ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร

ตันหยง เอี่ยมพร

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา-
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร

ตันหยง เอี่ยมพร

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา-
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร"

ของ ตันหยง เอี่ยมพร

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา-

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ดร.วิภาพร สิทธิสาสตร์)

.... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร)

.... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วังวนสินธุ์)

อนุมัติ

....

(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มุณีสว่าง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร

ผู้วิจัย ตันหยง เอี่ยมพร

ประธานที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร

ประเภทสารนิพนธ์ วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชา-, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2563

คำสำคัญ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค, การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก, ห้องตรวจ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีอายุ 30-60 ปีในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร ที่ไม่เคยมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบ่งกลุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีจำนวนผู้เข้าร่วมกลุ่มละ 42 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-Square Test Paired t-test และ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และ ร้อยละของการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

(1.6เท่า) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี สามารถทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมาย มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

Title EFFECTS OF PROTECTION MOTIVATION THEORY APPLYING PROGRAM TOGETHER WITH SOCIAL SUPPORT ON CERVICAL CANCERS SCREENING AMONG 30 TO 60 YEAR-OLD WOMEN AT BANNONGKROD HEALTH PROMOTING HOSPITAL, SAKLAKE DISTRICT, PHICHIT PROVINCE.
Author TANYONG OIEMPORN
Advisor Assistant Professor Civilaiz Wanaratwichit, Dr.P.H.

Academic Paper Thesis M.P.H. in Public Health Program, Naresuan University, 2020
Keywords Protection Motivation Theory, Cervical Cancer Screening, Examination room

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to study the Effects of Protection Motivation Theory applying program together with Social support on cervical cancers screening.The sample consisted of women aged 30-60 years at Bannongkrod health promoting hospital, Saklake district, Phichit province and never received cervical cancer screening.Simple randomized sampling was applied to assign the individuals to a comparison group and an experimental group. There were 42 participants in each group. The experimental group participated in the program of applying protection motivation theory and social support for cervical cancer screening. The comparison group received a health education from public health technical officer. General data was analyzed by statistics, percentage, mean, and standard deviation. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics are the chi-square test, the paired t-test and independent t-test. The statistically significant was set at 0.05 level.

The results showed that the experimental group had significantly higher mean scores of perceived severity of cervical cancer, perceived of risk of developing

cervical cancer, self-efficacy and response efficacy of cervical cancer screening and social support to cervical cancer screening. The experimental group also had significantly higher scores than the comparison group at p <0.05. As well, the percentage of cervical screening was also higher in the experimental group than in the comparison group (1.6 times), also with a statistical significance (p<.05).

In conclusion, The program of applying protection motivation theory and social support for cervical cancer screening among 30 to 60 year old women significantly increased uptake of cervical cancer screening.

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก อาจารย์ ผศ.ดร.ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร ประธานกรรมการควบคุม และขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ให้ความรู้ ความเข้าใจในหลักสูตรแก่ศิษย์ อันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้รงคุณวุฒิ 1.ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษดร.สุพัฒนา คำสอน 2.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ 3.นางสาวกษมา สุนทรสุริยวงศ์ ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายชนะ สมัครการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด นางสาวภรภัทร เพ็งแดง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด และนางสาวกรรณิกา ชินละนาค นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหญ้าไทร ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และให้คำแนะนำที่ดีในการจัดทำเครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่ทุกท่าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหนองกรด กลุ่มผู้นำชุมชน และสตรีที่เข้าร่วมการวิจัย ที่ให้ความร่วมมือได้เสียสละเวลาเข้าร่วมกิจกรรม และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ด้านวิชาการทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณครอบครัว บิดา มารดา ผู้ให้กำเนิดและครอบครัว รวมทั้งญาติพี่น้องทุกท่านที่ให้กำลังใจ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบบูชาพระคุณบุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการศึกษาตลอดมา

ตันหยง เอี่ยมพร

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .... ค

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .... จ

ประกาศคุณูปการ .... ช

สารบัญ .... ซ

สารบัญตาราง .... ญ

สารบัญภาพ .... ฏ

บทที่ 1 บทนำ 1
ความเป็นมาของปัญหา 1
คำถามการวิจัย 5
วัตถุประสงค์การวิจัย 5
สมมุติฐานของการวิจัย 5
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย 6
ขอบเขตการวิจัย 6
นิยามศัพท์เฉพาะ 7

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 9
มะเร็งปากมดลูก 9
นโยบายการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 14
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 15
ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย 17
ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 22
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 23

กรอบแนวคิดในการวิจัย 27

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 29
รูปแบบการวิจัย 29
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 35
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล 40
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 42
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง 43

บทที่ 4 ผลการวิจัย 44
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล 44
ผลการวิจัย 45

บทที่ 5 บทสรุป 63
สรุปผลการวิจัย 63
อภิปรายผลการวิจัย 65
ข้อเสนอแนะ 72

บรรณานุกรม 73

ภาคผนวก 87

ประวัติผู้วิจัย 111

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 84) 45
ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง (n=42) 47
ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42) 48
ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n= 42) 49
ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42) 50
ตาราง 6 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42) 50
ตาราง 7 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42) 52
ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42) 53
ตาราง 9 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42) 54
ตาราง 10 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42) 55

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42) 56
ตาราง 12 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42) 57
ตาราง 13 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42) 58
ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42) 59
ตาราง 15 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42) 60
ตาราง 16 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42) 61
ตาราง 17 แสดงการเปรียบเทียบสัดส่วนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง (n= 42) ในสัปดาห์ที่ 12 62
ตาราง 18 แสดงผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ 62

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย 28
ภาพ 2 แสดงระยะเวลาในการเก็บข้อมูลและการดำเนินการวิจัย 30
ภาพ 3 แสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 34

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

โรคมะเร็งปากมดลูก นับเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศที่กำลังพัฒนาและกำลังคุกคามสภาวะสุขภาพของสตรีทั่วโลก รองจากโรคมะเร็งเต้านม จากรายงานของศูนย์วิจัยมะเร็งนานาชาติขององค์การอนามัยโลกและสถาบันไอซีโอ (WHO/ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer) พบว่า ในปี พ.ศ.2561 มะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับ 3 ของผู้หญิงทั่วโลก มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ 569,847 ราย และเสียชีวิต 311,365 ราย และในประเทศไทยซึ่งมีประชากรผู้หญิงอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูก 28.9 ล้านคน มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่มากถึง 8,622 รายและเสียชีวิต 5,015 ราย มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในผู้หญิงอายุระหว่าง 15-44 ปี เป็นอันดับที่ 2 ของสตรีไทย รองจากมะเร็งเต้านม แต่จำนวนผู้เสียชีวิตในแต่ละปีมากกว่ามะเร็งเต้านม (WHO/ ICO, 2018)

จากข้อมูลการศึกษาของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่า มีอัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ร้อยละ 7.26, 7.76 และ 7.90 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าแนวโน้มอัตราการป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่เพิ่มมากขึ้น ถ้าสามารถทำให้สตรีไทยมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และพบในระยะเริ่มแรกหรือระยะก่อนเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก สามารถรักษาให้หายได้ ทำให้ช่วยลดอัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561ก) กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงได้จัดทำแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกตามยุทธศาสตร์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติโดยเริ่มตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา อนึ่ง พ.ศ. 2554 กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกันแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยประกาศนโยบายแห่งชาติในการลดปัญหามะเร็งปากมดลูก กำหนดให้มีอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี ร้อยละ 80 เพื่อส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับรู้ถึงการป้องกันและการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนระยะลุกลาม ซึ่งจะส่งผลต่อการลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561ข)

ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรได้นำนโยบายดังกล่าว มากำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก และระยะก่อนเป็นมะเร็ง เพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาอย่างครบวงจร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร จึงได้กำหนดให้สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายในระยะเวลา 5ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558-2562 ต้องไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2561 โดยการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยวิธีพาพานิโคเลา (Papanicolaou smear) หรือการตรวจแป๊ปสเมียร์ (Pap Smear) และผลงานต้องไม่ซ้ำรายเก่า เป็นผลงานสะสมปี 2558-2562 เพื่อให้ครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสาธารณสุขปี 2560 พบว่า สตรีอายุ 30-60 ปี ของจังหวัดพิจิตรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ผลงานสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558-2562) คิดเป็นร้อยละ 35.90 ส่วนการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอำเภอสากเหล็ก คิดเป็นร้อยละ 34.90 ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดและต่ำที่สุดเป็นอันดับที่ 4 จังหวัดพิจิตรและตำบลสากเหล็ก พบว่า มีการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 22.45 ซึ่งมีผลงานต่ำที่สุดในอำเภอสากเหล็ก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 2560) จากนโยบายดังกล่าวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด ตำบลสากเหล็ก อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตรได้ดำเนินการส่งเสริมให้สตรีที่มี อายุ 30-60 ปี เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่าสตรีที่มีอายุ 30-60 ปีในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกรดมาเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 30.65,10.69 และ 35.62 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดให้ครอบคลุม ร้อยละ 80 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสากเหล็ก, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง (อุไรวรรณ์ สัมมุตถี, 2558) การรับรู้อุปสรรค (Acharya Pandey, 2017) การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนอง (ปริยานุช รุ่งเรือง, ภรณี วัฒนสมบูรณ์, สุปรียา ตันสกุล, และลักขณา เติมศิริกุลชัย, 2558) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Malmir, 2018) การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว (นันทิดา จันต๊ะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุคนธา ศิริ, และชาญวิทย์ ตรีเดช, 2560) และแรงสนับสนุนจากบุคคลนอกครอบครัว (ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล, 2557) เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ เพื่อน การชักนำให้ปฏิบัติ (เทพกร พิทยาภินันท์, 2559) ส่งผลต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและสตรีที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องมีสาเหตุมาจาก ความตั้งใจมาตรวจ ตรวจสุขภาพประจำปี การรณรงค์การตรวจ (จุฬาภรณ์ ปรัสรา, 2557) เจ้าหน้าที่แนะนำให้มาตรวจ ได้รับข้อมูลและการเชิญชวนจากอาสาสมัครสาธารณสุข ญาติและเพื่อนๆ (สุนิสา จันทร์แสง, ภรณี

วัฒนสมบูรณ์, ลักขณา เติมศิริกุลชัย, และณัฐกมล ชาญสาธิตพร, 2558) ส่วนเหตุผลที่ไม่มาตรวจ คือ กลัวขั้นตอนการตรวจ (วราภรณ์ ศิริธรรมานุกุล, 2560) กลัวผลผิดปกติ (เทพกร พิทยาภินันท์, 2559) อายเจ้าหน้าที่ (ปริยานุช รุ่งเรือง และคณะ, 2558) ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดังกล่าว เป็นสาเหตุจากตัวบุคคลและยังมีสาเหตุปัจจัยเสริมที่เข้ามาเกี่ยวข้อง คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายได้

การดำเนินงานที่ผ่านมาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตรในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีอายุ 30 – 60 ปี ได้แก่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีเชิญชวนโดยประกาศจากหอกระจายข่าวหมู่บ้าน และการทำบัตรนัดเชิญชวนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ไปแจกตามบ้าน แต่ยังพบว่า การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีผลงานต่ำกว่าตัวชี้วัดที่กำหนด ควรมีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ทั้งนี้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนระยะลุกลาม เพราะจะสามารถช่วยลดอัตราการป่วยตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้ จึงต้องมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับการป้องกันโรคมาใช้ในการจัดโปรแกรมแก้ไขปัญหาการไม่มารับบริการตรวจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี พบว่า ทฤษฎีแรงจูงในการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสอดคล้องกับสาเหตุ ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจึงสนใจนำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหา

ทฤษฎีแรงจูงในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของโรเจอร์ (Rogers, 1983) เป็นแนวคิดในการสร้างแรงจูงใจมีพื้นฐานของการกระตุ้นให้เกิดความกลัวเป็นการจูงใจให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้เกิดการรับรู้ต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมและเกิดความตระหนักในการป้องกันการเกิดโรค ซึ่งทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคได้พัฒนาและปรับปรุงมาจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และอีกหนึ่งทฤษฎีสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ คือ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) เป็นการสนับสนุนทางอารมณ์ โดยการให้กำลังใจ ให้ข้อมูล คำแนะนำการบริการจากเจ้าหน้าที่ และการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งนักวิจัยในประเทศไทยได้มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาแก้ไข้ปัญหาการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ต่ำกว่าเกณฑ์กำหนด คือ ร้อยละ 80 เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการ

เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก อาทิ การบรรยาย เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก อุบัติการณ์ สาเหตุ อาการ การรักษาและการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การแพร่กระจายของโรค ผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูก (ริญดา ตะวันกุลกิตติ, 2560) การเล่าประสบการณ์ของตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงเป็นสตรีในหมู่บ้านที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปีและสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกซึ่งอยู่ในระหว่างการรักษา หรือผู้ที่ปัจจุบันรักษาจนหายแล้ว การใช้แผ่นพับความรู้ ภาพพลิกประกอบแผนการสอนสุขศึกษา (ศิริลักษณ์ วรไวย์, สังวรณ์ วรไวย์, ชาติธนา ปัตตาลาโพธิ์, และวรรณา ตรุนจันทร์, 2558) การกระตุ้นเตือนจากอาสาสมัครสาธารณสุขหรือกลุ่มเพื่อนสตรี หรือบุคคลที่กลุ่มเป้าหมาย และการติดตามเยี่ยมบ้าน เกิดการยอมรับจะเป็นแรงผลักดันให้ไปเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ศิริวรรณ จันทร์แจ้ง, พัชราพร เกิดมงคล, และทัศนีย์ รวิวรกุล, 2562) การสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (นภัสวรรณ โอภาส, 2560) ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของสตรีในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง ภายหลังการศึกษา พบว่า ผลการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รัฐพล สาแก้ว, จงกลณี ธนาไสย์, และบัณฑิต วรรณประพันธ์, 2560) ส่วนในการดำเนินงานของพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรดที่ผ่านมา มีเพียงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการกระตุ้นเตือนการมารับบริการตรวจคัดกรองจากอสม.เท่านั้น ยังไม่มีการนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาประยุกต์ใช้ในการแก้ไข้ปัญหาของการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

ผู้วิจัยได้เห็นว่าทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความเหมาะสมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้เหมาะสมกับสาเหตุข้างต้น เพื่อส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มีความคาดหวังในสามารถของตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและมีความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและผู้วิจัยได้ปรับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมให้เหมาะสมบริบทของพื้นที่ซึ่งเป็นชุมชนที่มีสังคมและวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มๆเครือญาติพี่น้อง มีการสนทนาพูดคุยกันเป็นกลุ่มของเพื่อนบ้านที่อยู่ติดกัน จึงใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเพื่อน ในการกระตุ้นเตือนให้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด ตำบลสากเหล็ก อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร อันจะเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันโรคและลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามและลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกต่อไปได้

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี สามารถทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมาย มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง

2.3 เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าก่อนการทดลอง

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีสัดส่วนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

2.1 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

2.3 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.4 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.5 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.6 การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลสากเหล็ก อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร ระหว่างเดือนมีนาคม 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี

หมายถึง การจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ครอบคลุมในประเด็นดังนี้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบไปด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1 “รู้ทันภัย ใส่ใจโรคร้าย” กิจกรรมครั้งที่2 “สำเร็จได้ด้วยตัวเรา” และกิจกรรมครั้งที่ 3 “เพื่อนไม่ทิ้งกัน” ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเชื่อของสตรีเกี่ยวกับอันตรายของโรคมะเร็งปากมดลูกที่คุกคามต่อสุขภาพและชีวิต ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ความสามารถในการทำงาน สัมพันธภาพในครอบครัวและเศรษฐกิจ การรับรู้ว่ามะเร็งปากมดลูกมีอาการอย่างไร มีกี่ระยะ และระยะใดที่สามารถลุกลามไปยังระบบอื่นๆภายในร่างกาย ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เกิดความยากลำบาก และเสียชีวิต

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

หมายถึง ความรู้สึกหรือความเชื่อของสตรีเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น การรับรู้ว่าความเสี่ยงหรือปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เช่นการสูบบุหรี่ เปลี่ยนคู่นอนหลายคน ประวัติการมีประจำเดือน การติดเชื้อกามโรคและกรรมพันธุ์

4. ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หมายถึง การที่สตรีกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และคาดหวังว่าจะสามารถมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ ซึ่งเกิดจากประสบการณ์เดิม การเรียนรู้จากตัวแบบ การชักจูงด้วยวาจาและการกระตุ้นทางอารมณ์

5. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หมายถึง การที่สตรีกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และคาดหวังในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่ามีประโยชน์คุ้มค่าและมีผลดีช่วยป้องกันมะเร็งปากมดลูก ถ้าตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้

6. แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หมายถึง การที่สตรีกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนจากเพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สนับสนุนทางอารมณ์ โดยการให้กำลังใจ ให้ข้อมูล คำแนะนำ และการกระตุ้นเตือนให้เกิดการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งการสนับสนุนทางสิ่งของ ซึ่งเจ้าหน้าที่จะจัดห้องตรวจที่เอื้อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อสตรีกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกอาย (ห้องตรวจลดอาย)

7. การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หมายถึง การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ไม่เคยมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ.2558-2562 มีอายุ 30-60 ปี ด้วยวิธีแป๊บสเมียร์ ตามวันเวลา ที่นัดหมายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด วัดเป็นมารับบริการหรือไม่มารับบริการ ในช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือน มีนาคม ของปีงบประมาณ

8. สตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หมายถึง สตรีที่ไม่เคยมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ.2558-2562 มีอายุ 30-60 ปี ที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด ได้รับการตรวจแป๊บสเมียร์ เพื่อตรวจหาเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสาร วรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. มะเร็งปากมดลูก
2. นโยบายการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
4. ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย
   4.1 ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory)
   4.2 ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดการวิจัย

มะเร็งปากมดลูก

ความหมายของมะเร็งปากมดลูกมีผู้ให้คำจำกัดความ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2016)ได้ให้ความหมายว่า มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ซึ่งมากับการติดเชื้อเอชพีวี บางสายพันธุ์ สายพันธุ์ชนิด 16 และ 18 ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกได้ถึง ร้อยละ70 (World Health Organization, 2016)

สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์ (2558) กล่าวว่า การติดเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ก่อมะเร็งที่คงอยู่นาน (persistent) เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 ของมะเร็งปากมดลูกเป็นชนิดสแควมัส (squamous cell carcinoma) ที่เริ่มก่อตัวขึ้น ใน transformation zone ของ ectocervix อีกร้อยละ 10 เป็นชนิดอะดีโน (adenocarcinoma) ซึ่งก่อตัวขึ้น ในชั้นเยื่อบุชนิดคอลัมนาร์ที่มีต่อมสร้างมูกของ endocervix (สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์, 2558)

นภัสวรรณ โอภาส (2560) กล่าวว่ามะเร็งปากมดลูก คือ การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณทีโซน (T zone) ของปากมดลูกภายหลังจากที่ร่างกายมีการติดเชื้อเอชพีวีชนิดความเสี่ยงสูงและไม่สามารถกำจัดเชื้อออกจากร่างกายได้ ทำให้เซลล์เจริญเติบโตและมีรูปร่างผิดปกติ คุณสมบัติเปลี่ยนไปหากเกิดการแพร่กระจายของเซลล์จะทำให้เกิดเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามได้ (นภัสวรรณ โอภาส, 2560)

จากความหมายข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปความหมายมะเร็งปากมดลูก ดังนี้ มะเร็งปากมดลูก คือ โรคที่เกิดจากเซลล์เยื่อบุผิวปากมดลูกมีความผิดปกติไป และเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจึงสามารถลุกลามไปยังเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียง และกระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกไม่เพียงแต่เกิดจากตัวฝ่ายหญิงเองเท่านั้น ฝ่ายชายหรือผู้เป็นสามียังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก อีกทั้ง ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการติดเชื้อเอชพีวีหรือฮิวแมนแพ๊ปปิลโลมาไวรัส (HPV or Human Papillomavirus)

1.1 ปัจจัยจากฝ่ายหญิง

ปัจจัยทางฝ่ายหญิงที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2550) ได้แก่

1.1.1 พันธุกรรม

ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก คือ ผู้ที่มีพี่น้อง แม่ ป้า น้า อา เคยเป็นมะเร็งปากมดลูกมาก่อน ทั้งนี้เป็นผลเนื่องมาจากการก่อมะเร็งของเชื้อเอชพีวี (HPV) สัมพันธ์กับการถ่ายทอดทางพันธุกรรมของยีนเอชแอลเอ-บีเจ็ด (HLA-B7)

1.1.2 สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 17 ปี

สตรีที่มีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากเป็นช่วงที่เซลล์เยื่อบุปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งช่วงการเปลี่ยนแปลงนี้จะมีความไวต่อสารก่อมะเร็งสูงโดยเฉพาะเชื้อ เอชพีวี (HPV)

1.1.3 มีสามีหรือคู่นอนหลายคน

จำนวนคู่นอน เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของมะเร็งปากมดลูกทั้งระยะลุกลามและระยะก่อนลุกลาม โดยความเสี่ยงสูงขึ้นตามจำนวนของคู่นอนที่เพิ่มขึ้น

1.1.4 มีบุตรหลายคน

สตรีที่มีบุตรมากกว่า 4 คนขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่า 2-3 เท่าของสตรีที่มีบุตรน้อยกว่า 4 คน เนื่องจากในขณะตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และมีภาวะภูมิต้านทานต่ำลง ส่งผลให้เพิ่มความไวต่อการติดเชื้อเอชพีวี (HPV)

1.1.5 ติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์

การติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองในแท้ หนองในเทียม ซิฟิลิส หูดหงอนไก่ เอดส์ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก 2.2 เท่า

1.1.6 รับประทานยาคุมกำเนิดเกิน 5 ปี

การรับประทานยาคุมกำเนิดนานเกิน 5-10 ปีในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่าคนทั่วไป

1.1.7 ติดเชื้อเริม

การติดเชื้อเริมร่วมกับการติดเชื้อเอชพีวี (HPV) จะส่งเสริมการเกิดมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า เนื่องจากเชื้อเริมทำให้เชื้อเอชพีวี (HPV) เข้าไปในเซลล์ปากมดลูกและทำให้เกิดแผลที่ปากมดลูก

1.1.8 สตรีที่เคยได้รับฮอร์โมนดีอีเอส หรือ ไดเอทิลสติลเบสโทรล (DES or Diethylstillbestrol)

ฮอร์โมนดีอีเอส (DES) นำมาใช้ทดแทนการหมดประจำเดือนเป็นการเสริมฮอร์โมนเพศหญิง และป้องกันการแท้งบุตร ซึ่งต่อมา พบว่า ฮอร์โมนดีอีเอส (DES) ทำให้เซลล์ปากมดลูกผิดปกติ และเป็นตัวเร่งทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกเมื่อมีการติดเชื้อเอชพีวี (HPV)

2.2 ปัจจัยจากฝ่ายชายหรือผู้เป็นสามี

ปัจจัยทางฝ่ายชายหรือผู้เป็นสามีที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก (ชัญวลี ศรีสุโข, 2552) ได้แก่

2.2.1 สามีติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือสามีมีคู่นอนหลายคน

สามีที่มีคู่นอนหลายคนมีโอกาสติดเชื้อเอชพีวี (HPV) สูง ทำให้ภรรยามีโอกาสติดเชื้อเอชพีวี (HPV) ไปด้วย

2.2.2 อดีตภรรยาหรือแฟนของสามีเสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูก

เชื้อเอชพีวี (HPV) จากอดีตภรรยาสามารถติดต่อมาสู่ฝ่ายชายได้ หากจะแต่งงานกับชายที่ภรรยาเสียชีวิต ควรทราบประวัติว่าภรรยาเก่าเสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

2.2.2 สามีเป็นเนื้องอกหรือมะเร็งองคชาติ ฝ่ายชายติดเชื้อเอชพีวี (HPV)

จากภรรยาหรือจากคู่นอนคนก่อน ซึ่งอาจจะติดต่อมาถึงภรรยาในปัจจุบันได้

2.3 ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ (ชัญวลี ศรีสุโข, 2552) ได้แก่

2.3.1 การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อเยื่อบุของปากมดลูก โดยจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.7-11.2 เท่า ขึ้นอยู่กับปริมาณและระยะเวลาที่สูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่ทำให้ภูมิต้านทานของร่างกายต่ำลง จะส่งผลให้เพิ่มอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูก

2.3.2 ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ

ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ อาจเกิดจากการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายติดเชื้อเอชพีวี (HPV) ได้ง่าย และมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น เช่น สตรีที่ได้รับการปลูกถ่ายไตจะมีภูมิคุ้มกันต่ำ ทำให้ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงถึง 5.4 เท่า

2.3.3 ความรู้น้อย

ความรู้น้อยหรือระดับการศึกษาต่ำ เป็นส่วนหนึ่งทำให้ขาดความรู้ในการป้องกันตัวเองไม่ให้ติดเชื้อเอชพีวี (HPV) จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

2.3.4 ฐานะยากจน

ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากฐานะยากจนเกี่ยวข้องกับการแต่งงานเร็ว มีบุตรมาก มีสามีหลายคน รวมทั้งทำให้เข้าถึงการบริการทางการแพทย์ได้ยาก

2.3.5 ความเครียด

ผู้ที่เป็นมะเร็ง ส่วนใหญ่ พบว่า ก่อนเป็นมะเร็งมักพบมีความเครียดสูงในชีวิต เช่น หย่าร้าง แฟนนอกใจ สูญเสียสิ่งรักหรือสิ่งสำคัญ เป็นต้น ความเครียดที่เกิดอย่างต่อเนื่องทำให้ร่างกายไม่สามารถต่อต้านการรุกรานของเชื้อเอชพีวี (HPV) ได้

2. ระยะของมะเร็งปากมดลูก (ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์, อาคม ชัยวีระวัฒนะ, และวีรวุฒิ อิ่มสำราญ, 2561)

การแบ่งระยะโรคของมะเร็งปากมดลูกตาม The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) ฉบับปัจจุบัน (ดูตาราง) ได้รับการปรับปรุงแก้ไขในปี ค.ศ.2009 โดยมีการปรับ เปลี่ยนจากการแบ่งระยะโรคฉบับก่อนหน้า (FIGO staging 1994) ดังนี้

1. ตัด Stage 0 หรือระยะก่อนมะเร็งออกจากการแบ่งระยะโรค
2. เพิ่มระยะโรคย่อยใน stage IIA เป็น

   Stage IIA1 เมื่อขนาดของก้อนมะเร็งที่ปากมดลูกไม่เกิน 4 เซนติเมตร

   Stage IIA2 เมื่อขนาดของก้อนมะเร็งที่ปากมดลูกมากกว่า 4 เซนติเมตร

   อย่างไรก็ตามการแบ่งระยะโรคมะเร็งปากมดลูกตาม FIGO cervical cancer staging 2009 ยังคงใช้การประเมินระยะโรคทางคลินิก (clinical staging) ซึ่งแบ่งระยะโรคจากการตรวจร่างกายและตรวจ ภายในโดยละเอียด (ไม่จำเป็นต้องตรวจขณะสลบ) ซึ่งรอยโรคที่เห็นด้วยตาเปล่าจะต้องตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ทางพยาธิวิทยาเพื่อยืนยันเสมอสำหรับการตรวจอื่นๆ ที่ช่วยในการประเมินระยะของโรคได้

3. อาการแสดงของมะเร็งปากมดลูก (อารีรัตน์ เพ็ญดิศา, 2553) ได้แก่

3.1 มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกมักจะไม่แสดงอาการใดๆ แต่สามารถตรวจพบได้จากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีต่างๆ เช่น การตรวจด้วยวิธีแป๊ปสเมียร์ (Pap Smear) การส่องกล้องขยายปากมดลูกคอลโปสโคป (Colposcopy) การตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกโดยน้ำส้มสายชูหรือวีไอเอ (Visual inspection with acetic acid or VIA) การตรวจหาเอชพีวี ดีเอ็นเอ (HPV DNA testing) การตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) เพื่อตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นต้น ซึ่งในระยะนี้เซลล์มะเร็งจะอยู่ในเยื่อบุผิวหนังของมดลูกเท่านั้น

3.2 เมื่อเป็นมากขึ้นจะมีเลือดออกทางช่องคลอดขณะมีเพศสัมพันธ์ ประจำเดือนมามากผิดปกติหรือมาบ่อยผิดปกติ และอาจมีตกขาว แรกๆจะมีสีขาวขุ่นเล็กน้อย จากนั้นกลายเป็นสีน้ำตาลเพราะมีเลือดปน ในระยะนี้มะเร็งมีลักษณะเป็นก้อนและลุกลามไปยังชั้นเยื่อบุบริเวณปากมดลูก แต่ผู้ป่วยมีโอกาสหายได้

3.3 เมื่อมะเร็งมีลักษณะเป็นก้อนโตมากขึ้นลุกลามออกไปนอกปากมดลูกจะมีการเน่าสลายของก้อนมะเร็ง ทำให้มีเชื้อโรคปนเลือดและน้ำเหลืองไหลรวมอยู่ที่ช่องคลอด มีกลิ่นเหม็นในระยะนี้ผู้ป่วยมีโอกาสรักษาให้หายได้น้อย

3.4 เมื่อมะเร็งดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายจะลุกลามไปยังบริเวณรอบๆปากมดลูก คือบริเวณช่องคลอดขึ้นไปยังมดลูก และกระจายไปที่กระดูกเชิงกราน ทำให้มีความรู้สึกปวดในท้องน้อยโดยเฉพาะเวลาอากาศเย็นสตรีบางคนอาจมีอาการเจ็บ เสียว ทางด้านซ้ายและขวาของท้องน้อย บางครั้งอาจเจ็บปวดมากถึงขนาดตัวงอ ทั้งนี้เนื่องจากเส้นพังผืดที่ยึดมดลูกถูกดึงรั้ง ทำให้มดลูกเอียงหรือถ่วงไปทางใดทางหนึ่ง นอกจากนั้น แล้วมะเร็งยังลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆในร่างกาย เช่น บริเวณกระเพาะปัสสาวะหรือทวารหนัก ทำให้ถ่ายปัสสาวะและอุจจาระเป็นเลือด ในระยะนี้ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การรักษาทำได้เพียงบรรเทาอาการเจ็บปวดเท่านั้น

สำหรับความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ระยะของโรค สภาพร่างกายของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีสภาพทรุดโทรมความรุนแรงจะเพิ่มมากขึ้นตาม โรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง เป็นต้น ดังนั้น จึงจำเป็นต้องควบคุมไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน

4. การป้องกันและการควบคุมมะเร็งปากมดลูก (สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์, 2558)

การป้องกันมะเร็งปากมดลูกตามองค์การอนามัยโลก แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

4.1 การป้องกันปฐมภูมิ: ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชพีวี โดยการให้วัคซีนแก่เด็กหญิงอายุ 9–13 ปี ก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การให้สุขศึกษาทางเพศที่มีผลดีต่อสุขภาพแก่เด็กชายและเด็กหญิง การชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การลดพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูง และการขลิบปลายอวัยวะเพศชายในกรณีที่เหมาะสม

4.2 การป้องกันทุติยภูมิ: การตรวจคัดกรองและรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์และความชุกของมะเร็งปากมดลูก และการเสียชีวิต ได้แก่ การให้การปรึกษาและการแบ่งปันความรู้ การคัดกรองสตรีทุกคนที่มีอายุ 30-60 ปี เพื่อตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็ง ซึ่งโดยปกติแล้วไม่มีอาการอะไร การรักษารอยโรคก่อนมะเร็งที่ตรวจพบก่อนที่จะดำเนินต่อไปเป็นมะเร็ง แม้แต่สตรีที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีแล้ว ก็ยังคงมีความสำคัญที่ต้องไปรับการคัดกรองและรักษาอย่างต่อเนื่องเมื่ออายุถึงเกณฑ์ที่เหมาะสม

4.3 การป้องกันตติยภูมิ: การรักษามะเร็งปากมดลูก เป้าหมายทางสาธารณสุข คือ ลดจำนวนการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก มาตรการต่างๆ ได้แก่ กลไกการส่งต่อที่ดีจากผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิไปสู่สถานบริการที่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษา มะเร็ง การวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำและทันเวลา โดยมีการค้นหาขอบเขตการลุกลามของโรค และการรักษาที่เหมาะสมตามแต่ละระยะของโรค

นโยบายการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ในปัจจุบันมีหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา และสหราชอาณาจักร ที่เลือกใช้การตรวจแบบ liquid-based cytology เป็นวิธีมาตรฐานในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่สำหรับประเทศไทย ค่าใช้จ่ายในการตรวจแบบ liquid-based cytology ยังมีราคาสูงเมื่อเทียบกับ conventional Pap smear ดังนั้น การเลือกใช้วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจึงต้องคำนึงถึงความเหมาะสมทางเศรษฐานะโดยรวมของประเทศและของสตรีความพร้อมของทรัพยากรและบุคลากรที่มีอยู่ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงและอุบัติการณ์ของ มะเร็งปากมดลูกในชุมชนนั้นๆ ด้วย สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีเป้าหมายให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นไปได้อย่างทั่วถึง มีความครอบคลุมอย่างน้อย ร้อยละ 80 ของสตรีทั่วประเทศ โดยคำนึงถึง “ทรัพยากร” ที่มีอยู่ในปัจจุบัน จึงได้กำหนดนโยบาย ในช่วงปี พ.ศ. 2554-2558 ให้สตรี ช่วงอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรอง อย่างน้อย 1 ครั้งทุกๆ 5 ปี อย่างไรก็ตาม แนวทางปฏิบัตินี้ อาจพิจารณาปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของบริบทในพื้นที่นั้นๆ (ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์ และคณะ, 2561)

แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2561 - 2565 มีหน้าที่ในการสนับสนุน ติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของระบบบริการเพื่อรองรับ และแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ สาขาโรคมะเร็ง จึงเสนอให้มีการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุม โดยมียุทธศาสตร์ในการดำเนินการ คือ 1) ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention) 2) ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention) แผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2562 - 2565 3) ยุทธศาสตร์ด้านการรักษาผู้ป่วย

โรคมะเร็ง (Tertiary Prevention Treatment) 4) ยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) 5) ยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics) 6) ยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer Control Research) 7) ยุทธศาสตร์ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Capacity Building) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2562)

ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก ในส่วนของโรคมะเร็งปากมดลูกนั้นมีระยะของการเกิดโรคตั้งแต่ระยะก่อนลุกลามจนถึงระยะลุกลามใช้เวลานานเกือบ 10 ปี ซึ่งในปัจจุบันสามารถตรวจพบความผิดปกติด้วยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ในระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม จึงรักษาได้รวดเร็วและหายขาด ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ทำบันทึกข้อตกลงร่วมมือจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมมะเร็งในระดับชาติ และนำมากำหนดเป็นตัวชี้วัดที่ 34 คือร้อยละของสตรี 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดมะเร็งปากมดลูก (Papsmear) และกำหนดเป้าหมายรายใหม่ร้อยละ 20 (ผลงานสะสม 5ปี ปี 2558- 2562 ไม่น้อยกว่าร้อยละ80) และซึ่งกลุ่มเป้าหมาย คือสตรีสัญชาติไทยที่มีอายุ 30-60 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่อาศัยอยู่จริง (เกิดในปี พ.ศ. 2528 – 2498) ได้รับการคัดกรองค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกโดยวิธี Pap smear ทั้งในหน่วยบริการและ นอกหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบ โดยการให้ความรู้เรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก การปฏิบัติตน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค การตรวจโดยวิธี Pap Smear ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย โดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์ จากปากมดลูกไปป้ายลงบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผล โดยบุคลากรเซลล์วิทยา การส่งต่อผู้ที่พบความผิดปกติเพื่อการรักษาตามมาตรฐาน และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 2560)

จากนโยบายดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปได้ว่าเป็นนโยบายที่สามารถแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งปากมดลูกในเรื่องของการลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้ แต่การทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังมีผลการดำเนินงานน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังนั้นควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อหาวิธีการที่ดีและมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ระยะแรกจะสามารถลดอันตราย และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตามการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การตรวจด้วยวิธีแป๊ปสเมียร์ (Pap Smear) การส่องกล้องขยายปากมดลูก

(Colposcopy) การตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกโดยใช้น้ำส้มสายชูหรือวีไอเอ (Visual inspection with acetic acid or VIA) การทดสอบหาดีเอ็นเอของเอชพีวี (HPV DNA testing) และการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) เพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา (Clinical pathology) (ชัญวลี ศรีสุโข, 2552)

การตรวจคัดกรองด้วยวิธีแป๊ปสเมียร์ (Pap Smear)

การตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยวิธีของพาพานิโคเลาสเมียร์ (Papanicolaou smear) หรือเรียกว่า การตรวจ แป๊ปสเมียร์ (Pap smear) เป็นวิธีการย้อมสีเซลล์ เริ่มนำมาใช้เมื่อปี พ.ศ. 2471 โดยนายแพทย์จอร์จ พาพานิโคเลา (George N. Papanicolaou) และได้แพร่หลายในเวลาต่อมา หลังจากที่ นายแพทย์ เจมส์ อายร์ (James F. Ayre) ได้เสนอวิธีการเก็บเซลล์ตัวอย่างด้วยการใช้ไม้ที่เรียกว่า อายร์ สแพททูลา (Ayre spatula) การทำแป๊ปสเมียร์ (Pap Smear) มีผลการตรวจที่แม่นยำและเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองน้อย นอกจากนั้น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังมีประโยชน์ทางอ้อม คือ อาจจะมีการตรวจพบเซลมะเร็งของเยื่อบุมดลูกของท่อรังไข่และช่องคลอดได้อีกด้วย (ชัญวลี ศรีสุโข, 2552)

1. ข้อกำหนดสำหรับสตรีที่ควรทำแป๊ปสเมียร์ (Pap Smear) ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแป๊ปสเมียร์ (Pap Smear) มีข้อเสนอแนะให้สตรีเริ่มเข้ารับการตรวจ ดังนี้ (ชัญวลี ศรีสุโข, 2552)

1.1 สตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกผ่านไปแล้ว 3 ปี

1.2 สตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 25-65 ปี ให้ตรวจปีละครั้ง

1.3 สตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 30-69 ปี ให้ตรวจทุก 2-3 ปี

1.4 สตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 70 ปี และมากกว่าให้หยุดตรวจ เมื่อผลการตรวจ 3 ครั้งล่าสุดในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาเป็นปกติ

2. การเตรียมตัวก่อนตรวจแป๊ปสเมียร์ (Pap Smear) พื่อให้การตรวจอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสมและทำให้การเก็บเซลล์ส่งตรวจมีคุณภาพ ส่งผลต่อความแม่นยำในการตรวจ ดังนั้น ก่อนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแป๊ปสเมียร์ (Pap Smear) สตรีควรมีการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการตรวจ (รัตติยา ชูโชติ, และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2558) ดังนี้

2.1 ห้ามสวนล้างภายในช่องคลอดมาก่อน 24 ชั่วโมง

2.2 งดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนมารับการตรวจภายใน 24 -48 ชั่วโมง

2.3 ไม่ควรเหน็บยาใดๆ ในช่องคลอดมาก่อน 48 ชั่วโมง

2.4 ควรมารับการตรวจภายในหลังประจำเดือนหมดแล้วประมาณ 2 สัปดาห์ สำหรับผู้ที่ไม่มีประจำเดือนแล้วให้มาตรวจได้ตามสะดวก

3. วิธีการทำแป๊ปสเมียร์ (Pap Smear) ทำได้โดยการให้ผู้เข้ารับการตรวจนอนในท่าตรวจภายใน (lithotomy position) แพทย์จะใส่เครื่องมือเข้าไปในช่องคลอดบริเวณปากมดลูกเพื่อให้เห็นปากมดลูกชัดเจน จากนั้นแพทย์จะใช้ไม้สอดเข้าไปป้ายยังบริเวณปากมดลูกเพื่อเก็บเอาเซลล์จากตำแหน่งที่ต้องการป้ายลงบนแผ่นกระจกใสอย่างรวดเร็ว จากนั้นรีบจุ่มลงในน้ำยารักษาสภาพเซลล์เพื่อให้เซลล์อยู่ในสภาพเหมือนที่อยู่ในร่างกาย แล้วนำแผ่นกระจกใสส่งย้อมสีเซลล์และส่องด้วยกล้องจุลทรรศน์ดูว่ามีเซลล์ผิดปกติหรือไม่ (ชัญวลี ศรีสุโข, 2552)

4. การรายงานผลการตรวจแป๊ปสเมียร์ (Pap smear) สามารถแบ่งขั้นของการติดเชื้อได้ 5 ขั้น ดังนี้ (ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์ และคณะ, 2561)

4.1 ขั้นที่ 1 ไม่มีการติดเชื้อ อาการปกติ แต่ควรมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปีละ 1-2 ครั้ง

4.2 ขั้นที่ 2 ไม่มีการติดเชื้อ แต่มีการอักเสบของปากมดลูกหรือช่องคลอด แต่ไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่าติดเชื้อมะเร็ง

4.3 ขั้นที่ 3 สงสัยว่าอาจจะเกิดการติดเชื้อมะเร็ง ผลการตรวจ พบว่า มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งได้สูงหรือสงสัยว่าอาจจะเกิดการติดเชื้อมะเร็ง

4.4 ขั้นที่ 4 เกิดการติดเชื้อมะเร็ง และเพื่อเป็นการยืนยันผลการตรวจแพทย์จะทำการตรวจเพิ่มเติมโดยเร็วที่สุด

4.5 ขั้นที่ 5 การติดเชื้อมะเร็งแน่นอน ซึ่งแพทย์จะต้องรีบทำการตรวจเพิ่มเติมว่าเป็นมะเร็งมากน้อยแค่ไหน โดยการตัดเนื้อชิ้นใหญ่ของปากมดลูกแบบรูปกรวย (Conization) ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถบอกถึงระยะ และความรุนแรงของโรคมะเร็งได้

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกผลการตรวจหาเซลล์ผิดปกติบริเวณเยื่อบุปากมดลูกด้วยวิธีแป๊ปสเมียร์ (Pap Smear) ซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศทำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแป๊ปสเมียร์ (Pap Smear)

ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

1. ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีขึ้นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1975 โดยโรเจอร์ (Rogers, 1975) จากนั้นมีการปรับปรุงและนำมาใช้ในปี ค.ศ. 1983 ทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามทำความเข้าใจกฎของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นการรวมปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้ที่เกิดขึ้นนี้จะเชื่อมโยงไปสู่

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคให้ความสำคัญกับสิ่งที่กำลังคุกคามและขบวนการแก้ปัญหากับสิ่งที่คุกคามนั้น รวมถึงการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งคุกคามทางสุขภาพที่บุคคลกำลังเผชิญ ดังนั้นแนวคิดอาจมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามต้องการ ตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Probability) การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว (Responseefficacy) การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) (Rogers, 1987)

องค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเน้นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร การประเมินการรับรู้จากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่มากระตุ้น โดยสามารถสรุปการรับรู้เป็นกระบวนการได้ 2 กระบวนการ ประกอบด้วย การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) และการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) (Rogers, 1987)

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Probability) การรับรู้ด้านนี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การเปลี่ยนพฤติกรรมมีโอกาสเป็นไปได้ การรับรู้อาจทำให้เกิดการปรับตัวเพื่อตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม 2 แบบ ได้แก่ ตั้งใจปฏิบัติสม่ำเสมอ แก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล เช่นการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนตอบสนองต่อการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ สิ้นหวัง เชื่อโชคในชะตา ความเชื่อทางศาสนา การหลีกเลี่ยง ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม คือ รางวัล ความพึงพอใจในตนเอง (Intrinsicrewards) เช่นความสุขสบายทางกาย และความพึงพอใจภายนอก (Extrinsic rewards) เช่นการเป็นที่ยอมรับของสังคม

2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว (Response efficacy) การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม แต่สิ่งที่จะทำให้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองลดลง ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยากจากกระบวนการรับรู้ดังกล่าว เป็นผลจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การชักชวนด้วยการพูด การเรียนรู้จากการสังเกต ลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ

การประเมินการรับรู้ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ ประกอบด้วย

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) สามารถพัฒนาได้โดยการขู่ ถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้ได้รับผลที่ร้ายแรง โดยมีสื่อในการเผยแพร่ข่าวสารลักษณะของข้อมูลมีข้อความเช่น มีอันตรายถึงแก่ชีวิต กระบวนการรับรู้ที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงการเกิดภาวะที่คุกคาม โดยทั่วไปข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลปรับเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรมได้มากกว่าข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงเพียงอย่างเดียวอาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้โดยตรง หากแต่การกระตุ้นปลุกเร้าร่วมกับการขู่อาจส่งผลให้ข้อมูลโดดเด่นขึ้น

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Probability) ใช้การสื่อสารลักษณะของการขู่ถึงสิ่งที่คุกคามต่อสุขภาพ จะทำให้บุคคลจะเชื่อว่าตนเองตกอยู่ในภาวะเสี่ยงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าหากไม่ปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิด จะส่งผลให้ตนเองมีโอกาสเป็นโรค หรือเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากภาวะนั้นๆ

3. ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว (Response efficacy) ทำได้โดยการนำเสนอข่าวสารข้อมูลที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การสื่อสารทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ การนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เพิ่มการรับรู้ผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคคลที่รู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่หากบุคคลรับรู้ว่าตนเองกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือภาวะสุขภาพที่รุนแรงไม่มีวิธีการใดที่จะช่วยลดการคุกคามนั้นได้ อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่ง และลดความสามารถในการปฏิบัติ ลดความตั้งใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ดังนั้นการสอนแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง การสอนนั้นยังช่วยกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำสูงขึ้น

4. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การประเมินความสามารถของตน ว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงนั้นได้หรือไม่ พฤติกรรมนี้มีความเกี่ยวข้องกับความมั่นใจในการปฏิบัติให้สำเร็จ การรับรับรู้ความสามารถนี้ไม่เกี่ยวว่าจะมีทักษะมากหรือน้อย แต่เป็นการตัดสินของบุคคลเองว่าทักษะที่มีอยู่จะสามารถทำพฤติกรรมอะไรได้บ้าง นี่เป็นความแตกต่างระหว่างการมีทักษะกับมีความสามารถที่จะใช้ทักษะให้ได้ดี การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองจึงต้องการเพิ่มทักษะร่วมกับการสร้างความเชื่อมั่นของบุคคลด้วยว่าตนเองนั้นสามารถใช้ทักษะได้ดี มีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนแปลงนี้ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยา โดยการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองทำได้เช่น การเรียนรู้ การสอน หรือการเลียนแบบเหล่านี้เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค สรุปเป็นกระบวนการรับรู้ได้ 2 กระบวนการ คือ กระบวนการรับรู้ที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค กระบวนการนี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม กระบวนการรับรู้ที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว 2) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง กระบวนการนี้เป็นการส่งเสริมความสามารถและกระตุ้นให้เกิดรับรู้ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม (นภัสวรรณ โอภาส, 2560)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์องค์ประกอบในกระบวนการรับรู้ของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็น 4 องค์ประกอบในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จะทำให้สตรีกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามะเร็งปากมดลูกมีกี่ระยะ และระยะใดที่สามารถลุกลามไปยังระบบอื่นๆภายในร่างกาย ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เกิดความยากลำบาก และเสียชีวิต 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จะทำให้สตรีกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าความเสี่ยงหรือปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น การสูบบุหรี่ การสำส่อนทางเพศ ประวัติการมีประจำเดือน 3) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สตรีกลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่ามีประโยชน์คุ้มค่าและมีผลดีต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกเพราะถ้าตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้ 4) การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก สตรีกลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังว่าจะสามารถมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งอาจจะเกิดจากประสบการณ์เดิม การเรียนรู้จากตัวแบบ การชักจูงด้วยวาจา และการกระตุ้นทางอารมณ์

2. ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่มาจากการศึกษาทางสังคมจิตวิทยา พบว่า การตัดสินใจของคนส่วนใหญ่มาจากอิทธิพลของบุคคลที่มีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราเอง การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคน อาจจะนิยามได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ให้ความเป็นเพื่อน (Companionship) การช่วยเหลือ (Assistanc) และการหล่อเลี้ยงทางอารมณ์ (Emotional Nourishmet) โดยประเภทของการสนับสนุนแบ่งเป็น 4 ประเภท (ประกาย จิโรจน์กุล, 2556) ได้แก่

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotinal support) เป็นการเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต ตั้งแต่การเห็นอกเห็นใจ ความรัก ความไว้วางใจ ความเชื่อใจ และความเอื้ออาทร

2. การสนับสนุนทางสิ่งของ (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงแก่ผู้ที่ขัดสน ขาดสิ่งจำเป็นหรือบริการที่จับต้องได้ อาจจะกระทำโดยเพื่อน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน

3. การสนับสนุนข้อมูล (Information support) เป็นการให้คำแนะนำชี้แนะ ข้อมูลเพื่อให้บุคคลนั้นๆ สามารถนำไปใช้ในการจัดการปัญหา

4. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการประเมินตนเองของบุคคล อาจอยู่ในรูปของการให้ข้อมูลป้อนกลับในทางเสริมสร้างการเห็นพ้องหรือการรับรองผลการปฏิบัติและการเปรียบเทียบทางสังคม

เฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วยความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงาน สิ่งของ ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และประเมินตนเอง

เฮาส์ (House,1981) แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมได้ 2 แหล่ง คือ

1. แหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ (Informal source) ได้แก่ เพื่อน ญาติ คู่สมรส เพื่อนบ้าน และบุคคลที่คุ้นเคยกัน เป็นต้น

2. แหล่งสนับสนุนที่เป็นทางการ (Formal source) ได้แก่ เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพหรือวิชาชีพ และกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยจะเน้นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งได้ให้เหตุผลว่า แหล่งดังกล่าวนั้นเป็นแหล่งที่คนทั่วไปนิยมระบุว่าเป็นผู้ให้การสนับสนุนและเป็นแหล่งที่ช่วยป้องกันบุคคลได้ดีที่สุดและมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันซึ่งถ้าแหล่งดังกล่าวมีประสิทธิภาพบุคคลจะไม่ต้องการความช่วยเหลือจากแหล่งที่เป็นทางการและแหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการจะมีประสิทธิภาพมากในการลดภาวะเครียด ส่งเสริมภาวะสุขภาพและสามารถดูดซับผลกระทบของภาวะเครียดต่อสุขภาพ (House, 1981)

Caplan (1974) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ (Caplan, 1974)

Pilisuk (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย (Pilisuk, 1982)

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยกล่าวว่าการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb, 1976)

Norbeck (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลงจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญหน้าหับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้

บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง และสามารถป้องกันการเกิดโรคที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคม จึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพบุคคล (Norbeck, 1982)

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นทฤษฎีที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ วัตถุสิ่งของ การให้กำลังใจ ให้ข้อมูลข่าวสารคำแนะนำต่างๆ เป็นการช่วยเหลือจากบุคคลภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัว ทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้บุคคลนั้น สามารถแก้ไขปัญหาหรือมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) มาประยุกต์ใช้แหล่งสนับสนุนไม่เป็นทางการจากเพื่อน และแหล่งสนับสนุนที่เป็นทางการจากเจ้าหน้าที่ ในการสนับสนุนทางอารมณ์ โดยการให้กำลังใจ ให้ข้อมูล คำแนะนำ การบริการจากเจ้าหน้าที่ และการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเจ้าหน้าที่ได้จัดห้องตรวจที่เอื้อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อสตรีกลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้สึกอาย

ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อหาสาเหตุในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีอายุ 30-60 ปีและนำมาแก้ไขปัญหาการไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า มีตัวแปรที่ทำให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง (Chan et al., 2016) มาตรวจพร้อมสุขภาพประจำปี กลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก ตั้งใจที่จะตรวจ มีอาการผิดปกติ (จุฬาภรณ์ ปรัสรา, 2557) ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ ความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาล (วราภรณ์ ศิริธรรมานุกุล, 2560) ผู้หญิง ส่วนใหญ่ รู้สึกไม่สะดวกใจที่จะได้รับการตรวจสุขภาพโดยบุคลากรชาย (Acharya Pandey, 2017) ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค (อุไรวรรณ์ สัมมุตถี, 2558) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก (Acharya Pandey, 2017) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ (นันทิดา จันต๊ะวงศ์ และคณะ, 2560) และประสบการณ์เดิมก่อนการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Bai et al., 2018) การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Chan et al., 2016) และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ปริยานุช รุ่งเรือง และคณะ, 2558) ส่วนเหตุผลของ

สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ความอาย และกังวลว่าเจ้าหน้าที่ใกล้ชิดเป็นคนตรวจ (เทพกร พิทยาภินันท์, 2559)ในส่วนของปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ได้แก่ การสนับสนุนหรือการจูงใจด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การให้คำแนะนำ เชิญชวนและการรณรงค์ การได้รับความรู้ความเชี่ยวชาญจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจคัดกรอง และการอำนวยความสะดวกในการรับบริการตรวจคัดกรองทั้งด้านบุคลากร สถานที่ วัสดุและอุปกรณ์ที่ทันสมัยในการจัดบริการในโรงพยาบาลที่สะดวกรวดเร็ว (ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล, 2557) และการได้รับการกระตุ้นเตือนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน อสม. และเพื่อนร่วมงาน (สุนิสา จันทร์แสง และคณะ, 2558) เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มาจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และนำกระบวนการสื่อสารทางโทรศัพท์ของงานวิจัยในต่างประเทศนี้มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม โดยการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโทรศัพท์ชักจูงใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนตามแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า งานวิจัยที่นำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค มาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี มีการศึกษาน้อยมาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขอนำเสนองานวิจัยที่มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ดังนี้

งานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

นภัสวรรณ โอภาส (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคัดเลือกตามคุณสมบัติได้กลุ่มละ 40 คน ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย

การรับรู้ทั้ง 4 ด้าน มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และร้อยละของการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ศิริลักษณ์ วรไวย์ และคณะ (2558) ได้ศึกษาผลการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความตั้งใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ตำบลกุดใส้จ่อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบ 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ประชากร คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่ยังไม่ได้รับการตรวจในปี 2553-2556 และสุ่มแบบกลุ่ม ได้จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลองและอีก 40 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมากกว่าก่อนดำเนินการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสตรีกลุ่มทดลองทุกคนมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

รัฐพล สาแก้ว และคณะ (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มที่จะศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) กลุ่มละ 40 คน โดยประยุกต์จากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยาย การเสนอตัวแบบ การอภิปรายกลุ่ม การติดตามเยี่ยมบ้านกระตุ้นเตือนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติเชิงอนุมาน Paired *t*-test และ Independent *t*-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูก มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) และสตรีกลุ่ม ทดลองมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกคน (ร้อยละ 100)

ริญดา ตะวันกุลกิตติ (2560) ได้ศึกษาสภาพทั่วไปของสตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสร้างรูปแบบการจัดกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคม

เพื่อส่งเสริมสตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีการให้ความรู้ ความเข้าใจโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 30 คนเป็นกลุ่มทดลองและมีจำนวน 30 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) แบบสอบถาม 2) รูปแบบการจัดกิจกรรม 3) คู่มือการปฏิบัติตนของสตรีกลุ่มเสี่ยงเพื่อต้านภัยมะเร็งปากมดลูก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่า t ผลการวิจัย พบว่า 1) สตรีกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มากกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมและมากกว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม 2) สตรีกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมและมากกว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม 3) สตรีกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีการรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก มากกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมและมากกว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม

ฐิติมา โกศัลวิตร (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี จำนวน 60 คน โดยแบ่งกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยการสาธิตวิธีการตรวจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวและกิจกรรมรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired *t*-test และ Independent *t*-test พบว่า หลังการทดลอง สตรีกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ ยังพบว่า มีทีมหมอครอบครัวเป็นเครือข่ายผู้สนับสนุนทางสังคม ให้การสนับสนุนและกระตุ้นเตือนในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ได้เพิ่มมากขึ้น

ศิริวรรณ จันทร์แจ้ง และคณะ (2562) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม จำนวน 64 คน โดยแบ่งกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จำนวน 2 ครั้ง ร่วมกับการติดตามกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired *t*-test และ Independent *t*-test พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 93.8 มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคสูงกกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001)

Zahra (2017) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการศึกษาตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันต่อพฤติกรรมการคัดกรองแป๊บสเมียร์ของสตรีที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยใน เมืองฟาซ่า เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 200 คน เป็นสตรีที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยเมืองฟาซ่า ประเทศอิหร่าน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 100 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามและโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ดำเนินการ 4 ครั้ง โดยใช้การอภิปรายกลุ่มและแผ่นพับทางการศึกษา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ ไคสแควร์และการทดสอบค่า t ผลการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) และไม่พบความแตกต่างของความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.552) และภายหลังการทดลอง พบว่า การมาคัดกรองแป๊บสเมียร์ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 58

Malmir (2018) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีด้อยโอกาสในภาคตะวันตกของประเทศอิหร่าน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 72 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 71 คน ผลการวิจัย พบว่า แรงจูงใจในการป้องกันโรค ที่ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองมีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

สรุปกิจกรรมในโปรแกรมที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การใช้อภิปรายกลุ่มและแผ่นพับทางการศึกษา อบรมให้ความรู้ การเล่าประสบการณ์ของตัวแบบ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) การกระตุ้นเตือนจาก อสม. หรือกลุ่มเพื่อนสตรี การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว หรืออสม. การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์จากผู้วิจัยและกิจกรรมรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่ได้จากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับ

แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนงานวิจัยที่ได้ประยุกต์ทฤษฎีต่างๆ เพื่อนำมาจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยได้เห็นว่าทฤษฎีที่เหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ คือ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม จึงนำมาจัดโปรแกรมที่ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ การให้ความรู้จากการบรรยายและใช้สื่อประกอบเกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา ผลกระทบของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ใช้ตัวแบบผู้ที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกมาแชร์ประสบการณ์ในการรักษาและการดูแลตนเองขณะป่วย รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นในขณะป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก และการให้ความรู้จากการบรรยายและใช้สื่อประกอบเกี่ยวกับประสบการณ์ในการปฏิบัติตัวได้ดี ผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การเตรียมตัวก่อน หลัง มีการสาธิตวิธีการตรวจ รวมทั้งการจัด "ห้องตรวจลดอาย" การจัดกิจกรรมในโปรแกรมผู้วิจัยได้ปรับแรงสนับสนุนทางสังคมให้เหมาะสมกับชุมชนที่มีสังคมและวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มๆ เครือญาติพี่น้อง การสนทนาพูดคุยกันเป็นกลุ่มของเพื่อนบ้านที่อยู่ติดกัน จึงใช้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเพื่อน ในการกระตุ้นเตือนให้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองโดยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1983) มาใช้เป็นแนวทางในการวิจัย เพื่อส่งเสริมความตั้งใจในการจะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง ซึ่งทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคนี้ มีองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบของกระบวนการรับรู้ ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 3) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง 4) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการปฏิบัติ และแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ช่วยส่งเสริมให้บุคคลได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ วัตถุสิ่งของ การให้กำลังใจ ให้ข้อมูลข่าวสารคำแนะนำต่างๆ ทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้บุคคลนั้นสามารถแก้ไขปัญหาหรือมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้ทั้ง 2 ทฤษฎี มาสร้างโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยมุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการปฏิบัติ พฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม กิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1 รู้ทันภัย ใส่ใจโรคร้าย, กิจกรรม

ครั้งที่ 2 สำเร็จได้ ด้วยตัวเรา และ กิจกรรมครั้งที่ 3 เพื่อนไม่ทิ้งกัน เพื่อให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มทดลองการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไปดังกรอบแนวคิดการวิจัย ภาพ 1

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมครั้งที่ 1 "รู้ทันภัย ใส่ใจโรคร้าย"

1. ให้ข้อมูลโดยการบรรยายและใช้สื่อประกอบเกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา ผลกระทบของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก
2. อภิปรายเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก และให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเล่าประสบการณ์ตรงถึงความรุนแรงขณะป่วย

กิจกรรมครั้งที่2 "สำเร็จได้ ด้วยตัวเรา"

1. การให้ข้อมูลโดยการบรรยายและใช้สื่อประกอบเกี่ยวกับผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การเตรียมตัวก่อน หลัง
2. ใช้ตัวแบบผู้ที่ปฏิบัติตัวที่ดีในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาเล่าประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
4. สาธิตวิธีการตรวจ และการสาธิตวิธีใช้ "ห้องตรวจลดอาย"

กิจกรรมครั้งที่ 3 "เพื่อนไม่ทิ้งกัน"

1. จับคู่เพื่อนซี้ โดยให้เพื่อน (กลุ่มทดลอง)เตือนเพื่อนในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโทรศัพท์ชักจูงใจ ในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามนัด

ตัวแปรตาม

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก
3. ความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
4. ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
5.แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

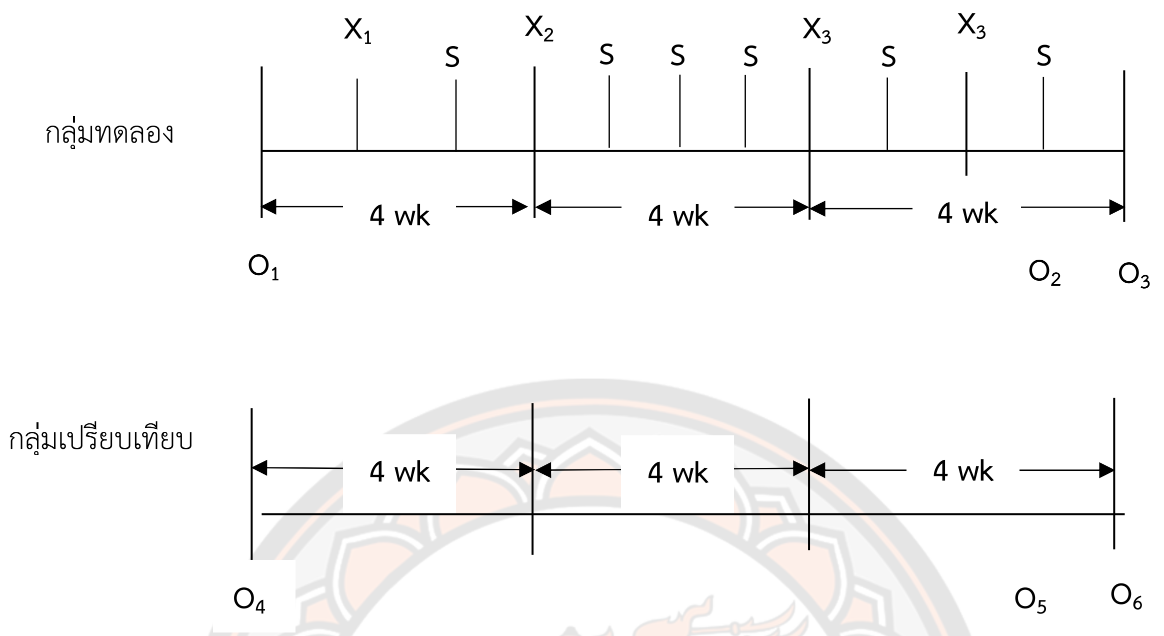
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ผู้วิจัยขอนำเสนอวิธีการดำเนินการวิจัยตามลำดับ ดังนี้ คือ

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. ขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
6. การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมโครงการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ทำการวัดก่อนและวัดหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การศึกษานี้ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัย ทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้



ภาพ 2 แสดงระยะเวลาในการเก็บข้อมูลและการดำเนินการวิจัย

O_1 O_4 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามเรื่องโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

O_2 O_5 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามเรื่องโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

O_3 O_6 หมายถึง การเก็บข้อมูลจำนวนสตรีที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังการให้โปรแกรม

X_1 หมายถึง กิจกรรมหลักครั้งที่ 1 "รู้ทันภัย ใส่ใจโรคร้าย" ประกอบด้วย การให้ข้อมูลโดยการบรรยายและใช้สื่อประกอบเกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา ผลกระทบของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และอภิปรายเกี่ยวกับความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก และให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเล่าประสบการณ์ตรงถึงความรุนแรงขณะป่วย

X_2 หมายถึง กิจกรรมหลักครั้งที่ 2 "สำเร็จได้ ด้วยตัวเรา" ประกอบด้วย การให้ข้อมูลโดยการบรรยายและใช้สื่อประกอบเกี่ยวกับผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การเตรียมตัวก่อนและหลังการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การใช้ตัวแบบผู้ที่ปฏิบัติตัวที่ดีในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ มาถ่ายทอดประสบการณ์ของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีการสาธิตวิธีการตรวจ รวมทั้งอธิบายเกี่ยวกับวิธีการใช้ห้องตรวจลดอาย เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

X_3 หมายถึง กิจกรรมหลักครั้งที่ 3 "เพื่อนไม่ทิ้งกัน" ประกอบด้วย การให้สตรีกลุ่มทดลองจับคู่เพื่อนซี้ โดยให้เพื่อนเตือนเพื่อนในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังจากนั้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโทรศัพท์ชักจูงใจ ในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามนัด เพื่อให้กำลังใจกระตุ้นเตือน เสริมแรงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอบถามปัญหาอุปสรรคและการแนะนำการเตรียมตัวในการมาตรวจ

S หมายถึง กลุ่มทดลองศึกษาเอกสารและแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่บ้านของตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ.2558 – 2562 จำนวน 251 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด ตำบลสากเหล็ก อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสากเหล็ก, 2561) กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 42 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 42 คน

2. การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ตำบลสากเหล็ก อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร

ใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าสัดส่วนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประชากรทั้ง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Fleiss, 1988)

$$N = \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2 P(1-P)}{(P_1 - P_0)^2}$$

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

Z_α = ค่าสถิติการแจกแจงปกติมาตรฐานกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เท่ากับ 1.96

Z_β = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่กำหนดให้อำนาจการทดสอบที่ 90 % เท่ากับ 1.28

$$P = \frac{P_0 + P_1}{2}$$

P_0 = สัดส่วนของกลุ่มเปรียบเทียบ, P_0 = 72.7/100 (0.73)

P_1 = สัดส่วนของกลุ่มทดลอง, P_1 = 36.4/100 (0.36)

ค่าสัดส่วนที่นำมาคำนวณ คือ ค่าสัดส่วนจากการวิจัยของสุธิศา บุญรัตน์, ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, และธราดล เก่งการพานิช (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 33 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าสัดส่วนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองเท่ากับ 0.73 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าสัดส่วนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองเท่ากับ0.36 (สุธิศา บุญรัตน์ และคณะ, 2561)

ผู้วิจัยจึงได้นำผลการวิจัยดังกล่าวมาใช้คำนวณหาขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าสัดส่วนของประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกันสำหรับการทดสอบแบบทางเดียว

นำค่าสัดส่วนมาคำนวณหาขนาดตัวอย่างจากสูตร ดังนี้

$$N = \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2 P(1-P)}{(P_1 - P_0)^2}$$

P_0 = 72.7/100 (0.73)

P_1 = 36.4/100 (0.36)

$$P = \frac{0.73 + 0.36 \quad = 0.545}{2}$$

$$N = \frac{2\,(1.96 + 1.28)^2\,(0.55)\,(0.45)}{(0.73 - 0.36)^2}$$

$$N = \frac{2\,(3.24)^2(0.25)}{(0.37)^2}$$

$$N = \frac{(5.25)}{(0.14)}$$

$$N = 37.5 \sim 38$$

จากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ มีจำนวนทั้งหมด76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 38 คน แต่ในการวิจัยจริงจะมีกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ตามสถานการณ์จริง จึงมีการคำนวณปรับเพิ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (Polit&Beck, 2004, p.289) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษาและเป็นตัวแทนของประชากร (Polit, 2004)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างโดยปรับเพิ่มจากเดิม ร้อยละ 5 จึงใช้สูตรคำนวณตัวอย่างดังนี้

$$Nadj = \frac{n}{(1-R)^2}$$

โดยกำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง

Nadj = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R = สัดส่วนที่สูญหายจากการติดตาม

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 38 คน แทนค่าในสูตร

$$Nadj = \frac{38}{(1-0.05)^2}$$

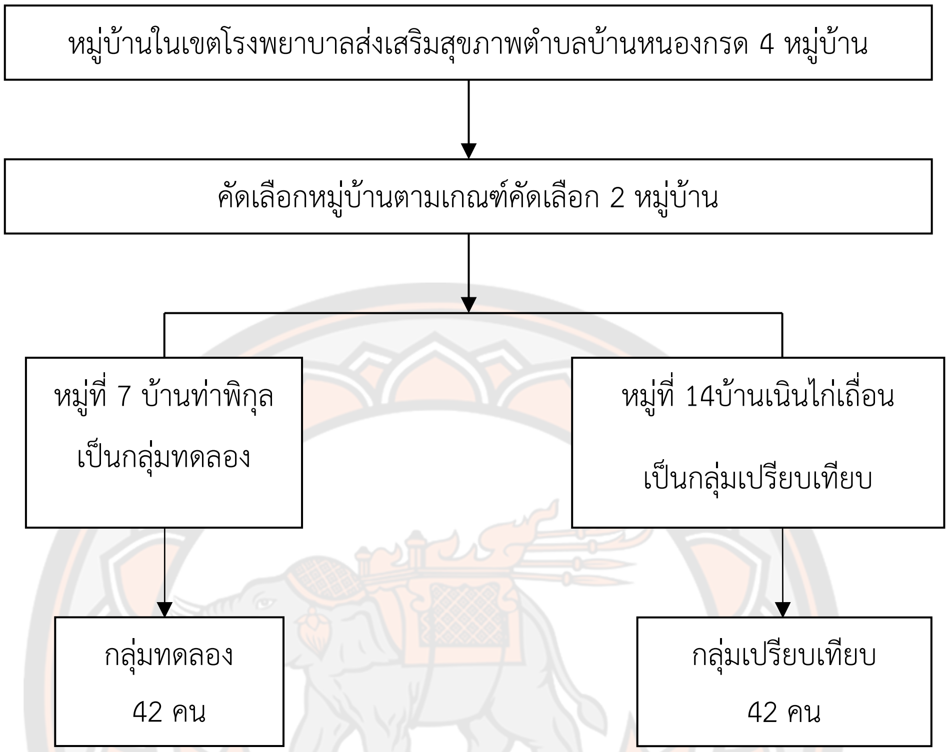
$$Nadj = 42.22 \sim 42$$

สรุปขนาดตัวอย่างหลังจากได้ปรับขนาดตัวอย่างให้เหมาะสมแล้วได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด 84 คน กลุ่มละ 42 คน คือ กลุ่มทดลอง 42 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ42 คน

3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.1 การคัดเลือกหมู่บ้าน (inclusion criteria) คือ มีผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี 2558 – 2562 ต่ำกว่าเกณฑ์ หมู่บ้านจะต้องอยู่ห่างกันเพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูล สภาพการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพและวัฒนธรรมคล้ายคลึงกัน จำนวนประชากรและหลังคาเรือนใกล้เคียงกัน มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขใกล้เคียงกัน ซึ่งคัดเลือกได้

2 หมู่บ้าน คือ หมู่บ้านท่าพิกุล หมู่ที่ 7 เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 94 คน และหมู่บ้านเนินไก่เถื่อน หมู่ที่ 14 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 96 คน



ภาพ 3 แสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) ใช้วิธีจับฉลากรายชื่อสตรีกลุ่มตัวอย่างในหมู่ที่ 7 เป็นกลุ่มทดลองและคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าที่ผู้วิจัยกำหนดจนได้ครบ จำนวน 42 คน และจับฉลากรายชื่อสตรีกลุ่มตัวอย่างในหมู่ที่ 14 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบและคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าจนได้ครบ จำนวน 42 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) และมีคุณสมบัติดังนี้

3.2.1 เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) มีความยินยอมในการเข้าร่วมโปรแกรม

2) สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี เต็มในช่วงของการดำเนินการวิจัยและไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปีพ.ศ.2558 – 2562

3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจสามารถ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

3.2.1 เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

1) สตรีกลุ่มเป้าหมายเกิดการเจ็บป่วยระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม

2) สตรีมีการตั้งครรภ์ระหว่างดำเนินโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด กำหนดโครงสร้างเนื้อหาและปรับปรุงแบบสอบถามของรัฐพล สาแก้ว และคณะ (2560) โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระยะเวลาคุมกำเนิด ความเพียงพอของรายได้ และประวัติการเป็นมะเร็งของคนในครอบครัว จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 1,2,3,5,6 และข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 4

ส่วนที่3 แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5 และข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 6

ส่วนที่4 แบบประเมินความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 และข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 3

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมะเร็งปากมดลูก จำนวน 7 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 และข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 2

ส่วนที่ 6 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11 และข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อ 9

ลักษณะคำถามในส่วนที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ท (liker’s scale) โดยมีระดับการวัด 5 ระดับ

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ข้อความทางบวก	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน
	เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน
	ไม่แน่ใจ	ให้ 3 คะแนน
	ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน
ข้อความทางลบ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน
	เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน
	ไม่แน่ใจ	ให้ 3 คะแนน
	ไม่เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน

ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของเบสต์ (Best, 1981) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 คะแนน	หมายถึง	การรับรู้ในระดับสูง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 คะแนน	หมายถึง	การรับรู้ในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 คะแนน	หมายถึง	การรับรู้ในระดับต่ำ

1.2 แบบบันทึกการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นข้อคำถามแบบ 2 ตัวเลือก คือ มาและไม่มา รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีอายุ 30 – 60 ปี โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 การศึกษาข้อมูล แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาตำรา เอกสาร แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาค้นคว้าจากแหล่งความรู้ต่างๆ

2.2 การกำหนดโครงสร้างของเนื้อหาแบบสอบถาม ผู้วิจัยดำเนินการสร้างข้อคำถามตามกรอบแนวคิดของการวิจัยและขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.3 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity) นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จนำไปเสนอให้ประธานกรรมการและกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความถูกต้องในเรื่องการใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา และความตรงในเนื้อหา (validity) วัตถุประสงค์ของการวัด และความสอดคล้องกับเนื้อหา (Index of Congruence: IOC) โดยให้

ผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาให้คะแนนแต่ละข้อคำถามคำตอบ ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ คือ 0, 1 และ - 1 โดยในแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ (+1) เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ หรือไม่ (0) และเมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามจุดประสงค์ (-1)

สูตร IOC

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

IOC หมายถึง ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามในแบบสอบถาม

∑R หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เมื่อผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านได้ตรวจสอบเสร็จแล้ว ผู้วิจัยประเมินหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา โดยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ผู้วิจัยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ระดับ 0.50 ขึ้นไป (วรางคณา ศรีภูวงษ์, 2556) ซึ่งค่า IOC รายข้อ อยู่ระหว่างค่า 0.67 - 1 และวิเคราะห์ รวมทั้งฉบับได้เท่ากับ0.89

2.4 วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความคาดหวัง ในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือ บ้านคลองทราย หมู่ 2 ตำบลหนองหญ้าไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร จำนวน 30 คน นำผลการวิเคราะห์ที่ได้จากการทดลองใช้เครื่องมือ ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และตรวจสอบปรับปรุงข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์ ความเหมาะสมอีกครั้ง แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยวิธีครอนบาค (Cronbach’ s Alpha Coefficient) (สุวิมล ติรกานันท์, 2551) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 แยกเป็นรายด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 0.71
2. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 0.72
3. ด้านความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 0.83
4. ด้านความคาดหวัง ในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 0.80

5. ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ0.87

3. เครื่องมือใช้ในการดำเนินกิจกรรม

3.1 โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ประกอบด้วย

ช่วงสัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลอง โดยการแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินกิจกรรม

ช่วงสัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมหลักครั้งที่ 1“รู้ทันภัย ใส่ใจโรคร้าย” ประกอบด้วยการให้ข้อมูลโดยการบรรยายและใช้สื่อประกอบเกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา ผลกระทบของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และอภิปรายเกี่ยวกับความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก และให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเล่าประสบการณ์ตรงถึงความรุนแรงป่วยขณะเป็นมะเร็งปากมดลูก (เป็นผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม) พร้อมทั้งสรุปการดำเนินกิจกรรมและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมซักถามข้อสงสัย

ช่วงสัปดาห์ที่ 3 กลุ่มทดลองศึกษาเอกสารและแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่บ้านของตนเอง

ช่วงสัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมหลักครั้งที่ 2 “สำเร็จได้ ด้วยตัวเรา” ประกอบด้วย การให้ข้อมูลโดยการบรรยายและใช้สื่อประกอบเกี่ยวกับผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การเตรียมตัวก่อนและหลังการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การใช้ตัวแบบผู้ที่ปฏิบัติตัวที่ดีในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ มาถ่ายทอดประสบการณ์ของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีการสาธิตวิธีการตรวจ รวมทั้งอธิบายเกี่ยวกับวิธีการใช้ห้องตรวจลดอาย เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งสรุปการดำเนินกิจกรรมและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมซักถามข้อสงสัย

ช่วงสัปดาห์ที่ 5,6,7 กลุ่มทดลองศึกษาเอกสารและแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่บ้านของตนเอง

ช่วงสัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมหลักครั้งที่ 3 “เพื่อนไม่ทิ้งกัน” ประกอบด้วย ให้สตรีกลุ่มทดลองจับคู่เพื่อนซี้ โดยให้เพื่อนเตือนเพื่อนในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังจากนั้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโทรศัพท์ชักจูงใจ ในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามนัด เพื่อให้กำลังใจกระตุ้นเตือน เสริมแรงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอบถามปัญหาอุปสรรคและการแนะนำการเตรียมตัวในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ช่วงสัปดาห์ที่ 9 กลุ่มทดลองศึกษาเอกสารและแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่บ้านของตนเอง

ช่วงสัปดาห์ที่ 10 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเชิญชวนกลุ่มทดลองให้มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามนัดทางโทรศัพท์

ช่วงสัปดาห์ที่ 11 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post test) ในกลุ่มทดลองภายหลังจากได้รับโปรแกรมการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม

ช่วงในสัปดาห์ที่ 12 ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลอง 1 วัน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด ซึ่งการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปบสเมียร์จะตรวจโดยพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติที่ผ่านการอบรมเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแป๊บสเมียร์มาแล้ว

4. การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม โดยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 การศึกษาข้อมูล แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาตำรา เอกสาร แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาค้นคว้าจากแหล่งความรู้ต่างๆ

4.2 ผู้วิจัยวางแผนกิจกรรม โดยให้สอดคล้องกับประเด็น การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากนั้น ผู้วิจัยได้นำแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม

4.3 คัดเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยจัดทำเป็นแผนผังโยงใยแสดงเหตุผลในการคัดเลือกกิจกรรม

4.4 ผู้วิจัยนำกิจกรรมที่กำหนดให้อาจารย์ที่ปรึกษาทำการตรวจสอบและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (ผู้เชี่ยวชาญคนเดียวกับตรวจสอบแบบสอบถาม) ได้ตรวจสอบความถูกต้องในเรื่องการใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา และความตรงในเนื้อหา และความสอดคล้องกับเนื้อหา

4.5 เมื่อได้รับการตรวจสอบแล้ว ผู้วิจัยทำการปรับปรุงกิจกรรมให้เหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา ระยะเวลาการศึกษาและให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ บริบททางสังคม วัฒนธรรม และการดำรงชีวิตของผู้เข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. ขั้นตอนก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย เพื่อประสานงานและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.2 ผู้วิจัย ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรดและผู้นำชุมชนบ้านสวน เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยจัดเตรียมเอกสารและอุปกรณ์ต่างๆที่จะใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.3.1 ผู้ศึกษาทบทวนวรรณกรรม เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจัดทำเค้าโครงร่างการวิจัยกับอาจารย์ที่ปรึกษา

13.2 นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อขอรับการพิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

1.3.3 ตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1.3.4 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม วีดีทัศน์ และแผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.3.5 ทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูลจริง นำเครื่องมือมาหาความเชื่อมั่น นำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มทดลอง (Try out) จำนวน 30 คน ที่บ้านคลองทราย หมู่ที่ 2 ตำบลหนองหญ้าไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร

2. ขั้นดำเนินการ

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยจัดโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2562 ถึง สิงหาคม 2563 ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้ (รายละเอียดกิจกรรม ภาคผนวก ง)

2.1 ภายหลังจากการพิจารณาอนุมัติให้ทำการศึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์ ขอบเขตการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกของผู้วิจัย และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 42 คน จากนั้นผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์การวิจัยและเชิญเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มในการเข้าร่วมการวิจัยและลงลายมือชื่อในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร นัดหมายสตรีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยการทำหนังสือเชิญเป็นรายบุคคล นัดวัน เวลาที่จะดำเนินการวิจัย สถานที่ดำเนินการวิจัย คือ โรงพาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม

2.4 ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้แก่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทราบ หลังจากนั้นได้เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม (Pre - test) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยแบบสอบถามจะมีเนื้อหาในเรื่องของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.5 หลังจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกครั้ง แล้วกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่เข้าร่วมการวิจัย

2.6 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง โดยใช้เครื่องมือ คือ โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี

3. ขั้นหลังการทดลอง

3.1 ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกจากแบบบันทึกรายชื่อผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนอง

กรด นำมาเปรียบเทียบจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3.2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

3.3 เมื่อทางโรงพยาบาลพิจิตรแจ้งผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด ทางเจ้าหน้าสาธารณสุขจะแจ้งผลที่ผิดปกติให้แก่ผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปกมดลูกได้ทราบ และนัดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซ้ำอีก 6 เดือนในผู้ที่มีผลผิดปกติ ส่วนผู้ที่ผลปกติทางเจ้าหน้าที่จะแจ้งในวันที่จัดบริการตรวจแล้วว่าจะไม่ได้รับการแจ้งผลถ้าผลปกติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการป้อนข้อมูลเชิงปริมาณลงรหัส (Data Coding) ตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ของข้อมูล (Data Checking and Editing) และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550)

1. สถิติเชิงพรรณนา

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ ค่าร้อยละ

1.2 วิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อ

การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Paired samples T-Test

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent Sample T-Test

2.3 เปรียบเทียบสัดส่วนการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Chi-square Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 0682/62 ลงวันที่ 28 มกราคม 2563 และได้รับการอนุญาตจากทางผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด ในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบ อธิบายขั้นตอนดำเนินงานระยะเวลาในการเก็บข้อมูลและผลที่จะได้รับสำหรับผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้ จะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุข อีกทั้งระหว่างระหว่างการดำเนินโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธการร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ หรือหากมีข้อสงสัยคณะผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง ซักถามข้อมูลต่างๆจนเข้าใจ และหากมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร บันทึกเทปหรือถ่ายภาพ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบทุกครั้ง เพื่อเป็นการขออนุญาต เมื่อยินดีเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างจะต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ผลการวิจัยจะไม่เสนอชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัยและ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัด สำหรับการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น และหลังจากวิจัยครั้งนี้เสร็จสิ้นลงข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้งทันที

บทที่ 4

ผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร ระยะเวลาการศึกษาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นและผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลตามลำดับดังต่อไปนี้

1. สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
2. ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 7 เปรียบเทียบสัดส่วนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการสื่อสารความหมาย ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ในการเสนอผลการวิเคราะห์ ข้อมูล ดังนี้

n	แทน	จำนวนตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
S.D.	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
Mean Difference	แทน	ผลต่างของค่าเฉลี่ยกับเกณฑ์ที่กำหนด
t	แทน	สถิติทดสอบ (t-test) ที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
X^2	แทน	สถิติทดสอบ chi-Square
df	แทน	ชั้นความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
95% CI	แทน	ช่วงค่าความเชื่อมั่นที่ 95% (Confidence interval)
p - value	แทน	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระยะเวลาคุมกำเนิด ความเพียงพอของรายได้ และประวัติการเป็นมะเร็งของคนในครอบครัว มีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 84)

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 42)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 42)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อายุ				
30-39 ปี	5	11.9	5	11.9
40-49 ปี	12	28.6	13	31.0
50-60 ปี	25	59.5	24	57.1
2. สถานภาพสมรส				
โสด	2	4.8	7	16.7
สมรส อยู่ด้วยกัน	34	81.0	30	71.4
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	2	4.8	2	4.8
หม้าย	4	9.5	3	7.1

ตาราง 1 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 42)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 42)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. จำนวนบุตร				
ไม่มี	4	9.5	4	9.5
มี	38	90.5	38	90.5
1-3 คน	36	85.7	36	85.7
4 คนขึ้นไป	2	4.8	2	4.8
4. ระยะเวลาคุมกำเนิด				
1-10 ปี	9	24.3	10	27
11-20 ปี	21	56.8	20	54.1
21-30 ปี	7	18.9	7	18.9
31ปีขึ้นไป	0	0	0	0
5. ความพอเพียงของรายได้				
ไม่เพียงพอ	23	54.8	21	50
เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ	17	40.5	16	38.1
เพียงพอและมีเหลือเก็บ	2	4.8	5	11.9
6. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง				
ไม่มี	32	76.2	40	95.2
มี	10	23.8	2	4.8

จากตาราง 1 พบว่า ลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ อายุ 50-60 ปี (ร้อยละ 59.5) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 81.0) ส่วนใหญ่ มีจำนวนบุตร 1-3 คน (ร้อยละ 85.7) ระยะเวลาในการคุมกำเนิด ส่วนใหญ่ 11-20 ปี (ร้อยละ 56.8) ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 54.8) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง ส่วนใหญ่ไม่มีป่วยด้วยโรคมะเร็ง (ร้อยละ 76.2)

ส่วนลักษณะทางประชากรของกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ อายุ 50-60 ปี (ร้อยละ 57.1) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 71.4) จำนวนบุตร ส่วนใหญ่มี 1-3 คน (ร้อยละ 85.7) ระยะเวลาในการคุมกำเนิด ส่วนใหญ่ 11-20 ปี (ร้อยละ 54.1) ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 50) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง ส่วนใหญ่ ไม่มีป่วยด้วยโรคมะเร็ง (ร้อยละ 95.2)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

1. ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลองของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง (n=42)

ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง	42 (100)	42 (100)	35 (83.3)	41 (97.6)
ระดับปานกลาง	0 (0)	0 (0)	7 (16.7)	1 (2.4)
ระดับต่ำ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

จากตาราง 2 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100) หลังการทดลอง มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อ ยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100)

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.3) รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 16.7) หลังการทดลอง มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 97.6) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 2.4)

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	$\bar{X}$	S.D.	mean difference	t	df	95% CI	*p* - value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	3.87	0.21	0.84	17.38	41	0.75ถึง 0.94	<0.001*
หลังการทดลอง	4.72	0.22					
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนการทดลอง	3.88	0.37	0.53	8.06	41	0.40 ถึง 0.67	<0.001*
หลังการทดลอง	4.42	0.41					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 3 ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 3.87 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 4.72 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น 0.84 คะแนน

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 3.88 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.37 หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 4.42 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.41 เมื่อเปรียบเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น0.53 คะแนน

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n= 42)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	$\bar{X}$	S.D.	mean difference	t	df	95% CI	*p* - value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	3.87	0.21	0.01	0.10	82	0.13 ถึง 0.14	0.921
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.88	0.37					
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	4.72	0.22	0.30	4.21	82	0.16 ถึง 0.45	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.42	0.41					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4 ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 3.87 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 3.88 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.37 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 4.72 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 4.42 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.41 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน 0.30 คะแนน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

1. ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการทดลองของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง	19 (45.2)	42 (100)	21 (50.0)	40 (95.2)
ระดับปานกลาง	23(54.8)	0 (0)	21 (50.0)	2 (4.8)
ระดับต่ำ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

จากตาราง 5 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.8) รองลงมา ระดับสูง (ร้อยละ 45.2) หลังการทดลอง มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100)

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.0) รองลงมา ระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.0) หลังการทดลอง มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 95.2) รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 4.8)

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 6 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	$\bar{X}$	S.D.	mean difference	t	df	95% CI	*p* - value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	3.55	0.21	1.22	22.30	41	1.11 ถึง 1.33	<0.001*
หลังการทดลอง	4.77	0.22					

ตาราง 6 (ต่อ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	$\bar{X}$	S.D.	mean difference	t	df	95% CI	*p* - value
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนการทดลอง	3.54	0.38	0.59	7.30	41	0.42 ถึง 0.75	<0.001*
หลังการทดลอง	4.13	0.31					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 6 ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 3.55 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 4.77 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น 1.22 คะแนน

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 3.54 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.38 หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 4.13 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.31 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น 0.59 คะแนน

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 7 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	$\bar{X}$	S.D.	mean difference	t	df	95% CI	*p* - value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	3.55	0.21	0.01	0.12	82	0.13 ถึง 0.14	0.909
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.54	0.38					
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	4.77	0.22	0.64	10.80	82	0.52 ถึง 0.76	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.13	0.31					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 7 ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 3.55 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 3.54 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.38 เมื่อเปรียบเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 4.77 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 4.13 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.31 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน 0.64 คะแนน

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1. ระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเสี่ยงสตรีอายุ 30-60 ปี มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42)

ความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง	37 (88.1)	42 (100)	32 (76.2)	41 (97.6)
ระดับปานกลาง	5 (11.9)	0 (0)	10 (23.8)	1 (2.4)
ระดับต่ำ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

จากตาราง 8 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ มีระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 88.1) รองลงมา ระดับปานกลาง (ร้อยละ 11.9) หลังการทดลอง มีระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100)

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 76.2) รองลงมา ระดับปานกลาง (ร้อยละ 23.8) หลังการทดลอง มีระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 97.6) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 2.4)

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 9 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42)

ความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรอง	$\bar{X}$	S.D.	mean difference	t	df	95% CI	*p* - value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	3.87	0.20	0.85	20.58	41	0.77 ถึง 0.93	<0.001*
หลังการทดลอง	4.72	0.22					
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนการทดลอง	3.87	0.26	0.61	7.94	41	0.45 ถึง 0.76	<0.001*
หลังการทดลอง	4.47	0.45					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 9 ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3.87 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20 หลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4.72 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น 0.85 คะแนน

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3.87 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.26 หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4.47 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น 0.61 คะแนน

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองของเสี่ยงสตรีอายุ 30-60 ปี มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 10 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42)

ความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรอง	$\bar{X}$	S.D.	mean difference	t	df	95% CI	*p* - value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	3.87	0.20	0.01	0.14	82	0.09 ถึง 0.11	0.889
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.87	0.26					
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	4.72	0.22	0.25	3.23	82	0.10 ถึง 0.40	0.002
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.47	0.45					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 10 ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3.87 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3.87 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.26 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4.72 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

0.22 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4.47 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน 0.25 คะแนน

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1. ระดับความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเสี่ยงสตรีอายุ 30-60 ปี มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42)

ความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง	40 (95.2)	42 (100)	35 (83.3)	36 (85.7)
ระดับปานกลาง	2 (4.8)	0 (0)	7(16.7)	6(14.3)
ระดับต่ำ	0 (0)	0 (0)	0(0)	0(0)

จากตาราง 11 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ มีระดับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 95.2) รองลงมา ระดับปานกลาง (ร้อยละ 4.8) หลังการทดลอง มีระดับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100.0)

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีระดับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.3) รองลงมา ระดับปานกลาง (ร้อยละ 16.7) หลังการทดลอง มีระดับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 85.7) รองลงมา ระดับปานกลาง (ร้อยละ 14.3)

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 12 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42)

ความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการ	$\bar{X}$	S.D.	mean difference	t	df	95% CI	*p* - value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	4.00	0.28	0.73	11.86	41	0.60 ถึง 0.85	<0.001*
หลังการทดลอง	4.72	0.22					
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนการทดลอง	3.99	0.33	0.78	0.83	41	0.11 ถึง 0.27	0.411
หลังการทดลอง	4.08	0.50					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 12 ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4.00 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.28 หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4.72 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้น 0.73 คะแนน

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3.99 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33 หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวัง ในประสิทธิผลของ

การตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4.08 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองของเสี่ยงสตรีอายุ 30-60 ปี มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 13 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42)

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจ	$\bar{X}$	S.D.	mean difference	t	df	95% CI	*p* - value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	4.00	0.28	0.01	0.10	82	0.13ถึง0.14	0.922
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.99	0.33					
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	4.72	0.22	0.66	7.85	82	0.49ถึง0.82	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.08	0.50					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 13 ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4.00 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.28 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3.99 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4.72 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของ

การตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4.08 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน 0.66 คะแนน

ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1. ระดับคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเสี่ยงสตรีอายุ 30-60 ปี มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42)

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับสูง	38 (90.5)	42 (100)	34 (81.0)	32(76.2)
ระดับปานกลาง	4 (9.5)	0 (0)	8 (19.0)	10 (23.8)
ระดับต่ำ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

จากตาราง 14 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 90.5) รองลงมา ระดับปานกลาง (ร้อยละ 9.5) หลังการทดลอง มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100.0)

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 81.0) รองลงมา ระดับปานกลาง (ร้อยละ 19.0) หลังการทดลอง มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 76.2) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 23.8)

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยระดับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 15 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42)

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจ	$\bar{X}$	S.D.	mean difference	t	df	95% CI	*p* - value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	3.93	0.19	0.79	18.02	41	0.70 ถึง 0.88	<0.001*
หลังการทดลอง	4.72	0.21					
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนการทดลอง	3.93	0.33	0.12	1.91	41	0.01 ถึง 0.24	0.063
หลังการทดลอง	4.05	0.43					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 15 ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3.93 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.19 หลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4.72 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้น 0.79 คะแนน

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3.93 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33 หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4.05 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.43 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 16 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (n= 42)

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจ	$\bar{X}$	S.D.	mean difference	t	df	95% CI	*p* - value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	3.93	0.19	0.001	0.01	82	0.12 ถึง 0.13	0.992
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.93	0.33					
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	4.72	0.21	0.67	9.12	82	0.53 ถึง 0.82	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.05	0.43					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง16 ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3.93 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.19 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3.93 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4.72 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4.05 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.43 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจ

คัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน 0.67 คะแนน

ส่วนที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การเปรียบเทียบสัดส่วนการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 17 แสดงการเปรียบเทียบสัดส่วนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง (n= 42) ในสัปดาห์ที่ 12

การมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก	มารับบริการ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มารับบริการ จำนวน (ร้อยละ)	X^2	*df*	*P-value*
กลุ่มทดลอง	40 (95.24)	2 (4.76)	*15.304*	*1*	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	25 (59.52)	17(40.48)			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 17 พบว่า การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (1.6 เท่า)

2. ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 18 แสดงผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก	ปกติ จำนวน (ร้อยละ)	ผิดปกติ จำนวน (ร้อยละ)
กลุ่มทดลอง	40 (100)	0 (0.0)
กลุ่มเปรียบเทียบ	25 (100)	0 (0.0)

จากตาราง 18 กลุ่มทดลองมีผลตรวจปกติ จำนวน 40 คน (ร้อยละ 100) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีผลตรวจปกติ จำนวน 25 คน (ร้อยละ 100)

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตรใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 42 คน มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากรายชื่อตามเกณฑ์การคัดเข้าจนครบจำนวนรวมทั้งหมด 84 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วนและแบบบันทึกการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม คือ โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีอายุ 30-60 ปีใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมหลักที่1”รู้ทันภัย ใส่ใจโรคร้าย” กิจกรรมหลักที่ 2 “สำเร็จได้ด้วยตัวเรา” และ กิจกรรมหลักที่ 3 “เพื่อนไม่ทิ้งกัน” วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ การแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ สถิติ Chi-square Test สถิติPaired Samples T-test และสถิติ Independent Sample T-test ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย
2. อภิปรายผลการวิจัย
3. ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร ครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอสรุปได้ดังนี้

1. คุณลักษณะประชากร ลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.5 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50-60 ปี คิดเป็นร้อยละ57.1 สถานภาพสมรสของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่สมรส/อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 81.0 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 71.4 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีจำนวนบุตร 1-3 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีจำนวนบุตร 1-3 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7 ระยะเวลาในการคุมกำเนิดของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.8 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาคุมกำเนิด ส่วนใหญ่ 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.1 กลุ่มทดลองมีความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 54.8 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 50.0 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ พี่น้องของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีป่วยด้วยโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 76.2 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 95.2 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.3 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.4 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.5 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง

3.1 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.4 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.5 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผลการศึกษาโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 40 คน (ร้อยละ 95.24) กลุ่มเปรียบเทียบมารับบริการตรวจ 25 คน (ร้อยละ 59.52) เมื่อเปรียบเทียบการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่ได้รับกิจกรรมตามปกติ พบว่า การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ซึ่ง

ประกอบด้วย 3 สมมติฐานการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัย สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าก่อนการทดลอง

จากผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง มากกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลอง โดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับอาการ การรักษา และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตเมื่อเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับรู้ ความรุนแรง ปัญหาเมื่อเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกจากตัวแบบผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งมาถ่ายทอดประสบการณ์ตรงถึงความรุนแรงขณะป่วย ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ กระบวนการรับรู้ความรุนแรง โดยการให้ข้อมูลกระตุ้นที่ทำให้เกิดความกลัวต่อภาวะคุกคาม ปลุกเร้าร่วมกับการขู่ อาจจะทำให้ข้อมูลเด่นขึ้น จึงผลให้คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น (Rogers, 1983) สอดคล้องกับการศึกษาของริญดา ตะวันกุลกิตติ (2560) ที่ได้มีการสร้างกิจกรรมการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มากกว่าก่อนการทดลอง

นอกจากนี้ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มากกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมทดลอง โดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับขนาดของปัญหามะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยและสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ที่สำคัญได้รับแผ่นพับ ภาพโปสเตอร์ ไปศึกษาเพิ่มเติมที่บ้าน ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งบุคคลที่ได้รับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยง หรือโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม จะทำให้เกิด

การตัดสินใจของบุคคลว่าจะไม่ปฏิบัติตน หรือเกิดการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมอันตรายที่จะทำให้เกิดโรคขึ้นได้ (Rogers, 1983) สอดคล้องกับการศึกษาของรัฐพล สาแก้ว และคณะ (2560) และสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมา โกศัลวิตร (2560) ที่ได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การนำตัวแบบมาถ่ายทอดประสบการณ์ของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มากกว่าก่อนการทดลอง

นอกจากนี้ คะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง มากกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลอง จากการบรรยาย ฉายวีดิทัศน์ เน้นให้รับรู้เกี่ยวกับกระบวนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานบริการ และที่สำคัญ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบสตรีที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี ได้เล่าประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปามกดลูก ทำให้กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ เป็นการประเมินความสามารถของตนเอง ว่ามีความมั่นใจในการปฏิบัติให้สำเร็จได้ โดยการเรียนรู้ การเลียนแบบตัวอย่างที่ดี ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมได้ (Rogers, 1983) สอดคล้องกับการศึกษาของรัฐพล สาแก้ว และคณะ (2560) ที่ได้มีการใช้ตัวแบบมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงและกระตุ้นทางอารมณ์ด้วยการชมวิดิทัศน์ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การเตรียมตัวก่อนและหลังการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการบรรยายและใช้สื่อประกอบ รวมทั้งสาธิตวิธีการตรวจ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังของความสามารถในตนเองเพิ่มมากขึ้น และได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Malmir (2018) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยการบรรยายอภิปรายกลุ่ม มีการถาม-ตอบภายในกลุ่มทดลองและแผ่นพับเกี่ยวกับอาการแสดงและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ให้กับกลุ่มทดลอง

ส่วนคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง มากกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลอง มีการรับรู้เกี่ยวกับผลดีของการตรว จคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการบรรยาย จากตัวแบบสตรีที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องทุกปี การสาธิตใช้ห้องตรวจลดอาย และขณะเดียวกันได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อดีของการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลอง ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้ให้กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง

ปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ ที่ระบุว่า ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง จะได้รับอิทธิพลจากแหล่งข่าวสาร สิ่งแวดล้อม พูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะของบุคคล จะทำให้เกิดความตั้งใจที่จะปฏิบัติ และนำไปสู่การปฏิบัติได้ (Rogers, 1983)

และคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง มากกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลองที่สำคัญ คือ การสนับสนุนจากเพื่อนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยจับคู่เพื่อนซี้ ให้เพื่อนในกลุ่มทดลองด้วยกัน เตือนเพื่อนให้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้จัด "ห้องตรวจลดอาย" ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ผู้วิจัยได้คิดค้นขึ้นเพื่อทำให้ผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่เห็นหน้ากันระหว่างผู้ตรวจและผู้ถูกตรวจ และใช้กริ่งกดในการสื่อสารกัน และได้สาธิตวิธีการใช้ให้แก่ผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนตรวจ นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มีการกระตุ้นเตือน แนะนำ ให้คำปรึกษา พร้อมทั้งให้กำลังใจทางโทรศัพท์จากเจ้าหน้าที่ ทำให้กลุ่มทดลองมีแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความไว้วางใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ แรงงาน และข้อมูลต่างๆเพื่อเกิดการเรียนรู้และทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้บุคคลเกิดการแก้ไขปัญหาหรือมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รัฐพล สาแก้ว และคณะ (2560) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดย ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้การบรรยาย ภาพพลิก วีซีดี การใช้ตัวแบบ การอภิปรายกลุ่ม การเสนอตัวแบบ การเยี่ยมบ้าน แจกแผ่นพับ พูดคุย ชักชวน กระตุ้นเตือนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า หลังการทดลอง ความรู้และค่าคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ของกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่าก่อนการทดลอง

สมมติฐานที่ 2 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อ

การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ กิจกรรมรู้ทันภัยใส่ใจโรคร้าย กิจกรรมสำเร็จได้ด้วยตัวเรา และกิจกรรมเพื่อนไม่ทิ้งกัน รวมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ ในขณะที่ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมตามปกติที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้แก่สตรีกลุ่มเป้าหมายทุกปี ได้แก่ การให้สุขศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก บรรยายผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ฉายสไลด์ และได้รับการประชาสัมพันธ์จากหอกระจายข่าวหมู่บ้าน การนัดมาตรวจใช้บัตรนัดผ่าน อสม.เท่านั้น (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสากเหล็ก, 2561) จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Zahra (2017) ที่ได้จัดกิจกรรมโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ในประเทศอิหร่าน โดยการอภิปรายกลุ่มและแผ่นพับ ทำให้ผลการทดลองในด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า ผลการศึกษาของนักวิจัย กับ Zahra (2017) ได้ศึกษาต่างพื้นที่ต่างบริบทกัน รวมทั้งรูปแบบการจัดกิจกรรมในโปรแกรมต่างกัน จึงทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างกัน ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า ถึงแม้จะใช้ทฤษฎีเดียวกัน กิจกรรมต่างกัน พื้นที่ต่างกัน ผลก็อาจแตกต่างกันได้ แต่ผลการศึกษามความสอดคล้องกับการศึกษาของนภัสวรรณ โอภาส (2560) ที่ได้มีการให้ชมวีดีทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถปฏิบัติตัวได้สำเร็จที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ วีดีทัศน์เกี่ยวกับผลดีของการส่องกล้องปากมดลูก ขั้นตอนวิธีการตรวจการปฏิบัติตัวก่อนหลังรับการตรวจหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ จันทร์แจ้ง และคณะ (2562) ที่ได้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูกและความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ ที่เชื่อว่าแรงจูงใจในการป้องกันโรคจะปฏิบัติได้เป็นผลสำเร็จก็

ต่อเมื่อบุคคลเห็นว่าความรุนแรงของโรค และรู้สึกว่าตนเองอยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อสุขภาพ มีความเชื่อว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรค มีความเชื่อมั่นและคาดหวังว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงหรืออันตรายต่อภาวะสุขภาพได้ (Rogers, 1983) ซึ่งเห็นได้ชัดในการจัดกิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมาถ่ายทอดประสบการณ์ตรงถึงความรุนแรงขณะป่วยและการให้ผู้ที่มารับบริการเป็นประจำทุกปีมาเล่าประสบการณ์ในการเข้าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากกิจกรรมนี้ทำให้กลุ่มทดลองรับรู้ว่าการตรวจคัดกรองมีประโยชน์ต่อตัวเอง จึงช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมตามปกติที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ปฏิบัตินั้นมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเช่นกัน ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า ยังควรดำเนินกิจกรรมตามปกติไว้ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กิจกรรมตามโปรแกรมการทดลองที่ผู้วิจัยทดลองไปนั้น เกิดผลดีต่อกลุ่มทดลองมากกว่า กิจกรรมตามปกติที่กลุ่มเปรียบได้รับ ดังนั้นการจัดกิจกรรมสำหรับสตรีอายุ 30-60 ปีที่ควรมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม และยังคงกิจกรรมตามปกติที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการด้วยเช่นกัน

สมมติฐานที่ 3 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีสัดส่วนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการวิจัย พบว่า การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกัน โดยพบว่า กลุ่มทดลองมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นผลเนื่องมาจาก กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการทดลองโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีสร้างกิจกรรมความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ เพื่อนและผู้มารับบริการ ร่วมทั้งได้รับการสนับสนุนวัตกรรมห้องตรวจลดอายจากเจ้าหน้าที่ โดยการอธิบายการใช้ห้องตรวจลดอายผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์

สำเร็จรูป ฉายสไลด์ เพื่อให้เห็นภาพชัดเจนในใช้ห้องตรวจลดอาย และได้รับการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่โดยการโทรศัพท์เชิญชวนให้มารับบริการ 2 ครั้งก่อนวันนัดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น ในส่วนของสตรีกลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมการส่งเสริมให้มาบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากตามปกติของหน่วยงานสาธารณสุข ไม่ได้รับกิจกรรมอื่นใดของโปรแกรม และการติดตามมาตรวจนั้น ก็ได้รับเพียงบัตรเชิญในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดย อสม. เป็นผู้นำไปแจก (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสากเหล็ก, 2561) จึงทำให้กลุ่มทดลองจึงมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ที่ระบุว่า บุคคลต้องมีกระบวนการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามรถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการสตอบสนอง จึงจะให้บุคคลมีความเชื่อมั่น และมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามโดยแท้จริง (Rogers, 1983) ประกอบกับ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลที่ไม่เป็นทางการและเป็นทางการ ในด้านอารมณ์ ที่จะกระตุ้นให้การปฏิบัติ จึงทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในทางที่ดีขึ้น (House, 1981)

สอดคล้องกับการศึกษาของรัฐพล สาแก้ว และคณะ (2560) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดย ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า การมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็น 4.4 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ วรไวย์ และคณะ (2558) ได้ศึกษาผลการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความตั้งใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ตำบลกุดใส้จ่อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมากกว่าก่อนดำเนินการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสตรีกลุ่มทดลองทุกคนมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สรุปการวิจัย

สรุปการวิจัยจากผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สามารถนำไปใช้กับสตรีกลุ่ม อายุ 30-60 ปี ให้มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สูงขึ้น ที่สำคัญยังส่งผลให้การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้เพิ่มมากขึ้นได้

ดังนั้น สามารถสรุปได้ว่าสามารถนำโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้กับสตรีกลุ่ม อายุ 30-60 ปี เพื่อให้เพิ่มปริมาณการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบาย ควรนำผลการศึกษาวิจัย ไปเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการมารับบริการตรวจคัดกรองของโรคมะเร็งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยเพิ่มแผนกิจกรรมที่นำโปรแกรมจากการศึกษาครั้งนี้และห้องตรวจลดอาย ไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่อื่นเพื่อเป็นการพัฒนางานในด้านป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1.2.1 บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำกิจกรรมตามโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม นำไปประยุกต์ใช้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี

1.2.2 บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ควรนำนวัตกรรมในผลการศึกษา คือ การจัดให้มีห้องตรวจลดอาย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม นำไปประยุกต์ใช้ในทดลองศึกษาวิจัยกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น การคัดกรองมะเร็งเต้านม การคัดกรองวัณโรค เป็นต้น

บรรณานุกรม

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2550). *สถิติสำหรับงานวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จตุพล ศรีสมบูรณ์. (2550). *มะเร็งปากมดลูกการวินิจฉัยและการรักษา.* กรุงเทพฯ: พี บี ฟอเรนบุ๊คส์ เซนเตอร์.

จุฬาภรณ์ ปรัสรา. (2557). *พฤติกรรมและทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศุนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี.* อุบลราชธานี: กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศุนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี.

ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีเทศบาลสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, *23*(6), 1022-1031.

ชัญวลี ศรีสุโข. (2552). *ต้าน 4 มะเร็งร้ายในผู้หญิง.* กรุงเทพฯ: อัมรินทร์สุขภาพ.

ฐิติมา โกศัลวิตร. (2560). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, *1*(3), 18-30.

เทพกร พิทยาภินันท์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, *19*(2), 89-97.

นภัสวรรณ โอภาส. (2560). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นันทิดา จันต๊ะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุคนธา ศิริ, และชาญวิทย์ ตรีเดช. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, *28*(1), 63-79.

ประกาย จิโรจน์กุล. (2556). *แนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการนำมาใช้: การสนับสนุนทางสังคม.* นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชนก.

ปริยานุช รุ่งเรือง, ภรณี วัฒนสมบูรณ์, สุปรียา ตันสกุล, และลักขณา เติมศิริกุลชัย. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal,Science and Technology Silpakorn University*, 2(2), 36-49.

ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์, อาคม ชัยวีระวัฒนะ, และวีรวุฒิ อิ่มสำราญ. (2561). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก* (ล.1). กรุงเทพฯ: โฆสิตการพิมพ์.

รัฐพล สาแก้ว, จงกลณี ธนาไสย์, และบัณฑิต วรรณประพันธ์. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, *23*(1), 17-30.

รัตติยา ชูโชติ, และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2558). ผลของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลคลินิกคอลโปสโคปต่อความพึงพอใจในการบริการพยาบาลของผู้ป่วยและอัตราการกลับมาตรวจก่อนนัด. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *16*(3), 15-19.

ริญดา ตะวันกุลกิตติ. (2560). รูปแบบกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมสตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเภ้า อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ 1*(6), 5-14.

วรางคณา ศรีภูวงษ์. (2556). *ผลของโปรแกรมประยุกต์ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อหมอลำพื้นบ้านต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของกลุ่มเสี่ยง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

วราภรณ์ ศิริธรรมานุกุล. (2560). เหตุผลการมารับบริการและความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกโรงพยาบาลจุฬาภรณ์. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, *10*(1), 126-144.

ศิริลักษณ์ วรไวย์, สังวรณ์ วรไวย์, ชาติธนา ปัตตาลาโพธิ์, และวรรณา ตรุนจันทร์. (2558). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความตั้งใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลกุดใส้จ่อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, *23*(5), 81-173.

ศิริวรรณ จันทร์แจ้ง, พัชราพร เกิดมงคล, และทัศนีย์ รวิวรกุล. (2562). ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม. *วารสารสุขศึกษา*, *42*(2), 52-62.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561ก). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2560.* กรุงเทพฯ: กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสรเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561ข). *นิยามตัวชี้วัดservice plan มะเร็ง ปี 2561.* กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2562). *แผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2562 – 2565.* กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. (2560). *รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสาธารณสุข แผนงานที่ 4 วัยทำงาน ปีงบประมาณ 2561*. พิจิตร: ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสากเหล็ก. (2561). *รายงานสรุปผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ปีงบประมาณ 2561*. พิจิตร: กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขอำเภอสากเหล็ก.

สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์. (2558). *การควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สุธิศา บุญรัตน์, ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, และธราดล เก่งการพานิช. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสุขศึกษา*, *41*(2), 90-101.

สุนิสา จันทร์แสง, ภรณี วัฒนสมบูรณ์, ลักขณา เติมศิริกุลชัย, และณัฐกมล ชาญสาธิตพร. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, *27*(1), 1-16.

สุวิมล ติรกานันท์. (2551). *การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์.* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อารีรัตน์ เพ็ญดิศา. (2553). *ดูแลชีวิต พิชิตมะเร็งร้าย.* กรุงเทพฯ: ฟีลกู๊ดพับลิชชิ่ง.

อุไรวรรณ์ สัมมุตถี. (2558). ความตั้งใจไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอหนองบัวลำภู. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, *3*(4), 531-546.

Acharya Pandey, R. (2017). Cervical cancer screening behavior and associated factors among women of ugrachandi nala, kavre, nepal. *European journal of medical research,* 22, 32. doi: 10.1186/s40001-017-0274-9

Bai, Y., Liu, Q., Chen, X., Gao, Y., Gong, H., Tan, X., . . . Xiang, Q. (2018). Protection motivation theory in predicting intention to receive cervical cancer screening in rural chinese women. *Psycho-Oncology,* 27(2), 442-449.

Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). New Jersey: Prentice – Hall.

Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. Pasadena, CA, US: Behavioral Publications.

Chan, C. W., Choi, K. C., Wong, R. S., Chow, K. M., So, W. K., Leung, D. Y., . . . Goggins, W. (2016). Examining the cervical screening behaviour of women aged 50 or above and its predicting factors: A population-based survey. *International journal of environmental research and public health,* 13(12), 1195.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine,* 38(5), 300-314.

Fleiss, J. L. (1988). Sample size determination in studies with matched pairs. *Journal of Clinical Epidemiology,* 41(8), 727-730. doi: https://doi.org/10.1016/0895-4356(88)90158-8

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Retrieved May 20, 2020, from http://books.google.com/books?id=qO2RAAAAIAAJ

Malmir, S. (2018). Effect of an educational intervention based on protection motivation theory on preventing cervical cancer among marginalized women in west iran. *Asian Pacific journal of cancer prevention,* 19(3), 755-761. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.3.755

Norbeck, J. S. (1982). The use of social support in clinical practice. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv,* 20(12), 22-29.

Pilisuk, M. (1982). Delivery of social support: The social inoculation. *American Journal of Orthopsychiatry,* 52(1), 20-31. doi: 10.1111/j.1939-0025.1982.tb02661.x

Polit, D. F. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change1. *The journal of psychology,* 91(1), 93-114.

Rogers, R. W. (1983). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied,* 91(1), 93-114. doi: 10.1080/00223980.1975.9915803

Rogers, R. W. (1987). Protection motivation theory. *Health Education research Theory and Practice*, 153-156.

WHO/ ICO. (2018). *Human papillomavirus and related diseases report in thailand* Washington, DC: n.p.

World Health Organization. (2016). *Human papillomavirus (hpv) and cervical cancer*. Retrieved May 20, 2020, from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/

Zahra, K. (2017). The effect of an educational program based on protection motivation theory on pap smear screening behavior among women referring to health centers in fasa. *Journal of Education and Community Health,* 3(4), 31-37.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงร่างการวิจัย

ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อควบคุมการทำวิทยานิพนธ์
ระดับปริญญาโท

....

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตระดับปริญญาโท ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยมีคุณภาพและมาตรฐานสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และเป็นไปตามข้อ ๒๗ (๒) (ก) แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยนเรศวร ว่าด้วยการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.๒๕๕๙

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ.๒๕๓๓ บัณฑิตวิทยาลัย จึงแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ของ นางสาวต้นหยง สุขเกษม รหัสประจำตัว ๖๑๐๖๑๐๒๔ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ให้อาจารย์ที่ปรึกษาดำเนินการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ให้เป็นไปตามประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่อง แนวปฏิบัติในการทำวิทยานิพนธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๐

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๒

P. Kit

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์พันธ์ กิจสนาโยธิน)
รองคณบดีฝ่ายนโยบายและแผน รักษาราชการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

COA No. 077/2020
IRB No. 0682/62

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

NARESUAN UNIVERSITY INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ	: ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร
Study Title	: Effects of the Program of Applying Protection Motivation Theory and Social Support for Cervical Cancer Screening among 30 to 60 year old Women at Bannongkrod Health Center, Saklake District, Phichit Province
ผู้วิจัยหลัก	: นางสาวต้นหยง สุขเกษม
สังกัดหน่วยงาน	: คณะสาธารณสุขศาสตร์
วิธีทบทวน	: แบบเร่งรัด (Expedited Review)
รายงานความก้าวหน้า	: ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 26 สิงหาคม 2562
2. AF 02-10 เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 26 สิงหาคม 2562
3. AF 03-10 เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 26 สิงหาคม 2562
4. AF 04-10 (กลุ่มที่ 1) เวอร์ชั่น 3.0 วันที่ 17 มกราคม 2563
5. AF 04-10 (กลุ่มที่ 2) เวอร์ชั่น 3.0 วันที่ 17 มกราคม 2563
6. AF 05-10 เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 27 สิงหาคม 2562
7. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชั่น 3.0 วันที่ 17 มกราคม 2563
8. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชั่น 3.0 วันที่ 17 มกราคม 2563
9. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 26 สิงหาคม 2562
10. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 26 สิงหาคม 2562
11. แบบสอบถาม เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 26 สิงหาคม 2562
12. แบบบันทึกการรับบริการ เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 26 สิงหาคม 2562
13. งบประมาณ เวอร์ชั่น 1.0 วันที่ 26 สิงหาคม 2562

ลงนาม

(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุภสวัสดิกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง	: 28 มกราคม 2563
Date of Approval	: January 28, 2020
วันหมดอายุ	: 28 มกราคม 2564
Approval Expire Date	: January 28, 2021

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ งานบริการการศึกษา หน่วยบัณฑิตศึกษา โทร. ๗๔๔๖

ที่ อว ๐๖๐๓.๒๒.๐๔/ว๐๖๐๒ **วันที่** ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สุพัฒนา คำสอน

ด้วย นางสาวต้นหยง สุขเกษม นิสิตระดับปริญญาโท รหัสประจำตัว ๖๑๐๖๑๐๒๔ ได้จัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มี อายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาสาระของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ คณะฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ข้อมูลผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและหน่วยงาน	คุณวุฒิ/ สาขาวิชา
1.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สุพัฒนา คำสอน	อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	วิทยาศาสตรบัณฑิตการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ	อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาระบาดวิทยา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอายุรศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
3.	นางสาวกษมา สุนทรสุริยวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สาธารณสุขอำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร	ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลอุตรดิตถ์ สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวัฒนธรรมศึกษา (สาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ค เอกสารในการศึกษาวิจัย

ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เรื่อง อนุมัติให้นิสิตระดับปริญญาโทดำเนินการทำวิจัย
ครั้งที่ ๐๓๗/๒๕๖๓

....

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้ **นางสาวตันหยง สุขเกษม** รหัสประจำตัว ๖๑๐๖๑๐๒๔ นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ดำเนินการทำวิจัยตามโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่เสนอ

เรื่อง **ภาษาไทย** "ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร"

ภาษาอังกฤษ "EFFECTS OF THE PROGRAM OF APPLYING PROTECTION MOTIVATION THEORY AND SOCIAL SUPPORT FOR CERVICAL CANCER SCREENING AMONG 30 TO 60 YEAR OLD WOMEN AT BANNONGKROD HEALTH CENTER, SAKLAKE DISTRICT, PHICHIT PROVINCE"

โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๓

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์พันธ์ กิจสนาโยธิน)
รองคณบดีฝ่ายนโยบายและแผน รักษาราชการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก ง แบบสอบถามการวิจัย

ID...................

แบบสอบถาม

เรื่อง ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยในระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อมูลแบ่งออกเป็น 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่3 แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่4 แบบประเมินความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 6 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผู้ทำวิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ จะนำเสนอข้อมูลจากการสำรวจในรูปแบบภาพรวมเท่านั้นและไม่มีข้อมูลใดในผลการสำรวจที่ระบุถึงตัวบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบวัตถุประสงค์ในการศึกษาโครงการครั้งนี้ และได้รับคำอธิบายจากผู้ทำโครงการจนเข้าใจเป็นอย่างดี แล้วสมัครใจให้ข้อมูลที่เป็นจริง

ขอขอบคุณในความร่วมมือของผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

นางสาวตันหยง สุขเกษม

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

<u>คำชี้แจง</u> โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่เลือกหรือเติมคำตอบลงในช่องว่างตามความจริง

1. อายุ (ระบุ) ....ปี
2. สถานภาพ
   ( ) โสด ( ) สมรส อยู่ด้วยกัน
   ( ) แยกกันอยู่/หย่าร้าง ( ) หม้าย
3. จำนวนบุตร
   ( ) ไม่มี ( ) มี (ระบุ) ....คน
4. ระยะเวลาในการคุมกำเนิดนานกี่ปี (ระบุ) ....ปี
5. ความพอเพียงของรายได้
   ( ) รายได้ไม่เพียงพอ
   ( ) รายได้เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ
   ( ) รายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ
6. ท่านมีญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ป่วยด้วยโรคมะเร็งหรือไม่
   ( ) ไม่มี
   ( ) มี (ระบุชนิดมะเร็ง) ....
   บุคคลดังกล่าวเกี่ยวข้องกับท่าน.....................

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

<u>คำชี้แจง</u> โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างตามความรู้สึก การรับรู้ หรือความคิดของท่านที่มีต่อแต่ละประโยค เพียงความคิดเห็นเดียวเท่านั้น โดยที่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่าน
ไม่แน่ใจ หมายถึง ตัดสินใจไม่ได้ว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านหรือไม่
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก					
1	มะเร็งปากมดลูกสามารถลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆทำให้เกิดอันตรายที่รุนแรง ถึงขั้นเสียชีวิต					
2	มะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้าย ต้องใช้ระยะเวลารักษานาน อาจจะต้องหยุดหรือออกจากงาน ทำให้สูญเสียรายได้					
3	การรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการตัดมดลูกออก จะทำให้ไม่สามารถมีบุตรได้					
4	ผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้าย จะมีร่างกายที่ทรุดโทรม และทุกข์ทรมาน					
5	ถ้าป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกแล้ว จะทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นจำนวนมาก					
6	ถ้าป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้เป็นภาระของครอบครัวที่ต้องมาดูแลช่วยเหลือ					

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

<u>คำชี้แจง</u> โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างตามความรู้สึก การรับรู้ หรือความคิดของท่านที่มีต่อแต่ละประโยค เพียงความคิดเห็นเดียวเท่านั้น โดยที่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ตัดสินใจไม่ได้ว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านหรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่าน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					
1	สตรีที่มีญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้					
2	สตรีที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก					
3	สตรีที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้					
4	สตรีที่เปลี่ยนคู่นอนหลายคน มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลุก					
5	สตรีที่มีบุตรแล้ว จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น					
6	สตรีที่มีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

<u>คำชี้แจง</u> โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างตามความรู้สึก การรับรู้ หรือความคิดของท่านที่มีต่อแต่ละประโยค เพียงความคิดเห็นเดียวเท่านั้น โดยที่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ตัดสินใจไม่ได้ว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านหรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่าน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
1	ท่านสามารถไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่างน้อยปีละ1ครั้ง					
2	ท่านสามารถไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับเจ้าหน้าที่ที่รู้จักหรือไม่รู้จักก็ได้					
3	ท่านไม่สามารถไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ตามนัดที่กำหนด เนื่องจากติดภาระงานอื่น					
4	ท่านสามารถไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้แม้จะไม่มีเพื่อนมาตรวจ					
5	ท่านสามารถไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่รพ.สต.ใกล้บ้าน แม้จะไม่สะดวกในเรื่องการเดินทาง					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
6	ท่านสามารถไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้แม้ไม่มีอาการผิดปกติ					
7	ท่านสามารถไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แม้จะรู้สึกอาย					
8	ท่านสามารถรับโทรศัพท์เชิญชวนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

<u>คำชี้แจง</u> โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างตามความรู้สึก การรับรู้ หรือความคิดของท่านที่มีต่อแต่ละประโยค เพียงความคิดเห็นเดียวเท่านั้น โดยที่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่าน
ไม่แน่ใจ หมายถึง ตัดสินใจไม่ได้ว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านหรือไม่
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	ความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
1	ท่านรู้สึกพอใจในการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
2	ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ไม่ชื่นชมในการที่ท่านไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
3	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษามะเร็งปากมดลูก					
4	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถลดความเสี่ยงจากการตายด้วยมะเร็งปากมดลูกได้					
5	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีประโยชน์คุ้มค่า ใช้เวลาไม่นานและไม่เจ็บ					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
6	การตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปีตามกำหนด จะช่วยให้พบมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกและสามารถรักษาให้หายได้					
7	ท่านรู้สึกปลอดภัยและหายกังวลใจเมื่อไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาแล้ว					

ส่วนที่ 6 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างตามความรู้สึก การรับรู้ หรือความคิดของท่านที่มีต่อแต่ละประโยค เพียงความคิดเห็นเดียวเท่านั้น โดยที่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ตัดสินใจไม่ได้ว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านหรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่าน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
	แรงสนับสนุนจากเพื่อน					
1	เพื่อนให้คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
2	เพื่อนชวนให้ท่านไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
3	เพื่อนเล่าประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ท่านจึงกล้าไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
4	เพื่อนให้กำลังใจท่านในการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
5	เพื่อนกระตุ้นเตือนท่านให้ท่านไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
	แรงสนับสนุนทางเจ้าหน้าที่					
6	เจ้าหน้าที่ได้ให้คำแนะนำแก่ท่านในการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					

ส่วนที่ 6 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
7	เจ้าหน้าที่จัดห้องตรวจเพื่อลดความอาย ท่านจึงกล้าที่จะมาตรวจ					
8	เจ้าหน้าที่เตือนและชักชวนทางโทรศัพท์ให้ท่านไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
9	ท่านไม่มาตรวจเพราะไม่ได้รับกำลังใจที่ดีจากเจ้าหน้าที่					
10	เจ้าหน้าที่เคยให้บริการท่านในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นอย่างดี					
11	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แสดงความห่วงใยและเปิดโอกาสให้ระบายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					

ID................

แบบบันทึกการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เรื่อง ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่เลือกหรือเติมคำตอบลงในช่องว่างตามความจริง

การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มาอายุ 30-60 ปี

วันที่มารับบริการ...

☐ มารับบริการ ☐ ไม่มารับบริการ

ข้อเสนอแนะ...
....
....
....
....
....
....
....

ภาคผนวก จ แผนและเอกสารในการจัดกิจกรรม

แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 “รู้ทันภัย ใส่ใจโรคร้าย”

กลุ่มเป้าหมาย สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี (กลุ่มทดลอง)

สถานที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร

วัตถุประสงค์	วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาที่สอน	วิธีการสอน	การใช้สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
1.เพื่อให้สตรีกลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 2.เพื่อให้สตรีกลุ่มทดลองเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	1. กลุ่มทดลองตระหนักถึงความสำคัญและบอกถึงปัญหาของมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับประเทศ จังหวัดพิจิตรอำเภอสากเหล็กและตำบลสากเหล็ก 2. มีการับรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา ผลกระทบของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	1. ปัญหามะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย จังหวัดพิจิตร อำเภอสากเหล็ก ตำบลสากเหล็ก 2.อาการ การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก 3. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก อาการของมะเร็งปากมดลูก 4.ผลกระทบของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	- นำสู่บทเรียนสร้างสัมพันธภาพ แนะนำผู้วิจัยสมาชิกผู้ร่วมกิจกรรม - บรรยาย ฉายวีดิทัศน์ อธิบายประกอบโปรแกรมนำเสนอข้อมูลคอมพิวเตอร์ PowerPoint สนทนาซักถาม - อภิปรายเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก และให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเล่าประสบการณ์ตรงถึงความรุนแรงขณะป่วย - สรุปประเด็นสำคัญภายหลังการบรรยาย ซักถามปัญหา ตอบข้อข้องใจ	- กราฟแสดงการเกิดมะเร็งปากมดลูกที่พบในประเทศไทย จังหวัด อำเภอและตำบล - ภาพพลิกเรื่องมะเร็งปากมดลูก - แผ่นพับเรื่องมะเร็งปากมดลูก - วีดิทัศน์ โปรแกรมประกอบข้อมูลคอมพิวเตอร์ PowerPoint - ภาพโปสเตอร์	- สังเกตการมีส่วนร่วม ซักถาม - สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

แผนการจัดกิจกรมครั้งที่ 2 “สำเร็จได้ ด้วยตัวเรา”

กลุ่มเป้าหมาย สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี (กลุ่มทดลอง)

สถานที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร

วัตถุประสงค์	วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาที่สอน	วิธีการสอน	การใช้สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
1.เพื่อให้สตรีกลุ่มทดลองมีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2.เพื่อให้สตรีกลุ่มทดลองเกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3.เพื่อให้สตรีกลุ่มทดลองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1. มีการรับรู้ที่เกี่ยวกับผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2.มีพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อน-หลังตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ดี 3.ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก และความคาดหวังในความสามารถที่จะควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูก	1. การป้องกันการป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก 2. ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3. การรับบริการตรวจ สถานที่ตรวจ pap smear การเตรียมตัวก่อนและหลังรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก 4. ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบ สนองในการป้องกันการเป็นมะเร็งปากมดลูก 5. ความคาดหวังในความสามารถที่จะควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูก	- บรรยาย ฉายวีดิทัศน์ อธิบายประกอบโปรแกรมนำเสนอข้อมูลคอมพิวเตอร์ PowerPoint สนทนาซักถาม - ใช้ตัวแบบมาเล่าประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี -แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก - สรุปประเด็นสำคัญภายหลังการบรรยาย ซักถามปัญหา ตอบข้อข้องใจ -สาธิตวิธีการตรวจและการใช้ห้องตรวจลดอาย	- วีดิทัศน์ โปรแกรมประกอบข้อมูลคอมพิวเตอร์ PowerPoint - ภาพโปสเตอร์ -บุคคลที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี	- สังเกตการมีส่วนร่วม ซักถาม - สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 3 “เพื่อนไม่ทิ้งกัน”

กลุ่มเป้าหมาย สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี (กลุ่มทดลอง)

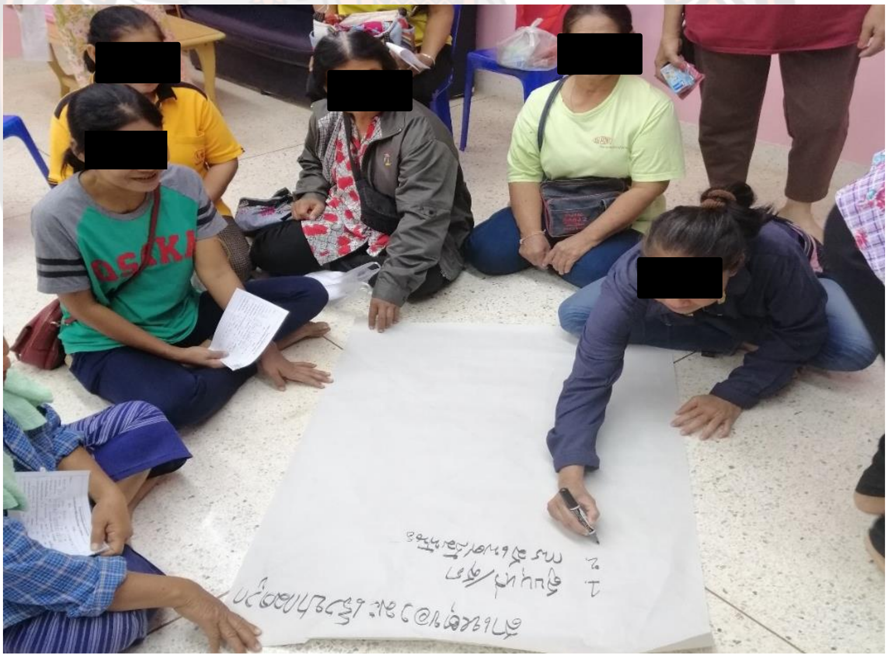
สถานที่ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกรด อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร

วัตถุประสงค์	วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาที่สอน	วิธีการสอน	การใช้สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
1.เพื่อให้สตรีกลุ่มทดลองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1. มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2.มีกำลังใจกระตุ้นเตือนเสริมแรงให้เกิดการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1. วัน เวลา สถานที่จัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2. ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3. การเตรียมตัวก่อนรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก	- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเชิญชวนผู้เข้าร่วมทางโทรศัพท์ ในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามนัด -เจ้าหน้าที่สอบถามปัญหาอุปสรรคและการแนะนำการเตรียมตัวในการมาตรวจ - จับคู่เพื่อนซี้ โดยให้เพื่อน(กลุ่มทดลอง)เตือนเพื่อนในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	- โทรศัพท์ -เพื่อน(กลุ่มทดลอง)	- สังเกตการมีส่วนร่วม ซักถาม - สังเกตความสนใจ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรม -ประเมินการรับรู้ทั้ง 3 กิจกรรม ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

ภาคผนวก ฉ ภาพกิจกรรม

ภาพประกอบภาคผนวก ฉ - 1 กิจกรมครั้งที่ 1 “รู้ทันภัย ใส่ใจโรคร้าย”

ภาพประกอบภาคผนวก ฉ - 2 กิจกรรมครั้งที่ 2 “สำเร็จได้ ด้วยตัวเรา”



ภาพประกอบภาคผนวก ฉ - 3 กิจกรมครั้งที่ 3 “เพื่อนไม่ทิ้งกัน”

ภาพประกอบภาคผนวก ฉ - 4 นวัตกรรมห้องตรวจลดอาย

ภาพประกอบภาคผนวก ฉ - 5 บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก