



ใบรับรองวิทยานิพนธ์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

พลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบล  
ดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

Factors Relating to Preventive Health Behavior Regarding Cervical Cancer Among  
Women in Tombon Donmanora, Bang Khonthi District, Samut Songkhram Province

นามผู้วิจัย นางสาวเนตรทิพย์ กาญจนพิศาล

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

( รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม. )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

( อาจารย์ชนวรรณ อิ่มสมบูรณ์, Dr.P.H. )

รักษาราชการแทน

หัวหน้าภาควิชา

( ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภรณ์รัตน์ บุญช่วยธานี, Ph.D. )

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

( รองศาสตราจารย์กัญญา ชีระกุล, D.Agr. )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่

เดือน

พ.ศ.

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี  
ในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

Factors Relating to Preventive Health Behavior Regarding Cervical Cancer Among Women  
in Tombon Donmanora, Bang Khonthi District, Samut Songkhram Province

โดย

นางสาวเนตรทิพย์ กาญจนพิศาล

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เนตรทิพย์ กาญจนพิศาล 2553: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรวะเจริญชัย, วท.ม.  
131 หน้า

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือสตรีอายุ 35-60 ปีที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม 250 คน เลือกตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบมีระบบใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้วยสถิติพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ไคสแคว์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า สตรีในกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมร้อยละ 84.0 อาชีพทำสวนและรับจ้างร้อยละ 76.4 รายได้เฉลี่ย 6,500 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 82.0 มีประสบการณ์ตรวจมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอปีละครั้งร้อยละ 54.6 ไปรับการตรวจที่สถานอนามัยร้อยละ 74 มีประวัติสูบบุหรี่ร้อยละ 9.2 และคนในครอบครัวสูบบุหรี่ร้อยละ 35.6 ลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประวัติการคุมกำเนิด ประวัติการมีปัสสาวะแสบขัดร่วมกับตกขาวมี ประวัติตกขาวสีขุ่นคล้ายหนอง ประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกและประวัติการสูบบุหรี่ นอกนั้นไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ปัจจัยนำด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับรู้ทุกด้าน และปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Nettib Kanjanapisan 2010: Factors Relating to Preventive Health Behavior Regarding Cervical Cancer Among Women in Tombon Donmanora, Bang Khonthi District, Samut Songkhram Province. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Supat Teravecharoenchai, M.Sc. 131 pages.

The objective of this descriptive research was to study self-care behavior in cervix cancer prevention of females in Donmanora sub-district, Bang Khonthi district, Samut Songkhram province. The studied samples were 250 females aged 35-60 year-old, selected by systemic random sampling. Self-created questionnaires were utilized for collecting data. Descriptive statistic, Chi-square and Pearson's correlation coefficient were used to analyze data.

The result showed that 84% of samples graduated primary level. 76.4% of them were gardeners and employees. Average income was 6,500 baht. Most of them were married. 82.0% had experienced in cervix cancer inspection at least once a year. 54.6% went to health center for inspection. 74.0% had cigarette smoking history. 9.2% 35.6% of family members smoked. The researcher found that personal characteristics related to cervix cancer preventive behavior of females with a statistical significance at the level of .05, such as educational level, career, age at first having sex, history of contraception, cystitis, leucorrhoea, smoking and experience in cervix cancer inspection. The other factors were not related to cervix cancer preventive behavior of females. Further more, it was found that enabling factors (knowledge), health belief in all perception and enabling factors had no relationship with cervix cancer preventive behavior of females. Reinforcing factors had relationship with cervix cancer preventive behavior of females with statistical significance relationship level of .05

---

Student's signature

---

Thesis Advisor's signature

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สาโรช โศภีรักษ์ ประธานการสอบ  
รองศาสตราจารย์อติลา นิติธรรมผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัยอาจารย์  
ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ดร.ธนวรรณ อิมสมบุญณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้วิจัยจึง  
ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ได้กรุณาตรวจสอบและแนะนำข้อบกพร่องทำให้วิทยานิพนธ์  
ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์

ขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านที่ได้กรุณาให้ความรู้ให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็นและ  
ตรวจทานแก้ไขจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสตรีกลุ่มตัวอย่าง  
ตำบลดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ให้ความช่วยเหลือและให้ความร่วมมือ  
ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ด้วยประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่บุพการี ครอบครัว คณาจารย์  
ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และสถาบันการศึกษาทุกแห่งที่ข้าพเจ้าได้เคยศึกษามาตั้งแต่ต้นจนถึง  
ปัจจุบัน

เนตรทิพย์ กาญจนพิศาล

มีนาคม 2553

## สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(4)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์	4
การตรวจเอกสาร	12
อุปกรณ์และวิธีการ	65
อุปกรณ์	65
วิธีการ	73
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	75
ผลการวิจัย	75
ข้อวิจารณ์	95
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	104
สรุปผลการวิจัย	104
ข้อเสนอแนะ	108
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	110
ภาคผนวก	114
ภาคผนวก ก ราชานามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	115
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	117
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	131

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายหมู่บ้าน	66
2	จำนวนและร้อยละของสตรีกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล	76
3	จำนวน และร้อยละของ การวางแผนครอบครัวจำแนกตามชนิดของ การคุมกำเนิด	79
4	จำนวน และร้อยละของ อาการผิดปกติ	80
5	จำนวน และร้อยละของ เหตุผลที่ไม่ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก	80
6	จำนวนและ ร้อยละ ของ เหตุผลที่ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก	81
7	จำนวนและร้อยละของความรู้จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็ง ปากมดลูก	81
8	จำนวนและร้อยละของคำตอบจำแนกตามข้อความรู้เรื่องโรคมะเร็ง ปากมดลูก	82
9	จำนวนและร้อยละของ การรับรู้จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเป็น โรคมะเร็งปากมดลูก	84
10	จำนวนและร้อยละของการรับรู้จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรง ของมะเร็ง ปากมดลูก	84
11	จำนวนและร้อยละของการรับรู้จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติตน	85
12	จำนวนและร้อยละของการรับรู้จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติตน	85
13	จำนวนและร้อยละ ของระดับการรับรู้โดยรวม	86
14	จำนวนและร้อยละ ของการได้รับปัจจัยเอื้อจำแนกตามระดับการได้รับ ปัจจัยเอื้อโดยรวม	86
15	จำนวนและร้อยละของการได้รับปัจจัยเสริมจำแนกตามระดับ การได้รับ ปัจจัยเสริมโดยรวม	87
16	จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมจำแนกตามระดับพฤติกรรมป้องกันการ โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีโดยรวม	87

### สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
17	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	88
18	ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	89
19	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	93
20	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	94
21	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	94

## สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

1      กรอบแนวคิดในการวิจัย

63



**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี  
ในเขตตำบลดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม**

**Factors Relating to Preventive Health Behavior Regarding Cervical  
Cancer Among Women in Tombon Donmanora, Bang Khonthi  
District, Samut Songkhram Province**

**คำนำ**

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในประเทศหญิง พบได้ในสตรีตั้งแต่วัยสาวจนถึงวัยชรา และพบมากในช่วงอายุ 30 – 50 ปี ในแต่ละปีผู้หญิงทั่วโลกป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นปีละ 466,000 คน เสียชีวิตปีละ 231,000 คน ซึ่งประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549)

สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งปากมดลูกนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญยิ่ง เพราะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยสูงเป็นอันดับหนึ่ง พบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งในสตรีไทย 3 อันดับแรก โรคมะเร็งปากมดลูก สูงเป็นอันดับหนึ่ง มี 6,228 ราย 19.0 ต่อแสนประชากร รองลงมา โรคมะเร็งเต้านม 5,592 ราย 17.2 ต่อแสนประชากร และโรคมะเร็งตับ 4,696 ราย 16.0 ต่อแสนประชากร คาดประมาณว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยเก่าที่ต้องติดตามทำการดูแลรักษาไม่น้อยกว่า 60,000 รายทั่วประเทศและพบว่าเป็นชนิด Squamous Cell Carcinoma ร้อยละ 80–86 และเป็นชนิด Adenocarcinoma ร้อยละ 12–19 ของโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549) อุตบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตามการคาดคะเนทางสถิติจากทะเบียนมะเร็งระดับประชากรในปี 2551 มีผู้ป่วยรายใหม่ 8,000 ราย ต่อปีโดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในภาคกลาง แต่ถ้ามีการให้การศึกษาแก่ประชาชน และมีแผนการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีความครอบคลุม มีระบบ มีการรักษาและติดตามผลอย่างมีประสิทธิภาพอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งจะลดลง เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่สามารถตรวจและสืบค้นได้ตั้งแต่เซลล์เริ่มผิดปกติ การดำเนินของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน และเป็นอวัยวะที่อยู่ในตำแหน่งที่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ง่ายกว่าอวัยวะอื่น ทำให้แพทย์สามารถวินิจฉัยและรักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่จะเป็นมะเร็งหรือก่อนที่จะเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ดังนั้นการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูกจึงสามารถช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกได้ โรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่เมื่อมาพบแพทย์มักอยู่ในระยะที่เซลล์มะเร็งลุกลามไปอวัยวะอื่นแล้ว การรักษามักมีโอกาสน้อยมาก และจะเสียชีวิตหลังจากเป็นแล้วประมาณ 5 ปี แต่ละรายจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 1 ล้านบาท ทำให้ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาปีละไม่น้อยกว่า 6,700 ล้านบาท ซึ่งเป็นการสูญเสียด้านเศรษฐกิจอย่างมากและมีผลถึงความมั่นคงทางครอบครัวด้วย (สาวิตรี, 2550) อัตราการอยู่รอด 5 ปีประมาณร้อยละ 60 จึงมีผู้ป่วยสะสม จำนวนมาก

จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งในจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการป่วยและตายที่สำคัญของประชาชนในจังหวัด โดยสาเหตุการตายที่สำคัญ 10 อันดับแรก เปรียบเทียบปี พ.ศ.2549-2550 พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับ 1 จำนวน 181 คน อัตรา 91.9 ต่อแสนประชากร และจำนวน 215 คน อัตรา 110.3 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และพบอัตราตายด้วยโรคมะเร็งในสตรีคือมะเร็งปากมดลูก ในปีงบประมาณ 2551 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงานควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกโดยใช้เกณฑ์ ร้อยละ 60 ของสตรีกลุ่มเป้าหมายคือสตรีที่มีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ให้ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีทำ Pap Smear ร้อยละ 60 (สำนักงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2551) จังหวัดสมุทรสงคราม ได้ดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายโดยวิธีทำ Pap Smear ผลการดำเนินงานทั้งจังหวัดได้ผลงานร้อยละ 55.10 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม, 2551) ซึ่งจะเห็นได้ว่าไม่บรรลุตามเกณฑ์ชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และนอกจากนั้นจากผลการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายของจังหวัดสมุทรสงครามในปีงบประมาณ 2549 - 2551 พบผู้ป่วย จำนวน 42 ราย 21.36 ต่อแสนประชากร พบเสียชีวิต 13 ราย 6.60 ต่อแสนประชากร จำนวน 31 ราย 15.78 ต่อแสนประชากรพบเสียชีวิต 13 ราย 6.62 ต่อแสนประชากร และจำนวน 7 ราย 3.50 ต่อแสนประชากร พบเสียชีวิต 1 ราย 0.51 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม, 2551)

จากการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอำเภอบางคนที ในปี 2549 – 2550 จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดในปี 2549 จำนวน 1,570 คน มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก 795 คน คิดเป็น ร้อยละ 50.60 และในปี 2550 จำนวน 1,635 คน มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก 884 คน คิดเป็น ร้อยละ 54.0 ซึ่งจะเห็นได้ว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการไม่บรรลุตามเกณฑ์ชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

ตำบลคอนมะโนราเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอบางคนที มีสถานบริการสาธารณสุข 2 แห่ง ได้แก่ สถานีอนามัยตำบลคอนมะโนรา และสถานีอนามัยบ้านคอนมะโนรา จากผลการดำเนินงาน โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ในเขตตำบลคอนมะโนรา ปี พ.ศ. 2550 ผลงานได้ร้อยละ 60 พบผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะ 2 จำนวน 2 ราย และพบเซลล์ผิดปกติ CIN II ต้องเฝ้าระวัง จำนวน 7 คน นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยรายเก่าเป็นมะเร็งระยะที่ 2 และ 3 ที่ต้องให้การดูแลอีกจำนวน 5 คน โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก สามารถกระทำได้ 2 ระดับ คือ การป้องกันระดับระดับปฐมภูมิ (Primary Preventive) และการป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) การป้องกันระดับปฐมภูมิเป็นการควบคุมสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งถ้าไม่ปฏิบัติการป้องกันระดับนี้จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น เช่นสตรีที่สูบบุหรี่ มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2.66 เท่า (ปาจริย์, 2541) การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการตรวจหามะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกหรือการแป็ปสเมียร์ ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย และสามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก (Early Detection) และพยาธิสภาพนำมาก่อนที่จะเป็นมะเร็ง (Precancerous) ซึ่งการตรวจพบในระยะนี้การรักษาได้ผลดีกว่าการตรวจพบเมื่ออาการรุนแรงมากแล้ว (ปาจริย์, 2541) ดังนั้นการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้ง 2 ระดับจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า การลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น สตรีกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะสตรีอายุ 35-60 ปี ต้องมีพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่พึงประสงค์ ซึ่งผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม โดยเชื่อว่าผลที่ได้ในการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นแนวทางในการวางแผนและส่งเสริมสุขภาพให้สตรีในตำบลคอนมะโนรา มีพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ถูกต้องและเหมาะสม อันจะส่งผลให้อุบัติการณ์ของโรคลดลง

## วัตถุประสงค์

### วัตถุประสงค์รวม

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี ในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

### วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อทราบพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี ในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อทราบระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน
3. เพื่อทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี ในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ดังนี้
  - 3.1 ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการคลอดบุตร ประวัติการแท้ง การคุมกำเนิด ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของตัวเอง/สามี ประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูก และการสูบบุหรี่
  - 3.2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

3.3 ปัจจัยอื่น ได้แก่ การเข้าถึงบริการ / ความพึงพอใจ ในเรื่อง สถานที่ บุคลากรและเวลาที่เหมาะสม

3.4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสาร การกระตุ้นเตือน และการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของคนในครอบครัว และคนรอบข้าง

### ประโยชน์ที่ได้รับ

ในการวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญ คือ

1. ประโยชน์ด้านบริการ ได้ทราบข้อมูลพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทีมสุขภาพในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนรณรงค์หรือส่งเสริมสุขภาพสตรีอายุระหว่าง 35-60 ปีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนทีจังหวัดสมุทรสงคราม ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
2. ประโยชน์ด้านนโยบาย ผลการวิจัย สามารถนำไปกำหนดนโยบายในการวางแผนเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริง
3. ประโยชน์ด้านวิชาการข้อมูลที่ได้จากการวิจัยใช้เป็นพื้นฐานและแนวทางในการศึกษาในประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก สำหรับผู้สนใจต่อไป

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุระหว่าง 35-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

## ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

### ตัวแปรต้น

1. ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่
  - 1.1 อายุ
  - 1.2 สถานภาพสมรส
  - 1.3 ระดับการศึกษา
  - 1.4 อาชีพ
  - 1.5 รายได้
  - 1.6 อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก
  - 1.7 จำนวนครั้งของการคลอดบุตร
  - 1.8 ประวัติการแท้ง
  - 1.9 การคุมกำเนิด
  - 1.10. ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของตัวเอง/สามี
  - 1.11 ประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูก
  - 1.12 การสูบบุหรี่

## ปัจจัยนำ

1. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
3. การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก
4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
5. การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

## ปัจจัยเอื้อ

1. การเข้าถึงบริการ/ความพึงพอใจในเรื่อง
  - 1.1 สถานที่
  - 1.2 บุคลากร
  - 1.3 เวลาที่เหมาะสม

## ปัจจัยเสริม

1. การได้รับข่าวสาร
2. การกระตุ้นเตือน
  - 2.1 บุคคลในครอบครัว

2.2 คนรอบข้าง

2.3 อาสาสมัครสาธารณสุข

2.4 บุคลากรทางการแพทย์

3. การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของคนในครอบครัว และคนรอบข้าง

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

#### นิยามศัพท์

ปัจจัย หมายถึง เหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรี ในเขตตำบลดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

สตรี หมายถึง สตรีอายุ 35-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดของสตรีกลุ่มตัวอย่าง

อาชีพ หมายถึง อาชีพหลักที่นำมาซึ่งรายได้ของสตรีกลุ่มตัวอย่าง

รายได้ หมายถึง รายได้ประจำโดยเฉลี่ยของสตรีกลุ่มตัวอย่างก่อนหักค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน

อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก หมายถึง อายุขณะที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

จำนวนครั้งของการคลอดบุตร หมายถึง จำนวนครั้งที่ผ่านการตั้งครรภ์และการคลอด

ประวัติการแท้ง หมายถึง การเคยมีประวัติทารกตายในท้องก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์

การคุมกำเนิด หมายถึง วิธีการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการปฏิสนธิ

ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของตัวเอง หมายถึง สตรีมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือ กามโรค ประกอบด้วย 6 โรคด้วยกันคือ ซิฟิลิส หนองในเทียม หนองใน แผลริมอ่อน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง กามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ และรวมถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ คือ หูดหงอนไก่ หูดข้าวสุก เริม เชื้อราในช่องคลอด พยาธิในช่องคลอด

ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามี หมายถึง สามีมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือ กามโรค ประกอบด้วย 6 โรคด้วยกัน คือ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง กามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ และรวมถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ คือ หูดหงอนไก่ หูดข้าวสุก เริม

ประสบการณ์การตรวจ มะเร็งปากมดลูก หมายถึง การเคยผ่านการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีทางเซลล์วิทยา (Pap Smear)

พฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การหลีกเลี่ยง การลดหรือการขจัดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หรือการทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านสารก่อมะเร็งได้ เช่น การหลีกเลี่ยงการมีคู่นอนหลายคน หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น

ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ที่ได้มาจากการเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยโน้มน้าว ได้แก่ ความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษาขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผล การวางแผนโครงการทางสุขศึกษาอีกด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยนำ ได้แก่

1. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การรับรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อเท็จจริงในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งได้แก่ โรคมะเร็ง สาเหตุ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษาและการป้องกัน โรคมะเร็งปาก มดลูก
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การรับรู้หรือความคิดเห็นของสตรีว่าตนเองอาจมี/ไม่มีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกถ้ามีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย การมีคู่นอนหลายคน การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานๆ เป็นต้น
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การรับรู้หรือความคิดเห็นของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนราว่าโรคมะเร็งปากมดลูกมดลูกอาจเป็น โรคที่อันตราย คุกคามสุขภาพและชีวิตเมื่อเป็นแล้วจะทำให้เจ็บปวดทุกข์ทรมาน พิกการ หรือเสียชีวิต ตลอดจนความยากลำบากและกรต้อง ใช้ระยะเวลา ค่าใช้จ่ายในการรักษา ผลกระทบต่อบทบาททางครอบครัว การใช้ชีวิตคู่
4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การรับรู้หรือความคิดเห็นของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนราเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ ทำให้ตรวจพบมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้ เสียค่าใช้จ่ายน้อย และสามารถป้องกันมะเร็งไม่ให้ลุกลามไปอวัยวะอื่นได้
5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การรับรู้หรือความคิดเห็นของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนราที่จะทำให้เป็นอุปสรรคต่อ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น ความรู้สึกอาย ความกลัวเจ็บ ความกังวล ความเครียด

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่เป็นทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งลักษณะที่จะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วย และความสามารถที่จะใช้ทรัพยากรต่างๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะทาง เวลา นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญคือ การหาได้ง่าย ความสามารถในการเข้าถึงได้ง่ายของสิ่งจำเป็นในการแสดงพฤติกรรม หรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นไปได้ง่ายขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่สตรีสามารถเข้ารับบริการตรวจมะเร็งเร็งปากมดลูกได้ โดยสะดวกในเรื่อง สถานที่ให้บริการ บุคลากรที่ให้บริการและเวลาที่ให้บริการเอื้ออำนวยต่อการรับบริการ

2. ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกเชิงบวกในปัจจุบันที่เอื้อต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งหมายถึงสถานที่ให้บริการ บุคลากรที่ให้บริการ และการใช้เวลาให้บริการ

ปัจจัยเสริม หมายถึง รางวัลหรือผลตอบแทนหรือการถูกลงโทษ ภายหลังจากที่ได้แสดงพฤติกรรมต่างๆออกมา ซึ่งสิ่งที่ได้รับอาจเป็นรางวัลหรือสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบบังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มี อิทธิพลต่อตนเอง เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือสื่อมวลชน เป็นต้น ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. การได้รับข่าวสาร หมายถึง การที่สตรีได้รับข่าวสารเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และ การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

2. การกระตุ้นเตือน หมายถึง การได้รับคำแนะนำในเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจากบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของคน ในครอบครัวและคนรอบข้าง หมายถึง การได้ทราบ หรือรับรู้ว่าการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของบุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง

บุคคลในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ในหลังคาเรือนเดียวกันหรือสมาชิกในครอบครัว

บุคคลรอบข้าง หมายถึง บุคคลที่รู้จักใกล้ชิด ที่นอกเหนือจากบุคคลในครอบครัว เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน

บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานอนามัย

## การตรวจเอกสาร

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ตามลำดับดังนี้

1. บริบทตำบลคอนมะโนรา
2. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม/การดูแลตนเอง
4. แนวคิดทฤษฎี PRECEDE Framework
5. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### บริบทตำบลคอนมะโนรา

ตำบลคอนมะโนราเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม โดยอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของอำเภอ มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 14.26 ตารางกิโลเมตร ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 19 กิโลเมตร และห่างจากตัวอำเภอประมาณ 10.5 กิโลเมตร

พื้นที่โดยทั่วไปเป็นที่ราบลุ่ม ลักษณะเป็นร่องสวนมีลำคลองล้อมรอบกระจายทั่วไป ตำบลคอนมะโนรา แบ่งพื้นที่ออกเป็น 8 หมู่บ้าน โดยแบ่งพื้นที่รับผิดชอบดังนี้

- สถานีอนามัยตำบลคอนมะโนรา รับผิดชอบ 4 หมู่บ้าน ได้แก่หมู่ที่ 1, 6, 7 และ 8
- สถานีอนามัยบ้านคอนมะโนรา รับผิดชอบ 4 หมู่บ้าน ได้แก่หมู่ที่ 2, 3, 4 และ 5

## วิสัยทัศน์

ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ได้รับบริการที่มีคุณภาพ ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม นำไปสู่  
บางคนที่อยู่เย็นเป็นสุข

## พันธกิจ

1. สร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน
2. จัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ
3. เสริมสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการสุขภาพ
4. พัฒนาการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารตามพรก.ว่าด้วย  
การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

## กลยุทธ์ระดับองค์กร

1. สร้างกระบวนการจัดการโรคตามนโยบายโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนแบบ  
หุ้นส่วนสุขภาพ
2. พัฒนาการจัดการโรคอูจาระร่วงในกลุ่มผู้ดูแลเด็กต่ำกว่า 2 ปีและหญิงมีครรภ์
3. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ
4. พัฒนาคอนไทม์สีกายภาพ
5. ใช้กระบวนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม
6. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเชิงรุกแบบบูรณาการ

7. สร้างระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน
8. พัฒนาศักยภาพ อสม.ตามมาตรฐาน
9. เสริมสร้างและพัฒนาการอยู่ดีมีสุขของประชาชนในพื้นที่

### บริบทสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา

ความเป็นอยู่เดิมของคนในชุมชนคอนมะโนราเป็นสังคมเกษตรแบบพอเพียง มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การคมนาคมส่วนใหญ่ใช้เรือเป็นพาหนะ ปัจจุบันสตรีเปลี่ยนอาชีพไปรับจ้างทั้งในและนอกพื้นที่ และบางส่วนย้ายไปประกอบอาชีพต่างจังหวัด ครอบครัวจึงมีขนาดเล็กลง เกิดเป็นสังคมแบบต่างคนต่างอยู่ มีถนนตัดผ่านหมู่บ้านหลายสายประชาชนจึงเปลี่ยนมาใช้รถเป็นพาหนะ จากการเปลี่ยนแปลงวิถีชุมชนดังกล่าว ส่งผลให้สตรีต้องออกไปทำงานนอกบ้าน การบริโภคอาหารพบว่า สตรีมีการบริโภคอาหารสูง การปรุงอาหารต้องใช้ผงชูรส เกลือ น้ำตาลมะพร้าว เครื่องดื่มประเภทกาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง มีการใช้สมุนไพรและการแพทย์พื้นฐานในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า ในยามเจ็บป่วยสตรีสามารถเลือกใช้บริการได้หลายอย่าง ตั้งแต่ การใช้ยาสมุนไพร การทรงเจ้า ร้านขายยาในหมู่บ้าน สถานีอนามัย คลินิก โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันและของสตรีได้เปลี่ยนแปลงไป สตรี ต้องออกไปรับจ้างทำงานนอกบ้านแต่เช้าเวลา 06.00 น.และกลับถึงบ้านเย็นประมาณ 6 โมงเย็นทำให้สตรีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่พึงประสงค์ เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มีอุปสรรคในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามวันเวลาที่นัด

### ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

#### ความหมาย โรคมะเร็ง

มะเร็ง คือ กลุ่มของโรคที่เกิดเนื่องจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติ ที่ DNA หรือสารพันธุกรรม ส่งผลให้เซลล์มีการเจริญเติบโต มีการแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์ รวดเร็ว และมากกว่าปกติ ดังนั้น จึงอาจทำให้เกิดก้อนเนื้อผิดปกติ และในที่สุดก็จะ ทำให้เกิดการตายของเซลล์ในก้อนเนื้อนั้น เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง เพราะการ เจริญเติบโตของหลอดเลือด ถ้าเซลล์พวกนี้

เกิดอยู่ในอวัยวะใดก็จะ เรียกชื่อ มะเร็ง ตามอวัยวะนั้น เช่น มะเร็งปอด มะเร็งสมอง มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และ มะเร็งผิวหนัง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549)

### โรคมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งของมดลูกส่วนที่เป็นคอหรือเป็นปากที่เปิดเข้ามาที่ช่องคลอด เกิดจากเซลล์บุผิวของปากมดลูก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบริเวณรอยต่อของเยื่อบุสแควมัสกับเยื่อบุคอลัมน์นา (Squamo-columnar Junction) มีการเปลี่ยนแปลง โดยมีการเจริญเติบโตผิดปกติทั้งขนาดรูปร่าง และองค์ประกอบภายในเซลล์กลายเป็นรอยโรคก่อนการเกิด โรคมะเร็งปากมดลูกที่เรียกว่าระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือระยะไม่ลุกลาม (Precancerous Lesion หรือ Dysplasia หรือ Cervical Intraepithelial Neoplasia หรือ CIN) ต่อมาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ควบคุมไม่ได้ จนเข้าสู่โรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (Invasive Carcinoma) สามารถแทรกทำลายเนื้อเยื่อปกติข้างเคียงตลอดจนกระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ได้ทางหลอดเลือดและระบบน้ำเหลืองของร่างกาย ชนิดของมะเร็งปากมดลูกที่พบมากที่สุดคือ ชนิดสแควมัส โดยพบได้ประมาณร้อยละ 85 นอกนั้นเป็นชนิดอะดีโนคาร์ซิโนมา (Adenocarcinoma) และซาร์โคมา (Sarcoma) (จตุพล และคณะ, 2538)

### โครงสร้างอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

โครงสร้างระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของสุภาพสตรี ประกอบไปด้วย รังไข่ (Ovary) ซึ่งต่อกับมดลูกโดยท่อนำไข่ (Fallopian Tube) มดลูก (Uterus) อยู่ระหว่างทวารหนัก (Rectum) และกระเพาะปัสสาวะ (Bladder) มดลูกติดต่อกับช่องคลอด (Vagina) โดยมีปากมดลูก (Cervix) เป็นทางติดต่อระหว่างมดลูกและช่องคลอด

มดลูก แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นตัวมดลูกซึ่งมีรูปร่างและขนาดเหมือนและเท่าไข่เป็ด กับส่วนที่เป็นคอมดลูกซึ่งเชื่อมต่อระหว่างตัวมดลูกและช่องคลอดมีรูปร่างเป็นท่อยาวๆ มีปากเปิดเข้ามาในช่องคลอด เรียกว่าปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549)

## สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก

“มะเร็งปากมดลูก” (Cervical Cancer) ไม่ได้เกิดจากกรรมพันธุ์ จากการค้นพบของ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ฮาร์ลด์ ชัวร์ เฮาเซน (Harald zur Hausen) ชาวเยอรมัน ผู้ได้รับรางวัลโนเบลสาขาการแพทย์ (Nobel Prize in Medicine) ประจำปี 2551 พบว่าสาเหตุสำคัญ มาจากการติดเชื้อไวรัสที่ชื่อว่า “ฮิวแมนแพปพิลโลมา” (Human Papilloma Virus) หรือเชื้อไวรัส “เอชพีวี” (HPV) ในมนุษย์ โดยเฉพาะบริเวณปากมดลูกพบว่าประมาณร้อยละ 99.7 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก จะตรวจพบไวรัสชนิดนี้ ซึ่งติดต่อผ่านทางเพศสัมพันธ์และจะอยู่ในอวัยวะสืบพันธุ์ได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย (คณิงนิจ, 2550)

เชื้อไวรัส “เอชพีวี” (HPV) มีอยู่มากกว่า 200 สายพันธุ์ และมีประมาณ 30-40 สายพันธุ์ อยู่บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก และมีประมาณ 20 สายพันธุ์ที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกได้ โดยเมื่อติดเชื้อ HPV แล้วร้อยละ 70-90 จะหายไปเอง เพียงแค่ร้อยละ 10-30 เท่านั้นที่จะติดอยู่ที่ปากมดลูก และเมื่อมีการติดเชื้อนานๆ จะทำให้เนื้อเยื่อหรือเซลล์ของปากมดลูกผิดปกติ มีการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์จนกลายเป็นมะเร็งในที่สุด ซึ่งหากมีเพศสัมพันธ์เร็ว ก็จะมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น จึงพบผู้หญิงไทยเป็นมะเร็งปากมดลูกในอายุน้อยลงเรื่อยๆ เชื้อ HPV ที่พบบริเวณปากมดลูกและอวัยวะเพศภายนอก สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ตามความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (High risk HPV) มี 15 ชนิด คือ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 และ 73 โดยเฉพาะเชื้อไวรัสสายพันธุ์ HPV 16 และ 18 ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกประมาณถึงร้อยละ 70
2. กลุ่มที่น่าจะมีความเสี่ยง (Probable Risk HPV) มี 3 ชนิด คือ 26, 53 และ 66
3. กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ (Low Risk HPV) มี 11 ชนิด คือ 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, และ 81 โดยพบว่าเชื้อไวรัส HPV 6 และ 11 เป็นสาเหตุหลักร้อยละ 90 ของการเกิดโรคหูดอวัยวะเพศ (Genital Warts) หรือเรียกว่า หูดดอกกะหล่ำหรือหูดหงอนไก่บริเวณอวัยวะเพศ (Condyloma Acuminata) โรคนี้ถึงแม้จะรักษาได้แต่ก็มักจะมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำๆ อีกครั้ง

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส ฮิวแมนแพปพิโลมา (Human Papilloma) หรือเอชพีวี (HPV) โดยเฉพาะบริเวณปากมดลูกที่เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อไวรัสเอชพีวีได้ง่ายขึ้น ได้แก่ (คณิงนิจ, 2550)

### 1. ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายหญิง

การสัมผัสเชื้อไวรัส ฮิวแมนแพปพิโลมา จากคู่นอนที่เป็นโรคหรือพาหะ อาจติดเชื้อได้จากการมีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียว ได้สูงถึงร้อยละ 50-65 ส่วนใหญ่ผู้ชายไม่แสดงอาการและต้องใช้เวลาหลายของเซลล์ปากมดลูกอย่างน้อย 10-15 ปี ก่อนจะกลายเป็นมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายหญิงได้แก่

- การมีคู่นอนหลายคน ความเสี่ยงสูงขึ้นตามจำนวนคู่นอนที่เพิ่มขึ้น
- การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย ซึ่งเป็นช่วงที่มีการกลายรูปของเซลล์ปากมดลูกมาก ช่วงนี้ จะมีความไวต่อสารก่อมะเร็งสูงมาก โดยเฉพาะเชื้อ HPV โดยพบว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 17 ปีมีความเสี่ยงสูงขึ้น 2.7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก หลังอายุ 22 ปี
- การตั้งครรภ์และการคลอดลูก จำนวนครั้งของการคลอดลูกมากกว่า 4 ครั้ง มีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 2-3 เท่า
- มีประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เริม ซิฟิลิส และ หนองใน เป็นต้น
- การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน ๆ ถ้านานกว่า 5 ปี และ 10 ปี จะมีความเสี่ยงสูงขึ้น 1.3 เท่า และ 2.5 เท่า ตามลำดับ
- ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมาก่อน

ดังนั้นการณรงค์ให้สตรีได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการทาบแป็ปสเมียร์ เพื่อค้นหาเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ (CIN: Cervical Intraepithelial Neoplasia) จนถึงระยะมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม (CIS: Carcinoma in situ) สามารถรักษาให้หายขาดได้

## 2. ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย

เนื่องจากส่วนใหญ่ของการติดเชื้อ HPV บริเวณอวัยวะเพศได้มาจากการมีเพศสัมพันธ์ จึงกล่าวได้ว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่มีเชื้อ HPV แม้เพียงครั้งเดียวก็มีโอกาสติดเชื้อ HPV และเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ ปัจจัยเสี่ยงฝ่ายชาย ได้แก่

- สตรีที่มีสามีเป็นมะเร็งองคชาติ
- สตรีที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก
- ผู้ชายที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ผู้ชายที่มีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุน้อย
- ผู้ชายที่มีคู่นอนหลายคน

## 3. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ส่งเสริมให้เป็นมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายหรือเร็วขึ้น ได้แก่

- การสูบบุหรี่ จากการตรวจ Cervical Mucous ของสตรีที่สูบบุหรี่พบว่ามีความเข้มข้นของสารนิโคติน และสารไนโตรเจนอื่นๆ สูงกว่าในกระแสเลือด แม้ว่าสารเหล่านี้จะไม่ได้เป็นสารก่อมะเร็ง คือ โพลีอโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (Polycyclic Aromatic Hydrocarbon) จะไปกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติของ ดีเอ็นเอ ของเซลล์ที่บริเวณปากมดลูกจนเกิดมะเร็งขึ้นเป็น 2 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่สูบบุหรี่

- ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น โรคเอดส์ และการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเพิ่มขึ้น

- สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ สตรีเหล่านี้จะขาดความรู้และความเข้าใจในการรักษาอนามัยและสุขภาพร่างกาย รวมทั้งขาดโอกาสในการตรวจหาเซลล์มะเร็งในระยะก่อนลุกลาม ฉะนั้นกว่าจะรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งปากมดลูก มักจะเป็นระยะที่มะเร็งลุกลามไปมากแล้ว

## อาการและอาการแสดงของมะเร็งปากมดลูก

อาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมากหรือน้อยขึ้นกับระยะของโรคมะเร็ง ในระยะแรกอาจไม่มีอาการผิดปกติ แต่ตรวจพบจากการตรวจคัดกรองหรือการตรวจด้วยกล้องขยายร่วมกับการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา (คณิงนิจ, 2550)

อาการที่อาจตรวจพบในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

1. การตกเลือดทางช่องคลอด เป็นอาการที่พบได้มากที่สุด ประมาณร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยที่มีอาการ ลักษณะเลือดที่ออกจะเป็นเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ โดยเฉพาะการตกเลือดที่ไม่ตรงรอบเดือน เช่น

- เลือดออกกะปริบกะปรอยระหว่างรอบเดือน
- เลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์
- มีน้ำออกปนเลือด
- เลือดออกหลังวัยหมดประจำเดือน

2. ตกขาวอาจเป็นลักษณะใดก็ได้ แต่ มักจะมีกลิ่นเหม็นเหมือนเนื้อเน่า

3. อาการในระยะหลังเมื่อมะเร็งลุกลามมากขึ้น ได้แก่

- น้ำหนักลด
- เบื่ออาหาร
- ขาบวม
- ปวดหลังรุนแรงปวดก้นกบและต้นขา
- กลั้นปัสสาวะไม่ได้
- ปัสสาวะเป็นเลือด
- ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด

อาการต่างๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกเมื่อเกิดขึ้นแล้วมักไม่ได้เป็นอาการเริ่มแรกของมะเร็งปากมดลูกจริงๆ แต่เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นมานานแล้ว แม้จะเป็นระยะที่ 1 ก็ตาม ดังนั้นสตรีจำเป็นต้องไปรับการตรวจประจำปีหรือตามนัด แม้จะไม่มีอาการผิดปกติ ก็ตาม

### ระยะของมะเร็งปากมดลูก

แบ่งออกเป็น 2 ระยะ (คินิงนิจ, 2550)

1. ระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม (Precancerous Lesion) บางครั้งแพทย์จะใช้คำว่า SIL (Squamous Intraepithelial Lesion) ระยะนี้เซลล์มะเร็งจะอยู่ในชั้นเยื่อบุผิวมดลูก ไม่ลุกลามเข้าไปในเนื้อปากมดลูก ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติเลย แต่ตรวจพบได้จากการตรวจคัดกรองโดยการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกที่เรียกว่า แป๊ปสเมียร์ พบได้ 2 แบบ

- การเปลี่ยนแปลงเริ่มแรกของรูปร่าง ขนาด จำนวน (Low Grade SIL หรือ Mild Dysplasia หรือ CIN I) บางครั้งอาจหายไปเอง แต่ก็มีจำนวนหนึ่งเปลี่ยนไปเป็น High Grade SIL
- การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุมดลูกที่เปลี่ยนไปจากเดิมชัดเจน (High Grade SIL หรือ CIN II, CIN III) ถ้าเซลล์อยู่เฉพาะปากมดลูก เรียกว่า การเปลี่ยนแปลงระดับปานกลาง (Moderate) หรือระดับรุนแรง (Severe Dysplasia)

ระยะลุกลาม แบ่งออกเป็น 4 ระยะคือ (คินิงนิจ, 2550)

ระยะที่ 1 มะเร็งลุกลามอยู่ภายในปากมดลูก

ระยะที่ 2 มะเร็งลุกลามไปที่เนื้อเยื่อข้างปากมดลูก และ/ หรือผนังช่องคลอดส่วนบน

ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามไปที่ด้านข้างของเชิงกรานและ/ หรือผนังช่องคลอดส่วนล่าง หรือคอต่อไตจนเกิดภาวะไตบวมน้ำ

ระยะที่ 4 มะเร็งลุกลามไปที่กระเพาะปัสสาวะ ไข่ตรง หรืออวัยวะอื่นๆ เช่น ปอด กระดูก และต่อมน้ำเหลืองนอกเชิงกราน เป็นต้น

การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก (คินีนิจ, 2550)

คินีนิจ (2550) กล่าวถึง การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก ไว้ดังนี้

1. การตรวจภายใน พบก้อนมะเร็งชัดเจน ต้องตรวจยืนยันด้วยการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา
2. การตรวจทางเซลล์วิทยา หรือ “แป๊ปสเมียร์” ตรวจพบเซลล์มะเร็งซึ่งต้องสืบค้นต่อโดยการตรวจภายในและการตรวจด้วยกล้องขยาย เพื่อตรวจหาบริเวณที่ผิดปกติที่จะทำการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา
3. การตรวจด้วยกล้องขยาย หรือคอลโปสโคป (Colposcope) ร่วมกับการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา
4. การตรวจอื่นๆ ที่อาจช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก ได้แก่
  - การขูดภายในปากมดลูก
  - การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (LEEP-Loop Electrosurgical Excision Procedure) เป็นการใช้ Electrosurgical Generator กระแสไฟฟ้าสลับที่ความถี่สูง ระหว่าง 350,000 - 4,000,000 รอบต่อวินาทีเพื่อตัดเนื้อเยื่อและห้ามเลือด กระแสไฟฟ้าจะทำให้เกิดพลังงานความร้อนสูงพอที่จะตัดเนื้อเยื่อได้
  - การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยด้วยมีด (Conization)

## การรักษา

วิธีการรักษามะเร็งปากมดลูกขึ้นกับระยะของมะเร็งปากมดลูก ความต้องการชำรงภาวะเจริญพันธุ์ และโรคทางนรีเวชที่ร่วมด้วย แบ่งวิธีการรักษามะเร็งปากมดลูกตามระยะของมะเร็งได้ ดังนี้ (คณิงนิจ, 2550)

### 1. ระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม

การรักษาขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่

- ลักษณะมะเร็งก่อนลุกลามว่าเป็นรอยโรคชั้นต่ำหรือรอยโรคชั้นสูง (low หรือ high- SIL)
- ผู้ป่วยมีบุตรเพียงพอหรือยัง
- สุขภาพผู้ป่วย
- ความต้องการของผู้ป่วย

โดยทั่วไปรอยโรคชั้นต่ำไม่จำเป็นต้องรักษา โดยเฉพาะรายที่ได้รับการตัดชิ้นเนื้อจนหมด ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจประจำปี ถ้าจำเป็นต้องรักษาแพทย์อาจเลือกวิธีการรักษา ดังนี้

#### การตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด

โดยการตรวจภายใน การทำแป็ปสเมียร์ และการตรวจด้วยกล้องขยายทุก 4-6 เดือน รอยโรคชั้นต่ำบางชนิดสามารถหายไปเองภายใน 1-2 ปี ภายหลังจากตัดเนื้อออกตรวจ

#### การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า

การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP) คือ การใช้ห่วงไฟฟ้า (Loop) ตัด Transformationzone ทั้งหมด โดยมีความกว้างของ Loop ประมาณ 1 - 2 เซนติเมตร และลึกประมาณ 7 - 16 มิลลิเมตร โดยทั่วไปจะได้รับความลึกของชิ้นเนื้อประมาณ 5 - 8 มิลลิเมตร LEEP เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย ค่าใช้จ่ายไม่สูง อุปกรณ์เครื่องมือขนย้ายไปมาสะดวก และ

ที่สำคัญอาจใช้ทำได้ในเวลาเดียวกันกับ Colposcopy ที่เรียกว่า see and treat ซึ่งจะเหมาะกับผู้ป่วยที่มี Low Compliance และเดินทางไปมาลำบาก

### ข้อบ่งชี้ในการใช้ LEEP

- ใช้ในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มี Abnormal Cytology และ Histology เป็น Cervical intraepithelial neoplasia
- ใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่ Unsatisfactory Colposcopy ที่มองไม่เห็น Transformation Zone ทั้งหมด
- ผล Tissue Biopsy เป็น Microinvasive
- มีความแตกต่างระหว่างผล Pap Smear และ Colposcopic Diagnosis และ Biopsy
- กรณี Pap Smear ผลเป็น AGUS, AIS, AGC - NOS, AGC favor neoplasia เพื่อที่จะต้องพิสูจน์ว่ามี Invasive adenocarcinoma หรือไม่ (แต่แนะนำให้ทำ Cervical Conization เพื่อให้แน่ใจว่าไม่เป็นมะเร็งแบบ Adenocarcinoma)

### การจี้ปากมดลูกด้วยความเย็น

การจี้เย็น (Cryotherapy) เป็นวิธีการที่มีราคาถูกและปลอดภัยในการรักษา CIN แต่ก่อนที่จะทำ Cryotherapy ต้องผ่านการ Colposcopy แล้วมี Biopsy ยืนยันก่อนการรักษา และจำเป็นที่ต้องเห็น Transformation Zone ทั้งหมดหลักการของ Cryotherapy คือ การใช้ความเย็นจากก๊าซไนตรัสออกไซด์ (Nitrous Oxide) ที่ลดอุณหภูมิ (-65°C) - (-85°C) หรือก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (Carbon Dioxide) ที่ลดอุณหภูมิ (-60°C) เพื่อให้เซลล์ผิวของปากมดลูกมีการตายและหลุดลอก (Necrosis and Sloughing) ตามธรรมชาติ พบว่าที่อุณหภูมิ (-20°C) - (-30°C) จะมีการตายของเซลล์เกิดขึ้น การจี้เย็นนั้นขอบเขตการตายของเซลล์จะเริ่มที่บริเวณ 2 มิลลิเมตรจากขอบเขตของ Iceball และความลึกที่ได้ Iceball ประมาณ 5 มิลลิเมตร ดังนั้นความลึกของเนื้อเยื่อที่ได้รับผลของการจี้เย็นคือ 7 มิลลิเมตร วิธีการใช้หัวจี้ความเย็น (Probe) ที่มีขนาดเหมาะสมกับรอยโรคทางดัดกับรอยโรคที่เป็น CIN หรือ

Endocervical OS ให้ Iceball เกิดเต็ม โดยรอบ และใช้เป็น Double Freezing หลังจากการทำ Cryotherapy จะพบว่ามีน้ำค้ำลายตกขาวไหลออกทางช่องคลอดจำนวนมากกว่าปกติประมาณ 4 สัปดาห์ จึงควรงดการมีเพศสัมพันธ์เป็นเวลา 4 - 6 สัปดาห์ หลังการทำ Cryotherapy การจี้เย็นเหมาะกับการรักษารอยโรคที่ Ectocervix ไม่ใหญ่มาก โดยต้องไม่มีโรคที่ Endocervix และ Glandular Involvement Success Rate ประมาณ 90% และการล้มเหลวของการรักษามักเป็นเพราะรอยโรคที่ Ectocervix มีขนาดใหญ่ และอาจมีรอยโรคที่ Endocervix ที่มี Glandular Involvement Success Rate ลดลง เมื่อความรุนแรงของ CIN เพิ่มขึ้น คือ 94% สำหรับ CIN I 93% สำหรับ CIN II 84% สำหรับ CIN III เนื่องจาก CIN ที่มีความรุนแรงมากขึ้นมักมีรอยโรคหลายตำแหน่ง (Multi Foci)

การจี้ด้วยเลเซอร์ CO2 laser vaporization มีที่ทำได้น้อย เนื่องจากมีความยุ่งยากทางเทคนิคและมีราคาแพง

การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยด้วยมีด (Conization) คือ การตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยเพื่อตัด Total Transformation Zone และรอยโรคที่ Ectocervix และ Endocervix ได้ Conization เป็นทั้งการวินิจฉัยและการรักษาใช้ในการวินิจฉัย HSIL ที่ Unsatisfactory Colposcopy Satisfactory Colposcopy และผล Biopsy เป็นน้อยกว่า Invasive LSIL ที่ Persist หลังจากการ Follow – up AGC - favor neoplasia AIS ใช้ในการรักษา CIN และ Adenocarcinoma in situ of cervix และที่สำคัญการทำ Conization กรณี Hysterectomy การตัดมดลูกในการรักษาผู้ป่วย CIN มักใช้ในกรณีที่

1. ผู้ป่วยมา Follow - up ได้ยาก หรือมี Low Compliance หรือกรณีมีการเกิดซ้ำ (Recurrent) ของ CIN หลังจากการรักษาด้วย Cryotherapy, Conization, LEEP
2. หลังจากการทำ Therapeutic Conization หรือ LEEP แล้วพบว่ามียรอยโรคที่ชายขอบของการตัด (Residual Disease หรือ Not free margin)
3. Adenocarcinoma in situ (AIS) ที่มีบุตรพอแล้วหรือไม่ต้องการมีบุตรรอยโรคในระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลามสามารถรักษาให้หายได้โดยไม่ต้องตัดมดลูกออก เพราะมีผลการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

2. ระยะลุกลาม การเลือกวิธีการรักษาขึ้นกับโรคประจำตัวของผู้ป่วยระยะของมะเร็ง และความพร้อมของโรงพยาบาลหรือแพทย์ผู้ดูแลรักษา

ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 บางรายรักษาโดยการตัดมดลูกออกแบบกว้างร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองเชิงกรานออก

ถ้ามะเร็งอยู่เฉพาะปากมดลูกอาจตัดแค่บริเวณปากมดลูก แต่ถ้ามะเร็งแพร่กระจายมาก แพทย์อาจจะตัดมดลูก ท่อรังไข่ รังไข่ รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

ระยะที่ 2 ระยะที่ 4 รักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด

**การให้รังสีรักษา ทำได้ 2 วิธี**

การให้รังสีรักษาจากเครื่อง แพทย์จะให้รังสีเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง 5 วัน/สัปดาห์เป็นเวลา 5-6 สัปดาห์

การฝังแร่อับรังสีบริเวณปากมดลูกฝังแต่ละครั้งนาน 1-3 วันต้องอยู่โรงพยาบาลใช้เวลา 1-2 สัปดาห์

การให้เคมีบำบัด โดยการให้เคมีเข้าไปในเลือดเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งใช้ในรายที่โรคลุกลามมาก หรือมะเร็งกลับเป็นซ้ำ ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยวิธีอื่น

**การพยากรณ์โรค**

ผลการรักษามะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันได้ผลดีมากกว่าในสมัยก่อน โดยเฉพาะในระยะก่อนเป็นมะเร็งและระยะลุกลามเริ่มแรก (คเนิงนิจ, 2550)

1. ระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม รักษาได้ผลดีเกือบร้อยละ 100

## 2. ระยะลุกลาม

ระยะที่ 1 มีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ร้อยละ 80-95

ระยะที่ 2 มีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ร้อยละ 60-70

ระยะที่ 3 มีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ร้อยละ 40-50

ระยะที่ 4 มีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ร้อยละ 10-20

### การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

#### ระยะก่อนการรักษา (คินีนิจ, 2550)

เมื่อปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงจากการติดเชื้อไวรัส หรือเป็นระยะก่อนลุกลาม หรือระยะลุกลามที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า การตรวจด้วยกล้องขยายปากมดลูก (Colposcope) จะสามารถบอกตำแหน่งของความผิดปกติได้ซึ่งแพทย์จะทำการตัดชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัยทางจุลพยาธิวิทยาต่อไป การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยโรคถูกต้องและได้รับการรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งการติดตามผลที่ควรจะเป็น ซึ่งถ้าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระยะของโรคมะเร็งปากมดลูกที่ตนเองเป็นอยู่ ควรติดตามผลการรักษา จะทำให้พลาดโอกาส และระยะของโรคก็จะลุกลามต่อไป

#### ระยะระหว่างการรักษา

การดูแลขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะใด การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและรับทราบเหตุผลของการรักษาแต่ละวิธี จะช่วยลดความวิตกกังวลและความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

1. การผ่าตัด หลังการผ่าตัดอาจต้องใช้เวลาในการพักฟื้น มักจะมีอาการปวด มีเลือดออก ถ้าต้องตัดมดลูกผู้ป่วยอาจจะปัสสาวะและอุจจาระลำบากต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้ระยะหนึ่ง ผู้ป่วยควรพักระยะหนึ่งเพื่อให้แผลหาย จะมีเพศสัมพันธ์ได้หลังผ่าตัด 4-8 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่ตัดมดลูกยังคงมีอาการทางเพศปกติแต่อาจมีปัญหาทางจิตใจกังวลว่าไม่สามารถมีบุตรได้ผู้ครองควรที่จะช่วยปลอบใจและให้กำลังใจ

2. การให้รังสีรักษา ระหว่างการให้รังสีรักษาผู้ป่วยจะอ่อนเพลีย ไม่มีแรงเบื่ออาหาร ผอมร่วง ผิวบริเวณที่สัมผัสรังสีจะมีสีน้ำตาล ห้ามทาโลชั่น อาการต่างๆ จะหายไปหลังหยุดการรักษา การร่วมเพศอาจจะลำบากเนื่องจากช่องคลอดจะแคบและแห้งควรรใช้ครีมหล่อลื่นช่วย นอกจากนี้ อาจมีปัญหาเรื่องปัสสาวะและถ่ายเหลว

3. การให้เคมีบำบัดเพื่อฆ่าเซลล์ที่แบ่งตัวเร็ว ผู้ป่วยจะมีอาการ

- ซีด ทำให้อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย
- เม็ดเลือดขาวต่ำ ติดเชื้อง่าย
- เกร็ดเลือดต่ำ เลือดออกง่าย
- ผอมร่วง
- เบื่ออาหาร
- คลื่นไส้ อาเจียน

ผู้ป่วยต้องระวังการติดเชื้อ ควรพักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการไปอยู่ในที่ชุมชน สถานที่แออัดโดยไม่จำเป็น รับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย การดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ เช่นน้ำจืด จะช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้

#### ระยะหลังการรักษา

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีเป้าหมายเพื่อการตรวจวินิจฉัยการเป็นกลับซ้ำหรือแพร่กระจายของโรคที่ให้การรักษาเฉพาะโรคได้ รวมทั้งการประเมินสภาพจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย และครอบครัวเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไปโดย

1. การให้ข้อมูลที่ชัดเจน ความสำคัญของการตรวจติดตามผล อาการที่บ่งชี้ถึงการกลับเป็นซ้ำ เช่นเลือดออกทางช่องคลอด รวมทั้งคำอธิบายแก้ไขความเชื่อผิดๆ

2. การตรวจติดตามผลอย่างต่อเนื่องตรวจครั้งแรกหลังการรักษา 4 สัปดาห์ หลังจากนั้น ทุก 3 เดือนใน 2 ปีแรกเนื่องจากพบการกลับเป็นซ้ำได้มากในช่วงนี้ หลังจากนั้นทุก 6 เดือนจนครบ 5 ปี และต่อไปทุกปีตลอดชีวิต

3. การดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่รักษาหายขาดแล้ว บางคนยังกังวลกลัวกลับเป็นซ้ำหรือมีการแพร่กระจายบางคนมีปัญหาสัมพันธภาพครอบครัวกับสามี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงอารมณ์ความรู้สึก รับฟังและให้คำแนะนำจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น

### การป้องกันและการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก

การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีจุดประสงค์เพื่อลดอุบัติการณ์พยาธิภาวะและการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ (จตุพล, 2547)

1. การป้องกันปฐมภูมิ คือ การป้องกันโดยการหลีกเลี่ยงการได้รับสารก่อมะเร็ง การลดหรือการขจัดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง หรือการทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านสารก่อมะเร็งได้ ได้แก่

1.1 หลีกเลี่ยงการมีคู่นอนหลายคน จำนวนคู่นอนมักจะสัมพันธ์กับรอยโรคมะเร็งมะเร็งระยะลุกลาม เมื่อทำการควบคุมปัจจัยเรื่องการติดเชื้อ HPV พบว่า ความสัมพันธ์ของมะเร็งปากมดลูกกับคู่นอนจะลดลงทันที แสดงให้เห็นว่าการมีคู่นอนหลายคนเพิ่มโอกาสติดเชื้อ HPV เพิ่มขึ้นเท่านั้น

1.2 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย พบว่า เพศสัมพันธ์ดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นเนื่องจากในช่วงดังกล่าวเซลล์ปากมดลูกมีการกลายรูปและช่วงของการเปลี่ยนแปลงนี้ จะมีความไวต่อสารก่อมะเร็งโดยเฉพาะการติดเชื้อ HPV

1.3 การคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย ผลของการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดกับความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก พบว่าความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นตามระยะเวลาที่ใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด และยังพบว่าการใช้ถุงยางอนามัยช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

1.4 การมีเพศสัมพันธ์แบบปลอดภัย และหลีกเลี่ยงการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะการติดเชื้อ HPV พบว่าการติดเชื้อหนองในแท้ หนองในเทียม เริม หรือหูดหงอนไก่ น่าจะเป็นปัจจัยร่วม หรือปัจจัยส่งเสริมการติดเชื้อ HPV ให้สูงขึ้นมากกว่าจะเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกโดยตรง นอกจากนี้จากผู้ชายส่วนใหญ่ที่มีประวัติเป็นโรคติดต่อดังกล่าว มักมีการติดเชื้อ

HPV อยู่ที่ท่อปัสสาวะหรืออวัยวะเพศภายนอกแต่ไม่มีอาการ แต่จากการตรวจในท่อปัสสาวะของผู้ชายกลุ่มดังกล่าว พบรอยโรคการติดเชื้อ HPV ถึงร้อยละ 58-80

1.5 งดการสูบบุหรี่ จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก โดยเสี่ยงสูงถึง 1.7-11.2 เท่า ขึ้นอยู่กับปริมาณ และระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ซึ่งจากการตรวจมูกบริเวณปากมดลูกของสตรีที่สูบบุหรี่ พบสารเคมีที่เป็นสารก่อมะเร็งในบุหรี่ในปริมาณความเข้มข้นสูง

1.6 การฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV มี 2 ประเภทคือ วัคซีนป้องกัน คือการฉีดอนุภาคคล้ายไวรัส HPV ให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านโปรตีนของเชื้อ HPV ชนิดความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก และ วัคซีนรักษา ซึ่งเป็นการฉีดวัคซีนให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านโปรตีนซึ่งเป็นโปรตีนก่อมะเร็งของเชื้อ HPV โดยเน้นให้การรักษารอยโรคภายในเยื่อปากมดลูกมากกว่าการรักษามะเร็งในระยะลุกลาม

2. ระดับทุติยภูมิ คือ การคัดค้านมะเร็งในระยะเริ่มแรกซึ่งสามารถรักษาได้ผลดีสำหรับมะเร็งปากมดลูก คือ การตรวจคัดกรอง Pap Smear หรือวิธีอื่นๆเพื่อหาหามะเร็งในระยะเริ่มแรกหรือระยะก่อนเป็นมะเร็งอย่างน้อยทุกๆ 5 ปี และการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูก (abnormal pap smear) ที่ถูกต้อง โดยผู้หญิงทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป และผู้หญิงทุกคนที่มีเพศสัมพันธ์แล้วควรต้องได้รับการตรวจคัดกรอง

3. ระดับตติยภูมิ คือ การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก มีจุดมุ่งหมายตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้เพื่อทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคมะเร็งปากมดลูก มีชีวิตยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จะเห็นได้ว่าการป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีหลายระดับ ตั้งแต่การหลีกเลี่ยงสารก่อมะเร็ง หรือการงดสูบบุหรี่หรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวกับมะเร็ง คัดค้านมะเร็งในระยะเริ่มแรก จนถึงการรักษา ซึ่งการคัดค้านมะเร็งด้วยการคัดกรองนั้นมีส่วนสำคัญต่อการวินิจฉัย และรักษา ซึ่งถ้าพบโรคในระยะเริ่มแรกก็ส่งผลให้การรักษาได้ผลดีและหายขาดจากโรค รวมทั้งลดความรุนแรงของโรคได้ นอกจากนี้ การเลือกวิธีคัดกรองที่ดีและเหมาะสม ความถี่ของการตรวจก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผลการวินิจฉัย และการรักษาที่ถูกต้อง แม่นยำ และตรงกับ ภาวะการณ์ ของโลกด้วย

## การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีวิธีการตรวจหลายวิธี ดังนี้

1. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยเซลล์วิทยา(แป๊ปสเมียร์/ Conventional Pap smear) ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดในการลดอุบัติการณ์ของ มะเร็งปากมดลูกสตรีทุกคนควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์ ร่วมกับการตรวจร่างกายในทุกปี และถ้าผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นปกติติดต่อกัน 3 ครั้งขึ้นไปอาจเว้นระยะของการตรวจทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ดูแล ในระยะหลายปีที่ผ่านมา มีรายงานการประเมินประสิทธิภาพของการตรวจด้วยวิธีนี้ และพบว่าความไวของการตรวจค่อนข้างต่ำหรือมีความไวเพียงร้อยละ 50- 70 และมีผลลบลง ( มีความผิดปกติที่ปากมดลูก แต่การตรวจให้ผลปกติ) ค่อนข้างสูง จึงมีวิวัฒนาการการตรวจวิธีอื่นเพิ่มขึ้นเพื่อประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองโรค

แป๊ปสเมียร์ (Pap Smear) เป็นวิธีที่ป้ายเซลล์บริเวณปากมดลูก มาป้ายบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผลโดยนักเซลล์วิทยา

2. ระยะเวลาต่อมาได้มีวิวัฒนาการของการตรวจ ด้วยวิธีแบบแผ่นบาง (Liquid – based Pap Smear หรือ Thin Pap method) ซึ่งมีความไวดีกว่าทำให้ตรวจพบรอยโรคชั้นสูง (High Grade Lesion) ที่ปากมดลูกรวมทั้งสามารถลดผลลบลงของการตรวจลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศในแถบยุโรปนำวิธีนี้มาใช้แทนการตรวจด้วยคอนเวนชันนอล แป๊ปสเมียร์ (Conventional Pap Smear) สำหรับประเทศไทยมีการตรวจด้วยวิธีนี้เฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่เท่านั้น

3. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจหาเอชพีวีดีเอ็นเอ (HPV DNA) เพียงอย่างเดียว พบว่ามีความไวร้อยละ 100 ในการตรวจพบความผิดปกติของปากมดลูก ที่เป็น CIN 2/3 เมื่อเทียบกับการตรวจด้วยเซลล์วิทยาและการตรวจด้วยวิธีแผ่นบาง ซึ่งมีความไวเพียงร้อยละ 58 และร้อยละ 84 ตามลำดับ ความจำเพาะของการตรวจ HPV ดีเอ็นเอ จะต่ำกว่าการตรวจด้วยวิธีเซลล์วิทยา เนื่องจากอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ HPV จะสูงมากในสตรีที่มีอายุน้อยหรือพบสูงสุด ในสตรีอายุประมาณ 20 ปี ซึ่งสตรีกลุ่มนี้จะพบความผิดปกติหรือรอยโรคชั้นสูงที่ปากมดลูกรวมทั้ง

มะเร็งปากมดลูกน้อยมาก การติดเชื้อ HPV ส่วนใหญ่จะหายได้เองโดยไม่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพใดๆ ที่ปากมดลูกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 70- 90 ของการติดเชื้อ HPV ในสตรีที่มีอายุน้อย จะหายได้เองภายในระยะ 12- 24 เดือน

### วิธีการตรวจอายุที่ควรได้รับการตรวจ และความถี่ของการตรวจคัดกรอง

จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2535 พบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap Smear โดยคำนึงถึง อายุ ความถี่ และการครอบคลุมของการตรวจคัดกรอง พบว่า การทำ Pap Smear โดยคำนึงถึง อายุ ความถี่ และการครอบคลุมของการตรวจคัดกรองพบว่าการทำ Pap Smear ในประชากรหญิง 35-60 ปี โดยการตรวจทุก 5 ปี และมีความครอบคลุมร้อยละ 50 จะสามารถลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกลงได้ถึงร้อยละ 44 ดังนั้นการตรวจคัดกรองหา มะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap Smear จึงเป็นวิธีที่สามารถยืนยันได้ว่าสามารถลดอุบัติการณ์และ อันตรายของมะเร็งปากมดลูกได้โดยก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด เสียค่าใช้จ่ายไม่สูงเป็นที่ยอมรับ และใช้กันอย่างแพร่หลาย (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547) และผลการศึกษาของ International Agency for Resaerch on Cancer (IARC/WHO) (1986) โดยการตรวจคัดกรองในสตรีอายุ 35-64 ปี พบว่าการทำ Pap Smear 1 ครั้งทุกปี, 1 ครั้งทุก 2 ปี หรือ 1 ครั้งทุก 3 ปี จะมีอัตราการเกิด โรคมะเร็ง ปากมดลูกลดลงร้อยละ 91-93 ถ้า Pap Smear 1 ครั้งทุก 5 ปี จะลดลงร้อยละ 84

### การเตรียมพร้อมความพร้อมของสตรีก่อนการตรวจคัดกรอง

จตุพล (2547) กล่าวถึง การเตรียมพร้อมความพร้อมของสตรีก่อนการตรวจคัดกรองไว้ดังนี้

1. ต้องไม่อยู่ในระหว่างมีประจำเดือน(ยกเว้นมีเลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด)
2. ต้องไม่มีเพศสัมพันธ์ภายใน 48 ชั่วโมงก่อนมาตรวจ Pap Smear
3. ไม่ใช้น้ำยาสวนล้างช่องคลอด (Vaginal Douch) ล้างช่องคลอด หรือใช้ยาสอดในช่องคลอดภายใน 48 ชั่วโมง ก่อนมาตรวจ

4. ไม่อยู่ในระหว่างการรักษาปากมดลูกอักเสบ (Cervicitis) ให้รักษาก่อนแล้วจึงให้ทำการตรวจ pap smear ซ้ำภายใน 4-6 สัปดาห์

5. การตรวจคัดกรองหลังคลอดควรรอ 6-8 สัปดาห์ ให้กระบวนการอักเสบและซ่อมแซมปากมดลูกให้เรียบร้อยก่อน ถ้าเป็นไปได้ควรเคมีเพศสัมพันธ์หรือคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย

### แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

#### พฤติกรรม (Behavior)

ราชบัณฑิตยสถาน (2537) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมไว้ว่า หมายถึง กริยาอาการ ความคิดและความรู้สึกที่แสดงออกต่อสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติตัว

ประภาเพ็ญ (2539) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมไว้ว่า หมายถึง พฤติกรรมทุกประเภท ที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ เช่นการทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ เป็นต้น

เฉลิมพล (2541) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมไว้ว่า หมายถึง การกระทำของคนที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นในสังคมโดยต้องสามารถวิเคราะห์พฤติกรรมเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะปัจจัยที่เป็นสาเหตุกำหนดให้บุคคลเลือกตัวอย่างตัดสินใจการกระทำดังที่ปรากฏออกมา เช่น การออกกำลังกาย การไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย การงดบริโภคเนื้อสัตว์เมื่อตั้งครรภ์ เป็นต้น นอกจากนี้จะต้องรวมถึงสิ่งที่อยู่ภายในใจของบุคคลซึ่งคนอื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง เช่น เจตคติ (Attitude) ความรู้ (Knowledge) ความเชื่อ (Belief)

ชาญชัย (2543) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมไว้ว่า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองสิ่งเร้า ทั้งที่แสดงออกให้เห็นได้และไม่แสดงออกให้เห็น พฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็นเรียกว่า พฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมที่ไม่แสดงออกให้เห็นเรียกว่าพฤติกรรมภายใน

Bloom (1985) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจเป็น สิ่งสังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain)
2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective Domain)
3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain)

### พฤติกรรมด้านความรู้

พฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นกระบวนการทางด้านสมองเป็นความสามารถ ทางด้านสติปัญญาที่เกี่ยวข้องกับ การรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถ และ ทักษะทางสติปัญญา การใช้ความคิดวิจารณ์ญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ จัดจำแนกได้ตามลำดับ ชั้นจากง่ายไปยาก ดังนี้

1. ความรู้ ความจำ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้หรือระลึกได้
2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้ คือ จะต้องมีความรู้มาก่อนถึงจะเข้าใจได้ ความเข้าใจนี้จะแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความและ คาดคะเน
3. การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาวิชาการ ทฤษฎี กฎเกณฑ์และแนวคิดต่างๆ ไปใช้
4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถและมีทักษะในการจำแนก เรื่องราวที่สมบูรณ์ใดๆ ออกเป็นส่วนย่อยและมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดระหว่าง ส่วนประกอบที่รวมเป็นปัญหา หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง
5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวม ส่วนย่อยต่างๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจนและมีคุณภาพสูงขึ้น

6. การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัย ติราคาของสิ่งของต่างๆ โดยมีกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมาหรือมีอยู่แล้วก็ตาม

### พฤติกรรมด้านเจตคติ

เจตคติเป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก ความสนใจ เจตคติ การให้คุณค่า การปรับปรุงค่านิยม การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ รวมไปถึงความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ กันจะบอกแนวโน้มของบุคคลในการกระทำพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่นๆ ด้วย ซึ่งได้แบ่งขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมด้านเจตคติ ได้ดังนี้

1. การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็นขั้นที่บุคคล ถูกกระตุ้นให้ทราบสาเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดี หรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับหรือให้ความพอใจต่อสิ่งเร้านั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วย ความตระหนัก ความยินดีที่ควรรับและการเลือกรับ
2. การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วย ความยินยอม ความเต็มใจและความพอใจที่จะตอบสนอง
3. การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงให้เห็นว่า บุคคลนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเองและได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า “ค่านิยม” ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับ ความชอบและการผูกมัดค่านิยมเข้ากับตนเอง
4. การจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากลุ่มโดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมนั้น ในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยมและการจัดระบบของค่านิยม

5. การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a Value or Complex)  
 พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่า บุคคลมีค่านิยมหลายชนิดและจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้นจากดีที่สุดไปถึง  
 น้อยที่สุด พฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในขั้นนี้  
 ประกอบด้วย การวางแผนทางของการปฏิบัติและการแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่เขา  
 กำหนด

### พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ

พฤติกรรมด้านการปฏิบัตินี้ เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกายซึ่งรวมทั้ง  
 พฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่บุคคลปฏิบัติออกมาโดยมีด้าน  
 ความรู้ และด้านเจตคติเป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้อง แต่กระบวนการในการ  
 จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอนแต่นักวิชาการก็เชื่อว่า  
 กระบวนการทางการศึกษาจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติได้

### พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมาย สุขภาพไว้ว่า เป็นภาวะแห่งความสมบูรณ์ของ  
 ร่างกายและจิตใจรวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ซึ่งไม่ใช่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือ  
 ปราศจากทุพพลภาพเท่านั้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

ราชบัณฑิตยสถาน (2537) ได้ให้ความหมาย สุขภาพไว้ว่า อนามัยของร่างกาย ภาวะความ  
 เป็นอยู่ ของร่างกายเช่นสุขภาพดีก็หมายความว่า ร่างกายแข็งแรง สุขภาพไม่ดีก็หมายความว่า  
 ร่างกายอ่อนแอ อาจเจ็บป่วยได้ง่าย

ปณิธาน (2541) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติ  
 ใดๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพ  
 โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความ  
 มุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด

ประภาเพ็ญ (2539) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพไว้ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่บุคคลกระทำเกี่ยวข้องกับอนามัย ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้รวมถึงสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือ เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ

Pender (1987) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์

Walker *et al.* (1990) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การกระทำทางบวกของชีวิต มีผลโดยตรงต่อการคงไว้ หรือเพิ่มระดับความสมบูรณ์ของบุคคลในการบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความปรารถนาของบุคคล

Harris and Guten (1979) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะของพฤติกรรมการป้องกัน เพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพดีและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ในลักษณะดังนี้

1. การปฏิบัติเพื่อสุขภาพ (Health Practices) ได้แก่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อรักษาสุขภาพโดยทั่วไป
2. การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย (Safety Practices) ได้แก่การปฏิบัติเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุและลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ
3. การปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาด้านสุขภาพ (Preventive Health Care) ได้แก่ การตรวจร่างกายประจำปี การตรวจสุขภาพฟันเป็นต้น
4. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากสิ่งแวดล้อม (Environment Hazard Avoidance) ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีมลพิษ
5. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงสารที่มีอันตรายต่อสุขภาพ (Harmful Substance Avoidance) ได้แก่การงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา เป็นต้น

## ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพแบ่งได้ 3 ประเภท (บุญเยี่ยม, 2541)

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆของบุคคลที่เชื่อว่า ตนเองมีสุขภาพดี และไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผลในการป้องกัน โรครวมถึงพฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวันการสืบค้นหาโรคและการป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ ด้วย ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก การใส่หมวกกันน็อก การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้น่าอยู่ เป็นต้น
2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย หรือเริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตนเอง อาจเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ในเรื่องอาการของโรคนั้นบุคคลแต่ละคนมีการรับรู้ (Perception) ประเมินความรุนแรงของอาการรวมทั้งการยอมรับสภาพว่าตนเองนั้นอยู่ในสภาพเจ็บป่วยต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่างๆ เช่น ประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ต่อ โรคนั้น เพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของตนเองและการหายจากอาการเจ็บป่วย บุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่างๆ เช่น การถามเพื่อนฝูง ญาติพี่น้องเกี่ยวกับอาการของตน การขอคำปรึกษา การแสวงหาการรักษาพยาบาล เป็นต้น
3. พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick – role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ อาการต่างๆดีขึ้นซึ่งบุคคลจะแสดงพฤติกรรมโดยการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาเช่น การรับประทานยาตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสั่ง การปฏิบัติเรื่องอาหารการกิน เป็นต้น รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

## พฤติกรรมกำรป้องกันโรค

ประภำเพ็ญ (2539) ได้ให้ควำมหมำย พฤติกรรมกำรป้องกันโรคไว้ว่า หมำยถึง พฤติกรรมสุภภำพอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับกำรประพฤดีปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยป้องกันไม่ให้โรคเกิดขึ้น ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมงได้แก่กำรออกกำลังกำย กำรรับประทำนอาหารที่มีประโยชน์ กำรไม่สูบบุหรี่ กำรค้ำค้ำเข้มขันนรีภยเมื่อขับขี้ระยยนต์ เป็นต้น

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้ (Pender, 1987)

1. กำรป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นกำรป้องกันตนเองจำกกำรเกิดโรค เช่น กำรได้รับภูมิคุ้มกันโรค
2. กำรป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นกำรป้องกันตามควำมรุนแรงของโรค เป็นกำรป้องกันที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น เช่น กำรตรวจค้นหำมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีทำ Pap Smear
3. กำรป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นกำรป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เป็นกำรป้องกันโดยกำรยับยั้งกำรแพร่กระจายของโรคจำกผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่น และเป็นการป้องกันการเกิดภำวะแทรกซ้อนของโรค

## ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรค

Becker (1974) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมป้องกันโรคขึ้นอยู่กัปัจจัยดังนี้

1. กำรรับรู้ของบุคคล ซึ่งมีผลโดยตรงต่อควำมพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมกำรป้องกันโรคประกอบด้วย กำรรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค กำรรับรู้ควำมรุนแรงของโรค กำรรับรู้ประโยชน์ของกำรปฏิบัติตัว กำรรับรู้อุปสรรคของกำรปฏิบัติตัว
2. ปัจจัยร่วม มีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมกำรป้องกันโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคัม เช่น อายุ เพศ ระดับกำรศึกษา สถานภำพสมรส เป็นต้น

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการนำจะกระทำ หรือสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ มีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคได้แก่ ความรู้ที่ได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากสื่อมวลชน คำแนะนำ ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูงคนใกล้ชิด

### แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

#### ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem

Orem (1985) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้ว่า คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพและความผาสุกของตนเอง ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องดำเนินไปทั้งภาวะปกติและยามเจ็บป่วย การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่จงใจกระทำ (Deliberate Action) และมีจุดมุ่งหมายของการดูแลตนเอง ดังนี้

1. ควบคุมและควบคุมกระบวนการชีวิตและส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงการรักษาระบบการเจริญเติบโตและพัฒนาการชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกันควบคุมการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ตลอดจนบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรค
4. ป้องกันหรือกำจัดความพิการที่อาจเกิดขึ้นหรือชดเชยความพิการที่เกิดขึ้น
5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

Orem (1985) ที่ปรึกษาและศาสตราจารย์ทางการแพทย์ที่มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา และเป็นผู้ริเริ่มแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาใช้ในการพัฒนาทางการแพทย์เป็นคนแรก ทฤษฎีทางการแพทย์โดยทั่วไปของ Orem ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กันคือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of Self – care Deficit) และทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self – care) ทฤษฎีการดูแล

ตนเองของ Orem นี้ได้นำมาใช้และได้รับการพัฒนาเรื่อยมาจนเป็นที่นิยมแพร่หลายมากทฤษฎีหนึ่ง  
ถือว่าสอดคล้องกับแนวคิดของการบริการสุขภาพในยุคปัจจุบันที่มุ่งให้ประชาชนได้พึ่งตัวเอง  
(สมจิต, 2536)

ในแนวคิดของ Orem การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมายซึ่งประกอบด้วย  
2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและการตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่ การกระทำจะ  
เห็นว่าบุคคลที่สามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีความรู้เกี่ยวกับ  
ตนเองและสิ่งแวดล้อมและเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ลึกก่อนว่าสิ่ง  
ที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้  
เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกตการให้ความหมายของสิ่ง  
สังเกตมองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายกับเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำจึงสามารถวินิจฉัย  
พิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำนั้น จะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมาย  
ความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือก  
กิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ส่วนการดูแล  
ตนเองที่ได้เลือกจะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์  
เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำมานานเท่าใด  
การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไร  
ว่าการกระทำได้ถูกต้องและถ้าการให้ความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ประกอบด้วย ลำดับ  
ขั้นตอนดังนี้

การดูแลตนเองที่จะเกิดผลดีต่อสุขภาพได้เรียกว่า Therapeutic Self – care จะก่อให้เกิดผลแก่บุคคล ดังต่อไปนี้

1. รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการทำหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการบรรลุนิติภาวะของบุคคลตามศักยภาพ
3. ป้องกัน ควบคุมและรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
4. ป้องกันหรือปรับชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพ
5. ส่งเสริมสมรรถภาพและความผาสุกของบุคคล

### ความต้องการดูแลตนเอง (Self – care Demand)

ความต้องการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่งซึ่งประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self – care Requisites) 3 ด้าน คือ (สมจิต, 2536)

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self – care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่จะต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการจุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปมีดังนี้

#### 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

- 1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

- 1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

- 1.1.3 หากความเปลี่ยนแปลงจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

## 1.2 คงไว้ซึ่งการจับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดให้มีการจับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการจับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการละลายสิ่งปฏิกูลจากการจับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะดวกถูกสุขลักษณะ

## 1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญาและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อนและการมีกิจกรรมของตนเอง

1.3.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัว

## 1.4 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อนบ้านทั้งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.4.4 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.4.5 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.4.6 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.4.7 หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ

1.4.8 ขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.5 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบ สังคมและความสามารถของตนเอง

1.5.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่ง อัตมโนทัศน์ที่เป็นของตัวเอง

1.5.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาของตนเอง

1.5.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (Health Promotion and Preventions)

1.5.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

2. ความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิตและเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดา มารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ ซึ่งความเป็นอยู่ที่จะช่วยส่งเสริมกระบวนการ ของชีวิตและพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษาได้แก่ ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วยและการพิการ ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการตาย จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการกลายเป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่น เพื่อป้องกันสิ่งเสพติดทั้งหลาย หรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศ ซึ่งจะมีผลดีต่อการพัฒนาการตนเองหรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้จักมีคุณค่าในตนเองท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

3. ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดการเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยและการรักษา การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้ คือ

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการมีภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้ สนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเองปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพัฒนาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรค หรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพการวินิจฉัย ภาวะบกพร่องของการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ความถูกต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนองและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วย จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยเพื่อที่จะรักษาไว้ ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาและมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Orem, 1985)

### ความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง พลังความสามารถของบุคคลที่จะทำการดูแลตนเองของบุคคล นอกจากนี้ยังได้กล่าวเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองว่าเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องตามทฤษฎี อธิบาย มีเหตุผลและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองจนนำไปสู่ทักษะในด้านปฏิบัติการ

ความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับ คือ (สมจิต, 2536)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for Self – care Operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการคือ

1.1 การคาดการณ์ (Estimation) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควรจะทำเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Production Operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

## 2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power Components)

พลังความสามารถ 10 ประการนี้เป็นตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์แต่ละเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำ โดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการ มีดังนี้

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจ และเอาใจใส่

2.2 ความสามารถที่ควบคุมพลังงานทั้งด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มปฏิบัติ เพื่อการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเอง ที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายชีวิต สุขภาพและสวัสดิการ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะค้นคว้าและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นเพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดแบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของ ครอบครัว และชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate Action) และมีเป้าหมาย โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น

3.1 ความสามารถที่จะรับรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) ทาง สรีระและจิตวิทยา และเป็นการรับรู้รู้สึก การรับรู้ และความจำ เป็นต้น

3.2 คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อ การแสวงหาเป้าหมายของการกระทำความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

3.2.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการ อ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาสาเหตุและการใช้เหตุผล

3.2.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัสการมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่นและการรับรส

3.2.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.2.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.2.5 นิสัยประจำตัว

3.2.6 ความตั้งใจ

3.2.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.2.8 ความหวังใยในตนเอง

3.2.9 การยอมรับตนเอง

3.2.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

3.2.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

ถ้าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมายโดยทั่วไปและไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองได้นั้นคือ ขาดพลังความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง

## ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานต่างๆกับการดูแลตนเองของสตรี

ปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัยเฉพาะที่จะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเอง ไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (Causal Relationship) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังต่อไปนี้ร่วมด้วย (Orem, 1985)

1. อายุ
2. เพศ
3. ระยะพัฒนาการ
4. สังคมชนบธรรมเนียมประเพณี
5. สถานที่อยู่อาศัย
6. ลักษณะครอบครัว
7. แบบแผนการดำรงชีวิต
8. ภาวะสุขภาพ
9. ปัจจัยทางระบบบริหารสุขภาพ
10. แหล่งประโยชน์
11. ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมนุษย์ที่ต้องเรียนรู้ โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ การติดต่อสื่อสารและเป็นการปฏิบัติโดยเจตนา โดยทั่วไปไม่อาจขึ้นอยู่กับอายุ เพศ พัฒนาการหรือภาวะสุขภาพของบุคคล การประเมินปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวจะช่วยให้ทราบถึงความต้องการดูแลตนเองและความสามารถในการพัฒนาดูแลตนเองของทั้งหมด

### พฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

พฤติกรรมในการป้องกันโรคนั้นแต่ละโรคย่อมแตกต่างกัน เนื่องจากมีกระบวนการหรือสาเหตุของการเกิดโรคแตกต่างกัน พฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถกระทำได้ 2 ระดับ คือ

1. พฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ หมายถึง การปฏิบัติเพื่อควบคุมหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

1.1 การมีเพศสัมพันธ์เฉพาะคู่ของตัวเอง นั่นคือ งดการสำส่อนทางเพศ หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย

1.2 การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยงดการมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือน งดการมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่สตรีหรือสามี มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ มีแผลบริเวณอวัยวะเพศ ทวารหนัก และล้างทำความสะอาดอวัยวะเพศ ภายหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งทันที

1.3 การสังเกตอาการผิดปกติ และการไปพบแพทย์ เมื่อมีอาการผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เช่นมีอาการอักเสบบริเวณช่องคลอด มีตกขาว คัน มีกลิ่นเหม็น มีเลือดหรือหนองออกทางช่องคลอด เจ็บภายในช่องคลอดเป็นต้น ควรรีบพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องต่อเนื่องจนหายขาด สังเกตความผิดปกติของผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศ ได้แก่ ตุ่ม ผื่น ตึงเนื้อหรือแผล

#### 1.4 การงดสูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงจากการได้รับควันบุหรี่

#### 1.5 การดูแลรักษาความสะอาดอวัยวะเพศ

เพราะอวัยวะเพศของสตรีนั้นมีร่องและรอยจีบยื่นอยู่มาก เหงื่อไคล ปัสสาวะ และระดูขาว (ตกขาว) ที่ออกมาอาจติดอยู่ที่บริเวณอวัยวะเพศภายนอก หากไม่ได้ทำความสะอาดอย่างถูกต้อง อาจเกิดการหมักหมมและมีกลิ่นเหม็นหรือเกิดการอักเสบติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นการรักษาความสะอาดจึงเป็นพื้นฐานของการป้องกันอาการผิดปกติในระบบสืบพันธุ์ได้เป็นอย่างดี

1.5.1 ผู้หญิงจึงควรหมั่นรักษาความสะอาดด้วยการชำระล้างอวัยวะเพศภายนอกด้วยสบู่อ่อนๆและน้ำสะอาดทุกครั้งที่อาบน้ำหรือทุกครั้งหลังการถ่ายอุจจาระ หรือปัสสาวะ ควรใช้น้ำล้างให้สะอาดแล้วใช้กระดาษชำระซับให้แห้งโดยเช็ดจากด้านหน้าไปด้านหลัง จากอวัยวะเพศไปทางทวารหนัก เพื่อไม่ให้เชื้อโรคจากทวารหนักติดต่อมายังช่องคลอด ไม่ควรใช้สบู่หอม หรือน้ำยาฆ่าเชื้อเพราะจะทำให้บริเวณอวัยวะเพศเกิดการระคายเคือง หรือผื่นคัน อาจทำให้เกิดการติดเชื้อตามมา

1.5.2 ไม่สวนล้างช่องคลอด และไม่ใช่นิ้วล้างเข้าไปล้างภายในช่องคลอดจะทำให้เชื้อปกติที่อยู่ในช่องคลอดมีจำนวนลดลง และความเป็นกรดค้างของช่องคลอดเปลี่ยนแปลง

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ ได้แก่การตรวจค้นหาความผิดปกติของปากมดลูก ด้วยวิธีการ Pap Smear เป็นประจำ ปีละ 1 ครั้ง

#### PRECEDE Framework

ในการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคล ว่ามีสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากปัจจัยอะไรบ้างนั้น มีแนวคิดในการวิเคราะห์ห้อยู่ 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

กลุ่มที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ หรือความตั้งใจ ใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกบุคคล (Extra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง การเศรษฐกิจ การศึกษา การศาสนา องค์ประกอบด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจากทั้งปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล

ซึ่งจากการศึกษาของนักพฤติกรรมศาสตร์ในกลุ่มนี้ได้สรุปว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลคือ

1. ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
2. การประเมินผลประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข
3. โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรงและการเสี่ยงต่อการเกิดโรค
4. องค์ประกอบทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม
5. ความรู้
6. องค์ประกอบด้านประชาชน

โดยแนวคิดในกลุ่มที่ 3 จะนำทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ จิตวิทยาสังคม สังคมศาสตร์ ประชากรศาสตร์ และสาขาอื่น ๆ เข้ามาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรมและพยายามหาทางแก้ปัญหาโดยการผสมผสานในวิชาชีพสาขาต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินการด้วยกัน (บุญเยี่ยม, 2541)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม สุขภาพ (PRECEDE Framework) ซึ่งเป็นรูปแบบการวิเคราะห์ปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกบุคคลของ Green *et al.* (1980) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

PRECEDE Framework เป็นคำย่อมาจาก Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation. เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงาน สุขศึกษามีแนวคิด ว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไปกระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับโดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่ง คือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การวิเคราะห์ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 7 ขั้นตอน

#### ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Phase 1: Social Diagnosis)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์ โดยการประเมิน สิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น ผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน ผู้ใช้แรงงาน ผู้บริโภคหรือแม่แต่สตรีวัย 35 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยครั้งนี้ สิ่ง que ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ

### ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Phase 2: Epidemiological Diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยา จะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค และภาวะสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเกิดการกระจายของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ทางพฤติกรรม (Phase 3: Behavioral Diagnosis)

จากปัจจัยปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น สาเหตุจากพันธุกรรมหรือสภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยกระบวนการสุขศึกษา จะให้ความสนใจประเด็นที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ

### ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Phase 4: Educational Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนศึกษา โดยขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งประกอบประกอบของ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ และความคิด ร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคม ที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1974) ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือได้รับเชื้อโรค ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพ และความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่จะได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง

ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญให้ความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพแต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะเวลา ฯลฯ นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญ ก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ปัจจัยเอื้อ จึงเป็นสิ่งช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้ง่ายขึ้น

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือ พฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริม จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีนั้น ปัจจัยเสริมที่สำคัญ อาจได้แก่ คู่สมรส บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยเสริม อาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง ไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง และอิทธิพลของบุคคลต่างๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการ แสดงพฤติกรรมนั้นๆ ก็ได้

การดำเนินงานในขั้นตอนการวิเคราะห์ทางการศึกษา จะเป็นการพิจารณาว่าปัจจัยต่างๆ ที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริมนั้น มีปัจจัยเฉพาะอะไรบ้าง ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรม สุขภาพในลักษณะที่ต้องการได้ ถ้าได้มีการปรับปรุงแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใหม่ให้เหมาะสม จัดลำดับความสำคัญของปัจจัย จัดกลุ่มปัจจัย และ ความยากง่ายของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่างๆ เหล่านั้น ก็จะทำให้การวางแผนในขั้นต่อไปมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

#### ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Selection of Educational Strategies)

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์และ เทคนิคในการดำเนินงานด้านสุขศึกษามาใช้ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสม และสอดคล้องกับ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านข้างต้นด้วย เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพในที่สุด นอกจากนี้การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสาน เทคนิคกลวิธีด้านสุขศึกษาที่หลากหลายเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

#### ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Phase 6: Administrative Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อ การดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการ สำเร็จบรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงข้าม คือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่นๆ ในองค์กร ดังนั้น

ในการวางแผนเพื่อดำเนินงานสุขศึกษาใด ๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าในขั้นตอนอื่นๆ และจะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรม

### ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Phase 7: Evaluation)

ขั้นตอนนี้ไม่มีแสดงอยู่ในแผนภูมิ แต่จะมีปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยขั้นตอนนี้ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมิน และดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลใน PRECEDE Framework จะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินโครงการหรือโปรแกรมสุขศึกษา การประเมินผลกระทบของโครงการหรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุด คือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว

### ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

Rosenstock (1974) เป็นผู้ริเริ่มแบบแผนตามความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ อธิบายพฤติกรรมป้องกันของบุคคล การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหนีออกห่างจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตของเขาพอสมควร
3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยง หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความอาย ความเจ็บป่วย

## องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Becker (1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่นๆนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกัน โรคมียาระยะเฉียดดังนี้

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำและความรู้สึของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรค

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และความต้องการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน

3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน (Perceived Benefits) เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนแล้วยังรวมไปถึงเวลาความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมามีเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ แม้บุคคลจะหาข้อหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือการรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น ย่อมเป็นทางที่ดีก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรคหรือหายจากโรคและในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าเป็นข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด การตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความไม่สบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้น

การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถ  
ใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการป้องกันและรักษาโรคได้

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์  
หรือสิ่งที่มีกระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา Becker (1975) ได้กล่าว เพื่อให้แบบ  
แผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมี 2 ด้านคือ สิ่งชักนำ  
ภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการ  
ของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่  
การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา  
บิดา มารดา เป็นต้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) นับว่าเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรค  
ต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วม  
จะประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น  
ความรู้ ความสลับซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตาม  
การให้บริการ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอของ  
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้รับบริการ และ ตัวแปรด้านสนับสนุนแนวคิดของแบบแผน  
ความเชื่อด้านสุขภาพ

7. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้น  
ด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทักษะคิดและค่านิยมทางด้าน  
สุขภาพ เป็นต้น เช่นมารดา ที่มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร ได้แก่ ความกังวลใจเกี่ยวกับ  
สุขภาพของบุตร ความรักและความห่วงใยต่อบุตร มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำในการ  
รักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าองค์ประกอบเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเชื่อในการปฏิบัติ  
ตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาลและแรงจูงใจทางสุขภาพนี้อาจจะกล่าวได้ว่าเป็นค่านิยมที่บุคคล  
ให้ต่อสุขภาพก็ได้

จากแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 7 ปัจจัยดังกล่าว  
Becker (1975) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาอธิบายการป้องกันโรคหรือ  
พฤติกรรมสุขภาพอื่นๆซึ่งได้รับการยอมรับจากบุคคลทั่วไป

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรีกลุ่มต่างๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 ได้ผลการวิจัยแตกต่างกันไปดังนี้

ประดับ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว ในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตปริมณฑล พบว่า ร้อยละ 87.5 มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกระดับปฐมภูมิที่ไม่พึงประสงค์ในด้านการป้องกันการติดเชื้อมากที่สุด ในระดับปฐมภูมิ มีเพียงร้อยละ 16.0 เท่านั้นที่ไปรับการตรวจหาเซลล์มะเร็งเรื้องปากมดลูก ร้อยละ 92.8 มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ถูกต้อง และพบว่าการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกในระดับทุติยภูมิ

พรรณี (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกในหญิงอาชีพพิเศษ ในกรุงเทพมหานครพบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกที่ไม่พึงประสงค์ในเรื่อง การไม่หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ การใช้นิ้วลิ้นล้างช่องคลอด การใช้น้ำส้วนล้างช่องคลอด การไม่ไปรับการตรวจหาเซลล์มะเร็งเรื้องปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ และพบว่าการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกระดับทุติยภูมิ และพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกระดับปฐมภูมิ

ปาจริย์ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกร ในภาคใต้ตอนบน พบว่าแม่บ้านเกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกที่ไม่พึงประสงค์ทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ระดับปฐมภูมิพบว่า มีพฤติกรรมที่ไม่หลีกเลี่ยง ควันบุหรี่ร้อยละ 71.0 ไม่ได้สังเกตความผิดปกติของอวัยวะเพศสามีก่อนการร่วมเพศร้อยละ 63.5 การไม่ล้างอวัยวะเพศร้อยละ 50.8 การป้องกันในระดับทุติยภูมิพบว่าไม่ได้รับการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งร้อยละ 95.3 และพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูก การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกระดับปฐมภูมิ

อรศรี (2544) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 25-60 ปีที่แต่งงานแล้ว ในอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า สตรีที่ศึกษามีความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและอุปสรรคอยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคและผลประโยชน์ในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกไม่พึงประสงค์ และพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูก

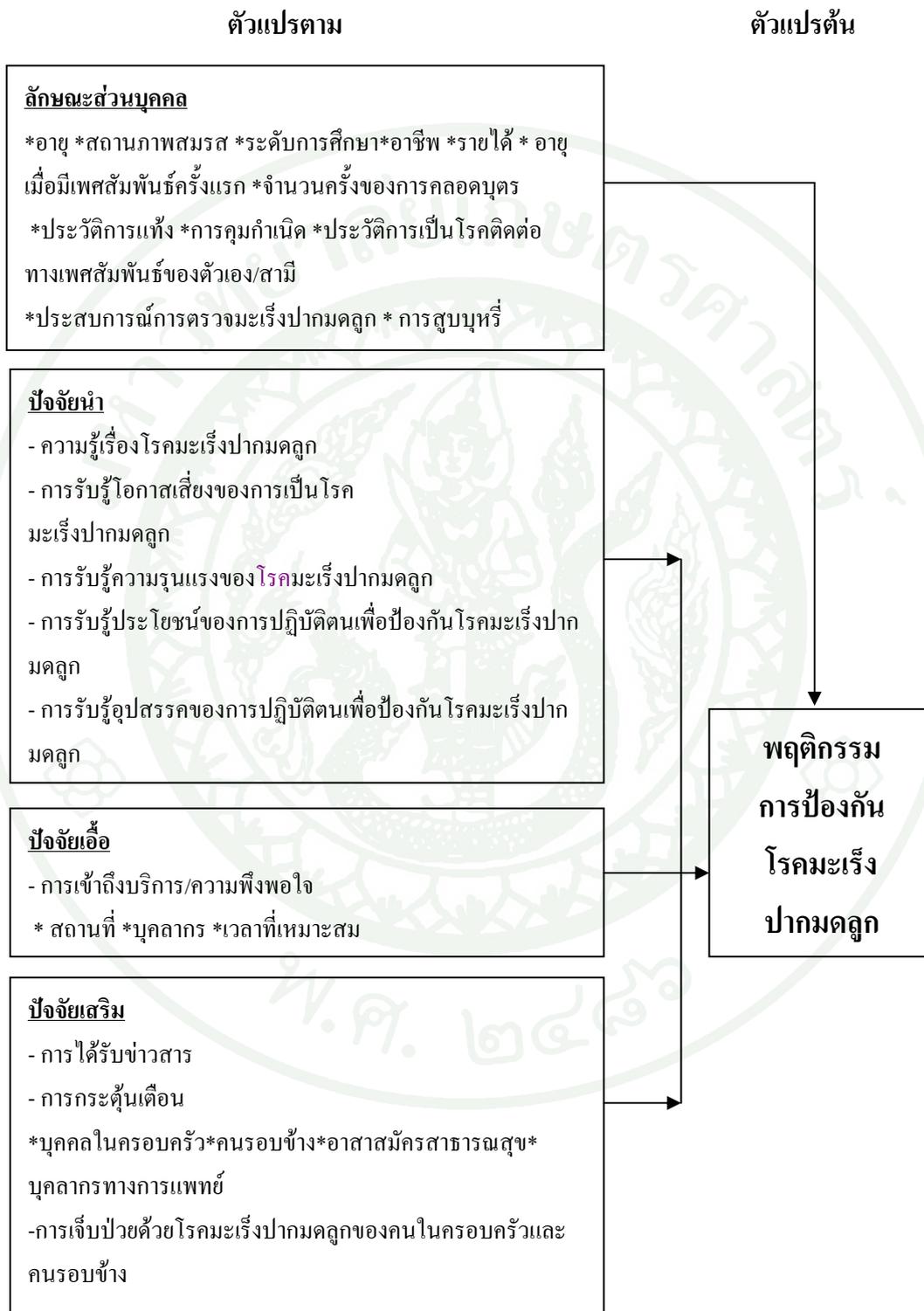
โสภิตา (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก ในสตรีที่แต่งงานแล้วในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าปัจจัยทางด้านชีวสังคม ได้แก่ การศึกษา รายได้ การมีบุตร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ส่วนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก และพบว่าพฤติกรรมมาตรวจมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มที่เคยตรวจ และไม่เคยตรวจมีความแตกต่างกันในเรื่อง ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคการมารับการตรวจ แรงจูงใจด้านสุขภาพ ทักษะคิดต่อการตรวจ และแรงสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกัน

จันทิมา และคณะ (2545) ได้ศึกษา ความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดนครนายก พบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิที่ไม่พึงประสงค์ คือ วิธีการทำความสะอาดอวัยวะเพศไม่ถูกต้อง การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ในระดับทุติยภูมิคือไม่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ และพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สถานภาพสมรส ฐานะการเงิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ

จำปี (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การศึกษา และสถานภาพสมรส นอกนั้นไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับ



## กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
3. ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
4. ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

## อุปกรณ์และวิธีการ

### อุปกรณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ประเภทการสำรวจ (Survey Research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นสตรีที่มีอายุ 35- 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม มีระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป มีจำนวน 664 คน หาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Taro Yamane(Yamane, 1973) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 250

$$\text{คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสูตร } n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ e เท่ากับ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง กำหนดเท่ากับ 0.05  
 N เท่ากับ ขนาดของประชากร  
 n เท่ากับ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าสูตร } n &= \frac{664}{1 + 664(0.05)^2} \\ &= \frac{664}{1 + 664(0.0025)} \\ &= \frac{664}{2.66} = 249.62 \end{aligned}$$

$$\text{ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง} = 250$$

หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านจำนวน 8 หมู่บ้าน โดยใช้สูตรการคำนวณหาสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน ในช่วงเดือนเดือน พฤศจิกายน 2552 - ธันวาคม 2552

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง X จำนวนสตรีอายุ 35- 60 ปีในแต่ละหมู่บ้าน  
จำนวนสตรีอายุ 35-60 ปี ทั้งหมดในเขตตำบล  
ดอนมะโนรา อำเภอบางคนทีจังหวัดสมุทรสงคราม

**ตารางที่ 1** จำนวนประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายหมู่บ้าน

ชื่อหมู่บ้าน	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1. บ้านบังปิ่น	84	32
2. บ้านคลองรางกล้วย	77	29
3. บ้านดอนสาม	115	43
4. บ้านรางน้ำผึ้ง	122	45
5. บ้านดอนมะโนรา	92	35
6. บ้านอาม้าพัฒนา	84	32
7. บ้านหนองปลาเล็ก	32	12
8. บ้านคลองแค	58	22
รวม	664	250

แล้วหากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านโดยวิธีการจับสลากหมายเลข จากรายชื่อกลุ่มเป้าหมายของแต่ละหมู่โดยใช้การเลือกแบบไม่มีการแทนที่จนครบตามจำนวนของขนาดกลุ่มตัวอย่าง (บุญธรรม, 2540)

เพื่อความสะดวกในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจำนวน 250 ชุด โดยเพิ่มจำนวนในหมู่ที่มีการเก็บข้อมูลน้อยที่สุด คือ หมู่ที่ 7 บ้านหนองปลาเล็ก

อุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ เป็นเครื่องมือซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคำถามเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส อายุการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การผ่านการคลอดบุตร ประวัติการแท้ง การคุมกำเนิด วิธีคุมกำเนิด ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของตัวเอง/สามี ประสิทธิภาพการตรวจมะเร็งปากมดลูก การสูบบุหรี่ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ(Checklist) และเติมข้อความ ( Open - ended) จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยนำด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 19 และ 20 ข้อคำถามทางลบ จำนวน จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 6, 7, 9, 13, 15 และ 18 โดยแบ่งเป็น ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบ ลิเคิต (Likert Scale) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยกำหนดให้ค่าแต่ละค่ามีความหมาย ดังนี้

-ใช่	1 คะแนน
-ไม่ใช่	2 คะแนน
-ไม่ทราบ	3 คะแนน

การแปลผลโดยแบ่งระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกเป็น 3 ระดับด้วยกัน โดยพิจารณาจากค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ของคะแนนที่ได้ (บุญธรรม, 2549) ตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน (0-20คะแนน)	ระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก
3.0 – 6.9	มีความรู้น้อย
7.0 – 11.9	มีความรู้ปานกลาง
12.0 – 20.0	มีความรู้มาก

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 30 ข้อเป็นคำถามด้านบวก 22 ข้อ ได้แก่ข้อ 2-23 ด้านลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 และ ข้อ 24-30 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบ ลิเคิต (Likert Scale) โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยกำหนดให้ค่าแต่ละค่ามีความหมาย ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามทางบวก (คะแนน)	คำถามทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน แบ่งการรับรู้  
ออกเป็น 3 ระดับ คือ

3.68 – 5.00 คะแนน มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง

2.34 – 3.67 คะแนน มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง

1.00 – 2.33 คะแนน มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ

การแปลความหมาย ในการแบ่งการรับรู้ผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 3 ระดับ ด้วยกันโดยพิจารณา  
จากค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ของคะแนนที่ได้ (บุญธรรม, 2549) ตามเกณฑ์ ดังนี้

รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ (0-40 คะแนน)

คะแนน	ระดับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
13.0 – 25.9	มีโอกาสน้อย
26.0 – 31.9	มีโอกาสปานกลาง
32.0 – 40.0	มีโอกาสมาก

รับรู้ ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 ข้อ (0-24 คะแนน)

คะแนน	ระดับความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก
7.0 – 8.9	มีความรุนแรงน้อย
9.0 – 12.9	มีความรุนแรงปานกลาง

13.0 – 24.0

มีความรุนแรงมาก

รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค จำนวน 7 ข้อ (0-28 คะแนน)

คะแนน	ระดับประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค
7.0 – 191.9	มีประโยชน์น้อย
20.0 – 23.9	มีประโยชน์ปานกลาง
24.0 – 28.0	มีประโยชน์มาก

รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค จำนวน 7 ข้อ (0-28 คะแนน)

คะแนน	ระดับอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค
11.0 – 19.9	มีอุปสรรคน้อย
20.0 – 23.9	มีอุปสรรคปานกลาง
24.0 – 28.0	มีอุปสรรคมาก

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 18 ข้อ เป็นคำถามด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ๗ โดยกำหนดให้ค่าแต่ละค่ามีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	4 คะแนน
เห็นด้วย	ให้	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน

ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ตามตัวแปรที่ศึกษา นำค่าเฉลี่ยที่ได้มาวิเคราะห์โดยเทียบเกณฑ์การแปลความหมาย ในการแบ่งผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 3 ระดับ ด้วยกัน โดยพิจารณาจากค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ของคะแนนที่ได้ (บุญธรรม, 2549) ตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนน(0-32 คะแนน)	ระดับปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน (8 ข้อ)
9.0 – 23.9	มีปัจจัยเอื้อน้อย
24.0 – 26.9	มีปัจจัยเอื้อปานกลาง
27.0 – 32.0	มีปัจจัยเอื้อมาก

คะแนน(0-40 คะแนน)	ระดับปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน (10 ข้อ)
13.0 – 19.9	มีปัจจัยเสริมน้อย
20.0 – 28.9	มีปัจจัยเสริมปานกลาง
29.0 – 40.0	มีปัจจัยเสริมมาก

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดให้ค่าแต่ละค่ามีความหมาย ดังนี้

-พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ	5 คะแนน
-พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกค่อนข้างบ่อย	4 คะแนน
-พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกบางครั้ง	3 คะแนน
-พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกน้อย	2 คะแนน
-พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่เคย	1 คะแนน

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ตามตัวแปรที่ศึกษา นำค่าเฉลี่ยที่ได้มาวิเคราะห์โดยเทียบเกณฑ์การแปลความหมาย ในการแบ่งผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 3 ระดับ ด้วยกัน โดยพิจารณาจากค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ของคะแนนที่ได้ (บุญธรรม, 2549) ตามเกณฑ์ ดังนี้

(0- 90คะแนน)	ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก
44.0 – 61.9	มีการปฏิบัติน้อย
62.0 – 75.9	มีการปฏิบัติปานกลาง
76.0 – 90.0	มีการปฏิบัติมาก

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้โดยมีเกณฑ์ให้ชี้จุดกึ่งกลางเป็นหลักจาก 1 ไปถึง 5 ดังนี้ (Best) อังใน (วสุธาร, 2534)

คำถามเชิงเชิงบวก	คำถามเชิงลบ	
1.00 – 1.50	4.51 – 5.00	ไม่เคยปฏิบัติ
1.51 – 2.50	3.51 – 4.50	ปฏิบัติน้อยครั้ง
2.51 – 3.50	2.51 – 3.50	ปฏิบัติบางครั้ง
3.51 – 4.50	1.51 – 2.50	ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย
4.51 – 5.00	1.00 – 1.50	ปฏิบัติเป็นประจำ

#### การสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร ตำราวิชาการและสื่อต่างๆ ทางอิเล็กทรอนิกส์ ที่เกี่ยวกับการสร้างแบบสอบถามสำหรับการวิจัย
2. ศึกษา ค้นคว้า เนื้อหาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ โรคมะเร็งปากมดลูก
3. นำข้อมูลต่างๆที่ได้จากการศึกษาค้นคว้ามาสร้างแบบสอบถามให้มีเนื้อหาสาระครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิด
4. นำเครื่องมือที่สร้างเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ด้าน โครงสร้าง เนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไข
5. ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม

5.1 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง

5.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วไปทดสอบกับกลุ่มสตรีที่มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียง กับกลุ่มประชากรที่จะทำการศึกษา แต่คนละพื้นที่กัน โดยเลือกพื้นที่ที่ใกล้เคียงคือ ตำบลจอมปลวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 30 คนแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

- แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .73
- แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็น โรคมะเร็งปากมดลูก ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .75
- แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .82
- แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .77
- แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86
- แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .72
- แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .81
- แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .74

5.3 ในส่วนของการวัดความรู้ความเข้าใจวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกและความยากง่ายรายข้อ โดยใช้วิธี Kuder Richardson (KR-20) ได้ค่าอำนาจจำแนกมากกว่า .20 ขึ้นไป และได้ค่าความยากง่ายรายข้อระหว่าง .20-.80 ผลการวิเคราะห์หามีค่าอำนาจจำแนกและความยากง่ายตามเกณฑ์จำนวน 20 ข้อ

5.4 ในส่วนของแบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยการทดสอบค่าT (Independent t- test) ข้อที่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ถือว่ามีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผลการวิเคราะห์หามีค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์จำนวน 30 ข้อ

5.5 ในส่วนของแบบวัดความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยการทดสอบค่าT (Independent t- test) ข้อที่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ถือว่ามีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผลการวิเคราะห์หามีค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์จำนวน 18 ข้อ

5.6 ในส่วนของแบบวัดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยการทดสอบค่าT (Independent t- test) ข้อที่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ถือว่ามีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผลการวิเคราะห์หามีค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์จำนวน 18 ข้อ

6. นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแบบสอบถามขั้นสุดท้ายและเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก เพื่อตรวจสอบจนอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

## วิธีการ

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยตำบลคอนมะโนราและสถานีอนามัยบ้านคอนมะโนราอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ติดต่อขอรายชื่อกลุ่มประชากรเป้าหมายของสถานีนามัยทั้ง 2 แห่ง
2. นำรายชื่อดังกล่าวมาจับฉลากตามสัดส่วนของแต่ละหมู่บ้านตามสูตรการคำนวณ
3. จัดทำหนังสือขอความร่วมมือ พร้อมคำชี้แจงไปยังสถานีนามัยทั้ง 2 แห่ง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งปากมดลูกประจำสถานีนามัยนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่จับฉลากได้
4. เก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนภายใน 1 เดือน
5. นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย (Descriptive Statistics) ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม
2. สถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square Test) และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

## ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

### ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเภทการสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 – 60 ปี ในเขตตำบลดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 250 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด ทฤษฎี พฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และPRECEDE Framework

นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ คำนวณค่าสถิติ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติพรรณนาหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และใช้สถิติอ้างอิง หาค่าความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี 6 ส่วน ดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคล ตารางที่ 2-6
2. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ตารางที่ 6-8
3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ตารางที่ 9-13
4. ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ตารางที่ 14-15
5. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ตารางที่ 16-17
6. ผลการทดสอบสมมติฐาน ตารางที่ 18-21

## ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสตรีในกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

(n=250)		
ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)</b>		
น้อยกว่า 40	59	23.6
40-44	55	22.0
45-49	45	18.0
50-54	52	20.8
55-60	39	15.6
รวม	250	100
$\bar{X}$ 46.18 , SD = 7.264 , Max= 60 ,Min = 35		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	4	1.6
ประถมศึกษา	210	84.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	7.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	3.2
ปริญญาตรี	9	3.6
รวม	250	100
<b>อาชีพ</b>		
ทำสวน	104	41.6
รับจ้างทั่วไป	87	34.8
รับจ้างในโรงงาน	16	6.4
ค้าขาย	29	11.6
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	5	2.0
แม่บ้าน ทำงานบ้าน	9	3.6
รวม	250	100

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

		(n=250)	
	ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
รายได้ (บาท)			
	น้อยกว่า 5,000	110	44.0
	ระหว่าง 5,000 – 9,999	116	46.4
	ตั้งแต่ 10,000 ขึ้น	24	9.6
	รวม	250	100
	$\bar{X}$ 6,506.92, SD = 6391.99 , Max = 50,000 , Min = 1,000		
สถานภาพสมรส			
	โสด	16	6.4
	คู่	205	82.0
	หม้าย/หย่า/แยก	29	11.6
	รวม	250	100
อายุการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ปี) (n= 234)			
	ต่ำกว่า 20	70	30.0
	20- 24	101	43.2
	25 – 29	42	17.9
	ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป	21	8.9
	$\bar{X}$ = 22.56 , SD = 5.235 , Max = 47, Min = 13		
จำนวนครั้งของการคลอดบุตร (n=234)			
	ไม่เคยคลอด	42	17.9
	1 – 2 ครั้ง	120	51.3
	ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	72	30.8
	$\bar{X}$ = 1.85, SD = 1.399 , Max = 7		
การคุมกำเนิด(n=234)			
	ไม่เคยคุมกำเนิด	43	18.4
	เคยคุมกำเนิด	191	81.6

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

		(n=250)	
	ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
จำนวนการแท้งบุตร(n=234)			
	ไม่เคยแท้ง	166	70.9
	1 ครั้ง	60	25.7
	มากกว่า 1 ครั้ง	8	3.4
ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของสามี (n=234)			
	ไม่เคยผิดปกติ	189	80.8
	เคย	25	10.7
	ไม่ทราบ	20	8.5
ประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูก(n=250)			
	ไม่เคยตรวจ	58	23.2
	ตรวจปีละครั้ง	144	57.6
	ตรวจไม่สม่ำเสมอ	48	19.2
สถานที่ไปรับการตรวจ(n=192)			
	สถานีนอามัย	142	74.0
	โรงพยาบาล	35	18.2
	คลินิก	15	7.8
การสูบบุหรี่ ((n=250)			
	ไม่สูบบุหรี่	138	55.2
	สูบบุหรี่	23	9.2
	คนในครอบครัวสูบ	89	35.6

จากตารางที่ 2 พบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 23.6 อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 46.18 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.0 อาชีพส่วนใหญ่ทำสวนและรับจ้าง ร้อยละ 41.6 และ 34.8 ตามลำดับ ร้อยละ 90.4 รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท สูงสุด 50,000 บาท โดยเฉลี่ย 6,506.92 บาทต่อเดือน สถานภาพสมรสสูงถึงร้อยละ 82.0 อายุการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกระหว่าง 20-24 ปี ร้อยละ 40.4 อายุการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยเฉลี่ย 22.56 ปี ต่ำสุด 13 ปี สูงสุด 47 ปี จำนวนการผ่านการคลอดบุตร 2-1 คน ร้อยละ 51.2 จำนวนการผ่านการคลอดบุตร ต่ำสุด 0 คน สูงสุด 7 คน จำนวนครั้งของการคลอดบุตรโดยเฉลี่ย 1.85 ครั้ง ไม่เคยแท้งบุตร ร้อยละ 70.9 แท้ง สูงสุด 4 ครั้ง คุมกำเนิด ร้อยละ 81.6 สามีเคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 10.7 เกินครึ่ง ร้อยละ 57.6 มีประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละ 1 ครั้ง ส่วนใหญ่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่สถานอนามัย ร้อยละ 74.0 สตรีกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 9.2 แต่คนในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 35.6

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของการวางแผนครอบครัวจำแนกตามชนิดของการคุมกำเนิด

ชนิดการวางแผนครอบครัว	ไม่เคย		เคย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ยาเม็ดคุมกำเนิด	133	53.2	117	46.8
ยาฉีดคุมกำเนิด	161	64.4	89	35.6
ทำหมัน	179	71.6	71	28.4
ถุงยางอนามัย	243	97.2	7	2.8
ใส่ห่วง	244	97.6	6	2.4
ยาฝัง	246	98.4	4	1.6

จากตารางที่ 3 พบว่า สตรีเคยคุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิดสูงสุดร้อยละ 46.8 รองลงมาได้แก่ ยาฉีดคุมกำเนิดร้อยละ 35.6 และทำหมันร้อยละ 28.4 นอกนั้นไม่ถึงร้อยละ 3

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของ อาการผิดปกติ

อาการผิดปกติ	ไม่เคย		เคย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตกขาวสีขุ่นคล้ายหนอง	231	92.4	19	7.6
ปัสสาวะแสบขัดร่วมกับตกขาวผิดปกติ	238	95.2	12	4.8
มีตุ่มน้ำใส ตุ่มหนองหรือแผลบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนัก	246	98.4	4	1.6
มีติ่งเนื้อบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนัก	246	98.4	4	1.6
ร่วมกับตกขาวผิดปกติ				

จากตารางที่ 4 พบว่า สตรีเคยมีอาการตกขาวสีขุ่นคล้ายหนอง ร้อยละ 7.6 อาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับตกขาวผิดปกติร้อยละ 4.8 ส่วนอาการมีตุ่มน้ำใส ตุ่มหนองหรือแผลบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนักและมีติ่งเนื้อบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนักร่วมกับตกขาวผิดปกติเท่ากันร้อยละ 1.6

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของ เหตุผลที่ไม่ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

เหตุผล	ไม่ใช่		ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีเวลา	239	95.6	11	4.4
อาย	215	86.9	34	13.6
กลัวเจ็บ	243	97.2	7	2.8
กลัวตรวจพบว่า เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	244	97.6	6	2.4
ไม่มีอาการผิดปกติ	208	83.2	42	16.8
อื่นๆ	244	97.6	6	2.4

จากตารางที่ 5 พบว่า เหตุผลที่ไม่ไปตรวจมะเร็งเรื้องปากลมดลูกสูงสุดร้อยละ 16.8 คือไม่มีอาการผิดปกติ รองลงมาได้แก่อายุร้อยละ 13.6 ถัดมาตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็งปากลมดลูกเพียงร้อยละ 2.4

ตารางที่ 6 จำนวนและ ร้อยละ ของ เหตุผลที่ไปรับบริการตรวจมะเร็งเรื้องปากลมดลูก

เหตุผล	ไม่ใช่		ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลัวเป็นมะเร็งเรื้องปากลมดลูก	173	69.2	77	30.8
มีอาการผิดปกติ	232	92.8	18	7.2
มีการรณรงค์	127	50.8	123	49.2

จากตารางที่ 6 พบว่า เหตุผลที่ไปตรวจมะเร็งเรื้องปากลมดลูกสูงสุดร้อยละ 49.2 คือมีการรณรงค์ รองลงมาได้แก่กลัวเป็นมะเร็งเรื้องปากลมดลูกร้อยละ 30.8 ส่วนมีอาการผิดปกติร้อยละ 7.2

## ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเรื้องปากลมดลูก

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของความรู้จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเรื้องปากลมดลูก

ระดับความรู้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อย	69	27.6
ปานกลาง	140	56.0
มาก	41	16.4
รวม	250	100

$\bar{X} = 9.62$  , S.D. = 2.9702 , min = 7 , max = 12 , คะแนนเต็ม = 20

จากตารางที่ 7 พบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.0 และระดับน้อยร้อยละ 27.6 ส่วนน้อยและร้อยละ 16.4 มีความรู้ในระดับมาก

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของคำตอบจำแนกตามข้อความรู้เรื่องโรคมะเร็ง ปากมดลูก

ข้อความถาม	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การคิดเชื่อไวรัสหูดหงอนไก่ทำให้มีโอกา เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้ง่าย	81	32.4	169	67.6
2. สตรีที่แต่งงานเมื่ออายุน้อยมีโอกา เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่แต่งงานอายุมาก	132	52.8	118	47.2
3. สตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์จะมีโอกา เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	150	60.0	100	40.0
4. การผ่านการคลอดหลายครั้งไม่มีความ เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	77	30.8	173	69.2
5. สตรีที่มีบุตรหลายคนมีโอกา เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่ไม่มีบุตร	123	49.2	127	50.8
6. สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหลายคน ไม่มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	147	58.8	103	41.2
7. สตรีที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ระยะเวลาานานตั้งแต่ ปีขึ้นไปไม่มีความ เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	59	23.6	191	76.4
8. การสูบบุหรี่เป็นประจำเป็นเวลานาน มีผลต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	84	33.6	166	66.4
9. สตรีที่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ เป็นประจำไม่มีความเสี่ยงต่อการ เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	97	38.8	153	61.2
10. สตรีที่มีสามีเป็นโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ เช่น เริม หูดหงอน ไก่ เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูง	180	72.0	70	28.0
11. การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ดีที่สุดคือไปตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นประจำทุกปี	225	90.0	25	10.0
12. โรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรกไม่มี อาการผิดปกติให้เห็นแต่ตรวจพบ ด้วยการตรวจมะเร็งปากมดลูก	200	80.0	50	20.0

## ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อความถาม	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
13. สตรีร่างกายแข็งแรงไม่มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	63	25.2	187	74.8
14. โรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจะมีเลือดออกทางช่องคลอดหลังร่วมเพศ ตกขาวมีกลิ่นเหม็น	196	78.4	54	21.6
15. โรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรกไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	62	24.8	188	75.2
16. การฉายแสงเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก	142	56.8	108	43.2
17. การใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาเป็นการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	96	38.4	154	61.6
18. การตรวจมะเร็งปากมดลูกควรตรวจในขณะมีประจำเดือน	228	91.2	22	8.8
19. สตรีควรเริ่มไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเมื่อมีเพศสัมพันธ์แล้วหรืออายุ 35 ปีขึ้นไป	192	76.8	558	23.2
20. การตรวจมะเร็งปากมดลูกควรตรวจเว้นการมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 48 ชั่วโมง	122	48.8	128	51.2

จากตารางที่ 8 พบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามได้ถูกต้องร้อยละ 75 ขึ้นไปใน ข้อคำถาม 1.สตรีควรเริ่มไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเมื่อมีเพศสัมพันธ์แล้วหรืออายุ 35 ปีขึ้นไป 2.โรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจะมีเลือดออกทางช่องคลอดหลังร่วมเพศ ตกขาวมีกลิ่นเหม็น 3.โรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรกไม่มีอาการผิดปกติให้เห็นแต่ตรวจพบด้วยการตรวจมะเร็งปากมดลูก 4.การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ดีที่สุดคือไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี 5.การตรวจมะเร็งปากมดลูกควรตรวจในขณะมีประจำเดือน ตอบถูกร้อยละ 76.8 78.4 80.0 90.0 และ 91.2 ตามลำดับ คำถามที่ตอบถูกน้อยกว่าร้อยละ 25 ได้แก่ ข้อคำถาม โรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรกไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และสตรีที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดระยะเวลาานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ตอบถูกร้อยละ 24.8 และ 23.6 ตามลำดับ

### ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของ การรับรู้จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการ เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการ เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อย	78	31.2
ปานกลาง	122	48.8
มาก	50	20.0
รวม	250	100

$$\bar{X} = 28.65 \quad S.D. = 4.3145$$

จากตารางที่ 9 พบว่าสตรีมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางและน้อยร้อยละ 80.0 ระดับมากร้อยละ 20

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของการรับรู้จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของ มะเร็งปากมดลูก

ระดับการรับรู้ความรุนแรง ของมะเร็งปากมดลูก	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อย	63	25.2
ปานกลาง	145	58.0
มาก	42	16.8
รวม	250	100

$$\bar{X} = 11.43 \quad S.D. = 2.2418$$

จากตารางที่ 10 พบว่า สตรีมีการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางและน้อยร้อยละ 83.2 ระดับมากร้อยละ 16.8

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของการรับรู้จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน

(n=250)		
ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อย	68	27.2
ปานกลาง	140	56.0
มาก	42	16.8
รวม	250	100

$$\bar{X} = 22.04 \quad S.D. = 3.3378$$

จากตารางที่ 11 พบว่า สตรีมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลางและน้อยร้อยละ 83.2 ระดับมากร้อยละ 16.8

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของการรับรู้จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน

(n=250)		
ระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อย	85	34.0
ปานกลาง	114	45.6
มาก	51	20.4
รวม	250	100

$$\bar{X} = 21.54 \quad S.D. = 3.3378$$

จากตารางที่ 12 พบว่า สตรีมีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลางและน้อยร้อยละ 79.6 ระดับมากร้อยละ 20.4

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละ ของระดับการรับรู้โดยรวม

(n=250)		
ระดับการรับรู้โดยรวม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อย	56	22.4
ปานกลาง	111	44.4
มาก	83	33.2
รวม	250	100

$$\bar{X} = 83.66 \text{ S.D.} = 7.2094$$

จากตารางที่ 13 พบว่า สตรีมีการรับรู้โดยรวมในระดับปานกลางและน้อยร้อยละ 66.8 ระดับมากร้อยละ 33.2

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละ ของการได้รับปัจจัยเอื้อจำแนกตามระดับการได้รับปัจจัยเอื้อโดยรวม

(n=250)		
ระดับการได้รับปัจจัยเอื้อโดยรวม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อย	40	16.0
ปานกลาง	142	56.8
มาก	68	27.2
รวม	250	100

$$\bar{X} = 25.50 \text{ S.D.} = 3.0023$$

จากตารางที่ 14 พบว่า สตรีได้รับปัจจัยเอื้อโดยรวมในระดับปานกลางและมากร้อยละ 84.0 ระดับน้อยร้อยละ 16.0

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของการได้รับปัจจัยเสริมจำแนกตามระดับ การได้รับปัจจัยเสริมโดยรวม

(n=250)		
ระดับการได้รับปัจจัยเสริมโดยรวม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อย	57	22.8
ปานกลาง	123	49.2
มาก	70	28.0
รวม	250	100

$$\bar{X} = 24.76 \text{ S.D.} = 6.1716$$

จากตารางที่ 15 พบว่า สตรีได้รับปัจจัยเสริมโดยรวมในระดับปานกลางและมากร้อยละ 77.2 ระดับน้อยร้อยละ 22.8

#### ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีโดยรวม

(n=250)		
ระดับพฤติกรรม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อย	71	28.4
ปานกลาง	118	47.2
มาก	61	24.4
รวม	250	100

$$\bar{X} = 69.00 \text{ S.D.} = 9.5617$$

จากตารางที่ 16 พบว่า สตรีส่วนมากมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมในระดับปานกลางและระดับมาก ร้อยละ 71.6.ระดับน้อยร้อยละ 28.4

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ชื่อคำถามพฤติกรรม	$\bar{X}$	SD	แปลความหมาย
1. ท่านหรือคนในครอบครัวสูบบุหรี่	3.08	1.90	ปฏิบัติบางครั้ง
2. ท่านหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีควันบุหรี่	3.43	1.22	ปฏิบัติบางครั้ง
3. ท่านมีเพศสัมพันธ์กับสามีคนเดียว	4.24	1.43	ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย
4. ท่านมีคู่นอนหลายคน	1.21	0.76	ปฏิบัติเป็นประจำ
5. ท่านมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือน	1.17	0.55	ปฏิบัติเป็นประจำ
6. ท่านล้างทำความสะอาดอวัยวะเพศภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งทันที	3.84	1.30	ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย
7. ท่านงดมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่ท่าน/สามี มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ตุ่มน้ำใส ตุ่มหนอง หรือแผล บริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนัก เป็นต้น	2.76	1.85	ปฏิบัติบางครั้ง
8. ท่านงดมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่ท่าน/สามี มีแผลบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนัก	2.79	1.85	ปฏิบัติบางครั้ง
9. ท่านใช้มือส้วมเข้าไปล้างในช่องคลอด	1.96	1.40	ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย
10. ท่านสวนล้างภายในช่องคลอด	1.24	0.79	ปฏิบัติเป็นประจำ
11. ท่านล้างอวัยวะเพศด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ	1.82	1.29	ปฏิบัติเป็นประจำ
12. ท่านชำระล้างอวัยวะเพศภายนอกด้วยสบู่อ่อนๆ และน้ำสะอาดทุกครั้งหลังอาบน้ำ	4.87	0.49	ปฏิบัติเป็นประจำ
13. ท่านทำความสะอาดอวัยวะเพศทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ	4.82	2.10	ปฏิบัติเป็นประจำ
14. ท่านล้างอวัยวะเพศจากช่องคลอดไปทวารหนัก	3.63	1.69	ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย
15. ท่านสังเกตความผิดปกติของผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศ เช่น ตุ่ม ตึงเนื้อ หรือแผล เป็นต้น	3.81	1.47	ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย
16. ท่านสังเกตลักษณะของสิ่งที้ออกมาจากช่องคลอด เช่น ตกขาว เป็นต้น	3.39	1.50	ปฏิบัติบางครั้ง
17. ท่านไปพบแพทย์เมื่อสังเกตพบความผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์	2.52	1.59	ปฏิบัติบางครั้ง
18. ท่านตรวจมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมออย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	3.84	1.60	ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย

จากตารางที่ 17 พบว่าการปฏิบัติเชิงบวกที่ปฏิบัติประจำมี 2 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 11.1 ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย และปฏิบัติบางครั้ง มีอย่างละ 5 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 55.4 ไม่พบปฏิบัติบ่อยครั้งและไม่ปฏิบัติเลย ส่วนการปฏิบัติเชิงลบปฏิบัติประจำเป็นส่วนน้อยค่าเฉลี่ยไม่เกิน 2

## ส่วนที่ 6 ผลการทดสอบสมมติฐาน

**สมมติฐานที่ 1** ลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

**ตารางที่ 18** ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ลักษณะส่วนบุคคล	พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี				$\chi^2$	df	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม			
อายุ					9.105	8	.329
น้อยกว่า 40 ปี	13(22.0)	26(44.1)	20(33.9)	59(100)			
40 - 44 ปี	19(34.5)	27(49.1)	9(16.4)	55(100)			
45 - 49 ปี	11(24.4)	23(59.1)	11(24.4)	45(100)			
50 - 54 ปี	13(25.0)	28(53.8)	11(21.2)	52(100)			
55 - 60 ปี	15(38.5)	14(35.9)	10(25.6)	39(100)			
รวม	71(28.4)	118(47.2)	61(24.4)	250(100)			
สถานภาพสมรส					5.254	2	.072
คู่	56(27.3)	93(45.4)	56(27.3)	205(100)			
โสด หม้าย หย่าแยก	15(33.3)	25(55.6)	5(11.1)	45(100)			
รวม	71(28.4)	118(47.2)	61(24.4)	250(100)			
ระดับการศึกษา					6.608	2	.037*
ประถม	66(31.4)	93(44.3)	51(24.3)	210(100)			
สูงกว่า	5(12.5)	25(62.5)	10(25.0)	40(100)			
ประถมศึกษา							
รวม	71(28.4)	118(47.2)	61(24.4)	250(100)			

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี				$\chi^2$	df	p- value
	น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม			
	อาชีพ						
ทำสวน	29(27.9)	44(42.3)	31(29.8)	104(100)			
รับจ้าง	32(36.8)	40(46.0)	15(17.2)	87(100)			
อื่นๆ	10(16.9)	34(57.6)	15(25.4)	59(100)			
รวม	71(28.4)	118(47.2)	61(24.4)	250(100)			
รายได้ต่อเดือน (บาท)					4.975	4	.290
น้อยกว่า 5,000	38(34.5)	46(41.8)	26(23.6)	110(100)			
5,000 - 9,999	26(22.4)	62(53.4)	28(29.1)	116(100)			
10,000 บาทขึ้นไป	7(29.2)	10(41.7)	7(29.2)	24(100)			
รวม	71(28.4)	118(47.2)	61(24.4)	250(100)			
อายุเมื่อมี เพศสัมพันธ์ครั้งแรก(ปี)					24.030	6	.001**
น้อยกว่า 20	34(39.5)	43(50.0)	9(10.5)	86(100)			
20 - 24	25(24.8)	50(49.5)	26(25.7)	101(100)			
25 - 29	10(23.8)	16(38.1)	16(38.1)	42(100)			
ตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป	2(9.5)	9(42.9)	10(47.6)	21(100)			
รวม	71(28.4)	118(47.2)	61(24.4)	250(100)			
จำนวนครั้งของ การคลอดบุตร					5.105	4	.277
ไม่เคย	20(34.5)	27(46.6)	11(19.0)	58(100)			
1-2 ครั้ง	27(22.5)	58(48.3)	35(29.3)	120(100)			
ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	24(33.3)	33(45.8)	15(20.8)	72(100)			
รวม	71(28.4)	118(47.2)	61(24.4)	250(100)			

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	พฤติกรรมการป้องกัน				$\chi^2$	df	P-value
	โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี						
	น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม			
ประวัติการแท้ง					0.579	2	.749
ไม่มีประวัติ	54(29.7)	85(46.7)	43(23.6)	182(100)			
มีประวัติ	17(25.0)	33(48.5)	18(26.5)	68(100)			
รวม	71(28.4)	118(47.2)	61(24.4)	250(100)			
ประวัติการคุมกำเนิด					7.423	2	.024*
ไม่เคยใช้	22(43.1)	17(33.3)	12(23.5)	51(100)			
เคยคุมกำเนิด	46(24.1)	96(50.3)	49(25.7)	191(100)			
รวม	68(28.1)	113(46.7)	61(25.2)	242(100)			
ปีศาจแสบขี้ด					13.949	2	.001**
ร่วมกับตกขาวผิดปกติ							
ไม่มีประวัติ	71(29.8)	114(47.9)	53(22.3)	238(100)			
มีประวัติ	0(0)	4(33.3)	8(66.7)	10(100)			
รวม	71(28.4)	118(47.2)	61(24.4)	250(100)			
มีตุ่มน้ำใส ตุ่มหนอง					5.191	2	.075
หรือแผลบริเวณ							
อวัยวะเพศหรือ							
ทวารหนัก							
ไม่มีประวัติ	69(28.0)	118(48.0)	59(24.0)	246(100)			
มีประวัติ	2(50.0)	0(0)	2(50.0)	4(100)			
รวม	71(28.4)	118(47.2)	61(24.4)	250(100)			
มีติ่งเนื้อบริเวณอวัยวะ					3.136	2	.208
เพศหรือทวารหนัก							
ไม่มีประวัติ	71(28.9)	116(47.2)	59(24.0)	246(100)			
มีประวัติ	0(0)	2(50.0)	2(50.0)	4(100)			
รวม	71(28.4)	118(47.2)	61(24.4)	250(100)			

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	พฤติกรรมกรรมการป้องกัน				$\chi^2$	df	p-value
	โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี						
	น้อย	ปานกลาง	มาก	รวม			
ตกขาวสีปนคล้าย หนอง					10.621	2	.005**
ไม่มีประวัติ	68(29.4)	113(48.9)	50(21.6)	231(100)			
มีประวัติ	3(15.8)	5(26.3)	11(57.9)	19(100)			
รวม	71(28.4)	118(47.2)	61(24.4)	250(100)			
ประวัติการเป็น โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ของสามี					2.300	4	.681
ไม่มีประวัติ	50(27.0)	83(44.9)	52(28.1)	185(100)			
มีประวัติ	6(28.6)	11(52.4)	4(19.1)	21(100)			
ไม่ทราบประวัติ	6(23.1)	15(57.7)	5(19.2)	26(100)			
รวม	62(26.7)	109(47.0)	61(26.3)	232(100)			
ประสบการณ์การ ตรวจมะเร็ง ปากมดลูก					15.131	4	.004**
ไม่เคย	28(48.3)	22(37.9)	8(13.8)	58(100)			
ตรวจปีละ 1 ครั้ง	33(22.9)	70(48.6)	41(28.5)	114(100)			
ตรวจไม่สม่ำเสมอ	10(20.8)	26(54.2)	12(25.0)	48(100)			
รวม	71(28.4)	118(47.2)	61(24.4)	250(100)			
ประวัติการสูบบุหรี่					22.333	4	.000**
ไม่สูบ	25(18.1)	72(52.2)	41(29.7)	138(100)			
สูบ	14(60.9)	7(30.4)	2(8.7)	23(100)			
คนในครอบครัวสูบ	32(36.0)	39(43.8)	18(20.2)	89(100)			
รวม	71(28.4)	118(47.2)	61(24.4)	250(100)			

จากตารางที่ 18 พบว่าระดับการศึกษา อาชีพ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประวัติการคุมกำเนิด ประวัติมีปีศาจแสบซ้ำร่วมกับมีตกขาวผิดปกติในสตรี ประวัติมีตกขาวชุ่นคล้ายหนองในสตรี ประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูก ประวัติการสูบบุหรี่ของสตรีและคนในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 นอกนั้นไม่พบความสัมพันธ์

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า กับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ปัจจัยนำเข้า	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้เรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก	.019	.759
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็น โรคมะเร็งปากมดลูก	.084	.185
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	.044	.486
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน	.086	.173
การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตน	.100	.116

จากตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้ากับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่าปัจจัยนำเข้าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

	ค่าสหสัมพันธ์ ( r )	p- value
ปัจจัยเอื้อ	.112	.078

จากตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า ปัจจัยเอื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ตารางที่ 21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

	ค่าสหสัมพันธ์ ( r )	p- value
ปัจจัยเสริม	.299**	.000

จากตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า ปัจจัยเสริมมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในทางบวก เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ปรากฏว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าเมื่อปัจจัยเสริมเพิ่มมากขึ้นจะทำให้สตรีมีพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีดีขึ้นด้วย

## ข้อวิจารณ์

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงครามผลการศึกษารายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานดังนี้

ผลวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น พบว่า สตรีที่ทำการศึกษามีอายุเฉลี่ย 46.18 ปี กลุ่มอายุที่เก็บข้อมูลได้น้อยที่สุด คือกลุ่มอายุ 55-60 ปี เก็บได้ร้อยละ 15.6 ซึ่งสืบเนื่องมาจากความร่วมมือและความสนใจในการตอบแบบสอบถามมีน้อยการสุ่มจึงต้องละเว้นไป การศึกษาของสตรีกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 84.0 และยังมีกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อาชีพส่วนใหญ่รับจ้างและทำสวน รายได้เฉลี่ย 6,502.92 บาท ต่อเดือน การแต่งงานและการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยกว่า 20 ปีถึงร้อยละ 34.4 มีบุตรมากกว่า 3 คนขึ้นไปร้อยละ 30.8 มีประวัติการแท้งร้อยละ 29.1 สตรีและคนในครอบครัวสูบบุหรี่ร้อยละ 44.8 จากข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ให้เห็นว่า ตำบลคอนมะโนรายังเป็นชุมชนชนบทที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การศึกษาน้อย รายได้ต่ำ ขาดการส่งเสริมอาชีพ ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับที่ต้องเฝ้าระวัง ยังมีสถานการณ์ของการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรีและสามี สตรีที่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 15.6 (39 ราย) สามีมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 18 (45 ราย) การบริการด้านสาธารณสุขเข้าถึงสตรีเนื่องจากมีสถานอนามัยในพื้นที่ สตรีไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่สถานอนามัย ร้อยละ 74 ครอบคลุมร้อยละ 76.8 ตรวจทุกปีร้อยละ 57.6 ตรวจไม่สม่ำเสมอร้อยละ 19.2

สตรีเคยมีอาการตกขาวสีขุ่นคล้ายหนอง ร้อยละ 7.6 รองลงมา อาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับตกขาวผิดปกติร้อยละ 4.8 ส่วนอาการมีค้อน้ำใส ค้อนหนองหรือแผลบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนัก และมีติ่งเนื้อบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนักร่วมกับตกขาวผิดปกติเท่ากันร้อยละ 1.6 จากสถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าสตรีตำบลคอนมะโนรายังไม่ปลอดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ซึ่งสัมพันธ์กับสถิติการใช้ถุงยางอนามัยในการคุมกำเนิดที่มีเปอร์เซ็นต์น้อยเพียงร้อยละ 2.8

สำหรับสตรีที่ไม่มารับบริการตรวจ สาเหตุอันดับ หนึ่งได้แก่ การไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 16.8 อายุ ร้อยละ 13.6 ส่วนสตรีมารับการตรวจเนื่องจากการรณรงค์ ร้อยละ 49.2 กลัวเป็นมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 30.8 จะเห็นได้ว่าการรณรงค์ก็เป็นปัจจัยเสริมอย่างหนึ่งที่กระตุ้นให้สตรีได้มีการดูแลตนเอง

ผลการศึกษาความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีพบว่ามากกว่าครึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56 และน้อย ร้อยละ 27.6 ส่วนใหญ่สตรี ร้อยละ 75 ขึ้นไปทราบว่าตนเองต้องไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเมื่อมีเพศสัมพันธ์แล้วและอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลว่าสตรีมารับการตรวจเนื่องจากการรณรงค์ การรณรงค์ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเน้นที่สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นมะเร็งที่พบมากในช่วงอายุ 30-50 ปี โดยการตรวจทุก 5 ปี ซึ่งทำให้อัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 84 และถ้าตรวจ ทุกปี ลดลงได้ร้อยละ 91-93 (สำนักพัฒนาวิชาการการแพทย์, 2547) ฉะนั้นการรณรงค์จึงน่าจะเป็นวิธีการหนึ่งที่ได้ผลและเกิดประโยชน์ ลด

ค่าใช้จ่ายที่อาจจะเกิดจากการต้องใช้สำหรับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะท้าย และสตรีส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 75 ยังพบว่าโรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรกไม่มีอาการผิดปกติให้เห็นแต่พบได้ด้วยการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก การป้องกันที่ดีที่สุดได้แก่ การไปตรวจเป็นประจำทุกปี และไม่ควรตรวจขณะมีประจำเดือน ถ้าเป็นในระยะลุกลามจะมีเลือดออกทางช่องคลอดหลังร่วมเพศ หากแต่สตรีส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องการรักษาและสาเหตุที่มาจากการรับประทานยาคุมกำเนิดระยะเวลาตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป

ในเรื่องการรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมาเป็นลักษณะทางจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่างๆร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตที่สำคัญที่เรียกว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ Becker (1974) การรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตน ในการป้องกันโรค 4 ด้าน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าทั้ง 4 ด้านส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกรายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปานกลาง ต่ำกว่าร้อยละ 50 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปานกลางมากกว่าร้อยละ 50 จากข้อมูลพื้นฐานของสถานีอนามัย ทราบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งรายเก่าและรายที่ตรวจพบจากการตรวจคัดกรองรายใหม่ จำนวน 7 ราย ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีในสตรีกลุ่มเป้าหมาย จึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ในการปฏิบัติตนด้วยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย อาจสืบเนื่องมาจากในปัจจุบันมีนโยบายและสนับสนุนการรณรงค์ที่ชัดเจน มีสถานบริการใกล้บ้าน ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายซึ่งขัดแย้งกับผลการวิจัยของประดับ(2541) สตรีร้อยละ 92.8 มีการรับรู้เกี่ยวกับ

โรคมะเร็งปากมดลูกไม่ถูกต้องอาจเป็นไปได้จาก ในปี 2541 รัฐบาลยังมีนโยบายด้านการค้นหาคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ชัดเจน ยังขาดการสนับสนุนงบประมาณและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกทั้ง 4 ด้านของสตรีจึงมีน้อยกว่าปัจจุบัน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อ พบว่าระดับการได้รับปัจจัยเอื้อ ซึ่งได้แก่ สถานที่ บุคลากร และเวลาที่เหมาะสม อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 84 แสดงให้เห็นถึงสภาพพื้นที่ของตำบลคอนมะโนราในด้านการดำเนินงานการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกกว่ามีการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้รับบริการ ได้เข้าถึง มีการบริหารจัดการทั้งสถานที่ บุคลากร และเวลาได้เป็นที่พึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสริม พบว่า สตรีได้รับปัจจัยเสริม ซึ่งได้แก่ การได้รับข่าวสาร การกระตุ้นเตือนจากบุคลากรต่างๆ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของคนในครอบครัวและคนรอบข้างอยู่ในระดับดีปานกลางและมาก ร้อยละ 77.2 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีปัจจัยเสริมมากมายที่จะส่งเสริมให้สตรีได้รับรู้ ตั้งแต่การประชาสัมพันธ์ของบุคลากรการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข การณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ หรือแม้แต่การมีค่าตอบแทนที่รัฐบาลออกให้สำหรับผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าโดยรวมสตรีมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางและมากร้อยละ 71.6 ยังพบพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือน การงดมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยในขณะสตรีหรือสามีมีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ มีการใช้มือล้วงเข้าไปล้างช่องคลอด มีการสวนล้างช่องคลอดแต่เป็นการปฏิบัติบางครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณี (2541) และ จันทิมา และคณะ (2545) ส่วนพฤติกรรมการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ พบว่ามีการปฏิบัติอยู่ในระดับค่อนข้างบ่อย และมีถึงร้อยละ 57.6 ซึ่งขัดแย้งกับระดับ (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้วในโรงงานอุตสาหกรรมและพบว่าสตรีรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 16.0 การศึกษาของ จันทิมา และคณะ (2545) ที่ศึกษาในสตรีจังหวัดนครนายกสตรีมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 8.6 และการศึกษาของปาจริย์ (2541) ศึกษาในกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรในภาคใต้ตอนบน พบว่า สตรีรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละครั้งเพียงร้อยละ 4.7 ซึ่งจะเห็นได้ว่าการศึกษาแต่ละกรณีมีความแตกต่างกันตั้งแต่พื้นที่ทำการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง เวลาที่เก็บข้อมูล

สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา เทคโนโลยีที่ทันสมัยขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุให้ผลการศึกษามีการจัดแย้งกัน

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม สอดคล้องกับ พรณี (2541) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในหญิงอาชีพพิเศษในกรุงเทพมหานคร ปาจริย์ (2541) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคใต้ตอนบน หากแต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ จันทิมา และคณะ (2545) ที่พบว่าอายุของสตรีในจังหวัดนครนายกมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและ ประดับ (2541) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของสตรีที่แต่งงานแล้วในโรงงานอุตสาหกรรม มีความเป็นไปได้ ดังนั้น Becker(1974) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัย นำได้แก่ การรับรู้ บุคคล ปัจจัยร่วม ปัจจัยร่วมที่มีผลต่อการนำจะกระทำ เช่นความรู้ที่ได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สื่อมวลชน คำแนะนำ ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนฝูง คนใกล้ชิด สิ่งเหล่านี้อาจเป็นตัวแปรที่ส่งผลให้อายุใช่หรือไม่ใช่ปัจจัยร่วมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมก็ได้

สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับคำกล่าวของ Becker ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยร่วมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคม คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสเป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมาและคณะ (2545) จำปี (2551) ศึกษาว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะปฐมภูมิ

รายได้ จากการวิเคราะห์พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนราซึ่งขัดแย้งกับ จันทิมา และคณะ (2545) ที่พบว่าฐานะการเงินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จากการวิเคราะห์รายได้ต่อ

เดือนของสตรีตำบลคอนมะโนราพบว่ามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,506.92 บาท ซึ่งถือว่าสูงสำหรับพื้นที่ชนบท ที่มีอาชีพรับจ้างและทำสวน ฉะนั้นรายได้ฐานะการเงินของสตรีตำบลคอนมะโนราจึงไม่ได้ส่งผลต่อพฤติกรรมจนมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จากการวิเคราะห์พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับ จำปี (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีบุญเยี่ยม (2541) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1 พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆของบุคคลที่เชื่อว่า ตนเองมีสุขภาพดี ไม่เคยมีความเจ็บป่วยมาก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผลในการป้องกันโรค 2 พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึงกิจกรรมใดๆที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย 3 พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick- role Behavior) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาการต่างๆดีขึ้น การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยถือเป็นพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งย่อมมีความจำเป็นกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและส่งผลต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในอนาคต ดังที่คีนิงนิจ (2550) ได้รวบรวมสาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูกไว้ว่า ช่วงอายุน้อยเน้นช่วงที่มีการกลายรูปของเซลล์ปากมดลูกมาก ช่วงนี้ จะมีความไวต่อสารก่อมะเร็งสูงมากโดยเฉพาะเชื้อ HPV

จำนวนครั้งของการคลอดบุตรและประวัติการแท้ง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนราอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ขัดแย้งกับการศึกษาของ จำปี (2551) ที่พบว่าประวัติการแท้งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ถึงแม้ตามแนวคิดทฤษฎี Orem (1985) จะกล่าวว่าบุคคลต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง ทั่วไป ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามพัฒนาการ ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามภาวะ เบี่ยงเบนทางสุขภาพเช่น สตรีแท้ง จะตระหนักรู้และดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นผลเกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แต่จากการรวบรวมข้อมูล จะพบว่า สตรีไม่มีประวัติแท้งร้อยละ 70.9 ซึ่งห่างจากสตรีที่มีประวัติการแท้งมากทำให้หาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมไม่ได้

Harris and Guten (1979) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะพฤติกรรมการป้องกันเพื่อคงไว้ภาวะสุขภาพดี จำเป็นต่อการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อรักษาสุขภาพ การตั้งครรภ์ เช่นกัน สำหรับสตรีไม่ถือเป็นการเจ็บป่วย การปฏิบัติตนเป็นพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์จึงไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ประวัติการคุมกำเนิด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม จัดแย้งกับการศึกษาของจำปี(2551)ที่ไม่พบความสัมพันธ์ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างของพื้นที่ที่ทำการศึกษาและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรีที่ศึกษาประกอบด้วย อาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับตกขาวผิดปกติ การมีตุ่มใสตุ่มหนองหรือแผลบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนัก การมีติ่งเนื้อบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนัก ตกขาวสีขุ่นคล้ายหนอง จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่าอาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับตกขาวผิดปกติและอาการตกขาวสีขุ่นคล้ายหนองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จำปี(2551) ที่พบว่าการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ บุญเยี่ยม (2541) ที่แบ่งพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพประเภทนี้ว่าเป็น พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย หมายถึงการปฏิบัติพฤติกรรมใดๆเมื่อเกิดการเจ็บป่วยรวมถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วน Pender (1987) ถือว่าเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เป็นการป้องกันโดยการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่นและเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ฉะนั้นเมื่อสตรีมีประวัติการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นง่าย และบ่อยเช่น การปัสสาวะแสบขัด มีตกขาว จึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งเกี่ยวพันกับการมีเพศสัมพันธ์

ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคเริมปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัด สมุทรสงคราม ไม่พบผู้ศึกษาหาความสัมพันธ์ในเรื่องนี้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การให้ข้อมูล ของกลุ่มตัวอย่างไม่สมบูรณ์มีข้อมูลที่ไม่ทราบถึงร้อยละ 8.5

ประสบการณ์การตรวจเริมปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคเริมปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม สตรีที่ตรวจเริมปากมดลูกสม่ำเสมอ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูก ระดับปาน กลางและสูงร้อยละ 77.1 สมจิต (2536) กล่าวว่าไว้ว่าความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับคือ ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง พลังความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน สตรีที่มีประสบการณ์ตรวจเริมปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอจะ มีความสามารถระดับนี้ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของจำปี(2551) ที่พบว่าประสบการณ์การตรวจเริมปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกของสตรี

ประวัติการสูบบุหรี่ สตรีที่มีประวัติการสูบบุหรี่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปาก มดลูก อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 60.9 เมื่อหาความสัมพันธ์พบว่าประวัติการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกของสตรี ในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม สอดคล้องกับการศึกษาของจำปี (2551) พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็น พฤติกรรมทางลบ เป็นแผนการดำเนินชีวิตที่ทำให้ทราบถึงการพัฒนากการดูแลตนเองด้านอื่นๆ ว่า น่าจะมีแนวทางไปในทางลบ เช่นเดียวกับ Bloom (1985) กล่าวว่าพฤติกรรมด้านปฏิบัติ ออกมา โดยมีด้านความรู้และเจตคติเป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมด้านปฏิบัติที่ถูกต้อง สตรีที่สูบบุหรี่สืบ เนื่องมาจากความรู้และเจตคติที่ไม่ถูกต้องส่งผลต่อมายังพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูก ของสตรี ในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนทีจังหวัดสมุทรสงคราม

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเริมปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ การเป็นโรคเริมปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของเริมปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเริมปากมดลูกและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคเริมปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกของสตรีในเขต ตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ความรู้เรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็น โรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยหลายท่าน ได้แก่ระดับ(2541) ที่ศึกษา และพบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ปาจารย์(2541) มีผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ อรศรี (2544) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกและจำปี(2551) ศึกษาและพบว่าปัจจัยนำด้านความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับรู้ทุกด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก และขัดแย้งกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ( Health Belief Model) ที่อธิบายว่าพฤติกรรมการป้องกันของบุคคล การรับรู้ของบุคคล เป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหนีออกห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา แต่มีความเป็นไปได้ในพื้นที่ตำบลคอนมะ โนรา ซึ่งอาจเนื่องมาจากพฤติกรรมต่างเกิดขึ้นมาจากปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม หรือมีอุปสรรคด้านจิตวิทยา เช่นความอาย ดังคำกล่าวของ Rosenstock (1974) ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะ โนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยเอื้อ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะ โนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของจำปี(2551) ที่พบว่าปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีและขัดแย้งกับกรอบแนวคิด PRECEDE Framework ที่มีแนวคิด ว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor)ซึ่งหมายถึงสิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับราคา ระยะเวลา ง่าย สามารถเข้าถึง อาจเป็นเพราะว่าพื้นที่ตำบลคอนมะ โนราเป็นพื้นที่สะดวกใกล้บ้าน สามารถเข้าถึงจนเป็นความเคยชินที่ไม่ได้ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบกับรัฐบาลมีนโยบายบริการฟรี บริการเชิงรุกมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี สอดคล้องกับการศึกษาของ จำปี (2551) และแนวคิด PRECEDE Framework ที่มีแนวคิดปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การได้รับปัจจัยเสริมโดยรวมอยู่ในระดับมากและปานกลางร้อยละ 77.2 ในสถานการณ์สาธารณสุขปัจจุบันมีกลยุทธ์มากมายที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่การกระตุ้นเตือน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางบวกของพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

## สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเภทการสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 – 60 ปีในเขตตำบลดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 250 คน โดยทำการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่โครงสร้างอวัยวะสืบพันธุ์สตรี และการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ตลอดจนปัจจัยเสี่ยง การป้องกันและการรักษา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิด ทฤษฎี พฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief) และPRECEDE Framework สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและกำหนดวิธีการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกที่ไม่พึงประสงค์ของสตรีต่อไป อีกทั้งยังนำข้อมูลและผลการวิจัยไปใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปทั้งในในเรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูกและเรื่องอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับระบบอวัยวะสืบพันธุ์ จึงสรุปผลการศึกษตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

#### 1. ลักษณะส่วนบุคคล สตรีกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานจำนวน 250 คน

สตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 23.6 อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 46.18 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 84.0 อาชีพส่วนใหญ่ทำสวนและรับจ้าง ร้อยละ 41.6และ34.8 ตามลำดับ ร้อยละ 90.4รายได้ต่ำกว่า10,000 บาท สูงสุด 50,000 บาท โดยเฉลี่ย 6,506.92 บาทต่อเดือน สถานภาพสมรสสูงถึงร้อยละ 82.0 อายุการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกระหว่าง 20-24ปี ร้อยละ 40.4 อายุการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยเฉลี่ย 22.56 ปี ต่ำสุด 13 ปี สูงสุด 47 ปี จำนวนการผ่านการคลอดบุตร 1-2 คน ร้อยละ 51.2 จำนวนการผ่านการคลอดบุตรต่ำสุด 0 คน สูงสุด 7 คน จำนวนครั้งของการคลอดบุตรโดยเฉลี่ย 1.85 ครั้ง ไม่เคยแท้งบุตร ร้อยละ 70.9 แท้ง สูงสุด 4 ครั้ง คุมกำเนิดร้อยละ 81.6 สามีเคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 10.7 เกินครั้งร้อยละ57.6 มีประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละ 1 ครั้ง ส่วนใหญ่

ไปรับการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกที่สถานีอนามัยร้อยละ 74.0 สตรีกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 9.2 แต่คนในครอบครัวสูบบุหรี่ร้อยละ 35.6

สตรีเคยคุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิดสูงสุดร้อยละ 46.8 รองลงมาได้แก่ยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 35.6 และทำหมันร้อยละ 28.4 นอกนั้นไม่ถึงร้อยละ 3 และพบว่าสตรีเคยมีอาการตกขาวสีขุ่น คล้ายหนอง ร้อยละ 7.6 อาการปัสสาวะแสบขัดร่วมกับตกขาวผิดปกติร้อยละ 4.8 ส่วนอาการมีค้อน้ำใส คุ่มหนองหรือแผลบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนักและมีติ่งเนื้อบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนัก ร่วมกับตกขาวผิดปกติเท่ากันร้อยละ 1.6

เหตุผลที่ไม่ไปตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกสูงสุดร้อยละ 16.8 คือไม่มีอาการผิดปกติ รองลงมาได้แก่อายุร้อยละ 13.6 ถ้าวัดพบว่า เป็นโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูกเพียงร้อยละ 2.4

เหตุผลที่ไปตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกสูงสุดร้อยละ 49.2 คือมีการรณรงค์รองลงมาได้แก่กลัว เป็นมะเร็งเรื้องปากมดลูกร้อยละ 30.8 ส่วนมีอาการผิดปกติร้อยละ 7.2

## 2. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก

สตรีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.0 และระดับน้อย ร้อยละ 27.6 ส่วนน้อย ร้อยละ 16.4 มีความรู้ในระดับมาก ตอบคำถามได้ถูกต้องร้อยละ 75 ขึ้นไป ในข้อคำถาม 1.สตรีควรเริ่มไปตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกเมื่อมีเพศสัมพันธ์แล้วหรืออายุ 35 ปีขึ้นไป 2.โรคมะเร็งเรื้องปากมดลูกระยะลุกลามจะมีเลือดออกทางช่องคลอดหลังร่วมเพศ ตกขาวมีกลิ่นเหม็น 3.โรคมะเร็งเรื้องปากมดลูกระยะแรกไม่มีอาการผิดปกติให้เห็นแต่ตรวจพบด้วยการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูก 4.การป้องกันโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูกที่ดีที่สุดคือไปตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกเป็นประจำทุกปี 5.การตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกควรตรวจในขณะที่มีประจำเดือน ตอบถูกร้อยละ 76.8 78.4 80.0 90.0 และ 91.2 ตามลำดับ คำถามที่ตอบถูกน้อยกว่าร้อยละ 25 ได้แก่ข้อคำถามโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก ระยะแรกไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และสตรีที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดระยะเวลาาน ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก ตอบถูกร้อยละ 24.8 และ 23.6 ตามลำดับ

### 3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

สตรีมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเป็นโรคมะเร็งอยู่ในระดับปานกลางและน้อยร้อยละ 80.0 ระดับมากร้อยละ 20 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งอยู่ในระดับปานกลางและน้อยร้อยละ 83.2 ระดับมากร้อยละ 16.8 มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลางและน้อยร้อยละ 83.2 ระดับมากร้อยละ 16.8 มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลางและน้อยร้อยละ 79.6 ระดับมากร้อยละ 20.4 มีการรับรู้โดยรวมในระดับปานกลางและน้อยร้อยละ 66.8 ระดับมากร้อยละ 33.2 มีการรับรู้โดยรวมในระดับปานกลางและน้อยร้อยละ 66.8 ระดับมากร้อยละ 33.2

### 4. ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

สตรีได้รับปัจจัยเอื้อโดยรวมในระดับปานกลางและมากร้อยละ 84.0 ระดับน้อยร้อยละ 16.0 ได้รับปัจจัยเสริมโดยรวมในระดับปานกลางและมากร้อยละ 77.2 ระดับน้อยร้อยละ 22.8

### 5. พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก

สตรีส่วนมากมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปานกลางและระดับมาก ร้อยละ 71.6. ระดับน้อยร้อยละ 28.4

การปฏิบัติเชิงบวกที่ปฏิบัติประจำมี 2 ข้อ ได้แก่ ทำความสะอาดอวัยวะเพศทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะและชำระล้างอวัยวะเพศภายนอกด้วยสบู่อ่อนๆและน้ำสะอาดทุกครั้งหลังอาบน้ำ คิดเป็นร้อยละ 11.1 ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย และปฏิบัติบางครั้ง มีอย่างละ 5 ข้อ ได้แก่ หลีกเลี่ยงบริเวณที่มีควันบุหรี่ , งคมิเพศ สัมผัสหรือใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่ท่าน/สามี มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ตุ่มน้ำใสตุ่มหนอง หรือแผล บริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนักงคมิเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่ท่าน/สามี มีแผล บริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนักสังเกตลักษณะของสิ่งทีออกมาจากช่องคลอด เช่นตกขาว , ไปพบแพทย์เมื่อสังเกตพบความผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ คิดเป็นร้อยละ 55.4 ไม่พบปฏิบัติบ่อยครั้งและไม่ปฏิบัติเลย ส่วนการปฏิบัติเชิงลบปฏิบัติประจำเป็นส่วนน้อยค่าเฉลี่ยไม่เกิน 2 ข้อ ได้แก่ มีคู่นอนหลายคนและมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือน

## 6. ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประวัติการคุมกำเนิด ประวัติมีปีศาจแสบจัดร่วมกับมีตกขาวผิดปกติในสตรี ประวัติมีตกขาวข้นคล้ายหนองในสตรี ประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูก ประวัติการสูบบุหรี่ของสตรีและคนในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 นอกนั้นไม่พบความสัมพันธ์

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำเข้าได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่าปัจจัยนำเข้าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า ปัจจัยเอื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมกำบัง โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า ปัจจัยเสริมมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในทางบวก เมื่อทดสอบ ความสัมพันธ์ปรากฏว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 แสดงว่าเมื่อปัจจัย เสริมเพิ่มมากขึ้นจะทำให้สตรีมีพฤติกรรมกำบัง โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีดีขึ้นด้วย

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากการศึกษา พบว่าสตรีมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี สูงถึงร้อยละ 34.4 อายุต่ำสุด 13 ปี มีรายงานไว้ว่า สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 17 ปี มีความเสี่ยงต่อการเป็น โรคมะเร็ง ปากมดลูกสูงขึ้น 2.7 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกหลังอายุ 22 ปี จากผลการศึกษา ครั้งนี้ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการที่จะมีมาตรการในการดูแลกลุ่มสตรีที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ให้มีพฤติกรรมกำบังที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ ซึ่งกลุ่มดังกล่าวมีทั้งในระบบการศึกษาและ นอกกระบวนการศึกษา
2. จากการศึกษา พบว่า สตรีมีประวัติเป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 15.6 สามีมีประวัติเป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 10.7 และภรรยาไม่ทราบประวัติอีกร้อยละ 8.5 จากข้อมูลดังกล่าวเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในพื้นที่ ควรมีการติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงของโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์อื่น ๆ ที่ไม่ได้ศึกษาวิจัย เช่น เอดส์และกามโรค
3. จากการศึกษา พบว่า สตรีสูบบุหรี่ร้อยละ 9.2 นอกจากสตรีจะได้รับพิษภัยจากการที่ ตนเองสูบบุหรี่แล้วยังได้รับพิษภัยจากการสูบบุหรี่มือสองของคนในครอบครัวอีกร้อยละ 35.6 ซึ่งบุหรี่ยังมีผลต่อสุขภาพและการเป็น โรคไม่ติดต่ออีกมากมาย เช่น ถุงลมโป่งพอง หัวใจและ หลอดเลือดสถานบริการในพื้นที่ควรจัดตั้งคลินิกอบุหรี่ หรือจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้แก่ สตรีและบุคคลอื่นในครอบครัว
4. จากการศึกษา พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้สตรีไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การไม่มีอาการผิดปกติร้อยละ 16.8 รองลงมาได้แก่ความอายร้อยละ 13.6 และเหตุที่สตรีมา รับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก คือ มีการตรวจคัดแล้วเป็นมะเร็ง และมีรายงานว่าในพื้นที่สตรีเป็น

มะเร็งปากมดลูกถึง 7 ราย จากข้อมูลดังกล่าวพื้นที่ควรจะมีการรณรงค์พร้อมให้ความรู้ และเปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนกับสตรีที่ตรวจพบเซลล์มะเร็ง

5. จากการศึกษา พบว่าปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี แสดงให้เห็นว่ามีแรงสนับสนุน แรงกระตุ้นมากเท่าใด พฤติกรรมก็จะดีเท่านั้น ในยุคปัจจุบันภาครัฐได้ให้ความสำคัญกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ ฉะนั้นพื้นที่จึงควรส่งเสริม อสม.ให้มีศักยภาพในการสนับสนุนให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ ที่ส่งผลต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ในกลุ่มสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ทั้งในระบบการศึกษาและนอกระบบการศึกษา
2. ควรศึกษาคุณภาพระบบการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในแต่ละระดับ เพื่อนำผลมาปรับปรุงระบบบริการของสถานบริการเป็นการสนับสนุนการมารับบริการในพื้นที่ให้มากขึ้น
3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ เพื่อค้นหาแนวทางการดูแลและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมกับบริบท

## เอกสารและสิ่งอ้างอิง

- คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล. 2550. การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง. ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็นพี เพรส, กรุงเทพฯ.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ, พัชรี ศรีสังข์, พัชรินทร์ ขวัญชัย และ ลาวัณย์ รัตนเสถียร. 2545. ความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมกำป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดนครนายก. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, กรุงเทพฯ.
- จตุพล ศรีสมบูรณ์, อภิชาติ โอพารัตนชัย และ ชานนท์ วนาภิรักษ์. 2538. คู่มือสูติศาสตร์และนรีเวช วิทยา. กรุงเทพมหานคร: แมคกรอ-ฮิลอินเตอร์เนชั่นแนล
- จตุพล ศรีสมบูรณ์. 2547. มะเร็งปากมดลูก การวินิจฉัยและการรักษา. พี.บี.ฟอเรนบู้คส์ เซนเตอร์, กรุงเทพฯ.
- จำปี ยังวัฒนา. 2550. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกำป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เฉลิมพล ต้นสกุล . 2541. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข . พิมพ์ครั้งที่2. ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์, กรุงเทพฯ.
- ชาญชัย เรืองขจร. 2543. เอกสารการสอนวิชาหลักและวิธีการสุศึกษา. ภาควิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธ์. 2540. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่7. โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, กรุงเทพฯ
- \_\_\_\_\_. 2543. สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2549. สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 9. โรงพิมพ์จามจุรี, กรุงเทพฯ.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2541. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์. หน่วยที่ 9 - 15. พิมพ์ครั้งที่ 5. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. 2541. ภาควิชาการส่งเสริมสุขภาพ. โรงพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.

ประดับ ทองใส. 2541. พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภาพร สุวรรณ. 2527. พฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 1-7. วิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. ห้างหุ้นส่วนจำกัดสัมพันธ์พาณิชย์, กรุงเทพฯ.

\_\_\_\_\_. 2539. พฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา. หน่วยที่ 1-7. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.

ปจรรย์ จันทร์เพ็ง. 2541. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรรณี ส่งสาย. 2541. พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของหญิงอาชีพพิเศษในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2537. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิต. พิมพ์ครั้งที่ 14. อักษรพิทยา, กรุงเทพฯ.

วสุธาร ศรีนพรัตน์. 2534. วิธีวิจัยในงานส่งเสริมการเกษตร. เอส บี พรินติ้งกรุ๊ป, กรุงเทพฯ.

สาวิตรี พรสินศิริรักษ์. 2550. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยมุสลิม จังหวัดกระบี่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี PAP SMEAR. บริษัทสยามออฟเซ็ท จำกัด, กรุงเทพฯ.

\_\_\_\_\_. 2549. แผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย. บริษัทราไทย เพรส จำกัด, กรุงเทพฯ.

สมจิต หनुเจริญกุล. 2536. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์. เล่มที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 10. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์. โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2547. แนวทางเวชปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูก. กรุงเทพฯ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. 2551. สถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูกจังหวัดสมุทรสงคราม ประจำปีงบประมาณ 2547-2551.

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สำนักตรวจและประเมินผล. 2550. แผนการตรวจราชการและประเมินงาน. กรุงเทพฯ.

โสภิตา คำทอง. 2544. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่แต่งงานแล้วในจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อรศรี สุวิมล. 2544. การศึกษาพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Becker, M.H. 1974. The Health Belief Model and Sick-Role Behavior. **Health Education Monographs.** n.d.
- Bloom, B.S. 1985. **The Experience of Research.** Collier.Macmillan Publishers, London.
- Green, L.W., M.W.Kreuter, S.G.Deeds and B. K.Partridge. 1980. **Health Education Planning : A Diagnostic Approach.** California Mayfield Publishing Company.
- Harris, D.M. and S. Guten. 1979. Health Protective Behavior: An Exploratory study. **Journal of Health Social Behavior.** 6 (1)
- Orem, D.E. 1985. **Nursing: Concepts of Practice.** 4<sup>th</sup> ed. Missouri: MosbyYear Book, New York.
- Pender, N.J. 1987. **Health Promotion in Nursing Practice.** 3<sup>rd</sup>. Appleton and Lange, Norwalk.
- Rosenstock, I.M. 1974. **Historical Origins of the Health Belief Model in the Health Belief Model and Personal Health Behavior.** Charles B Slack.Inc., New Jersey.
- Walker, S.N. , M.J. Kerr. , N.S. Denderand and K.R Sechrist. 1990. “Spanish Language Version of The Health Promotion Lifestyle Profile **Reseach.** 39(5): 11.
- Yamane, T. 1973. **Statistic : An Introductory.** Harper International Edition, Tokyo.



ภาคผนวก



## รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. นายแพทย์ประพนธ์ ราษฎร์วิจิตร แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรเวช  
อาจารย์พิเศษมหาวิทยาลัยบูรพา
2. รองศาสตราจารย์ ดร.คณินิจ พงศ์ถาวรกุล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นายเดชา วรรณพาทูล อาจารย์หน่วยวิจัย  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
4. นางอรมณี สุวรรณประดิษฐ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อสำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม
5. นายนายจุมพล สุรกิจ หัวหน้าฝ่ายบริหาร  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม



## แบบสอบถามงานวิจัย

### เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรีในเขตตำบลดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

#### คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลดอนมะโนราอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ข้อมูลที่รวบรวมได้จะนำเสนอเป็นภาพรวมโดยจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่าน จึงขอความกรุณาท่านโปรดให้ข้อมูลตามความเป็นจริงอย่างครบถ้วน

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

โปรดอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนให้เข้าใจก่อนตอบ และช่วยตอบตามหัวข้อแบบสอบถาม ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะถือเป็นความลับทุกประการ

ขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนครบถ้วนสมบูรณ์ มา ณ โอกาสนี้

นางสาวเนตรทิพย์ กาญจนพิศาล

นิสิตปริญญาโทสาขาสุขศึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความ และเลือกตอบโดยทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องสี่เหลี่ยม(□)  
หน้าข้อความที่ท่านต้องการ หรือ เติมคำลงในช่องว่างที่เกี่ยวกับตัวท่านให้ตรงกับความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี(บริบูรณ์)
2. ระดับการศึกษา
 

<input type="checkbox"/> (1) ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> (2) ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> (3) มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> (4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
<input type="checkbox"/> (5) อนุปริญญา/ปวส.	<input type="checkbox"/> (6) ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> (7) อื่นๆ ระบุ.....	
3. ท่านประกอบอาชีพอะไรเป็นอาชีพหลัก
 

<input type="checkbox"/> (1) ทำสวน	<input type="checkbox"/> (2) รับจ้างทั่วไป
<input type="checkbox"/> (3) รับจ้างในโรงงาน	<input type="checkbox"/> (4) กู้ขาย
<input type="checkbox"/> (5) ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	
<input type="checkbox"/> (6) อื่นๆ(ระบุ).....	
4. ท่านมีรายได้.....บาท / เดือน (ไม่หักค่าใช้จ่าย)
5. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> (1) โสด (ข้ามไปตอบข้อ12)	<input type="checkbox"/> (2) สมรส
<input type="checkbox"/> (3) หม้าย/หย่า/แยก	
6. ท่านมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี
7. ท่านเคยผ่านการคลอดบุตร.....ครั้ง(ไม่นับการผ่าตัดออกทางหน้าท้อง)
8. ท่านมีประวัติการแท้งบุตร
 

<input type="checkbox"/> (1) ไม่มี	<input type="checkbox"/> (2) มี.....ครั้ง
------------------------------------	---
9. ท่านเคยคุมกำเนิดด้วยวิธีใด
 

<input type="checkbox"/> (1) ไม่เคย	<input type="checkbox"/> (2) เคย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
	<input type="checkbox"/> (2.1) ยาเม็ดคุมกำเนิด      ระยะเวลา.....ปี
	<input type="checkbox"/> (2.2) ยาฉีดคุมกำเนิด      ระยะเวลา.....ปี
	<input type="checkbox"/> (2.3) ถุงยางอนามัย      ระยะเวลา.....ปี
	<input type="checkbox"/> (2.4) ใส่ห่วง      ระยะเวลา.....ปี
	<input type="checkbox"/> (2.5) ทำหมัน      ระยะเวลา.....ปี
	<input type="checkbox"/> (2.6) ยาฝัง      ระยะเวลา.....ปี

10. ท่านเคยมีอาการผิดปกติ ดังต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

10.1 ตกขาวสีขุ่นคล้ายหนอง

(1) ไม่เคย  (2) เคย

10.2 ปัสสาวะแสบขัดร่วมกับตกขาวผิดปกติ

(1) ไม่เคย  (2) เคย

10.3 มีตุ่มน้ำใส ตุ่มหนอง หรือแผลบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนัก

(1) ไม่เคย  (2) เคย

10.4 มีตุ่มเนื้อบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนักร่วมกับตกขาวผิดปกติ

(1) ไม่เคย  (2) เคย

10.5 อื่นๆ ระบุ.....

11. สามปีท่านเคยมีอาการผิดปกติบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนักหรือไม่

(1) ไม่เคย  (3) ไม่ทราบ

(2.) เคย ระบุ.....

12. ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาท่านตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างไร

(12.1) ไม่เคยตรวจ

เหตุผลที่ทำให้ท่านไม่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพราะอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

(1) ไม่มีเวลา  (2) อาย  (3) กลัวเจ็บ

(4) กลัวตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

(5) ไม่มีอาการผิดปกติจึงคิดว่าตนเองไม่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

(6) อื่นๆ .....

(12.2) ตรวจสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

(12.3) ตรวจไม่สม่ำเสมอ ตรวจจำนวน.....ครั้ง ตรวจครั้งสุดท้ายระบุ.....

สถานที่ที่ท่านไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกคือที่ใด

(1) สถานีอนามัย  (2) โรงพยาบาล

(3) คลินิก  (4) อื่นๆระบุ.....

เหตุผลที่ทำให้ท่านไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพราะอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

(1) กลัวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

(2) มีอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออก ตกขาวมีกลิ่นเหม็น

(3) มีการณรงค์ให้ไปตรวจ

(4) อื่นๆระบุ.....

13. ท่านสูบบุหรี่เป็นประจำหรือไม่

(1) ไม่สูบ       (2) สูบ       (3) ไม่สูบแต่คนในครอบครัวสูบ

**ส่วนที่ 2** ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

**คำชี้แจง** ให้ท่านอ่านข้อความ แล้วพิจารณาว่าท่านมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างไร

แล้วทำเครื่องหมายถูก (✓) ที่ตรงกับความรู้ของท่าน ดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูก  
 ไม่ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง  
 ไม่ทราบ หมายถึง ท่านไม่รู้เกี่ยวกับข้อความนั้น

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. การติดเชื้อไวรัสหูดหงอนไก่ทำให้มีโอกา เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้ง่าย	.....	.....	.....
2. สตรีที่แต่งงานเมื่ออายุยังน้อยมีโอกา สูงกว่าสตรีที่แต่งงานอายุมาก	.....	.....	.....
3. สตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์จะมีโอกา สูงกว่าสตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	.....	.....	.....
4. การผ่านการคลอดหลายครั้งไม่มีความ เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	.....	.....	.....
5. สตรีที่มีบุตรหลายคนมีโอกา สูงกว่าสตรีที่ไม่มีบุตร	.....	.....	.....
6. สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหลายคน เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	.....	.....	.....
7. สตรีที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดระ ขึ้นไป ไม่มีความเสี่ยงต่อการ เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	.....	.....	.....
8. การสูบบุหรี่เป็นประจำเป็นเวลานานมี เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	.....	.....	.....
9. สตรีที่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ ต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	.....	.....	.....

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
10.สตรีที่มีสามีเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เริม หูดหงอนไก่ เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูง	.....	.....	.....
11. การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ดีที่สุด คือ ไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี	.....	.....	.....
12. โรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรกไม่มีอาการผิดปกติให้เห็นแต่ตรวจพบด้วยการตรวจมะเร็งปากมดลูก	.....	.....	.....
13.สตรีร่างกายแข็งแรงไม่มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	.....	.....	.....
14.โรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจะมีเลือดออกทางช่องคลอด หลังร่วมเพศ ตกขาวมีกลิ่นเหม็น	.....	.....	.....
15.โรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรกไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	.....	.....	.....
16.การฉายแสงเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก	.....	.....	.....
17.การใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาเป็นการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	.....	.....	.....
18.การตรวจมะเร็งปากมดลูกควรตรวจในขณะที่มีประจำเดือน	.....	.....	.....
19.สตรีควรเริ่มไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเมื่อมีเพศสัมพันธ์แล้วหรืออายุ 35 ปีขึ้นไป	.....	.....	.....
20. การตรวจมะเร็งปากมดลูกควรงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 48 ชั่วโมง	.....	.....	.....

### ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

**คำชี้แจง** ให้ท่านอ่านข้อความแล้วพิจารณาว่าข้อความแต่ละข้อตรงกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมายถูก(✓)ลงในช่องระดับความคิดเห็นที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบตาม เกณฑ์ต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดไม่ตรงตามข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดไม่ตรงตามข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก</b>				
1. ท่านคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุต่ำกว่า 17 ปี ไม่มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก				
2. ท่านคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือนมีผลทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้ง่าย				
3. ท่านเชื่อว่าการที่สตรีมีสามีเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีผลทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้สูง				
4. ท่านคิดว่าสตรีที่คลอดบุตรทางช่องคลอดมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่ไม่เคยผ่านการคลอดบุตรทางช่องคลอด				

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
5. ท่านเชื่อว่าการกินยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานมากกว่า 5 ปีขึ้นไปทำให้มีโอกาasเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าการคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย				
6. ท่านเชื่อว่าสตรีที่ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกเลยมีโอกาasเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้สูงกว่าสตรีที่ตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ				
7. ท่านคิดว่าการที่สามีมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นมีผลทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูง				
8. ท่านเชื่อว่าสตรีที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีโอกาasเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่ไม่สูบบุหรี่				
9. ในขณะที่ท่านคิดว่าตนเองมีโอกาasที่จะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้				
10. ท่านเชื่อว่าท่านมีเพศสัมพันธ์ท่านมีโอกาasเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์				
<b>การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก</b>				
11. ท่านรู้สึกกลัวมาก เมื่อนึกถึงว่าท่านจะต้องเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก				
12. ถ้าท่านเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ท่านไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ				
13. ถ้าท่านเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ท่านมีปัญหาต่อชีวิตคู่				
14. ถ้าท่านเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ท่านมีปัญหาต่อภาวะการเงินในครอบครัว				
15. ถ้าท่านเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม ท่านคิดว่าท่านคงจะมีอาการปวดและทุกข์ทรมาน				

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
16.ถ้าท่านเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะสุดท้าย ท่านคิดว่าท่านจะต้องมีอันตรายรุนแรงถึงตายได้				
<b>การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก</b>				
17.ท่านเชื่อการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็น ประจำทุกปีเป็นการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก				
18.ท่านรู้สึกสบายใจไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก ถ้าท่านไปรับการตรวจมะเร็ง ปากมดลูกทุกปี				
19.ถ้าท่านไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอ ทุกปี จะช่วยให้ตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกและ สามารถรักษาให้หายขาดได้				
20.ท่านเชื่อว่าการไม่สูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงบริเวณที่ มีควันบุหรี่ มีส่วนช่วยป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก				
21.ท่านเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์เฉพาะคู่นอนของ ตนเองเป็นการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก				
22.ท่านเชื่อว่าการหมั่นตรวจความผิดปกติและการ รักษาความสะอาดของอวัยวะเพศเป็นประจำเป็นการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก				
23.ท่านเชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์มี ส่วนช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปาก มดลูกได้				
<b>การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค มะเร็งปากมดลูก</b>				
24.ท่านรู้สึกอายที่จะต้องไปตรวจมะเร็งปากมดลูก				
25.การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกทำให้ท่านเสียเวลา ทำงาน ต้องหยุดงาน				

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
26.การตรวจมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ท่าน เกิดความเจ็บปวด				
27.ท่านคิดว่าท่านไม่มีอาการผิดปกติใดๆไม่ จำเป็นต้องตรวจมะเร็งปากมดลูก				
28.ท่านไม่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพราะ ท่านคิดว่าท่านไม่มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก				
29.ท่านรู้สึกกังวลที่จะต้องไปรับการตรวจ มะเร็งปากมดลูกเพราะกลัวว่าท่านจะเป็นโรคมะเร็ง ปากมดลูก				
30.ท่านคิดว่าสถานที่ในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ไม่เหมาะสม เปิดเผย				

**ส่วนที่ 4** ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก  
**คำชี้แจง** ให้ท่านทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องระดับความคิดเห็นที่ตรงกับความคิดเห็นที่เป็น  
 ข้อเท็จจริงของท่านโดยเลือกตอบตามเกณฑ์ต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดไม่ตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<b>ปัจจัยเอื้อ</b>				
1.ท่านสามารถไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกจากสถานบริการใกล้บ้านได้อย่างสะดวก				
2.สถานบริการใกล้บ้านท่านมีเครื่องมือ อุปกรณ์ การตรวจมะเร็งปากมดลูก ที่สะอาดและปลอดภัย				
3.สถานที่ให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเหมาะสม สะอาด มิดชิดไม่เปิดเผย				
4.เจ้าหน้าที่ให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกควรมีทักษะการตรวจที่ดี				
5.เจ้าหน้าที่ให้บริการตรวจด้วยอวัยวะอันดี				
6.ท่านรู้สึกไม่เงินอายเมื่อต้องไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกกับเจ้าหน้าที่ที่ท่านรู้จัก				
7. ขั้นตอนการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกไม่ยุ่งยาก รวดเร็ว				

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
8. การตรวจมะเร็งปากมดลูกใช้เวลาไม่นาน				
<b>ปัจจัยเสริม</b>				
9. ท่านเคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันจาก บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นต้น				
10. ท่านเคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ปากมดลูกและการป้องกันจาก อาสาสมัครสาธารณสุข				
11. ท่านเคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรค มะเร็งปากมดลูกและการป้องกันจากเอกสารและ สื่อต่างๆเช่น โทรทัศน์ วิทยุ หออกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน เป็นต้น				
12. ท่านได้รับคำแนะนำจากสามีให้ไปรับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูก				
13. สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆเช่นบุตร พี่น้อง แนะนำท่านให้ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก				
14. ท่านได้รับการแนะนำจากเพื่อนหรือเพื่อนบ้านให้ ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก				
15. อาสาสมัครสาธารณสุขแนะนำท่านให้ไปตรวจ มะเร็งปากมดลูก				
16. ท่านได้รับคำแนะนำจาก บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ให้ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก				
17. การที่มีบุคคลในครอบครัวท่านป่วย เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมีส่วนกระตุ้นให้ท่านไปรับ การตรวจมะเร็งปากมดลูก				

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
18. การที่มีเพื่อนหรือเพื่อนบ้านป่วยเป็น โรคมะเร็งปากมดลูกมีส่วนกระตุ้นให้ท่านไปรับการ ตรวจมะเร็งปากมดลูก				

### ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

**คำชี้แจง** ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่าท่านมีการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกตรงกับข้อความแล้วทำเครื่องหมายถูก(✓) ที่ตรงกับระดับการปฏิบัติ ดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	ในหนึ่งสัปดาห์ปฏิบัติ 6-7 วันหรือทุกครั้งที่มีความเสี่ยง
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	ในหนึ่งสัปดาห์ปฏิบัติ 4-5 วันหรือเกือบทุกครั้งที่มีความเสี่ยง
บางครั้ง	หมายถึง	ในหนึ่งสัปดาห์ปฏิบัติ 2-3 วันหรือเป็นบางครั้งที่มีความเสี่ยง
น้อย	หมายถึง	ในหนึ่งสัปดาห์ปฏิบัติ 1 วันหรือน้อยครั้งมากที่มีความเสี่ยง
ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	การปฏิบัติ				
	เป็น ประจำ	ค่อนข้าง บ่อย	บางครั้ง	น้อย	ไม่เคย
1. ท่านหรือคนในครอบครัวสูบบุหรี่					
2. ท่านหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีควันบุหรี่					
3. ท่านมีเพศสัมพันธ์กับสามีคนเดียว					
4. ท่านมีคู่นอนหลายคน					
5. ท่านมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือน					
6. ท่านล้างทำความสะอาดอวัยวะเพศภายหลัง การมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งทันที					

ข้อความ	การปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	ค่อนข้างบ่อย	บางครั้ง	น้อย	ไม่เคย
7. ท่านงคมิเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่ท่าน/สามี มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น คุ่มน้ำใส คุ่มหนอง หรือแผล บริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนัก เป็นต้น					
8. ท่านงคมิเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่ท่าน/สามี มีแผล บริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนัก					
9. ท่านใช้มือล้วงเข้าไปล้างในช่องคลอด					
10. ท่านสวนล้างภายในช่องคลอด					
11. ท่านล้างอวัยวะเพศด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ					
12. ท่านชำระล้างอวัยวะเพศภายนอกด้วยสบู่อ่อนๆและน้ำสะอาดทุกครั้งหลังอาบน้ำ					
13. ท่านทำความสะอาดอวัยวะเพศทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ					
14. ท่านล้างอวัยวะเพศจากช่องคลอดไปทวารหนัก					
15. ท่านสังเกตความผิดปกติของผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศ เช่น คุ่ม ตึงเนื้อ หรือแผล เป็นต้น					
16. ท่านสังเกตลักษณะของสิ่งที่ออกมาจากช่องคลอด เช่น ตกขาว เป็นต้น					
17. ท่านไปพบแพทย์เมื่อสังเกตพบความผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์					
18. ท่านตรวจมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมออย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง					

## ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ	นางสาวเนตรทิพย์ กาญจนพิศาล
เกิดวันที่	28 เมษายน 2504
สถานที่เกิด	จังหวัดสมุทรสงคราม
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรการสาธารณสุขชุมชน(ผดุงครรภ์ อนามัย) โรงเรียนผดุงครรภ์อนามัยเขต 7 ราชบุรี ปีการศึกษา 2528 สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปีการศึกษา 2537 สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต (อาชีวอนามัยและความ ปลอดภัย) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปีการศึกษา 2541 สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต (บริหารงานสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปีการศึกษา 2542
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สถานีนามัยบ้านคอนมะโนรา ตำบลคอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม