



วิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี
อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

FACTORS AFFECTING THE BEHAVIORS OF CERVICAL CARCINOMA
AMONG WOMAN IN MUEANG DISTRICT
SAMUT SONGKHRAM PROVINCE

นางจำปี ยังวัฒนา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พ.ศ. 2551



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

..... วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

..... สุขศึกษา

สาขา

..... พลศึกษา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอเมือง
จังหวัดสมุทรสงคราม

Factors Affecting the Behaviors of Cervical Carcinoma Among Woman in Mueang District,
Samut Songkhram Province

นามผู้วิจัย นางจำปี ยังวัฒนา

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(.....)
รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(.....)
รองศาสตราจารย์อติลา นิตินธรรม, ค.ม.

หัวหน้าภาควิชา

(.....)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ นุ้ยสินธุ์, ศศ.ม.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(.....)
รองศาสตราจารย์วินัย อากงหาญ, M.A.

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 5 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2551

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี
อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

Factors Affecting the Behaviors of Cervical Carcinoma Among Woman
in Mueang District, Samut Songkhram Province

โดย

นางจำปี ยังวัฒนา

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2551

จำปี ยังวัฒนา 2551: ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของ
สตรีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)
สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:
รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม. 172 หน้า

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองใน
การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 - 60 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือสตรีกลุ่มเป้าหมายตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขปีพ.ศ.2550 จำนวน
350 คน เลือกตัวอย่างโดยวิธีแบ่งชั้นภูมิ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นเครื่องมือเก็บ
รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้วยสถิติพรรณนาและสถิติวิเคราะห์
ไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน วิเคราะห์ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการป้องกัน
โรคมะเร็งปากมดลูกด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกัน
โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การศึกษาและสถานภาพ
สมรส นอกนั้นไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การมี
เพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อย มีประวัติการแท้ง การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรี
การสูบบุหรี่ ประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูก ระยะเวลาการคุมกำเนิด นอกนั้นไม่พบ
ความสัมพันธ์ทางสถิติ ปัจจัยนำด้านความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับรู้ทุกด้านมี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกัน
โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรที่มีอำนาจในการ
ทำนายสูงสุดคือตัวแปรจากปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์
ของการปฏิบัติตนและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้ร้อยละ 25.9

ลายมือชื่อนิสิต

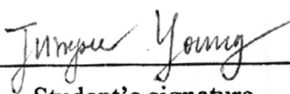
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

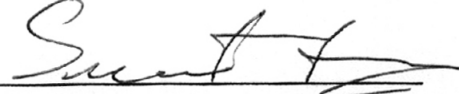
24 / 01 / 2551

Jumpee Youngwattana 2008: Factors Affecting the Behaviors of Cervical Carcinoma Among Woman in Mueang 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. 172 pages.

The purpose of this descriptive study was to examine self-care behaviors regarding to cervical carcinoma prevention among women aged 35-60 years in Mueang district of Samutsongkhram province. Stratification samples were selected from 350 women who were target group according to Public Health Ministry's policy in fiscal year 2007. Questionnaires were applied for data collection. Data analysing, by statistics computer software, was divided into descriptive and analytic statistics. Chi-square test, Pearson's product moment correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis were employed for data analysing.

Study results indicated that bio-social factors, education and marital status, related to behaviors of cervical carcinoma by statistically significant at P-value = .05. Others were not statistically related. Risk factors which related to behaviors of cervical carcinoma by statistically significant at P-value = .05, include the first sexual intercourse at young of age, got abortive history, got sexual transmitting disease, smoking, got experience regarding to pap smear examination, and contraceptive duration. Predisposing factors about knowledge and health belief in all aspects of perception related to behaviors of cervical carcinoma by statistically significant at P-value = .05. Enabling factors and reinforcing factors related to cervical carcinoma prevention behaviors by statistically significant at P-value = .05. Predisposing factors, got highest predictable power, include knowledge concerning cervical carcinoma, perception concerning benefits and barriers of self-practicing, could predict behaviors of cervical carcinoma at 25.9 percent.


Student's signature

 2A / 01 / 2008
Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์ทั้งหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งรองศาสตราจารย์ณรงค์ สมพงษ์ ประธานการสอบ ศาสตราจารย์ สุชาติ โสภประยูร ผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ สุวัฒน์ ชีรเวชเจริญชัยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์อลิสรา นิตธรรม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ได้กรุณาตรวจสอบแนะนำข้อบกพร่องทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จโดยสมบูรณ์

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 ท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ และให้ข้อคิดเห็นคำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเขตอำเภอเมืองและอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงครามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งผู้ที่ให้ความร่วมมือสนับสนุนในทุกๆด้าน

ด้วยความดีหรือประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บุพการี ครอบครัวคณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและสถาบันการศึกษาทุกแห่งตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบัน

จำปี ชังวัฒนา

มกราคม 2551

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(6)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์	4
การตรวจเอกสาร	13
อุปกรณ์และวิธีการ	73
อุปกรณ์	73
วิธีการ	73
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	83
ผลการวิจัย	83
ข้อวิจารณ์	131
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	144
สรุปผลการวิจัย	144
ข้อเสนอแนะ	148
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	151
ภาคผนวก	156
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	157
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	159
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	172

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของ Orem	49
2	จำนวนประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถานีนอนามัย	78
3	จำนวน ร้อยละ ปัจจัยทางชีวสังคม	84
4	จำนวน ร้อยละ ปัจจัยเสี่ยง	86
5	จำนวน ร้อยละ ประสิทธิภาพการตรวจมะเร็งปากมดลูก	90
6	จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	91
7	จำนวน ร้อยละ คำตอบด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก	91
8	จำนวน ร้อยละ ระดับการรับรู้โดยรวมเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	94
9	จำนวน ร้อยละ ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรี	94
10	จำนวน ร้อยละ ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	95
11	จำนวน ร้อยละ ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	95
12	จำนวน ร้อยละ ระดับการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค มะเร็งปากมดลูกของสตรี	96
13	จำนวน ร้อยละ ปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูกของสตรี	97
14	จำนวน ร้อยละ ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูกของสตรี	98
15	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรี	99
16	จำนวน ร้อยละ ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับ ปฐมภูมิ	100
17	จำนวน ร้อยละ ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับ ทุติยภูมิของสตรี	104
18	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี	102

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
19	ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550ของสตรี	103
20	ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี	104
21	ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี	104
22	ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี	105
23	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิของสตรี	106
24	ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรี	107
25	ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรี	108
26	ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิของสตรี	109
27	ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิของสตรี	110
28	ความสัมพันธ์ระหว่างการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นของกลุ่มสมรสกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	111
29	ความสัมพันธ์ระหว่างการมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	112
30	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	113
31	ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการคลอดบุตรกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก	114
32	ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการแท้งกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูกของสตรี	115

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
33	ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรีกับพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	115
34	ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามีกับพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	116
35	ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	117
36	ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	117
37	ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยาคุมกำเนิดกับพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	117
38	ความสัมพันธ์ระหว่างการมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจากโรคเอดส์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	119
39	ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการกินยาคุมกำเนิดกับพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	119
40	ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการฉีดยาคุมกำเนิดกับพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	120
41	ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการทำหมันกับพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	121
42	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	122
43	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรี	123
44	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกกับพฤติกรรมกรรมการมารับบริการตรวจ Pap smear ของสตรี	124
45	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรี	125

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
46	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรม การมารับบริการตรวจ Pap smear ของสตรี	126
47	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	127
48	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหาปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี	128

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	โครงสร้างอวัยวะสืบพันธุ์สตรี	14
2	ส่วนประกอบมดลูกและอวัยวะใกล้เคียง	15
3	ลักษณะเซลล์ปากมดลูก	16
4	แผนภูมิกรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีโอเร็ม	41
5	แผนภูมิระยะของการดูแลตนเอง	43
6	แผนภูมิโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง	53
7	แผนภูมิ PRECEDE Framework	61
8	แผนภูมิความเชื่อด้านสุขภาพ	66

**ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี
อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม**

**Factors Affecting the Behaviors of Cervical Carcinoma Among Woman
in Mueang District, Samut Songkhram Province**

คำนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาของทุกประเทศทั่วโลก ในปัจจุบันการควบคุมโรคมะเร็ง มีเป้าหมายเพื่อการลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรค ความทุกข์ทรมานและการตายจากโรคมะเร็ง ปัญหาของโรคมะเร็งได้เพิ่มมากขึ้น องค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer: IARC) ได้ทำการคาดประมาณว่าในแต่ละปีในโลกจะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ประมาณ 11 ล้านคน มีคนตายจากโรคมะเร็งปีละ 7 ล้านคน และมีผู้ป่วยที่อยู่กับโรคมะเร็ง 25 ล้านคน และในปี พ.ศ.2573 หรืออีก 25 ปีต่อมา จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็นปีละ 27 ล้านคน และมีคนตายจากโรคมะเร็งปีละ 17 ล้านคนในโลก ซึ่งจะเกิดในประเทศที่กำลังพัฒนาเพิ่มขึ้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548)

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเช่นกัน เนื่องจากทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของประชาชนและสิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ซึ่งในปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในประเทศไทยและมีแนวโน้มที่จะมากขึ้นสถิติการคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งในปี พ.ศ. 2542 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยใหม่ 87,060 ราย โรคมะเร็งที่พบบากที่สุดในประเทศไทยคือ โรคมะเร็งตับ รองลงมาคือ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548)

เมื่อกล่าวถึงมะเร็งปากมดลูกพบว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลกโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา สถิติจากการคาดประมาณในปีพ.ศ. 2543 มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่จำนวน 466,000 รายโดยอยู่ในประเทศที่พัฒนา 96,000 ราย และในประเทศกำลังพัฒนา 370,000 ราย ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั้งหมดในโลก จะมีสตรีที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูก 231,000 รายต่อปี และมากกว่าร้อยละ 80 จะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากยังไม่มีโปรแกรมการตรวจคัดกรอง (Screening programs) ที่มีประสิทธิภาพดีพอในการตรวจหาโรค

ในระยะก่อนเป็นมะเร็ง (Pre cancerous lesions) และให้การรักษาก่อนกลายเป็นมะเร็ง ระยะลุกลาม (Invasive cancer) จากการคาดประมาณในโลกรวมสตรีที่เป็น High Grade Dysphasia 7,000,000 รายที่ต้องทำการตรวจหาและรักษาและจากการรายงานของ IARC ในปี พ.ศ. 2545 มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามรายใหม่ 493,243 รายและตายปีละ 273,505 รายและในปีจะมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกอยู่ 1,409,285 ราย ซึ่งจะต้องได้รับการรักษา (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548)

สถิติโรคมะเร็งที่พบในสตรีไทย พบว่าโรคมะเร็งปากมดลูกมี 6,228 ราย, 19.5 ต่อแสนประชากร โรคมะเร็งเต้านม 5,592 ราย 17.2 ต่อแสนประชากร โรคมะเร็งตับ 4,696 ราย 16.0 ต่อแสนประชากร จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งในสตรีไทย ระยะที่พบส่วนใหญ่อยู่ในระยะลุกลามอัตราการอยู่รอด 5 ปีประมาณร้อยละ 60 จึงมีผู้ป่วยสะสมจำนวนมาก คาดประมาณว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยเก่าที่ต้องติดตามทำการดูแลรักษาไม่น้อยกว่า 60,000 ราย ทั่วประเทศและพบว่าเป็นชนิด Squamous Cell Carcinoma ร้อยละ 80-86 และเป็นชนิด Adenocarcinoma ร้อยละ 12-19 ของโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549)

อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น ตามการคาดคะเนของสถิติจากทะเบียนมะเร็งระดับประชากรซึ่งคำนวณล่วงหน้าว่าในปี 2551 จะมีผู้ป่วยรายใหม่ถึง 8,000 รายต่อปี โดยส่วนใหญ่จะอยู่ในภาคกลาง แต่หากมีการรณรงค์โครงการตรวจหามะเร็งปากมดลูกให้ได้ผลคือตรวจให้พบตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกและในระยะก่อนเป็นมะเร็ง ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ และเสียค่าใช้จ่ายน้อย แนวโน้มดังกล่าวคงไม่เป็นไปตามที่คำนวณไว้ และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษามะเร็งในระยะลุกลาม ทำให้ลดอัตราการเกิดและตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549)

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้ให้เหตุผลของการต้องรณรงค์ตรวจมะเร็งปากมดลูกที่อายุ 35 ปีขึ้นไป เนื่องจากสตรีเริ่มมีอัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงเมื่อ อายุ 35 – 60 ปี และในเชิงสถิติพบว่า การเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเยื่อผิวปากมดลูก (ระยะก่อนมะเร็ง) ส่วนใหญ่พบที่อายุ 35 ปีขึ้นไป กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้ในปัจจุบันในระยะแรกให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเป็น สตรีอายุ 35-60ปี ให้ได้รับการทำ Pap smear 1 ครั้งทุก 5 ปี เพื่อให้สะดวกและง่ายในการปฏิบัติงานโดยให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่และเป็นไปได้ในการปฏิบัติจึงให้สตรีปกติอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปีทุกคนและสตรีที่มีอาการแสดงที่สงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกทุกคนได้รับการตรวจ Pap smear การที่ทำ Pap smear 1 ครั้งทุก 5 ปีเนื่องจากการเกิดโรคมะเร็งหลังจาก

มีการติดเชื้อ Human papilloma viruses ชนิด High- risk types จะใช้เวลานานกว่า 10 ปีในการทำให้เกิดเป็น Invasive cancer และจากการศึกษาของ IARC/WHO, 1996 พบว่า การทำ Pap smear 1 ครั้ง ทุกปี 1 ครั้งทุก 2 ปี 1 ครั้งทุก 3 ปี จะมีอัตราการเกิดโรคลดลงร้อยละ 91 – 93 ทำ Pap smear 1 ครั้ง ทุก 5 ปีจะลดลงร้อยละ 84 และโดยการตรวจคัดกรองในสตรีอายุ 35-60 ปี จากการศึกษาพบว่าถ้า กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจครอบคลุม ร้อยละ 80 ทุก 5 ปีหรือน้อยกว่านี้ไม่มีผลแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญ (Eddy, 1986) และในเชิงสถิติยังพบว่าในการตรวจทุก 5 ปีสามารถลดอุบัติการณ์มะเร็ง ปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญ (Miller, 1992)

ในปี 2549 และปี 2550 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินงานควบคุม โรคมะเร็งปากมดลูกโดยใช้เกณฑ์ ร้อยละ 60 ของสตรีกลุ่มเป้าหมายคือสตรีที่มีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ให้ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีทำ Pap smear (สำนักงานตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุข, 2550)

จังหวัดสมุทรสงครามประกอบด้วยพื้นที่ 3 อำเภอคืออำเภอเมือง อำเภออัมพวาและอำเภอบางคนที ในปี 2549 ได้มีการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขโดยการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายโดยวิธีทำ Pap smear ผลการดำเนินงานทั้งจังหวัดได้ผลงาน ร้อยละ 45.63. อำเภอเมืองร้อยละ 40.76 อำเภออัมพวา ร้อยละ 50.98 และอำเภอบางคนทีร้อยละ 50.44 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม, 2549) ซึ่งจะเห็นได้ว่าไม่บรรลุตามเกณฑ์ชี้วัด ของกระทรวงสาธารณสุข และจากรายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม ปีพ.ศ. 2549 พบว่า สตรีมีสาเหตุการตายจากเนื้องอกสูงสุดคือเนื้องอกร้ายที่ปากมดลูกมีอัตรา 10.9 ต่อแสนประชากร

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการ โรคป้องกันมะเร็ง ปากมดลูกในสตรีที่มีอายุ 35 - 60 ปี ของอำเภอเมืองสมุทรสงครามซึ่งอาจจะเกิดจากปัจจัยร่วม หลายๆปัจจัยที่ส่งผลให้การมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีทำ Pap smear ไม่บรรลุเป้าหมาย ตามเกณฑ์ชี้วัด

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์รวม

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 - 60 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อทราบพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 - 60 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำเข้าได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อได้แก่ การเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจนโยบาย ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับข่าวสาร การกระตุ้นเตือน กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 - 60 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม
3. เพื่อทราบปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 - 60 ปี ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรสงคราม

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. ได้ทราบถึงพฤติกรรมที่ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อใช้ในการวางแผนและกำหนดวิธีในการดำเนินงานสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป
2. ได้ทราบข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำไปปรับปรุงส่งเสริมคุณภาพบริการระดับทุติยภูมิต่อไป
3. นำข้อมูลและผลการวิจัยไปใช้เป็นพื้นฐานในการวิจัยขั้นต่อไป ทั้งในเรื่องมะเร็งปากมดลูกและเรื่องอื่นๆที่เกี่ยวข้องเช่น

การจัดการข้อมูลที่ได้จากการวิจัย

การบริการดูแลสุขภาพเชิงรุก

การค้นหาความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์

การสร้างความตระหนักการดูแลสุขภาพภาคประชาชน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ในปีพ.ศ. 2550 คือสตรีที่เกิดปี พ.ศ. 2515, 2510, 2505, 2500, 2495 และ 2490 ตามเกณฑ์นโยบายกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ.2549-2550 เนื่องจากในปีค.ศ. 1996 WHO ได้รายงานไว้ว่าสตรีเริ่มมีอัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงเมื่ออายุ 35-60 ปี ในเชิงสถิติพบว่า การเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเยื่อหุ้มปากมดลูก (ระยะก่อนมะเร็ง) ส่วนใหญ่พบที่อายุ 35 ปีขึ้นไป และควรตรวจหาเซลล์มะเร็งทุก 5 ปี เนื่องจากการพัฒนาจากเซลล์ที่ผิดปกติไปเป็นเซลล์มะเร็งปากมดลูกใช้เวลานานประมาณ 5-10 ปี และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจครอบคลุมร้อยละ 80 ทุก 5 ปีหรือน้อยกว่านี้ไม่มีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ความถี่ของการตรวจไม่สำคัญเท่าความครอบคลุมของกลุ่มประชากรที่ได้รับการตรวจ ในเชิงสถิติพบว่าในการตรวจทุก 5 ปี สามารถลดอุบัติการณ์โรคมะเร็งปากมดลูกในประชากรได้อย่างมีนัยสำคัญ เพื่อให้สะดวกและง่ายต่อการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ จึงยึดหลักตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าว

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น

ปัจจัยนำ

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

2. ความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่อง

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน

2.4 การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตน

ปัจจัยเอื้อ

1. การเข้าถึงบริการ/ความพึงพอใจในเรื่อง

1.1 สถานที่

1.2 บุคลากร

1.3 เวลาที่เหมาะสม

2. นโยบายฯ

ปัจจัยเสริม

1. การได้รับข่าวสาร

2. การกระตุ้นเตือน

2.1 บุคคลในครอบครัว

2.2 คนรอบข้าง

2.3 อาสาสมัครสาธารณสุข

2.4 บุคลากรทางการแพทย์

3. การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของคนในครอบครัว และคนรอบข้าง

4. ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของตัวเอง/สามี

ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ปัจจัยเสี่ยง

1. การมีคู่นอนหลายคน

2. อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

3. จำนวนครั้งของการคลอดบุตร

4. ประวัติการแท้ง

5.การคุมกำเนิด

6. ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของตัวเอง/สามี

7. ประสบการณ์การตรวจ มะเร็งปากมดลูก

8. การสูบบุหรี่

9. ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วย

1. ระดับปฐมภูมิ
2. ระดับทุติยภูมิ

นิยามศัพท์

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงกำหนดคำนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

ปัจจัย หมายถึง เหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

สตรี หมายถึง สตรีตามความหมายของขอบเขตการวิจัย

ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดของสตรีกลุ่มเป้าหมาย

อาชีพ หมายถึง อาชีพที่นำมาซึ่งรายได้ของกลุ่มประชากรเป้าหมายให้เลือกอาชีพหลักเพียงอาชีพเดียว

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินรายรับทุกชนิดโดยเฉลี่ยของสตรีตัวอย่างก่อนหักค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน

การมีคู่นอนหลายคน หมายถึง การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสของสามีครั้งละหลายคนหรือครั้งละคนแต่มีหลายคน และการมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสครั้งละหลายคนหรือครั้งละคนแต่มีหลายคน

อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก หมายถึง อายุขณะที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกจริงๆ ไม่ได้ยึดจากการแต่งงาน

จำนวนครั้งของการคลอดบุตร หมายถึง จำนวนครั้งที่ผ่านการตั้งครรภ์และการคลอด

ประวัติการแท้ง หมายถึง การเคยมีประวัติการแท้งบุตร (ทารกตายในท้องก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์)

การคุมกำเนิด หมายถึง วิธีการที่ป้องกันไม่ให้มีการปฏิสนธิ

ประสบการณ์การตรวจ มะเร็งปากมดลูก หมายถึง การเคยผ่านการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยการทำ Pap smear และประวัติการตรวจ Pap smear ในปี 2550 ตามนโยบาย

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

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

ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ หมายถึง ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องเช่น จากการติดเชื้อเอดส์หรือการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูกแบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ หมายถึง การปฏิบัติเพื่อควบคุมหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น การสังเกตสิ่งผิดปกติ การงดสูบบุหรี่ การดูแลทำความสะอาดอวัยวะเพศ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามส่วนที่ 5

2 . พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ หมายถึง การตรวจค้นหาความผิดปกติของปากมดลูก ด้วยวิธีการทำ Pap smear เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามส่วนที่ 1 และส่วนที่ 5

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง หมายถึง ความรู้ที่ครอบคลุมในเรื่อง ความหมาย โครงสร้างของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี สาเหตุของการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยง การป้องกันโรค อาการและการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบทดสอบส่วนที่2 ถ้าตอบได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไปถือว่ามีความรู้ในระดับดี ถ้าตอบได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ถือว่ามีความรู้ในระดับน้อย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจากสาเหตุอะไรบ้าง เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามส่วนที่ 3 ข้อ 1-11

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อที่สตรีเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความยากลำบาก และการต้อง ใช้ระยะเวลา ค่าใช้จ่ายในการรักษา การคุกคามไปยังอวัยวะอื่นหรือมีผลกระทบต่อบทบาททางครอบครัว การใช้ชีวิตคู่ ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ประเมิน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามส่วนที่ 3 ข้อ 12-16

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่ทำให้รู้ว่าการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูกก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์ต่อตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามส่วนที่ 3 ข้อ 17-23

อุปสรรคต่อการปฏิบัติตน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความกังวล ความเครียด ความกลัว ความอาย ซึ่งเป็นข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามส่วนที่ 3 ข้อ 24-27

การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่สตรีสามารถเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ โดยสะดวกในเรื่อง สถานที่ให้บริการ บุคลากรที่ให้บริการและเวลาที่ให้บริการเอื้ออำนวยต่อการรับบริการ

นโยบาย หมายถึง นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และการณรงค์ให้สตรีมารับบริการตรวจ

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกเชิงบวกในปัจจัยที่เอื้อต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งหมายถึงสถานที่ให้บริการ บุคลากรที่ให้บริการ และการใช้เวลาให้บริการ

การได้รับข่าวสาร หมายถึง การที่สตรีได้รับข่าวสารเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และ การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

การกระตุ้นเตือน หมายถึง การได้รับคำแนะนำในเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจากบุคคลต่างๆที่เกี่ยวข้อง

บุคคลในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ในหลังคาเรือนเดียวกันหรือสมาชิกในครอบครัว

บุคคลรอบข้าง หมายถึง บุคคลที่รู้จักใกล้ชิด ที่นอกเหนือจากบุคคลในครอบครัว เช่น
เพื่อน เพื่อนบ้าน

บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของคนในครอบครัวและคนรอบข้าง หมายถึง
การได้ทราบ หรือรับรู้ว่าการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของบุคคลในครอบครัวและ
บุคคลรอบข้าง

การตรวจเอกสาร

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขต อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางและกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม/การดูแลตนเอง
3. แนวคิด PRECEDE Framework
4. ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

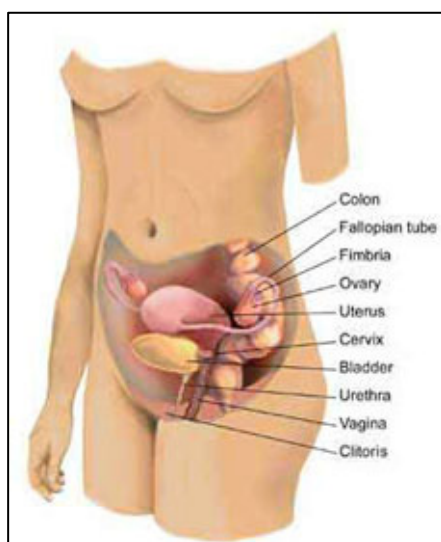
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็ง

สำนักพัฒนาวิชาการ กรมการแพทย์, (2547) กล่าวว่า วัณโรค มะเร็ง คือ โรคของเซลล์ของร่างกาย ปกติแล้วเซลล์ของร่างกาย จะมีการเจริญเติบโต และแบ่งตัวภายใต้การควบคุมของยีนส์ทำให้เซลล์ของร่างกายเจริญเติบโต และมีการซ่อมแซม หลังจากที่มีการบาดเจ็บ บางครั้งเซลล์มีการแบ่งเซลล์ และเจริญเติบโตผิดปกติอย่างรวดเร็ว เป็นก้อนเรียกว่า เนื้องอก อาจจะเป็นเนื้องอกธรรมดา หรือเป็นมะเร็งก็ได้ โดยที่เซลล์ของเนื้องอก ธรรมดาจะไม่สามารถแพร่กระจายไปที่อื่นได้ แต่เซลล์มะเร็งจะสามารถแพร่กระจายไปที่ส่วนอื่นของร่างกายได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษา เนื้อของมะเร็งจะไช และทำลายเนื้อเยื่อที่อยู่รอบๆ และต่อมาเซลล์มะเร็งจะแพร่ออกจากต้นกำเนิดเดิมที่เป็นครั้งแรก และแพร่ไปที่อวัยวะอื่นๆ และไปเจริญเติบโตเป็นเนื้อมะเร็งที่อวัยวะอื่นๆ ได้

โครงสร้างอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

โครงสร้างระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรีประกอบไปด้วยรังไข่ (ovary) ซึ่งต่อกับมดลูก โดยท่อรังไข่ (fallopian tube) มดลูก(uterus)อยู่ระหว่างทวารหนัก (rectum) และกระเพาะปัสสาวะ (bladder) มดลูกติดต่อกับช่องคลอด (vagina) โดยมีปากมดลูก (cervix) เป็นทางติดต่อระหว่างมดลูกและช่องคลอด ดังภาพที่ 1

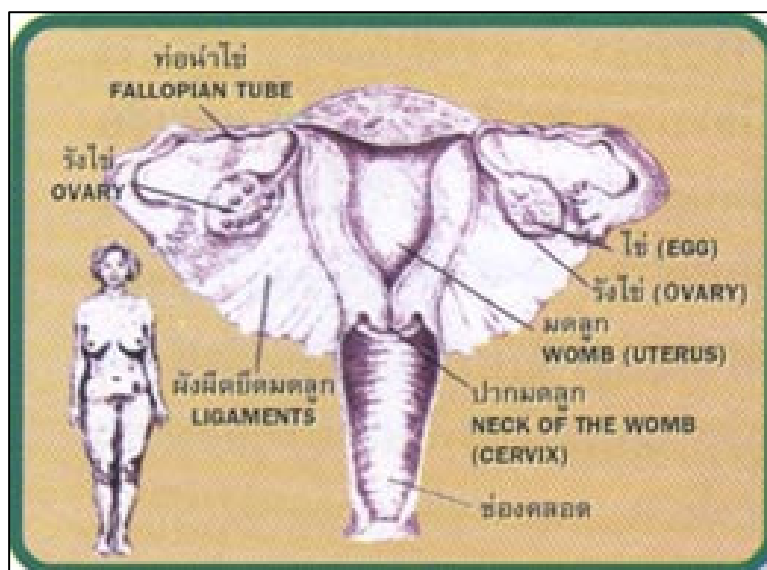


ภาพที่ 1 โครงสร้างอวัยวะสืบพันธุ์

ที่มา : กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2550)

ปากมดลูก

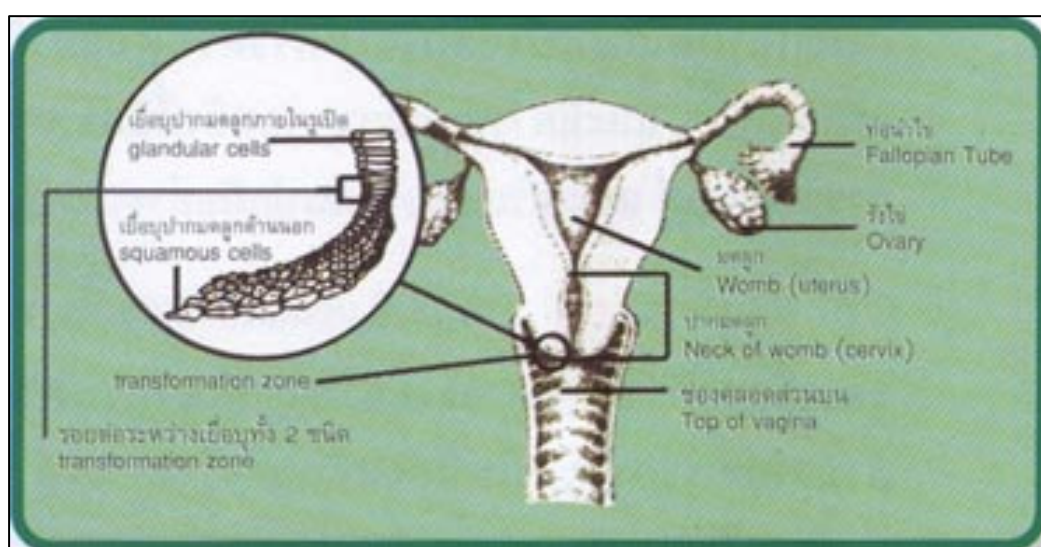
ปากมดลูก คือ ส่วนที่อยู่ต่ำสุดของมดลูก ซึ่งยื่นออกมาอยู่ในช่องคลอด และมีส่วนที่เป็นรูเม็ดเล็กๆ ต่อขึ้นไปจนถึงโพรงมดลูกได้ มดลูกจะอยู่ในอุ้งเชิงกราน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ส่วนประกอบมดลูกและอวัยวะใกล้เคียงด้านหน้า

ที่มา : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2545)

ปากมดลูกจะมีหน้าที่หลายอย่าง เช่น การสร้างน้ำเมือก หรือน้ำหล่อลื่นในช่องคลอด และปากมดลูกยังสร้างน้ำเมือก ช่วยให้เชื้อตัวผู้ (Sperm) เข้าไปผสมกับไข่ และปากมดลูกยังเป็นส่วนที่อัมแทรก ให้อยู่ในมดลูกในระหว่างการตั้งครรภ์ ปากมดลูกถูกคลุมด้วยเซลล์ที่ต่างกัน 2 ชนิด คือ ส่วนนอกที่ยื่นอยู่ในช่องคลอด จะเป็นเซลล์บางๆ คล้ายเซลล์ของผิวหนัง (Squamous cell) และส่วนที่ 2 เซลล์จะมีลักษณะหนา และสูง จะอยู่ทางด้านในของรูเปิด เรียกว่า Endocervical Cells มีเพียง 1 ชั้นเท่านั้น ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ลักษณะเซลล์ปากมดลูก

ที่มา : กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2545)

มะเร็งปากมดลูก

สำนักพัฒนาวิชาการ กรมการแพทย์, (2547) กล่าวว่า มะเร็งปากมดลูกเกิดจากเซลล์เยื่อปากมดลูกมีการแบ่งตัวผิดปกติ (Cervical Intraepithelium Neoplasia, CIN) แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามความหนาของเยื่อ ซึ่งมีเซลล์เรียงกันอยู่หลายๆ ชั้น

CIN I มีการแบ่งตัวผิดปกติเฉพาะด้านล่าง

CIN II มีการแบ่งตัวผิดปกติด้านล่าง และส่วนกลาง

CIN III มีความผิดปกติทุกชั้นของเยื่อปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก ที่พบบ่อยมี 2 ชนิด

1. เกิดจากเยื่อปากมดลูกด้านนอก มีลักษณะคล้ายเซลล์ผิวหนัง เรียกว่า Squamous Cell Carcinoma
2. เกิดจากเยื่อปากมดลูก ด้านในของรูเปิดเข้าไปในตัวมดลูก ลักษณะของเซลล์จะมีฐานแคบและลำตัวสูงเรียกว่า Adenocarcinoma

สาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูก

เท่าที่วิทยาการทางการแพทย์ตรวจพบได้ในปัจจุบันคือ การติดเชื้อ Human papilloma viruses (ไวรัสหงอนไก่) หรือเชื้อ HPV บริเวณอวัยวะเพศ โดยเฉพาะบริเวณปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อไวรัส HPV หรือเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายขึ้น ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย หรือการตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย เป็นต้น ปัจจัยนอกจากนี้เป็นเพียงปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยร่วมที่ทำให้การติดเชื้อ HPV กีบหน้ารุนแรงขึ้นจนเป็นมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยร่วมเหล่านี้อาจกล่าวได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่

1. ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายหญิง

- การมีคู่นอนหลายคน ความเสี่ยงสูงขึ้นตามจำนวนคู่นอนที่เพิ่มขึ้น
- การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยกว่า 17 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีการกลายรูปของเซลล์ปากมดลูกมาก ช่วงนี้จะมีความเสี่ยงต่อการก่อมะเร็งสูงมากโดยเฉพาะเชื้อ HPV การตั้งครรภ์และการคลอดลูกจำนวนครั้งของการคลอดลูกมากกว่า 4 ครั้ง มีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 2 – 3 เท่า
- มีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เริม ซิฟิลิส และหนองใน เป็นต้น
- การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน ๆ ถ้านานกว่า 5 ปี และ 10 ปี จะมีความเสี่ยงสูงขึ้น 1.3 เท่า และ 2.5 เท่า ตามลำดับ
- ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน

2. ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย

เนื่องจากส่วนใหญ่ของการติดเชื้อ HPV บริเวณอวัยวะเพศได้มาจากการมีเพศสัมพันธ์ จึงกล่าวได้ว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่มีเชื้อ HPV (ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ชายจะไม่มีอาการหรือตรวจไม่พบเชื้อ) แม้เพียงครั้งเดียวก็มีโอกาสติดเชื้อ HPV และเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชายได้แก่

- สตรีที่มีสามีเป็นมะเร็งองคชาติ
- สตรีที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก
- ผู้ชายที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ผู้ชายที่มีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุน้อย
- ผู้ชายที่มีคู่นอนหลายคน

3. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ส่งเสริมให้เป็นมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายหรือเร็วขึ้นได้แก่

- การสูบบุหรี่
- ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น โรคเอดส์ และการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน
- สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ

ปัจจัยเสี่ยงจาก HPV

กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, (2550) กล่าวไว้ว่า HPV หรือในชื่อเต็มว่า Human Papilloma Virus เป็นไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคชนิดต่างๆ มีมากกว่า 180 สายพันธุ์ แต่ละสายพันธุ์ก็ก่อโรคแตกต่างกันไป ที่สำคัญมีหลายสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดมะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดโรคบริเวณอวัยวะเพศ

หูดหงอนไก่ เป็นหูดที่เรารู้จักกันดีมานาน แต่เดิมเราก็ไม่ได้เฉลียวใจถึงความร้ายกาจของมัน เป็นมากรักษากันไป แต่ในตอนนี้หลังจากเราพบว่า หูดเหล่านี้นอกจากจะเกิดจากเชื้อ HPV สายพันธุ์เบอร์ 6 และ เบอร์ 11 แล้วก็มีหลายรายที่เกิดจากสายพันธุ์เบอร์ 16 และเบอร์ 18 ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่มีโอกาสทำให้กลายเป็นมะเร็งได้ หูดหงอนไก่อจึงไม่ใช่หูดธรรมดาๆ อย่างที่เราเคยรู้จักกัน

การติดเชื้อ HPV มีมากแค่ไหน มีการประมาณการกันว่า ประชากรของไทยเราประมาณ 20 – 40 % ติดเชื้อ HPV แต่ส่วนใหญ่การติดเชื้อนั้นไม่แสดงอาการ ส่วนที่มีอาการไม่ว่าจะเป็นสายพันธุ์ธรรมดาหรือสายพันธุ์ก็มีโอกาสหายเองได้เหมือนกัน โดยที่คนอายุน้อยมีโอกาสหายได้เองมากกว่าคนอายุมาก

หูดของอวัยวะสืบพันธุ์มีอาการแสดงออกหลายแบบ แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 4 กลุ่มดังนี้

1. หูดหงอนไก่ (condyloma accuminata) เป็นหูดที่เรารู้จักกันดีโดยเฉพาะนักเที่ยวทั้งหลาย ซาบซึ้งกันเป็นอย่างดี มีลักษณะเป็นดอกกะหล่ำหรือแบบหงอนที่หัวไก่ชน

2. หูดผิวเรียบ (smooth papular warts) มีสีเนื้อ ผิวเรียบขนาด 1 – 4 มิลลิเมตร มักพบบริเวณเย็บต่างๆ แต่ที่ผิวหนังก็อาจพบได้ ที่พบบ่อยๆ ก็ตรงโคนอวัยวะที่ถูกลูบอย่างอนาถาไม่ถึง

3. หูดผิวหนัง (keratotic genital warts) ลักษณะก็เหมือนหูดตามผิวหนังทั่วไป บางรายอาจพบหูดนี้ ตามร่างกายก่อนที่จะเป็นที่อวัยวะเพศด้วยซ้ำไป

4. หูดแบน (flat warts) อาจเป็นหลายจุดใกล้ๆ กันแล้วรวมตัวเป็นปื้นใหญ่ มักพบตามเย็บต่างๆ หรือตามผิวหนังก็อาจพบได้

นอกจากนี้ยังมีชนิดย่อยๆ ที่พบได้เช่น

หูดยักษ์ (Giant Condyloma Accumunata หรือ Buschke-Lowenstein tumor) เกิดจาก HPV สายพันธุ์ไม่คู่ (6, 11) แต่ดูน่ากลัวเพราะมีขนาดใหญ่

หูดในท่อปัสสาวะ (Urethral Meatus Warts) เป็นหูดที่มีปัญหาในการรักษามากที่สุด เพราะมักจะหายแล้วกลับมาเป็นอีก เพราะนอกจากจะเกิดบริเวณปลายท่อปัสสาวะให้เจ้าของเห็นแล้ว ก็อาจยังมีในท่อปัสสาวะที่ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วย

หูดในทวารหนัก (Intra-Anal Warts) หูดพวกนี้พบมากในพวกเกย์ พบว่าเยื่อใน ทวารหนักมีลักษณะคล้ายกับบริเวณปากมดลูกจึงมีโอกาสเกิดมะเร็งได้เช่นเดียวกับปากมดลูก ในปีพ.ศ. 2549 มีรายงานใน New England Journal of Medicine ว่าพบมะเร็งที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ใน ทวารหนักด้วย ซึ่งแน่นอนว่ามะเร็งนั้นกลายพันธุ์มาจากหูดที่เกิดจากเชื้อ HPV

อวัยวะเพศอักเสบจากหูด (Papillomavirus associat balanoprophthitis) พบค่อนข้างบ่อย จะเกิดรอยแผลแตกเป็นร่องๆ โคนน้ำหรือโคนของเหลวในช่องคลอดจะแสบ เวลาแข็งตัวหรือเวลา รวมเพศจะเจ็บ รักษาไม่ค่อยจะหายขาด เป็นๆหายๆ

มะเร็งปากมดลูก เดิมที่เราเคยโทษว่าเกิดจากเริ่มนั้น เดิมนี่พิสูจน์แล้วว่าเกิดจากเชื้อ HPV ดังนั้นถ้าหากเป็นหูดหงอนไก่ตรงอวัยวะเพศ ก็ต้องตรวจป้องกันมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ถี่ขึ้น หรือถ้าตรวจ Pap smear แล้วพบว่าติดเชื้อ HPV อยู่แพทย์ก็ต้องตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติมด้วย

หญิงมีครรภ์ถ้าเป็นหูดหงอนไก่อยู่ด้วยหูดจะขยายตัวอย่างเร็วมาก เพราะมีเลือดมาเลี้ยงมาก ในช่วงตั้งครรภ์ต้องรักษาแต่เนิ่นๆ ไม่เช่นนั้นอาจเป็นอุปสรรคต่อการคลอดได้ซึ่งถ้าพบตอน คลอด แพทย์ก็จะผ่าให้คลอดทางหน้าท้องแทนการคลอดตามธรรมชาติ

ระยะพักตัว หลังรับเชื้อมาแล้วบางรายเพียงสัปดาห์เดียวก็แสดงอาการ บางรายเป็นเดือนๆ ค่อยแสดงอาการแต่หลายๆรายก็ไม่แสดงอาการเลย

ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส HPV

การมีคู่นอนหลายคน (ครั้งละหลายๆคนหรือครั้งละคนแต่มีหลายคน)
 คู่นอนมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือชายอื่นหลายคน
 มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยๆ
 มีลูกมาก
 มีภูมิคุ้มกันต่ำ
 มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆร่วมด้วย

การป้องกัน

ไม่มีวิธีอื่นใดที่จะป้องกันได้นอกจากใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงอื่นที่มีไข้เกราะหรือในชาย
 รักร่วมเพศก็ต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเท่านั้น

การตรวจหา HUMAN Papillomavirus (HPV Testing)

วิวัฒนาการของความรู้เกี่ยวกับไวรัส HUMAN Papilloma (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549)

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส HUMAN Papilloma วิวัฒนาการของการตรวจพบนี้เริ่มขึ้นในปี ค.ศ.1930 เมื่อพบว่าไวรัส Cottontail papilloma สามารถทำให้เกิดมะเร็งจากจุดเริ่มต้นนี้ทำให้มีการศึกษาอย่างใกล้ชิดเกี่ยวกับบทบาทของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส อย่างไรก็ตามการศึกษาไวรัส Papilloma ในช่วงแรกมีข้อจำกัดเนื่องจากไม่สามารถเพาะเลี้ยงไวรัสในเซลล์ได้ ในช่วงปี ค.ศ.1950 Ayre ได้อธิบายลักษณะของเซลล์ที่เรียกว่า Koilocytes โดยที่ Meisels และ Fortins ได้พบว่า Koilocytes เป็นการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่ติดเชื้อ HPV 6 ปีต่อมา Koss พบว่าลักษณะของ Koilocytotic atypia เกี่ยวข้องกับลักษณะที่ผิดปกติของเนื้อเยื่อผิว Squamous ของปากมดลูก การศึกษาเกี่ยวกับ HPV DNA เริ่มต้นในปี ค.ศ.1965 เมื่อความรู้ในระดับโมเลกุลแตกฉานขึ้นทำให้ Zur Hausen ได้เสนอในปี ค.ศ.1977 ว่า HPV อาจเป็นไวรัสที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเป็นตัวการทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก ในช่วงปี ค.ศ.1980 สามารถทำสำเนาพันธุ HPV 16 และ 18 ได้ และยังพบว่า HPV ทั้ง 2 ชนิด พบได้บ่อยในมะเร็งปากมดลูก ความเกี่ยวข้องระหว่างการติดเชื้อ HPV และการเกิดมะเร็งปากมดลูก สามารถ

อธิบายได้จากการค้นพบว่าโปรตีน E6 และ E7 ของไวรัส HPV มีความสามารถที่จะชักนำให้เกิดความแปรปรวนทางพันธุกรรมของเซลล์ Keratinocytes ในมนุษย์ อันนำไปสู่การแบ่งตัวที่ผิดปกติและเกิดมะเร็งในที่สุด ในช่วงปี ค.ศ. 1980-1990 มีการศึกษาอย่างมากมายเกี่ยวกับการควบคุมการแสดงออกของยีนส์และทำหน้าที่ทางชีววิทยา ซึ่งเคมีของผลผลิตของยีนส์ HPV แต่ก็ไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ทางคลินิกได้ในช่วงแรกๆเนื่องจากไม่มีชุดตรวจหา HPV ที่ใช้ได้สะดวกไม่ยุ่งยากเหมือนที่ใช้ในห้องทดลอง เมื่อมีการค้นคิดตรวจหา HPV ที่ใช้ได้สะดวก และได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1988 ก็นำไปสู่การเปิดศักราชของการตรวจหา HPV เพื่อนำไปใช้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรือนำไปใช้ร่วมกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีอื่นๆ ยิ่งไปกว่านั้นการพัฒนาชุดตรวจหา HPV ให้มีความไวมากขึ้นและสามารถวัดหาปริมาณของ HPV DNA ชนิดต่างๆทำให้การศึกษาความเกี่ยวข้องของ HPV และมะเร็งปากมดลูกในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีความแม่นยำถูกต้อง จนได้หลักฐานทางระบาดวิทยาที่แน่นอนว่าการเกิดมะเร็งปากมดลูกนั้นต้องเริ่มต้นจากการติดเชื้อ HPV

ความสัมพันธ์ระหว่าง HPV และมะเร็งปากมดลูก

เมื่อสตรีมีเพศสัมพันธ์สตรีผู้นั้นก็จะมีโอกาสติดเชื้อ HPV ในจำนวนนี้ร้อยละ 80 จะมีการติดเชื้อโดยไม่มียโรคให้ปรากฏและสามารถขจัดไวรัสให้หมดไปได้ ร้อยละ 20 จะมีโรคให้ปรากฏ แต่ถ้าระบบภูมิคุ้มกันดีคือมีปฏิกิริยาของ Cytotoxic T-cell ต่อไวรัสโรคก็อาจจะหายไปตัวเอง แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าร่างกายไม่สามารถจะขจัดเชื้อ HPV ให้หมดไปโรคนี้ก็มีโอกาสกลายเป็นมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 13 ปี

เมื่อมีการติดเชื้อไวรัส โปรตีน Oncogene ของไวรัส ในที่นี้คือ E6 และ E7 จะเชื่อมต่อกับ Tumor suppressor gene P53 และ Rb ของเซลล์ปากมดลูกทำหน้าที่ของ Tumor suppressor gene ผิดปกติไป ไม่สามารถควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ให้เป็นไปตามปกติ เกิดความแปรปรวนของยีนส์ และมีโอกาสที่จะกลายพันธุ์ อาจกล่าวโดยสรุปว่าการที่เซลล์ปากมดลูกปกติกลายเป็นมะเร็งเมื่อติดเชื้อ HPV เกิดจากการกระตุ้นโปรตีน Oncogene ของไวรัสทำให้ Tumor suppressor gene ของเซลล์ทำหน้าที่ผิดปกติไป

การรักษา

การรักษามีหลายแบบ ทั้งทายา จี้เย็น จี้ด้วยไฟฟ้า เลเซอร์หรือแม้แต่การตัดออก แต่โดยปกติแพทย์จะเริ่มด้วยการทายา ยาที่ทาตัวแรกเริ่มชื่อ podophylins 25 % ใช้มานานก็ยังคงได้ผลอยู่ การทาต้องให้แพทย์เป็นผู้ทาให้ โดยเฉพาะคนไข้หญิงมีชอกมีหลีบ บางครั้งเป็นที่ผนังช่องคลอด หรือปากมดลูก คนไข้ทาเองไม่ได้ ปกติการทานั้น 4-6 ชั่วโมงต้องล้างออกและทาซ้ำทุกครั้ง ปัจจุบันมียาทาตัวใหม่ ชื่อ imiquimod ใช้รักษาหูดได้ผล การกลับเป็นซ้ำน้อย แต่ราคายังแพงอยู่ ค่าใช้จ่ายครั้งละ 3000 - 4000 บาท

อาการของมะเร็งปากมดลูก

อาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมากหรือน้อยขึ้นกับระยะของมะเร็ง ในระยะแรกอาจไม่มีอาการผิดปกติและตรวจพบจากการตรวจคัดกรองหรือการตรวจด้วยกล้องขยายร่วมกับการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา อาการที่อาจจะพบในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้แก่

1. การตกเลือดทางช่องคลอด เป็นอาการที่พบได้มากที่สุดประมาณร้อยละ 80 – 90 ของผู้ป่วยที่มีอาการ ลักษณะเลือดที่ออกอาจจะเป็น

- เลือดออกกะปริบกะปรอยระหว่างรอบเดือน
- เลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์
- มีน้ำออกปนเลือด
- ตกขาวปนเลือด
- เลือดออกหลังวัยหมดประจำเดือน

2. อาการในระยะหลังเมื่อมะเร็งลุกลามมากขึ้น ได้แก่

- ขาบวม
- ปวดหลังรุนแรง ปวดก้นกบและต้นขา
- ปัสสาวะเป็นเลือด
- ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด

ระยะของมะเร็งปากมดลูก

แบ่งออกได้เป็น 2 ระยะใหญ่ ๆ คือ

1. ระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม ระยะนี้เซลล์มะเร็งยังอยู่ภายในชั้นเยื่อผิวปากมดลูก ไม่ลุกลามเข้าไปในเนื้อปากมดลูก ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติเลย แต่ตรวจพบได้จากการตรวจ คัดกรองโดยการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกที่เรียกว่า Papanicolaou smear หรือ Pap smear

2. ระยะลุกลาม แบ่งออกเป็น 4 ระยะย่อย คือ

ระยะที่ 1 มะเร็งลุกลามอยู่ภายในปากมดลูก

ระยะที่ 2 มะเร็งลุกลามไปที่เนื้อเยื่อข้างปากมดลูก และ / หรือผนังช่องคลอดส่วนบน

ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามไปที่ด้านข้างของเชิงกราน และ / หรือผนังช่องคลอดส่วนล่าง หรือกดท่อไตจนเกิดภาวะไตบวมน้ำ

ระยะที่ 4 มะเร็งลุกลามไปที่กระเพาะปัสสาวะ ไส้ตรง หรืออวัยวะอื่น ๆ เช่น ปอด กระดูก และต่อมน้ำเหลืองนอกเชิงกราน เป็นต้น

การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก

วิธีการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

1. การตรวจภายใน พบก้อนมะเร็งปากมดลูกชัดเจน ต้องตรวจยืนยันโดยการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา

2. การตรวจทางเซลล์วิทยา (Papanicolaou smear) หรือ Pap smear ตรวจพบเซลล์มะเร็ง

ซึ่งต้องสืบค้นต่อโดยการตรวจภายในและการตรวจด้วยกล้องขยาย เพื่อตรวจหาบริเวณที่ผิดปกติที่จะทำการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา

3. การตรวจด้วยกล้องขยาย (Colposcopy) ร่วมกับการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา

4. การตรวจอื่น ๆ ที่อาจช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

- การตรวจภายในปากมดลูก
- การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า
- การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยด้วยมีด

- IVP (Intravenous Pyelogram) คือ การฉีดสารทึบแสงเข้าทางหลอดเลือดดำ แล้ว X-ray ดูไต กระเพาะปัสสาวะ และท่อไตว่า ปกติหรือเปล่า มะเร็งปากมดลูกระยะหลังๆ จะกดท่อไต ทำให้ไตวายได้

- CT SCAN X-ray Computer เพื่อดูขนาดของเนื้องอกมะเร็ง สามารถบอกได้ว่ามะเร็งไขเข้าไปในอวัยวะรอบๆหรือเปล่า และยังสามารถบอกได้ว่า มะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลืองใดบ้าง และจำนวนเท่าไร

การรักษา

การรักษา ขึ้นอยู่กับระยะของมะเร็ง อายุ และสภาพของคนไข้ ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะเป็นการผ่าตัด หรือการฉายแสง

การผ่าตัด

ตัดเฉพาะปากมดลูกเป็นรูปกรวย (Cone Biopsy) จะทำในระยะก่อนลุกลาม และต้องแน่ใจว่า ตัดเอาเซลล์มะเร็งออกหมด คนไข้ส่วนใหญ่จะไม่มีผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การตัดมดลูก การตัดมดลูกมี 2 แบบ แบบแรก คือ ตัดมดลูกออกอย่างเดียว ซึ่งมักจะทำ ในระยะก่อนลุกลาม และแบบที่ 2 คือ ตัดมดลูกออก พร้อมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานออก รวมทั้งพังผืดยึดมดลูก และช่องคลอดส่วนบนออกด้วย มักจะทำในมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1

การผ่าตัดทั้ง 2 แบบ จำเป็นต้องใช้ยาสลบ และต้องพักอยู่ในโรงพยาบาลหลายวัน (แบบแรก ต้องอยู่ 5-7 วัน และแบบที่ 2 อยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 10 วัน)

หลังจากตื่นขึ้นหลังผ่าตัด จะพบว่า มีสายน้ำเกลือต่อไว้ เพื่อให้น้ำและยาบริเวณแขนข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง และมีสายยาว 1-2 สาย ต่อจากอุ้งเชิงกราน เพื่อดูดน้ำเลือดหรือน้ำเหลืองผ่านออกมา ทางหน้าท้องและสายข้างอีกเส้นเป็นสายที่ใส่ไว้ในกระเพาะปัสสาวะ เพื่อให้ปัสสาวะไหลออกมา หากอาการดีขึ้นแพทย์ก็จะดึงออกภายหลัง หลังผ่าตัดจะรู้สึกปวดบริเวณแผลผ่าตัด และปวดในบริเวณอุ้งเชิงกรานมาก เมื่อได้ยาแก้ปวดลดอาการปวดให้ลดน้อยลง ระยะพักฟื้นหลังผ่าตัด ก็มักจะใช้เวลาประมาณ 6 สัปดาห์จึงจะทำงานปกติได้ บางคนอาจใช้เวลาถึง 6-12 เดือน จึงจะรู้สึกเป็นปกติ ในระหว่างพักฟื้นควรหลีกเลี่ยงการทำงานหนักหรือยกของหนักๆ ก่อนออกจากโรงพยาบาลกลับบ้านควรต้องปรึกษาแพทย์ก่อนว่า ควรปฏิบัติตัวอย่างไร ควรหลีกเลี่ยงอะไร และเมื่อไรจะสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ ซึ่งส่วนใหญ่ ก็ประมาณ 4-6 สัปดาห์ หลังผ่าตัด การผ่าตัดตัดรังไข่ทั้ง 2 ข้างออกร่างกายจะขาดฮอร์โมนเพศหญิงอาจจะมีอาการของการขาดฮอร์โมนเพศ (Menopause) เช่น ร้อนหน้าและบริเวณหลังเหงื่อออก หงุดหงิด ใจสั่นเป็นต้น ดังนั้นแพทย์อาจจะให้ฮอร์โมนเสริม เพื่อลดอาการดังกล่าว

การรักษาโดยใช้รังสี

คือ การให้รังสีไปทำลายเซลล์มะเร็ง ซึ่งมักจะทำในรายที่มะเร็งมีขนาดโตและไม่สามารถผ่าตัดได้หมดหรือมะเร็งลุกลามออกมานอกปากมดลูกแล้ว การฉายรังสีอาจจะฉายอย่างเดียวหรืออาจจะให้ร่วมกับการผ่าตัดหรือร่วมกับการให้เคมีบำบัดด้วยก็ได้และการให้การรักษาด้วยรังสีจะมีทั้งการฉายรังสีทางด้านนอก และการฝังแร่เข้าไปในโพรงมดลูกด้วย

การฉายแสงจากภายนอก

ลำแสงพิเศษจะถูกปล่อยออกมาจากเครื่อง ฟุ้งตรงไปที่ปากมดลูกซึ่งแพทย์นักฟิสิกส์และนักรังสีการแพทย์จะคำนวณจำนวนของแสงและทิศทางไว้อย่างพอดี โดยผ่านทางหน้าท้องน้อยและด้านข้างของเชิงกราน การฉายรังสีนี้สามารถให้แบบคนไข้นอนได้ให้สัปดาห์ละ 4-5 วัน จำนวน 4-6 สัปดาห์และการฉายแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 2-3 นาทีไม่เจ็บ บางครั้งอาจจะรู้สึกรำคาญเท่านั้น

การฝังแร่

การฝังแร่มีหลายวิธี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะฝังสารกัมมันตภาพรังสี เข้าไปอยู่ใกล้กับก้อนมะเร็งให้มากที่สุด ซึ่งอาจจะต้องให้ยาสลบสักระยะสั้นๆ เพื่อที่จะใส่เครื่องมือเข้าไปในช่องคลอด และในโพรงมดลูก อาจจะต้องพักอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 2-3 วัน การใส่แร่นี้ อาจจะใช้เวลา 48-72 ชั่วโมงหรือบางทีอาจใช้เวลาสั้นๆ เพียง 2-5 นาทีขึ้นอยู่กับชนิดของสารกัมมันตรังสีและต้องอยู่ในห้องที่มีการป้องกันรังสี เพื่อไม่ให้รังสีแพร่ไปถูกผู้อื่น

การให้เคมีบำบัด

- เป็นการให้ยาเคมี มีวัตถุประสงค์เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งและทำลายเซลล์ดีของร่างกายน้อยที่สุด

- เคมีบำบัดที่ใช้ในคนไข้มะเร็งปากมดลูก มักจะให้กรณีที่เป็นระยะลุกลามมากไปแล้ว อาจจะทำให้ก่อนหรือหลังการผ่าตัดหรือฉายแสง บางครั้งอาจจะให้ในระหว่างการฉายรังสีด้วยก็ได้

- การให้เคมีบำบัด ปกติจะให้ทางหลอดเลือดดำ บางทีอาจจะต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรืออาจจะรักษาแบบคนไข้นอกก็ได้ ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับยา และอาการการให้ยาอาจจะให้ทุก 3-4 สัปดาห์ จำนวน 3-5 ครั้ง ขึ้นอยู่กับระยะ และชนิดของยาที่ใช้

- ก่อนให้ยาทุกครั้งจะต้องเจาะเลือดตรวจดูเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวว่ากลับคืนสู่ปกติหรือยัง

ผลแทรกซ้อนของการให้รังสี

อาจจะมีหลายอย่างซึ่งจะเป็นชั่วคราวและสามารถควบคุมได้ เช่น เหนื่อย ซึมเศร้า เบื่ออาหาร ถ่ายท้อง ปวดหน่วงเวลาปัสสาวะ ผิวหนังดำคล้ำ ปวดแสบ และร้อนบริเวณที่ถูกฉายแสง แต่ก็มีครีมที่ใช้ทาเพื่อลดอาการดังกล่าว ในคนที่ยังสาวการรักษาด้วยวิธีนี้ จะมีผลต่อรังไข่ ทำให้ไม่สามารถสร้างฮอร์โมนเพศ ซึ่งทำให้เป็นหมันและอาจจะมีอาการของผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน (Menopause) ถ้ากำลังอยู่ระหว่างการฉายแสงควรจะพักผ่อนให้เพียงพอ และดื่มน้ำมากๆ รับประทานอาหารบ่อยมื้อ และมื้อละน้อยๆ

ผลแทรกซ้อนการให้เคมีบำบัด

ขึ้นอยู่กับยาที่ใช้ ส่วนใหญ่จะมีอาการซึมเศร้า เหนื่อย ผอม ร่วง มีแผลในช่องปาก เม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือดต่ำ แต่อาการทั้งหมดจะเป็นชั่วคราวเท่านั้นและจะกลับเป็นปกติในไม่ช้า แต่ปัจจุบันนี้มียาสำหรับป้องกันและลดอาการดังกล่าวได้ผลดี

การตัดสินใจรักษา

จตุพล, (2550) กล่าวว่า การรักษาอย่างไรจะเหมาะสมกับตัวผู้ป่วยดูเหมือนจะยากมาก ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกว่า สิ่งที่เกิดขึ้นนั้นมันรวดเร็วเหลือเกิน ผู้ป่วยบางคนรู้สึกว่ามีความเกี่ยวข้องกับมะเร็งมาก แต่บางรายก็รู้สึกว่าไม่มีข้อมูลเลยหรือมีก็น้อยมาก ผู้ป่วยต้องมั่นใจว่าเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น แนวทางการรักษาและผลข้างเคียงอย่างดีพออย่าด่วนตัดสินใจ เวลาที่ใช้ 2-3 วัน ในการตัดสินใจว่า จะรักษาวิธีใดไม่ทำให้มีผลต่อแผนการรักษาและผลการรักษาของผู้ป่วย ถ้าแพทย์ให้เลือกวิธีการรักษาควรชั่งน้ำหนักดูทั้งข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธี และถ้าแพทย์แนะนำวิธีการรักษาให้เพียงอย่างเดียว ควรถามว่า ทำไมไม่แนะนำให้รักษาโดยวิธีอื่นเพื่อจะได้มั่นใจมากขึ้นและไม่เปลี่ยนใจไปรักษาวิธีอื่นในขณะที่กำลังรักษาด้วยวิธีเดิมอยู่

ส่วนในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ในระยะสุดท้าย การรักษาคงจะทำเพื่อบรรเทาอาการมากกว่าที่จะรักษาให้หายขาด แต่ก็ยังมีบางรายต้องการที่จะรักษาให้เต็มที่ ทั้งๆ ที่รู้ว่า โอกาสหายขาดมีน้อยมากก็ตาม อย่างไรก็ตาม แพทย์พยายามที่จะรักษาให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้ป่วยควรจะปรึกษาแพทย์ หรือหารือกับญาติให้เข้าใจและตัดสินใจรักษาหรือหากยังไม่มั่นใจอาจจะปรึกษาแพทย์เฉพาะทางมะเร็งนรีเวชท่านอื่นได้ แต่ไม่ควรที่จะปรึกษามากไปจนกระทั่งสรุปไม่ได้ และอาจจะเสียเวลาไปมาก จนมะเร็งลุกลามไปมากกว่านั้น

การติดตามหลังการรักษา

ต้องตรวจหลังการรักษากับสูตินรีแพทย์ หรือแพทย์มะเร็งนรีเวช อย่างสม่ำเสมอตามแพทย์แนะนำ แม้จะตัดมดลูกไปแล้วหรือมีปากมดลูกอยู่ในกรณีที่รักษาโดยการฉายแสง แต่ผู้ป่วยก็ต้อง

ตรวจPap smear ที่บริเวณช่องคลอดด้านในสุดอย่างสม่ำเสมอ ตามแพทย์สั่ง หากมีการเกิดซ้ำที่บริเวณช่องคลอด แพทย์ก็จะสามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่แรกเริ่มและวางแผนการรักษาได้ทัน

การดูแลรักษา ผลแทรกซ้อนอาการของการขาดฮอร์โมนเพศหญิง (Menopause Symptom) หลังจากการรักษาโดยผ่าตัดมดลูกออกหรือการฉายแสงจะไม่มีประจำเดือนและจะไม่มีโอกาสมีบุตรอีกเลย ในคนที่ยังสาวอยู่หากตัดรังไข่ออกหรือรังไข่ถูกทำลายก็จะมีอาการเหมือนคนหมดประจำเดือน (Menopause) ก็ควรจะได้รับฮอร์โมนเสริมจากแพทย์ ฮอร์โมนที่ได้รับจะเป็นฮอร์โมนเพศหญิงหรือที่เรียกกันว่า เอสโตรเจน (Estrogen) ซึ่งนอกจากจะลดอาการขาดฮอร์โมนแล้วยังสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน ที่อาจจะเกิดขึ้นได้อีกด้วย

ปัญหาเกี่ยวกับกระเพาะปัสสาวะการควบคุมและความรู้สึกต่างๆของกระเพาะปัสสาวะอาจจะเปลี่ยนไป เช่น บางคนอาจจะรู้สึกว่าปัสสาวะบ่อยขึ้นหรือบางคนอาจจะรู้สึกปวดปัสสาวะแต่กลั้นไม่อยู่จึงปัสสาวะออกมาก่อนถึงห้องน้ำ บางรายอาจจะมีปัสสาวะเล็ดออกมาขณะที่จามหรือไอ ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จะค่อยๆดีขึ้น ถ้ามีอาการเหล่านี้ควรจะต้องปรึกษาแพทย์หรือบางครั้งอาจจะต้องพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญซึ่งจะแนะนำและสอนการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณส่วนล่างของอุ้งเชิงกราน บางครั้งอาจจะต้องไปตรวจสอบและบริหารกล้ามเนื้อดังกล่าวที่โรงพยาบาล

ปัญหาเกี่ยวกับลำไส้หลังผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีปัญหาเกี่ยวกับลำไส้สักระยะหนึ่ง บางรายอาจจะมีท้องผูกหรือถ่ายท้อง ซึ่งบางครั้งจะต้องให้ยาช่วยปรับเรื่องอาหาร ถ้าอาการเหล่านี้ไม่ดีขึ้นก็ควรจะต้องปรึกษาแพทย์

น้ำเหลืองคั่ง บางครั้งอาจจะมีอาการบวมที่ส่วนต่างๆ ของร่างกายส่วนมากมักจะเกิดที่ขา และแขนอาจจะเกิดขึ้นจากการรักษามะเร็งปากมดลูก โดยการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกรานออก ซึ่งทำให้การไหลของน้ำเหลืองจากขาไม่สะดวก ทำให้มีการคั่งของน้ำเหลืองบริเวณขาทำให้เกิดการบวมและคัน ซึ่งเราไม่สามารถที่จะพยากรณ์ล่วงหน้าได้ว่ารายใดจะเกิดผลแทรกซ้อนแบบนี้ดังนั้นหากเกิดอาการขาบวม ควรปรึกษาแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและรักษาแต่เริ่มแรกผลการรักษาจะดีขึ้น บางทีการใส่ถุงเท้าหรือพันด้วยผ้ายืดบริเวณเท้าและขาหลังผ่าตัด ก็จะทำให้อาการเหล่านี้ลดลงได้

ข้อสังเกต

มะเร็งปากมดลูกสามารถจะรักษาได้อย่างได้ผล ถ้าพบในระยะแรกๆ และส่วนใหญ่ของผู้ป่วยในเริ่มแรก จะหายขาด สำหรับผู้ป่วยอยู่ในระยะลุกลาม การรักษาหายขาดก็ยังมีโอกาส และส่วนใหญ่ของพวกนี้ ก็ยังสามารถควบคุมโรคได้ และสามารถมีชีวิตอยู่ได้นานพอสมควร

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์

เป็นธรรมดาที่จะมีอาการทางอารมณ์หลังการรักษา ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกซึมเศร้า โกรธง่าย คับข้องใจ อาการเหล่านี้จะดีขึ้นในเวลา 2-3 วันหรือบางทีอาจจะเป็นปี ก่อนที่ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนเดิมอาจจะดีขึ้นถ้าผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยปรึกษาปรับทุกข์หรือระบายความรู้สึกเหล่านี้กับเพื่อนๆ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์หรือแพทย์จิตเวช บางคนอาจจะนั่งสมาธิ หรือปฏิบัติธรรมก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยได้เหมือนกัน ปัญหาที่สำคัญคือ การไม่มีบุตรหลังการรักษาบางรายมีบุตรครบแล้วก็ไม่มีปัญหาแต่บางรายยังไม่มีบุตรเลย ผู้ป่วยจะต้องตัดสินใจหาบุตรบุญธรรมมาเลี้ยงแทนก็ได้

การมีเพศสัมพันธ์

การวินิจฉัยและรักษามะเร็งปากมดลูกอาจจะมีผลกระทบต่อความรู้สึกทางเพศ และความสัมพันธ์ทางเพศ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือและแนะนำและจะมีประโยชน์มาก ถ้าได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้สึก ซึ่งกันและกันซึ่งส่วนใหญ่จะไม่ค่อยสำเร็จ ถ้าผู้ป่วยยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เลย ผู้ป่วยอาจจะกังวลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ บางรายได้รับการรักษาโดยการฉายแสงก็ยังสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติบางครั้งอาจจะมีอาการแสบข้างโดยเฉพาะในช่วงหลังของการฉายแสง ถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่าช่องคลอดแห้งอาจจะลองใช้ครีมที่เรียกว่า K-Y Jelly ทาบริเวณช่องคลอดจะลดอาการดังกล่าวลงได้ บางครั้งอาจจะมีเลือดออกหลังร่วมเพศควรปรึกษาแพทย์

การทำ Pap smear

การทำ Pap smear หรือ Cervical Pap smear เป็นวิธีการตรวจหาความผิดปกติ ของเซลล์ เยื่อเมือกปากมดลูกระยะก่อนเป็นมะเร็งและมะเร็งระยะเริ่มแรกของปากมดลูกเรียกย่อๆว่า Pap smear

คำว่าPap มาจากชื่อของ Dr.Papanicolaou ซึ่งเป็นผู้ค้นพบวิธีการตรวจนี้เมื่อปี ค.ศ. 1930 วิธีการตรวจทำโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากตำแหน่งที่ต้องการตรวจไปป้ายลงบนแผ่นกระจกใส (glass slide) fixed ย้อมสีแล้วดูเซลล์ด้วยกล้องจุลทรรศน์ นอกเหนือไปจากการตรวจปากมดลูกยังมีผลพลอยได้โดยอาจพบเซลล์มะเร็งของเยื่อบุมดลูก ท่อรังไข่ รังไข่และช่องคลอดด้วย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549)

ปัจจัยที่ทำให้การตรวจ Pap smear มีประสิทธิภาพได้ผลถูกต้องแม่นยำ

1. ผู้ตรวจ/ผู้ทำ Pap smear ปฏิบัติได้ถูกต้องตามหลักการ
2. ระยะเวลา ช่วงเวลา ที่เหมาะสมในการเก็บเซลล์มาตรวจ
3. ผู้รับการตรวจ มีการเตรียมตัว /ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง
4. อุปกรณ์ ที่ใช้ในการตรวจถูกต้องเหมาะสม
5. กระบวนการจัดการสไลด์ Pap smear ถูกต้องตามหลักวิธี
6. ความชำนาญ / คุณภาพ ของผู้อ่านเซลล์วิทยา

ระยะเวลาที่เหมาะสมในการตรวจ Pap smear มีดังนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549)

1. ในวัยเจริญพันธุ์ เดิมเคยแนะนำให้มารับการตรวจในระยะกึ่งกลางของรอบเดือน เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่ปากมดลูกสะอาดที่สุด เพราะระยะนี้เอสโตรเจนในเลือดมีระดับสูง ตอนไข่ใกล้จะสุกหรือกำลังจะสุกเอสโตรเจนในระดับสูงจะกระตุ้นต่อมสร้างมูกที่อยู่ในปากมดลูก ส่วนในการสร้างมูกเหนียวๆออกมาจำนวนมากถ้าทำ Pap smear ในระยะนี้จะป้ายได้มาแต่มูกซึ่งเหนียว จะได้เซลล์น้อยมาก หรือเกือบไม่ได้เลย ควรรอต่อไปอีกสัก 1 สัปดาห์เพื่อรอให้ไข่สุกไปเสียก่อน คือประมาณสัปดาห์ที่ 3 หรือต้นสัปดาห์ที่ 4 ของรอบเดือนระยะที่ไม่ควรทำอีกระยะหนึ่งคือ 3-4 วัน ก่อนมีประจำเดือน เพราะเป็นระยะที่มีเมือกเลือดขาวในบริเวณนี้เป็นจำนวนมาก และจะไม่ติดในแผ่นกระจก ซึ่งอาจเป็นปัญหาในการอ่าน

2. ในรายที่กำลังได้รับการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนอย่างเม็ดหรือฉีด สามารถรับการตรวจได้ทุกระยะเวลา

3. ในรายที่หมดประจำเดือนไปแล้วรับการตรวจได้ทุกเวลา แต่ถ้าหมดไปนานแล้วเยื่อบุปากมดลูกอาจบางและอักเสบ (Atrophic inflammation) ถ้าได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนเฉพาะที่หรืออย่างเม็ดสำหรับรับประทานสักระยะหนึ่งประมาณ 3-4 สัปดาห์ เช่น ให้ใส่ Premarin cream ในช่องคลอดก่อนเข้านอน วันละ ½ -1 กรัม หรือให้ Tab.Premarin (0.625 มิลลิกรัม) รับประทานวันละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า จะช่วยให้ได้ผลตรวจที่แน่นอนยิ่งขึ้น

การเตรียมตัวก่อนการตรวจ Pap smear

1. ต้องไม่มีการตรวจภายในมาก่อน 24 ชั่วโมง
2. ไม่มีการเหน็บยาในช่องคลอดมาก่อน 48 ชั่วโมง
3. ห้ามล้างหรือทำความสะอาดภายในช่องคลอดมาก่อน 24 ชั่วโมง
4. งดการมีเพศสัมพันธ์คืนวันก่อนมารับการตรวจ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

พฤติกรรม (Behavior)

ราชบัณฑิตยสถาน (2537) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมไว้ว่า หมายถึง กริยาอาการ ความคิดและความรู้สึกที่แสดงออกต่อสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติตัว

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

เกลิมพล (2541) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมไว้ว่า หมายถึง การกระทำของคนที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นในสังคมโดยต้องสามารถวิเคราะห์พฤติกรรมเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะปัจจัยที่เป็นสาเหตุกำหนดให้บุคคลเลือกตัวอย่างตัดสินใจ การกระทำดังที่ปรากฏออกมา เช่น การออกกำลังกาย การไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย การงดบริโภคเนื้อสัตว์เมื่อตั้งครรรภ์ เป็นต้น นอกจากนี้จะต้องรวมถึงสิ่งที่อยู่ภายในใจของบุคคลซึ่งคนอื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง เช่น เจตคติ(attitude) ความรู้(knowledge) ความเชื่อ(belief)

ชาญชัย (2543) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมไว้ว่า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองสิ่งเร้าทั้งที่แสดงออกให้เห็นได้และไม่แสดงออกให้เห็น พฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็นเรียกว่า พฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมที่ไม่แสดงออกให้เห็นเรียกว่าพฤติกรรมภายใน

Bloom (1985) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

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

พฤติกรรมด้านความรู้

พฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นกระบวนการทางด้านสมองเป็นความสามารถทางด้านสติปัญญาที่เกี่ยวข้องกับ การรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆรวมทั้งการพัฒนาความสามารถ และทักษะทางสติปัญญา การใช้ความคิดวิจารณ์ญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ จัดจำแนกได้ตามลำดับขั้นจากง่ายไปยาก ดังนี้

1. ความรู้ ความจำ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้ หรือระลึกได้

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้ คือ จะต้องมีความรู้มาก่อนถึงจะเข้าใจได้ ความเข้าใจนี้จะแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความและคาดคะเน

3. การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาวิชาการ ทฤษฎี กฎเกณฑ์และแนวคิดต่างๆ ไปใช้

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถและมีทักษะในการจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใดๆ ออกเป็นส่วนย่อยและมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดระหว่างส่วนประกอบที่รวมเป็นปัญหา หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวม ส่วนย่อยต่างๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจนและมีคุณภาพสูงขึ้น

6. การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัย ตีราคาของสิ่งของต่างๆ โดยมีกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้ อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมาหรือมีอยู่แล้วก็ตาม

พฤติกรรมด้านเจตคติ

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

1. การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็นขั้นที่บุคคล ถูกกระตุ้นให้ทราบว่าเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดี หรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับหรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วย ความตระหนัก ความยินดีที่ควรรับและการเลือกรับ

2. การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วย ความยินยอม ความเต็มใจและความพอใจที่จะตอบสนอง

3. การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงให้เห็นว่า บุคคลนั้นยอมรับว่า เป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเองและได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า “ค่านิยม” ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับ ความชอบและการผูกมัดค่านิยมเข้ากับตนเอง

4. การจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากลุ่มโดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมนั้น ในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยมและการจัดระบบของค่านิยม

5. การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a Value or Complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่า บุคคลมีค่านิยมหลายชนิดและจัดอันดับของค่านิยมนั้นจากดีที่สุดไปถึงน้อยที่สุด พฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแผนทางของการปฏิบัติและการแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่เขากำหนด

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ

พฤติกรรมด้านการปฏิบัตินี้ เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกายซึ่งรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่บุคคลปฏิบัติออกมาโดยมีด้านความรู้ และด้านเจตคติเป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้อง แต่กระบวนการในการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอนแต่นักวิชาการก็เชื่อว่ากระบวนการทางการศึกษาจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติได้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมาย สุขภาพไว้ว่า เป็นภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจรวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่ปราศจากโรคหรือปราศจากทุพพลภาพเท่านั้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

ราชบัณฑิตยสถาน (2537) ได้ให้ความหมาย สุขภาพไว้ว่า อนามัยของร่างกาย ภาวะความเป็นอยู่ ของร่างกายเช่นสุขภาพดีก็หมายความว่า ร่างกายแข็งแรง สุขภาพไม่ดีก็หมายความว่าร่างกายอ่อนแอ อาจเจ็บป่วยได้ง่าย

ปณิธาน (2541) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด

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 พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะของพฤติกรรม การป้องกัน 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 และไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผลในการป้องกันโรครวมถึงพฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวันการสืบค้นหาโรคและการป้องกันอุบัติเหตุต่างๆด้วย ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก การใส่หมวกกันน็อก การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้น่าอยู่ เป็นต้น

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง กิจกรรมใดๆที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย หรือเริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตนเอง อาจเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ในเรื่องอาการของโรคนั้นบุคคลแต่ละคนมีการรับรู้(Perception) ประเมินความรุนแรงของ

อาการรวมทั้งการยอมรับสภาพว่าตนเองนั้นอยู่ในสภาพเจ็บป่วยต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่างๆ เช่น ประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ต่อโรคนั้น เพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของตนเองและการหายจากอาการเจ็บป่วย บุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่างๆ เช่น การถามเพื่อนฝูง ญาติพี่น้องเกี่ยวกับอาการของตน การขอคำปรึกษา การแสวงหาการรักษาพยาบาล เป็นต้น

2. พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick – Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ อาการต่างๆ ดีขึ้นซึ่งบุคคลจะแสดงพฤติกรรมโดยการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยาตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสั่ง การปฏิบัติเรื่องอาหารการกิน เป็นต้น รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

พฤติกรรมการป้องกันโรค

ประภาเพ็ญ (2539) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมการป้องกันโรคไว้ว่า หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยป้องกันไม่ให้โรคเกิดขึ้น ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง ได้แก่การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ เป็นต้น

พฤติกรรมการป้องกันโรคแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้ (Pender, 1987)

1. การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันตนเองจากการเกิดโรค เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค

2. การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นการป้องกันตามความรุนแรงของโรค เป็นการป้องกันที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะมีอาการของโรคจะรุนแรงขึ้น เช่นการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกโดยวิธีทำ Pap Smear

3. การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เป็นการป้องกันโดยการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่น และเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

Becker (1974) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมป้องกันโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยดังนี้

1. การรับรู้ของบุคคล ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความพร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว
2. ปัจจัยร่วม มีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เป็นต้น
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการน่าจะกระทำ หรือสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ มีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ความรู้ที่ได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากสื่อมวลชน คำแนะนำ ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนฝูงคนใกล้ชิด

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

คำศัพท์การดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำ “ดูแล” “ตนเอง” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2537 ให้ความหมาย

“ดูแล” คือเอาใจใส่ ปกปักษ์รักษา ปกครอง

“ตน” คือ ตัว (ตัวคน)

“ตนเอง” คือ ของตัวเอง

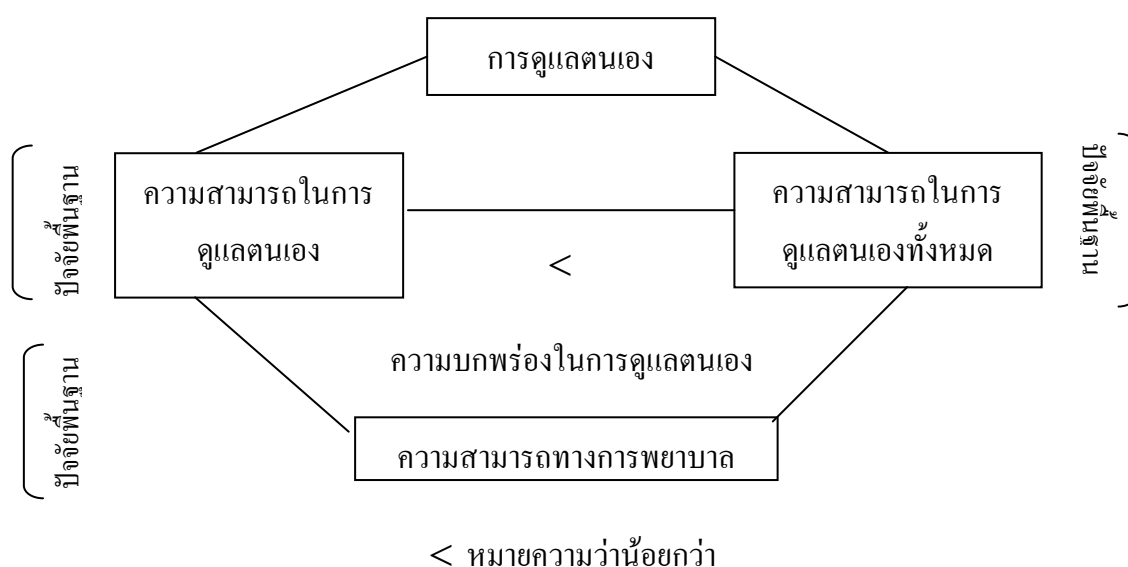
เมื่อรวมคำว่าดูแลตนเอง จึงหมายถึง เอาใจใส่ในตัวตน หรือปกปักรักษา ปกครองตนเองนั่นเอง

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem

Orem. (1985) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้ว่า คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพและความผาสุกของตนเอง ดังนั้น การดูแลตนเองจึงต้องดำเนินไปทั้งภาวะปกติและยามเจ็บป่วย การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่จงใจกระทำ (Deliberate action) และมีจุดมุ่งหมายของการดูแลตนเองดังนี้

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

Orem (1985) ที่ปรึกษาและศาสตราจารย์ทางการแพทย์ที่มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา และเป็นผู้ริเริ่มแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาใช้ในการพัฒนาทางการแพทย์เป็นคนแรก ทฤษฎีทางการแพทย์โดยทั่วไปของ Orem ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กันคือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self – care deficit) และทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self – care) ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem นี้ได้นำมาใช้และได้รับการพัฒนาเรื่อยมาจนเป็นที่นิยมแพร่หลายมากทฤษฎีหนึ่งถือว่าสอดคล้องกับแนวคิดของการบริการสุขภาพในยุคปัจจุบันที่มุ่งให้ประชาชนได้พึ่งตัวเอง (สมจิต, 2536) ดังปรากฏตามแผนภูมิ ภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แผนภูมิกรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี Orem

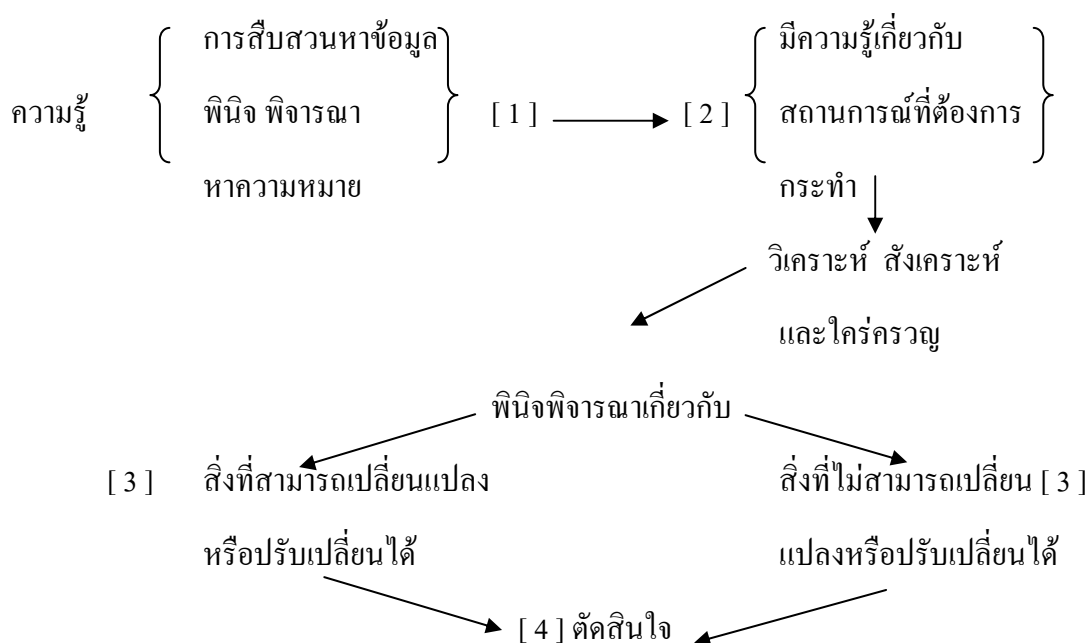
ที่มา : Orem (1985)

ในแนวคิดของ Orem การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จิตใจและมีเป้าหมายซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

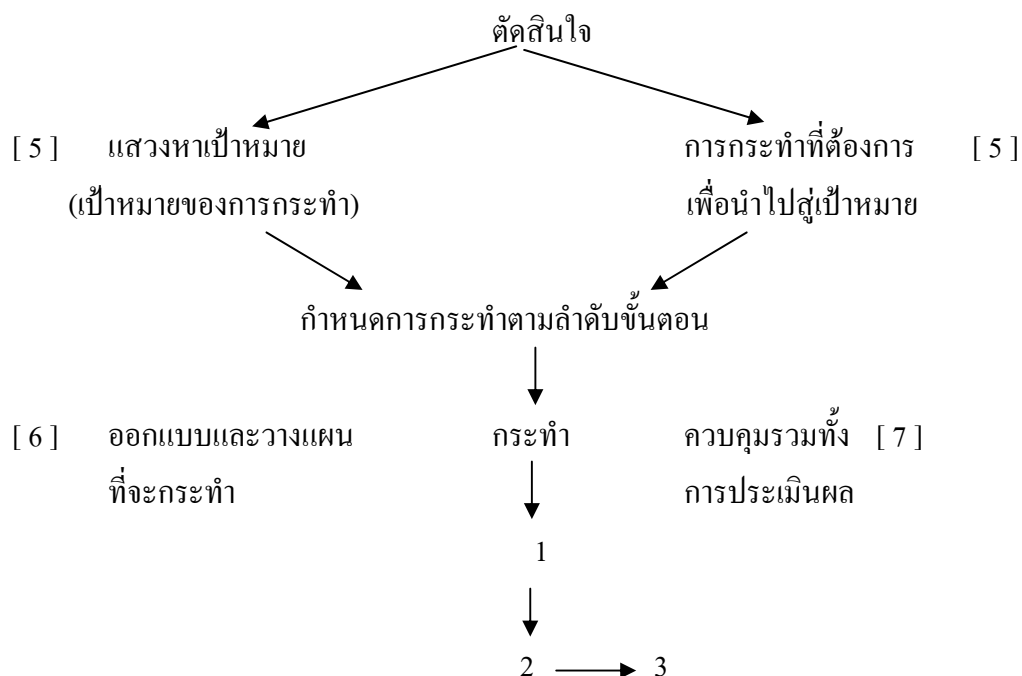
ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและการตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่ การกระทำจะเห็นว่าบุคคลที่สามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมและเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ลึกก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกตการให้ความหมายของสิ่งสังเกตมองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายกับเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำจึงสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำนั้น จะต้องมีความหมาย การตั้งเป้าหมาย ความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือก กิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ส่วนการดูแล ตนเองที่ได้เลือกจะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์ เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้อง และ มีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไร ว่าการกระทำได้ถูกต้องและถ้าการให้ความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง รายละเอียดดังปรากฏตาม แผนภูมิ ภาพที่ 5

ระยะที่1 การวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ประกอบด้วย ลำดับขั้นตอนดังนี้



ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ



ภาพที่ 5 แผนภูมิระยะของการดูแลตนเอง

ที่มา: Orem (1985)

การดูแลตนเองที่จะเกิดผลดีต่อสุขภาพได้เรียกว่า Therapeutic self – care จะก่อให้เกิดผลแก่บุคคล ดังต่อไปนี้

1. รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการทำหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการบรรลุนิติภาวะของบุคคลตามศักยภาพ
3. ป้องกัน ควบคุมและรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
4. ป้องกันหรือปรับลดสภาวะไร้สมรรถภาพ
5. ส่งเสริมสมรรถภาพและความพอใจของบุคคล

ความต้องการดูแลตนเอง (Self – care demand)

ความต้องการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่งซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self – care requisites) 3 ด้านคือ (สมจิตร, 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 หาความผิดปกติจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดให้มีการขับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการละลายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

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 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อนบ้านทั้งของตนเองและสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.4.4 ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.4.5 สนใจและรับรู้ต่อชนิกของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.4.6 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.4.7 หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ

1.4.8 จัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.5 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบ สังคมและความสามารถของตนเอง

1.5.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่ง อัตมโนทัศน์ที่เป็นตัวของตัวเอง

1.5.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาของตนเอง

1.5.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล
(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 การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนา แบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

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

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษาได้แก่ ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วยและการพิการ ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการตาย

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการกลายเป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่น เพื่อป้องกันสิ่งเสียดังกล่าว หรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาการตนเองหรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ 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 สนใจ ดูแลและป้องกันความไม่สบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเองปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพัฒนาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรค หรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพการวินิจฉัย ภาวะบกพร่องของการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ดังปรากฏตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของ Orem (1985)

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของ Orem		
ความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป	ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามพัฒนาการ	ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ
*อากาศ น้ำ และอาหาร *การมีกิจกรรมและการพักผ่อน *ความสนใจและเข้าสังคม *การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ *การดำรงชีวิตอย่างปกติสุข	*ดำรงรักษา สภาพการณ์แต่ละระยะของการพัฒนาการ *ส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการและวุฒิภาวะในแต่ละระยะของการพัฒนาการ *ป้องกันอันตรายและ/หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากปัญหาทางด้านพัฒนาการสังคมของบุคคล เช่น การศึกษา อัมพาต และคนยากจน เป็นต้น	*แสวงหาการรักษาโรคที่เหมาะสม *การตระหนักรู้ถึงอิทธิพลและผลของพยาธิสภาพต่อชีวิตและร่างกายของตนเอง *การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ *การตระหนักรู้และดูแลตนเองในการป้องกันความไม่สุขสบายภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างถูกต้อง *ปรับทัศนคติของตนเองได้เพื่อการยอมรับในภาวะโรคนั้นๆ *สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามความจำกัดของโรคพยาธิสภาพและการรักษาได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ความถูกต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนองและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วย จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยเพื่อที่จะรักษาไว้ ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติเพื่อส่งเสริมการพัฒนาและมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (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 ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำ โดยทั่วไปพลังความสามารถ 10 ประการ มีดังนี้

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจ และเอาใจใส่

2.2 ความสามารถที่ควบคุมพลังงานทั้งด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มปฏิบัติ เพื่อการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายชีวิต สุขภาพและสวัสดิการ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะค้นคว้าและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดแบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) และมีเป้าหมายโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น

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

3.2 คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อ การแสวงหาเป้าหมายของการกระทำความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

3.2.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการ อ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาสาเหตุและการใช้เหตุผล

3.2.2 หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัสการมองเห็น การ ได้ยิน การได้กลิ่นและการรับรส

3.2.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.2.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.2.5 นิสัยประจำตัว

3.2.6 ความตั้งใจ

3.2.7 ความเข้าใจในตนเอง

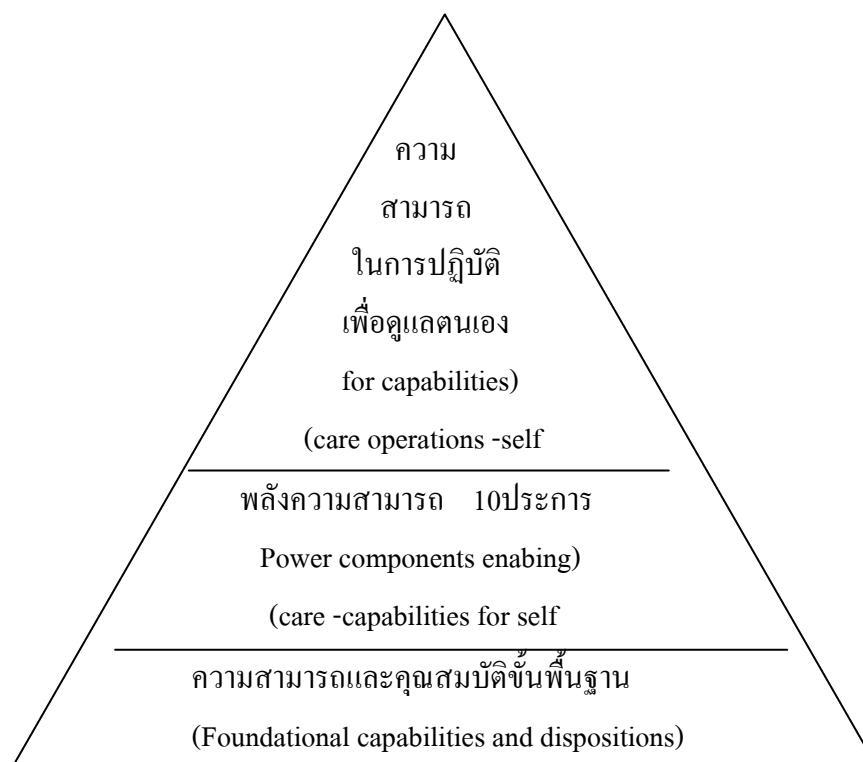
3.2.8 ความหวังในตนเอง

3.2.9 การยอมรับตนเอง

3.2.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการกระทำ กิจกรรม
ต่างๆ

3.2.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

ถ้าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จิตใจและมีเป้าหมายโดยทั่วไปและไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองได้นั้นคือ ขาดพลังความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ดังปรากฏตามแผนภูมิ ภาพที่ 6 (สมจิต, 2536)



ภาพที่ 6 แผนภูมิโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง

ที่มา : สมจิต (2536)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ กับการดูแลตนเองของสตรี

ปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัยเฉพาะที่จะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเอง ไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (Causal relationship)

แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังต่อไปนี้ร่วมด้วย (Orem, 1985)

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

การดูแลตนเองเป็นสิ่งปกติสำหรับมนุษย์ที่ต้องเรียนรู้ โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ การติดต่อสื่อสารและเป็นการปฏิบัติโดยเจตนา โดยทั่วไปไม่อาจขึ้นอยู่กับอายุ เพศ พัฒนาการหรือภาวะสุขภาพของบุคคล การประเมินปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวจะช่วยให้ทราบถึงความต้องการดูแลตนเองและความสามารถในการพัฒนาดูแลตนเองของทั้งหมด

พฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

พฤติกรรม การป้องกันโรคในแต่ละโรคย่อมแตกต่างกัน เนื่องจากมีกระบวนการหรือสาเหตุของการเกิดโรคแตกต่างกัน พฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถกระทำได้ 2 ระดับ คือ

1. พฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ หมายถึง การปฏิบัติเพื่อควบคุมหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

1.1 การมีเพศสัมพันธ์เฉพาะคู่ของตัวเอง นั่นคือ งดการสำส่อนทางเพศ หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย

1.2 การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยงดการมีเพศสัมพันธ์จะมีประจำเดือน งดการมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่สตรีหรือสามี มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ มีแผลบริเวณอวัยวะเพศ ทวารหนัก และล้างทำความสะอาดอวัยวะเพศ ภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งทันที

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

1.4 การงดสูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงจากการได้รับควันบุหรี่

1.5 การดูแลรักษาความสะอาดอวัยวะเพศ

เพราะอวัยวะเพศของสตรีนั้นมีร่องและรอยพับซ่อนอยู่มาก เหงื่อ ไคล ปัสสาวะ และระดูขาว (ตกขาว) ที่ออกมาอาจติดอยู่ที่บริเวณอวัยวะเพศภายนอก หากไม่ได้ทำความสะอาดอย่างถูกต้อง อาจเกิดการหมักหมมและมีกลิ่นเหม็นหรือเกิดการอักเสบติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นการรักษาความสะอาดจึงเป็นพื้นฐานของการป้องกันอาการผิดปกติในระบบสืบพันธุ์ได้เป็นอย่างดี

1.5.1 ผู้หญิงจึงควรหมั่นรักษาความสะอาดด้วยการชำระล้างอวัยวะเพศภายนอกด้วยสบู่อ่อนๆ และน้ำสะอาดทุกครั้งก่อนอาบน้ำหรือทุกครั้งหลังการถ่ายอุจจาระ หรือปัสสาวะ ควรใช้น้ำล้างให้สะอาดแล้วใช้กระดาษชำระซับให้แห้งโดยเช็ดจากด้านหน้าไปด้านหลังจากอวัยวะเพศไปทางทวารหนัก เพื่อไม่ให้เชื้อโรคจากทวารหนักติดต่อมายังช่องคลอด ไม่ควรใช้สบู่หอม หรือน้ำยาฆ่าเชื้อเพราะจะทำให้บริเวณอวัยวะเพศเกิดการระคายเคือง หรือผื่นคัน อาจทำให้เกิดการติดเชื้อตามมา

1.5.2 ไม่สวนล้างช่องคลอด และไม่ใช้นิ้วล้วงเข้าไปล้างภายในช่องคลอดจะทำให้เชื้อปกติที่อยู่ในช่องคลอดมีจำนวนลดลง และความเป็นกรดของช่องคลอดเปลี่ยนแปลง

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ ได้แก่การตรวจค้นหาความผิดปกติของปากมดลูก ด้วยวิธีการ Pap smear เป็นประจำอย่างน้อย 5 ปีต่อ 1 ครั้ง นอกเหนือจากนี้ยังช่วยค้นหาการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ เช่น HPV, เชื้อรา, เชื้อพยาธิทริโคโมแนส ฯลฯ

PRECEDE Framework

ในการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคล ว่ามีสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากปัจจัยอะไรบ้างนั้น มีแนวคิดในการวิเคราะห์อยู่ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

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

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

กลุ่มที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจากทั้งปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล

ซึ่งจากการศึกษาของนักพฤติกรรมศาสตร์ในกลุ่มนี้ได้สรุปว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลคือ

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

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

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) ซึ่งเป็นรูปแบบการวิเคราะห์ปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกบุคคลของGreen ,et al (1980) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

PRECEDE Framework เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation. เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงาน สุขศึกษามีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไปกระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับโดยเริ่มจากOutcome ที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่งคือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้หมายถึง

พฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การวิเคราะห์ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 7 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Phase 1: Social Diagnosis)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “ คุณภาพชีวิต ” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์ โดยการประเมิน สิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน ผู้ใช้แรงงาน ผู้บริโภคหรือแม้แต่สตรีวัย 35 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยครั้งนี้ สิ่งที่เราประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมายนั้น 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 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น สาเหตุจากพันธุกรรมหรือสภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยกระบวนการสุขศึกษา จะให้ความสนใจประเด็นที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Phase 4: Educational Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขภาพ โดยขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล 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 ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ และความคิด ร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคม ที่เชื่อว่ามีผลกระทบต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

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

ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญให้ความสำคัญในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพแต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่

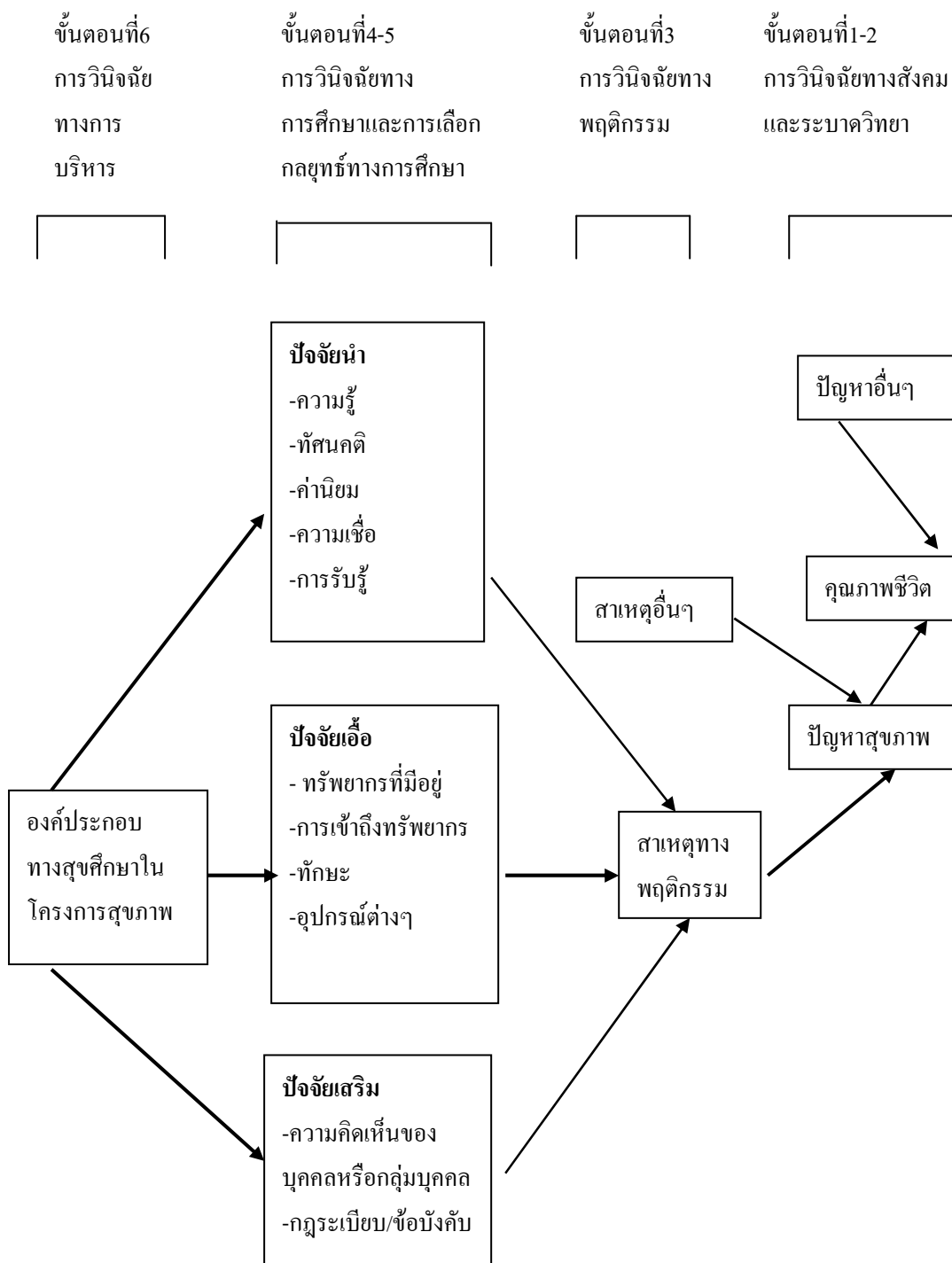
ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้ง ทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะทาง เวลา ฯลฯ นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญ ก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ปัจจัยเอื้อ จึงเป็นสิ่งช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริมจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเมร็งปากมดลูกของสตรีนั้น ปัจจัยเสริมที่สำคัญ อาจได้แก่ คู่สมรส บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยเสริม อาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง ไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้

การดำเนินงานในขั้นตอนการวิเคราะห์ทางการศึกษา จะเป็นการพิจารณาว่าปัจจัยต่างๆที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม นั้น มีปัจจัยเฉพาะอะไรบ้าง ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ต้องการได้ ถ้าได้มีการปรับปรุงแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใหม่ให้เหมาะสม จัดลำดับความสำคัญของปัจจัย จัดกลุ่มปัจจัย และ ความยากง่ายของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่าง ๆ เหล่านั้น ก็จะทำให้การวางแผนในขั้นต่อไปมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

จากปัจจัยทั้งสามดังกล่าว Green, et al (1980) ได้นำมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทั้งสามกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นปัญหาเฉพาะเพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุทางพฤติกรรมกับปัจจัยดังกล่าว ดังแผนภูมิ ภาพที่ 7



ภาพที่ 7 แผนภูมิ PRECEDE Framework

ที่มา : Green (1980)

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Selection of Educational Strategies)

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านสุขศึกษามาใช้ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสม และสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านข้างต้นด้วย เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด นอกจากนี้ การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานเทคนิคกลวิธีด้านสุขศึกษาที่หลากหลายเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Phase 6: Administrative Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการสำเร็จ บรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงข้าม คือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในองค์กร ดังนั้น ในการวางแผนเพื่อดำเนินงานสุขศึกษาใด ๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าในขั้นตอนอื่น ๆ และจะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Phase 7: Evaluation)

ขั้นตอนนี้ไม่มีแสดงอยู่ในแผนภูมิ แต่จะมีปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยทั้งนี้ ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมิน และดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลใน PRECEDE Framework จะประกอบด้วยการประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินโครงการหรือโปรแกรมสุขศึกษา การประเมินผลกระทบของโครงการหรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุด คือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

Rosenstock (1974) เป็นผู้ริเริ่มแบบแผนตามความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ อธิบายพฤติกรรมป้องกันของบุคคล การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหนีออกห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

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

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Becker (1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่นๆนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสรiskต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำและความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรค
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต

ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน

3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน (Perceived Benefits) เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองแล้วยังรวมถึงเวลาความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ แม้บุคคลจะหาข้อหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือการรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น ย่อมเป็นทางที่ดีก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรคหรือหายจากโรคและในขณะเดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าเป็นข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

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

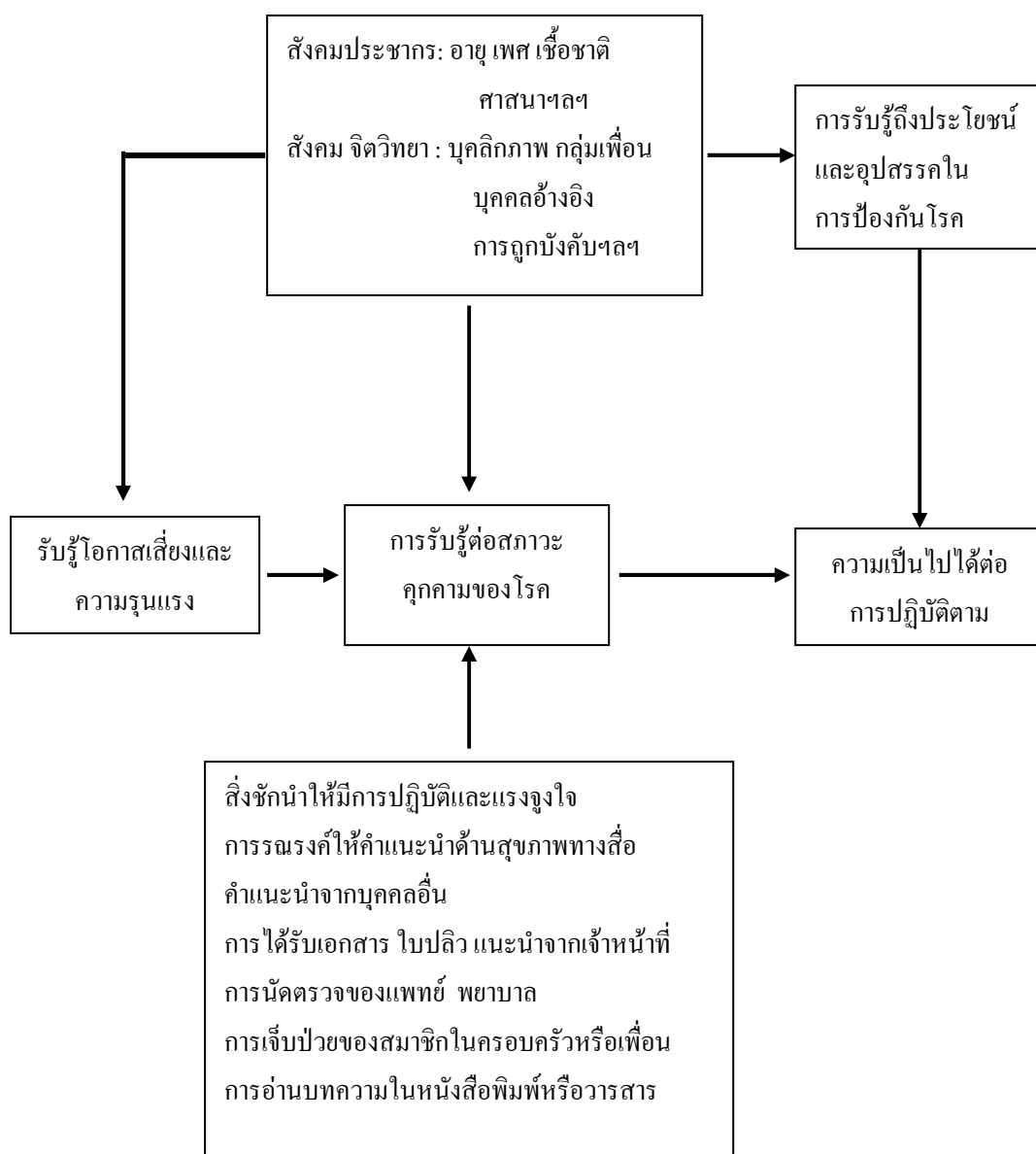
5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา Becker(1975) ได้กล่าว เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมี 2 ด้านคือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก(External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) นับว่าเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรค

ต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมจะประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้ ความสลับซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตาม การให้บริการ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้รับบริการ และ ตัวแปรด้านสนับสนุนแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

7. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น เช่นมารดา ที่มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร ได้แก่ ความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร ความรักและความห่วงใยต่อบุตร มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าองค์ประกอบเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเชื่อในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาลและแรงจูงใจทางสุขภาพนี้อาจจะกล่าวได้ว่าเป็นค่านิยมที่บุคคลให้ต่อสุขภาพก็ได้

จากแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 7 ปัจจัยดังกล่าว Becker (1975) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาอธิบายการป้องกันโรคหรือพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆซึ่งได้รับการยอมรับจากบุคคลทั่วไปดังแสดงในแผนภูมิ ภาพที่ 8



ภาพที่ 8 แผนภูมิแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ที่มา : Becker (1975)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มต่างๆตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 ได้ผลการวิจัยแตกต่างกันไปดังนี้

พรทิพย์ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของหญิงอาชีพพิเศษในแหล่งท่องเที่ยวเมืองพัทยาพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยพฤติกรรมระดับปฐมภูมิที่ไม่พึงประสงค์มากที่สุดคือ อยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่ร้อยละ 82.5 และพฤติกรรมระดับทุติยภูมิที่ไม่พึงประสงค์มากที่สุดคือ ไม่เคยตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูกร้อยละ 70.8 การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมไม่ถูกต้องร้อยละ 80.0 อายุและการรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกเฉพาะระดับทุติยภูมิ

พรรณี (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในหญิงอาชีพพิเศษในกรุงเทพมหานครพบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ไม่พึงประสงค์ในเรื่อง การไม่หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ การใช้เข็มฉีดยาล้างช่องคลอด การใช้ส้วมล้างช่องคลอด การไม่ไปรับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ และพบว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ และพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ

ประดับ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้วในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตปริมณฑล พบว่า ร้อยละ 87.5 มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิที่ไม่พึงประสงค์ในด้านการป้องกันการติดเชื้อมากที่สุด ในระดับปฐมภูมิมียังร้อยละ 16.0 เท่านั้นที่ไปรับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 92.8 มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ถูกต้อง และพบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับทุติยภูมิ

ปาจริย์ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคใต้ตอนบน พบว่าแม่บ้านเกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ไม่พึงประสงค์ทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ระดับปฐมภูมิพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ร้อยละ 71.0 ไม่ได้สังเกตความผิดปกติของอวัยวะเพศสามีก่อนการร่วมเพศร้อยละ 63.5 การไม่ล้างอวัยวะเพศร้อยละ 50.8 การป้องกันในระดับทุติยภูมิพบว่าไม่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งร้อยละ 95.3 และพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ

อรศรี (2544) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 25-60 ปีที่แต่งงานแล้ว ในอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า สตรีที่ศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและอุปสรรคอยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคและผลประโยชน์ในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกไม่พึงประสงค์ และพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูก

โสภิตา (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก ในสตรีที่แต่งงานแล้วในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าปัจจัยทางด้านชีวสังคมได้แก่ การศึกษา รายได้ การมีบุตร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ส่วนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก และพบว่าพฤติกรรมมาตรวจมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มที่เคยตรวจ และไม่เคยตรวจมีความแตกต่างกันในเรื่อง ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคการมารับการตรวจ แรงจูงใจด้านสุขภาพ ทักษะต่อการตรวจ และแรงสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกัน

จันทิมาและคณะ (2545) ได้ศึกษา ความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดนครนายก พบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิที่

ไม่พึงประสงค์ คือ วิธีการทำความสะอาดอวัยวะเพศไม่ถูกต้อง การหลีกเลี่ยงควันทูร ในระดับ
 ทฤษฎีคือไม่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ และพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร
 เกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สถานภาพสมรส สถานะการเงิน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
 การป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ

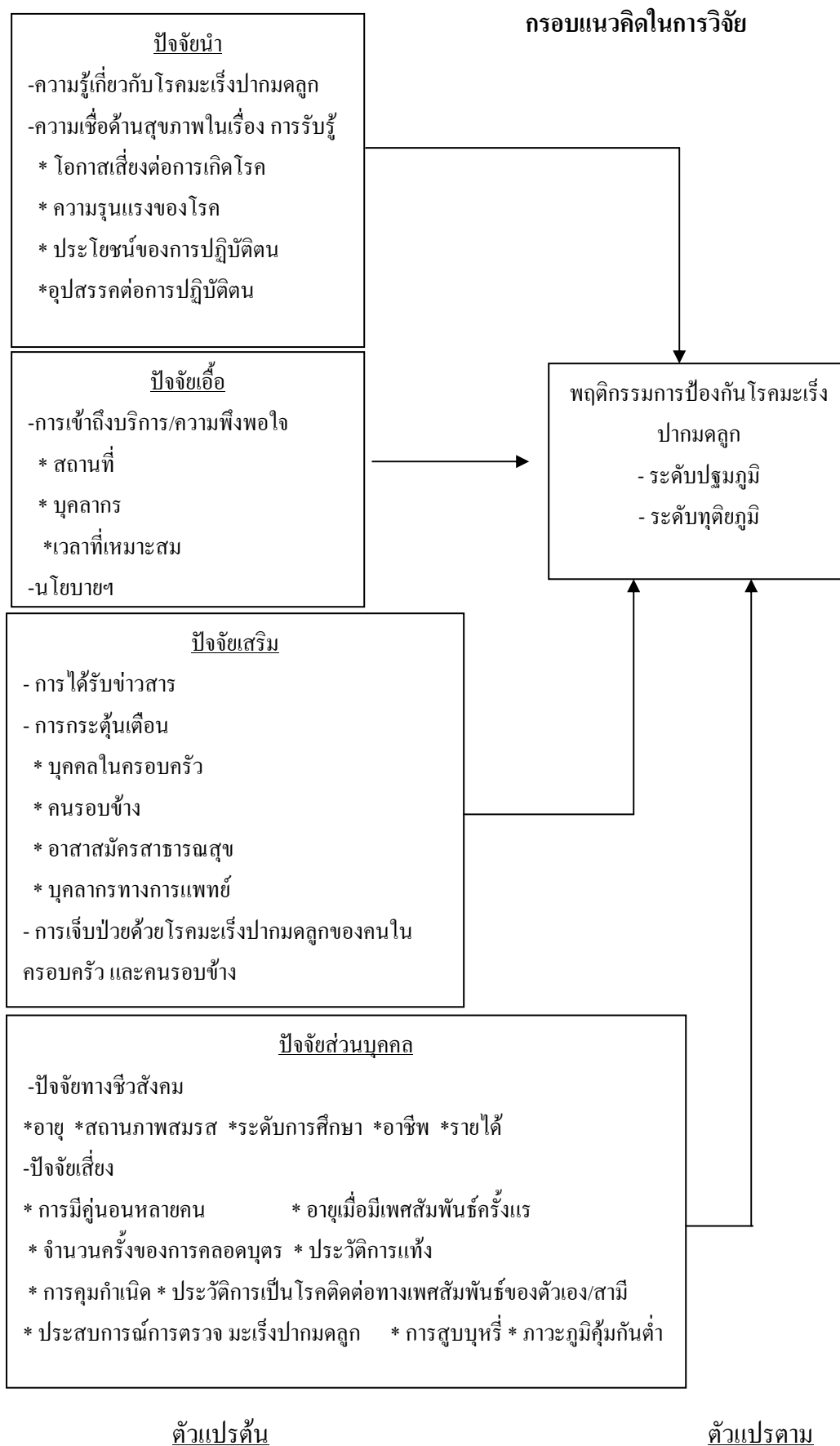
เจษฎา (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอท่าเรือ
 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็ง
 ปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 มี 4 ตัวแปรคือ การรับรู้ประโยชน์ในการ
 ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรู้เรื่อง
 โรค การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
 ของสตรีได้ร้อยละ 35.8

Park (2002) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความตั้งใจตรวจมะเร็งปากมดลูกซ้ำ กับการ
 ตอบสนองทางอารมณ์ในการตรวจครั้งแรกของสตรีเกาหลี พบว่า การตอบสนองทางอารมณ์สูง
 ในช่วงหลังจากตรวจหามะเร็งปากมดลูกแล้วจนถึงฟังผลการตรวจ ทำให้สตรีบางคน ปฏิเสธที่จะ
 ตรวจซ้ำอีก เพราะกลัวผลผิดปกติ และพบว่า การตอบสนองทางอารมณ์หลังจากได้รับฟังผลการ
 ตรวจมีความสัมพันธ์กับการตั้งใจที่จะตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในครั้งต่อไป ถึงแม้ว่าสตรี
 เหล่านี้จะมีความอายและวิตกกังวลในช่วงก่อน ระหว่างและหลังการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก
 การได้รับทราบผลปกติ ทำให้เกิดความตั้งใจที่จะตรวจครั้งต่อไป ส่วนการตอบสนองทาง
 อารมณ์ในช่วงก่อนและระหว่างตรวจไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งใจที่จะตรวจครั้งต่อไป

PRECEDE Framework เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้ว
 ข้างต้น แต่สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นการศึกษาในขั้นต้นเพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อ
 พฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ตามนโยบายของกระทรวง
 สาธารณสุข ซึ่งตรงกับแนวคิดในขั้นตอนที่ 3 และ 4 ของกระบวนการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนนี้
 มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย โดยได้เลือกศึกษาเฉพาะบางตัวแปรในแต่ละกลุ่ม
 ปัจจัย ที่ผู้วิจัยมีความสนใจ ตรงกับภาคทฤษฎี และคาดว่าจะมีผลต่อตัวแปรตาม

จากการรวบรวมข้อมูล ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน
 พื้นที่ พบว่ากลุ่มที่ไม่มารับการตรวจมีสาเหตุมาจาก ยังไม่มีอาการผิดปกติ กลัวผลผิดปกติ อายุ
 เจ้าหน้าที่ สถานภาพโสด จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้องและรวบรวมข้อมูล

ประสบการณ์ จากการดำเนินงานในพื้นที่ การเป็นผู้ประเมินโครงการ ทำให้ทราบว่าปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ควรประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่อง การรับรู้อันประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตน ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยนำ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเอื้อคือ การมีสถานที่รับบริการ มีบุคลากรให้บริการ ในเวลาที่เอื้ออำนวยต่อผู้รับบริการ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ปัจจัยเสริมคือ การได้รับข่าวสาร การกระตุ้นเตือนจากบุคคลต่างๆ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพอย่างหนึ่ง ปัจจัยส่วนบุคคลด้านต่างๆก็น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเป็นกรอบแนวคิดดังนี้



สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี
2. ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการคลอดบุตร ประวัติการแท้ง การคุมกำเนิด ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของตัวเอง/สามี ประสิทธิภาพการตรวจมะเร็งปากมดลูก การสูบบุหรี่ ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี
3. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี
4. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการความพึงพอใจและนโยบาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี
5. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสาร การได้รับการกระตุ้นเตือน การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของคนในครอบครัว และคนรอบข้าง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี
6. กลุ่มตัวแปรจากปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรตัวใดตัวหนึ่งเพียงตัวเดียว

อุปกรณ์และวิธีการ

อุปกรณ์

เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ประเภทการสำรวจ (Survey Research) อุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ เป็นเครื่องมือซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วนด้วยกันคือ

ส่วนที่1. แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทางชีวสังคม และข้อมูลที่เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) และเติมข้อความ

ส่วนที่2. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ เพียงคำตอบเดียวคือใช่, ไม่ใช่ และไม่ทราบจำนวน 20 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก ให้	1 คะแนน
ตอบผิด ให้	0 คะแนน
ตอบไม่ทราบให้	0 คะแนน

การแปลผลโดยแบ่งระดับความรู้เรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูกเป็น3 ระดับ พิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ (เสรี, 2537) ดังนี้

คะแนนต่ำกว่า	60%	ของคะแนนเต็ม มีความรู้ในระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง	60-79%	ของคะแนนเต็ม มีความรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนตั้งแต่	80%ขึ้นไป	ของคะแนนเต็ม มีความรู้ในระดับสูง

ส่วนที่3. แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 27 ข้อ

ใช้แบบวัดที่มีลักษณะเป็นแบบมาตรการวัดค่ารวม (Summative Scale) (สิน, 2547) กำหนดให้มีคำตอบ 5 ช่วงมีเกณฑ์ให้คะแนนคือ

ข้อคำถามลักษณะเป็นบวก

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

ข้อคำถามลักษณะเป็นลบ

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

เกณฑ์การพิจารณาระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกจากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

ระดับสูง หมายถึง คะแนนอยู่ใน $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด

ส่วนที่4. แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม จำนวน 20 ข้อ ใช้แบบวัดที่มีลักษณะเป็นแบบมาตรา การวัดค่ารวม(Summative Scale) (สิน, 2547) กำหนดให้มี คำตอบ 5 ช่วง มีเกณฑ์ให้คะแนนคือ

ข้อคำถามลักษณะเป็นบวก

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

ข้อคำถามลักษณะเป็นลบ

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

เกณฑ์การพิจารณาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม จากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

ระดับสูง หมายถึง คะแนนอยู่ใน $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด

ส่วนที่5. สอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจำนวน18 ข้อ ใช้แบบวัดที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราการวัดค่ารวม (Summative Scale) (สิน, 2547) กำหนดให้มีความตอบ 5 ช่วงมีเกณฑ์ให้คะแนนคือ

ข้อคำถามลักษณะเป็นบวก

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	5 คะแนน
ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย	ให้	4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	3 คะแนน
ปฏิบัติน้อยครั้ง	ให้	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้	1 คะแนน

ข้อคำถามลักษณะเป็นลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	1 คะแนน
ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย	ให้	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	3 คะแนน
ปฏิบัติน้อยครั้ง	ให้	4 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้	5 คะแนน

การแปลผลส่วนที่5 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้โดยมีเกณฑ์ให้ชี้จุดกึ่งกลางเป็นหลักจาก1 ไปถึง5ดังนี้ (Best อ้างใน วสุธาร, 2534)

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

เกณฑ์การพิจารณาระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุดถึง $\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$

ระดับสูง หมายถึง คะแนนอยู่ใน $\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นสตรีที่อายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ในพ.ศ. 2550 คือ สตรีที่เกิด ปีพ.ศ. 2490, 2495, 2500, 2505, 2510, 2515 ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม มีจำนวนทั้งหมด 2,691 คน (การสำรวจเป้าหมายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ 2550) หาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Taro Yamane (Yamane, 1973) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 349

$$\text{คำนวณขนาดตัวอย่าง จากสูตร} \quad n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ e เท่ากับ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง กำหนดเท่ากับ 0.05

N เท่ากับ ขนาดของประชากร

n เท่ากับ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าสูตร } n &= \frac{2691}{1 + 2691(0.05)^2} \\ &= 348.236 \\ \text{ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง} &= 349 \end{aligned}$$

หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถานีนามัยจำนวน 20 แห่ง โดยใช้สูตรการคำนวณหาสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถานีนามัยดังนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง X จำนวนสตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี
 จำนวนสตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ในแต่ละสถานีนามัย
 ทั้งหมดในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรสงคราม

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถานีนามัย

สถานีนามัย	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1.สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ	229	30
2.สถานีนามัยวัดบางขันแตก	152	20
3.สถานีนามัยวัดปากสมุทร	148	19
4.สถานีนามัยตำบลท้ายหาด	185	24
5.สถานีนามัยแหลมใหญ่	128	17
6.สถานีนามัยบ้านดาวโด่ง	75	10
7.สถานีนามัยวัดปากกลัด	91	12
8.สถานีนามัยบ้านแก้วฟ้า	218	28
9.สถานีนามัยตำบลบางแก้ว	105	14
10.สถานีนามัยตำบลบ้านปรก	104	13
11.สถานีนามัยบ้านบังปิ่น	126	16
12.สถานีนามัยตำบลลาดใหญ่	344	45
13.สถานีนามัยตำบลนางตะเคียน	90	12
14.สถานีนามัยคลองซ่อง	94	12
15.สถานีนามัยบ้านตะวันตก	120	16
16.สถานีนามัยบ้านคูน้ำ	79	10
17.สถานีนามัยบ้านปากมาบ	143	18
18.สถานีนามัยตำบลคลองโคน	66	8
19.สถานีนามัยบางจะเกร็ง	98	13
20.สถานีนามัยบ้านเขตเมือง	96	12
รวม	2691	349

แล้วหากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถานีนามัยโดยการหาสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามสูตรการคำนวณหลังจากนั้นหากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากหมายเลข จากระายชื่อกลุ่มเป้าหมายของแต่ละสถานีนามัยโดยใช้การเลือกแบบไม่มีการแทนที่จนครบตามจำนวนของขนาดกลุ่มตัวอย่าง (บุญธรรม, 2540)

เพื่อความสะดวกในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 350 ชุด โดยเพิ่มจำนวนในสถานีนามัยที่มีการเก็บข้อมูลน้อยที่สุดคือสถานีนามัยตำบลคลองโคน

การสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร ตำราวิชาการและสื่อต่างๆทางอิเล็กทรอนิกส์ ที่เกี่ยวกับการสร้างแบบสอบถามสำหรับการวิจัย

2. ศึกษา ค้นคว้า เนื้อหาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก

3. นำข้อมูลต่างๆที่ได้จากการศึกษาค้นคว้ามาสร้างแบบสอบถามให้มีเนื้อหาสาระครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิด

4. นำเครื่องมือที่สร้างเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก เพื่อพิจารณาความถูกต้องด้านโครงสร้าง เนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไข

5.ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม

5.1 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง

5.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วไปทดสอบกับกลุ่มสตรีที่มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียง กับกลุ่มประชากร ที่ จะทำการศึกษา แต่ละพื้นที่กัน โดยเลือกพื้นที่ใกล้เคียงคือ อำเภอมัทพวา จำนวน 35 คนแล้ว นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Alpha of Cronbach (Cronbach , 1970)

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[\frac{1 - \text{Sum} S_{\text{item}}^2}{S_{\text{total}}^2} \right]$$

โดย α	เท่ากับ	ความเที่ยงของแบบวัด
S_{item}^2	เท่ากับ	ความแปรปรวนของแบบวัดแต่ละข้อ (item variance)
S_{total}^2	เท่ากับ	ความแปรปรวนของแบบวัดทั้งฉบับ (total variance)
K	เท่ากับ	จำนวนข้อของแบบวัด

ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

- แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .79
- แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .81
- แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .89
- แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .82

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

5.4 ในส่วนของแบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยการทดสอบค่า T (Independent t- test) ข้อที่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ถือว่ามีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผลการวิเคราะห์หามีค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์จำนวน 27 ข้อ

5.5 ในส่วนของแบบวัดความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยการทดสอบค่าT (Independent t- test) ข้อที่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ถือว่ามีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผลการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์จำนวน 20 ข้อ

5.6 ในส่วนของแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยการทดสอบค่าT (Independent t- test) ข้อที่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ถือว่ามีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผลการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์จำนวน 18 ข้อ

6. นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแบบสอบถามขั้นสุดท้ายและเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก เพื่อตรวจสอบจนอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

วิธีการ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ติดต่อขอรายชื่อกลุ่มประชากรเป้าหมายของทุกสถานีอนามัยจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรสงคราม ด้วยตนเอง

2. นำรายชื่อดังกล่าวมาจับสลากตามสัดส่วนของแต่ละสถานีอนามัยและแต่ละหมู่บ้านตามสูตรการคำนวณ

3. จัดทำหนังสือขอความร่วมมือ พร้อมคำชี้แจงไปยังสถานีอนามัยต่างๆ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งปากมดลูกประจำสถานีอนามัยนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่จับสลากได้

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 เพียร์สัน (Pearson’ s Product Moment correlation coefficient)

3. สถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) หาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกใช้สถิติ ถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise Method)

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเภทการสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 – 60 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ที่เป็นกลุ่มตามเป้าหมายตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขปีพ.ศ. 2550 จำนวน 350 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด ทฤษฎี พฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และPRECEDE Framework

นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ คำนวณค่าสถิติ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติพรรณนาหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และใช้ค่าสถิติอ้างอิง หาค่าความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi square) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางชีวสังคมและปัจจัยเสี่ยงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี หาค่าความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี และวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ตามที่ดั่งสมมติฐานไว้ 6 ข้อ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบายโดยแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของสตรี ตารางที่ 3-5

ส่วนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ทำการศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตารางที่ 6-17

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐาน ตารางที่ 18-48

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของสตรี

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ปัจจัยทางชีวสังคม (n=350)

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. อายุ (ปี) (n= 350)		
35	56	16.0
40	69	19.7
45	72	20.6
50	72	20.6
55	50	14.3
60	31	8.8
2.ระดับการศึกษา (n= 350)		
ไม่ได้เรียน	20	5.7
ประถมศึกษา	214	61.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	35	10.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	42	12.0
อนุปริญญา/ปวส	12	3.5
ปริญญาตรี	27	7.7
3.การประกอบอาชีพ(n= 349)		
ทำสวน	43	12.3
รับจ้างทั่วไป	97	27.1
รับจ้างโรงงาน	49	14.0
ค้าขาย	59	16.9
แม่บ้าน	53	15.1
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	24	6.9
อื่นๆ	24	6.9

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
4. สถานภาพสมรส (n= 350)		
โสด	35	10.0
คู่	271	77.4
หม้าย	31	8.9
หย่า/แยก	13	3.7
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) (n= 350)		
น้อยกว่า 5,000	203	58.0
5,000 - 10,000	111	31.7
10,001 - 15,000	12	3.4
15,001 - 20,000	3	0.9
มากกว่า 20,000	21	6.0
$\bar{X} = 7,122.6$ SD = 6566.13 min = 300 Max = 35,000		

จากตารางที่ 3 พบว่าสตรีในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 45 ปีและ 50 ปีร้อยละ 20.6 เท่ากัน มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 61.1 ประกอบอาชีพอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 27.1 ส่วนอาชีพค้าขาย แม่บ้าน รับจ้างโรงงานและทำสวนอยู่ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 16.9, 15.1, 14.0 และ 12.3 ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 77.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 58.0

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ปัจจัยเสี่ยง (n=350)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1.อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ปี) (n= 309)		
น้อยกว่า 20	153	49.5
20 - 30	145	46.9
มากกว่า 30	11	3.6
$\bar{X} = 21.9$ SD = 4.3 min = 14 Max = 40		
2. จำนวนครั้งของการคลอดบุตร (ครั้ง) (n= 317)		
ไม่เคยผ่านการคลอดบุตร	18	5.6
1-3 ครั้ง	252	79.4
4 ครั้งขึ้นไป	47	15.0
$\bar{X} = 2.2$ SD = 1.3min = 0 Max = 8		
3.ประวัติการแท้ง		
ไม่มี	267	83.2
มี	54	16.8
4.จำนวนครั้งของการแท้ง		
1	50	92.5
2	3	5.5
3	1	2.0
$\bar{X} = 1.19$ SD = 0.4 min = 1 Max = 3		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
5.การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส (n= 324)		
ไม่เคยมี	258	79.6
เคยมี	66	20.4
6. การมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสของสตรี (n= 322)		
ไม่เคยมี	315	97.8
เคยมี	7	2.2
7.การคุมกำเนิด		
ยาคุมกำเนิด		
ไม่เคย	183	56.3
เคย	142	43.7
ยาฉีดคุมกำเนิด		
ไม่เคย	244	75.3
เคย	80	24.7
ถุงยางอนามัย		
ไม่เคย	306	94.4
เคย	18	5.6
ใส่ห่วง		
ไม่เคย	319	98.5
เคย	5	1.5
ทำหมัน		
ไม่เคย	246	75.9
เคย	78	24.1

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
8.ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรี (n= 323)		
ไม่เคย	295	91.3
เคย	28	8.7
9.โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรี		
เริ่ม		
ไม่เคย	321	99.4
เคย	2	0.6
พยาธิในช่องคลอด		
ไม่เคย	318	98.5
เคย	5	1.5
หนองใน		
ไม่เคย	322	99.7
เคย	1	0.3
เชื้อราในช่องคลอด		
ไม่เคย	298	92.0
เคย	26	8.0
10. ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามี (n= 324)		
ไม่เคย	313	96.6
เคย	11	3.4
11.โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามี		
เริ่ม		
ไม่เคย	323	99.7
เคย	1	0.3

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
หนองใน		
ไม่เคย	314	96.9
เคย	10	3.1
10.การสูบบุหรี่ (n= 350)		
ไม่สูบ	339	96.9
สูบ	11	3.1
11.การมีภูมิคุ้มกันต่ำจากโรคเอดส์ (n= 350)		
ไม่มี	346	98.9
มี	4	1.1
12.การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน (n= 350)		
ไม่ได้รับ	346	98.9
ได้รับ	4	1.1

จากตารางที่ 4 พบว่าสามีเคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสร้อยละ 20.4 สตรีเคยมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสร้อยละ 2.2 อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของสตรีน้อยกว่า 20 ปีสูงสุดร้อยละ 49.5 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 21 – 35 ร้อยละ 46.9อายุน้อยสุดคือ 14 ปี อายุสูงสุด 40 ปี พบว่าสตรีไม่เคยผ่านการคลอดบุตรร้อยละ 5.6 ส่วนใหญ่ผ่านการคลอดบุตร 1-3 ครั้งร้อยละ 79.4 ผ่านการคลอดบุตรสูงสุด 8 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.2 ครั้ง พบว่ามีประวัติการแท้งร้อยละ 16.8 เฉลี่ยแล้วแท้ง 1.1 ครั้ง แท้ง 1 ครั้งสูงถึงร้อยละ 92.5 มีประวัติการแท้งสูงสุด 3 ครั้ง การคุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิดสูงสุดร้อยละ 43.7 รองลงมาเป็นยาฉีดร้อยละ 24.7 ทำหมันร้อยละ 24.1 คุมกำเนิดด้วยวิธีใช้ถุงยางอนามัยและใส่ห่วงร้อยละ 5.6 และ 1.5 ตามลำดับ สตรีมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 8.7 มีสิ่วโรคด้วยกันคือ เชื้อราในช่องคลอดร้อยละ 8.0

พยาธิในช่องคลอดร้อยละ 1.5 เริมและหนองในร้อยละ 0.6 และ 0.3 ตามลำดับ สามีมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 3.4 มีสองโรคด้วยกันคือ หนองใน ร้อยละ 3.1 และเริมร้อยละ 0.3 พบสตรีสูบบุหรี่ร้อยละ 3.1 มีภูมิคุ้มกันจากโรคเอดส์และได้ยากดภูมิคุ้มกันเท่ากันร้อยละ 1.1

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูก (n = 350)

ประสบการณ์	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูก		
ไม่เคย	128	36.6
เคย	222	63.4
การได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ. 2550		
ยังไม่ได้ตรวจ	156	44.6
ตรวจแล้ว	194	55.4

จากตารางที่ 5 พบว่าสตรีเคยมีประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกเกินครึ่งคือร้อยละ 63.4 ในปีพ.ศ.2550ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกแล้วร้อยละ 55.4

ส่วนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ทำการศึกษา

2.1 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับรู้ประกอบด้วยโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติตนอุปสรรคต่อการปฏิบัติตน

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ระดับความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	จำนวน(คน) (n=350)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (น้อยกว่า12 คะแนน)	139	39.7
ระดับปานกลาง (12 -16 คะแนน)	144	41.2
ระดับสูง (มากกว่า 16 คะแนน)	67	19.1
รวม	350	100
$\bar{X} = 13.2 \quad SD = 2.3$		

จากตารางที่ 6 พบว่าสตรีส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ41.2และระดับต่ำร้อยละ 39.7 ส่วนน้อยร้อยละ 19.1 อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ คำตอบด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

ข้อคำถาม	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่ทราบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก	307	87.7	11	3.1	32	9.1
2.ปากมดลูกคือส่วนที่ต่ำที่สุดของมดลูกซึ่งยื่นออกมาอยู่ในช่องคลอด	52	14.9	274	78.3	24	6.9
3.มดลูกของสตรีจะอยู่นอกอุ้งเชิงกราน	164	46.9	149	42.6	37	10.6
4.การติดเชื้อไวรัสหูดหงอนไก่ทำให้มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้ง่าย	259	74.0	27	7.7	64	18.3

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่ทราบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5.สตรีที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นเวลานานมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	217	62.0	70	20.0	63	18.0
6.สตรีที่แต่งงานเมื่ออายุน้อยมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่แต่งงานอายุน้อย	266	76.0	50	14.3	34	9.7
7.สตรีที่มีบุตรหลายคนมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าสตรีที่ไม่มีบุตร	128	36.6	179	51.1	43	12.3
8.สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคนมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูง	198	85.1	36	10.3	16	4.6
9.การสูบบุหรี่เป็นประจำติดต่อกันเป็นเวลานานไม่มีผลต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	134	38.3	165	47.1	51	14.6
10.การผ่านการคลอดหลายครั้งไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	154	44.0	144	41.1	52	14.9
11.สตรีควรตรวจมะเร็งปากมดลูกต่อเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออกกะปริดกะปรอย	127	36.3	212	60.6	11	3.1
12.เวลาที่เหมาะที่สุดในการไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกคือขณะมีประจำเดือน	274	78.3	58	16.6	18	5.1
13.การไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกไปตรวจเมื่อใดก็ได้ไม่ต้องรอให้มีอาการผิดปกติ	301	86.0	42	12.0	7	2.0

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่ทราบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
14.การเตรียมตัวไปตรวจมะเร็ง ปากมดลูกคือต้องงดเว้นการมี เพศสัมพันธ์และ เว้นการล้างช่องคลอด อย่างน้อย 24 ชั่วโมง	223	63.7	88	25.1	39	11.1
15.การใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงอื่นที่ ไม่ใช่ภรรยาเป็นการป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูกวิธีหนึ่ง	178	50.9	127	36.3	45	12.9
16.การมีเลือดออกหลังวัยหมด ประจำเดือนเป็นอาการปกติของสตรี ทั่วไป	191	54.6	128	36.6	31	8.9
17.อาการอย่างหนึ่งของโรคมะเร็ง ปากมดลูกคือมีตกขาวปนเลือด มีน้ำออกปนเลือด	299	85.4	24	6.9	27	7.7
18.โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรค ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	164	46.9	140	40.0	46	13.1
19.การผ่าตัดเป็นวิธีหนึ่งในการรักษา โรคมะเร็งปากมดลูก	285	81.4	50	14.3	15	4.3
20.การฉายแสงเป็นวิธีหนึ่งในการรักษา โรคมะเร็งปากมดลูก	283	80.9	44	12.6	23	6.6

จากตารางที่ 7 พบว่าสตรีส่วนใหญ่มีความรู้มากกว่าร้อยละ 80.0 ในเรื่องการเกิดโรคมะเร็ง ปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน พฤติกรรมการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก อาการของโรคมะเร็งปากมดลูก วิธีการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก สตรีมีความรู้น้อยกว่าร้อยละ 60.0 ในเรื่อง โครงสร้างของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ปัจจัยเสี่ยงด้านการมีบุตรหลายคน การสูบบุหรี่ การมาตรวจมะเร็งปากมดลูกต่อเมื่อมีอาการผิดปกติ สตรีไม่ทราบว่าเป็นเรื่องผิดหรือถูกเกินร้อยละ 10 ในเรื่อง โครงสร้างของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ปัจจัยเสี่ยงเรื่องการเป็น

หูดหงอนไก่ การสูบบุหรี่ การมีบุตรหลายคน การผ่านการคลอดหลายครั้ง วิธีการเตรียมตัวไปตรวจมะเร็งปากมดลูก การใช้ถุงยางอนามัยป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ และโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถรักษาให้หายขาดได้

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ระดับการรับรู้โดยรวมเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ระดับการรับรู้โดยรวม เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	จำนวน(คน) (n=350)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	115	32.9
ระดับปานกลาง	110	31.4
ระดับสูง	125	35.7
รวม	350	100

$\bar{X} = 104.4$ $SD = 11.1$

จากตารางที่ 8 พบว่าสตรีมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมในระดับต่ำ ปานกลางและสูงใกล้เคียงกันคือร้อยละ 32.9, 31.4 และ 35.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ระดับการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	จำนวน(คน) (n=350)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	105	30.0
ระดับปานกลาง	141	40.3
ระดับสูง	104	29.7
รวม	350	100

$\bar{X} = 41.7$ $SD = 5.1$

จากตารางที่ 9 พบว่าสตรีมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับ ปานกลางและสูงร้อยละ 70.0 ระดับต่ำร้อยละ 30.0

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ระดับการรับรู้ ความรุนแรงของโรค	จำนวน(คน) (n=350)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	103	29.4
ระดับปานกลาง	129	36.9
ระดับสูง	118	33.7
รวม	350	100

$$\bar{X} = 20.9 \quad SD = 3.2$$

จากตารางที่ 10 พบว่าสตรีมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับ ปานกลางและสูงร้อยละ 70.6 ระดับต่ำร้อยละ 29.4

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ระดับการรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติตน	จำนวน(คน) (n=350)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	93	26.6
ระดับปานกลาง	152	43.4
ระดับสูง	105	30.0
รวม	350	100

$$\bar{X} = 29.2 \quad SD = 4.1$$

จากตารางที่ 11 พบว่าสตรีมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางและสูงร้อยละ 73.4 ระดับต่ำร้อยละ 26.6

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ระดับการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ระดับการรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติตน	จำนวน(คน) (n=350)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	124	35.4
ระดับปานกลาง	97	27.7
ระดับสูง	129	36.9
รวม	350	100

$$\bar{X} = 12.5 \quad SD = 4.1$$

จากตารางที่ 12 พบว่าสตรีมีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางและสูงร้อยละ 64.6 ระดับต่ำ ร้อยละ 35.4

2.2 ปัจจัยเอื้อ ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้แก่ การเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจในเรื่อง สถานที่ บุคคล เวลาที่เหมาะสม และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
ของสตรี

ระดับการได้รับ ปัจจัยเอื้อ	จำนวน(คน) (n=350)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	126	36.0
ระดับปานกลาง	106	30.3
ระดับสูง	118	33.7
รวม	350	100
$\bar{X} = 39.1 \quad SD = 4.4$		

จากตารางที่ 13 พบว่าสตรีได้รับปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำ ระดับกลางและระดับสูงใกล้เคียงกันคือร้อยละ 36.0, 30.3 และ 33.7 ตามลำดับ

2.3 ปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ได้แก่ การได้รับข่าวสาร การกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว คนรอบข้าง อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของคนในครอบครัวและคนรอบข้าง

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ระดับการได้รับ ปัจจัยเสริม	จำนวน(คน) (n=350)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	89	25.4
ระดับปานกลาง	153	43.7
ระดับสูง	108	30.9
รวม	350	100
$\bar{X} = 40.6 \quad SD = 5.7$		

จากตารางที่ 14 ว่าสตรีได้รับปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลางร้อยละ 43.7 รองลงมาคือระดับสูงร้อยละ 30.9 ร้อยละ 25.4 เป็นระดับต่ำ

2.4 พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี หมายถึง การป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูกแบ่งเป็น 2 ระดับคือ 1.ระดับปฐมภูมิ หมายถึง การปฏิบัติเพื่อควบคุมหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 2. ระดับทุติยภูมิ หมายถึง การตรวจค้นหาความผิดปกติของปากมดลูกด้วยการทำ Pap smear

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

พฤติกรรม	$\bar{X}$	SD	แปลความหมาย
1.การสูบบุหรี่	1.18	0.67	ไม่เคยปฏิบัติ
2.การหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีควันบุหรี่	3.25	1.48	ปฏิบัติบางครั้ง
3.การมีเพศสัมพันธ์เฉพาะสามี	3.86	1.48	ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย
4.การมีคู่นอนหลายคน	1.15	0.56	ไม่เคยปฏิบัติ
5.การมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือน	1.28	0.84	ไม่เคยปฏิบัติ
6.การล้างทำความสะอาดอวัยวะเพศภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งทันที	3.98	1.49	ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย
7.การงดมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่สตรีหรือสามีมีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์	2.61	1.06	ปฏิบัติบางครั้ง
8. การงดมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่สตรีหรือสามีมีแผลบริเวณอวัยวะหรือทวารหนัก	2.97	1.86	ปฏิบัติบางครั้ง
9.การใช้มือล้วงเข้าไปล้างในช่องคลอด	1.93	1.35	ปฏิบัติน้อยครั้ง
10.การสวนล้างภายในช่องคลอด	1.66	1.22	ปฏิบัติน้อยครั้ง
11.การชำระล้างอวัยวะเพศด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ	2.01	1.31	ปฏิบัติน้อยครั้ง
12.การชำระล้างอวัยวะเพศภายนอกด้วยสบู่อ่อนๆและน้ำสะอาดทุกครั้งที่อาบน้ำ	4.48	0.96	ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย
13.การทำความสะอาดอวัยวะเพศทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ	4.59	0.77	ปฏิบัติเป็นประจำ
14.การล้างอวัยวะเพศจากช่องคลอดไปทวารหนัก	4.43	1.00	ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย
15.การสังเกตความผิดปกติของผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศ	4.05	1.15	ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย
16.การสังเกตลักษณะของสิ่งที่ออกมาจากช่องคลอด	4.19	1.12	ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย
17.การไปพบแพทย์เมื่อสังเกตพบความผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์	3.52	1.52	ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย
18.การรับการตรวจค้นหาความผิดปกติของปากมดลูกด้วยวิธีแป็บสเมียอย่างน้อย 5 ปีครั้ง	3.34	1.64	ปฏิบัติบางครั้ง

จากตารางที่ 15 พบว่าสตรีส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิในเรื่อง การสูบบุหรี่ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือน ปฏิบัติน้อยครั้งในเรื่อง การใช้มือล้วงเข้าไปล้างในช่องคลอด การสวนล้างภายใน

ช่องคลอด การชำระล้างอวัยวะเพศด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ปฏิบัติบางครั้งในเรื่อง การหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีคันบู่หรือ การงดมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่สตรีหรือสามีมีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การงดมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่สตรีหรือสามีมีแผลบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนัก ปฏิบัติค่อนข้างบ่อยในเรื่อง การมีเพศสัมพันธ์เฉพาะสามี การล้างทำความสะอาดอวัยวะเพศภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งทันที การชำระล้างอวัยวะเพศภายนอกด้วยสบู่อ่อนๆและน้ำสะอาดทุกครั้งก่อนอาบน้ำ การล้างอวัยวะเพศจากช่องคลอดไปทวารหนัก การสังเกตความผิดปกติของผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศ การสังเกตลักษณะของสิ่งที่ออกมาจากช่องคลอด การไปพบแพทย์เมื่อสังเกตพบความผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ปฏิบัติเป็นประจำเรื่องการทำทำความสะอาดอวัยวะเพศทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ

ตารางที่ 16 จำนวน ร้อยละ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรี

ระดับพฤติกรรม	จำนวน(คน) (n=350)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	110	31.4
ระดับปานกลาง	111	31.7
ระดับสูง	129	36.9
รวม	350	100

$$\bar{X} = 69.0 \quad SD = 8.4$$

จากตารางที่ 16 พบว่า สตรีมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิอยู่ในระดับต่ำ ปานกลางและระดับสูงใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 31.4, 31.7 และ 36.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 17 จำนวน ร้อยละ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิของสตรี

ระดับพฤติกรรม	จำนวน(คน) (n=350)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	117	33.4
ระดับปานกลาง	96	27.4
ระดับสูง	137	39.1
รวม	350	100

$\bar{X} = 3.3$ SD = 1.6

จากตารางที่ 17 พบว่าสตรีมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิในระดับสูงร้อยละ 39.1 รองลงมาคือระดับต่ำร้อยละ 33.4 น้อยสุดคือระดับปานกลางร้อยละ 27.4

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี พิสูจน์โดยวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าไคสแควร์ (Chi square) ผลวิเคราะห์ปรากฏตามตารางที่ 18- 22 เป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งระดับทุติยภูมิ ตารางที่ 23- 27 เป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งระดับปฐมภูมิ

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี

อายุ (ปี)	การตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี		รวม (n=350)	χ^2
	ไม่ตรวจ	ตรวจ		
35	30 (53.6)	26 (46.4)	56 (100.0)	3.815
40	29 (42.0)	40 (58.0)	69 (100.0)	
45	34 (47.2)	38 (52.8)	72 (100.0)	
50	29(40.3)	43 (59.7)	72 (100.0)	
55	19 (38.0)	31 (62.0)	50 (100.0)	
60	15 (48.4)	16 (51.6)	31(100.0)	
รวม	156 (44.6)	194 (55.4)	350 (100.0)	

df = 5 p = .0576

จากตารางที่ 18 พบว่าสตรีอายุ 55 ปีได้รับการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 สูงสุดร้อยละ 62.0 รองลงมาคืออายุ 50 ได้รับการตรวจร้อยละ 59.7 อายุ 35ปีได้รับการตรวจน้อยที่สุดคือร้อยละ 46.4 นอกนั้นอยู่ในช่วงร้อยละ 51.6 - 58.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี

สถานภาพสมรส	การตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี		รวม (n=350)	χ^2
	ไม่ตรวจ	ตรวจ		
โสด	29 (82.9)	6 (17.1)	35 (100.0)	27.776
คู่	105 (38.7)	166 (61.3)	271 (100.0)	
หม้าย	13 (41.9)	18 (58.1)	31 (100.0)	
หย่า/แยก	9 (69.2)	4 (30.8)	13 (100.0)	
รวม	156 (44.6)	194 (55.4)	350(100.0)	

df = 3 p = .000

จากตารางที่ 19 พบว่า ส่วนใหญ่สตรีมีสถานภาพคู่และได้รับการตรวจตรวจ Pap smear ในปี พ.ศ. 2550 สูงสุดร้อยละ 61.3 รองลงมาคือสถานภาพหม้ายร้อยละ 58.1 ส่วนสถานภาพโสดได้รับการตรวจตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 น้อยที่สุดร้อยละ 17.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี

การศึกษา	การตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี		รวม (n=350)	χ^2
	ไม่ตรวจ	ตรวจ		
ไม่ได้เรียน	12 (60.0)	8 (40.0)	20 (100.0)	11.028
ประถมศึกษา	84 (39.3)	130 (60.7)	214 (100.0)	
มัธยมต้น	18 (51.4)	17 (48.6)	35 (100.0)	
มัธยมปลาย/ปวช	23 (54.8)	19 (45.2)	42 (100.0)	
อนุปริญญา/ปวส	3 (25.0)	9 (75.0)	12 (100.0)	
ปริญญาตรี	16 (59.3)	11 (40.7)	27 (100.0)	
รวม	156 (44.6)	194 (55.4)	350(100.0)	

df = 5 p = .051

จากตารางที่ 20 พบว่าสตรีส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและสตรีที่ได้รับการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 มากที่สุดคือสตรีที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือปวส.ได้รับการตรวจร้อยละ 75.0 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.7 นอกนั้นได้รับการตรวจไม่เกินร้อยละ 50 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี

ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี

อาชีพ	การตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี		รวม (n=350)	χ^2
	ไม่ตรวจ	ตรวจ		
ทำสวน	26 (60.5)	17 (39.5)	43 (100.0)	11.142
รับจ้างทั่วไป	35 (36.1)	62 (63.9)	97 (100.0)	
รับจ้างโรงงาน	20 (40.8)	29 (59.2)	49 (100.0)	
ค้าขาย	24 (40.7)	35 (59.3)	59 (100.0)	

ตารางที่ 21 (ต่อ)

อาชีพ	การตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี		รวม (n=350)	χ^2
	ไม่ตรวจ	ตรวจ		
แม่บ้าน	25 (47.2)	28 (52.8)	53 (100.0)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15 (62.5)	9 (37.5)	24 (100.0)	
อื่นๆ	11 (45.8)	13 (54.2)	24 (100.0)	
รวม	156 (44.7)	194 (55.3)	350(100.0)	

df = 6 p = .084

จากตารางที่ 21 พบว่าส่วนใหญ่สตรีมีอาชีพรับจ้างทั่วไปได้รับการตรวจสูงสุดร้อยละ 63.9 รองลงมาคืออาชีพค้าขายและรับจ้างโรงงานได้รับการตรวจร้อยละ 59.3 และ 59.2 ตามลำดับ ส่วนอาชีพที่ได้รับการตรวจน้อยที่สุดคือข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจได้รับการตรวจร้อยละ 37.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี

รายได้(บาท)	การตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี		รวม (n=350)	χ^2
	ไม่ตรวจ	ตรวจ		
น้อยกว่า 10,000	140 (44.6)	174 (55.4)	314 (100.0)	.206
10,001 – 20,000	6 (40.0)	9 (60.0)	15 (100.0)	
มากกว่า 20,000	10 (47.6)	11 (52.4)	21 (100.0)	
รวม	156 (44.6)	194 (55.4)	350(100.0)	

df = 2 p = .902

จากตารางที่ 22 พบว่า สตรีส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท สตรีมีรายได้ระหว่าง 10,000 บาท และมากกว่า 20,000 บาท ได้รับการตรวจร้อยละ 55.4 และ 52.4 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรี

อายุ(ปี)	พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก			รวม (n=350)	χ^2
	ระดับปฐมภูมิ				
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
35	21 (37.5)	18 (32.1)	17 (30.4)	56 (100.0)	9.078
40	23 (33.3)	18 (26.1)	28 (40.6)	69 (100.0)	
45	21 (29.2)	22 (30.6)	29 (40.3)	72 (100.0)	
50	23 (31.9)	25 (34.7)	24 (33.4)	72 (100.0)	
55	9(18.0)	20 (40.0)	21 (42.0)	50 (100.0)	
60	13 (41.9)	8 (25.8)	10 (32.3)	31 (100.0)	
	110 (31.4)	111(31.7)	129 (36.9)	350 (100.0)	

df = 10 p = .525

จากตารางที่ 23 พบว่าสตรีทุกกลุ่มอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับสูงไม่เกินร้อยละ 50.0 สตรีอายุ 55 ปีอยู่ในระดับสูงมากที่สุดคือร้อยละ 42.0 และสตรีที่อายุ 35 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงน้อยที่สุดคือร้อยละ 30.4 ส่วนในระดับต่ำพบว่าสตรีอายุ 60 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดคือร้อยละ 41.9 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรี

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
ระดับปฐมภูมิของสตรี

สถานภาพสมรส	พฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปาก			รวม (n=350)	χ^2
	มดลูกระดับปฐมภูมิ				
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
โสด	21 (60.0)	8 (22.9)	6 (17.1)	35 (100.0)	26.010
คู่	75 (22.7)	86 (31.7)	110 (40.6)	271 (100.0)	
หม้าย	7 (22.6)	16 (51.6)	8 (25.8)	31 (100.0)	
หย่า/แยก	7 (53.8)	1 (7.7)	5 (38.5)	13 (100.0)	
รวม	110 (31.4)	111 (31.7)	129 (36.9)	350 (100.0)	

df = 6 p = .000

จากตารางที่ 24 พบว่า สตรีที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิในระดับสูงร้อยละ 40.6 รองลงมาคือสถานภาพหย่าและ หม้ายอยู่ในระดับสูงร้อยละ 38.5 และ 25.8 ตามลำดับ ส่วนสถานภาพสมรสโสดมีพฤติกรรมระดับสูงเพียงร้อยละ 17.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 25 ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับ
ปฐมภูมิของสตรี

ระดับการศึกษา	พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปาก มดลูก ระดับปฐมภูมิ			รวม (n=350)	χ^2
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
ไม่ได้เรียน	10 (50.0)	5 (25.0)	5 (25.0)	20 (100.0)	31.235
ประถมศึกษา	65 (30.4)	82 (38.3)	67 (31.3)	214 (100.0)	
มัธยมต้น	14 (40.0)	9 (25.7)	12 (34.3)	35 (100.0)	
มัธยมปลาย/ปวช	14 (33.3)	9 (21.4)	19 (45.2)	42 (100.0)	
อนุปริญญา/ปวส	5 (41.7)	0 (0.0)	7 (58.3)	12 (100.0)	
ปริญญาตรี	2 (7.4)	6 (22.2)	19 (70.4)	27 (100.0)	
รวม	110 (31.4)	111 (31.7)	129 (36.9)	350 (100.0)	

df = 10 p = .001

จากตารางที่ 25 พบว่าสตรีที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิในระดับสูงมากที่สุดคือร้อยละ 70.4 รองลงมาคืออนุปริญญาหรือปวส. ร้อยละ 58.3 ส่วนน้อยที่สุดร้อยละ 25.0 คือสตรีที่ไม่ได้เรียนในทางตรงกันข้ามสตรีที่ไม่ได้เรียนมีพฤติกรรมระดับต่ำมากที่สุดร้อยละ 50.0 ส่วนสตรีที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีพฤติกรรมระดับต่ำน้อยที่สุดร้อยละ 7.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับ
ปฐม ภูมิของสตรี

อาชีพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปาก			รวม (n=349)	χ^2
	มดลูกระดับปฐมภูมิ				
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
ทำสวน	16 (37.2)	13 (30.2)	14 (32.6)	43 (100.0)	18.612
รับจ้างทั่วไป	27 (27.8)	38 (39.2)	32 (33.0)	97 (100.0)	
รับจ้างโรงงาน	18 (36.7)	16 (32.7)	15 (30.6)	49 (100.0)	
ค้าขาย	21 (36.7)	15 (25.4)	23 (39.0)	59 (100.0)	
แม่บ้าน	19 (35.8)	18 (34.0)	16 (30.2)	53 (100.0)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5 (20.8)	3 (12.5)	16 (62.7)	24 (100.0)	
อื่นๆ	4 (16.7)	8 (33.3)	12 (50.0)	24 (100.0)	
รวม	110 (31.5)	111 (31.8)	128 (100.0)	349 (100.0)	

df = 12 p = .098

จากตารางที่ 26 พบว่าสตรีที่ทอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิในระดับสูง สูงสุดคือร้อยละ 62.7 ส่วนอาชีพอื่นๆมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิระดับสูงใกล้เคียงกันคืออยู่ระหว่าง ร้อยละ 30.2 ถึง 39.0 ในระดับปานกลางและระดับต่ำพบพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิไม่เกินร้อยละ 40.0 เมื่อทดสอบหาความสัมพันธ์พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรี

ตารางที่ 27 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับ
ปฐมภูมิของสตรี

รายได้(บาท)	พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ			รวม (n=350)	χ^2
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
น้อยกว่า 10,000	103 (32.8)	99 (31.5)	112 (35.7)	314(100.0)	5.169
10,001 – 20,000	4 (26.7)	6 (40.0)	5 (33.3)	15 (100.0)	
มากกว่า20,000	3 (14.3)	6 (28.6)	12 (57.1)	21 (100.0)	
รวม	110 (31.4)	111(31.7)	129 (36.9)	350 (100.0)	

df = 4 p = .270

จากตารางที่ 27 พบว่า สตรีที่มีรายได้มากกว่า20,000 บาทขึ้นไปมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ ในระดับสูงมากที่สุดคือร้อยละ 57.1 ส่วนสตรีที่มีรายได้น้อยกว่า10,000 และ 10,001 – 20,000 บาท มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิระดับสูงร้อยละ 35.7 และ 33.3 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรี

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่1 ได้ว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิของสตรีคือ การตรวจ Pap smear ในปี พ.ศ. 2550 ส่วนสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับ การตรวจ Pap smear ในปี พ.ศ. 2550 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรี ส่วนสถานภาพสมรสกับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการคลอดบุตร ประวัติการแท้ง การคุมกำเนิด ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรี/สามี ประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูก การสูบบุหรี่ ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี พิสูจน์โดยวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ค่าไคสแควร์ (Chi square) ผลวิเคราะห์ปรากฏตามตารางที่ 28 - 42

ตารางที่ 28 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นของกลุ่มสมรสกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

การมีเพศสัมพันธ์ กับหญิงอื่น	พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี			รวม (n=324)	χ^2
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
ไม่เคย	72 (27.9)	79 (30.6)	107 (41.5)	258 (100.0)	5.628
เคย	25 (37.9)	24 (36.4)	17 (25.8)	66 (100.0)	
รวม	97 (29.9)	103 (31.8)	124 (38.3)	324 (100.0)	

df = 2 p = .058

จากตารางที่ 28 พบว่าสตรีที่มีสามีไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงสูงกว่า สตรีที่มีสามีเคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นคือร้อยละ 41.5 และ 25.8 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ตารางที่ 29 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกของสตรี

การมีเพศสัมพันธ์ กับชายอื่น	พฤติกรรมการป้องกัน โรคเริมปากมดลูกของสตรี			รวม (n=322)	χ^2
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
ไม่เคย	91 (28.9)	101 (32.1)	123 (39.0)	315 (100.0)	2.918
เคย	4 (57.1)	2 (28.6)	1 (14.3)	7 (100.0)	
รวม	95 (29.5)	103 (32.0)	124 (38.5)	322(100.0)	

df = 2 p = .232

จากตารางที่ 29 พบว่า สตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกในระดับสูงมากกว่าสตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่น ร้อยละ 39.0 และ 14.3 ตามลำดับ ในทางตรงกันข้ามสตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกระดับต่ำสูงกว่าสตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นร้อยละ 57.1 และ 28.9 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า การมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกของสตรี

ตารางที่ 30 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับพฤติกรรมการป้องกัน
โรคเริมปากมดลูกของสตรี

อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก(ปี)	พฤติกรรมการป้องกัน โรคเริมปากมดลูกของสตรี			รวม (n=309)	χ^2
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
น้อยกว่า 20	57 (37.5)	37 (24.2)	59 (38.6)	153 (100.0)	16.635
21 – 30	35 (24.1)	52 (35.9)	58 (40.0)	145 (100.0)	
มากกว่า 30	1 (9.1)	8 (72.7)	2 (18.2)	11 (100.0)	
รวม	93 (30.1)	97 (31.4)	119 (38.5)	309(100.0)	

df = 4 p = .002

จากตารางที่ 30 พบว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปีมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกระดับต่ำร้อยละ 37.5 สูงกว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ระหว่างอายุ 21 – 30 ปี และ 31 ปีขึ้นไปซึ่งมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกระดับต่ำร้อยละ 24.1 และ 9.1 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ตารางที่ 31 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการคลอดบุตรกับพฤติกรรมการป้องกัน
โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

จำนวนครั้งของ การคลอดบุตร(ครั้ง)	พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี			รวม (n=317)	χ^2
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
ไม่เคยผ่านการคลอด	3 (16.7)	9 (50.0)	6 (33.3)	18 (100.0)	10.763
1 – 3	82 (32.5)	78 (31.0)	92 (36.5)	252 (100.0)	
4 ขึ้นไป	8 (17.0)	15 (31.9)	24 (51.1)	47 (100.0)	
รวม	93 (29.3)	102 (32.2)	122 (38.5)	317(100.0)	

df = 4 p = .075

จากตารางที่ 31 พบว่าสตรีที่เคยผ่านการคลอดบุตร 4 ครั้งขึ้นไปมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับสูงร้อยละ 51.1 ส่วนสตรีที่ไม่เคยผ่านการคลอดบุตรมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับสูงร้อยละ 33.3 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าจำนวนครั้งของการคลอดบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ตารางที่ 32 ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการแท้งกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกของสตรี

ประวัติการแท้ง	พฤติกรรมการป้องกัน โรคเริมเรื้อรังปากมดลูกของสตรี			รวม (n=321)	χ^2
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
ไม่มี	79 (29.6)	93 (34.8)	95 (35.6)	267 (100.0)	6.829
มี	16 (29.6)	10 (18.5)	28 (51.9)	54 (100.0)	
รวม	95 (29.6)	103 (32.1)	123 (38.3)	321(100.0)	

df = 2 p = .033

จากตารางที่ 32 พบว่าสตรีที่มีประวัติการแท้งมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่ไม่มีประวัติการแท้งร้อยละ 51.9 และ 35.6 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าประวัติการแท้งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 33 ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรีกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกของสตรี

การเป็นโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ของสตรี	พฤติกรรมການป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี			รวม (n=323)	χ^2
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
ไม่เคย	92 (31.2)	97 (32.9)	106 (35.9)	295 (100.0)	8.696
เคย	5 (17.9)	5 (17.9)	18 (64.3)	28 (100.0)	
รวม	97 (30.0)	102 (31.6)	124 (38.4)	323 (100.0)	

df = 2 p = .013

จากตารางที่ 33 พบว่าสตรีที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกในระดับสูง สูงกว่าสตรีที่ไม่เคยเป็นร้อยละ 64.3 และ 35.9 ตามลำดับ

ในทางกลับกันสตรีที่ไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกในระดับต่ำสูงกว่าสตรีที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 31.2 และ 17.9 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 34 ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามีกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกของสตรี

การเป็นโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ของสามี	พฤติกรรมการป้องกัน โรคเริมเรื้อรังปากมดลูกของสตรี			รวม (n=324)	χ^2
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
ไม่เคย	93 (29.7)	102 (32.6)	118 (37.1)	313 (100.0)	3.398
เคย	4 (36.4)	1 (9.1)	6 (54.5)	11 (100.0)	
รวม	97 (29.9)	103 (31.8)	124 (38.3)	324 (100.0)	

df = 2 p = .183

จากตารางที่ 34 พบว่าสตรีที่มีสามีเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกในระดับสูงสูงกว่าสตรีที่มีสามีไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์คือ ร้อยละ 54.5 และ 37.1 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามีไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูกของสตรี

ตารางที่ 35 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ประสบการณ์การตรวจ มะเร็งปากมดลูก	พฤติกรรมການป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี			รวม (n=350)	χ^2
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
ไม่เคย	62 (48.4)	38 (29.7)	28 (21.9)	128 (100.0)	31.127
เคย	48 (21.6)	73 (32.9)	101 (45.5)	212 (100.0)	
รวม	110 (31.4)	111 (31.7)	129 (36.5)	350 (100.0)	

df = 2 p = .000

จากตารางที่ 35 สตรีที่มีประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงสูงกว่าสตรีที่ไม่เคยมีประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 45.5 และ 21.9 ตามลำดับ เมื่อทดสอบสมมติฐานพบว่าประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 36 ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

การสูบบุหรี่	พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี			รวม (n=350)	χ^2
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
ไม่สูบ	103 (31.3)	108 (31.3)	128 (37.8)	339 (100.0)	6.367
สูบ	7 (63.6)	3 (27.3)	1 (9.1)	11 (100.0)	
รวม	110 (31.4)	111 (31.7)	129 (36.9)	350 (100.0)	

df = 2 p = .045

จากตารางที่ 36 พบว่าสตรีที่ไม่สูบบุหรี่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับสูง สูงกว่าสตรีที่สูบบุหรี่ร้อยละ 37.8 และ 9.1 ตามลำดับ ในทางตรงกันข้ามพฤติกรรมระดับต่ำสูงในสตรีที่สูบบุหรี่ร้อยละ 63.6 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 37 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยากดภูมิคุ้มกันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน	พฤติกรรมการป้องกัน			รวม (n=350)	χ^2
	โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี				
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
ไม่ได้รับ	110 (31.8)	109 (31.5)	127 (36.7)	346 (100.0)	3.062
ได้รับ	0 (0.0)	2 (50.0)	2 (50.0)	4 (100.0)	
รวม	110 (31.4)	111 (31.7)	129 (36.9)	350 (100.0)	

df = 2 p = .216

จากตารางที่ 37 พบว่าสตรีที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับสูงกว่าสตรีที่ไม่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันร้อยละ 50.0 และ 36.7 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า การได้รับยากดภูมิคุ้มกันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ตารางที่ 38 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจากโรคเอดส์กับพฤติกรรมการป้องกัน
โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

การมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ จากโรคเอดส์	พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี			รวม (n=350)	χ^2
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
ไม่มี	109 (31.5)	109 (31.5)	128 (37.0)	346 (100.0)	.594
มี	1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	4 (100.0)	
รวม	110 (31.4)	111 (31.7)	129 (36.9)	350 (100.0)	

df = 2 p = .743

จากตารางที่ 38 พบว่าสตรีที่ไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจากโรคเอดส์มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับสูงกว่าสตรีที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจากโรคเอดส์ร้อยละ 37.0 และ 25.0 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าการมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจากโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 39 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการกินยาคุมกำเนิดกับพฤติกรรมการป้องกัน
โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ระยะเวลาการกินยา คุมกำเนิด	พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี			รวม (n=151)	χ^2
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
1-5 ปี	20 (20.8)	30 (31.5)	46 (47.9)	96 (100.0)	6.735
มากกว่า 5 ปี	22 (40.0)	11 (20.0)	22 (40.0)	55 (100.0)	
รวม	42 (27.8)	41 (27.2)	68 (45.0)	151 (100.0)	

df = 2 p = .034

จากตารางที่ 39 พบว่าสตรีที่กินยาคุมกำเนิดนานเกิน 5 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำมากกว่าสตรีที่กินยาคุมกำเนิดน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 40.0 และ 20.8 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าระยะเวลาการกินยาคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 40 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการกินยาคุมกำเนิดกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ระยะเวลาการนินทยา คุมกำเนิด	พฤติกรรมกรป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี			รวม (n=81)	χ^2
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
1-5 ปี	16 (26.2)	20 (32.8)	25 (41.0)	61 (100.0)	1.396
มากกว่า 5 ปี	8 (40.0)	5 (25.0)	7 (35.0)	20 (100.0)	
รวม	24 (29.0)	25 (30.9)	32 (39.5)	81 (100.0)	

df = 2 p = .497

จากตารางที่ 40 พบว่าสตรีที่กินยาคุมกำเนิดนานเกิน 5 ปีมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำมากกว่าสตรีที่กินยาคุมกำเนิดน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 40.0 และ 26.2 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าระยะเวลาการกินยาคุมกำเนิดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ตารางที่ 41 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการทำหมันกับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ระยะเวลาการทำหมัน	พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี			รวม (n=83)	χ^2
	ระดับต่ำ	ระดับกลาง	ระดับสูง		
1-5 ปี	4 (23.5)	7 (41.2)	6 (35.3)	17 (100.0)	.735
มากกว่า 5 ปี	10 (15.2)	28 (42.4)	28 (42.4)	66 (100.0)	
รวม	14 (16.9)	35 (42.2)	34 (41.0)	83 (100.0)	

df = 2 p = .692

จากตารางที่ 41 พบว่าสตรีที่ทำหมันแล้วนานเกิน 5 ปีมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่ทำหมันมาแล้วไม่ถึง 5 ปี ร้อยละ 42.4 และ 35.3 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าระยะเวลาการทำหมันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 ได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นของกลุ่มสมรส การมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส จำนวนครั้งของการคลอดบุตร การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามี การได้รับยาคุมกำเนิด การมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจากโรคเอดส์ ระยะเวลาการฉีดยาคุมกำเนิด ระยะเวลาการทำหมัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ส่วนอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประวัติการแท้ง การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรี ประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูก การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการกินยาคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยนำเข้าได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี พิสูจน์โดยวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson' Product moment Correlation) ผลการวิเคราะห์ปรากฏตามตารางที่ 42 – 44

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หมายถึง ดัชนีที่ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ชุดซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง -1 และ +1 ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวกแสดงว่าตัวแปรสองตัวมีความสัมพันธ์ในทางเดียวกัน กล่าวคือถ้าตัวแปรหนึ่งมีค่าสูงตัวแปรอีกตัวหนึ่งก็มีแนวโน้มที่จะมีค่าสูงด้วย แต่ถ้ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบแสดงว่าตัวแปรสองตัวมีความสัมพันธ์ในทางกลับกัน กล่าวคือถ้าตัวแปรหนึ่งมีค่าสูง ตัวแปรอีกตัวหนึ่งมีแนวโน้มที่จะมีค่าต่ำ และถ้าตัวแปรหนึ่งมีค่าต่ำตัวแปรอีกตัวมีแนวโน้มที่จะมีค่าสูง ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเป็นศูนย์แสดงว่าตัวแปรสองตัวไม่มีความสัมพันธ์กัน (บุญเรียง, 2542)

ตารางที่ 42 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้ากับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ปัจจัยนำเข้า	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p - value
ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก	.374 **	.000
การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	.381**	.000

** P = .01

จากตารางที่ 42 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้ากับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในทางบวก เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ปรากฏว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าเมื่อสตรีมีความรู้มากขึ้นหรือมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น จะทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีขึ้นด้วย

ตารางที่ 43 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก
กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรี

การรับรู้เกี่ยวกับเรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p - value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	.176**	.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.223**	.000
การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติตน	.372**	.000
การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน	.267**	.000

** P = .01

จากตารางที่ 43 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรี พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกทุกด้านมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในทางบวก เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ปรากฏว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าเมื่อสตรีมีการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกดีขึ้นจะทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีขึ้นด้วย

ตารางที่ 44 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก
กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจ Pap smear ของสตรี

การรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p - value
การรับรู้โดยรวม	.341**	.000
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	.184**	.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.231**	.000
การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติตน	.253**	.000
การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน	.261**	.000

** P = .01

จากตารางที่ 44 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกกับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจ Pap smear ของสตรี พบว่าการรับรู้โดยรวม และ ทุกด้านมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในทางบวก เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ปรากฏว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าเมื่อสตรีมีการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกดีขึ้นจะทำให้พฤติกรรมการมารับบริการตรวจ Pap smear ของสตรีดีขึ้นด้วย

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3 ได้ว่า ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวม การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกทุกด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้งในระดับปฐมภูมิและการมารับบริการตรวจ Pap smear

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการความพึงพอใจและนโยบาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสาร การได้รับการกระตุ้นเตือน การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของคนในครอบครัว และคนรอบข้าง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

พิสูจน์โดยวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson' Product moment Correlation) ผลการวิเคราะห์ปรากฏตามตารางที่ 45 – 46

ตารางที่ 45 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรี

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p - value
ปัจจัยเอื้อ	.221**	.000
ปัจจัยเสริม	.066	.218

** P = .01

จากตารางที่ 45 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรี พบว่า ปัจจัยเอื้อมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในทางบวก เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ปรากฏว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าเมื่อมีปัจจัยเอื้อเพิ่มมากขึ้นจะทำให้สตรีมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิดีขึ้นด้วย ส่วนปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรี

ตารางที่ 46 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจ Pap smear ของสตรี

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p - value
ปัจจัยเอื้อ	.116*	.030
ปัจจัยเสริม	.132*	.013

*P = .05

จากตารางที่ 46 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจ Pap smear ของสตรี พบว่า ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในทางบวก เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ปรากฏว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าเมื่อสตรีได้รับปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมากขึ้นจะทำให้สตรีมารับบริการตรวจ Pap smear เพิ่มมากขึ้น

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 4 ได้ว่า ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งระดับปฐมภูมิและการมารับบริการตรวจ Pap smear ของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 5 ได้ว่า ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับบริการตรวจ Pap smear ของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรี

สมมติฐานที่ 6 กลุ่มตัวแปรจากปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรตัวใดตัวหนึ่งเพียงตัวเดียว พิสูจน์โดยวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณซึ่งเป็นวิธีการหารูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม 1 ตัว ตัวแปรอิสระหลายตัว ผลการวิเคราะห์จะสร้างเป็นสมการ เพื่อบอกว่า ตัวแปรอิสระแต่ละตัว มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากน้อยเพียงใด เมื่อตัวแปรอิสระตัวอื่นคงที่และบอกว่า มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกหรือเชิงลบ ซึ่งดูได้จากเครื่องหมายค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยบางส่วน ถ้าตัว

แปรรูปสัตว์ใดมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามเชิงบวกจะหมายความว่า เมื่อค่าของตัวแปรรูปสัตว์นั้นเพิ่มขึ้น ค่าของตัวแปรตามจะเพิ่มขึ้นด้วย แต่เป็นเชิงลบ ผลกลับกันคือ เมื่อค่าของตัวแปรรูปสัตว์นั้นเพิ่มขึ้นค่าของตัวแปรตามจะลดลง (บุญธรรม,2543) ผลการวิเคราะห์ปรากฏตามตารางที่ 47

ตารางที่ 47 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

	Y	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	$\bar{X}$	SD
พฤติกรรมกร										
ป้องกัน										
โรคมะเร็งปาก		.374**	.176**	.223*	.372**	.269**	.221**	.069**	72.34	9.10
มดลูก(Y)										
1.ความรู้										
เกี่ยวกับ										
โรคมะเร็งปาก			.079**	.258**	.228**	.249**	.205**	.093*	13.19	2.39
มดลูก(X1)										
2.การรับรู้										
โอกาสเสี่ยงต่อ				.506**	.497**	-.011	.373**	.296**	41.77	5.04
การเกิดโรค(X2)										
3.การรับรู้										
ความรุนแรง					.587**	.045	.365**	.321**	20.90	3.24
ของโรค(X3)										
4.การรับรู้										
ประโยชน์ของ						.010	.454**	.338**	29.20	4.16
การปฏิบัติตน										
(X4)										
5.การรับรู้										
อุปสรรคต่อการ							.139*	.068	12.55	4.07
ปฏิบัติตน(X5)										
6.ปัจจัยเอื้อ(X6)								.549**	39.02	4.48
7.ปัจจัยเสริม										
(X7)							.549**		45.02	6.02

จากตารางที่ 47 พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในเชิงบวกกับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตน ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในเชิงบวกกับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในเชิงบวกกับ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในเชิงบวกกับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในเชิงบวกกับปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม

การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในเชิงบวกกับปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในเชิงบวกกับปัจจัยเอื้อ

ตารางที่ 48 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณหาปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ตัวทำนาย	R ²	Adj R ²	B(b)	SE	Beta	t	Sig
1.ค่าคงที่			53.599	2.536		21.139	.000
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	.140	.137	1.420	.189	.374	7.521	.000
2. ค่าคงที่			37.751	3.505		10.772	.000
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก			1.158	.184	.305	6.280	.000
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน	.226	.222	.661	.106	.302	6.224	.000
3. ค่าคงที่			34.000	3.530		9.632	.000
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก			.960	.186	.253	5.136	.000
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน			.683	.104	.312	6.581	.000
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน	.226	.259	.457	.107	.204	4.287	.000

จากตารางที่ 48 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนโดยการนำตัวแปรเข้าสมการ 7 ตัวแปร พบว่า ตัวแปรที่มีผลในเชิงบวก ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีมี 3 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนและการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน ตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการอันดับแรกได้แก่คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้ร้อยละ 13.7 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน ถูกเลือกเข้าเป็นลำดับสอง สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.5 และการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.7

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนและการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ได้ร้อยละ 25.9 เมื่อนำค่าคงที่และค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายจากตารางที่ 48 มาแทนค่าสมการในรูปคะแนนดิบ ได้ 3 รูปแบบ

สมการแบบที่ 1

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี = $53.599 + 1.420$ (ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก)

สมการแบบที่ 2

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี = $37.751 + 1.158$ (ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก) + $.661$ (การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน)

สมการแบบที่ 3

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี = $34.00 + .960$ (ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก) + $.683$ (การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน) + $.457$ (การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตน)

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี = $.253$ (ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก) + $.312$ (การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน) + $.204$ (การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตน)

สมการแต่ละรูปแบบให้ผลทำนายดังนี้

รูปแบบที่ 1 ใช้เฉพาะตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จะสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้ร้อยละ 13.7

รูปแบบที่ 2 ใช้เฉพาะตัวแปร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน จะสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้ร้อยละ 22.2

รูปแบบที่ 3 ใช้ทั้งตัวความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนและการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน จะสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้ร้อยละ 25.9

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 6 ได้ว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 3 ตัวแปรได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนและ การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน ตัวแปรทั้ง 3 สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้ร้อยละ 25.9

ข้อวิจารณ์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยเป็นสตรีกลุ่มเป้าหมายตามนโยบายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในปีพ.ศ.2550 คือสตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษากิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานดังนี้

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นพบว่า สตรีที่ทำการศึกษาแต่ละกลุ่มอายุมีจำนวนไม่แตกต่างกันมากนัก มากสุดคือกลุ่มอายุ 45 และ 50 ปี มีร้อยละ 20.6 เท่ากันกลุ่มอายุที่เก็บข้อมูลได้น้อยสุดคืออายุ 60 ปี มีร้อยละ 8.9 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.1 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 27.1 สถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ คือร้อยละ 77.4 รายได้โดยเฉลี่ยเดือนละ 7,122 บาทและร้อยละ 58 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน

Bloom (1985) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำอาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ พฤติกรรมดังกล่าวแบ่งเป็น 3 ส่วนกล่าวคือ พฤติกรรมด้านความรู้ พฤติกรรมด้านเจตคติและพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงขอสรุปผลวิเคราะห์พฤติกรรมของสตรีกลุ่มตัวอย่างดังนี้

พฤติกรรมด้านความรู้ได้จัดกลุ่มระดับความรู้เป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ ระดับปานกลางและระดับสูง พบว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 41.2 ระดับต่ำร้อยละ 39.7 ระดับสูงเพียงร้อยละ 19.1 เมื่อแยกย่อยความรู้รายด้านพบว่า สตรีส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง

(มากกว่าร้อยละ 80) ในเรื่อง การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน พฤติกรรมการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก อาการของโรคมะเร็งปากมดลูก วิธีการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก มีความรู้ในระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ในเรื่อง โครงสร้างของอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี ปัจจัยเสี่ยงในเรื่องการมีบุตรหลายคน การสูบบุหรี่ การมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเมื่อมีอาการผิดปกติ ไม่ทราบว่าคุณหรือเกิดเกินร้อยละ 10 ในเรื่อง โครงสร้างของอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี ปัจจัยเสี่ยงเรื่องการเป็นหูดหงอนไก่ การสูบบุหรี่ การมีบุตรหลายคน การผ่านการคลอดหลายครั้ง การเตรียมตัวไปตรวจมะเร็งปากมดลูก การใช้ถุงยางอนามัยป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถรักษาให้หายขาดได้ พฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเป็นกระบวนการทางด้านสมองเป็นความสามารถด้านสติปัญญา ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆรวมทั้ง การพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้ความคิด วิเคราะห์ เพื่อประกอบการตัดสินใจซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายๆด้านของสตรีว่า พฤติกรรมด้านความรู้ของแต่ละบุคคลอยู่ตามลำดับใด ตั้งแต่ขั้นง่ายไปถึงยากคือ ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ตลอดจนการประเมินผล ซึ่งจะสังเกตได้ว่าระดับความรู้ของสตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอยู่ในลำดับความรู้ความเข้าใจและการนำไปใช้ ยังไม่สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินผลได้ แสดงให้เห็นว่าสตรียังไม่ทราบแน่ชัดว่าสิ่งต่างๆเหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ต่อไป

พฤติกรรมด้านเจตคติ เป็นกระบวนการด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ความสนใจรวมไปถึงความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ จะบอกแนวโน้มของบุคคลในการกระทำพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่นๆด้วย ได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบด้วยกันคือ

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึงความเชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมากน้อยเพียงใด สตรีกลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การมีคู่นอนหลายคน การผ่านการตั้งครรภ์หลายครั้ง การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน การไม่เคยผ่านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การแต่งงานกับชายที่มีคู่นอนหลายคน การสูบบุหรี่ การมีฐานะยากจน การติดเชื้อเอดส์อยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ร้อยละ 40.3 และ 30.0 ระดับสูงร้อยละ 29.7

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคสตรีกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ประเมินตนเองในด้านความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกที่มีต่อร่างกาย การลุกลามไปยังอวัยวะอื่น ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ การเกิดปัญหาต่อการใช้ชีวิตคู่ และการมีเพศสัมพันธ์ การรักษาทำให้เป็นหมันหรือมีอาการของสตรีวัยหมดประจำเดือน ทำให้ครอบครัวขาดแรงงานและรายได้ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาทในสังคมของตนเอง สตรีกลุ่มเป้าหมายมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำปานกลางและระดับสูงไม่แตกต่างกันมากนักคือร้อยละ 29.4 36.9 และ 33.7

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่า ข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับแล้วจะมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย คือการตรวจมะเร็งปากมดลูก การไม่สูบบุหรี่ การมีเพศสัมพันธ์เฉพาะคู่นอนของตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ และรีบไปพบแพทย์ การรักษาความสะอาด การใช้ถุงยางอนามัย จะช่วยป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก สตรีกลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 43.4 ระดับสูงร้อยละ 30.0 และระดับต่ำร้อยละ 26.6

4. การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตนเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของสตรีในทางลบ ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกกังวล ความอาย ความกลัว การเสียเวลา สตรีกลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตน ระดับสูงร้อยละ 39.9 ปานกลางร้อยละ 27.7 ระดับต่ำร้อยละ 35.4

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกายซึ่งรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่สตรีปฏิบัติออกมาโดยมีด้านความรู้ ด้านเจตคติเป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้อง จากการหาค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรีพบว่าพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่สตรียังมีการปฏิบัติอยู่แม้จะปฏิบัติน้อยครั้งก็ตาม คือการใช้มือล้วงเข้าไปล้างในช่องคลอด การสวนล้างภายในช่องคลอด การชำระล้างอวัยวะเพศด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ พฤติกรรมปฐมภูมิที่พึงประสงค์ที่สตรีปฏิบัติค่อนข้างบ่อยคือ การมีเพศสัมพันธ์เฉพาะสามี การล้างทำความสะอาดอวัยวะเพศ ภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ทันที การชำระล้างอวัยวะเพศด้วยสบู่อ่อนๆ และน้ำสะอาด ทุกครั้งที่อาบน้ำ การล้างอวัยวะเพศจากช่องคลอดไปทวารหนัก การสังเกตความผิดปกติของ

ผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศ การสังเกตลักษณะของสิ่งที่ออกมาจากช่องคลอด การไปพบแพทย์เมื่อสังเกตพบความผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ การปฏิบัติเป็นประจำมีเพียงพฤติกรรมเดียวคือการทำความสะอาด อวัยวะเพศทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ เมื่อจัดกลุ่มเป็นระดับการปฏิบัติระดับต่ำ ระดับปานกลางและระดับสูง พบว่ามีระดับใกล้เคียงกันคือร้อยละ 31.4, 31.7 และ 36.9 ส่วนพฤติกรรมหุติญุมิ คือการรับการตรวจ Pap smear พบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมระดับต่ำ ปานกลาง และระดับสูงร้อยละ 33.4 , 27.4 , 39.1ตามลำดับ

การวิเคราะห์หาปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งที่เป็นปัจจัยในตัวสตรีกลุ่มเป้าหมายและปัจจัยนอกตัวสตรีกลุ่มเป้าหมายได้แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการแสดงพฤติกรรมของสตรี ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ ในที่นี้หมายถึงความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับรู้ ดังได้กล่าวมาแล้ว

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของสตรีซึ่งหมายถึง สถานบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ความสะดวก ระยะทางใกล้ มีความสะอาด มีคชิต เครื่องมืออุปกรณ์การตรวจที่สะอาดปลอดภัย การใช้เวลาในการตรวจไม่มาก เจ้าหน้าที่มีทักษะและอหยาสัยดี มีการสนับสนุนและให้บริการฟรี มีการให้บริการอย่างต่อเนื่อง เมื่อจัดกลุ่มระดับการได้รับปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายแล้วพบว่าอยู่ในแต่ละระดับใกล้เคียงกันคือ ระดับต่ำร้อยละ 36.0 ปานกลางร้อยละ 30.3 และระดับสูง ร้อยละ 33.7

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้รับการสนับสนุน ซึ่งได้แก่ การได้รับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกจากบุคลากรทางการแพทย์ จากอาสาสมัครสาธารณสุข จากเอกสารและสื่อต่างๆ การได้รับการกระตุ้นเตือนจากสามี จากสมาชิกในครอบครัว จากเพื่อน เพื่อนบ้าน จากอาสาสมัครสาธารณสุข จากบุคลากรทางการแพทย์ การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว การมีเพื่อนหรือเพื่อนบ้านป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก เมื่อจัดกลุ่มระดับการได้รับปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรม

การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายแล้วพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.7

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ผลการศึกษาหาความสัมพันธ์พบว่า

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิคือการตรวจPap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรณี (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในหญิงอาชีพพิเศษใน กรุงเทพมหานคร พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ และปาริย์ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้าน เกษตรกรในภาคใต้ตอนบนพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หากแต่ขัดแย้งกับ พรทิพย์ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิงอาชีพพิเศษในแหล่งท่องเที่ยวเมืองพัทยาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ ส่วนประดับ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้วในโรงงานอุตสาหกรรมในเขต ปริมณฑลพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ

อาชีพและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิและการตรวจPap smear ในปีพ.ศ.2550 ของสตรี ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ โสภิตา (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรี ที่แต่งงานแล้วในจังหวัดสุพรรณบุรี จันทิมาและคณะ (2545) ได้ศึกษา ความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดนครนายก พบว่า ฐานะการเงิน มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ

การศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับการตรวจPap smear ในปีพ.ศ.2550 แต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ ซึ่งขัดแย้งกับ โสภิตา (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก

ของสตรีที่แต่งงานแล้วในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูกของสตรี

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิคือการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550ของสตรี สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมาและคณะ (2545) ได้ศึกษา ความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดนครนายก พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรี

Becker (1974) ได้กล่าวไว้ว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ปัจจัยคือการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วมคือปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและปัจจัยที่มีผลต่อการนำจะกระทำหรือสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ฉะนั้นผู้วิจัยเห็นว่า อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ เป็นเพียงปัจจัยร่วมที่มีผลโดยอ้อมต่อแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การส่งผลต่อพฤติกรรมจึงแตกต่างกันไปตามปัจจัยด้านอื่นๆของแต่ละพื้นที่ที่ทำการศึกษา

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการคลอดบุตร ประวัติการแท้ง การคุมกำเนิด ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของตัวเอง/สามี ประสิทธิภาพการตรวจมะเร็งปากมดลูก การสูบบุหรี่ ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ผลการศึกษาหาความสัมพันธ์พบว่า

การมีคู่นอนหลายคนผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามส่วนที่1 เรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นของกลุ่มสมรสและการมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นของสตรี ผลการรวบรวมข้อมูลพบว่าการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นของกลุ่มสมรสมีร้อยละ 20.4 จากสตรีกลุ่มเป้าหมายที่เปิดเผยข้อมูลจำนวน 324 คน และสตรีกลุ่มเป้าหมายจำนวน 322 คน ได้เปิดเผยว่าเคยมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสร้อยละ 2.2 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแล้วพบว่า สตรีที่มีสามีไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่มีสามีเคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นร้อยละ 41.5 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ส่วนสตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสพบว่ามีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับต่ำร้อยละ 57.1 แต่ไม่พบ

ความสัมพันธ์ทางสถิติ สำนักพัฒนาวิชาการ กรมการแพทย์รายงานไว้ว่าการมีคู่นอนหลายคนจะมีความเสี่ยงสูงขึ้นตามจำนวนคู่นอนที่เพิ่มขึ้น มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ การที่สตรีมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่มีเชื้อ HPV แม้เพียงครั้งเดียวก็มีโอกาสติดเชื้อ HPV และเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ ฉะนั้นการมีคู่สมรสที่มีคู่นอนหลายคนของสตรี ซึ่งมีถึงร้อยละ 20.3 หรือแม้แต่ตัวสตรีเองที่มีคู่นอนหลายคนถึงมีเพียงร้อยละ 2.2 ก็ถือว่ามีความเสี่ยงสูง การมีพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้องทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสตรีที่มีคู่สมรสเคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นหรือการไปมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่น

อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของสตรีอายุต่ำสุด 14 ปี สูงสุด 40 อายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 49.5 จากการเปิดเผยของสตรีจำนวน 309 คน สตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำสูงกว่าสตรีที่มีอายุมากกว่า 20 ปี และพบความสัมพันธ์ทางสถิติการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยกว่า 17 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีการกลายรูปของเซลล์ปากมดลูกมากในช่วงนี้ จะมีความไวต่อสารก่อมะเร็งสูงมากโดยเฉพาะเชื้อ HPV (กองอนามัยการเจริญพันธุ์) การติดเชื้อ HPV ส่วนใหญ่การติดเชื้อนั้นไม่แสดงอาการ และมีโอกาสหายได้เองโดยที่คนอายุน้อยมีโอกาสหายได้เองมากกว่า ฉะนั้นสตรีที่มีอายุน้อยควรได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกที่พึงประสงค์โดยเฉพาะพฤติกรรมระดับปฐมภูมิ

จำนวนครั้งของการของการคลอดบุตร สตรีที่ผ่านการคลอดบุตรมากกว่า 4 ครั้ง มีร้อยละ 14.8 และมีพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกระดับสูงร้อยละ 51.1 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรถือเป็นปัจจัยเสี่ยงหากสตรีมีการคลอดบุตรมากกว่า 4 ครั้ง จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 2-3 เท่า จึงเห็นได้ว่าพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มที่ผ่านการคลอดบุตรมากกว่า 4 ครั้ง ควรเน้นระดับทุติยภูมิ

ประวัติการแท้งจากสตรีที่ให้ข้อมูล 321 คน มีประวัติการแท้งร้อยละ 16.82 สตรีที่มีประวัติการแท้งมีพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกสูงร้อยละ 51.9 และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางสถิติ ตามแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของ Orem (1985) กล่าวว่าบุคคลต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความจำเป็นในการดูแลตนเองทั่วไป ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามพัฒนาการ ความจำเป็นในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพเช่น กับสตรีที่พบภาวะการแท้งก็จะตระหนักรู้และดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีผลเกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูก

การคุมกำเนิดพบว่าสตรีส่วนใหญ่เคยคุมกำเนิดชั่วคราวด้วยวิธีกินยาร้อยละ 43.7 นิดยา ร้อยละ 24.7 ใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 5.6 ใส่ห่วงร้อยละ 1.5 และคุมกำเนิดถาวรด้วยวิธีทำหมันหญิง ร้อยละ 24.1 ระยะเวลาการกินยาคุมกำเนิดมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 36.4 นิดยาคุมกำเนิดมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 24.7 ทำหมันมาแล้วมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 79.5 พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการกินยา คุมกำเนิดกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สตรีที่กินยา คุมกำเนิดมากกว่า 5 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าร้อยละ 40.0 ความสามารถในการดูแลตนเองของมนุษย์มีความสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งมีพลังความสามารถ เป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์การกินยาคุมกำเนิดไม่ใช่ภาวะความเจ็บป่วย ที่จะทำให้สตรีเกิดการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการของตนเองที่จำเป็นซึ่งเกิดจาก ภาวะเจ็บป่วยตามแนวคิดของ Orem และจากการที่สำนักงานพัฒนาวิชาการกรมการแพทย์ได้ รายงานไว้ว่า การกินยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานกว่า 5 ปี และ 10 ปีมีความเสี่ยงสูงขึ้น 1.3 เท่าและ 2.5 เท่า ฉะนั้นสตรีที่มีประวัติการกินยาคุมเป็นเวลานานกว่า 5 ปี ถือว่าเป็นสตรีที่มีความเสี่ยงต่อ การเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจึงควรได้รับการตรวจ Pap smear อย่างต่อเนื่อง

ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรีและสามีจากการให้ข้อมูลของสตรี จำนวน 324 คน พบว่าสตรีเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 8.7 โรคที่เป็นคือเชื้อรา ในช่องคลอดร้อยละ 8.0 พยาธิในช่องคลอดร้อยละ 1.5 เริมร้อยละ 0.6 และหนองในร้อยละ 0.3 ส่วนสามีของสตรีมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 3.4 โรคที่เป็นคือหนองในร้อยละ 3.1 เริมร้อยละ 0.3 พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะสตรีที่เคยเป็นโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก สตรีที่ตัวเองและสามีมีประวัติเป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูงร้อยละ 51.9 และ 54.5 การดูแลตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ตัวเองและสามีเคยเป็นโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ เป็นความจำเป็นในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพที่ต้องปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์ที่ต้องตระหนักถึงอิทธิพลและผลของการเจ็บป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นทำให้เกิดการปรับ อุดมโนทัศน์การปฏิบัติตัวของตนเอง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยปกติหรือสุขสบาย หากสตรีที่เคยมีประวัติการเป็นโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีโอกาสที่จะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ก็จะน้อยลงด้วย ด้วยเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ดังที่กองอนามัยเจริญพันธุ์ (2550) ได้ รวบรวมไว้ว่า ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นปัจจัยเสี่ยง ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ชายจะไม่มี อาการหรือไม่พบเชื้อ เพราะฉะนั้นร้อยละ 3.4 อาจเป็นเพียงตัวเลขที่แสดงอาการเท่านั้น

โดยเฉพาะเชื้อ HPV สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีเชื้อ HPV มีโอกาสติดเชื้อได้ร้อยละ 80 โดยไม่มีรอยโรคให้ปรากฏ ร้อยละ 20 จะมีรอยโรคปรากฏ แต่ถ้าระบบภูมิคุ้มกันดีคือมีปฏิกิริยาของ Cytotoxic T-cell ต่อไวรัส รอยโรคจะหายไปเองได้ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าร่างกายไม่สามารถขจัดเชื้อให้หมดไปได้ รอยโรคนั้นก็มีโอกาสกลายเป็นมะเร็ง ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 13 ปี

ประสบการณ์การตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยการทำPap Smearไว้ 2 ส่วน คือส่วนของประสบการณ์ก่อนปี 2550 และการรับการตรวจปีพ.ศ.2550 ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสตรีมีประสบการณ์การตรวจ Pap Smear ร้อยละ 63.4 ซึ่งสูงกว่าปี พ.ศ.2550 ที่สตรีได้รับการตรวจเพียงร้อยละ 55.4 เช่นเดียวกับสตรีเกาหลี่ Park (2002) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความตั้งใจตรวจมะเร็งปากมดลูกซ้ำ กับการตอบสนองอารมณ์ในการตรวจครั้งแรกของสตรีเกาหลี่ พบว่า การตอบสนองทางอารมณ์สูง ในช่วงหลังการตรวจหามะเร็งปากมดลูกแล้วจนถึงฟังผลการตรวจ ทำให้สตรีบางคนปฏิเสธที่จะตรวจซ้ำอีกเพราะกลัวผลผิดปกติ เมื่อหาความสัมพันธ์พบว่าประสบการณ์การตรวจ Pap Smear ของสตรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีที่เคยมีประสบการณ์การตรวจ Pap Smear จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูงร้อยละ 45.5 สมจิตร (2536) กล่าวไว้ว่าความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง พลังความสามารถและความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน สตรีที่มีประสบการณ์การตรวจPap Smear จะมีความสามารถระดับนี้ ซึ่งเป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย สามารถที่จะรับรู้ความจำเป็นของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มีการรับรู้เหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเองคิดเป็นนิสัยประจำตัว มีความเข้าใจและห่วงใยตนเองรู้จักแบ่งเวลาที่ใช้กับการดูแลและป้องกันตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งระดับปฐมภูมิและการตรวจ Pap Smear

การสูบบุหรี่ การมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจากโรคเอดส์ และการได้รับยาคุมภูมิคุ้มกัน เป็นปัจจัยอื่นๆที่ส่งเสริมให้เป็นมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายหรือเร็วขึ้น สตรีมีการสูบบุหรี่ร้อยละ 3.1 มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจากโรคเอดส์ร้อยละ 1.1 และได้รับยาคุมภูมิคุ้มกันร้อยละ 1.1

สตรีที่สูบบุหรี่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่ำร้อยละ 63.6 พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมทางลบเป็นแผนการดำเนินชีวิตที่ทำให้ทราบถึงการพัฒนาการดูแลตนเองด้านอื่นๆ ว่าน่าจะมีแนวทางไปทางลบ

เช่นเดียวกัน Bloom (1985) กล่าวว่าพฤติกรรมด้านปฏิบัติเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่บุคคลปฏิบัติออกมาโดยมีความรู้และเจตคติเป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้องสตรีที่สูบบุหรี่ ส่งผลมาจากความรู้และเจตคติที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลต่อมายังพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งต่ำลงด้วย สตรีที่มีภูมิคุ้มกันต่ำจากโรคเอดส์มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกปานกลางร้อยละ 50.0 ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สตรีที่ได้รับยาควบคุมภูมิคุ้มกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูงร้อยละ 50.0 ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เป็นไปตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของ Orem (1985) เกี่ยวกับความจำเป็นในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพดังกล่าวมาแล้ว อันเนื่องมาจากเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ และการต้องได้รับยาจากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมทางเพศไม่ถูกต้อง เมื่อได้รับการวินิจฉัยทำให้เกิดการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา มีการปรับความรู้และเจตคติจากการปฏิบัติตามแผนการรักษา ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ดีตามไปด้วยเนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยนำเข้าได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ผลการศึกษาหาความสัมพันธ์พบว่า

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าเมื่อสตรีมีความรู้ดีขึ้นพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจะดีขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ อรศรี (2544) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 25 – 60 ปีที่แต่งงานแล้วในอำเภอปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูก อธิบายได้ว่าความรู้เป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมและเป็นสิ่งจำเป็นที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ จะต้องมียปัจจัยอื่นประกอบด้วย

การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าเมื่อสตรีมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น พฤติกรรมการ

ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจะดีขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ (2541) ได้ศึกษา พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของหญิงอาชีพพิเศษในแหล่งท่องเที่ยวเมืองพัทยา พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็ง ปากมดลูกทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ประดับ (2541) ได้ศึกษา เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรีที่แต่งงานแล้วในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตปริมณฑล พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ปาจริย์ (2542) ได้ศึกษา พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคใต้ตอนบน พบว่าการรับรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ อรศรี (2544) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง ปากมดลูกของสตรีอายุ 25 – 60 ปีที่แต่งงานแล้วในอำเภอปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง ปากมดลูก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์การ ปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของของ โสภิตา (2544) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมา รับบริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรี ที่แต่งงานแล้วในจังหวัดสุพรรณบุรีและพบว่า การรับรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก คือการรับรู้ ประโยชน์และอุปสรรคการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก

อธิบายได้ว่าการรับรู้เป็นการที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใด ส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่าง ประสาทสัมผัสชนิดต่างๆและความคิด รวมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปลทางจิต สังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในที่นี้หมายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิของสตรี

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจและนโยบาย มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ผลการศึกษาหาความสัมพันธ์ พบว่า

ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ตามแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causal Assumption) ว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล จากการศึกษาของนักพฤติกรรมศาสตร์กลุ่มนี้ได้สรุปไว้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เช่น ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการ การประเมินผลประสิทธิภาพของบริการ สาธารณสุข องค์ประกอบทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม และสิ่งสำคัญคือการหาได้ง่าย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมารับการตรวจ Pap smear ก็เช่นกันถ้ามีปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรมในทางบวกก็มีโอกาสที่แสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิได้ง่ายขึ้น

สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสาร การได้รับการกระตุ้นเตือน การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของคนในครอบครัว และคนรอบข้าง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ผลการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์พบว่า

ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของอรศรี (2544) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 25–60 ปีที่แต่งงานแล้วในอำเภอปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนจันทิมาและคณะ (2545) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดนครนายกพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิ และพรทิพย์ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของหญิงอาชีพพิเศษในแหล่งท่องเที่ยวเมืองพัทยา พบว่าการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเฉพาะระดับทุติยภูมิ อธิบายได้ว่า ปัจจัยเสริมที่สตรีได้รับจากคู่สมรส บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข บุคคลอื่นๆ ในครอบครัวหรือบุคคลรอบข้างเป็นตัวกระตุ้นเตือนให้เกิดพฤติกรรม การกระตุ้นเตือนมีมากพฤติกรรมก็จะเกิดได้ง่าย ซึ่งจะแตกต่างกันไปตาม

พฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ ผลของการทดสอบสมมติฐานจึงมีความแตกต่างกันออกไปตามบุคคลและสถานการณ์ที่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 6 กลุ่มตัวแปรจากปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรตัวใดตัวหนึ่งเพียงตัวเดียว ผลการศึกษาหาความสัมพันธ์พบว่า

ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 3 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนและการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน ตัวแปรทั้ง 3 สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้ร้อยละ 25.9 สอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎา (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 4 ตัวแปรคือ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรู้เรื่องโรค การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้ร้อยละ 35.8 อธิบายได้ว่า ในทางสถิติมีความเชื่อว่าการทำนายและประมาณค่าตัวแปรตามจากตัวแปรอิสระมากกว่าหนึ่งตัวจะทำให้มีความเชื่อถือและถูกต้องมากกว่าใช้ตัวแปรอิสระเพียงตัวเดียวทำนายและประมาณค่าตัวแปรตาม (บุญธรรม, 2543) ตามกรอบแนวคิดการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) มีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple Factor) ความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอ ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ ต้องมีปัจจัยอื่นๆประกอบด้วย การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านอื่นๆที่ประกอบด้วยคือการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนและการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน ปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยจึงร่วมกันส่งผลกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเภทการสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 – 60 ปีในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขปีพ.ศ. 2550 จำนวน 350 คน โดยทำการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่โครงสร้างอวัยวะสืบพันธุ์สตรี และการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกตลอดจนปัจจัยเสี่ยง การป้องกันและการรักษา แล้วนำเอาแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แนวคิดPRECEDE Framework ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี และตั้งสมมติฐานการวิจัย สามารถนำผลจากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและกำหนดวิธีการดำเนินงานสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ไม่พึงประสงค์ของสตรีต่อไป อีกทั้งยังได้รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีสามารถนำไปปรับปรุงส่งเสริมการให้บริการระดับทุติยภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังนำข้อมูลและผลการวิจัยไปใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ทั้งในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและเรื่องอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับระบบอวัยวะสืบพันธุ์

การศึกษาวิจัยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในครั้งนี้ทำการศึกษาวิจัยพฤติกรรม 2 ระดับคือ ระดับปฐมภูมิ หมายถึงการควบคุมหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และระดับทุติยภูมิหมายถึงการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยการทำPap smear จึงสรุปผลการศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยเสี่ยง ประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์พบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีจำนวน 350 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 41.2 อายุ 45และ50 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 77.4 โสดร้อยละ 10.0 นอกนั้นหม้าย หย่า แยก การศึกษาระดับประถมร้อยละ 61.1 ระดับมัธยมตอนปลายร้อยละ12.0 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 27.1 ส่วนอาชีพอื่นคือทำสวน รับจ้างโรงงาน ค้าขาย แม่บ้าน และ

ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันไม่เกินร้อยละ 17.0 รายได้ส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 58.0 รายได้เฉลี่ย 7,122 บาทต่อเดือน ปัจจัยเสี่ยงพบว่าสามีเคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นร้อยละ 20.4 ส่วนสตรีเคยมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสน้อยกว่าสามีถึง 9.2 เท่าคือร้อยละ 2.2 อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของสตรีร้อยละ 49.5 มีอายุน้อยกว่า 20 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 21 – 30 ร้อยละ 46.9 อายุน้อยสุดคือ 14 ปีอายุสูงสุด 40 ปี และพบว่าสตรีไม่เคยผ่านการคลอดบุตรร้อยละ 5.6 ซึ่งส่วนใหญ่ผ่านการคลอดบุตร 1-3 ครั้งร้อยละ 79.4 ผ่านการคลอดบุตรสูงสุด 8 ครั้ง พบมีประวัติการแท้งร้อยละ 16.8 แท้งสูงสุด 3 ครั้ง การคุมกำเนิดด้วยวิธีกินยาเม็ดสูงสุดร้อยละ 75.3 รองลงมาเป็นยาฉีดคุมกำเนิดร้อยละ 56.3 ทำหมันร้อยละ 24.1 คุมกำเนิดด้วยวิธีใช้ถุงยางอนามัยและใส่ห่วงร้อยละ 5.6 และ 1.5 ตามลำดับ สตรีมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 8.7 มีสิ่วโรคด้วยกันคือ เชื้อราในช่องคลอด ร้อยละ 8 พยาธิในช่องคลอด ร้อยละ 1.5 เริมและหนองในร้อยละ 0.6 และ 0.3 ตามลำดับ ส่วนสามีมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 3.4 มีสองโรคด้วยกันคือ หนองใน ร้อยละ 3.1 และเริม ร้อยละ 0.3 พบสตรีสูบบุหรี่ร้อยละ 3.1 มีภูมิคุ้มกันต่ำจากโรคเอดส์และได้ยากดภูมิคุ้มกันเท่ากันร้อยละ 1.1 เคยมีประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกเกินครั้งคือร้อยละ 63.4 ในปีพ.ศ.2550 ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกแล้วร้อยละ 55.4

2.ลักษณะของตัวแปรที่ทำการศึกษา

2.1 ปัจจัยนำเข้าแก่ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่อง การรับรู้ประกอบด้วย โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติตนและ อุปสรรคต่อการปฏิบัติตน

สตรีส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 41.2 และระดับต่ำร้อยละ 39.7 ส่วนน้อยร้อยละ 19.1 อยู่ในระดับสูง สตรีส่วนใหญ่มีความรู้มากกว่าร้อยละ 80 ในเรื่องการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน พฤติกรรมการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก อาการของโรคมะเร็งปากมดลูก วิธีการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก สตรีมีความรู้ต่ำกว่าร้อยละ 60 ในเรื่อง โครงสร้างของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ปัจจัยเสี่ยงด้านการมีบุตรหลายคน การสูบบุหรี่ การมาตรวจมะเร็งปากมดลูกต่อเมื่อมีอาการผิดปกติ สตรีไม่แน่ใจว่าเป็นเรื่องผิดหรือถูกเกินร้อยละ 10 ในเรื่อง โครงสร้างของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ปัจจัยเสี่ยงเรื่องการเป็นหูดหงอนไก่ การสูบบุหรี่ การมีบุตรหลายคน การผ่านการคลอดหลายครั้ง

วิธีการเตรียมตัวไปตรวจมะเร็งปากมดลูก การใช้ถุงยางอนามัยป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ และโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถรักษาให้หายขาดได้ ในเรื่องของความเชื่อด้านการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกพบว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางและสูงร้อยละ 70.0 ระดับต่ำร้อยละ 30.0 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางและสูงร้อยละ 70.6 ระดับต่ำร้อยละ 29.4 มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางและสูงร้อยละ 73.4 ระดับต่ำร้อยละ 26.6 และ มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางและสูง 64.6 ระดับต่ำ ร้อยละ 35.4

2.2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจในเรื่อง สถานที่ บุคคล เวลาที่เหมาะสม และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากการศึกษาพบว่า สตรีได้รับปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำ ระดับกลางและระดับสูงใกล้เคียงกันคือร้อยละ 36.0 30.3 และ 33.7 ตามลำดับ

2.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสาร การกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว คนรอบข้าง อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของคนในครอบครัวและคนรอบข้าง จากการศึกษพบว่าสตรีได้รับปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลางร้อยละ 43.7 รองลงมาคือระดับสูงร้อยละ 30.9 และ ร้อยละ 25.4 เป็นระดับต่ำ

2.4 พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี จากการศึกษพบว่า สตรีมีระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองระดับปฐมภูมิอยู่ในระดับต่ำ ปานกลางและระดับสูงใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 31.4 31.7 และ 36.9 ตามลำดับ ส่วนระดับทุติยภูมิพบว่าอยู่ในระดับสูงร้อยละ 39.1 รองลงมาคือระดับต่ำร้อยละ 33.4 น้อยสุดคือระดับปานกลางร้อยละ 27.4

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีผลการหาความสัมพันธ์ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาที่มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกนั้นไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการคลอดบุตร ประวัติการแท้ง การคุมกำเนิด ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรี/สามี ประสิทธิภาพการตรวจมะเร็งปากมดลูก การสูบบุหรี่ ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีผลการหาความสัมพันธ์ พบว่า อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประวัติการแท้ง การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรี ประสิทธิภาพการตรวจมะเร็งปากมดลูก การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการกินยาคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกนั้นไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ผลการหาความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจและนโยบาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ผลการหาความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูกทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 5 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสาร การได้รับการกระตุ้นเตือน การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของคนในครอบครัว และคนรอบข้าง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ผลการหาความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติกับระดับปฐมภูมิ

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 6 กลุ่มตัวแปรจากปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรตัวใดตัวหนึ่งเพียงตัวเดียว จากผลการเข้าสมการทำนายพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 3 ตัวแปรได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนและการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน ตัวแปรทั้ง 3 สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้ร้อยละ 25.9

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. สตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีรายได้น้อยกว่า 5,000 ต่อเดือน อาชีพรับจ้างทั่วไปและรับจ้างโรงงาน ฉะนั้นการจัดโปรแกรมสุขภาพควรตระหนักในเรื่องหลักสูตร สื่อ กลวิธี ระยะเวลาให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตกลุ่มเป้าหมาย ไม่ควรใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ระยะเวลาควรเป็นเวลาที่ไม่หลุดพ้นจากอาชีพ

2. จากการแปลผลข้อมูลพบว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง และน้อยโดยเฉพาะความรู้ที่เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพ และป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกหรือโรคอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับระบบอวัยวะสืบพันธุ์ สตรีควรจะรู้และเข้าใจโครงสร้างของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ในเบื้องต้นเสียก่อน การเรียนรู้จึงควรเริ่มต้นที่บิดา มารดาผู้ปกครอง และมาเสริมต่อสิ่งที่ถูกต้องด้านวิชาการในโรงเรียน ในบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขจึงควรใช้โปรแกรมสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ ประเพณีและวัฒนธรรมเพื่อการดูแลตนเองและดูแลบุตรที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถดูแลตนเองและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆได้ถูกต้อง เช่น ใช้โปรแกรมการเข้าค่ายสตรีที่มีบุตรสาววัยรุ่นในช่วงปิดเทอม

3. จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์อายุน้อยกว่า 20 ปีมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่ำ จึงควรเน้นการศึกษาประชาสัมพันธ์กับสตรีในวัยเรียนระดับมัธยมศึกษา การจัดการเรียนการสอนในสถานศึกษาเกี่ยวกับเพศศึกษา ควรเป็นหลักสูตรที่เพิ่มเนื้อหาสาระ เรื่องภาวะเสี่ยงต่างๆที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์อันก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

4. จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า ระยะเวลาการกินยาคุมกำเนิดมากกว่า 5 ปี มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่ำร้อยละ 40.0 จึงขอเสนอแนะว่า การให้บริการคุมกำเนิดในสถานบริการ ควรจะมีกิจกรรมทางสุขภาพให้ความรู้แก่สตรีที่มารับบริการเรื่อง พฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

5. ภาครัฐควรมีนโยบายเพิ่มกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดำเนินการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในกลุ่มดังนี้

- 5.1 สตรีที่ผ่านการคลอดบุตรหลายครั้ง
- 5.2 สตรีที่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 5.3 สตรีที่มีสามีมีคู่นอนหลายคน
- 5.4 สตรีที่มีคู่นอนหลายคน
- 5.5 สตรีที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจากโรคเอดส์

ด้วยเหตุที่ว่า จากการหาความสัมพันธ์ พบว่าสตรีกลุ่มดังกล่าวมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิดี แต่พฤติกรรมมารับการตรวจPap smear ไม่ดี จากการรายงานของสถาบันมะเร็งทำให้ทราบว่า การติดเชื้อ HPV อันเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูก จากการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 80 จะมีการติดเชื้อโดยไม่มียารักษาโรค การตรวจคัดกรองโดยการทำ Pap smear จึงจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับสตรีกลุ่มดังกล่าว

5. ทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และจากข้อมูลประสบการณ์การตรวจPap smear สูงกว่าการรับการตรวจ Pap smear ในปีพ.ศ.2550 แสดงว่ามาตรการ วิธีการดำเนินงานในปี 2550 ยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ฉะนั้นในปีพ.ศ.2551 เป็นต้นไป สถานบริการสาธารณสุขต้องจัดองค์ประกอบด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมให้เข้าถึงกลุ่มสตรี โดยการพัฒนาระบบบริการ ตั้งแต่เพิ่มศักยภาพให้แก่บุคลากร สนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ สถานที่ เพื่อให้บริการตรวจคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว ควรสร้างเครือข่ายการประชาสัมพันธ์ให้กระจายไปให้ทั่วถึงทุกชุมชนเช่นสร้าง แกนนำสตรี แกนนำเยาวชน เพื่อเป็นแกนนำในการสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์แก่สตรีในชุมชน

6. จากการนำตัวแปรมาร่วมทำนายทำให้ทราบว่า การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้องในอำเภอเมือง จังหวัด

สมุทรสงคราม ต้องคำนึงถึงการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนของสตรี รวมถึงการให้ความรู้ที่ถูกต้องซึ่งจะช่วยส่งผลต่อพฤติกรรมที่ถูกต้อง ต่อไป

7. สถานบริการควรมีการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการตรวจPap smear ตั้งแต่ผู้ให้บริการ เทคนิคการทำPap smear ที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เพื่อจะได้ผลที่ถูกต้องแม่นยำเนื่องจากตามนโยบายแล้วสตรีจะได้รับการตรวจ 5 ปี ต่อ 1 ครั้ง หากเกิดความผิดพลาดในขั้นตอนการให้บริการตรวจ Pap smear สตรีที่มีปัจจัยเสี่ยงจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องในระดับปฐมภูมิอาจเสียโอกาสการได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เนื่องจากรอยของโรคจากเชื้อ HPV มีโอกาสกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกได้โดยใช้เวลาประมาณ 13 ปี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ ที่ส่งผลต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเสี่ยงต่างๆเช่น นักเรียน นักศึกษา กลุ่มที่รับบริการวางแผนครอบครัวเป็นเวลานานๆ
2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก
3. ควรขยายผลการศึกษาโดยใช้ผลของการตรวจPap smear มาเป็นตัวแปรในการศึกษาวิจัย

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2545. คู่มือสำหรับพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คนไข้ และญาติคนไข้. แหล่งที่มา:

<http://www.dms.moph.go.th/dms/index.php>, 30 เมษายน 2550.

กระทรวงสาธารณสุข. 2544. ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข ปี2543-2544.

บริษัทอัลฟา รีเสิร์ช จำกัด, กรุงเทพฯ.

กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2550. โครงสร้างอวัยวะสืบพันธุ์

สตรี. แหล่งที่มา: <http://rh.anamai.moph.go.th/cancer.html>, 30 เมษายน 2550.

จุฑพล ศรีสมบูรณ์. 2550. การตัดสินใจรักษามะเร็งปากมดลูก. แหล่งที่มา:

http://www.rtcog.or.th/journal_no4.html#08, 30 เมษายน 2550.

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, พัทรี ศรีสังข์, พชรินทร์ ขวัญชัย, ลาวัณย์ รัตนเสถียร. 2545

ความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมป้องกันการมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัด

นครนายก. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. กรุงเทพฯ.

เจษฎา ศรีงาม. 2547. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอท่าเรือ

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เฉลิมพล ต้นสกุล . 2541. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข . พิมพ์ครั้งที่2. ห้างหุ้นส่วน

สามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์, กรุงเทพฯ.

ชาญชัย เรืองขจร. 2543. เอกสารการสอนวิชาหลักและวิธีการสุศึกษา. ภาควิชา

วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.

ธิดาทิพย์ ชัยศรี . 2541 . การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด

ไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2540. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่7. โรงพิมพ์
และทำปกเจริญผล, กรุงเทพฯ.

_____. 2543. สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่1. โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์,
กรุงเทพฯ.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2541. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์. หน่วยที่9 - 15. พิมพ์
ครั้งที่5. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

บุญเรียง ขจรศิลป์. 2542. สถิติวิจัย1. พิมพ์ครั้งที่7. ห้างหุ้นส่วนจำกัดพี.เอ็น การพิมพ์,
กรุงเทพฯ.

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. 2541. ภาเถเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่1. โรงพิมพ์สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.

ประดับ ทองใส. 2541. พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ทำงานในโรงงาน
อุตสาหกรรมในเขตปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527. พฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่1-7.
วิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. ห้างหุ้นส่วนจำกัดสัมพันธ์พาณิชย์
กรุงเทพฯ.

_____. 2539. พฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา. หน่วยที่1-7. สาขาวิชา
วิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

ปาริย์ จันทร์เพ็ง. 2541. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรใน
ภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรทิพย์ ทักนิม. 2541. พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของหญิงอาชีพพิเศษในแหล่ง
ท่องเที่ยวเมืองพัทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรณี ส่งสาย. 2541. พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของหญิงอาชีพพิเศษใน
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2537. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิต. พิมพ์ครั้งที่14. อักษรพิทยา, กรุงเทพฯ.

วสุธาร ศรีนพรัตน์. 2534. วิจัยในงานส่งเสริมการเกษตร. เอส บี พรินต์กรุป, กรุงเทพฯ.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
โดยวิธี PAP SMEAR. พิมพ์ครั้งที่1. บริษัทสยามออฟเซต จำกัด, กรุงเทพฯ.

_____. 2549. แผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมใน
ประเทศไทย. บริษัทไร่ไทย เพรส จำกัด, กรุงเทพฯ.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 . การพยาบาลทางอายุรศาสตร์. เล่มที่2. พิมพ์ครั้งที่10. ภาควิชา
พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์. โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. 2549. ผลการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวง
สาธารณสุข. แหล่งที่มา:
<http://203.157.155.9/skmo/files/report/planmoph.htm> , 30 เมษายน 2550.

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สำนักตรวจและประเมินผล . 2550. แผนการตรวจ
ราชการและประเมินงาน. กรุงเทพฯ.

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2547. แนวทางเวชปฏิบัติการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูก.
กรุงเทพฯ.

สิน พันธุ์พินิจ. 2547. เทคนิคการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่1. บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด,
กรุงเทพฯ

สุวิมล ตรีภานันท์. 2546. การใช้สถิติในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

เสรี ราชโรจน์. 2537. หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. เอกสารการ
สอนชุดวิชาการบริหารและจัดการการวัดและประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 3.
มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.

โสภิตา คำทอง. 2544. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก
ในสตรีที่แต่งงานแล้วในจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อรศรี สุวิมล. 2544. การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี
อำเภอปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท , มหาวิทยาลัยมหิดล.

Becker, M.H. 1974. **The Health Belief Model and Sick-Role Behavior** . Health
Education Monographs. Available Source:
<http://www.etr.org/recapp/theories/hbm/> 30/04/2007

_____. 1975. Socaiobehavioral determinant of Compliance with Health and medical care
recommendations. **Medical Care.**(1975) :10-24.

Bloom, B.S. 1985. **The Experience of Research.** Collier.Macmillan Publishers, London.

Eddy,D. 1986. as described in Miller. **Cervical Cancer Screening Programmes.** Managerial
Guidelines Geneva: WHO. 1992.

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)

Miller, A.B. 1992. **Cervical Cancer Screening Programmes .** Managerial Guidelines Geneva: WHO. 1992.

Orem, D.E. 1985. **Nursing: Concepts of Practice.** 4th ed. Missouri: Mosby Year Book, New York.

Park, S.M. 2002. Relationship between the Intention to Report a Papanicolaou Smear Test and Affective Response to a Previous Test Among Korean Women . **Cancer Nursing.** Available Source: <http://www.cancernursingonline.com/pt/>. 30/04/2007

Pender, N.J. 1987. **Health Promotion in Nursing Practice.** 3rd. Norwalk: Appleton and Lange.

Rosenstock, I.M. 1974. **Historical Origins of the Health belief model in the health belief model and personal health behavior.** pp. 1-4 Edited by M.H Becker. New Jersey . Charles B Slack, Inc.

Walker, S.N. , M.J. Kerr. , N.S. Denderand and K.R Sechrist. 1990. **“Spanish Language Version of The Health Promotion Lifestyle Profile”.** Nursing Research. 39(5)

WHO. 1996. **Cancer pain relief with a Guide to opioid availability.** 2nd ed Geneva.

Yamane, T. 1973. **Statistic : An Introductory.** Harper International Edition, Tokyo.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. นายชาญชัย รอดผล

นักวิชาการสาธารณสุข 9 ด้านส่งเสริมพัฒนา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

2. ดร.สมหมาย คชนาม

นักวิชาการสาธารณสุข 7

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

3. นางอรมน์ สุวรรณประดิษฐ์

นักวิชาการสาธารณสุข 8 หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

4. นางกษมา สุขสวนนท์

นักวิชาการสาธารณสุข 7 กลุ่มงานสุขศึกษา

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าสมุทรสงคราม

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรสงคราม ข้อมูลที่รวบรวมได้จะนำเสนอเป็นภาพรวมโดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน จึงขอความกรุณาท่านโปรดให้ข้อมูลตามความเป็นจริงอย่างครบถ้วน

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

โปรดอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนให้เข้าใจก่อนตอบ ความร่วมมือของท่านในครั้งนี้จะมีคุณค่าและมีประโยชน์อย่างยิ่ง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษา จะเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนางานส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรี เพื่อให้สตรีมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้องต่อไป

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ ที่ให้ความกรุณาเสียสละเวลา ในการตอบแบบสอบถามนี้

นางจำปี ช่างวัฒนา

นิสิตปริญญาโทสาขาสุขศึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความและเติมข้อความที่ตรงกับความจริง
เกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด ในช่องว่าง
ที่อยู่ หมู่ที่.....ตำบล.....

1.ปัจจุบันท่านมีอายุ

- | | |
|--|---|
| ☐ 35 ปี (พ.ศ.2515) | ☐ 40 ปี (พ.ศ.2510) |
| ☐ 45 ปี (พ.ศ.2505) | ☐ 50 ปี (พ.ศ.2500) |
| ☐ 55 ปี (พ.ศ.22495) | ☐ 60 ปี (พ.ศ.2490) |

2.ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด

- | | |
|---|---|
| ☐ ไม่ได้เรียน | ☐ ประถมศึกษา |
| ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น | ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. |
| ☐ อนุปริญญา/ปวส. | ☐ ปริญญาตรี |
| ☐ สูงกว่าปริญญาตรี | |

3.ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ (อาชีพหลักที่นำมาซึ่งรายได้)

- | | |
|---|---|
| ☐ ทำสวน | ☐ รับจ้างทั่วไป |
| ☐ รับจ้างในโรงงาน | ☐ ค้าขาย |
| ☐ แม่บ้าน | ☐ ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ |
| ☐ อื่นๆ(ระบุ)..... | |

4.ท่านมีรายได้โดยเฉลี่ยก่อนหักค่าใช้จ่าย.....บาทต่อเดือน

5.สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน (ถ้าโสดข้ามไปตอบข้อ 14)

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ โสด | ☐ คู่ |
| ☐ หม้าย | ☐ หย่า/แยก |

6.สามีท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส

- | | |
|---------------------------------|------------------------------|
| ☐ ไม่เคย | ☐ เคย |
|---------------------------------|------------------------------|

7.ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส

☐ ไม่เคย

☐ เคย

8.ท่านมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี

9.ท่านเคยผ่านการคลอดบุตร.....ครั้ง

10.ท่านมีประวัติการแท้งบุตร

☐ ไม่มี

☐ มี.....ครั้ง

11.ท่านเคยคุมกำเนิดด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1) ยาเม็ดคุมกำเนิด ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระยะเวลา.....ปี

2) ขาหนีดคุมกำเนิด ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระยะเวลา.....ปี

3) ถุงยางอนามัย ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระยะเวลา.....ปี

4) ใส่ห่วง ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระยะเวลา.....ปี

5) ทำหมัน ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระยะเวลา.....ปี

12.ท่านเคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย ระบุ...(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ☐ หูดข้าวสุก 2. ☐ แผลริมอ่อน

3. ☐ หูดหงอนไก่ 4. ☐ กามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ

5. ☐ ซิฟิลิส 6. ☐ กามโรคของต่อมหรือท่อน้ำเหลือง

7. ☐ เริม 8. ☐ พยาธิในช่องคลอด

9. ☐ หนองใน 10. ☐ เชื้อราในช่องคลอด

11. ☐ หนองในเทียม 12. ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

13.สามีท่านเคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย ระบุ...(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1.☐ หูดข้าวสุก

2.☐ แผลริมอ่อน

3.☐ หูดหงอนไก่

4.☐ กามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ

5.☐ ซิฟิลิส

6.☐ กามโรคของต่อมหรือท่อน้ำเหลือง

7.☐ เริม

8.☐ หนองใน

9.☐ หนองในเทียม 10.☐ อื่นๆ(ระบุ).....

14.ท่านเคยตรวจมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย

15.ปี 2550 ท่านตรวจมะเร็งปากมดลูกหรือยัง

☐ ยัง

☐ ตรวจแล้ว

16.ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

☐ ไม่สูบ

☐ สูบ

17.ท่านมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจากโรคเอดส์หรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี

18.ท่านได้รับยากดภูมิคุ้มกันอยู่หรือไม่

☐ ไม่ได้รับ

☐ ได้รับ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องความคิดเห็นโดยเลือกตอบเพียงช่องเดียว

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1.โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก			
2.ปากมดลูกคือส่วนที่ต่ำที่สุดของมดลูกซึ่งยื่นออกมาอยู่ในช่องคลอด			
3.มดลูกของสตรีจะอยู่นอกอุ้งเชิงกราน			
4.การติดเชื้อไวรัสหูดหงอนไก่ทำให้มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้ง่าย			
5.สตรีที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นเวลานานมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก			
6.สตรีที่แต่งงานเมื่ออายุน้อยมีโอกาเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่แต่งงานอายุมาก			
7.สตรีที่มีบุตรหลายคนมีโอกาเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าสตรีที่ไม่มีบุตร			
8.สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคนมีโอกาเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูง			
9.การสูบบุหรี่เป็นประจำติดต่อกันเป็นเวลานานไม่มีผลต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก			
10.การผ่านการคลอดหลายครั้งไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก			
11.สตรีควรตรวจมะเร็งปากมดลูกต่อเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออกกะปริดกะปรอย			
12.เวลาที่เหมาะที่สุดในการไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกคือขณะมีประจำเดือน			
13.การไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกไปตรวจเมื่อใดก็ได้ไม่ต้องรอให้มีอาการผิดปกติ			
14.การเตรียมตัวไปตรวจมะเร็งปากมดลูกต้องงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์และ เว้นการล้างช่องคลอดอย่างน้อย 24 ชั่วโมง			
15.การใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาเป็นการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกวิธีหนึ่ง			
16.การมีเลือดออกหลังวัยหมดประจำเดือนเป็นอาการปกติของสตรีทั่วไป			

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
17.อาการอย่างหนึ่งของโรคมะเร็งปากมดลูกคือมีตกขาวปนเลือด มีน้ำออกปนเลือด			
18.โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้			
19.การผ่าตัดเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก			
20.การฉายแสงเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก			

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดโดยเลือกตอบตาม เกณฑ์ต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อท่านมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดอย่างไร กับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดไม่ตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค					
1.สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีทั่วไป					
2.การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เช่นหนองใน หูดหงอนไก่ เริม บริเวณอวัยวะเพศ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					
3.การมีคู่นอนหลายคนมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
4.สตรีที่ผ่านการตั้งครรภ์และการคลอดหลายครั้งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					
5.การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					
6.สตรีที่ไม่เคยรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					
7.สตรีที่แต่งงานกับชายที่มีคู่นอนหลายคนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					
8.สตรีที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่ไม่สูบบุหรี่					
9.ขณะนี้ท่านคิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					
10.สตรีที่มีฐานะยากจนมีโอกาสดเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่มีฐานะดี					
11.สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสดเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีทั่วไป					
<u>การรับรู้ความรุนแรงของโรค</u>					
12.โรคมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามสามารถคุกคามไปยังอวัยวะอื่นได้					
13.ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกจะพบกับปัญหาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ					
14.หากเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจะเป็นปัญหาต่อการใช้ชีวิตคู่และการมีเพศสัมพันธ์					
15.การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยรังสี จะมีผลต่อรังไข่ ทำให้เป็นหมัน หรือมีอาการของสตรีวัยหมดประจำเดือนซึ่งถือเป็นปัญหาใหญ่ของสตรี					
16.เมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้ครอบครัวขาดแรงงานและรายได้					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<u>การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว</u>					
17.การตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำจะช่วย ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก					
18.การไม่สูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีควันบุหรี่ มีส่วนช่วยป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก					
19.การมีเพศสัมพันธ์เฉพาะคู่นอนของตนเองเป็น การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก					
20.การสังเกตอาการผิดปกติเช่นตกขาว คัน มีเลือด หรือหนองออกทางช่องคลอด และรีบไปพบแพทย์ ของสตรีช่วยป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก					
21.การรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศมีส่วนช่วย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					
22.การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์มีส่วนช่วย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					
23.การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอทำ ให้ไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก					
<u>การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัว</u>					
24.ท่านรู้สึกกังวลเพราะไม่ทราบข้อควรปฏิบัติใน การเตรียมตัวไปตรวจมะเร็งปากมดลูก					
25.การตรวจมะเร็งปากมดลูกทำให้เกิดภาวะเครียด มากขึ้นเพราะกลัวที่จะรู้ว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งปาก มดลูก					
26.การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องน่าอาย					
27.การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกทำให้เสียเวลาใน การทำงาน ต้องลางาน					

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นที่ตรงกับความคิดเห็นที่เป็นข้อเท็จจริงของท่านโดยเลือกตอบตามเกณฑ์ต่อไปนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกลึกซึ้งตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกลึกซึ้งตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อท่านมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะมีความเชื่อหรือความรู้สึกลึกซึ้งอย่างไร กับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกลึกซึ้งไม่ตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกลึกซึ้งไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ปัจจัยเอื้อ					
1.ท่านสามารถไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกจากสถานบริการใกล้บ้านได้อย่างสะดวก					
2.สถานบริการใกล้บ้านท่านมีเครื่องมือ อุปกรณ์ การตรวจมะเร็งปากมดลูก ที่สะอาดปลอดภัย					
3.เจ้าหน้าที่ให้บริการตรวจด้วยทัศนียาอย่างดี					
4.ห้องตรวจมะเร็งปากมดลูกต้อง มีความสะอาด					
5.การตรวจมะเร็งปากมดลูกใช้เวลาไม่มาก					
6.เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ ตรวจมะเร็งปากมดลูกต้องเป็นผู้มีทักษะในการตรวจดีพอ					
7.สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปควรได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุก 5 ปี					
8.การตรวจมะเร็งปากมดลูกควรให้บริการฟรี					
9.การรณรงค์ให้สตรีมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกควรทำอย่างต่อเนื่องทุกปี					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ปัจจัยเสริม					
10.ท่านเคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจากบุคลากรทางการแพทย์					
11.ท่านเคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจากอาสาสมัครสาธารณสุข					
12.ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจากเอกสารและสื่อต่างๆ					
13.ท่านได้รับการกระตุ้นเตือนจากสามีเรื่องการดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศ					
14.ท่านได้รับการกระตุ้นเตือนจากสามีให้ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก					
15.ท่านได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆให้ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก					
16.ท่านได้รับการกระตุ้นเตือนจากเพื่อนหรือเพื่อนบ้านให้ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก					
17.ท่านได้รับการกระตุ้นเตือนจากอาสาสมัครสาธารณสุขให้ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก					
18.ท่านได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคลากรทางการแพทย์ให้ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก					
19.การที่บุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นการกระตุ้นให้ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก					
20.การมีเพื่อนหรือเพื่อนบ้านป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นการกระตุ้นให้ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก					

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคเริมปากมดลูก

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องการปฏิบัติที่ตรงกับการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติของท่านให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยเลือกตอบตามเกณฑ์ต่อไปนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	ในหนึ่งสัปดาห์ปฏิบัติ 6-7 วันหรือทุกครั้งที่มีเหตุการณ์
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	ในหนึ่งสัปดาห์ปฏิบัติ 4-5 วันหรือเกือบทุกครั้งที่มีเหตุการณ์
บางครั้ง	หมายถึง	ในหนึ่งสัปดาห์ปฏิบัติ 2-3 วันหรือเป็นบางครั้งที่มีเหตุการณ์
น้อย	หมายถึง	ในหนึ่งสัปดาห์ปฏิบัติ 1 วันหรือน้อยครั้งมากที่มีเหตุการณ์
ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	การปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	ค่อนข้างบ่อย	บางครั้ง	น้อย	ไม่เคย
1. ท่านสูบบุหรี่					
2. ท่านหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีควันบุหรี่					
3. ท่านมีเพศสัมพันธ์เฉพาะสามีของท่าน					
4. ท่านมีคู่นอนหลายคน					
5. ท่านมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือน					
6. ท่านล้างทำความสะอาดอวัยวะเพศภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งทันที					
7. ท่านงดมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่ท่านหรือสามีมีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์					
8. ท่านงดมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่ท่านหรือสามีมีแผลบริเวณอวัยวะหรือทวารหนัก					
9. ท่านใช้มือล้างเข้าไปล้างในช่องคลอด					
10. ท่านสวนล้างภายในช่องคลอด					

ข้อความ	การปฏิบัติ				
	เป็นประจำ	ค่อนข้างบ่อย	บางครั้ง	น้อย	ไม่เคย
11.ท่านชำระล้างอวัยวะเพศด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ					
12.ท่านชำระล้างอวัยวะเพศภายนอกด้วยสบู่อ่อนๆและน้ำสะอาดทุกครั้งก่อนอาบน้ำ					
13.ท่านทำความสะอาดอวัยวะเพศทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ					
14.ท่านล้างอวัยวะเพศจากช่องคลอดไปทวารหนัก					
15.ท่านสังเกตความผิดปกติของผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศ					
16.ท่านสังเกตลักษณะของสิ่งที่ออกมาจากช่องคลอด					
17.ท่านไปพบแพทย์เมื่อสังเกตพบความผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์					
18.ท่านรับการตรวจค้นหาความผิดปกติของปากมดลูกด้วยวิธีแป็บสเมียอย่างน้อย 5 ปีครั้ง					

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ-นามสกุล	นางจำปี ยังวัฒนา
วัน เดือน ปี ที่เกิด	14 มีนาคม 2508
สถานที่เกิด	จังหวัดสมุทรสงคราม
ประวัติการศึกษา	พยาบาลเทคนิค วิทยาลัยพยาบาลนราธิวาส ปีการศึกษา 2529 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปีการศึกษา 2535 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปีการศึกษา 2537
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุข 7
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ฯ ตำบลบางขันแตก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม