ อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) แต่ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลง นำมาใช้อธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ของแพทย์ (Sick-role Behavior) และต่อมาได้นำมาพัฒนาและใช้อธิบายปัญหาในโครงการสาธารณสุข ซึ่งต่อมา Rosenstock และคณะ ได้พัฒนารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นมาเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรม การป้องกันโรคในระดับบุคคล ได้สรุป องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็น โรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้ง การปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็น โรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและ ความอาย เป็นต้น (Rosenstock, 1974 : 355-358) ต่อมาเบคเกอร์ (Becker, 1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆ โดยเพิ่ม ปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

### 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อ การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อ ในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและ รักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัย หลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับ พฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของ บุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆอีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Elling et al., 1960)

### 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจาก การเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆ ของ การกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้ เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้

ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

### 3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็น การกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะจะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะ ปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติ ในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

### 4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers)

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อ การปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือ ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิด ความไม่สบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้ สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

### 5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action)

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มีมากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรม ที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker and Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้น จะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำ ภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือน จากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

### 6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)

ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพแต่เป็นปัจจัยพื้นฐาน ที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติได้แก่

6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิด การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

## 7. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทักษะคิดและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำตัวแปรตามองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาใช้ 3 ตัวแปร คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค

### องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก (Perceived Susceptibility) เป็น ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะการเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลจึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคนั้น ปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัย อื่น ๆ โดยจะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีจึงให้ความสำคัญรวมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก (Perceived Severity) เป็นความรู้สึกนึกคิดและการตัดสินใจของบุคคลถึงระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจากผลกระทบของโรคเมื่อบุคคลจะรับรู้ว่าตนเองมี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเดียวกันยังไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม แต่ต้องเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นจะมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการเสียชีวิต ความยากลำบากในการรักษาเกิดโรคแทรกซ้อนหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคมเช่น มะเร็งปากมดลูกเป็นแล้วเกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและอาจทำเสียชีวิตลงได้ มะเร็งปากมดลูกเป็นแล้วทำให้ครอบครัวแตกแยกและเพื่อนบ้านรังเกียจ เป็นต้น

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก (Perceived Benefit) เป็นการแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคและป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคระยะลุกลาม โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และลดภาวะการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นและเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนี้เมื่อบุคคลเห็นประโยชน์มากกว่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นก็จะทำให้สตรีมีแนวโน้มที่จะไปตรวจมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น เช่น การรับรู้ว่าการตรวจหา มะเร็งปากมดลูกปลักระวังจะช่วยป้องกันมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกได้ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกนอกจากจะช่วยค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกแล้ว ยังสามารถตรวจดู

ความผิดปกติอื่น ๆ ของช่องคลอดได้ด้วย เป็นต้น

4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก (Perceived Barrier) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของสตรีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคในตนเองทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคอุปสรรคที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมตรวจหามะเร็งปากมดลูกมีหลายประการ เช่น ความกลัว ความอาย ผิดหลักศาสนา ไม่มีเวลา ไม่สะดวก

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง ความรู้สึกอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกนี้คือ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to Action) เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เสริมให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม เช่น ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรค คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว บุคคลอื่น ๆ หรือผลของสื่อต่าง ๆ เป็นต้น

6. ปัจจัยรวม (Modifying Factors) หมายถึง ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยรวมประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ความสลับซับซ้อนและผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ เป็นต้น

### **ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก**

#### **แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ**

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) เป็นแนวคิดของกลุ่มนักสังคมจิตวิทยาที่ทำปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.1950 เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคของบุคคลซึ่งบุคคลที่มีส่วนได้การพัฒนาแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ Hochbaum, Stephen Kegeles และ Rosenstock โดยพัฒนาจากแนวคิดตามทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคของบุคคล มุ่งประเด็นที่ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติ และการใช้บริการสุขภาพต่อมา Becker and Maiman (1975) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโดยเชื่อว่า การรับรู้เป็นพื้นฐานในการคิดการตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ความเชื่อทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เป็นความเข้าใจและการยอมรับความรู้สึกนึกคิดเป็นส่วนตัวที่กำหนดการกระทำของบุคคลที่ก่อให้เกิดการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งและมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ด้วยกล่าวโดยสรุปได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นการชักนำให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อนั้น ผู้วิจัยจึงนำ

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้การส่งเสริมสุขภาพ เป็นทั้งกระบวนการ กิจกรรม และแนวทางสำหรับการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและเกื้อหนุนให้บุคคลได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนในทุกด้าน แบบองค์รวมอย่างเป็นระบบ เนื่องจากสุขภาพนั้นเป็นองค์รวมที่มาจากส่วนประกอบหลาย ๆ ประการ อาทิ สังคม สิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพ และวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล เพื่อสนับสนุน ชัยยัง หรือกำหนดพฤติกรรมสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ จึงต้องอาศัยความร่วมมือ และการระดมพลังจากทุกฝ่ายในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการปรับปรุงสังคมด้านต่าง ๆ เช่น สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา และอื่น ๆ โดยใช้กลยุทธ์การถ่ายโอนอำนาจจากรัฐมาสู่ประชาชนให้มีพลังอำนาจที่จะดูแลสุขภาพ และจัดการกับชุมชนของตนเองอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการและความเป็นไปได้ในแต่ละท้องถิ่น โดยคำนึงถึงระบบสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจที่แตกต่างกันของชุมชน และเน้นการทำงานร่วมกัน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนอย่างเต็มที่ ได้สังเกตเห็นถึงความสำคัญ ของการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการส่งเสริมสุขภาพ จึงเสนอแนะระบบบริการสุขภาพ ที่จะสนับสนุน การมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 3 ประการ คือ

1. การสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล ชุมชน ในการควบคุมปัจจัย ที่จะผลกระทบต่อสุขภาพ เพราะความเข้มแข็งของประชาชน และชุมชน จะเกิดขึ้น ได้ ก็ต่อเมื่อ ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น
2. การจัดบริการในชุมชน (Community-Based Health Services) เป็นบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ได้มากที่สุด และ
3. การประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนา นโยบายเพื่อสุขภาพ (Public Health Policy) ที่จะผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ

บทบาทของประชาชนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และชุมชน โดยประชาชนจะต้องเห็นคุณค่าและผลของสิ่งแวดล้อมต่อภาวะสุขภาพ ช่วยกันรักษาและสร้างสิ่งแวดล้อม ที่เกื้อกูลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เช่น การรวมตัวกันของชุมชน เพื่อออกกำลังกาย การรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่หรือสิ่งเสพติด การรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ และการจัด โครงการโรงเรียนสุขภาพดี ที่ทำงานสุขภาพดีหรือชุมชน

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของไปใช้พัฒนาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง ปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของ โรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตาม คำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคเพื่อให้ไปใช้การส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก



### การเลือกประยุกต์ใช้ทฤษฎีเพื่อส่งเสริมและปกป้องสุขภาพ

ทฤษฎีที่ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพ มีหลากหลายทฤษฎีขึ้นกับความเชื่อที่เป็นตัวตั้งของทฤษฎี เช่น เบนเนอร์ได้พัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการเข้าถึงความสามารถของบุคคล (Competence-or approach-Oriented Model) และเชื่อว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง ส่วนแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เชื่อว่าแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงปัญหาที่คุกคามสุขภาพ สำหรับทฤษฎีสมาธิของตนเอง (Self-Efficacy Theory) เชื่อว่าคนและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันบุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรม โดยอาศัยปัจจัยภายใน และสิ่งกระตุ้นจากภายนอก โดยที่บุคคลสามารถควบคุมและชี้นำตนเองได้ ดังนั้นการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้จะเกิดคุณค่าต่อการปฏิบัติพฤติกรรมได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### การประยุกต์ใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อของบุคคลมีผลต่อการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การศึกษาความเชื่อของบุคคลจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ องค์ประกอบที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) และปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Likelihood of Action)

เมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) รับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) และรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat) เช่น รับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคกระดูกพรุน เพราะพฤติกรรมสุขภาพที่กินอาหารที่มีแคลเซียมน้อย ขาดการออกกำลังกาย และไม่มีโอกาสรับแสงแดดที่พอเพียง และรับรู้ว่าเมื่อเกิดโรคกระดูกพรุนจะก่อความรุนแรง คือ ปวดทรมานเรื้อรัง กระดูกเปราะบาง แตกหักง่าย รักษาได้ยากและก่อความพิการ เป็นภาระต้องพึ่งพาผู้อื่น และสูญเสียค่ารักษาพยาบาลสูง จะทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมปกป้องสุขภาพได้

นอกจากการรับรู้ข้างต้นแล้ว การศึกษาปัจจัยร่วมที่จะเป็นทิศทางการจัดการให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมฯ ได้ คือ การมีความรู้หรือประสบการณ์ที่เกี่ยวกับโรคนั้น และการได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง เช่น การรับรู้ความเสี่ยงของตนเอง การได้ข้อมูลหรือประสบการณ์ การเจ็บป่วยของผู้ใกล้ชิด รวมทั้งการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง จะเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมได้เหมาะสมและเอาชนะอุปสรรคได้

ดังนั้นการประเมินการรับรู้ความเสี่ยง และความรุนแรงของโรค ควบคู่กับการศึกษาปัจจัยร่วมได้แก่ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยกรณีมีโอกาสได้รับการกระตุ้นจะทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมปกป้องสุขภาพได้

### การประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model)

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพพัฒนาโดยเพ็นเดอร์ ตั้งแต่ ค.ศ.1980 โดยเน้นที่ความสามารถของบุคคล (Competence or Approach Oriented Model) และเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง คือบุคคลพยายามสร้างสรรค์ความเป็นอยู่เพื่อสุขภาพที่ดีที่สุดสามารถที่จะไตร่ตรองหรือสะท้อนคิดเพื่อรู้จักตนเอง (Self-Awareness) รู้ความสามารถของตน ได้รู้จักการให้เกิดความสมดุล รู้ที่จะกระตุ้นหรือรื้อนในการปรับพฤติกรรมอย่างครอบคลุมองครวม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยกระดับสุขภาพขึ้นกับคุณลักษณะและประสบการณ์ อารมณ์และความคิดของบุคคลที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล จะเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้ง่ายหรือยาก บุคคลที่มีสุขนิสัยจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างอัตโนมัติ นอกจากนี้แล้วการที่บุคคลเพียรพยายามปฏิบัติซ้ำๆ จนบังเกิดผลสำเร็จในระยะสั้นได้เร็วจะเป็นแรงจูงใจปฏิบัติ และการมีประสบการณ์เอาชนะอุปสรรคการปฏิบัติจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์และความคิดพิจารณาถึงสมรรถนะของตน เกิดความรู้สึกในควมมีคุณค่าของตน บุคคลที่สนใจและรับรู้ภาวะสุขภาพ รู้ความหมายและความสำคัญของสุขภาพจะเกิดแรงจูงใจภายในตนที่จะส่งเสริมสุขภาพและถ้าการส่งเสริมสุขภาพสามารถเริ่มต้นได้ในช่วงที่สุขภาพแข็งแรงมีความคล่องแคล่วและทรงตัวได้มั่นคงจะเป็นปัจจัยเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

จากแนวคิดสรุปได้ว่า อารมณ์และความคิดของบุคคลเชื่อมโยงกับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก เมื่อบุคคลรับรู้สมรรถนะของตนเองและอุปสรรคปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถเอาชนะได้ การได้มีเพื่อน มีกลุ่ม มีเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีครอบครัว และสังคมที่เอื้อและร่วมแรงร่วมใจ การมีแบบอย่างจากบุคคลที่ชื่นชอบ การรับรู้สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อตลอดจนการรับรู้ทางเลือกปฏิบัติที่หลากหลาย การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติพฤติกรรม และการคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์จะทำให้เกิดอารมณ์ตื่นตัว ความอ่อนล้าคลายลง ร่วมกับแรงเสริมจากปัจจัยภายนอกทำให้บุคคลเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีเจตจำนงในการปฏิบัติ

### ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นตัวแปรทางจิตวิทยาสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาสุขภาพ และการป้องกันสุขภาพ ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้ House แรงสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือ

การสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชนเพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำหมู่บ้าน

คาปลานน์ (Caplan, 1976 อ้างถึงในจุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

จุฬารัตน์ โสตะ (2546) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือ ด้านวัตถุ ความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

#### **แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม**

โดยปกติกลุ่มสังคมจัดออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในกลุ่มสังคมนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิแรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรด้านอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

#### **ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม**

จุฬารัตน์ โสตะ (2546) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

1. Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

2. Appraisal Support คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินค่า เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3. Information Support คือ การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การดักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ

4. Instrumental Support การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

#### ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

กอทท์ลีป (Gottlieb, 1985 อ้างถึงใน สมทรง รัชย์เผ่า และสรงค์กัญจน์ ดวงคำสวัสดิ์, 2540) ได้แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มต้านภัยเอชไอวี กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้ความช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นญาติมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับลึก (Micro Level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่ายในการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามีภรรยา และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

จากแนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารวัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน จากบุคคลหรือจากกลุ่มบุคคล มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่ต้องการ ผู้วิจัยได้นำแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House มาประยุกต์ไปสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ โดยสนใจที่จะศึกษาว่า ปัจจัยด้าน

แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในสังคมเช่น คู่สมรส ญาติ เพื่อน ในด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของแรงงาน และบริการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยนำมาใช้ในการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการกระตุ้นเตือน การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ ชักชวน โน้มน้าว การให้คำปรึกษาโดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### ทฤษฎีการเสนอตัวแบบ

แนวคิดเกี่ยวกับการเสนอตัวแบบ (Modeling) เป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน โดยมีความเชื่อว่าตัวแบบมีประสิทธิภาพ สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมใหม่ เพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่ต้องการได้ การเสนอตัวแบบ (Modeling) คือ การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่นแล้ว สร้างความคิดว่าจะสร้างพฤติกรรมใหม่ได้อย่างไร ซึ่งความคิดนี้ถูกใส่รหัสเก็บเป็นข้อมูลไว้ เป็นเครื่องชี้แนะการแสดงพฤติกรรมของตนต่อไป เพราะบุคคลสามารถเรียนรู้จากตัวแบบว่าต้องทำอะไร อย่างน้อยในรูปแบบที่ใกล้เคียงกัน เมื่อบุคคลสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบถึง แม้ยังไม่ได้ตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอก แต่เขาสามารถสะสมการตอบสนองของตัวแบบใน 2 ลักษณะ คือ เป็นภาพ และภาษา การเรียนรู้ที่เกิดภายในใจนี้ ผู้สังเกตต้องการสังเกตอย่างชัดเจนและหลาย ๆ ครั้ง เพื่อจะได้ตอบสนองอย่างถูกต้อง หลังจากการเสนอของตัวแบบจะได้รับการใส่รหัสเป็นภาพหรือคำ เพื่อเป็นตัวแทนของความจำ แล้วก็ทำหน้าที่เชื่อมโยงไปสู่การเรียกคืน และการสร้างพฤติกรรมใหม่ต่อไปการเสนอตัวแบบ เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากแนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura ซึ่งทฤษฎีนี้เริ่มจากความเชื่อที่ว่าคนมีความสามารถในการเรียนรู้สัญลักษณ์ต่าง ๆ มีแนวโน้มที่จะนำตัวเองและองค์ประกอบทางสังคม มามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในลักษณะการเลียนแบบ บุคคลมีความสามารถที่จะได้รับข้อมูลจากพฤติกรรมของบุคคลอื่น ตัดสินใจเกี่ยวกับการนำพฤติกรรมของคนอื่นมาดัดแปลง และเลือกพฤติกรรมนั้นมาเป็นของตนเอง นอกจากการเรียนรู้โดยได้รับประสบการณ์ตรงจะเกิดการตอบสนองทันที (Instantaneous Matching) แล้ว การเรียนรู้ยังสามารถเกิดจากการสะสม แล้วแสดงพฤติกรรมในภายหลังได้ (Delayed Matching) (Bandura, 1977 : 22)

**ประเภทของตัวแบบ** แบ่งได้ 3 ประเภท ได้แก่

1. ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ๆ (Live Model) คือ ตัวบุคคลได้มีโอกาสสังเกตและปฏิบัติสัมพันธ์

โดยตรง

2. ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน วีดิทัศน์
3. ตัวแบบที่เป็นคำสอน (Instruction) ได้แก่ หนังสือ ตำราต่าง ๆ การที่บุคคลสามารถเรียนรู้ และเลียนแบบ

**พฤติกรรมของตัวแบบ** ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ

1. กระบวนการใส่ใจ (Attention Process) กระบวนการใส่ใจของผู้สังเกตจะทำหน้าที่ ตัดสินใจเลือกสิ่งที่ได้รับว่า ตัวแบบแสดงพฤติกรรมใดบ้าง จำแนกพฤติกรรมที่เขาสนใจจากตัวแบบได้ การรับรู้ของผู้สังเกตนี้ทำให้สามารถเลียนแบบพฤติกรรมนั้นได้
2. กระบวนการเก็บจำ (Retention Process) เป็นการรวบรวม รูปแบบพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบแล้ว เก็บจำในลักษณะของสัญลักษณ์ ซึ่งเป็นมโนภาพและภาษา การที่บุคคลมีการเก็บจำ จึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามทันที หรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบ ภายหลังการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะเวลาหนึ่ง โดยมีหรือไม่มีตัวแบบในที่นี้
3. กระบวนการกระทำทางกาย (Motor Production Process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกต เปลี่ยนสัญลักษณ์จากการเก็บจำ มาเป็นการกระทำซึ่งถ้ามีการให้ข้อมูลป้อนกลับจะช่วยให้ผู้สังเกต สามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมเลียนแบบของตนจนเป็นที่พึงพอใจ
4. กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกต ตัวแบบ อาจถูกแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้รับผลลัพธ์ที่น่าพอใจ หรือสามารถ หลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจจะมีแนวโน้มการเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังจะได้รับ ผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ หรือเกิดความรู้สึกแค้นว่าตนคือผู้ที่ได้รับผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจนั้น

**ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการเสนอตัวแบบ** แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลัก คือปัจจัย ที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการเก็บจำ (Factors Enhancing Learning and Retention) และปัจจัยที่ส่งเสริม การแสดงออก (Factors Enhancing Performance) ดังรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการเก็บจำ การที่คนเราจะเรียนรู้ได้ดีหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับความตั้งใจของผู้สังเกตที่จะสังเกตตัวแบบ และความสามารถในการเก็บจำสิ่งที่จะสังเกตได้ ดังนั้นผู้ที่วางแผนในการเสนอตัวแบบนั้น ควรพยายามสร้างเงื่อนไขให้เกิดการส่งเสริมความตั้งใจ และการเก็บจำของผู้สังเกตตัวแบบที่ใช้วิธีการเสนอตัวแบบ ตลอดจนลักษณะของผู้ที่จะให้สังเกต ตัวแบบนั้น ควรจะได้รับการพิจารณาดังต่อไปนี้

1.1 ลักษณะของตัวแบบ แนวทางการเลือกตัวแบบนั้นมีหลักการในการเลือกอย่าง กว้าง ๆ มีดังนี้

1.1.1 ตัวแบบควรจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งในด้านเพศ เชื้อชาติและทัศนคติ ซึ่งการที่ตัวแบบมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตนั้น จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้นเหมาะสม และสามารถทำได้ เพราะบุคคลนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับตน ซึ่งจะทำให้เขาเกิดความรู้สึกว่าเขาเองก็น่าจะทำได้เช่นกัน

1.1.2 ตัวแบบควรจะเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต แต่ถ้ามีชื่อเสียงมากเกินไป ก็จะทำให้เขามีความรู้สึกว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำนั้น เป็นสิ่งที่ไม่น่าจะเป็นจริงสำหรับเขาได้

1.1.3 ระดับของความสามารถของตัวแบบนั้น ควรจะมีระดับที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกตเพราะถ้าใช้ตัวแบบที่มีความสามารถสูงก็จะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าเขาไม่น่าจะทำได้ ทำให้เขาปฏิเสธที่จะทำตามตัว หรืออาจจะกล่าวได้ว่าทางที่ดีที่สุดนั้น ควรจะเลือกตัวแบบที่มีความสามารถสูงกว่าผู้สังเกตเพียงเล็กน้อย หรือเริ่มจากสภาพการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตแล้วค่อย ๆ เพิ่มความสามารถขึ้นไป

1.1.4 ตัวแบบนั้นควรจะมีลักษณะที่เป็นกันเองและอบอุ่น

1.1.5 ตัวแบบเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้ว ได้รับการเสริมแรง จะทำให้ได้รับความสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น

1.2 ลักษณะของผู้สังเกต ผลของการเสนอตัวแบบนั้นจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สังเกตด้วย ซึ่งลักษณะของผู้สังเกตที่ผู้ดำเนินการเสนอตัวแบบควรจะต้องพิจารณาดังต่อไปนี้

1.2.1 ความสามารถในการดำเนินการและเก็บจำข้อมูล ซึ่งจัดได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญมากที่ผู้ดำเนินการเสนอตัวแบบจะต้องพิจารณา ความสามารถดังกล่าวขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญาของผู้สังเกตดังนั้นควรเสนอตัวแบบให้สอดคล้องกับระดับสติปัญญาของผู้สังเกตนั้น อย่างเช่นเด็กที่มีความบกพร่องทางสมองอาจจะต้องเสนอตัวแบบบ่อย ๆ ครั้ง เด็กที่เป็น ออทิสติก (Autistic) อาจจะต้องมีการสอนให้มีทักษะในการสังเกตและลอกเลียนแบบก่อนที่จะมีการใช้ตัวแบบเป็นต้น

1.2.2 ความไม่แน่ใจ ถ้าผู้สังเกตไม่แน่ใจในการแสดงออกของพฤติกรรมของตน เขาก็มักจะให้ความสนใจต่อตัวแบบ อย่างเช่นการที่เราไปงานปาร์ตี้ พบอาหารชนิดหนึ่งที่ไม่แน่ใจว่าจะรับประทานอย่างไร เขาก็จะพยายามสังเกตคนข้าง ๆ ที่รับประทานอาหารชนิดนั้นเพื่อที่ว่าเขาจะรับประทานอาหารชนิดนั้นได้ถูกต้องมากขึ้น

1.2.3 ความวิตกกังวล ก็เป็นลักษณะของผู้สังเกตอีกลักษณะหนึ่งที่มีผลต่อการเรียนรู้ ถ้าผู้สังเกตมีความวิตกกังวลมากเกินไปก็จะทำให้เกิดการรบกวนต่อการสังเกต ตลอดจน

กระบวนการเก็บจำพฤติกรรมของตัวแบบ จึงอาจจะจำเป็นที่จะต้องฝึกให้ผู้สังเกตรู้จักวิธีการผ่อนคลายก่อนการเสนอตัวแบบ และบอกให้เขาผ่อนคลายในระหว่างที่ตัวแบบแสดงพฤติกรรมทั้งนี้เพื่อที่จะแน่ใจได้ว่าการผ่อนคลายจะไประงับความวิตกกังวลนั้น

1.2.4 บุคลิกภาพด้านอื่น ๆ ของบุคคลที่มีผลต่อประสิทธิภาพการเสนอตัวแบบ เช่น ลักษณะหุ่นหันหลังเล่น การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง การรับรู้ถึงศักยภาพแห่งตน สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และเพศ เป็นต้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้ควรจะได้มีการพิจารณาก่อนที่จะมีการเสนอตัวแบบ

1.3 ลักษณะของการเสนอตัวแบบ มีวิธีการเสนอตัวแบบอยู่หลายวิธีด้วยกัน ได้แก่

1.3.1 เสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงหรือตัวแบบสัญลักษณ์ ซึ่งการเสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงนั้น มีข้อดีตรงที่น่าสนใจมากกว่า ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ในการรับรู้ของบางคนอีก ทั้งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการแสดงออกได้ตามสภาพการณ์ แต่จุดอ่อนของการเสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงอยู่ที่ค่อนข้างจะเสี่ยงไปตรงที่ไม่สามารถทำนาย หรือควบคุมได้อย่างที่ต้องการจะเป็นปัญหาในกรณีนี้ ตัวแบบที่ใช้ในการบำบัดความกลัวนั้นเกิดมีความวิตกกังวลสูงขึ้น ถ้าเหตุการณ์ดังกล่าวนี้เกิดขึ้นก็จะทำให้ ผลการบำบัดนั้นเพิ่มความกลัวให้กับผู้สังเกต ด้วยเหตุนี้เองจึงทำให้ผู้บำบัดจำนวนมากชอบที่จะใช้ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์มากกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรูปแบบของฟิล์ม แถบภาพ แถบเสียง การ์ตูน หรือข้อเขียน การจะเสนอในรูปแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของพฤติกรรมและการนำไปใช้ งานวิจัยได้แสดงให้เห็นว่าการบำบัดโดยการที่ใช้ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์นั้นใช้แล้วประสบความสำเร็จอย่างมากในหลายสภาพการณ์ ตัวแบบสัญลักษณ์นั้นมีคุณสมบัติเหนือกว่าตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงอยู่หลายอย่าง อย่างเช่นสามารถควบคุมพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ สามารถนำมาใช้ได้หลาย ๆ ครั้ง และง่ายในการที่จะนำมาใช้บำบัดเป็นกลุ่ม

1.3.2 ตัวแบบภายใน การเสนอตัวแบบภายในนั้น เป็นการให้บุคคลจินตนาการตัวแบบแสดงพฤติกรรม

1.3.3 การเสนอตัวแบบหลาย ๆ ตัว จะช่วยทำให้มีการเสนอตัวแบบมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สังเกตจะพบว่า มีตัวแบบบางตัวมีลักษณะคล้ายกับตนตลอดจน ทำให้ได้เรียนรู้การแสดงพฤติกรรมหลาย ๆ อย่าง ทำให้ผู้สังเกตมีความยืดหยุ่นมากขึ้นในการแสดงออกในหลาย ๆ สภาพการณ์

1.3.4 การเสนอตัวแบบที่แสดงถึงความสามารถในการแก้ปัญหาได้เป็นอย่างดีกับตัวแบบที่ค่อย ๆ แสดงถึงการเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งตัวแบบที่ค่อย ๆ แสดงถึงการเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหานั้น ก็จะต้องเริ่มจากการแสดงว่าเขาขาดทักษะบางอย่าง และมีความรู้สึก (วิตกกังวลหรือขาดความสนใจ) บางอย่างที่ทำให้เขาไม่สามารถที่จะแสดงพฤติกรรมออกมาได้ จากนั้น



ตัวแบบก็จะพูดถึงความรู้สึกของตน และขั้นตอนในการแก้ปัญหา พร้อม ๆ กับพฤติกรรมของเขาก็จะเริ่มจะดีขึ้นเมื่อมีการถามว่าการเสนอตัวแบบวิธีใดน่าจะได้ผลดีกว่ากัน ระหว่างตัวแบบที่มีความสามารถในการแสดงออกเอง หรือตัวแบบที่ค่อย ๆ แสดงถึงการเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งคำตอบสำหรับคำถามข้อนี้ยังหาข้อสรุปไม่ได้ เนื่องจากทั้งคู่ก็มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล แต่อย่างน้อยที่สุดการเสนอตัวแบบค่อย ๆ แสดงถึงการเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหานั้น ควรจะพิจารณาใช้กับผู้เข้ารับการบำบัดที่มีอาการไม่แน่ใจ หรือมีความวิตกกังวลสูง หรือผู้ที่ขาดทักษะในการแก้ปัญหา

1.3.5 ลักษณะพฤติกรรมของตัวแบบไม่ควรซับซ้อนมากเกินไป ต้องชัดเจน ซึ่งอาจกระทำโดยแสดงพฤติกรรมหลัก แสดงพฤติกรรมเกินความจริง แสดงพฤติกรรมซ้ำหรือเขียนคำอธิบายพฤติกรรม ในกรณีที่เป็นกรกระทำที่ซับซ้อนควรเสนอตัวแบบแบบค่อย ๆ แสดงออกทีละขั้นตอนจากง่ายไปหาพฤติกรรมที่ยาก การเสนอตัวแบบ แบบค่อย ๆ แสดงออกทีละขั้นตอนนั้นจะแบ่งทักษะออกมาเป็นทักษะย่อย ๆ แล้วเสนอไปที่ละทักษะ ซึ่งผู้สังเกตจะต้องทำได้ตามตัวแบบเสียก่อน จึงจะค่อยเสนอตัวแบบที่แสดงทักษะในลำดับต่อไป วิธีการเสนอตัวแบบในลักษณะนี้ดูเหมือนว่าจะเหมาะสมกับการสอนวิธีการขับรถ หรือการเล่นดนตรี เป็นต้น

1.3.6 การใช้การสอน ซึ่งการใช้การสอนควรจะได้พิจารณาใช้ร่วมกับการเสนอตัวแบบ การเริ่มต้นการสอนนั้นควรจะอธิบายว่าผู้สังเกต จะเห็นตัวแบบกระทำอะไรและบอกผู้สังเกตว่าเราหวังที่จะเห็นเขาแสดงตามตัวแบบที่เขาจะดูนั้น ซึ่งการบอกเช่นนี้จะทำให้ผู้สังเกตให้ความสนใจต่อตัวแบบมากยิ่งขึ้น

1.3.7 การให้ผู้สังเกตนั้นสรุปถึงลักษณะของพฤติกรรมของตัวแบบที่เขาสังเกตพบว่าการให้ผู้สังเกตสรุปถึงลักษณะของพฤติกรรมของตัวแบบนั้น ทำให้ผู้สังเกตสามารถเรียนรู้และเก็บจำลักษณะของตัวแบบได้ดีขึ้น

1.3.8 การชักจูงเมื่อสังเกตตัวแบบได้แล้ว การที่จะทำให้การเรียนรู้จากการลอกเลียนแบบนั้นได้ผลดีขึ้น ควรให้ผู้สังเกตได้มีโอกาสชักจูง ซึ่งการชักจูงสามารถทำได้ 2 ลักษณะคือ ชักจูงในใจนั้นคือคิดถึงลักษณะของพฤติกรรมที่จะต้องแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ กับการชักจูงโดยการลองแสดงออกดู ซึ่งการชักจูงทั้ง 2 ลักษณะนี้ช่วยให้ผู้ที่สังเกตสามารถจดจำได้ดีขึ้น และเมื่อถึงเวลาแสดงออกก็จะแสดงออกได้ง่ายขึ้น

1.3.9 สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่จะต้องพิจารณาคือ สภาพการณ์ที่จะเสนอตัวแบบควรเป็นสภาพการณ์ที่สามารถลดการรบกวนจากสิ่งเร้าภายนอกได้เป็นอย่างดี เช่น ถ้าเป็นภาพยนตร์ก็ควรฉายในห้องมืดและไม่มีเสียงรบกวน ถ้าใช้แถบบันทึกเสียงก็ควรจะใช้หูฟังของแต่ละคน ซึ่งน่าจะช่วยให้ผู้สังเกตเพิ่มความตั้งใจมากกว่าการฟังเสียงจากลำโพงในห้อง

1.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมการแสดงออก ภายหลังจากที่คนเราตั้งใจและเก็บจำลักษณะของพฤติกรรมของตัวแบบได้เป็นอย่างดีแล้ว สิ่งที่จะต้องพิจารณาต่อมาคือทำอะไร จึงจะสามารถทำให้คนนั้นแสดงออกการแสดงออกนั้นควรจะเป็นการแสดงออกที่มีคุณภาพ และทำอะไรจึงจะทำให้บุคคลนั้นเอาสิ่งที่ตนเองเรียนรู้ จากตัวแบบไปใช้ในสภาพการณ์อื่น ๆ ด้วย การที่จะส่งเสริมลักษณะของการแสดงออกทั้ง 3 ด้านนั้นควรดำเนินการดังต่อไปนี้

1.4.1 การสร้างสิ่งล่อใจเพื่อบุคคลแสดงออก อาจทำได้โดยการให้ตัวแบบได้รับการเสริมแรง ซึ่งการที่ตัวแบบได้รับการเสริมแรงจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว จะทำให้บุคคลอยากแสดงพฤติกรรมตามลักษณะของตัวแบบบ้าง นอกจากนั้นการให้การเสริมแรงโดยตรงต่อผู้ที่แสดงพฤติกรรม

1.4.2 การทำให้การแสดงออกนั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการชักจูงและมีการให้ข้อมูลป้อนกลับวิธีการคือ ให้บุคคลสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบแล้วก็ลองให้เขากระทำ จากนั้นผู้บ่าบคก็ควรจะให้ข้อมูลป้อนกลับ โดยการบอกถึงสิ่งที่เขาทำดีแล้ว และสิ่งที่เขาควรระวัง จากนั้นจึงบอกให้ทำอีกครั้งจนกระทั่ง เขาสามารถทำได้ดีนอกจากการใช้วิธีการชมเชยและการให้ข้อมูลป้อนกลับแล้ว ในบางครั้งก็อาจจะใช้การเสนอตัวแบบมีส่วนร่วม (Participant Modeling) ซึ่งกระบวนการนั้นก็มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแบบและผู้สังเกต หลังจากมีการแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แล้ว ตัวแบบก็จะนำผู้สังเกตไปที่ละขั้นตอน อาจจะต้องจับบางส่วนของร่างกายของผู้สังเกตให้ทำตามด้วยถ้าจำเป็น ถ้าเป็นไปได้ตัวแบบก็ควรจะให้ข้อมูลป้อนกลับทันทีที่ผู้สังเกตทำตามตัวแบบได้อย่างถูกต้องด้วย

1.4.3 การให้บุคคลนำเอาสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในสภาพการณ์อื่น ซึ่งการที่จะทำให้เกิดการแผ่ขยายของการเรียนรู้ สิ่งหนึ่งที่ผู้บ่าบคอาจทำได้ คือ จัดสภาพการณ์ให้คล้ายคลึงกับสภาพการณ์ในชีวิตประจำวันของผู้เข้ารับการบำบัดมากที่สุด การแผ่ขยายก็จะมีโอกาสเกิดขึ้นได้มาก และถ้าเป็นไปได้ก็น่าจะฝึกกันที่สภาพแวดล้อมของผู้เข้ารับการบำบัดเองก็จะช่วยได้มาก วิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการแผ่ขยายได้ดีขึ้น คือ การจัดการฝึกในสภาพการณ์ต่าง ๆ กัน เช่น การฝึกที่โรงเรียน ที่บ้าน หรือในที่สาธารณะอื่น ๆ เป็นต้น

อิทธิพลของตัวแบบ Bandura ได้ให้ข้อสรุปเกี่ยวกับอิทธิพลของตัวแบบที่มีต่อผู้สังเกต (Bandura, 1977 : 41-45) ดังนี้

1. การสร้างพฤติกรรมใหม่ เมื่อผู้สังเกตได้เห็นการกระทำของตัวแบบ ซึ่งการกระทำของตัวแบบนี้ผู้สังเกตไม่เคยพบเห็นมาก่อน ผู้สังเกตจะรวบรวมรูปแบบของการกระทำใหม่นี้ในรูปแบบของสัญลักษณ์และถ่ายทอดออกมาเป็นพฤติกรรมใหม่

2. การสร้างกฎเกณฑ์หรือหลักการใหม่ จะเกิดในสภาพการณ์ที่ผู้สังเกตเห็นการกระทำของตัวแบบในลักษณะต่าง ๆ เช่น การตัดสินใจ จากนั้นผู้สังเกตทดสอบการกระทำตามตัวแบบลักษณะต่าง ๆ ภายใต้สภาพการณ์ต่าง ๆ และถ้าการตอบสนองส่งผลทางบวกผู้สังเกตก็รวมรูปแบบลักษณะของตัวแบบในรูปต่าง ๆ แล้วนำมาสร้างเป็นกฎเกณฑ์หรือหลักการใหม่

3. การสอนความคิดและพฤติกรรมสร้างสรรค์ การมีตัวแบบจะช่วยสนับสนุนการพัฒนาเชิงสร้างสรรค์เพราะมนุษย์เมื่อเห็นตัวแบบกระทำพฤติกรรมใด ๆ พฤติกรรมหนึ่ง มนุษย์อาจใช้ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่มีอยู่ประกอบการกระทำของตัวแบบมาพัฒนาเป็นความคิดหรือพฤติกรรมใหม่ขึ้นมา

4. การยับยั้งการกระทำและการลดความหวั่นเกรงที่จะกระทำ การที่ได้เห็นตัวแบบถูกลงโทษผู้สังเกตจะมีแนวโน้มที่ไม่ทำตามตัวแบบนั้นและในทำนองเดียวกันถ้าได้เห็นตัวแบบบทพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและถูกห้ามปรามแล้ว ไม่มีผลลัพธ์ใดๆตามมาผู้สังเกตก็มีแนวโน้มที่จะทำตามตัวแบบ

5. การส่งเสริมการกระทำ การเสนอตัวแบบจะมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมการกระทำทั้งที่เป็นทางบวกและทางลบถ้าผู้สังเกตได้เห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมหนึ่งและได้รับรางวัลผู้สังเกตก็มีแนวโน้มที่จะทำตามมากขึ้นในทำนองเดียวกันถ้าผู้สังเกตได้เห็นตัวแบบที่แสดงความก้าวร้าวและได้รับการยกย่องว่าเป็นสิ่งที่ดีผู้สังเกตก็มีแนวโน้มที่จะทำตามมากขึ้นเช่นกัน

6. ทางด้านอารมณ์การที่ตัวแบบนี้นอกจากจะส่งผลต่อการกระทำตามตัวแบบแล้วยังมีผลต่ออารมณ์ของผู้สังเกตให้รุนแรงเพิ่มขึ้นอีกและกระตุ้นให้เกิดอารมณ์คล้ายตามไปด้วย

7. การเอื้ออำนวยให้เกิดการกระทำตามตัวแบบ การกระทำใดที่คนให้คุณค่าและมีความชื่นชมอยู่แล้ว การกระทำของตัวแบบนั้นก็ทำให้ผู้สังเกตกระทำได้โดยรวดเร็วและมีความง่ายในการทำตามข้อดีและข้อจำกัด

#### **เทคนิคการสอนตัวแบบ**

##### **ข้อดี**

1. การเสนอตัวแบบสามารถนำไปใช้กับพฤติกรรมของคนในสภาพชีวิตจริงได้จากงานวิจัย ส่วนมากจะเห็นได้ว่าสามารถนำไปใช้ในคลินิก การให้คำปรึกษา และด้านพัฒนาการของเด็ก ในด้านการสอนทักษะทางสังคม พฤติกรรมทักษะอื่น ๆ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับกฎเกณฑ์ต่าง ๆ (Rule - Oriented Behavior)

2. นอกจากใช้ในการสร้างรูปแบบใหม่ของความคิดและพฤติกรรมแล้ว ตัวแบบสามารถทำให้พฤติกรรมที่ต้องการเข้มแข็งขึ้น และทำให้พฤติกรรมที่ต้องการหยุดยั้งอ่อนตัวลง

3. สามารถนำเทคนิคนี้ใช้ควบคู่กับเทคนิคอื่น ๆ ได้ เช่น การเสริมแรงทางบวกการชี้แนะ ฯลฯ ทำให้การปรับพฤติกรรมมีประสิทธิภาพ และคงทนขึ้น
4. สามารถใช้กับทุกเพศทุกวัยทั้งคนที่ปกติ และคนไข้ที่มีปัญหาทางด้านสมองและจิตใจ
5. เทคนิคการเสนอตัวแบบนี้ มีอันตรายน้อยกว่าการใช้ Shaping

#### ข้อจำกัด

การเสนอตัวแบบแทบจะเรียกได้ว่าไม่มีข้อจำกัดเลย แต่หากผู้ใช้ละเลยหรือขาดการตระหนักในแต่ละขั้นตอนของเทคนิคก็ทำให้ขาดประสิทธิภาพได้ ดังจะขอเสนอข้อจำกัดในประเด็นต่อไปนี้

1. ต้องคำนึงถึงพัฒนาการทางารรู้คิด (Cognitive Development) ของเด็กที่แตกต่างกัน เช่น เด็กเล็กยังขาดความสามารถในการเชื่อมโยงขั้นตอน ดังนั้นพฤติกรรมของตัวแบบต้องซับซ้อนน้อยที่สุด พฤติกรรมที่ต้องการต้องเด่นชัด (Context Cue) ต้องมีช่วงเวลาใกล้ชิดกับพฤติกรรม เช่น ใช้การพากย์ ตามขั้นตอนที่ตัวแสดงพฤติกรรม แต่สำหรับเด็กในวัยเรียนไม่จำเป็นต้องใช้การพากย์ สรุปได้ว่าสิ่งที่สังเกต (Via Models)

2. ต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างอายุด้วย หากมีการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านทางวีดิทัศน์ หรือภาพยนตร์ ย่อมต้องใช้งบประมาณสูง ต้องซ้กซ้อมพฤติกรรมของตัวแบบให้ดี และใช้เวลาในการถ่ายทำการทบทวนเรื่องนี้ผู้วิจัยนำเทคนิคการเสนอตัวแบบมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมให้เกิดกระทำตามตัวแบบ การกระทำใดที่คนให้คุณค่าและมีความชื่นชอบอยู่แล้ว การกระทำของตัวแบบนั้นจะทำให้ผู้สังเกตกระทำได้โดยเร็วและมีความง่ายในการกระทำตาม

สรุปการเสนอตัวแบบสามารถนำไปใช้กับพฤติกรรมของคนในสภาพชีวิตจริงได้ สามารถนำไปใช้ในการการเรียนรู้สัญลักษณ์ต่าง ๆ มีแนวโน้มที่จะนำตัวเองและองค์ประกอบทางสังคม มามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในลักษณะการเลียนแบบ นอกจากการเรียนรู้โดยได้รับประสบการณ์ตรงจะเกิดการตอบสนองทันทีแล้ว การเรียนรู้ยังสามารถเกิดจากการสะสมแล้วแสดงพฤติกรรมในภายหลังได้

### ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปู่หลก ตำบลปอนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ประวัติความเป็นมาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปู่หลก ตำบลปอนอก อำเภอเมืองจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปู่หลกเป็นสถานีนามัยในสังกัดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถานีนามัยขนาดกลาง มีพื้นที่ใช้สอย 150 ตารางเมตร ตั้งอยู่หมู่ที่ 9 บ้านหนองปู่หลก ต.ปอนอก อ.เมือง จ.ประจวบคีรีขันธ์

โดยสร้างบนพื้นที่ 3 ไร่ ซึ่งได้รับบริจาคจาก นายนิพนธ์ และนางเซาะเตียง ยี่มภากรณ์ เดิมเป็นอาคารไม้ ชั้นเดียวสร้างเมื่อปี 2527 ทำการจัดสร้างโดยงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมบ้านพัก จำนวน 2 หลัง เพื่อให้บริการในด้านการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และต่อมาก็ได้สร้างอาคารใหม่ เป็นอาคารคอนกรีตเสริมเหล็ก 2 ชั้น ทำการก่อสร้างแล้วเสร็จ เมื่อ พ.ศ.2539 โดยใช้เงินงบประมาณ ปี 2539 จำนวน 1,806,000 บาท โดยได้รับความร่วมมือในการพัฒนาสถานีอนามัยจากประชาชน และองค์กรในชุมชนเป็นอย่างดีเสมอมา และได้รับงบประมาณต่อเติมอาคารชั้นล่างตามแบบแปลน กระทรวงสาธารณสุข เป็นเงิน 400,000 บาท ซึ่งปัจจุบันแล้วเสร็จในเดือนสิงหาคม 2552 ในปีงบประมาณ 2554 ได้เปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปู่หลก (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ บ้านหนองปู่หลก, 2554 : 1-7)

#### **ที่ตั้งและอาณาเขต**

เป็นพื้นที่ในเขตตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือของตัวศาลากลางจังหวัดประจวบ เขตติดต่อ อำเภอกุยบุรี ห่างจากที่ว่าการอำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์ 36 กิโลเมตร ตามเส้นทางถนนทางหลวงชนบทจากเพชรเกษม ถึงศูนย์สุขภาพชุมชน บ้านหนองปู่หลก ระยะทาง 11 กิโลเมตร ห่างจากโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ระยะทางประมาณ 36 กิโลเมตร เป็นถนนลาดยาง คอนกรีต และถนนลูกรัง ห่างจากกรุงเทพฯ ระยะทาง 311 กิโลเมตร

#### **โดยมีอาณาเขตติดต่อดังนี้**

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภอกุยบุรี
ทิศใต้	ติดต่อกับ	หมู่ 8 ตำบลบ่อนอก และหมู่ 1, 10 ตำบลอ่าวน้อย
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	หมู่ 10 และหมู่ 14 ตำบลบ่อนอก
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	เทือกเขาตะนาวศรี

#### **สภาพทางภูมิศาสตร์**

สภาพภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นพื้นราบลาดเอียงจากเชิงเขา ติดเทือกเขาตะนาวศรี มีคลองชลประทานผ่าน มีหนองน้ำเป็นบางแห่ง และมีที่กักเก็บน้ำทำรูปแบบเป็นฝาย เหมาะแก่การทำเกษตรกรรม พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ทำไร่สับปะรด ไร่ว่านหางจระเข้ สวนมะม่วง และเริ่มมีการปลูกสวนยางพาราในบางพื้นที่แล้ว นอกจากนั้นยังปลูกพืชอื่น ๆ บ้างประปราย เช่น ผักสวนครัว แก้วมังกร กัญชง มะละกอ เป็นต้น

#### **ลักษณะทางภูมิอากาศ**

ลักษณะอากาศของพื้นที่ตั้งอยู่ในเขตร้อนชื้น (ร้อนชื้น) อากาศโดยทั่วไปร้อนสลับกับหนาว ความชื้นในอากาศปานกลาง เนื่องจากอยู่ใกล้ทะเล

### ลักษณะการตั้งบ้านเรือน

ส่วนใหญ่เป็นหมู่บ้านลักษณะพื้นบ้านชนบท ลักษณะบ้านเรือนอยู่กระจายไม่รวมกลุ่ม  
ปลูกบ้านอยู่ 2 ข้างถนน หลังบ้านเป็นพื้นที่เกษตรกรรม

### ข้อมูลพื้นฐาน

รับผิดชอบ จำนวน 3 หมู่บ้าน คือ

หมู่ 9 บ้านหนองปลุก จำนวน 187 หลังคาเรือน

หมู่ 11 บ้านขุบพริก จำนวน 117 หลังคาเรือน

หมู่ 12 บ้านเข็ดกา จำนวน 127 หลังคาเรือน

รวมทั้งสิ้น จำนวน 431 หลังคาเรือน

### ข้อมูลประชากร

หมู่ 9 บ้านหนองปลุก เพศชาย 313 คน เพศหญิง 271 คน รวม 584 คน

หมู่ 11 บ้านขุบพริก เพศชาย 207 คน เพศหญิง 198 คน รวม 405 คน

หมู่ 12 บ้านเข็ดกา เพศชาย 244 คน เพศหญิง 220 คน รวม 464 คน

รวมทั้งสิ้น เพศชาย 764 คน เพศหญิง 689 คน รวม 1,453 คน

### ข้อมูลประชากรตามกลุ่มอายุที่สำคัญ

- |   |                |
|---|----------------|
| 1. เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี                         | จำนวน 102 คน   |
| 2. ประชากรอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป                | จำนวน 1,350 คน |
| 3. ประชากรอายุ 10 - 24 ปี                       | จำนวน 374 คน   |
| 4. ประชากรอายุ 35 - 60 ปี                       | จำนวน 678 คน   |
| 5. ประชากรหญิงอายุ 35 ปีขึ้นไป                  | จำนวน 341 คน   |
| 6. ประชากรหญิงอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี | จำนวน 61 คน    |
| 7. ประชากรหญิงอายุ 30 - 60 ปี                   | จำนวน 319 คน   |
| 8. ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (ผู้สูงอายุ)         | จำนวน 161 คน   |
| 9. ผู้พิการ                                     | จำนวน 23 คน    |
| 10. ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป                     | จำนวน 678 คน   |

### ข้อมูลการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

- |                                    |                |
|------------------------------------|----------------|
| 1. สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ      | จำนวน 60 คน    |
| 2. สิทธิประกันสังคม                | จำนวน 98 คน    |
| 3. สิทธิประกันสุขภาพ               | จำนวน 1,226 คน |
| 4. สิทธิประกันสุขภาพ (ต่างจังหวัด) | จำนวน 67 คน    |

## 5. สิทธิว่าง

จำนวน 2 คน

ประชากรทั้งหมด 1,453 คน รวมผู้มีสิทธิทั้งหมด 1,451 คน คิดเป็นความครอบคลุม 99.86% จากข้อมูลความครอบคลุมผู้มีสิทธิ

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศรายุทธ อินทร์ชัย (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มต่อความรู้ ทักษะคิด และความตั้งใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มสามารถส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมีความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

กรรณิการ์ เกตุทิพย์ (2549) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อสตรี อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างป็นสตรีอายุระหว่าง 35- 60 ปี จำนวน 66 คน ตำบลหนองรี จำนวน 33 คน เป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และตำบลเขารวก จำนวน 33 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ในกลุ่มทดลองได้ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ การนำเสนอสื่อบุคคลและกระบวนการ Appreciation influence Contool (AIC) การวัดภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มก่อนและหลังทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการจัดกิจกรรมเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนน ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความแตกต่างทั้งภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และความแตกต่างของสัดส่วนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

ณัฐยา พัวพัค (2549) ศึกษาการสร้างความตระหนักต่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้านเกษตรกร ตำบลป่าไหนด อำเภอรไร้ว จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เป็นการวิจัยแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบ กิจกรรมสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกกลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2550) ศึกษาการเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยมุสลิม ตำบลสูง อำเภอลาดใหญ่ พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงมุสลิมไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคือ มีข้อจำกัดเรื่องการปฏิบัติตามหลักศาสนาและกลัวผิดหลักศาสนา ถึงร้อยละ 70 และยังพบว่า มีความอายที่จะเปลือยร่างกายโดยเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้ผู้อื่นเห็น จึงทำให้รู้สึกลำบากใจที่จะไปรับการตรวจ และเห็นว่าเมื่อไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ หรือไม่เจ็บป่วยก็ไม่มีความจำเป็นที่จะต้อง

นันทบุญ อร่ามพงษ์ (2551) ศึกษาปัจจัยการการบริหารคุณภาพ และการสนับสนุนจากองค์กรกับผลการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาผลการวิจัยพบว่าปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐอยู่ในระดับกลางและมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ พบว่า ผู้รับบริการน้อยไม่มาตามนัดเพราะอาย กลุ่มเป้าหมายบางส่วนทำงานนอกพื้นที่และอยู่ในโรงงาน ควรเพิ่มประชาสัมพันธ์ ส่วนปัญหาขาดเจ้าหน้าที่ควรทำงานเป็นเครือข่าย โดยมีแผนเชิงรุกทั้งในชุมชนและในโรงงาน

เสาวลักษณ์ สัจจา (2551) ศึกษาประสิทธิผลของประยุกต์ใช้ทฤษฎีและแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสตรีอายุ 30-60 ปี เพื่อมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 เทศบาลเมืองหนองคายจังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 39 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม สุขศึกษาประกอบด้วย การบรรยาย การฉายวิดีโอทัศน์ ตัวอย่างมดลูกที่เป็นมะเร็ง ตัวแบบ แผ่นพับ การเยี่ยมบ้านการกระตุ้นเตือน การให้คำปรึกษา การประชุมกลุ่ม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้ตามปกติ การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การบันทึก การสังเกต และการสัมภาษณ์เจาะลึก ข้อมูลในการวิเคราะห์แบ่งเป็น ข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณไปรับการตรวจ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ต่ออุปสรรค สูงกว่า ก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มทดลองทุกคนมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

โถมยงค์ จิตสัตย์ (2551) ศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีจิตอาสาและภาวะผู้นำของ อสม. และสตรีกลุ่มเป้าหมาย สถานีอนามัยหนองเกียบ ตำบลสะแกโพรง อำเภอมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดเลือกจากเวทีประชาคม หมู่บ้านละ 2 คน รวม 24 คน เปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อนกับหลังทดลอง พบว่ารูปแบบใหม่สามารถ



ให้บริการได้ทั้งปีและตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ กลุ่มเป้าหมายได้พบปะเจ้าหน้าที่มากขึ้น เกิดความสะดวกในการมารับบริการ รูปแบบใหม่เน้นการมีส่วนร่วมของ อสม. และกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้ามาฝึกอบรมในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน ใช้ภาวะผู้นำและจิตอาสาเป็นตัวกระตุ้นแสดงบทบาทการให้บริการ ด้วย 7 กิจกรรม หลักคือ การให้คำแนะนำปรึกษาเชิงชุมชนสตรี กลุ่มเป้าหมาย การวางแผนล่วงหน้าในการดำเนินงานการประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การรับส่งกลุ่มเป้าหมายที่ไปทำงานต่างจังหวัด และร่วมกับการเยี่ยมบ้านพร้อมเจ้าหน้าที่ อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มเป็นร้อยละ 88.67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เกรียงศักดิ์ รัชญศิริ นนท์ และสวาท เครื่องพาที (2551) ศึกษาการพัฒนาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสถานีนอนามัยที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ผู้หญิง สถานีนอนามัยศรีทายาท ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยพัฒนารูปแบบการดำเนินงานติดตามกลุ่มเป้าหมาย ในปี 2550- 2551 ใช้ประชากรทั้งหมด 98 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจากการปรับปรุงรูปแบบเดิม เป็นการสืบค้นกลุ่มเป้าหมายจากทะเบียนประชากรของสถานีนอนามัย ให้สุกศึกษาผ่านหอกระจายข่าว ต่อมาในปี 2550 ได้เปลี่ยนเป็นการส่งหนังสือเชิญถึงบ้านผ่าน อสม. และในปี 2551 ได้เปลี่ยนเป็นการสืบค้นกลุ่มเป้าหมายจากโปรแกรม HCIS แล้วสำรวจว่า กลุ่มเป้าหมายอยู่ในพื้นที่หรือไม่ แล้วจึงกำหนดกลุ่มเป้าหมายจัดฝึกอบรม อสม. ให้มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และสามารถสอนกลุ่มเป้าหมายต่อเป็นรายบุคคล แล้วทำหนังสือเชิญกลุ่มเป้าหมายถึงบ้านผ่าน อสม. เพื่อนัดหมายวันตรวจคัดกรอง หากกลุ่มเป้าหมายไม่มารับบริการก็จัดรถติดตามรับ-ส่งถึงบ้าน พบว่า อัตราความครอบคลุม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.5 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 97.5 ในปี 2551 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

รังสรรค์ พนานุสรณ์ อัญชลี พงษ์ชนะ และพัชรนันท์ วงษ์พิมพา (2551) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบส่งเสริมการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ 35-60 ปี จำนวน 32 คน ในสถานีนอนามัยหัวช้าง พื้นที่ตำบลบ้านคู อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการจัดกิจกรรมตามรูปแบบส่งเสริมสุขภาพการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองก่อนและหลังมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 และมีจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้น

เอกราช บุญอาจ ฉิงกุล บุญอาจ และรัชฎ์ลักษณ์ สุริยะ (2551) การพัฒนารูปแบบการค้นหา และตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายเชิงรุก ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแก อำเภอสตึก จังหวัด บุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ เป็นสตรีอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี จำนวน 395 คน โดยนำรูปแบบ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การร่วมมือร่วมใจกันระหว่างแกนนำชุมชน กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนการดำเนินงาน และการดำเนินงานตามแผน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างบรรยากาศความไว้วางใจระหว่างดำเนินงาน มีการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่สะดวกต่อการเคลื่อนย้าย ซึ่งแจ้งทำความเข้าใจให้ อสม. และแกนนำชุมชน สามารถถ่ายทอดสู่กลุ่มเป้าหมายได้อย่างถูกต้อง ให้สุขศึกษารายบุคคลเฉพาะกลุ่มเป้าหมายแบบ รายกลุ่มและผ่านหอกระจายข่าวทุกหมู่บ้าน กำหนดสถานที่ตรวจในหมู่บ้านที่กลุ่มเป้าหมายมารับ บริการได้สะดวกทำหนังสือเชิญกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจตามวันเวลาที่กำหนด และเจ้าหน้าที่ ออกให้บริการตรวจคัดกรองด้วยความเป็นกันเอง นุ่มนวลและเป็นที่น่าไว้วางใจ เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกดี และไม่อาย สรุปได้ว่า การพัฒนาวิธีการทำงานให้เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีการดำเนินงานของคน ในชุมชนจำทำให้ได้ทั้งงานและได้ใจคน ผลการวิจัยพบว่า อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จรรยา หาสุขและคณะ (2554) ศึกษาผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลบ้านแร่ อำเภอ เขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 96 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองสตรีกลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ และค่าใช้จ่ายของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สังวร ฉิมมาลา (2552) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจ มะเร็งปากมดลูก ตำบลห้วยขมิ้น อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรีผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วม โปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าก่อนทดลองก่อนเข้าร่วม โปรแกรมสุขศึกษา และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลอง มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 67.5

### สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก พบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเป็นมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการมารับบริการการตรวจมะเร็งปากมดลูก การสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ได้แก่ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วม การเสนอตัวแบบ กระบวนการกลุ่ม การให้คำปรึกษา กระตุ้นเตือน เยี่ยมบ้าน สื่อเทคโนโลยี ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ภายหลังจากจัดโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีและความตั้งใจในการไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และสตรีกลุ่มทดลอง ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ อายุระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ การเสนอตัวแบบ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการตรวจมะเร็งปากมดลูกมารับบริการตรวจคัดกรองมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

สรุปปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเอาทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) และการสนับสนุนทางสังคม มาประยุกต์เป็นแนวคิดหลักในการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อส่งเสริมให้สตรีมีพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามที่เจ้าหน้าที่นัดหมาย ซึ่งจะช่วยค้นหาโรคร้ายตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อให้การรักษาได้อย่างทันทั่วถึง ลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกลง จึงกำหนดตัวแปรดังนี้

#### ตัวแปรต้น

โปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ครอบคลุมความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
3. การรับรู้ต่อประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ
4. การรับต่ออุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

#### ตัวแปรตาม

1. ระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก
2. ระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

- 2.1 ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
- 2.2 ระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
- 2.3 ระดับการรับรู้ต่อประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ
- 2.4 ระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม
4. การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups Pretest-Posttest Design) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองจะเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้แบบแผนความเชื่อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการตามปกติ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 10 สัปดาห์ เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. แบบแผนการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือในการวิจัย
4. การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพของเครื่องมือ
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### แบบแผนการวิจัย

แผนการวิจัยดังต่อไปนี้

X

กลุ่มทดลอง                      O1.....O2

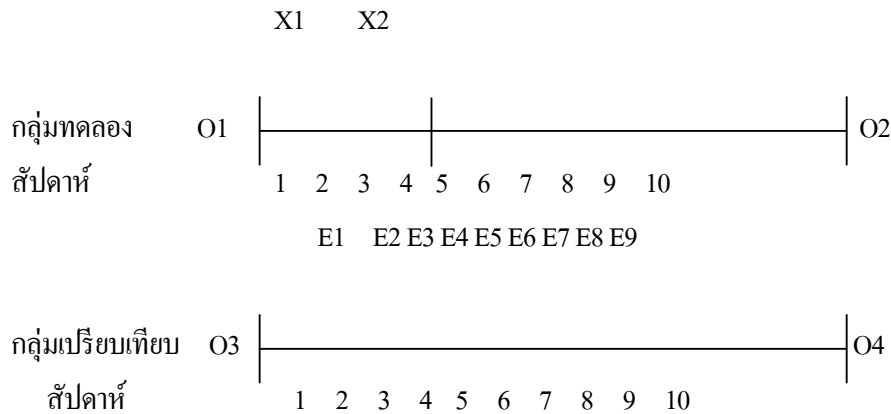
กลุ่มเปรียบเทียบ                O3.....O4

O<sub>1</sub>,O<sub>3</sub>    หมายถึง    การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

O<sub>2</sub>,O<sub>4</sub>    หมายถึง    การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

X หมายถึง โปรแกรมการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อที่จัดทำขึ้นโดยผู้วิจัย

ภาพที่ 3.1 แบบแผนการวิจัย



O<sub>1</sub>, O<sub>3</sub> หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามสตรีกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สภาพสมรส อาชีพ หลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร ประวัติคุมกำเนิด ประวัติการแต่งงาน และประวัติการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัวการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ การมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

O<sub>2</sub>, O<sub>4</sub> หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ การมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูก และการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ชุดเดิมที่ใช้เก็บข้อมูล

$X_1$  หมายถึง รูปแบบการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยให้ความรู้ ใช้การบรรยายประกอบ Power point สื่อประกอบบรรยายโดยให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้ โรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การนำเสนอตัวแบบจริง วัสดุทัศน แผ่นพับ เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แจกแผ่นพับเรื่องมะเร็งปากมดลูก

$X_2$  หมายถึง การจัดโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ครั้งที่ 2 โดยทบทวนการให้ความรู้ โดยใช้การบรรยายประกอบ Power point สื่อประกอบบรรยายโดยให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้โรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การนำเสนอตัวแบบจริง การนำเสนอภาพการเปลี่ยนแปลงของสภาพมดลูกจนกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

$E_1 - E_0$  หมายถึง การกระตุ้นเตือนโดยวิธีการเยี่ยมบ้าน การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา จดหมายกระตุ้นเตือน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การโทรตามให้มารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการให้ความรู้ผ่านวิทยุชุมชนการให้ความรู้ในชุมชน การติดตามการมารับบริการ โดย อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

กลุ่มเปรียบเทียบ (Control group) ได้รับบริการตามรูปแบบเดิมคือสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับความรู้จากแผ่นพับความรู้และจากการประชาสัมพันธ์ จากจดหมายเชิญมาตรวจ และได้รับความรู้จากการประชุมของหมู่บ้าน

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ เป็นสตรีอายุ 30 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปูหลก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา จำนวน 162 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปูหลก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างและวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้

1. การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาใช้วิธีการคัดเลือกหมู่บ้านที่มีลักษณะทางด้าน ประเพณี วัฒนธรรม และฐานะทางเศรษฐกิจที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน อยู่ห่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหนองปูเหล็กใกล้เคียงกันและอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองปูเหล็ก ทำการเลือกหมู่บ้านในตำบลนอกทั้งหมด 14 หมู่บ้านด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random Sampling) โดยหมู่บ้านที่จับได้ครั้งแรกเป็นหมู่บ้านกลุ่มทดลองคือ บ้านหนองปูเหล็ก ตำบล บ่อนอก หมู่บ้านที่จับได้ครั้งที่ สอง เป็นหมู่บ้านเปรียบเทียบ คือบ้านยุบพริก ตำบลบ่อนอก

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจากสตรีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลบ่อนอก อำเภอ เมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี

2.1 สตรีอายุ 30- 60 ปีที่ไม่ได้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

2.2 ไม่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์

2.3 มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.4 มีความสามารถในการรับรู้และสื่อความหมายเข้าใจ

2.5 มีภูมิลำเนาในตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

## เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้แบบแผน ความเชื่อสุขภาพ

โดยมีขั้นตอนจัดทำโปรแกรม ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** วิเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รูปแบบเดิม และข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการนำมาพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการมารับบริการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี เพื่อให้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาหลักวิชาการ ทฤษฎี งานวิจัย เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก



2. วิเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปูลุทตำบลบ่อนอก อ.เมือง จ.ประจวบคีรีขันธ์ เพื่อหาจุดอ่อนและปรับปรุงกระบวนการ ที่ส่งเสริมให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

3. ศึกษาข้อมูล ค้นหาสาเหตุและสภาพปัญหาของชุมชน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา

**ขั้นตอนที่ 2** กำหนดโปรแกรมการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยนำข้อมูลที่ได้นำหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ผสมผสานกัน โดยมีวิธีการในการพัฒนาโปรแกรมดังนี้

1 กำหนดลักษณะของโปรแกรมใหม่ที่จะพัฒนา

1.1 โปรแกรมการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รูปแบบใหม่ต้องเป็นโปรแกรมที่ช่วยให้สตรีอายุ 30-60 ปี มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นมีความรู้ในเรื่องของมะเร็งปากมดลูกและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามแบบแผนความเชื่อเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.2 โปรแกรมใหม่ ต้องไม่ยุ่งยาก ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ

1.3 โปรแกรมใหม่ต้องไม่เป็นการเพิ่มภาระแก่ผู้ปฏิบัติและเป็นที่ยอมรับของผู้ปฏิบัติงาน

2. นำหลักวิชาการ ทฤษฎี งานวิจัย เอกสารต่าง ๆ ที่ได้ทบทวน มาประยุกต์ใช้และผสมผสานเพื่อสร้างโปรแกรมการให้ความรู้ใหม่ ให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

3. ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบวิธีการให้ความรู้ตามโครงสร้างและเนื้อหา แล้วนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปดำเนินการ

4. นำโปรแกรมการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้สอนกับสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน เพื่อดูคุณภาพและความเข้าใจในเนื้อหา

5. นำโปรแกรมการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับสตรีอายุ 30-60 ปี นำกลับมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์พร้อมนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง

**ขั้นตอนที่ 3** การดำเนินการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยให้ความรู้จำนวน 2 ครั้ง โดย วิธีการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การนำเสนอตัวแบบจริง แจกแผ่นพับเรื่องมะเร็งปากมดลูก เชื่อมติดตามให้คำแนะนำในสัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้ในครั้งที่ 2 และ

ติดตามเยี่ยมกระตุ้นเดือนสัปดาห์ที่ 2-9 และกระตุ้นเดือนโดยอสม.ให้ความรู้ผ่านวิทยุชุมชนประจำตำบลบ่อนอกทุกวันจันทร์ ครั้งละ 15 นาที เป็นเวลา 10 สัปดาห์ เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง การรับรู้ต่อความรุนแรงการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1. สื่อและเครื่องมือที่ใช้ประกอบการทดลองใช้โปรแกรมใหม่ในครั้งนี้ ประกอบด้วย
  - 1.1 แผ่นพับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก
  - 1.2 ทะเบียนบันทึกการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
  - 1.3 ภาพวิดิทัศน์
  - 1.4 วิทยุชุมชนตำบลบ่อนอก
  - 1.5 ตัวแบบจริง (ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูก)
  - 1.6 บัตรเชิญตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
  - 2.1 แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แบ่งเป็น

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติจำนวนบุตรที่มีชีวิต ประวัติอายุบุตรคนสุดท้าย ประวัติการคุมกำเนิด ประวัติจำนวนครั้งของการแต่งงาน ประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

**ส่วนที่ 2** แบบวัดความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก วัดโดยใช้แบบสอบถามเป็นปรนัย 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ทราบ และไม่ ใช่ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

**เกณฑ์การให้คะแนนและการประเมินผล**

	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
ตอบใช่	ได้ 1	0
ตอบไม่ใช่	ได้ 0	1
ตอบไม่ทราบ	ได้ 0	0

**เกณฑ์การพิจารณาระดับความรู้**

เกณฑ์การประเมินระดับคะแนนมีข้อคำถาม 20 ข้อ ผู้วิจัยได้ประยุกต์การวิเคราะห์ระดับคะแนนตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพแปรผลโดยใช้ตัวเลขแสดงระดับคะแนนของบรูม (Bloom,1971 อ้างถึงในเสาวลักษณ์ สัจจา, 2551:44) ซึ่งตั้งไว้ 3 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนนต่ำ	หมายถึง	ช่วงคะแนนเป็นร้อยละ 0 - 59.9 (0-11 คะแนน)
ระดับคะแนนปานกลาง	หมายถึง	ช่วงคะแนนเป็นร้อยละ 60 - 79.9 (12-15 คะแนน)
ระดับคะแนนสูง	หมายถึง	ช่วงคะแนนเป็นร้อยละ 80 - 100 (16-20 คะแนน)

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถาม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก โดยประยุกต์ใช้ตามแบบวัดทัศนคติของลิเคิร์ต (Likert's Scale) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ

	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

แบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก มีข้อคำถาม 12 ข้อ โดยใช้ตัวเลขแสดงระดับคะแนน ของบรูม (Bloom, 1971 อ้างถึงในเสาวลักษณ์ สัจจา, 2551 : 44) ซึ่งตั้งไว้ 3 ระดับ ดังนี้

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำ	หมายถึง	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 59.9 (0-21 คะแนน)
ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงปานกลาง	หมายถึง	ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79.9 (22-28 คะแนน)
ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง	หมายถึง	ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (9-36 คะแนน)

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่เห็นด้วย	2	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	3

แบบสอบถามด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก มีข้อคำถาม 7 ข้อ ผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับโดยใช้ตัวเลขแสดงระดับคะแนนของบรูม (Bloom, 1971 อ้างถึงในเสาวลักษณ์ สัจจา, 2551 : 44) ซึ่งตั้งไว้ 3 ระดับ ดังนี้

ระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงมาก	หมายถึง	ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (17-21 คะแนน)
ระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงปานกลาง	หมายถึง	ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79.9 (13-16 คะแนน)

ระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงต่ำ หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 59.9(0-12 คะแนน)

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถาม การรับรู้ต่อประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำโดยการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยประยุกต์ใช้ โดยประยุกต์ใช้ตามแบบวัดทัศนคติของลิเคิร์ต (Likert's Scale) มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ ผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับโดยใช้ตัวเลขแสดงระดับคะแนนบรม (Bloom,1971 อ้างถึงในเสาวลักษณ์ สัจจา, 2551 : 44) ซึ่งตั้งไว้ 3 ระดับ ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
เห็นด้วย 3	1
ไม่แน่ใจ 2	2
ไม่เห็นด้วย 1	3

ระดับการรับรู้ต่อประโยชน์มาก หมายถึง ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (22-21 คะแนน)

ระดับการรับรู้ต่อประโยชน์ปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79.9 (16-21 คะแนน)

ระดับการรับรู้ต่อประโยชน์ต่ำ หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 59.9 (0-15 คะแนน)

**ส่วนที่ 6** แบบสอบถาม การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยประยุกต์ใช้ โดยประยุกต์ใช้ตามแบบวัดทัศนคติของลิเคิร์ต (Likert's Scale) มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ ผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับโดยใช้ตัวเลขแสดงระดับคะแนนของบรม (Bloom,1971 อ้างถึงในเสาวลักษณ์ สัจจา, 2551 : 44) ซึ่งตั้งไว้ 3 ระดับ ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
เห็นด้วย 3	1
ไม่แน่ใจ 2	2
ไม่เห็นด้วย 1	3

แบบสอบถามเกณฑ์ระดับรับรู้ต่ออุปสรรค มีข้อคำถาม 11 ข้อ กำหนดเกณฑ์ดังนี้

ระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคมาก หมายถึง ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (26-33 คะแนน)

ระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79.9  
(20-25 คะแนน)

ระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคน้อย หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 59.9  
(0-19 คะแนน)

**ส่วนที่ 7** แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วัดโดยใช้แบบสอบถาม แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือกลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Sale) คือ ได้รับประจำ ได้รับบางครั้ง ไม่ได้รับเลย โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนคือ 3, 2, 1 ตามลำดับ ผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้ตัวเลขแสดงระดับคะแนนของบรม (Bloom, 1971 อ้างถึงในเสาวลักษณ์ สัจจา, 2551:44) ซึ่งตั้งไว้ 3 ระดับ ดังนี้

ระดับการได้รับการสนับสนุนมาก หมายถึง ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80  
(34-42 คะแนน)

ระดับการได้รับการสนับสนุนปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79.9  
(25-33 คะแนน)

ระดับการได้รับการสนับสนุนต่ำ หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 59.9  
(0-24 คะแนน)

**ส่วนที่ 8** แบบบันทึกข้อมูลการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีอายุ 30-60 ปี

## การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

### การสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น โดยศึกษารายละเอียดจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวข้อง
2. กำหนดขอบเขต และโครงสร้างเนื้อหาของแบบบันทึกข้อมูลให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัย
3. สร้างแบบบันทึกข้อมูลสำหรับเก็บข้อมูลสตรีอายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปู่หลก ตำบลบ่อนอก ช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2554 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2555

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา

โดยการนำแบบสอบถามข้อมูลทั้งหมด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน ความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องของการใช้ภาษา หลังจากที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลมาแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมทางด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหาตามผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ

### 2. การหาความเชื่อมั่น

โดยการนำแบบสอบถามข้อมูลที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาในตำบลอ่าวน้อย เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาสัมประสิทธิ์ความคงที่ภายใน (Coefficient Internal Consistency) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่คำนวณได้อยู่ระหว่าง 0 - 1 แบบสอบถามที่ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องภายในสูง แสดงว่าสามารถวัดได้ ในเนื้อหาเดียวกันและวัดได้สอดคล้องกันทุกข้อ แบบสอบถามฉบับนี้ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงทั้งฉบับได้ 0.79 และได้วิเคราะห์แยกตามตัวแปรดังนี้

2.1 ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีค่าความเที่ยงเป็น 0.75

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมีค่าความเที่ยงเป็น 0.74

2.3 การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมีค่าความเที่ยงเป็น 0.75

2.4 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำมีค่าความเที่ยงเป็น 0.74

2.5 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าความเที่ยงเป็น 0.74

2.6 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเที่ยงเป็น 0.83

จากนั้นจึงปรับปรุงแก้ไขแบบบันทึกข้อมูลให้สมบูรณ์พร้อมที่จะนำไปใช้

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. โดยขอหนังสือการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากศูนย์จัดการศึกษาออกสถานที่ตั้งมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เพื่อขออนุญาตให้สตรีอายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปูลุท ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้

โดยกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ตามรูปแบบการให้ความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ช่วงระยะเวลา ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2554 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2555 เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงทำการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 60 คน ดังนี้

- 1.1 รวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยการให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถาม
- 1.2 ดำเนินการทดลองโดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพรูปแบบใหม่
- 1.3 ประเมินความรู้ในกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 10
- 1.4 รวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลองแล้ว 10 สัปดาห์ (Post-test) ด้วยการตอบแบบสอบถามชุดเดิม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วจึงนำข้อมูลที่ได้อ้างอิงมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน ลงรหัส แล้วจึงบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อศึกษาความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก เพื่อศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเป้าหมายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปู่เหล็ก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และเพื่อศึกษาพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปู่เหล็กตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคความสามารถในการรับรู้ประโยชน์ โดยใช้ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติ Paired t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้สถิติค่าร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและIndependent t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

### การนำเสนอข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกพฤติกรรม การมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และนำเสนอแบบบรรยายเนื้อหาและนำเสนอเป็นตาราง ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจะสอดแทรก ในการบรรยายข้อมูลเชิงปริมาณ



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม โดยการวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ได้แก่ สตรีอายุ 30-60 ปีในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปูหลก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์ โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ

ส่วนที่ 6 ข้อมูลด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 7 ข้อมูลการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 8 ข้อมูลจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อ เดือน ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติจำนวนบุตรที่มีชีวิต ประวัติอายุบุตรคนสุดท้าย ประวัติการคุมกำเนิด ประวัติจำนวนครั้งของการแต่งงาน ประวัติการติดเชื้ทางเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30 คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ (เต็ม)</b>				
30-34 ปี	10	33.33	10	33.33
35-39 ปี	8	26.66	6	20.00
40-44 ปี	8	26.66	6	20.00
45-49 ปี	3	10.00	3	10.00
50-54 ปี	0	0	4	13.33
55-60 ปี	1	3.33	1	3.33
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ประถมศึกษา	19	63.33	13	43.33
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	20.00	8	26.66
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	10.00	7	23.33
ปวส./อนุปริญญา	1	3.33	0	0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	3.33	2	6.66
<b>สถานภาพสมรส</b>				
โสด	6	20.00	2	6.66
สมรส	20	66.66	28	93.33
หม้าย/หย่า/แยก	4	13.33	0	0
<b>อาชีพ</b>				
เกษตรกรกรรม	20	66.66	16	53.33
รับจ้าง	9	30.00	7	23.33
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	0	0	4	13.33
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0	3	10.00
แม่บ้าน	1	3.33	0	0
<b>รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b>				
ไม่เกิน 6,000 บาท	18	60.00	10	46.20
6,001 - 9,000 บาท	9	30.00	14	46.66

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30 คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9,001 - 12,000 บาท	1	3.33	4	13.33
12,001 - 15,000 บาท	1	3.33	1	3.33
15,001 บาทขึ้นไป	1	3.33	1	3.33
<b>ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก</b>				
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	6	20.00	2	6.66
อายุน้อยกว่า 20 ปี	11	36.67	3	10.00
20 - 29 ปี	13	43.33	23	76.66
มากกว่า 30 ปี	0	0	2	6.66
<b>ประวัติการตั้งครรภ์</b>				
ไม่เคย	7	23.33	4	13.33
เคย	23	76.67	26	86.67
<b>ประวัติจำนวนบุตร</b>				
ไม่มีบุตร	7	23.33	4	13.33
1-2 คน	16	53.33	20	66.67
3 คนขึ้นไป	7	23.33	6	20.00
<b>ประวัติการคุมกำเนิด</b>				
ไม่เคย	7	23.33	4	13.33
ยาเม็ด	12	56.40	14	46.67
ยาฉีด	10	33.33	6	20.00
ทำหมัน	1	3.33	6	20.00
<b>ประวัติผ่านการแต่งงานกี่ครั้ง</b>				
1 ครั้ง	18	60.00	23	76.67
มากกว่า 1 ครั้ง	6	20.00	5	16.67
ยังไม่แต่งงาน	6	20.00	2	6.66

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30 คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประวัติการติดเชื้ทางเพศสัมพันธ์</b>				
ไม่เคย	30	100.00	30	100.00
<b>รวม</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>
$\bar{X}$ , S.D.	<b>38.30, 6.59</b>		<b>39.90, 8.31</b>	
<b>Min, Max</b>	<b>30, 60</b>		<b>30, 60</b>	

จากตารางที่ 4.1 พบว่า

อายุ พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 38.30 ปี และพบว่าส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 30-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.59 และกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 39.9 และพบว่าส่วนใหญ่มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 30-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 เช่นเดียวกัน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.31

ระดับการศึกษา พบว่า ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.33 ในกลุ่มทดลอง และ 43.33 ในกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ รองลงมา อยู่ในชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 20.00 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 26.66 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 26.66

สถานภาพสมรส พบว่า ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว ในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 66.66 และในกลุ่มเปรียบเทียบ คิดเป็นร้อยละ 93.33 ตามลำดับ

อาชีพ พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 66.66 คิดเป็นร้อยละ 53.33 ตามลำดับ

รายได้ พบว่า กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 6,820.51 บาท ต่อครัวเรือนต่อเดือน และส่วนใหญ่ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ไม่เกิน 6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมา มีรายได้ 6,001-9,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.00 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ย 6,001-9,000 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 46.66 รองลงมาอยู่ในช่วง ไม่เกิน 6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46.20 ตามลำดับ

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุอยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.33 และรองลงมาคือ อายุน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00

ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์อยู่ในช่วงอายุ 20 -29 ปี รองลงมา มีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.66 และ 10.00 ตามลำดับ

ประวัติการตั้งครรภ์ พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 76.67 และกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 86.67

ประวัติจำนวนบุตรที่มีชีวิต พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ จำนวนบุตรที่มีชีวิต อยู่ในช่วง 1-2 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 และ 70.00 รองลงมา มีบุตรจำนวน 3 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 23.33 และ 20.00 ตามลำดับ

ประวัติการคุมกำเนิด พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการคุมกำเนิด โดยวิธีกินยาคุม คิดเป็นร้อยละ 56.40 และ 46.67 รองลงมา ใช้วิธีฉีดยาคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ 20.00

ประวัติการแต่งงาน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ผ่านการแต่งงานมาแล้ว 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 60.00 และร้อยละ 76.67

ประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความรู้	กลุ่มทดลอง (n = 30 คน)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30 คน)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ต่ำ	9	30.00	2	6.66	11	36.66	10	33.33
ความรู้ปานกลาง	15	50.00	13	43.33	13	43.33	13	43.33
ความรู้สูง	6	20.00	15	50.00	6	20.00	7	23.33
$\bar{X}$	13.00		15.53		12.77		12.97	
S.D.	2.61		2.05		4.92		2.81	
Min	8		11		8		8	
Max	18.00		19		18		18	

จากตารางที่ 4.2 พบว่า

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.00 ภายหลังการทดลองความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 50.00

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 43 .33 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 36.66 ภายหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 33.33 โดยมีคะแนนอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็น คิดเป็นร้อยละ 23.33 คะแนน

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	13.00	2.61			
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	12.77	2.71	-0.23	-0.339	0.37
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	15.53	2.53			
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	12.97	2.80	-2.57	-3.728	0.000*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.3 พบว่า

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.00 คะแนน (คะแนนเต็ม 20) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.61 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.71 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.71 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความรู้ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.37)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.53 คะแนน (20 คะแนน) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.53 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.80 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก และ กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ สมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	n	$\bar{X}$	S.D	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	13.00	2.61		
หลังการทดลอง	30	15.53	2.53	9.86	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	30	12.77	2.71		
หลังการทดลอง	30	12.97	2.80	1.44	0.1608

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.4 พบว่า

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.0 คะแนน (คะแนนเต็ม 20) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.61 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.53 คะแนน (คะแนนเต็ม 20) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.53 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีคะแนนความรู้มากกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.00) สอดคล้องสมมุติฐานข้อที่ 1 ตามที่ตั้งไว้

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.77 คะแนน (คะแนนเต็ม 20) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.71 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.97 คะแนน (20 คะแนน) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.80 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้

เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าภายในกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองมีคะแนนความรู้มากกว่า ก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 4.5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความรู้ต่อ โอกาสเสี่ยง	กลุ่มทดลอง (n = 30 คน)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30 คน)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้มาก	0	0	21	70.00	1	3.34	3	7.70
การรับรู้ปานกลาง	24	80.00	9	30.00	24	80.00	22	73.33
การรับรู้ต่ำ	6	20.00	0	0	5	16.66	5	16.66
$\bar{X}$	24.20		30.03		24.53		24.77	
S.D	2.58		2.97		2.64		2.92	
Min	19		24		18		18	
Max	27		36		29		30	

จากตารางที่ 4.5 พบว่า

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.20 คะแนน (คะแนนเต็ม 36) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.58 หลังการทดลอง มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 70.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.03 คะแนน (คะแนนเต็ม 36) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.97 หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.53 คะแนน (คะแนนเต็ม 36) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.64 และหลังการทดลอง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 73.33 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.77 คะแนน (คะแนนเต็ม 36) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.92



ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	24.20	2.58	0.33	0.495	0.311
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	24.54	2.64			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	30.03	2.97	-5.27	-6.931	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	24.77	2.92			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.6 พบว่า

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.20 คะแนน (คะแนนเต็ม 36) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.58 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.54 คะแนน (คะแนนเต็ม 36) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.64 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนการรับรู้ ไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.03 คะแนน (คะแนนเต็ม 36) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.97 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.77 คะแนน (คะแนนเต็ม 36) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.92 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนการรับรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ตามที่ตั้งไว้

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	24.20	2.58	8.537	0.000*
หลังการทดลอง	30	30.03	2.97		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	30	24.54	2.64	1.88	0.069
หลังการทดลอง	30	24.77	2.92		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.7 พบว่า

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.20 คะแนน (คะแนนเต็ม 36) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.58 และหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.03 คะแนน (คะแนนเต็ม 36) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.97 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้มากกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.005สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1 ตามที่ตั้งไว้

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.54 คะแนน (คะแนนเต็ม 39) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.64 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.77 คะแนน (คะแนนเต็ม 36) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.92 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง และหลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

#### ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 4.8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความรู้ต่อ ความรุนแรง	กลุ่มทดลอง (n = 30 คน)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30 คน)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ระดับมาก	14	46.66	23	76.66	12	40.00	12	40.00
การรับรู้ปานกลาง	10	3.33	5	16.66	14	46.67	14	46.67
การรับรู้ระดับน้อย	6	20.00	2	6.66	4	13.33	4	13.33
$\bar{X}$	16.00		18.17		16.20		16.33	
S.D.	3.27		2.82		2.87		2.82	
Min	11		12		11		11	
Max	21		21		21		21	

จากตารางที่ 4.8 พบว่า

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 46.66 และร้อยละ 76.66 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.00 คะแนน (คะแนนเต็ม 21) และคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.17 คะแนน (คะแนนเต็ม 21) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.27 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.82 ภายหลังการทดลองพบว่าทุกข้อมีคะแนนสูงขึ้นตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ทั้งก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 46.67 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.20 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.33 คะแนน (คะแนนเต็ม 21) ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.87 และ 2.82 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับการรับรู้ ต่อความรุนแรง	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	16.20	2.87	0.20	0.252	0.401
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	16.00	3.27			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	18.17	2.82	-1.83	-0.519	0.007*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	16.33	2.82			

จากตารางที่ 4.9 พบว่า

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.20 คะแนน (คะแนนเต็ม 21) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.87 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.00 คะแนน (คะแนนเต็ม 21) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.27 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ ระดับ 0.05 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.12) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 18.17 คะแนน (คะแนนเต็ม 21) และ 16.33 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับการรับรู้ต่อความรุนแรง	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	16.00	3.27		
หลังการทดลอง	30	18.17	2.82	6.97	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	30	16.20	2.87		
หลังการทดลอง	30	16.33	2.82	1.28	0.211

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.10 พบว่า

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.00 คะแนน (คะแนนเต็ม 21) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.27 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 18.17 คะแนน (คะแนนเต็ม 21) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.82 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ภายในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง มีคะแนนการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก มากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.20 คะแนน (คะแนนเต็ม 21) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.87 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 16.33 คะแนน (คะแนนเต็ม 21) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.82 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง มีคะแนนการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ

ตารางที่ 4.11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามตามระดับรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับการรับรู้ ประโยชน์	กลุ่มทดลอง (n = 30 คน)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30 คน)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	17	56.66	21	70.00	17	56.66	17	56.66
ระดับปานกลาง	8	26.66	9	30.00	5	16.66	6	20.00
ระดับน้อย	5	16.66	0	0	8	26.66	7	23.33
$\bar{X}$	21.10		22.93		20.77		20.93	
S.D.	4.62		3.64		5.02		4.83	
Min	14		16		13		13	
Max	27		27		27		27	

จากตารางที่ 4.11 พบว่า

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ส่วนใหญ่การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ อยู่ในระดับสูง คิดเป็น ร้อยละ 56.66 และร้อยละ 70.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.10 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.93 คะแนน (คะแนนเต็ม 21) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.62 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.64 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำอยู่ในระดับสูง

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ทั้งก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ส่วนใหญ่การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำอยู่ในระดับสูงเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 56.66 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.77 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.93 คะแนน (คะแนนเต็ม 27) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.02 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.83 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตาม  
คำแนะนำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับการรับรู้ประโยชน์	n	$\bar{X}$	S.D	Mean difference	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	21.10	4.62	-0.33	-0.268	0.395
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	20.77	5.02			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	22.93	3.64	-2.00	-1.810	0.038*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	20.93	4.83			

จากตารางที่ 4.12 พบว่า

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.10 คะแนน (คะแนนเต็ม 27) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.62 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.77 คะแนน (คะแนนเต็ม 27) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.02 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำไม่แตกต่างกันทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.93 คะแนน (คะแนนเต็ม 27) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.64 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.93 คะแนน (คะแนนเต็ม 21) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.83 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1

ตารางที่ 4.13 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของคะแนน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับการรับรู้ประโยชน์	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	21.10	4.62		
หลังการทดลอง	30	22.93	3.64	4.60	0.0001*
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	30	20.77	5.02		
หลังการทดลอง	30	20.93		1.22	0.231

จากตารางที่ 4.13 พบว่า

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.10 คะแนน (คะแนนเต็ม 27) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.62 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.93 คะแนน (คะแนนเต็ม 27) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.64 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.77 คะแนน (คะแนนเต็ม 27) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.02 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.93 คะแนน (คะแนนเต็ม 27) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.77 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ พบว่า ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำไม่แตกต่างกัน ทางสถิติ



## ส่วนที่ 6 ข้อมูลด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 4.14 จำนวน และร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการทดลอง

ระดับการรับรู้ ต่ออุปสรรค	กลุ่มทดลอง (n = 30 คน)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30 คน)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	5	16.66	17	56.67	5	16.66	6	20.00
ระดับปานกลาง	15	50.00	10	33.33	15	50.00	14	46.66
ระดับต่ำ	10	33.33	3	10.00	5	16.66	10	33.33
$\bar{X}$	22.00		25.67		21.80		22.07	
S.D.	3.27		4.58		3.08		3.38	
Min	13		13		18		18	
Max	32		33		29		31	

จากตารางที่ 4.14 พบว่า

กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่การรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.00 คะแนน (คะแนนเต็ม 33) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.27 หลังการทดลองพบว่าการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 56.67 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.67 คะแนน (คะแนนเต็ม 33) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.58 ภายหลังการทดลองพบว่าการรับรู้ต่ออุปสรรคมีคะแนนเพิ่มขึ้น

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ส่วนใหญ่การรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 และร้อยละ 46.66 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.80 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.07 (คะแนนเต็ม 33) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.08 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.38 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.15 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับการรับรู้ ต่ออุปสรรค	n	$\bar{X}$	S.D	Mean difference	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	21.80	3.08	0.2	-0.244	0.404
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	22.00	3.27			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	25.67	4.58	-3.60	-3.462	0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	22.07	3.38			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.15 พบว่า

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.80 คะแนน (คะแนนเต็ม 33) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.08 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.00 คะแนน (คะแนนเต็ม 33) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.27 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.67 คะแนน (คะแนนเต็ม 33) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.58 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.07 คะแนน (คะแนนเต็ม 33) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.38 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

ตารางที่ 4.16 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของคะแนนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับการรับรู้ ต่ออุปสรรค	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	22.00	3.27		
หลังการทดลอง	30	25.67	4.58	7.49	0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	30	21.80	3.08		
หลังการทดลอง	30	22.07	3.38	1.09	0.283

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.16 พบว่า

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.00 คะแนน (คะแนนเต็ม 33) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.2 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 25.67 คะแนน (คะแนนเต็ม 33) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.58 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.80 คะแนน (คะแนนเต็ม 33) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.08 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.07 คะแนน (คะแนนเต็ม 33) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.38 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง มีคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกันทางสถิติ

## ส่วนที่ 7 ข้อมูลการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 4.17 จำนวน และ ร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มทดลอง (n = 30 คน)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30 คน)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับสูง	2	6.66	25	83.33	4	13.33	4	13.33
ได้รับปานกลาง	15	50.00	4	13.33	11	36.66	13	43.33
การได้รับต่ำ	13	43.33	1	3.33	15	50.00	13	43.33
$\bar{X}$	25.67		36.47		26.20		26.40	
S.D	3.78		5.51		4.73		4.67	
Min	21		24		21		21	
Max	36		42		37		37	

จากตารางที่ 4.17 พบว่า

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.67 คะแนน (คะแนนเต็ม 42) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.78 ภายหลังการทดลองได้รับแรงสนับสนุนอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83.33 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.47 คะแนน (คะแนนเต็ม 42) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.51 ภายหลังการทดลองด้านข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่พบว่า ได้รับข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเพื่อน ด้านอารมณ์ส่วนใหญ่พบว่าได้รับเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 50.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.20 (คะแนนเต็ม 42) ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.73 ภายหลังการทดลองส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ร้อยละ 43.33 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.40 คะแนน (คะแนนเต็ม 42) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.67

ตารางที่ 4.18 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	25.67	3.78			
				-0.53	0.482	0.316
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	26.20	4.73			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	26.40	4.67			
				-10.07	-7.634	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	26.40	4.67			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.18 พบว่า

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.67 คะแนน (คะแนนเต็ม 42) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.78 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.20 คะแนน (คะแนนเต็ม 42) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.73 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.40 คะแนน (คะแนนเต็ม 42) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.67 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.40 คะแนน (คะแนนเต็ม 42) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.6 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.19 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	30	25.67	3.78	11.53	0.000*
หลังการทดลอง	30	36.47	5.51		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	30	26.20	4.73	1.36	0.184
หลังการทดลอง	30	26.40	4.67		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.19 พบว่า

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.67 คะแนน (คะแนนเต็ม 42) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.78 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.47 คะแนน (คะแนนเต็ม 42) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.51 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.20 คะแนน (คะแนนเต็ม 42) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.73 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.40 คะแนน (คะแนนเต็ม 42) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.67 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง มีคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกันทางสถิติ

## ส่วนที่ 8 ข้อมูลจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 4.20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนจำแนกตามการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการทดลอง

การมารับบริการ ตรวจคัดกรองฯ	กลุ่มทดลอง (n = 30 คน)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30 คน)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาตรวจคัดกรอง	0	0	30	100	0	0	2	6.66

จากตารางที่ 4.20 พบว่า

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากการคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์ว่าจะต้องไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยภายใน 3 ปีที่ผ่านมา ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด โดยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 30 คน (กลุ่มตัวอย่าง 30 คน)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด เนื่องจากการคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์ว่าจะต้องไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยภายใน 2 ปีที่ผ่านมา ภายหลังการทดลองส่วนใหญ่กลุ่มเปรียบเทียบมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 6.66 โดยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 2 คน (กลุ่มตัวอย่าง 30 คน)

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในตำบลบ่อนอก อำเภอเมืองจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความรู้และการรับรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง และ 2) เปรียบเทียบจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยทำการวัดก่อนและหลังทดลองในสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปูหลก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมืองจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรอบ 2 ที่ผ่านมา ระยะเวลาที่ศึกษา เดือนธันวาคม 2554- กุมภาพันธ์ 2555 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลทั่วไปสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบใช้สถิติ Paired Sample t-test และ Independent t-test และได้ทำการกำหนดเกณฑ์การทดสอบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน พบว่า กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 38.30 ปีส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับในประถมศึกษาสภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ ร้อยละ 66.66 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.33 ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 6,000 บาท ร้อยละ 60.00 รองลงมารายได้ 6,001-9,000 บาท ร้อยละ 30.00 และประวัติการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกส่วนใหญ่ อายุ 20-29 ปี จำนวนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 2 ครั้ง การคุมกำเนิดส่วนใหญ่ทานยาคุมกำเนิด สตรีที่แต่งงานแล้วไม่เคยติดเชื้ทางเพศสัมพันธ์



1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1
3. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1
4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1
5. การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนด้านการรับรู้ต่อการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1
6. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1
7. การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2

### การอภิปรายผล

การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติตามคำแนะนำของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสตรีกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกัน

อภิปรายได้ว่าเกิดจากการให้ศึกษาโดยวิทยาการและผู้วิจัยเองได้บรรยายและทำให้ทราบถึงประโยชน์ของการมารับบริการตรวจคัดกรองและการปฏิบัติตามคำแนะนำและการสนับสนุนทางสังคมได้ร่วมแสดงความคิดเห็นประโยชน์ที่ได้รับในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับกรณีการศึกษาของเคททิพย์ (2549 : 76-77) ที่ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อสตรี อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากจัดกิจกรรมเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) นอกจากนี้ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนทางด้าน ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความแตกต่างทั้งภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และความแตกต่างของสัดส่วนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

และสอดคล้องกับงานวิจัยของจรรยา หาสุข และคณะ (2554 : 90) ได้ศึกษาผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลบ้านแร่ อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนทดลองและมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) นอกจากนี้พบว่าผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นด้วย ผลการวิจัยนี้สรุปว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถเพิ่มการรับรู้ในการเป็นมะเร็งปากมดลูกแก่สตรี ทำให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นจึงควรนำไปใช้การจัดการสุขภาพเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

และสอดคล้องกับงานวิจัยของฉวีญา พัวพัค (2549 : 63) ศึกษา การสร้างความตระหนักต่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้านเกษตรกร ตำบลป่าไผ่ อำเภอพริ้ว จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าผลการทดสอบความตระหนักกลุ่มแม่บ้านมีความตระหนักในการป้องกันโรคมะเร็งอยู่ในระดับมากและภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของธิดา นุ่มอยู่ (2551 : 99) ได้ศึกษาการส่งเสริมการมารับบริการ

ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในเขตอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 2551 ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง สตรีกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และพบว่า ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม การรับรู้ผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

โดยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำไปใช้ในการเพิ่มอัตราการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทยได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของสังวร นิมมาลา (2552 : 70) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจมะเร็งปากมดลูกในเขตตำบลห้วยขมิ้น อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการรับส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเสาวลักษณ์ สัจจา (2551 : 96-99) ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสตรีอายุ 30-60 เพื่อมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 เทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ต่ออุปสรรค สูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มทดลองทุกคนมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ของการสนับสนุนทางสังคมกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 สรุปว่าผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการเพิ่มอัตราการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ และสอดคล้องกับศรายุทธ อินทร์ชัย (2549 : 72) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มต่อความรู้ ทักษะและความตั้งใจ มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และมีทัศนคติที่ดีต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.008$ ) และสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการให้

โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม มีความตั้งใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.005$ )

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

1. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งเสริมให้สตรีมีกรรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงอาจนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีสถานการณ์และบริบทที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้

2. ควรมีการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้กับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบเดียวกันนี้กับชุมชนอื่นๆที่มีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันเพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นตลอดจนศึกษาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินการ อาจนำไปใช้กับประชากรกลุ่มอื่นๆที่ดำเนินการเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การดำเนินงานเรื่องการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ใกล้ชิดในครอบครัว เช่นสามี และบุตรหรือบุคคลากรที่อยู่ในชุมชนกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองเพื่อนำไปวางแผนทำการวิจัยครั้งต่อไป

## บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ เกตุทิพย์. (2549). การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อสตรี อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เกรียงศักดิ์ ธีัญญศิริินทร์ และสวาท เครื่องพาที. (2551). การพัฒนาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสถานีนามัยที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ผู้หญิง สถานีนามัยศรีทายาท ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. บุรีรัมย์ : ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2545). คู่มือบุคลากรสาธารณสุขในการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพสตรีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกป้องกันโรคมะปากมดลูก. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคณะ. (2551). ความรู้ เจตคติ และความตั้งใจของสตรี เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เชื้อไวรัสแพปพิโลมาในมนุษย์ และวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสแพปพิโลมาในมนุษย์ โรงพยาบาลมาราชนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จรรยา หาสุข และคณะ. (2554). ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลบ้านแร่ อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2546). กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น : ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โณมยงค์ จิตสัตย์. (2551). การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีจิตอาสาและภาวะผู้นำสถานีนามัยหนองเกียบ ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. บุรีรัมย์ : ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.
- ณัฐยา พัวพัค. (2549). การสร้างความตระหนักต่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้านเกษตรกร ตำบลป่าไผ่ อำเภอพริ้ว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ธิดา นุ่มอยู่. (2551). การส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเขตอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นันทบุญ อร่ามพงษ์. (2551). ปัจจัยการการบริหารคุณภาพ และการสนับสนุนจากองค์กรกับผลการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ยุพิน เพ็ชรมงคล. (2547). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รังสรรค์ พนานุสรณ์ อัญชลี พงษ์ชนะ และพัชรนันท์ วงษ์พิมพ์. (2551). ผลของการใช้รูปแบบส่งเสริมสุขภาพการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปู่หลก. (2554). สารสนเทศโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหนองปู่หลก. ประจวบคีรีขันธ์ : สำนักงาน.
- ศรายุทธ อินทร์ชัย. (2549). ผลของโปรแกรมสุขภาพรายกลุ่มต่อความรู้ ทักษะคิดและความตั้งใจมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2549). การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ : สำนักงาน.
- \_\_\_\_\_. (2550). สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ค้นเมื่อ สิงหาคม 13, 2554 จาก <http://www.nci.go.th/know/edge/nom.htm>.
- \_\_\_\_\_. (2552). Breast ICD-10 C50. ค้นเมื่อ มกราคม 16, 2554 จาก <http://www.nci.go.th/know/edge/nom.htm>.
- สังวร ฉิมมาลา. (2552). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านสุขภาพในการตรวจมะเร็งปากมดลูกตำบลห้วยขมิ้น อำเภอหนองแคว จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุมิตรา ทองประเสริฐ และสิริกุล นภาพันธ. (2545). โรคมะเร็ง : แนวทางการรักษา. เชียงใหม่ : หจก.ชนบรรณการพิมพ์.
- สมทรง รักษ์เผ่า และสรศักดิ์ภูณ์ ดวงคำสวัสดิ์. (2540). กระบวนการดำเนินงานสุขภาพศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรณี : การพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคในชุมชน. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. (2554). **สถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูกจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. ประจวบคีรีขันธ์ : สำนักงาน.**
- เสาวลักษณ์ สัจจา. (2551). **ประสิทธิผลของประยุกต์ใช้ทฤษฎีและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสตรีอายุ 30-60 ปี เพื่อมาตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 เทศบาลเมืองหนองคายจังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**
- หทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2550). **การเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยมุสลิม ตำบลสูง อำเภอลาดใหญ่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.**
- เอกราช บุญอาจ, นิชกุล บุญอาจ และธัญลักษณ์ สุริยะ. (2551). **การพัฒนารูปแบบการค้นหาและตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายเชิงรุก ศูนย์สุขภาพเมืองแก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. บุรีรัมย์ : ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.**
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy Toward Unifying Theory of Behavioral Change *Psychological*. 4(25) : 41-215.
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and sick role behavior. **Health Education Monographs**. 2 (Feb) : 409-419.
- Becker, M. H. and Maiman, L. A. (1975). Social behavioral Determinant of Compliance with Health and Medical Care Recommendation. **Medical Care**. 5(10) : 10-24.
- Elling, R. et. al. (1960). Patient participation in pediatric program. **Journal of Health and Human Behavior**. 1 : 183-191.
- Heinze, I. F. (1962). Factors in prophylaxis behavior in treating rheumatic fever: an exploratory study. **Journal of Health and Human Behavior**, 3 : 72-81.
- Ngelangel, C. (1998). MEDLINE. **Cancer Inst**. 90, 43-49.
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. **Health Education Monographs**. 355-385.
- Smith, Js., et. al. (2003). **Cervical cancer and use of hormonal contraceptives**. A systematic review *Lancet*.
- WHO. (2008). The world health report 2008 : primary health care now More than ever. **Switzerland, Pascale Broisin**. 21 - 24.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

หนังสือเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ที่ ศธ. ๐๕๕๕.๔๕/ว.๑๙๙



ศูนย์จัดการศึกษานอกสถานที่ตั้ง  
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี  
อ.เมือง จ.เพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นางศรีสมาน บุญมีโชติ ( พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ )

ด้วยศูนย์จัดการศึกษานอกสถานที่ตั้ง มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ได้เปิดสอนหลักสูตร  
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ปัจจุบันมีนักศึกษาอยู่ในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์  
เพื่อให้ได้วิทยานิพนธ์ที่มีคุณภาพและมีคุณค่าทางวิชาการ ศูนย์จัดการศึกษานอกสถานที่ตั้ง เห็นว่าท่านเป็นผู้มี  
ความรู้และประสบการณ์ในทางวิชาการเป็นอย่างสูง จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ  
เครื่องมือวิจัยของนักศึกษา ซึ่งมีหัวข้อเรื่องและรายละเอียดดังนี้ คือ

ชื่อนักศึกษา	ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
นางเรไร สูงยิ่ง รหัสประจำตัว ๕๓๙๒๗๐๙	การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านหนองพุทลุง ตำบลบ่อนอก อำเภอ เมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ดร.บุษราคัม สิงห์ชัย อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ดร.บัวตัน เขียวอรามณ์

ทั้งนี้ นักศึกษาได้ส่งต้นฉบับโครงร่างวิทยานิพนธ์มาเพื่ออ่านและพิจารณาประกอบด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาโรช เมื่อกบัวขาว)  
ผู้ช่วยอธิการบดี ปฏิบัติราชการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

บัณฑิตศึกษา : ศูนย์จัดการศึกษานอกสถานที่ตั้ง

โทรสาร. ๐ ๓๒๔๙ ๓๒๙๐

ที่ ศธ. ๐๕๕๕.๔๕/ว.๑๙๙



ศูนย์จัดการศึกษานอกสถานที่ตั้ง  
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี  
อ.เมือง จ.เพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน แพทย์หญิงสุกัญญา นิมิตรสุรชาติ ( นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สาขาสุนัขตัวเล็ก )

ด้วยศูนย์จัดการศึกษานอกสถานที่ตั้ง มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ได้เปิดสอนหลักสูตร  
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ปัจจุบันมีนักศึกษาอยู่ในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์  
เพื่อให้ได้วิทยานิพนธ์ที่มีคุณภาพและมีคุณค่าทางวิชาการ ศูนย์จัดการศึกษานอกสถานที่ตั้ง เห็นว่าท่านเป็นผู้มี  
ความรู้และประสบการณ์ในทางวิชาการเป็นอย่างสูง จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ  
เครื่องมือวิจัยของนักศึกษา ซึ่งมีหัวข้อเรื่องและรายละเอียดดังนี้ คือ

ชื่อนักศึกษา	ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
นางเรไร สูงยิ่ง รหัสประจำตัว ๕๓๙๒๗๐๙	การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านหนองปูเหล็ก ตำบลบ่อนอก อำเภอ เมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ดร.บุษราคัม สิงห์ชัย อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ดร.บัวตัน เขียรอารมณ์

ทั้งนี้ นักศึกษาได้ส่งต้นฉบับโครงร่างวิทยานิพนธ์มาเพื่ออ่านและพิจารณาประกอบด้วยแล้ว  
จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาโรช เมื่อกบัวขาว)  
ผู้ช่วยอธิการบดี ปฏิบัติราชการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

บัณฑิตศึกษา : ศูนย์จัดการศึกษานอกสถานที่ตั้ง  
โทรสาร. ๐ ๓๒๔๙ ๓๒๙๐



ที่ ศธ. ๐๕๕๕.๔๕/ว.๑๙๙

ศูนย์จัดการศึกษานอกสถานที่ตั้ง  
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี  
อ.เมือง จ.เพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นางอารยา ภักดิ์ศรี

ด้วยศูนย์จัดการศึกษานอกสถานที่ตั้ง มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ได้เปิดสอนหลักสูตร  
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ปัจจุบันมีนักศึกษาอยู่ในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์  
เพื่อให้ได้วิทยานิพนธ์ที่มีคุณภาพและมีคุณค่าทางวิชาการ ศูนย์จัดการศึกษานอกสถานที่ตั้ง เห็นว่าท่านเป็นผู้มี  
ความรู้และประสบการณ์ในทางวิชาการเป็นอย่างสูง จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ  
เครื่องมือวิจัยของนักศึกษา ซึ่งมีหัวข้อเรื่องและรายละเอียดดังนี้ คือ

ชื่อนักศึกษา	ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
นางเรไร สูงยิ่ง รหัสประจำตัว ๕๓๙๒๗๐๙	การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหนองพุทлак ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ดร.บุษราคัม สิงห์ชัย อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ดร.บัวตัน เขียรอารมณ

ทั้งนี้ นักศึกษาได้ส่งต้นฉบับโครงร่างวิทยานิพนธ์มาเพื่ออ่านและพิจารณาประกอบด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาโรช เมื่อกบัวขาว)  
ผู้ช่วยอธิการบดี ปฏิบัติราชการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

บัณฑิตศึกษา : ศูนย์จัดการศึกษานอกสถานที่ตั้ง

โทรสาร. ๐ ๓๒๔๙ ๓๒๙๐

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามเพื่อวิจัย



### แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

## เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพในตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

คำอธิบาย แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ของนักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

แบบสอบถาม แบ่งเป็น 8 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามตามคำแนะนำจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 6 การรับรู้ต่ออุปสรรคต่ออุปสรรคในการมารับบริการ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 8 แบบประเมินความตั้งใจต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 1 ข้อ

กรุณาตอบแบบสอบถามแต่ละตอนตามความเป็นจริงและครบทุกข้อ คำตอบของท่านจะนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น การวิเคราะห์ในทางสถิติ จะนำเสนอในภาพรวม คำตอบของท่านจะไม่ทำให้เกิดผลเสียต่อตัวผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่กรุณาให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

(นางเรไร สูงยิ่ง)

นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

บ้านเลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์  
วันที่ตอบแบบสอบถาม.....

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  เพียงคำตอบเดียวหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

- อายุ.....ปี (อายุเต็ม ไม่นับเดือน)
- ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ปวส.
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	
- สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> สมรส	<input type="checkbox"/> ม่าย/หย่า/แยก
------------------------------	-------------------------------	--
- อาชีพหลักในปัจจุบัน
 

<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว
<input type="checkbox"/> ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....	
- รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 

<input type="checkbox"/> ไม่เกิน 6,000 บาท	<input type="checkbox"/> 6,001 - 9,000 บาท	<input type="checkbox"/> 9,001 - 12,000 บาท
<input type="checkbox"/> 12,001 - 15,000 บาท	<input type="checkbox"/> 15,001 บาทขึ้นไป	
- ท่านมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ.....ปี
- ท่านเคยตั้งครรภ์หรือไม่
 

<input type="checkbox"/> ไม่เคย	
<input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์.....ครั้ง	แท้ง.....ครั้ง
คลอด.....ครั้ง คลอดที่ผ่านทางช่องคลอด.....ครั้ง	
- ท่านมีบุตรจำนวน.....คน
- บุตรคนสุดท้ายอายุ.....ปี (อายุเต็ม ไม่นับเดือน)
- ท่านเคยคุมกำเนิดหรือไม่
 

<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย ระบุวิธีคุมกำเนิด.....รวมระยะเวลาที่ใช้.....ปี
---------------------------------	---
- ท่านแต่งงานมาแล้วกี่ครั้ง
 

<input type="checkbox"/> 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/> มากกว่า 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
----------------------------------	--	---

12. ท่านเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่

ไม่เคย

เคย ระบุ.....ครั้ง ระบุโรค.....

## ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ใช่ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

ไม่ทราบ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นในลักษณะกำกวม

ข้อความ	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. โรคมะเร็งปากมดลูกคือ การที่เซลล์เยื่อปากมดลูก มีการแบ่งตัวอย่างผิดปกติ			
2. โรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่ส่งเสริมให้เกิดมะเร็งปากมดลูก เช่น การติดเชื้อไวรัสหองอนไก่อ (HPV)			
3. การมีที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหลายคน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงสตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับชายคนเดียว			
4. สตรีที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อยมี โอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง			
5. สตรีที่แต่งงานเมื่ออายุมากมี โอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าสตรีที่แต่งงานเมื่ออายุน้อย			
6. โรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ทำให้มีอาการปวดในอุ้งเชิงกราน ตกเลือด ขาบวม ปวดหลัง			
7. อาการตกขาวผิดปกติมีกลิ่นเหม็น มีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ เป็นอาการ โรคมะเร็งปากมดลูก			
8. มะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้าย สามารถแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นได้ เช่น ตับ ไต			
9. สตรีที่สูบบุหรี่เป็นประจำติดต่อกันเป็นหลายปีมี โอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าผู้หญิงทั่วไป			



ข้อความ	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
10. สตรีที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดการใช้ฮอร์โมนเป็นประจำติดต่อกันเป็นเวลากหลายปีมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีทั่วไป			
11. การเตรียมตัวก่อนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ตรวจขณะมีประจำเดือน เว้นการมีเพศสัมพันธ์ก่อนตรวจ 48 ชั่วโมง ไม่สวนล้างช่องคลอด ไม่เหน็บยาในช่องคลอดก่อนตรวจ 48 ชั่วโมง			
12. วิธีการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ง่ายที่สุด คือ การตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูกไปตรวจ			
13. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกควรตรวจเฉพาะหลังการคลอดบุตรเท่านั้น			
14. สตรีที่มีอายุมาก 60 ปีแล้วไม่จำเป็นต้องมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
15. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถค้นพบมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก			
16. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ควรตรวจภายหลังจากมีประจำเดือนหมดไปแล้ว 10-14 วันเพื่อให้ได้ผลที่แน่นอน			
17. ถ้าผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ต้องไปตรวจซ้ำ/พบแพทย์นัด			
18. สตรีที่เคยผ่าตัดมดลูกไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
19. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกควรตรวจเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอดเท่านั้น			
20. การรักษามะเร็งปากมดลูกสามารถรักษาได้ด้วยวิธีเดียวคือการผ่าตัดเท่านั้น			

### ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นในลักษณะกำกึ่งกัน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. สตรีที่มีญาติสายตรง เช่น บิดา ,มารดา, พี่น้อง ป่วยเป็นมะเร็ง จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าคนอื่น			
2. สตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก			
3. การทำความสะอาดอวัยวะเพศอยู่เสมอ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก			
4. สตรีที่มีสามีเคยมีประวัติภรรยาเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก			
5. การคลอดบุตรหลายคน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่มีบุตรน้อย			
6. การที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง จะไม่มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก			
7. ถ้าไม่พบอาการผิดปกติ ไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
8. สตรีที่ติดเชื้อเอดส์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่ปกติ			
9. สตรีที่แต่งงานเมื่ออายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้ง่าย			
10. การที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าปกติ			
11. สตรีที่มีฐานะเศรษฐกิจและสังคมต่ำมี โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง			
12. สตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปมี โอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงกว่าบุคคลกลุ่มอื่น			

#### ส่วนที่ 4 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

**คำชี้แจง** ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นในลักษณะกำกวม

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	ความคิดเห็น		
	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
1. มะเร็งปากมดลูกระยะแรก ใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 ปี จึงกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม			
2. มะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมะเร็งที่พบในสตรีเป็นอันดับ 1			
3. มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ทำให้เจ็บปวดทุกข์ทรมาน			
4. การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก ในรายที่เป็นระยะลุกลามต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลาหลายเดือนหรือหลายปี			
5. ผู้ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะก่อนลุกลามจะสามารถรักษาให้หายขาดได้			
6. การป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก จะทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง			
7. ถ้าท่านเป็นมะเร็งปากมดลูก ท่านจะเป็นภาระของครอบครัว และสังคมต้องดูแล			

### ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ จำนวน 9 ข้อ

**คำชี้แจง** ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นในลักษณะกำกึ่งกัน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะทำให้ท่านทราบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือไม่			
2. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่เจ็บ ไม่ยุ่งยาก			
3. เมื่อเจ้าหน้าที่นัดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต้องไปทุกครั้ง ถึงแม้ร่างกายแข็งแรงดี			
4. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกท่านมีโอกาสดูแลสุขภาพเร็วขึ้น และหายขาดได้			
5. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาตรวจไม่ถึง 15 นาที			
6. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากจะช่วยหามะเร็งปากมดลูกแล้ว ยังสามารถตรวจดูความผิดปกติอื่นๆของช่องคลอดได้ด้วย			
7. การไม่ล่าช้าทางเพศช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก			
8. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นสิ่งจำเป็นของสตรีที่แต่งงานแล้ว เพราะมะเร็งปากมดลูกระยะแรกไม่แสดงอาการใดๆ			
9. ท่านควรรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี			

## ส่วนที่ 6 การรับรู้ต่ออุปสรรค

**คำชี้แจง** ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นในลักษณะกำกึ่งกัน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

การรับรู้ต่ออุปสรรค	ความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มีกระบวนการและขั้นตอนที่ยุ่งยาก			
2. ท่านคิดว่าการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นสิ่งน่าอาย เพราะต้องเปิดเผยอวัยวะเพศซึ่งเป็นสิ่งที่ควรต้องปกปิด			
3. ท่านไม่สะดวกในการเดินทางไปรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก			
4. ท่านคิดว่าการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต้องใช้เวลาจนถึงจะได้ตรวจ			
5. ท่านไม่ต้องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะกลัวพบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก			
6. ขณะตรวจมะเร็งปากมดลูกอาจทำให้เจ็บได้			
7. ท่านไม่มีเวลาว่างพอที่จะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากต้องทำมาหาเลี้ยงชีพ			
8. การที่ไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยที่ท่านไม่มีอาการใด ๆ ทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่าย			
9. สามีไม่เห็นด้วยที่จะให้ท่านไปตรวจหามะเร็งปากมดลูก			
10. เจ้าหน้าที่จัดสถานที่ไม่เหมาะสมในการตรวจคัดกรอง			
11. การตรวจท่านต้องรอนานไม่สามารถรู้ผลได้ทันที			

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก  
คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ประจำ หมายถึง ท่านได้รับทุกสัปดาห์  
บางครั้ง หมายถึง ท่านได้รับ 2-4 สัปดาห์  
ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ท่านได้รับน้อยกว่า 4 สัปดาห์

แบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ความคิดเห็น		
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
<b>แหล่งข้อมูลข่าวสาร(ความรู้)</b>			
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดอบรมแจกคู่มือแผ่นพับ ให้ดู VDO การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและบอกถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
2. ท่านไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากสามีสนับสนุนให้ท่านไปตรวจ			
3. เพื่อนบ้านกระตุ้นเตือนให้ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
4. จดหมายกระตุ้นเตือนให้ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
5. อสม. กระตุ้นเตือนให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและแนะนำให้ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
6. เจ้าหน้าที่ เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา ท่านจึงลดความวิตกกังวลในการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
7. เพื่อนบ้านและท่านได้พูดคุยกัน พบว่าตัวเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก จึงตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
8. อสม. และเจ้าหน้าที่ ให้คำปรึกษา เยี่ยมบ้าน แสดงความห่วงใยให้กำลังใจท่านจึงตัดสินใจไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
<b>การบริหารจัดการและวัสดุสิ่งของ</b>			
9. สถานที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใกล้บ้าน สะดวก ไม่ต้องเดินทางไกล			
10. ท่านไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด			

แบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ความคิดเห็น		
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ
11. ท่านไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากเจ้าหน้าที่บริการดี			
12. ท่านไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากได้รับของขวัญเป็นที่ระลึก			
13. ท่านต้องการตรวจกับหมอผู้หญิงมากกว่าหมอผู้ชาย เนื่องจากท่านรู้สึกอายและไม่กล้าที่จะซักถามในประเด็นที่ยังสงสัย			
14. ท่านไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากสถานที่มีคิติดีเหมาะสม มีอุปกรณ์สะอาด			

#### ส่วนที่ 8 แบบประเมินความตั้งใจต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

- ตรวจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น  
 ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านเห็นต่อข้อความนั้นในลักษณะกำกวม  
 ไม่ตรวจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย

แบบประเมินความตั้งใจต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	คำตอบ		
	ตรวจ	ไม่แน่ใจ	ไม่ตรวจ
ท่านคิดว่า จะไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอีกหรือไม่			
<input type="checkbox"/> 1. ไปตรวจเพราะ.....			
.....			
<input type="checkbox"/> 2. ไม่ไปตรวจเพราะ.....			
.....			
<input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจเพราะ.....			
.....			

ขอบคุณที่กรุณาตอบแบบสอบถาม