



ใบรับรองวิทยานิพนธ์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

พลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก  
ของบุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลาง สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

Factors Affecting the Behaviors of Female Personnel for Pap Smear Services  
in Bangkok Metropolitan Administration General Hospital

นามผู้วิจัย นางสาวสุนิตย์ดา เทพศิริพันธุ์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

( รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

( รองศาสตราจารย์หฤยา อารีวงศ์, ค.ม.

หัวหน้าภาควิชา

( ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ มาลีหอม, ศศ.ม.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

( รองศาสตราจารย์กัญญา ชีระกุล, D.Agr.

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก  
ของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

Factors Affecting the Behaviors of Female Personnel for Pap Smear Services  
in Bangkok Metropolitan Administration General Hospital

โดย

นางสาวสุนิตย์ดา เทพศิริพันธุ์

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ศุนิย์ดา เทพศิริพันธุ์ 2555: ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการมารับบริการตรวจ  
มะเร็งปากมดลูก ของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รองศาสตราจารย์ สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม.  
107 หน้า

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม  
กรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง สำนักงานการแพทย์  
กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา คือ บุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง อายุ 5 ปีขึ้นไป  
ที่แต่งงานแล้วจำนวน 171 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้  
สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร  
มีพฤติกรรมกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้  
เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะคิดที่มีต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ตามแบบแผน  
ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข  
สิทธิการรักษาและ การขี้นโยบายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็ง  
ปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารและการ  
ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์  
กับพฤติกรรมกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

---

ลายมือชื่อนิสิต

---

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

Sunitta Tapsiripan 2012: Factors Affecting the Behaviors of Female Personnel for Pap Smear Services in Bangkok Metropolitan Administration General Hospital. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Supat Teravecharoenchai, M.Sc. 107 pages

The objectives of this descriptive research were to study Factors Affecting the Behavior of Female Personnel for Pap Smear Services in Bangkok Metropolitan Administration General Hospital. One hundred seventy-one of thirty-five years married Female Personnel in Bangkok Metropolitan Administration General Hospital were designed as the sample group. Data were collected by using questionnaire. Data analysis was carried out in terms of percentage, mean, standard deviation and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results were found as follows: Female Personnel Group in Bangkok Metropolitan Administration General Hospital have behaviors for pap smear services were at moderate level. Predisposing factors were the knowledge about cancer of cervix, Attitudes toward to pap smear services and perceived to planning of healthy were significantly correlated with the behaviors for pap smear at the level of .05. While enabling factors were the availability and ability to get public health services, the right to get the treatment and policy awareness were significantly correlated with the behaviors for pap smear services at the level of .01. Reinforcing factors were receiving information and getting social support from family, friends and medical personnel were significantly correlated with the behaviors for pap smear services at the level of .01.

---

Student's signature

---

Thesis Advisor's signature

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ จงกล แก่นเพิ่ม ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ลิสาน นิติธรรม ผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ หลุยอา อารีวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ พร้อมให้กำลังใจในการทำวิจัยตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์นายแพทย์มานิต ศรีประโมทย์ นายแพทย์ วิชัย ขวาลไพบูลย์ แพทย์หญิงชลธิศา ประสาทสกุลชัย นางสาวทัศนีย์ บุญมี นางสาว ลัดดา ทองมานะเสถียร ที่กรุณาให้คำแนะนำและปรึกษาในการสร้างและตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ พี่สาว ที่ให้กำลังใจตลอดมา ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโทสุศึกษา ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยงานผู้ช่วยนอกสูตินรีเวชกรรม ทุกท่านที่ช่วยเหลือให้กำลังใจและที่ขาดไม่ได้คือบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลางทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลกลางทุกท่านที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

ด้วยความดีหรือประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่บุพการี ครอบครัว คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและ สถาบันทุกแห่งตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบัน

สุนิตย์ดา เทพศิริพันธุ์

มีนาคม 2555

## สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(3)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
การตรวจเอกสาร	13
อุปกรณ์และวิธีการ	60
ผลและวิจารณ์	70
ผล	70
วิจารณ์	79
สรุปและข้อเสนอแนะ	82
สรุป	82
ข้อเสนอแนะ	84
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	86
ภาคผนวก	91
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ	92
ภาคผนวก ข แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	94
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	107

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ปัจจัยทางชีวสังคม	71
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับความรู้เรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก	73
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับทัศนคติต่อการตรวจ มะเร็งปากมดลูก	74
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับการรับรู้ตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	74
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับของปัจจัยเอื้อ	75
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับของปัจจัยเสริม	76
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับพฤติกรรมมารับ บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก	77
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมมารับบริการ ตรวจมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง	77
9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมมารับบริการ ตรวจมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง	78
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมมารับบริการ ตรวจมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง	78

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	การวิเคราะห์พฤติกรรม Health Belief Model	21
2	แสดงกระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework	26
3	แผนภูมิกรอบแนวคิดพื้นฐาน	28
4	โครงสร้างระบบอวัยวะสืบพันธุ์	31
5	ส่วนประกอบของมดลูกและอวัยวะใกล้เคียง	32
6	ลักษณะของเซลล์มะเร็งปากมดลูก	33
7	กรอบแนวคิดในการวิจัย	58

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิง  
โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

**Factors Affecting the Behaviors of Female Personnel for Pap Smear Services  
in Bangkok Metropolitan Administration General Hospital**

คำนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลก โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ จำนวน 466,000 ราย โดยอยู่ในประเทศพัฒนา 96,000 รายและในประเทศกำลังพัฒนา 370,000 ราย ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั้งหมดในโลกที่เสียชีวิต 231,000 ราย ต่อปี และมากกว่าร้อยละ 80 ที่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาเนื่องจาก ยังไม่มีโปรแกรมการตรวจคัดกรอง (Screening programs) ที่มีประสิทธิภาพดีพอในการตรวจหารอยโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็ง (Precancerous lesions) และการให้การรักษาก่อนกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (Invasive cancer) จากการคาดการณ์ มีสตรีในโลกที่เป็น High – grade dysplasia 7,000,000 ราย ที่ต้องทำการตรวจหาและรักษา จากการรายงานของ International Agency for Research On Cancer (IARC) ในปี พ.ศ. 2545 มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามรายใหม่ 493,243 ราย และตายปีละ 273,505 ราย และในอีก 5 ปี จะมีผู้ป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกอยู่ 1, 409,285 ราย ซึ่งจะต้องได้รับการรักษา (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548)

สำหรับประเทศไทย พบว่ามะเร็งปากมดลูก เป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของสตรีไทย จำนวน 6,228 ราย คิดเป็น 19.5 ต่อแสนประชากร โรคมะเร็งเต้านม 5,592 ราย 17.2 ต่อแสนประชากร ระยะที่พบส่วนใหญ่อยู่ในระยะลุกลาม มีอัตราอยู่รอด 5 ปี ประมาณร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยสะสม และมีผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่าที่ต้องทำการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องกว่า 60,000 รายทั่วประเทศ พบว่าเป็นชนิด Squamous Cell Carcinoma ร้อยละ 80-86 และเป็นชนิด Adenocarcinoma ร้อยละ 12- 19 ของโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น จากการมีผู้ป่วยรายใหม่ถึง 8,000 รายต่อปี ทางสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จึงให้เหตุผลของการรณรงค์ โครงการตรวจมะเร็งปากมดลูกให้ได้ผลในระยะเริ่มแรก และในระยะก่อนเป็นมะเร็ง

ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดและเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษามะเร็งในระยะลุกลามทำให้ลดอัตราการเกิด และตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไม่ใช่แค่การรักษาเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดความวิตกกังวลและเกิดความกลัว ความอายที่จะมาตรวจหามะเร็งปากมดลูก และยังคงมีความเชื่อว่ามะเร็งเป็นโรคร้ายรักษาไม่หายสุดท้ายก็ต้องตาย มีวิธีการรักษาที่ยุ้งยาก ไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยการผ่าตัด การฝังแร่ การฉายแสง หรือการให้เคมีบำบัด สำหรับการให้รังสีรักษาเนื่องจากตัวมะเร็งจะมีความไวต่อรังสีมากกว่าเนื้อเยื่อปกติ ทำให้การรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลดี ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยรังสีจะสามารถรักษามะเร็งปากมดลูกได้ทุกระยะซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน ค่าใช้จ่ายสูง มีผลแทรกซ้อนจากการรักษาในระยะยาว และยังมีปัญหาหรือผลกระทบทางด้านร่างกาย เนื่องจากมดลูกเป็นอวัยวะที่แสดงถึงความเป็นหญิง บางคนผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้ง 2 ข้างออกหมด ไม่สามารถมีบุตรได้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกซึมเศร้า ท้อแท้ ค้อยค่าในตัวเอง กลัวสามีทิ้งเพราะคิดว่าไม่มีอวัยวะเหล่านี้แล้วก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจอีก (จตุพล, 2549)

ปัญหาที่เกิดจากโรคมะเร็งมีใช่เป็น ปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเดียว แต่ยังเป็น ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม มากน้อยตามสถานการณ์ที่แตกต่างกันและมีความรุนแรงของวิกฤตการณ์จากโรคมะเร็งมากขึ้น เพราะอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งจะทวีขึ้นอันเนื่องมาจากปัญหาสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการบริโภคของมนุษย์ พฤติกรรมทางเพศ และการมีชีวิตที่ยาวนานขึ้นของประชากรทั่วโลกด้วย (ธีรพล, 2549)

โรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก จะไม่มีอาการใดๆที่ทำให้สตรีเสี่ยงต่อการเป็นโรค สตรีมักไม่เห็นความสำคัญต่อการป้องกันโรค ขาดความรู้ ขาดความสนใจในเรื่องของโรค ไม่ทราบสาเหตุของโรคว่ามีสาเหตุมาจากอะไรบ้าง โรคนี้พบในกลุ่มสตรีที่มีบุตรมาก และฐานะยากจน การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เมื่อมีอายุน้อยๆ รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน ซึ่งเห็นได้ชัดในโสเภณี ที่มีความเสี่ยงต่อโรคนี้อีก สตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์หรือ นักบวชหญิงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคนี้น้อย การสูบบุหรี่ก็ถูกพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็นเพราะสตรีที่มีการสำล่อนทางเพศมักจะสูบบุหรี่ จากข้อมูลต่างๆและผลการศึกษาต่างสอดคล้องกันว่าโรคนี้อาจมีลักษณะจำเพาะคล้ายคลึงกับโรคและพบว่าผู้ชายเป็นผู้นำโรคนี้อีก ก็มีผู้ศึกษาเช่นกัน โดยพบว่าผู้ชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก โอกาสที่ภรรยาใหม่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกมีสูง (สมบุญ, 2548)

ในปีพ.ศ. 2549 ผู้รับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลกลาง มีทั้งวัยรุ่น วัยเจริญพันธุ์ วัยผู้ใหญ่หรือวัยผู้สูงอายุ จำนวน 409 คน พบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกจำนวน 4 ราย ที่มีอายุระหว่าง 35- 44 ปี ส่วนใหญ่มีสาเหตุจาก มีเลือดออกกะปริบกะปรอยทั้งเดือน ปวดท้องน้อย ตกขาวมีกลิ่น คัน ท้องแข็งนูนเป็นก้อนโต ในปีพ.ศ.2550 มีสตรีผู้รับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 412 คน พบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกจำนวน 3 ราย ที่มีอายุระหว่าง 35- 44 ปี ในปี พ.ศ. 2551 มีสตรีมารับบริการตรวจ จำนวน 396 ราย พบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก จำนวน 4 ราย ที่มีอายุระหว่าง 35 - 44 ปี (หน่วยงานผู้ป่วยนอกสูตินรีเวชกรรม , 2549) สตรีผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ไม่ค่อยสนใจตัวเอง อายุที่จะตรวจมะเร็งปากมดลูกกับ แพทย์ผู้ชาย ขาดความรู้ในเรื่องของโรค คิดว่าตัวเองไม่เป็นอะไร บางครั้งสตรีที่ถูกพบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกก็อยู่ในขั้นสุดท้ายแล้ว รักษาไม่หาย ยังคงความเสียหายให้ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ประเทศ อีกทั้งมีผลกระทบ และมีปัญหา อีกมากมายที่จะตามมา แต่มะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ หากสตรีทุกคนสนใจตัวเอง รักตัวเอง หมั่นศึกษาหาความรู้ และตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยปีละครั้ง (หน่วยงานผู้ป่วยนอก สูตินรีเวชกรรม, 2549)

ต่อมาในปีพ.ศ.2552 ทางโรงพยาบาลกลางได้รับนโยบายให้มีการรณรงค์โครงการตรวจ มะเร็งปากมดลูก จากกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 35- 60 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ พบว่าเชือบุคลิกปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติได้มากกว่าวัยอื่น ได้รับการคัดกรองตรวจมะเร็ง ปากมดลูก 1 ครั้ง ทุก 5 ปี (สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับ การดำเนินนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่ได้กำหนดไว้ (WHO, 1996)

ดังนั้นหน่วยงานผู้ป่วยนอกสูตินรีเวชกรรมจึงรับสนองนโยบายโครงการตรวจมะเร็ง ปากมดลูกของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลางขึ้นโดยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย เป็นบุคลากรหญิง ที่รับราชการ เป็นลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว เป็นพนักงานประกันสังคม ที่มีสิทธิการตรวจรักษา อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ตั้งงานแล้ว สาเหตุที่เลือกกลุ่มตัวอย่างสตรีที่ผ่านการแต่งงานมาแล้ว เพราะ มีความเสี่ยงในเรื่องของการได้รับหรือสัมผัสเชื้อโรคต่างๆจากสามี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งในปีพ .ศ. 2552 ได้เริ่มโครงการนี้ขึ้นเป็นปีแรก โดยมีบุคลากรกลุ่มเสี่ยงที่ เข้าร่วมโครงการ 257 ราย มารับบริการตรวจ 190 ราย พบว่าบุคลากรหญิงมีผลเป็น CIN II 1 ราย มีการอักเสบของปากมดลูก มีเชื้อราและตกขาวร่วมด้วย 99 ราย ผลปกติ 90 ราย (หน่วยงานผู้ป่วยนอกสูตินรีเวชกรรม, 2552)

ในปีพ.ศ. 2553 มีบุคลากรกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการ 299 ราย มารับบริการตรวจ 195 ราย พบว่าบุคลากรหญิงเป็นเนื้องอก 2 ราย เสียชีวิต 1 รายจากการเป็นมะเร็งปากมดลูก มีการอักเสบของปากมดลูก มีเชื้อราและมีตกขาวร่วมด้วย 102 ราย ผลปกติ 90 ราย (หน่วยงานผู้ป่วยนอก สูตินรีเวชกรรม, 2552- 2553)

จากผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก 2 ปีซ้อนมีอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก 1- 2 รายต่อปี มีความรุนแรงของโรค 1 รายต่อ 2 ปี ซึ่งถือว่ามากสำหรับบุคลากรหญิงกลุ่มเสี่ยง (หน่วยงานผู้ป่วยนอกสูตินรีเวชกรรม, 2552- 2553)

จากอุบัติการณ์และความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกที่พบในกลุ่มบุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และได้ศึกษาต่อยอดของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างต่อเนื่องถึงแม้ในปีพ.ศ. 2554 ไม่ได้ดำเนินโครงการตรวจมะเร็งปากมดลูก แต่ผู้วิจัยยังคงดำเนินการตรวจเอง ด้วยการโทรตามบุคลากรหญิงที่มีรายชื่อเดิมในปีพ.ศ. 2553 มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อลดความเสี่ยงการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ โดยการวินิจฉัยตรวจสอบพบตั้งแต่เริ่มแรก ลดการเสียชีวิตของบุคลากรหญิงจากมะเร็งปากมดลูก หันมาสนใจในเรื่องของการมารับบริการตรวจมากขึ้น ผู้วิจัยจึงทำการสำรวจเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการจัดบริการเพื่อเพิ่มอัตราการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ซึ่งจะส่งผลถึงการลดอัตราป่วยและตายด้วย มะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

## วัตถุประสงค์

### วัตถุประสงค์รวม

เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลาง สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาถึงประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้าซึ่งได้แก่ ความรู้เรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะคติที่มีต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ ความรุนแรงของโรค กับ พฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก
2. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมี การเข้าถึงสถานบริการ สิทธิ การรักษา และการรับรู้ นโยบายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลกลางกับพฤติกรรม มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก
3. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ กับพฤติกรรม มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

## ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัย และพัฒนาทางด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องต่อไป
2. หน่วยงานที่ให้สถานที่บริการตรวจ เกิดความพึงพอใจในด้านการบริการ และนำผลที่ได้จากการศึกษาไปปรับปรุงพัฒนาและวางแผนในด้านการให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกให้ดียิ่งๆขึ้นไป
3. ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเสนอกับผู้บริหารเพื่อพัฒนาดำเนินการจัดโครงการตามนโยบายที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ โดยเน้นการสร้างสุขภาพ มากกว่าการซ่อมสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีการวางแผนรณรงค์ให้บุคลากรหญิงรักตัวเอง โดยการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในครั้งต่อไป

## ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นบุคลากรหญิงกลุ่มเสี่ยงตามนโยบายของโรงพยาบาลกลางที่กำหนดกลุ่มเสี่ยงตามกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้สตรีกลุ่มอายุ 35- 60 ปี ควรตรวจมะเร็งปากมดลูกทุก 5 ปี ในวัยนี้เป็นวัยที่พบว่าเชื้อ HPV ปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติมากกว่าวัยอื่นๆ ดังนั้นจึงคัดเลือกบุคลากรหญิง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่แต่งงานแล้ว สมัครใจเข้าร่วมโครงการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2553 จำนวน 299 ราย ซึ่งในปี พ.ศ. 2554 ไม่ได้ทำโครงการตรวจมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากเป็นช่วงเปลี่ยนตำแหน่งผู้บริหาร ผู้ศึกษาจึงได้โทรตามบุคลากรกลุ่มเสี่ยงเดิมมารับบริการตรวจประจำปี โดยกำหนดระยะเวลาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ระหว่างเดือน เมษายน 2554 ถึง กุมภาพันธ์ 2555

## ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

### ตัวแปรอธิบาย (Descriptive Variables)

#### ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่

1. อายุ
2. การศึกษา
3. อาชีพ
4. สถานภาพสมรส
5. จำนวนบุตร

### ตัวแปรต้น (Independent Variables)

#### ปัจจัยนำ

1. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก
2. ทักษะต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่อง
  - 3.1 การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค
  - 3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

## ปัจจัยเอื้อ

1. การมีและการเข้าถึงสถานบริการทางด้านสาธารณสุข
2. สิทธิการรักษา
3. นโยบายหรือโครงการที่โรงพยาบาลจัดให้

## ปัจจัยเสริม

1. การได้รับข้อมูลข่าวสาร
2. การได้รับแรงสนับสนุนและการกระตุ้นเตือนจาก
  - 2.1 บุคคลในครอบครัว
  - 2.2 คนรอบข้าง
  - 2.3 บุคลากรทางการแพทย์

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ พฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก  
ของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูกประจำปี

## นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

เพื่อให้การศึกษาค้นคว้า มีความเข้าใจที่ถูกต้องและตรงกับผู้ทำการศึกษาจึงได้กำหนดคำนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องดังนี้

**ปัจจัยทางชีวสังคม** หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลของประชากรในการศึกษา ได้กำหนดคือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร

**ปัจจัยนำ** หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล อาจเป็นความพอใจ(Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ที่ได้มาจากการเรียนรู้(Education Experience) ซึ่งความพอใจนี้มีผลในการสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยโน้มน้าว ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ การรับรู้

**ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก** หมายถึง ความรู้ที่ครอบคลุมในเรื่องของความหมาย โครงสร้างของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี สาเหตุของการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยง การป้องกันโรค อาการและการรักษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

**ปากมดลูก** หมายถึง ส่วนปลายสุดของมดลูก ของอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง อยู่ระหว่างกระเพาะปัสสาวะด้านหน้าและลำไส้ด้านหลัง มีโพรงเปิดต่อไปยังช่องคลอด ซึ่งต่อกับอวัยวะเพศภายนอก

**มะเร็งปากมดลูก** หมายถึง เนื้องอกบริเวณปากมดลูก ที่ประกอบด้วยเซลล์ที่มีการแบ่งตัวสามารถลุกลามทำลายเนื้อเยื่อปกติ อวัยวะใกล้เคียง รวมทั้งสามารถลุกลามเข้าเส้นเลือด และน้ำเหลือง ทำให้เกิดการกระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลือง และอวัยวะต่างๆได้

**การตรวจมะเร็งปากมดลูก** หมายถึง การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการทำ Pap Smear

**ทัศนคติต่อการตรวจหามะเร็งปากมดลูก** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่มีทั้งผลดีและผลเสียในการตรวจหามะเร็งปากมดลูก

**การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก** หมายถึง ความรู้ที่นึกคิดต่อปัจจัยเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก ว่าเกิดจาก การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย เปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การแต่งงานเมื่ออายุยังน้อย การติดเชื้อเรื้อรังที่ปากช่องคลอด การมีสามีที่ผ่านการมีภรรยาที่เป็นมะเร็งปากมดลูก

**การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก** หมายถึง ความรู้ที่นึกคิดเกี่ยวกับอันตรายของมะเร็งปากมดลูกที่คุกคามสุขภาพที่เกิดจาก มะเร็งปากมดลูก พบในระยะลุกลามเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ใช้เวลานานในการรักษา ค่าใช้จ่ายสูง ทุกข์ทรมาน เจ็บปวด ขาดรายได้และแรงงาน เกิดอาการแทรกซ้อนได้

**ปัจจัยเอื้อ** หมายถึง สิ่งที่เป็นทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งลักษณะที่จะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วย ความสามารถที่จะใช้ทรัพยากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะทาง เวลา สิ่งสำคัญคือ การหา การเข้าถึงได้ง่ายในสิ่งจำเป็นที่ใช้ในการแสดงพฤติกรรม หรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นไปได้ง่ายขึ้น

**การมี และการเข้าถึงสถานบริการ** หมายถึง บุคลากรหญิงสามารถเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้โดยสะดวกในเรื่อง สถานที่ บุคลากร และเวลาที่ เอื้ออำนวยต่อการมารับบริการตรวจ

**สิทธิการรักษา** หมายถึง ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ บุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอื่นใดที่รัฐจัดให้ ตัวอย่างเช่น บุคคลที่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลจากรัฐ

**การรับรู้นโยบาย** หมายถึง บุคลากรหญิงทราบนโยบายของ โรงพยาบาลกลาง ที่ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี การทำ Pap smear

**ปัจจัยเสริม** หมายถึง การได้รับรางวัลหรือผลตอบแทนหรือการถูกลงโทษ ภายหลังจากที่ได้แสดงพฤติกรรมต่างๆออกมา ซึ่งสิ่งที่ได้รับอาจเป็นรางวัลหรือสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบบังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตามก็ได้ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มี อิทธิพลต่อตนเอง เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือสื่อมวลชน เป็นต้น

**การได้รับข้อมูลข่าวสาร** หมายถึง การที่สตรีได้รับข่าวสารเกี่ยวกับ ความรู้เรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก และ การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

**การกระตุ้นเตือน** หมายถึง การได้รับคำแนะนำในเรื่องพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจากบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และการติดตามด้วยการโทรศัพท์เตือนให้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกประจำปี

**การเจ็บป่วยด้วย โรคมะเร็งปากมดลูกของคนในครอบครัว และคนรอบข้าง** หมายถึง การรับรู้ รับทราบ ว่ามีการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของบุคคลในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง

**การสนับสนุนจากครอบครัว** หมายถึง การที่มีบุคคลภายในครอบครัว ญาติ พี่น้อง กระตุ้นหรือเตือนให้ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก

**บุคคลในครอบครัว** หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ในหลังคาเรือนเดียวกันหรือสมาชิกครอบครัว

**บุคคลรอบข้าง** หมายถึง บุคคลที่รู้จักใกล้ชิด ที่นอกเหนือจากบุคคลในครอบครัว เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน

**บุคลากรทางการแพทย์** หมายถึง แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข

**พฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก** หมายถึง การมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

**บุคลากรหญิง** หมายถึง สตรีอายุระหว่าง 35 ปี ขึ้นไปที่แต่งงานแล้ว อาชีพรับราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานประกันสังคม

**โรงพยาบาลกลาง** หมายถึง สถานพยาบาลที่ลักษณะเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัด สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นสถานที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแก่ประชาชนทั่วไป ตั้งอยู่ที่ 514 ถนนหลวง แขวงเทพศิรินทร์ เขตป้อมปราบ กรุงเทพมหานคร



## การตรวจเอกสาร

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นพื้นฐานและแนวทางในการวิจัย โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. บริบทของโรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก
  - 2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
  - 2.2 แนวคิดทฤษฎี PRECEDE Framework Model
  - 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง
  - 2.4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
3. ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. บริบทของโรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร (โรงพยาบาลกลาง, 2554)

ในประเทศไทยได้กำเนิดโรงพยาบาล ขึ้นเป็นครั้งแรกในปีพ.ศ. 2432 ส่วนใหญ่จะรักษาโรคทางกายทั่วไป ส่วนโรงพยาบาลเสียดิจิต หรือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยาในปัจจุบัน จะรักษาผู้ป่วยโรคทางจิต เมื่อบ้านเมืองเจริญขึ้นประชาชนอยู่กันอย่างแออัด ไม่มีการจัดระเบียบที่อยู่อาศัยทำให้เกิดโรคระบาดได้ง่าย ดังนั้นในวันที่ 16 พฤศจิกายน 2440 สมเด็จพระนางเจ้าเสาวภา ฝั่งศรีผู้สำเร็จราชการในพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้ประกาศพระราชกำหนดสุขาภิบาลขึ้นเพื่อป้องกันโรคภัยและความสะอาดของบ้านเมือง โดยได้แต่งตั้งนายแพทย์ พี.เอ. ในดิงเกลเป็นพนักงานแพทย์ใหญ่สุขาภิบาล ดูแลความสะอาดและป้องกันโรคภัยให้กับประชาชนและแต่งตั้งกัปตัน เขาคตอง เป็นนายช่างใหญ่สุขาภิบาล ตั้งแต่วันที่ 21 พฤศจิกายน 2440

หลังจากนั้น พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวได้อนุญาตให้ สร้างโรงพยาบาล สำหรับรักษาหญิงโสเภณี 24 พฤศจิกายน 2441 เพื่อป้องกันโรคติดต่อที่เกิดกับประชาชนขึ้นที่ หลังวัดพลับพลาไชย โดยเริ่มก่อสร้างเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2441 เมื่อสร้างเรือนโรงพยาบาลเสร็จ กรมสุขาภิบาล กระทรวงนครบาล ไม่มีงบประมาณในการดำเนินการต่อ โรงพยาบาลกรมพลตระเวน หรือโรงพยาบาลตำรวจในขณะนั้น ซึ่งมีเตียงรับผู้ป่วยเพียง 12 เตียงเท่านั้น ได้มาเช่าเรือน โรงพยาบาลที่จะใช้รักษาหญิงโสเภณีของกรมสุขาภิบาลซึ่ง ตอนนั้นยังไม่ได้เปิดให้บริการ ดังนั้นเรือนโรงพยาบาลแห่งนี้จึงได้ชื่อว่าโรงพยาบาลกรมพลตระเวน เปิดให้บริการแก่พลตระเวน และ ผู้ป่วยจากคดีต่างๆ ในวันที่ 7 กรกฎาคม 2443 โดยมีการเพิ่มเตียงรับผู้ป่วยเป็น 36 เตียง หลังจาก เปิดให้บริการ ปรากฏว่าไม่เพียงแก่พลตระเวนผู้ป่วยจากคดีต่างๆเท่านั้น แต่ยังมี พลเรือนมารับ การรักษาอีกด้วย จึงทำให้งบประมาณที่ได้จาก กระทรวงนครบาล ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ

ปัจจุบัน โรงพยาบาลกลางมีอายุครบ 113 ปี เป็นสถานที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วย สร้างเสริมสุขภาพอนามัยและป้องกันโรค ตลอดจนส่งเสริมสนับสนุน ค้นคว้าวิจัยทางการแพทย์ และปฏิบัติงานร่วมกับส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือได้รับมอบหมาย โดยได้มีการปรับปรุง พัฒนาการบริการให้ทันสมัย โดยเน้นบริการที่ดีเลิศ (Best Service) ตลอดจนปรับปรุงฟื้นฟู สภาพแวดล้อมและบรรยากาศทั้งภายในอาคารและรอบโรงพยาบาลให้ดีขึ้นเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ ผู้รับบริการ ตอบสนองนโยบายของรัฐ ในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชน อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยสร้างอาคารเอนกประสงค์ 20 ชั้น เพื่อทดแทนอาคารเก่า ด้วยเงิน งบประมาณ 780 ล้านบาท โดยได้รับพระราชทานชื่ออาคารแห่งนี้ว่า “อาคารอนุสรณ์ 100 ปี” ซึ่ง ปัจจุบันนี้มี 412 เตียง ตั้งอยู่ที่ 514 ถนน เสือป่า แขวงเทพศิรินทร์ เขตป้อมปราบ กรุงเทพมหานคร สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล อยู่ใจกลางเมืองของกรุงเทพมหานคร มีบุคลากรทั้งสิ้น 1,465 คน (เป็นชาย 415 คน เป็นหญิง 1,050 คน)

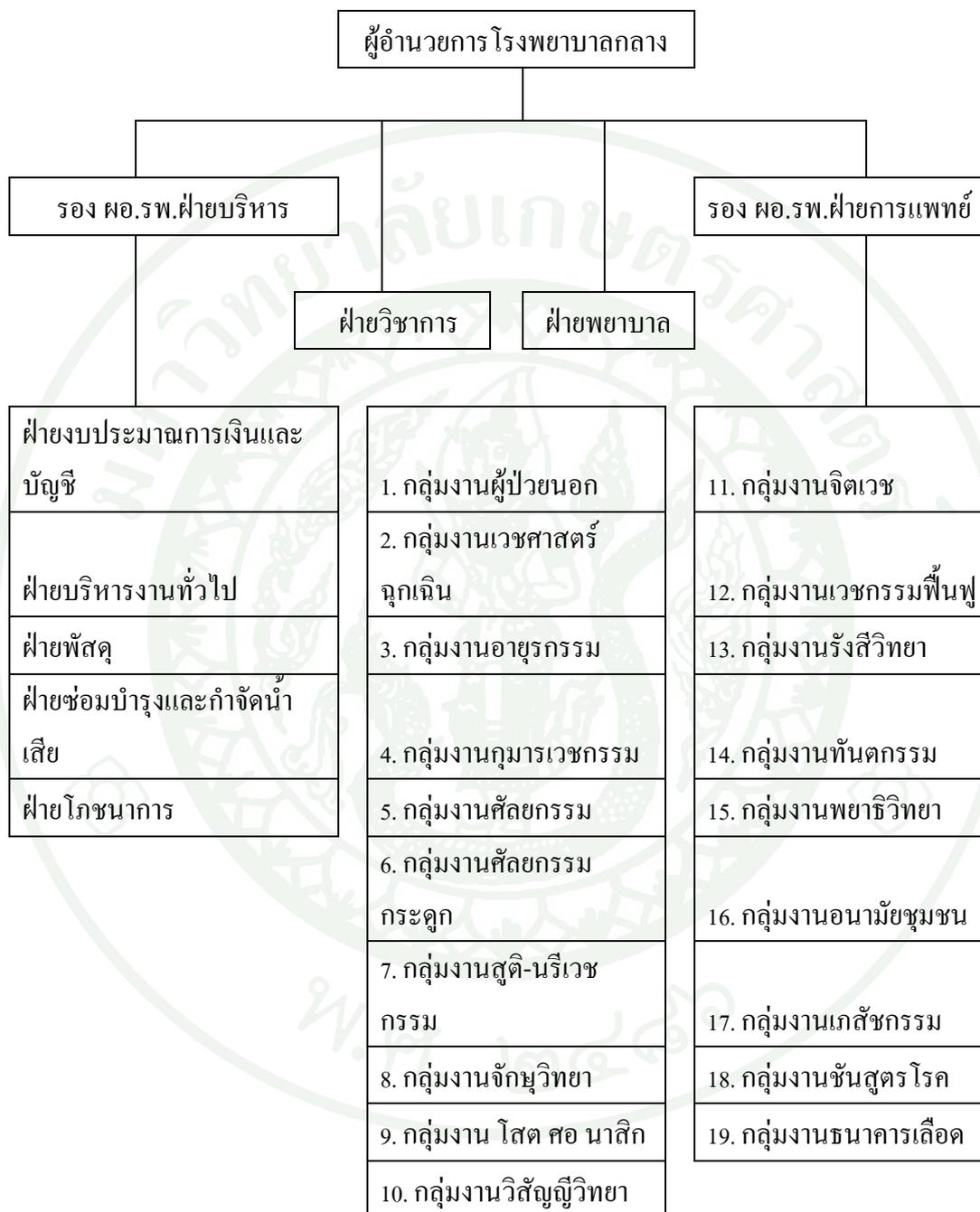
เป็นข้าราชการ 818 คน

ลูกจ้างประจำ 348 คน

ลูกจ้างชั่วคราว 145 คน

ลูกจ้างประกันสังคม 154 คน

## โครงสร้างโรงพยาบาลกลาง



วิสัยทัศน์

โรงพยาบาลกลางคุณภาพเพื่อประชาชน ทันสมัย ได้มาตรฐาน บริการประทับใจ

## พันธกิจ

โรงพยาบาลกลางมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านบริการทางการแพทย์พร้อมประสานเครือข่าย  
 อย่างเป็นระบบโดยยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง เครื่องมือทันสมัย ได้มาตรฐาน มีการพัฒนา  
 บุคลากรและกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

## ค่านิยม

ชื่อ	ค่านิยม	ความหมาย	Core Value
K	Keen	คนเก่ง ทีมเป็นเลิศรักองค์กร	คนทำงาน
L	Living Organization	ร่วมเรียนรู้ เอื้ออาทร องค์กรมีชีวิต	พาเรียนรู้
A	Attention	ใส่ใจสุขภาพผู้รับผลและคนทำงาน	ผู้รับผล
N	Novelty	สร้างสรรค์และพัฒนาต่อเนื่อง	การพัฒนา
G	Good Governance	เป็นระบบ โปร่งใส เป็นธรรม	ทิศทางการนำ

## นโยบาย

ด้านบริหาร พัฒนาให้เป็นระบบบริหารเชิงคุณภาพรวมทั้งองค์กร

ด้านบริการ ใช้นโยบายสนองตอบความต้องการของประชาชนผู้มารับบริการ

ด้านวิชาการ พัฒนาบุคคลให้มีศักยภาพสูงขึ้น เรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม จนเป็นองค์กรเรียนรู้

ขอบเขตบริการ (Scope of service) โรงพยาบาลกลางเป็นสถานพยาบาล ที่ให้บริการด้านต่างๆ ดังนี้

1. ให้บริการด้านการป้องกันโรค รักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. ให้บริการทางด้านวิชาการ เป็นสถานฝึกปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว นิสิตแพทย์ และนักศึกษาพยาบาล

โดยมีกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย

1. ประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด ประชาชนในเขต Catchments area ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. กลุ่มที่ใช้ 30 บาทรักษาทุกโรค
3. ผู้ประกันสังคมที่ลงทะเบียนไว้กับ โรงพยาบาล
4. ผู้ป่วยส่งต่อทั้งในระบบและนอกระบบ ที่มีเครือข่ายบริการในสังกัด กรุงเทพมหานคร

การบริการในโรงพยาบาล

1. การบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก คลินิกต่างๆ
2. การบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. การบริการผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล
4. บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย
5. การบริการของหน่วยสนับสนุนการรักษา (เช่น เอกซเรย์ lab หน่วยไตเทียม หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ฯลฯ)

6. การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารการบริการต่างๆ

7. การจัดสวัสดิการและ การอำนวยความสะดวก แก่ผู้มารับบริการ (เช่นที่จอดรถ การจัดหน่วย ดูแลรักษาความปลอดภัย การบริการน้ำดื่ม ห้องสุขา ป้ายบอกทาง ฯลฯ)

## 2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

พฤติกรรมเป็นการปฏิบัติของบุคคล เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆเช่น การตอบสนองในเรื่องของสุขภาพ ก็เรียกว่า พฤติกรรมสุขภาพ อาจมีทั้งทางบวกและ ทางลบ มีทั้งป้องกัน โรค และไม่ป้องกันโรค พฤติกรรมสุขภาพทางบวกก็คือ การกระทำของบุคคล ที่จุดมุ่งหมายเพื่อขัดขวางกระบวนการเกิดโรคหรือค้นหาโรครก่อนมีอาการของโรค การกระทำที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันโรค เช่น การมารับบริการตรวจเพื่อค้นหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ที่สถานบริการสาธารณสุข จากการประมวลเอกสารทางทฤษฎี พบว่า มีแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและสามารถอธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมได้ หลายแนวคิดทฤษฎี เช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กรอบวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม(PRECEDE Framework Model) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model) กรอบวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม(PRECEDE Framework Model) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง มาอธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมดังนี้

### 2.1 ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ทั้งปัจจัยภายใน ภายนอกและ ปัจจัยทางด้านสังคมวิทยา ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดว่า “การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) โรคนั้นต้องมีความรุนแรงต่อชีวิต (3) การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ลดโอกาสเสี่ยงและช่วยลดความรุนแรงของโรค ถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ และการปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น” ต่อมาได้มีผู้วิจัยนำแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับ แบบแผนความเชื่อด้าน

สุขภาพ เช่นการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ( Perceived Severity) หมายถึง การรู้หรือเข้าใจว่าคน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นมากน้อยเพียงใด จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับการบริการต่างๆของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยมีการรับรู้ปัจจัยหรือโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ด้วยการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อการวินิจฉัยของแพทย์และการรักษาได้ทันทีที่ตรวจพบ

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมา พบว่านอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ทางด้านสุขภาพ จึงได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่ พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค (Becker et al, 1977)

หลังจากนั้นแล้ว ยังได้มีการพัฒนาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) และปัจจัยอื่น ๆ ที่อยู่ในปัจจัยร่วม (Modifying Factors) รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior)

Becker อธิบายองค์ประกอบหลักของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน โรคและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยดังนี้ (Becker et al, 1977)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนของบุคคล ที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และแต่ละคนจะมีความเชื่อในระดับนี้ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลจึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพไม่เหมือนกัน

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเกิดโรคแทรกซ้อนหรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat)

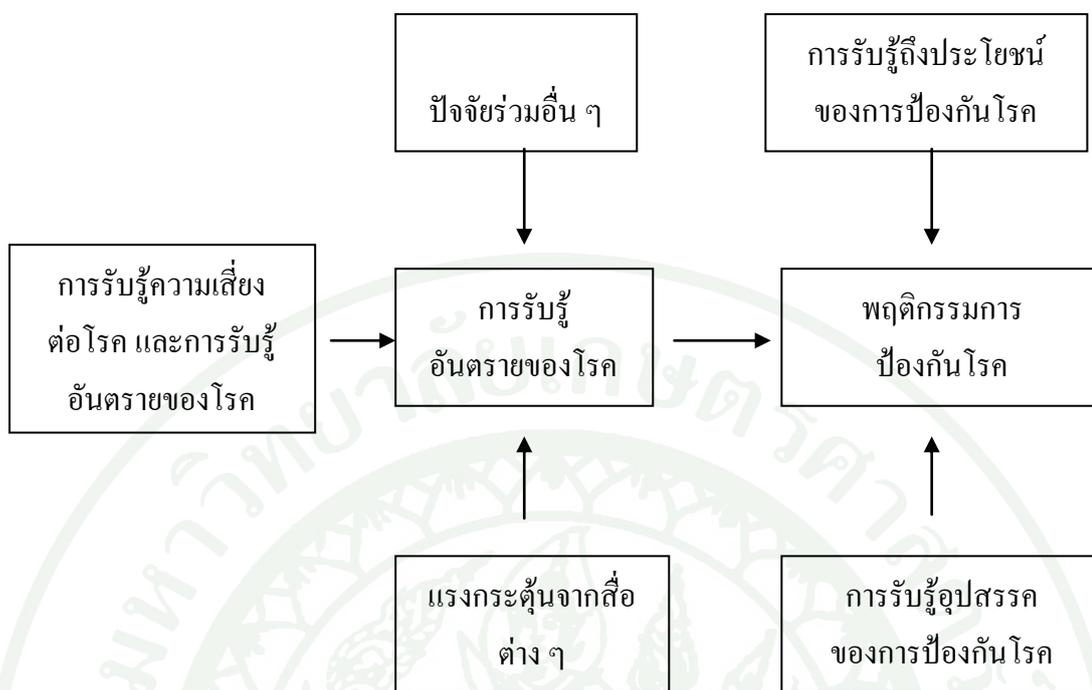
ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน (Perceived Benefits) หมายถึงการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลจากการตรวจพิเศษบางอย่าง ทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สบายหรือการปฏิบัติขัดกับอาชีพการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้ต่ออุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและใช้ทำนายพฤติกรรมให้ความร่วมมือ

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง อารมณ์หรือความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ และปฏิบัติกิจกรรม สิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือจากองค์ประกอบข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เผ่าพันธุ์ ของบุคคล ตัวแปรภูมิหลัง เช่น ความรู้เรื่องโรค ทักษะคิดต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อนและผลข้างเคียงของการรักษา ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง เป็นต้น



ภาพที่ 1 การวิเคราะห์พฤติกรรม Health Belief Model

ที่มา: Becker et al. (1977)

## 2.2 ทฤษฎี PRECEDE Framework Model

PRECEDE Framework เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพ โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาโดย Lawrence W. Green (1991) ที่มีแนวคิดว่า พฤติกรรมบุคคลที่มีสาเหตุมาจาก สหปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้น จะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่ง คือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้ว พิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล การวิเคราะห์ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 7 ขั้นตอน

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

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์ โดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากร กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนทำงาน ผู้ใช้แรงงาน หรือผู้บริโภค สิ่งที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนั้น

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

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะเป็นส่วนของปัญหาสังคม หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะเดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค และภาวะสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเกิดการกระจายของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสัมพันธ์ของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงาน สุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

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

จากปัจจัยปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น สาเหตุจากพันธุกรรมหรือสภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยกระบวนการสุขศึกษาจะให้ความสนใจ ประเด็นที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ

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

ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยในด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขศึกษา โดยในขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่ง ปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งในการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยโน้มน้าวได้แก่ ความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคม-เศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษาขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผน โครงการทางสุขภาพด้วย

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย

การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านมาทางประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมาเป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่างๆ แล้วความคิดร่วมกับประสบการณ์ที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องจริง ให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (อ้างถึงใน Green, 1991) ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ

1. ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือการได้รับเชื้อโรค เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของสุขภาพ หรืออยู่ในอันตราย
2. ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพในด้านของความเจ็บปวดทรมาน การเสียเวลา เสียเศรษฐกิจ

3. ความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องว่า จะคุ้มค่ามากกว่าราคา เวลา และสิ่งต่างๆ ที่ลงทุนไป เมื่อความเชื่อดังกล่าวแล้วจะทำให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม

ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญ ให้ความสนใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่บุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลชุมชนรวมทั้งลักษณะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ดีด้วย และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะเวลา นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญ ก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งจำเป็น ในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้ง่าย

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นอันเป็นผลจากการกระทำของตน สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของคำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่างๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ก็ได้

พฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของบุคคล เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวมาแล้ว คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ

จากปัจจัยทั้งสามดังกล่าว Green, L.W. and Kreuter, M.W., (1991) ได้นำมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทั้งสามกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นปัญหาเฉพาะเพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุทางพฤติกรรมกับปัจจัยดังกล่าว โดยในการวิเคราะห์จะกำหนดว่าสาเหตุทางพฤติกรรมควรเรียงลำดับตามความหมายดังต่อไปนี้

1. เป็นแรงจูงใจที่จะต้องกระทำให้ได้
2. การตัดแปลงหรือหาแหล่งทรัพยากรที่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นได้
3. เป็นปฏิกิริยาต่างๆ ที่บุคคลอื่นแสดงออกให้ทราบหลังจากพฤติกรรมนั้นแล้ว
4. ต้องมีการเสริมแรง และทำให้พฤติกรรมนั้นคงทนต่อไป
5. ในการเสริมแรงหรือการลงโทษของพฤติกรรมนั้น อาจมีผลกระทบถึงปัจจัยนำรวมทั้งปัจจัยเอื้อด้วยเช่นกัน

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

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านสุขศึกษามาใช้ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านข้างต้นด้วย เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพในที่สุด นอกจากนี้การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานหลายเทคนิค หลายกลวิธีด้านสุขศึกษาเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

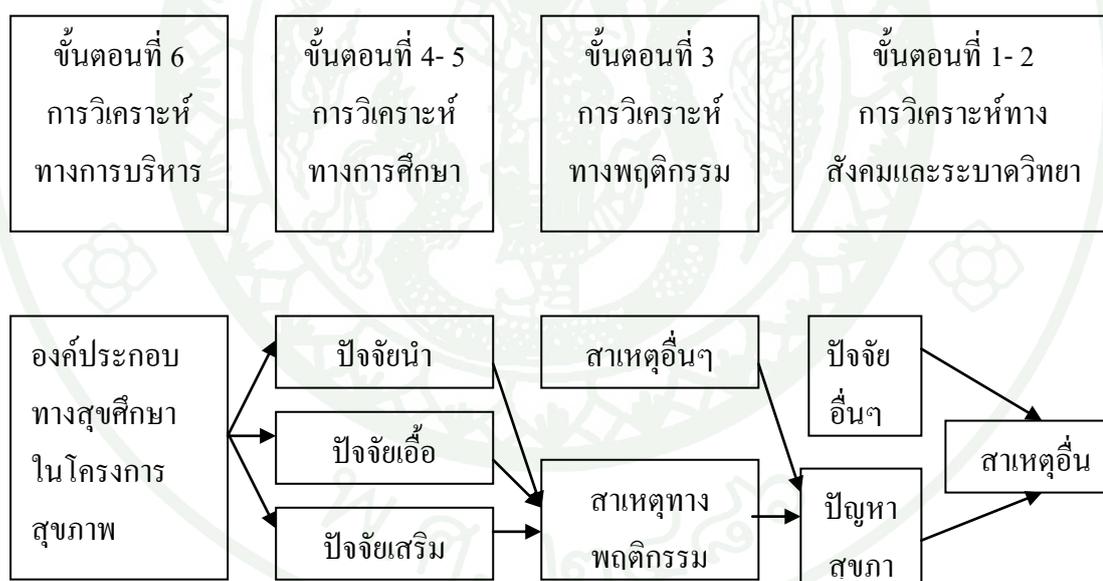
#### ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Phase: Administrative Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้จะเป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการบรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงข้าม คือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลาความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่นๆ ในองค์กร ดังนั้นใน

การวางแผนเพื่อดำเนินงานสุขศึกษาใดๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าในขั้นตอนอื่นๆ และจะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรม

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

ขั้นตอนนี้จะไม่มีแสดงในแผนภูมิ แต่จะมีปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยขั้นตอนนี้ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินผลและดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้วการประเมินผลใน PRECEDE Framework จะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินโครงการหรือโปรแกรมสุขศึกษา การประเมินผลกระทบของโครงการหรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุด คือ การประเมิน ผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว



ภาพที่ 2 แสดงกระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework 7 ขั้นตอน

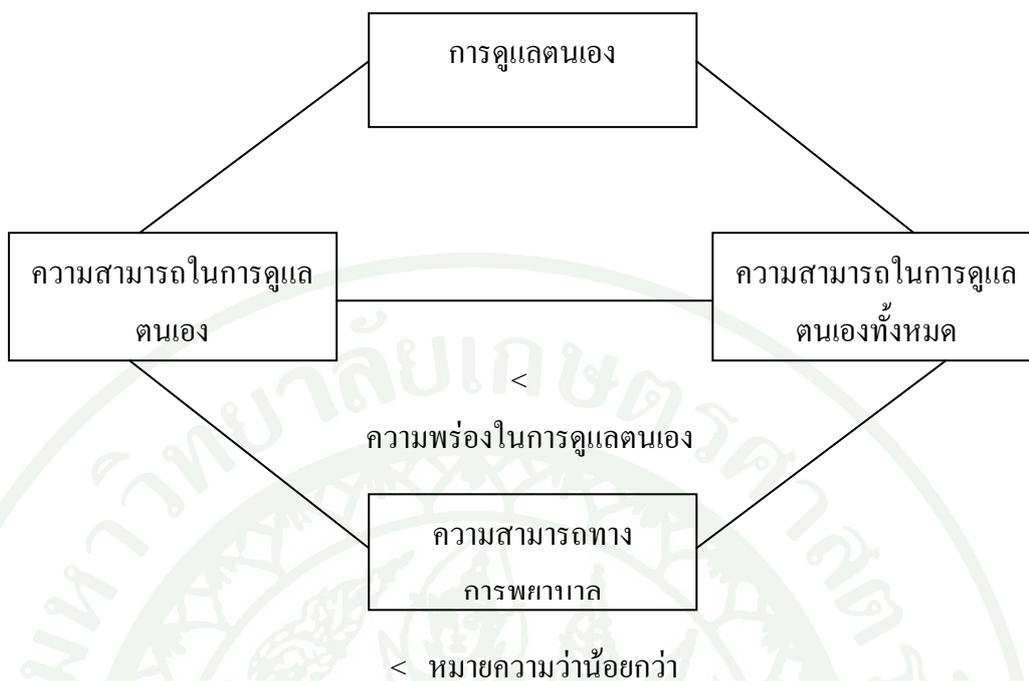
ที่มา: Green and Kreuter (1991)

### 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

Orem. (1985) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้ว่า การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและการทำงานด้วยตนเอง เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพและความผาสุกของตนเอง ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องดำเนินไปทั้งภาวะปกติและความเจ็บป่วย การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่จงใจกระทำ (Deliberate action) และมีจุดมุ่งหมายการดูแลตนเองดังนี้

1. ปรคับประคองกระบวนการมีชีวิตและ ส่งเสริมการทำงานหน้าที่ของร่างกายให้  
เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโตและพัฒนาการให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกันควบคุมการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ตลอดจนบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรค
4. ป้องกันหรือกำจัดความพิการที่อาจเกิดขึ้นหรือชดเชยความพิการที่อาจเกิดขึ้น
5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

Orem, (1985) ที่ปรึกษาและ ศาสตราจารย์ทางการพยาบาล ที่มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา และเป็นผู้ริเริ่มแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาใช้ในการพัฒนาทางการพยาบาลเป็นคนแรก ทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของ Orem ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ของ Orem นี้ได้นำมาใช้และได้รับการพัฒนาเรื่อยมาจนเป็นที่นิยมแพร่หลายมากทฤษฎีหนึ่ง ถือว่าสอดคล้องกับแนวคิดของการบริการสุขภาพในยุคปัจจุบันที่มุ่งให้ประชาชนได้พึ่งตัวเอง ดังปรากฏตามแผนภูมิตามภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แผนภูมิกรอบแนวคิดพื้นฐาน ของทฤษฎี Orem

ที่มา : Orem, (1985)

การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดสิ่งนั้นจะเป็นผลมาจากความเชื่อว่าวิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค หรือหายจากโรคนั้นการปฏิบัติตนในการป้องกันและรักษาโรคนั้นน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ (Rosenstock, 1974)

#### 2.4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีทางด้านสังคมวิทยา ซึ่งพบว่าการตัดสินใจส่วนใหญ่ของคน นั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลที่มีต่อตัวเรา แรงสนับสนุนจะมีบทบาทที่สำคัญต่อพฤติกรรมอนามัย สุขภาพของคน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตัว หลังได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข

แรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 4 แบบดังนี้

1. แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) ความห่วงใย ความพอใจ การยอมรับนับถือ
2. แรงสนับสนุนทางด้านการประเมินผล (Appraisal Support) เช่น มีการสนับสนุนการช่วยเหลือทั้งทางตรงและ ทางอ้อม การให้ข้อมูลย้อนกลับ
3. แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำแนะนำปรึกษา และ การให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ
4. แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrument Support) เช่น แรงงาน เงิน และเวลา

ได้มีผู้ให้คำจำกัดความและแนวคิดทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคมดังนี้

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มี คนรัก เข้าใจ มองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าตัวเราเองก็เป็นส่วนหนึ่งของสังคมเหมือนกัน

Kahh (1979) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายในเรื่องของพฤติกรรม การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Barera (1987) ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นความใกล้ชิด การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การให้ข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลย้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

### 3. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูก เป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ ถ้าได้รับการตรวจพบและการวินิจฉัยแต่ระยะแรกๆ เป็นมะเร็งที่พบบ่อยในสตรีไทย พบทั่วไปได้ในทุกภาค ส่วนมากเป็นระยะที่ลุกลามแล้ว เพราะไม่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกมักพบเนื่องจากการตรวจสุขภาพประจำปี ในสตรีควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการรักษาป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2550) ได้กล่าวไว้ว่า มะเร็งคือ โรคของเซลล์ของร่างกาย ซึ่งปกติเซลล์ของร่างกาย จะมีการเจริญเติบโตและ แบ่งตัวภายใต้การควบคุมของยีนส์ ทำให้เซลล์ของร่างกายเจริญเติบโต ถ้าเซลล์มีการแบ่งตัว และเจริญเติบโตผิดปกติรวดเร็วเป็นก้อนเรียกว่า เนื้องอก ซึ่งแบ่งเป็นชนิดธรรมดา (Benign) และชนิดร้ายแรง (Malignant)

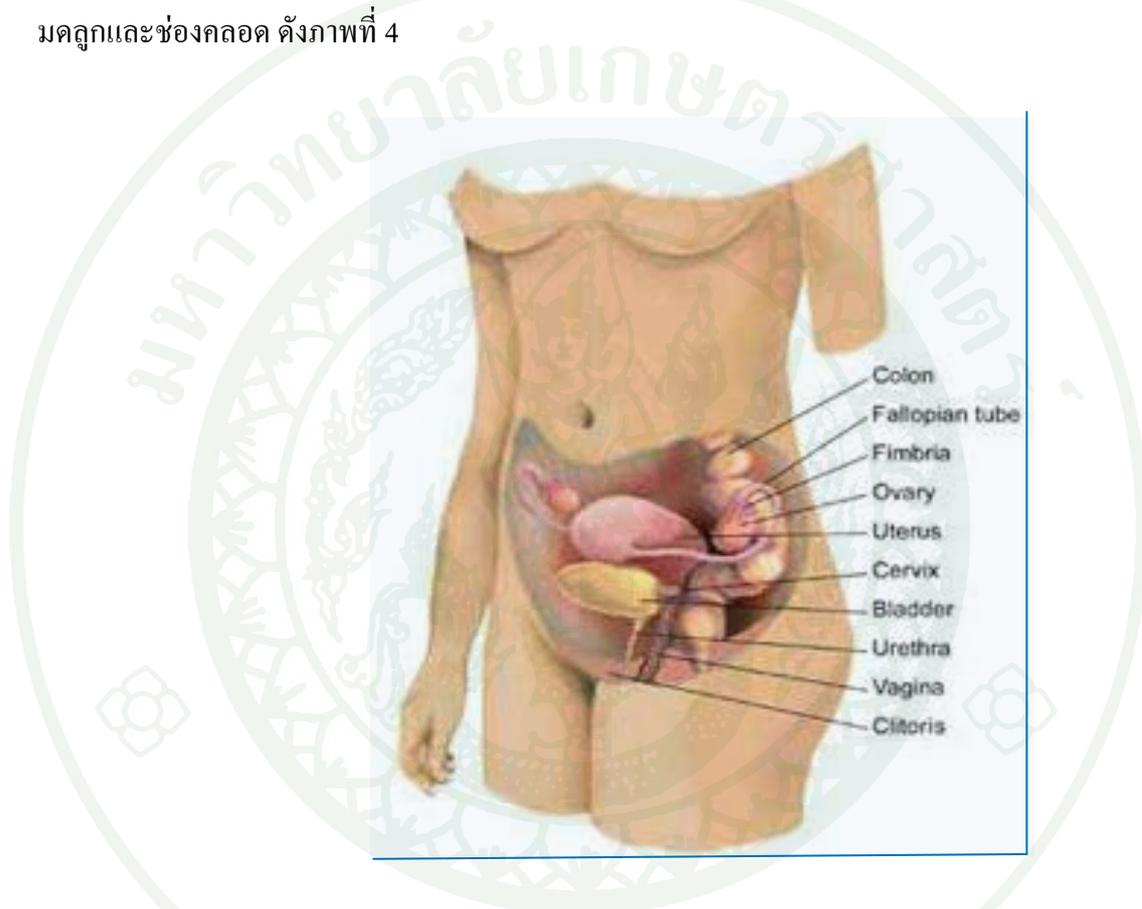
Benign tumor คือ เนื้องอกชนิดธรรมดา ที่ไม่ใช่มะเร็ง สามารถตัดออก และไม่กลับมาเป็นใหม่ และที่สำคัญไม่สามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น เช่น polyps, cyst, wart เป็นต้น

Malignant tumor คือเนื้องอกชนิดร้ายแรง โดยเซลล์จะแบ่งตัว ทำลายเนื้อเยื่อ และอวัยวะใกล้เคียงที่สำคัญ สามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ไกล โดยไปตามกระแสเลือดและน้ำเหลืองเรียกว่า Metastasis

มะเร็ง หมายถึง เนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เกิดขึ้นมาใหม่จากเนื้อ เยื่อปกติของร่างกายที่เจริญเติบโตนอกเหนือการควบคุมของร่างกาย และมีโทษต่อร่างกาย (นรินทร์, 2548)

โครงสร้างอวัยวะสืบพันธุ์สตรี(กองอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

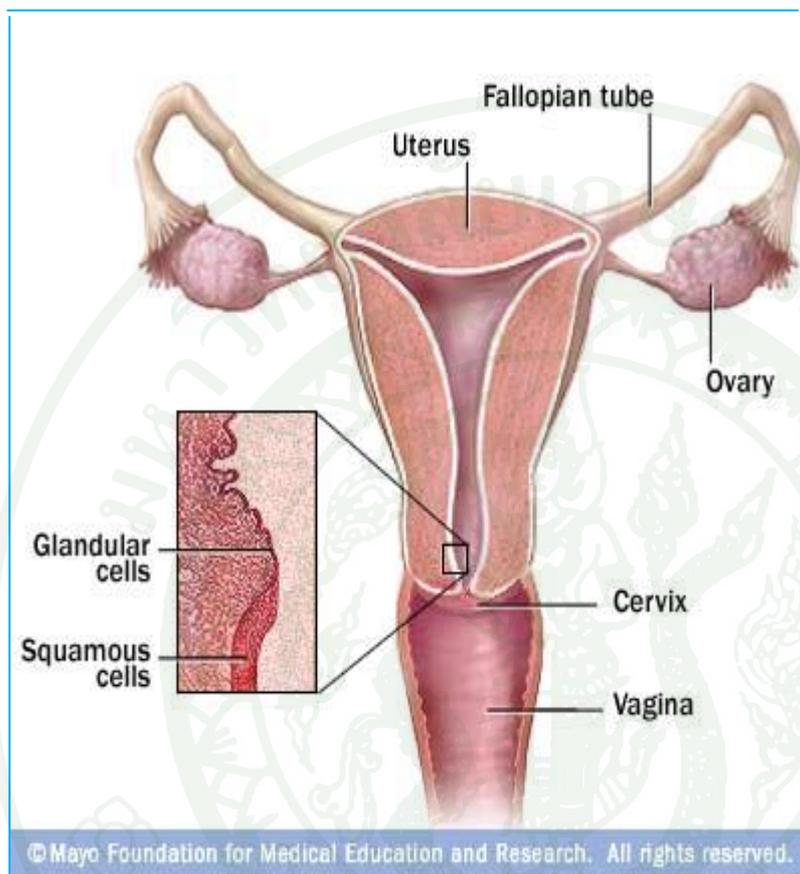
โครงสร้างระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรีประกอบด้วย รังไข่ (Ovary) ซึ่งต่อจากมดลูก โดยมีท่อนำไข่ (Fallopian tube) มดลูก (uterus) อยู่ระหว่างทวารหนัก (rectum) และกระเพาะปัสสาวะ (bladder) ซึ่งมดลูกจะอยู่ติดกับช่องคลอด (vagina) โดยมีปากมดลูก (cervix) เป็นทางติดต่อระหว่างมดลูกและช่องคลอด ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 โครงสร้างระบบอวัยวะสืบพันธุ์

ที่มา: กองอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2550)

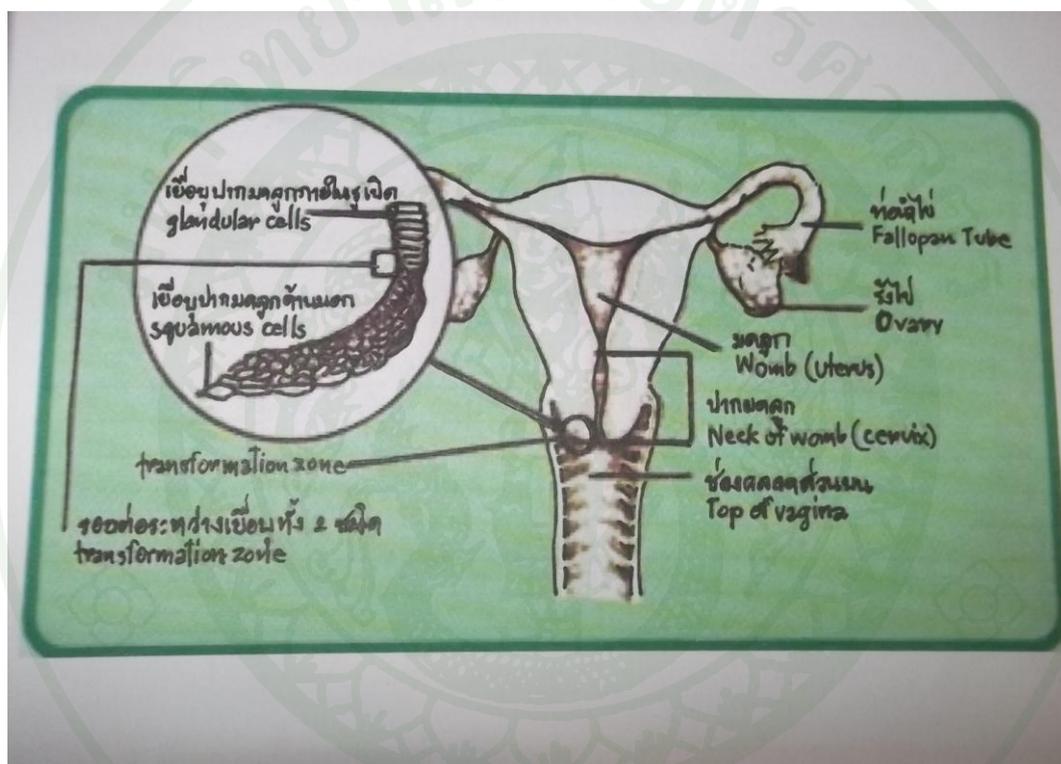
ปากมดลูกคือ ส่วนที่อยู่ต่ำสุดของมดลูก ซึ่งยื่นออกมานอกช่องคลอดและมีส่วนที่มีรูเล็กๆ  
 ต่อขึ้นไปจนถึงโพรงมดลูก มดลูกจะอยู่ในอุ้งเชิงกราน ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 ส่วนประกอบของมดลูกและอวัยวะใกล้เคียง

ที่มา : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2550)

ปากมดลูกจะมีหน้าที่หลายอย่าง เช่น การสร้างน้ำเมือก หรือน้ำหล่อลื่นในช่องคลอดและปากมดลูกยังสร้างน้ำเมือก ช่วยให้เชื้อตัวผู้ (Sperm) เข้าไปผสมกับไข่ และปากมดลูกยังเป็นส่วนที่อ้อมทารก ให้อยู่ในมดลูกระหว่างตั้งครรภ์ ปากมดลูกถูกคลุมด้วยเซลล์ที่ต่างกันสองชนิดคือ ส่วนนอกที่ยื่นอยู่ในช่องคลอด จะเป็นเซลล์บางๆที่คล้ายเซลล์ผิวหนัง (Squamous cell) และส่วนที่ 2 จะมีลักษณะหนาและ สูง จะอยู่ทางด้านในของรูเปิด เรียกว่า Endocervical cells มีเพียง 1 ชั้นเท่านั้น ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 ลักษณะของเซลล์ปากมดลูก

ที่มา: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2545)

มะเร็งปากมดลูก (Carcinoma of Cervix) เป็นโรคร้ายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูก มีการแบ่งตัวของเซลล์มากจนไม่สามารถควบคุมได้ การเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกตินี้เริ่มตั้งแต่เล็กน้อย จนถึงขั้นรุนแรง จนกระทั่งมีการแพร่กระจายลุกลามไปอวัยวะอื่นๆ ที่อยู่ใกล้เคียงและอยู่ห่างไกลได้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550) อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกนี้พบมากที่สุดของมะเร็งทั้งหมด และมักพบมากที่สุดในช่วงอายุ 30-40 ปี (สมบุญ, 2548)

เนื่องจากเซลล์มะเร็งมีการแบ่งตัวและขยายตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องใช้เลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้นมากกว่าปกติ ถ้าเลือดไปเลี้ยงไม่พอ เนื้ออาจตายและเกิดแผลเลือดออก และติดเชื้อได้ง่าย แผลที่เรื้อรังไปทำลาย เกิดการติดเชื้อและ มีกลิ่นเหม็นตามมา

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบได้มากที่สุดในสตรีไทยที่แต่งงานแล้ว มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย เกิดจากการแท้งบ่อยๆ มีบุตรหลายคน พบในสตรีที่แต่งงานกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูกมาก่อน และมักพบในสตรีที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป (สมบุญ, 2548)

มะเร็งปากมดลูกที่พบบ่อยมี 2 ชนิด (จตุพล, 2549)

1. เกิดจากเยื่อบุมดลูกด้านนอก มีลักษณะคล้ายเซลล์ผิวหนัง เรียกว่า Squamous cell Carcinoma
2. เกิดจากเยื่อบุมดลูกด้านในของรูเปิดเข้าไปในตัวมดลูก ลักษณะของเซลล์จะมีฐานแคบและลำตัวสูงเรียกว่า Adenocarcinoma

อาการและอาการแสดงของโรค

มะเร็งปากมดลูกแบ่งคร่าวๆได้ 2 ระยะดังนี้ (จตุพล, 2549)

1. ระยะเริ่มแรก

ในระยะนี้อาจไม่มีอาการแสดงออกอะไรเลย บางครั้งอาจมีแค่อาการคัน ตกขาว หรือมีอาการเลือดออกหลังร่วมประเวณี แต่ไม่มาก ซึ่งสตรีเหล่านี้ควรมาตรวจภายในหรือตรวจด้วยวิธีทำ

Pap Smear จากแพทย์ทางด้านสูตินรีเวชกรรม ผลที่ได้จากการตรวจมักจะปกติหรือมีการอักเสบหรือเป็นเชื้อรา บางครั้งอาจได้ยาไปรับประทานหรือเหน็บยา อาการอักเสบก็หายได้

## 2. ระยะลุกลาม

เป็นระยะที่โรคดำเนินจากระยะแรก อาการที่พบได้ในระยะนี้คือ การมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ซึ่งนอกเหนือจากเลือดประจำเดือน หรือเลือดที่ออกมาจากการร่วมประเวณี หรือในกรณีที่หมดประจำเดือนไปแล้วและกลับมามีเลือดออกทางช่องคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ บางรายอาจมีเลือดออกกระปริดกระปรอย ตกขาวมีกลิ่นเหม็น อาจมาตรวจด้วยการทำ Pap Smear หรือการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจหาความผิดปกติในกรณีที่ไม่สามารถตรวจด้วยวิธี Pap Smear ในระยะนี้อาจรักษาได้ในกรณีที่พบอาการแต่เนิ่นๆ ด้วยการผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด

อาการที่พบขึ้นอยู่กับ ระยะของโรคดังนี้ (จตุพล, 2549)

1. อาการไม่ปรากฏ ระยะก่อนลุกลาม (CIN) อาจจะไม่มีอาการแสดงใดๆ ปรากฏมักจะมาตรวจเช็คมะเร็งด้วยการทำ Pap Smear
2. ตกขาว ระยะก่อนลุกลาม (CIN) ผู้ป่วยอาจจะมีตกขาวเป็นมูกขาวใส หรือเป็นน้ำไหลออกมาทางช่องคลอดได้ อาจเป็นปฏิกิริยาของเซลล์บนพื้นผิวปากมดลูก ในระยะลุกลามเป็นระยะที่ ก้อนมะเร็งโตขึ้น จากการลุกลามของมะเร็งที่บริเวณปากมดลูก ทำให้เกิดแผลติดเชื้อหรือมีการเน่าตายของเซลล์ ทำให้เกิดตกขาวที่มีกลิ่นเหม็นเน่ามากได้
3. เลือดออกผิดปกติหรือตกเลือด ระยะ CIN ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการมีเลือดออกเป็นหยดๆ (spotting) หรือ ออกภายหลัง หรือ ขณะร่วมเพศ (Contact Bleeding) ระยะลุกลาม ผู้ป่วย อาจมาด้วยอาการตกเลือดมากกว่าปกติ ถ้ามะเร็งลุกลามมาก มีก้อนหรือแผลใหญ่ก็อาจจะมีการฉีกขาดของหลอดเลือด ร่วมกับการตายของเนื้อเยื่อ ทำให้มีการเน่าหลุด อาจมีลักษณะเป็นเลือดปนหนองได้ อย่างไรก็ตามก็อาการเลือดออก อาจขึ้นกับลักษณะพยาธิสภาพว่า เป็นชนิดใดด้วย
4. อาการเจ็บปวด เกิดในระยะท้าย ที่มีการแพร่กระจายลุกลามไปยังเส้นประสาท Obturator หรือ Sciatic Nerve หรือบางรายมีอาการปวดท้องมาก ซึ่งเกิดจากการอักเสบของปากมดลูกจนเกิด

Pelvic Thrombophlebitis, Lymphangitis หรือ Cellulitis

#### 5. อาการของมะเร็งระยะสุดท้าย เกิดจากการ

แพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆอาการทั่วไป เกิดอาการซีด ผอมแห้ง (Cachexia) อ่อนเพลียมาก

แพร่กระจายไปยังกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเป็นเลือด

แพร่กระจายไปยังลำไส้ใหญ่ช่วงปลาย ทำให้เกิดอุจจาระปนเลือด ถ่ายไม่ออก

แพร่กระจายไปอุดกั้นบริเวณหลอดไตทำให้เกิดภาวะไตวายได้

แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ทำให้เกิดการอุดกั้นบริเวณต่อมน้ำเหลืองต่างๆเช่น ขาหนีบ ทำให้ขาบวมได้

แพร่กระจายไปยังตับ ทำให้เกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง

แพร่กระจายไปยังปอด ทำให้เกิด อาการ ไอ เหนื่อยหอบ ไอเป็นเลือด

สาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่มีการยืนยันอย่างแน่นอน เคยมีรายงานหลายแห่งกล่าวว่า การเกิดมะเร็งปากมดลูกมีการเกี่ยวข้องกับติดเชื้อไวรัสที่บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ กล่าวคือ ในสตรีที่ติดเชื้อไวรัสชนิดที่เรียกว่า Herpes Simplex Virus Type 2 และ Human Papilloma Viruses (HPV) ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อ และเชื้อชนิดนี้ต่อไปในอนาคตจะทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าพวกที่ไม่เคยมีการติดเชื้อชนิดนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550)

สาเหตุหลักของกระบวนการเกิดมะเร็งปากมดลูกคือ การติดเชื้อ Human Papilloma Viruses (HPV) ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และมักพบในสตรีที่มีเพศสัมพันธ์มาแล้ว โดยพบประมาณร้อยละ 70 จากประชากรที่ติดเชื้อ HPV 20 ล้านคน และมีร้อยละ 15 ที่พบเชื้อ HPV ในสตรีช่วงอายุ 15 - 49 ปี ซึ่งในแต่ละปีมีผู้ติดเชื้อ HPV รายใหม่ 5.5 ล้านคน มีส่วนน้อยที่การติดเชื้อ HPV ยังคงอยู่เนิ่นนาน (persistent) ซึ่งจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นรอยโรคก่อนมะเร็ง (CIN) และมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น

เชื้อ HPV มีมากกว่า 100 ชนิด มีประมาณ 40 ชนิดที่ก่อให้เกิดโรคบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก ในเชื้อ HPV เหล่านี้ การติดเชื้อ HPV 16 และ HPV 18 มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุมากที่สุดกับมะเร็งปากมดลูก เชื้อ HPV ทั้ง 2 ชนิด เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกและ High-grade squamous intraepithelial lesions (CIN 2 และ 3) ประมาณร้อยละ 70 รอยโรค CIN 1 อาจเกิดจากเชื้อ HPV ชนิด low – risk หรือ high – risk (oncogenic) ก็ได้ เชื้อ HPV ที่ทำให้เกิดรอยโรคที่ปากมดลูกอาจทำให้เกิด dysplasia และมะเร็งของอวัยวะเพศและทวารหนักบริเวณอื่นๆ ได้ เช่น ปากช่องคลอด ผนังช่องคลอด องคชาติ และทวารหนัก HPV 6 และ HPV 11 เป็นสาเหตุของหูดหงอนไก่บริเวณอวัยวะเพศ (genital warts) มากกว่าร้อยละ 90 และเป็นสาเหตุของ low grade cervical lesions ประมาณร้อยละ 10 (จตุพล, 2549)

ในปัจจุบันวิทยาทางการแพทย์ได้ตรวจพบว่า การติดเชื้อ Human Papilloma Viruses (หูดหงอนไก่) หรือเชื้อ HPV บริเวณอวัยวะเพศ โดยเฉพาะบริเวณปากมดลูก สาเหตุที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อไวรัส HPV หรือเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายขึ้น ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ เมื่ออายุน้อย หรือตั้งครรรภ์เมื่ออายุน้อย สาเหตุเหล่านี้เป็นเพียงปัจจัยส่งเสริม หรือปัจจัยร่วมที่ทำให้การติดเชื้อ HPV รุนแรงขึ้นจนเป็นมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยร่วมเหล่านี้อาจกล่าวได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก หรือทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง (จตุพล, 2549)

ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV มีดังต่อไปนี้ (สมบูรณ์, 2548)

## 1. ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายหญิง

1.1 การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยกว่า 17 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีการกลายรูปของเซลล์ปากมดลูกช่วงนี้จะมีความไวของสารก่อมะเร็งสูงมาก โดยเฉพาะเชื้อ HPV การตั้งครภ์ และการคลอดบุตรรวมทั้งจำนวนครั้งของการคลอดบุตรมากกว่า 4 ครั้ง มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นมากเป็น 2 – 3 เท่า

1.2 การมีคู่นอนหลายคน ความเสี่ยงสูงขึ้นตามการมีคู่นอนที่เพิ่มขึ้น

1.3 มีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เริม ซิฟิลิส หนองใน หูด ในพื้นที่มีหลายชนิด ซึ่งเป็นหูดของอวัยวะสืบพันธุ์ สามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆดังนี้

1.3.1 หูดหงอนไก่ (Condyloma accuminata) เกิดจากเชื้อ HPV สายพันธุ์ 16 และ 18 ซึ่งเป็นสายพันธุ์คู่ มีลักษณะเป็นดอกกะหล่ำหรือแบบหงอนที่หัวไก่ชน

1.3.2 หูดผิวเรียบ (Smooth popular warts) สีเนื้อ ผิวเรียบขนาด 1-4 มิลลิเมตร มักพบบ่อยที่โคนอวัยวะที่ถูขยงอนามัยคลุมไม่ถึง

1.3.3 หูดผิวหนัง (Keratotic genital warts) มีลักษณะเหมือนหูดตามผิวหนังทั่วไป มักพบตามร่างกายก่อนที่จะพบที่อวัยวะเพศ

1.3.4 หูดแบน (Flat warts) อาจเป็นหลายจุดใกล้ๆกัน แล้วรวมกันเป็นปื้นใหญ่ มักพบตามเขี้ยวต่างๆ หรืออาจพบได้ตามผิวหนัง ระยะฟักตัว หลังรับเชื้อ 1 สัปดาห์ก็จะแสดงอาการ บางราย อาจพบอาการเป็นเดือน บางรายอาจไม่พบอาการใดๆ

1.4. ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน

1.5. สตรีที่มีประวัติการรับประทานยาคุมกำเนิดมานานกว่า 5 ปี และนานกว่า 10 ปีโดยมีความเสี่ยงสูงขึ้น 1.3 เท่า และ 2.5 เท่า ตามลำดับ

## 2. ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย

การติดเชื้อ HPV ที่บริเวณอวัยวะเพศ ส่วนใหญ่ได้มาจากการมีเพศสัมพันธ์ จึงกล่าวได้ว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องทางเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่มีเชื้อ HPV (ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ชายจะไม่มีอาการ หรือตรวจไม่พบว่ามีเชื้อ) แม้เพียงครั้งเดียวก็มีโอกาสติดเชื้อ HPV ได้ ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย ได้แก่

1. ผู้ชายที่มีประสบการณ์ทางเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย
  2. ผู้ชายที่มีคู่นอนหลายคน
  3. ผู้ชายที่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
  4. ผู้ชายที่เคยแต่งงานกับสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูก
  5. ผู้ชายที่เป็นมะเร็ง ที่องคชาติ
3. ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ส่งเสริมให้เป็นมะเร็งปากมดลูกให้เร็วขึ้น ได้แก่
- 3.1. การสูบบุหรี่
  - 3.2. ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น โรคเอดส์ และการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน
  - 3.3. สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและ สังคมต่ำ

4. อายุ และพฤติกรรมทางเพศ พบว่า สตรีอายุมากเสี่ยงมากกว่าสตรีที่มีอายุน้อย แต่ก็พบว่าการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่ผิดปกติ หรือมะเร็งในระยะเริ่มต้น มักตรวจพบในสตรีที่มีอายุน้อยลงมากขึ้นคือตรวจพบในสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี

5. สตรีที่แต่งงานมีโอกาสเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่แต่งงานหรือมีการร่วมเพศในอายุน้อย โดยเฉพาะก่อนอายุ 17 ปี และพบมากในกลุ่มที่มีชีวิตคูที่ไม่ยั่งยืน มีความถี่ของการร่วมเพศบ่อยครั้ง หรือกลุ่มที่มีการสำส่อนทางเพศ มีคู่นอนหลายคน

6. การมีบุตร พบว่า สตรีที่มีบุตรหลายคน เสี่ยงมากกว่าสตรีที่มีบุตรน้อย สตรีที่มีบุตรเสี่ยงมากกว่าสตรีที่ไม่มีบุตร

7. เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม เชื้อชาติที่พบว่าเป็นโรคนี้น้อยคือ สตรีชาวยิว พบว่าผู้ชายยิวจะขลิบหนังหุ้มปลายองคชาติ (Circumcision) และมีประเพณีร่วมเพศในระยะเวลาครั้งแรกของการตกไข่ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ชาวยิวเป็นมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าชาติอื่น และยังพบว่า สตรีผิวดำมีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มผิวขาว

8. สถานะทางเศรษฐกิจ และสังคม ได้แก่ ความยากจน ความเป็นอยู่แร้นแค้น การบำบัดรักษาไม่ถูกวิธี หญิงที่มีการศึกษาต่ำ มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าถึง 5 เท่า

9. การติดเชื้อที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในปัจจุบันนี้เชื่อว่า เชื้อไวรัสเป็นตัวการสำคัญในการเกิดโรค ได้แก่ Herpes Simplex Virus type II (HSV- 2) หนองใน ซิฟิลิส ในปัจจุบันไม่พบเชื้อนี้เป็นสาเหตุแล้ว ซึ่งแต่เดิม คิดว่าเกี่ยวข้องอย่างมาก สาเหตุของโรคนี้นี้โดยเฉพาะ HPV type 16, 18, 31 และ 33 HPV ที่กล่าวถึงคือ หูดหงอนไก่ ที่เป็นติ่งเนื้อที่พบขณะตรวจภายใน มีลักษณะเหมือนราด้า เป็นเนื้อแบนราบ (สมบุญ, 2548)

10. ภาวะผิดปกติของจิตใจ ความวิตกกังวลและจิตใจที่เคร่งเครียด หงุดหงิด และบดบังอยู่เสมอทำให้ฮอร์โมนไม่สมดุลในร่างกาย โดยเฉพาะการเกิดอารมณ์รุนแรงต่างๆ ฮอร์โมน Adrenaline จากต่อม Adrenal ถูกกระตุ้นออกมามาก อาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนหลายชนิดรวมทั้งมะเร็งด้วย

11. การได้รับยาคุมกำเนิด Diethylstilbestrol ระหว่างตั้งครรภ์

12. การเป็นหูดหงอนไก่บ่อยๆ (หูดหงอนไก่เกิดจากเชื้อ HPV ชนิด 6 กับ 11) ซึ่งก่อให้เกิดเป็นมะเร็งปากมดลูกได้

พยาธิวิทยาของมะเร็งปากมดลูก

การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่ผิดปกติ เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ เรียกว่า Dysplasia ซึ่งหมายถึง disorder growth หรือ Atypical dysplasia หรือ Atypical epithelial hyperplasia ซึ่งมักจะเกิดในบริเวณ Transformation Zone หรือบริเวณ Squamouscell lumnar junction หรือบริเวณรอบๆ External os ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกลไกธรรมชาติที่ปรับเปลี่ยนให้เซลล์ชั้นสู่สภาพเดิม ด้วยเหตุส่งเสริมและปัจจัยบางประการ เข้ามาเกี่ยวข้อง จะทำให้เซลล์บริเวณ Transformation Zone มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติไปจากเดิม (Displasia) หรือเชื่อมบริเวณปากมดลูกนี้อาจจะกลายมาจากเซลล์บริเวณปากมดลูกที่มีการซ่อมแซมส่วนที่อักเสบ หรือการงอกขึ้นใหม่ของบริเวณที่มีการเปลี่ยนแปลง (Regeneration metaplasia)

การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่ผิดปกติในระยะ ก่อนลุกลาม หรือก่อนการเป็นมะเร็ง (Precancerous) นี้ มีการศึกษาและแบ่งเป็น Mild, Moderate และ Severe dysplasia ต่อมาได้มีการเรียกการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่ผิดปกติในระยะก่อนลุกลามเป็นมะเร็งปากมดลูกนี้ว่า Cervical intraepithelial neoplasia หรือ "CIN" โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

CIN I = Mild dysplasia คาบเกี่ยวถึง Moderate dsyplasia คือมีความผิดปกติใน Lower 1/3 ของชั้นเยื่อ squamous

CIN II = Moderate dysplasia คาบเกี่ยวถึง Severe dsyplasia คือมีความผิดปกติ ใน Lower 2/3 ของชั้นเยื่อ Squamous

CIN III = Severe dysplasia ถึง Carcinoma Insitu มีความผิดปกติเกือบทั้งหมด หรือ ทั้งหมดของชั้นเยื่อ Squamous แต่ไม่ลุกลามต่ำกว่าชั้น basement membrane

การเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งปากมดลูก จะเกิดบริเวณ Transformation Zone หรือ บริเวณ Squamous Columnar junction มากที่สุด และมักจะเริ่มจากความผิดปกติของเซลล์ (Dysplasia) ก่อนในระยะแรกจะไม่มีอาการปรากฏชัดเจน แบ่งออกเป็น

1. ระยะที่เห็นด้วยตาเปล่าจะแตกต่างกันไปตามระยะของโรคในระยะแรกเริ่มจะไม่พบ ลักษณะเฉพาะของมะเร็ง อาจพบเพียงรอยแดงที่คอมดลูกคล้าย Cervical Erosion หรือ Ectropion ในระยะลุกลาม แบ่งออกเป็น

1.1 ลักษณะที่เกิดจาก Ectocervix หรือ Exophytic type ได้แก่

ก. Polypoid type หรือ Cauliflower type รูปร่างเป็นก้อนเนื้องอก ขึ้นออกมา มีผิวหนังของเนื้องอกเป็นก้อนเล็กๆ อัดแน่นรวมกันเหมือนดอกกะหล่ำโตเร็ว และมีหลอดเลือดมาเลี้ยงมากเป็นผลทำให้เกิดการตายเน่า เนื้อเปื่อยยุ่ยมีการตกเลือดและติดเชื้อง่าย

ข. Verrucous type ลักษณะผิวหนังคล้ายพวงอุ้งน (Papillary) จะลุกลามแผ่ กระจายไปตามผิวหนังของเนื้องอก การกินลึกเข้าไปในคอมดลูกจะเป็นไปช้าๆและตื้นๆ มีขี้ไฉ้ใหญ่และไม่แข็งมาก

1.2 ลักษณะที่เกิดจาก Endocervix (Endophytic type) ได้แก่

ก. Nodular type เป็นลักษณะการลุกลามลงไปเนื้อของคอมดลูก และ ช่องคอมดลูก (Cervical canal) คอมดลูกจะเป็นก้อนแข็ง ขนาดโต หนาสูงชัน ไม่แตกออกเป็น แผล จนกว่าจะเป็นระยะหลังของโรค การพยากรณ์โรคไม่สู้ดี เรียกว่า Barrel shaped cervix

ข. Ulcerative (Excavating type) กินลามลงไปคอมดลูก มักเกิดเป็นแผลตั้งแต่ แรก เป็นเนื้อที่เป็นรอยนูนสูงชัน แผลเป็นสีแดง พื้นเป็นสีเหลืองเทา ภายในมักมีร่องรอยของการเน่า และตกเลือด การพยากรณ์โรคไม่ดี

2. ลักษณะที่เห็นได้จากการส่องตรวจช่องคลอดจะเห็นความผิดปกติที่ผิวหน้าและหลอดเลือด ลักษณะแรกที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงจาก Carcinoma insitu (CIS) เป็น early invasive cancer นั้น จะเห็นหลอดเลือดที่มีลักษณะเป็น Basket มากขึ้น หรือเป็น Irregular mucosa รายรอบ โดยหลอดเลือดที่พองขยายไม่สม่ำเสมอ ขอบเนื้องอกคอมดลูกจะนูนสูงขึ้น

3. ลักษณะทางจุลทรรศน์จะพบว่าร้อยละ 90 เป็นการเปลี่ยนแปลงมาจาก Squamous cell carcinoma ลักษณะของเซลล์เป็นรูปสี่เหลี่ยม เรียงเป็นแท่ง หรือเป็นแผ่น จะพบมี Intercellular bridge ให้เห็นได้บ้าง ที่พบมากที่สุดจะเป็นชนิด Large cell No keratinizing carcinoma ซึ่งจะตอบสนองต่อการรักษาด้วยรังสีค่อนข้างได้ผลดี รองลงมาที่พบ คือ adeno carcinoma พบประมาณ ร้อยละ 5 และอื่นๆอีกได้แก่ Adeno carcinoma, Adeno squamous และ Adenoid cystic carcinoma

การแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูกของ Figo (พรณิภา, 2546)

ระยะ 0 เป็น Carcinoma Insitu หรือ Intraepithelial carcinoma เซลล์ยังไม่ผ่าน Basement membrane เข้าไป

ระยะ I มะเร็งยังอยู่เฉพาะในปากมดลูก

Ia Micro invasive carcinoma มะเร็งลุกลามจาก Basement membrane กินลึกเข้าไปใน Stomach ไม่เกิน 3 มม.

Ib ระยะ OCC (Occult Cancer) คือ มะเร็งที่ไม่สามารถมองเห็นด้วยวิธีตรวจตามธรรมดา แต่จะเห็นว่ามีการลุกลามชัดเจน เมื่อตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์

ระยะ II มะเร็งลุกลามออกไป นอกมดลูก แต่ยังไม่ถึงผนังเชิงกราน และมีการกระจายทางช่องคลอดไม่เกิน 2 ใน 3 ของช่องคลอดส่วนบน

ระยะ III มะเร็ง ลุกลามไปที่ผนังเชิงกราน โดยตรวจพบได้ทางทวารหนัก และมีการกระจายไปยัง 1/3 ของช่องคลอดส่วนล่าง

IIIa ยังลามไปไม่ถึงผนังเชิงกราน

IIIb ลามไปถึงผนังเชิงกราน และ/ หรือมี Hydronephrosis

ระยะ IV มะเร็งลุกลามผ่านผนังช่องคลอดไปยังเยื่อกระเพาะปัสสาวะ หรือ ทวารหนักหรือออกไปนอกเชิงกราน

IVa ลุกลามไปอวัยวะใกล้เคียง

IVb ลุกลามไปอวัยวะอื่นที่ห่างไกล

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่เริ่มต้นจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ทำให้เกิด Dysphasia แล้ว กลายมาเป็น Carcinoma Insitu (CIS) และยังสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็งในระยะลุกลาม หรือ Invasive Squamous Cell Carcinoma ได้

การวินิจฉัย

พรรณิกา, 2546 วินิจฉัยจาก ประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจพิเศษ การตรวจพิเศษที่สำคัญในการค้นหามะเร็งปากมดลูก คือ การทำ pap smear และเพื่อให้การตรวจที่แน่นอนชัดเจนมากขึ้นก็จะตรวจด้วยวิธี Colposcopy ร่วมกับ Schiller's test และ Biopsy และเพื่อความชัดเจนในการแยกระยะของโรค ( ระยะ CIN กับระยะลุกลาม) แพทย์อาจจะทำ Diagnostic Conization ( การตัดปากมดลูกเป็นกรวยเพื่อการวินิจฉัย )

หลักปฏิบัติในการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550)

1. การคัดกรองช่วงประวัติ
2. การตรวจร่างกาย
3. การทำ Pap Smear

4. การตรวจพิสูจน์
5. การตรวจพิเศษ
6. การรักษาที่แบ่งแยกตามกลุ่ม

## 1. การคัดกรองซ้กประวัติ

### 1.1 การซ้กประวัติส่วนตัวที่เกี่ยวข้องกับ

1.1.1 อายุ

1.1.2 อาชีพ

1.1.3 สถานภาพสมรส

1.1.3 ประจำเดือน ประวัติการมีบุตร การคุมกำเนิด

1.1.4 ประวัติการมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคที่ติดเชื่อไวรัส

1.1.5 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และปัจจุบัน

### 1.2 การซ้กประวัติครอบครัว ที่เกี่ยวข้องทางพันธุกรรม

### 1.3 การสอบถามอาการที่แสดงถึงอาการของโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น

1.3.1 ไม่ปรากฏอาการใดๆ

1.3.2 มีเลือดออกผิดปกติ ที่นอกเหนือจากการมีประจำเดือน

### 1.3.3 ตกขาว มีกลิ่นเหม็นเน่า

### 1.3.4 อาการปวดร้าวชาลงหน้าขา และปลายเท้าลงมา

## 2. การตรวจร่างกาย

### 2.1 การตรวจร่างกายทั่วไป

เป็นการตรวจอวัยวะส่วนอื่นของร่างกายเพื่อให้ทราบว่ามิโรคอื่นร่วมอยู่ด้วย เช่น การตรวจเต้านม ตรวจปอด

### 2.2 การตรวจเฉพาะที่ ซึ่งประกอบด้วย

#### 2.2.1 การตรวจบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกช่องคลอด และบริเวณปากมดลูกส่วนนอก

2.2.2 การคลำทางหน้าท้อง การคลำทางช่องคลอด และทางทวารหนัก เพื่อทำการตรวจมดลูก ปีกมดลูก และอวัยวะอื่นๆ ในช่องเชิงกรานหรือช่องท้อง

## 3. การทำ Pap Smear

คำว่า Pap มาจากคำเต็มว่า Papanicolaou ซึ่งเป็นชื่อของ ยอร์จ ปาปานิกูลา (George N. Papanicolaou) เป็นแพทย์ที่ได้รับสมญานามว่า “บิดาแห่งเซลล์วิทยา” เป็นผู้รายงานวิธีการตรวจทางเซลล์วิทยาของมะเร็งปากมดลูก (Carcinoma of cervix) ซึ่งต่อมาก็ได้เรียกกันว่า Pap Smear และในปีค.ศ. 1943 ปาปานิกูลา และทรอท (Traut) ได้เขียนหนังสือชื่อ “Diagnosis of Uterine Cancer by Vagina Smear” โดยได้อธิบายถึง วิธีการทำ สเมียร์ (Smear) การแปรผลการตรวจ ซึ่งสามารถวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกได้ถูกต้องถึงร้อยละ 98 การวินิจฉัยนี้เป็นที่สนใจกันมาก โดยเฉพาะ American Cancer Society ซึ่งได้ใช้ความรู้เป็นพื้นฐาน และจุดเริ่มต้นของการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550)

ข้อแนะนำสำหรับผู้รับการตรวจ Pap Smear มีดังนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550)

1. ไม่ควรทำ Pap Smear ขณะมีประจำเดือน
2. ไม่ควรทำ Pap Smear ขณะมีการอักเสบรุนแรง
3. ไม่ควรสวนล้างช่องคลอดก่อนมาตรวจ 1 วัน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550)
4. ไม่ควรชื้อยามาเหน็บช่องคลอดหรือรับประทานยาเองก่อนมาตรวจอย่างน้อย 1 วัน
5. ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนมาตรวจอย่างน้อย 1 วัน

ระยะเวลาที่เหมาะสมในการตรวจ Pap Smear มีดังนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550)

1. ในรายที่มีเลือดออกตลอดเวลา ไม่ควรรอจนเลือดหยุด ควรมาตรวจและปรึกษาแพทย์เพื่อรับยาให้เลือดหยุดชั่วคราว
2. ในสตรีที่รับประทานยาคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนหรือ ยาฉีดคุมกำเนิด ซึ่งสามารถตรวจได้ทุกระยะ
3. ในระยะก่อนมีประจำเดือน 3-4 วัน ไม่ควรตรวจเพราะมีเมือกเลือดขาวมาก เวลาป้ายเซลล์แล้วจะไม่ติดแผ่นสไลด์
4. ในวัยหมดประจำเดือน สามารถตรวจได้ทุกเวลา ผลที่ได้มักจะมีการอักเสบร่วมด้วย

#### 4. การตรวจพิสูจน์

วิธีการทำ Pap Smear ที่ดีที่สุดคือ วี ซี อี เทคนิค (V - C - E Technique) ซึ่งเป็นการป้ายเซลล์จากช่องคลอด ปากมดลูก และปากมดลูกด้านใน (Vagina, Cervix and Endocervix) ลงบนแผ่นสไลด์แผ่นเดียวกัน แต่การทำ Pap Smear จากช่องคลอดให้ผลค่อนข้างต่ำ ในการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกก็อาจทำเพียงการทำด้วย ซี อี เทคนิค (C- E Technique)

วิธีการตรวจหาความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุปากมดลูกระยะก่อนเป็นมะเร็งและ มะเร็งระยะเริ่มแรกของปากมดลูก การตรวจด้วยวิธีนี้ยังสามารถหาเซลล์มะเร็งของเยื่อบุมดลูก ท่อรังไข่ รังไข่ และช่องคลอดด้วย วิธีการตรวจทำได้โดยการเก็บ หรือป้ายเอาเซลล์ในตำแหน่งที่ต้องการตรวจนำไปป้ายที่สไลด์กระจกและทำอย่างรวดเร็ว เคลือบให้บางทั่วกระจก แล้วรีบจุ่มลงไปใต้น้ำยาที่รักษาสภาพเซลล์เพื่อให้มีสภาพเหมือนที่อยู่ในร่างกาย แผ่นกระจกนี้ต้องแช่ในน้ำยาอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง น้ำยาที่ใช้รักษาสภาพเซลล์มี 2 ชนิด คือ Ether ผสม Alcohol 95% หนึ่งต่อหนึ่งส่วนหรือ จะใช้ Alcohol 95% อย่างเดียวก็ได้ ในกรณีที่ไม่มีน้ำยาหรือต้องการส่งแผ่นกระจกไปย้อมสีในที่ห่างไกลออกไปอาจทำการเก็บรักษาสภาพของเซลล์ได้โดยการใช้สเปรย์ สำหรับสเปรย์พ่นผมทับลงบนบริเวณที่ป้ายเซลล์ลงแผ่นกระจก ทิ้งให้แห้งแล้วเก็บใส่กล่องส่งไปย้อมสี ก่อนย้อมสีต้องล้างสเปรย์ออกก่อน โดยทิ้งไว้ในน้ำยารักษาสภาพของเซลล์ นาน 15- 30 นาที กระจกที่ย้อมสีเสร็จแล้วจะถูกนำมาตรวจต่อด้วยกล้องจุลทรรศน์

ในรายที่ตรวจพบแน่นอนว่าเป็นมะเร็งในระยะลุกลามแล้ว แพทย์จะตรวจต่อเพื่อตรวจว่าโรคมมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นหรือยัง โดยแพทย์จะตรวจ

1. เจาะเลือดตรวจเลือดทั่วไป เพื่อดูว่าซีดหรือไม่ เกิดเลือดผิดปกติหรือไม่ ตรวจการทำงานของไต (BUN, Creatinine) เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกอาจแพร่กระจายอุดทางเดินของปัสสาวะทำให้ไตวาย ตรวจตับ (LFT) เนื่องจากมะเร็งมักจะแพร่กระจายไปยังตับ

2. แพทย์จะส่งตรวจกระเพาะปัสสาวะ Cystoscopy ตรวจลำไส้ใหญ่ (Procto sigmoidoscopy) โดยใช้อุปกรณ์ส่องเข้าไปตรวจ

3. แพทย์จะตรวจสวนสีตรวจลำไส้ใหญ่ Barium Enema เพื่อตรวจว่ามะเร็งแพร่ไปลำไส้ใหญ่หรือยัง

4. แพทย์จะฉีดสีเพื่อตรวจไต (Intravenous Pyelogram: IVP) เพื่อตรวจว่ามะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อไตหรือยัง

5. ตรวจ Computer X – ray, Ultrasound เพื่อตรวจอวัยวะอื่นดูการแพร่กระจายของมะเร็ง

## 5. การตรวจพิเศษ

ปัญหาในการตรวจวินิจฉัยมะเร็งในระยะเริ่มแรกของปากมดลูก บางครั้งมะเร็งเป็นเพียงจุดซึ่งมีขนาดเล็กมาก ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า ดังนั้น Hans Hinselmann จึงได้ประดิษฐ์กล้องขยายซึ่งมีโครงสร้างคล้ายกล้องจุลทรรศน์สองตา แต่มีดวงไฟที่ให้ความสว่างมาก เพื่อใช้ตรวจเยื่อปากมดลูก และให้ชื่อกล้องขยายนี้ว่า Colposcope Hinselmann ได้รายงานผลการศึกษานี้ในปี ค.ศ. 1925 และได้ถึงแก่กรรม เมื่อ 18 เมษายน 1959 หลังจากนั้นก็มีผู้ทำการศึกษาเรื่อยๆ จนถึงมีการพิมพ์ตำราคอลโปสโคป ในประเทศสหรัฐอเมริกาขึ้นเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1960 โดย Karl Bolton ต่อมาก็มีผู้ให้ความสนใจอีกมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งปัจจุบันได้ใช้ คอลโปสโคป เป็นประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ร่วมกับการตรวจทางเซลล์ทางวิทยา

ลักษณะสำคัญที่ตรวจได้จากการทำคอลโปสโคป เพื่อการวินิจฉัยของเยื่อปากมดลูก ได้แก่ ลักษณะของหลอดเลือด (Vascular Pattern) ระยะห่างระหว่างหลอดเลือด (Intercapillary Distance) ลักษณะเยื่อเนื้อผิว (Surface Pattern) สีของเยื่อเนื้อผิวและลักษณะที่บดแสง (Color Tone Demarcation) ความชัดเจนของขอบเขต Lesion (Clarity of Demarcation) ลักษณะเหล่านี้จะเห็นได้ชัด ต้องอาศัยกระจกกรองแสงสีเขียว (Green filter) และต้องเช็ดด้วย 3% acetic acid จึงจะสามารถตรวจลักษณะดังกล่าวได้ชัดเจน

ในปีค.ศ. 1929 Walter Schiller ได้แนะนำให้ใช้ Iodine Solution ในการทำ Schiller Test เพื่อช่วยในการมองเห็นบริเวณที่ผิดปกติ เพื่อตัดชิ้นเนื้อให้ถูกต้อง แต่น้ำยา Iodine Solution กลับทำให้การตรวจรายละเอียดต่างๆ ไม่ชัดเจน และไม่มีประโยชน์ที่จะแสดงตำแหน่งที่จะตัดชิ้นเนื้อเพื่อการเปลี่ยนแปลงอื่นๆที่ไม่ใช่มะเร็งก็อาจปรากฏลักษณะ Iodine negative area ได้ด้วย

ปัจจุบันมีการตัดชิ้นเนื้อร่วมกับการตรวจคอลโปสโคปี ซึ่งมีการตรวจได้หลายวิธี เช่น Directed Punch Biopsy, Endocervical Curettage (ECC)

ปัจจุบันความแม่นยำที่ได้จากการอ่านผล pap smear นั้นขึ้นอยู่กับ การเก็บเซลล์จากปากมดลูก วิธีป้าย การแช่น้ำยา ส่วนการส่อง Colposcope ความแม่นยำขึ้นอยู่กับ การตัดชิ้นเนื้อที่ได้ และตัดชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัด (วรรณเพ็ญและคณะ, ม.ป.ป.)

#### 6. การรักษาที่แบ่งแยกตามกลุ่ม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550)

ก่อนการรักษาใด ๆ ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ ดังตัวอย่าง

1. มะเร็งที่เป็นอยู่นี้แพร่กระจายหรือยัง
2. วิธีการรักษาที่ดีที่สุด แพทย์เลือกวิธีไหน ทำไมจึงเลือกวิธีนี้
3. โอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการรักษามีอย่างน้อยเพียงใด
4. มีโอกาสเสี่ยงอะไรบ้าง ผลข้างเคียงมีอะไรบ้าง
5. ใ้เวลารักษานานเท่าใด
6. ใช้ค่าใช้จ่ายมาก น้อยเพียงใด
7. ถ้าไม่รักษาจะเป็นเช่นใด
8. จะมีคุณภาพชีวิตเหมือนคนปกติหรือไม่
9. ต้องตรวจซ้ำบ่อยแค่ไหน

## 6.1 กลุ่ม Precancerous (CIN และ CIS)

6.1.1 กลุ่ม CIN I มีทั้งการติดตาม (Observation) ผู้ป่วย โดยไม่ต้องให้การรักษาเลย มักเลือกในรายที่มีรอยโรคน้อยไม่รุนแรง เพราะมีโอกาสเปลี่ยนแปลงกลับมาเป็นปกติได้มาก CIN II แพทย์จะให้การรักษาโดยใช้ Electrocautery แต่เดิมใช้ไฟฟ้าจี้ปากมดลูกที่ผิดปกติ ในผู้ป่วยหลังคลอด (Oberst และ คณะ, 1991) การจี้ไฟฟ้าได้ผลดีใน CIN I และ CIN II และการรักษาด้วยวิธี Cryosurgery หรือ Laser Vaporization (CO<sub>2</sub> Laser) เป็นการใส่แสงเลเซอร์จี้รอยโรคที่ปากมดลูกร่วมกับ Colposcope เป็นการทำลายเฉพาะจุด วิธีนี้มีผลแทรกซ้อน คือ การมีเลือดออก และการติดเชื้อ ภายหลังทำ ควรตรวจ Pap Smear ซ้ำทุก 3 – 6 เดือน หรือ บางรายอาจทำ Pap Smear ซ้ำทุก 3 – 6 เดือน

6.1.2 กลุ่ม CIN III และ CIS แพทย์อาจทำผ่าตัดโดย Total Abdominal Hysterectomy มักจะตัดมดลูกในผู้ป่วยที่บุตรเพียงพอแล้ว เวลาที่เหมาะสมสำหรับการตัดมดลูกคือ หลังทำ conization ภายใน 2 วันหรือ หลังผ่าตัด 6 สัปดาห์ขึ้นไป เพราะมีโอกาสติดเชื้อ หลังผ่าตัดน้อยลง ส่วนในกรณีที่ยังต้องการมีบุตร อาจจะทำการรักษาโดยการทำ Therapeutic Conization, CO<sub>2</sub> Laser, Electrocautery และ Cryosurgery

## 6.2 กลุ่ม Cancer of cervix

การรักษา มะเร็งปากมดลูกในระยะที่ 1–4 มีการรักษาที่แตกต่างกัน ดังนี้

6.2.1 การรักษาด้วยการผ่าตัด ถ้ามะเร็งอยู่เฉพาะปากมดลูกอาจจะตัดแค่บริเวณปากมดลูก และ แพทย์จะรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 ด้วยการทำให้ Wertheim's Operation หรือ Radical hysterectomy with lymphadectomy และอาจรักษาโดยการผ่าตัดในรายที่เป็นในระยะที่ 2 หรือ 3 ที่ผ่านการให้เคมีบำบัดแล้ว แต่ถ้ามะเร็งกระจายมาก แพทย์อาจจะตัดมดลูก ท่อรังไข่ รังไข่ รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

### 6.2.2 การรักษาด้วยรังสี การใช้รังสีรักษา ใช้ได้ทุกระยะของโรค อาจให้

Internal radiation อย่างเดียว หรือ External pelvic radiation อย่างเดียว หรือใช้ทั้ง 2 อย่างร่วมกันก็ได้ การให้รังสีรักษาทำได้ 2 วิธี คือ (เทวินทร์, 2548)

ก. โดยการให้รังสีรักษาจากเครื่องฉายรังสี โดยจะใช้รังสีเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง 5วัน/สัปดาห์

ข. โดยการฝังแร่อวรังสีบริเวณปากมดลูก การใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก(Radiation Therapy in The Carcinoma of The Cervix) รังสีรักษามีบทบาทในการรักษา มะเร็งปากมดลูกมาเป็นระยะเวลาช้านาน มีเทคนิคการรักษามากมาย แต่โดยหลัก จะมี 2 วิธี คือ

1. การฉายรังสี (External Irradiation) จะเหมือนกับการรักษาด้วยการผ่าตัด แต่การรักษาจะรังสีด้วยรังสี จะสามารถควบคุมมะเร็งได้เฉพาะในบริเวณที่ฉายเท่านั้น

2. การสอดใส่แร่ (Intracavitary Irradiation) ตามอวัยวะต่างๆ เช่น ถ้าใส่ใหญ่ ทวารหนัก กระเพาะปัสสาวะ ถ้าใส่เล็ก ควรได้ปริมาณรังสีที่เพียงพอ โดยทั่วไปมักใช้รังสีจาก เครื่องโคบอลต์ หรือ เครื่องเร่งอนุภาค (Linac) เพราะมะเร็งที่มีก้อนค่อนข้างใหญ่นี้ อาจจะต้องใช้ รังสีถึง 75 – 85 Gy แต่ในความเป็นจริง การใช้รังสีรักษาอย่างเดียวยังทำได้ไม่เกิน 60 – 70 Gy เพราะ กระเพาะปัสสาวะ กับทวารหนักจะเป็นอันตรายการสอดใส่แร่สามารถทำได้ เพราะปริมาณรังสีที่จะ ไปถึงทวารหนัก และกระเพาะปัสสาวะจะน้อยลง

6.2.3 การรักษาด้วยสารเคมีบำบัด การฝังแร่ หรือรักษาตามอาการ และสภาพร่างกาย ของผู้ป่วย การให้เคมีบำบัดนั้นให้โดยการให้เคมีเข้าในเลือดเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง

6.2.4. การสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อให้ภูมิคุ้มกันทำลายมะเร็ง ยาที่ใช้บ่อยคือ Interferon

ผลข้างเคียงของการรักษา (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550)

1. การผ่าตัด หลังการผ่าตัดมักจะมีอาการปวด เลือดออก ปัสสาวะ อุจจาระลำบากต้องคา  
สายสวนปัสสาวะไว้ และควรพักผ่อนหนึ่งเพื่อให้แผลหาย จะมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัด ได้ใน  
4 – 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่ตัดมดลูกยังคงมีอาการทางเพศปกติแต่อาจมีปัญหาทางจิตกังวลว่า  
ไม่สามารถมีบุตรได้ คู่ครองควรที่จะช่วยกันปลอบใจและให้กำลังใจ
2. การให้รังสีรักษา ผู้ป่วยจะเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร ผอมร่วง ผิวที่สัมผัสรังสีจะมีสี  
น้ำตาล ห้าม ทาโลชั่น การร่วมเพศอาจจะลำบากเนื่องจากช่องคลอดจะแคบและแห้งต้องใช้ครีม  
หล่อลื่นช่วย นอกจากนี้อาจมีปัญหาเรื่องปัสสาวะแสบขัดและถ่ายเหลว
3. การให้เคมีบำบัด จะฆ่า ทำลาย ยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ที่แบ่งตัวเร็ว โดยการ  
รักษาด้วยยา
4. การสร้างภูมิคุ้มกัน จะมีอาการคล้ายไข้หวัด ปวดตามตัว คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนตรทิพย์ (2553) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลคอนมะโนรา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 250 คน พบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมร้อยละ 84.0 อาชีพทำสวนและรับจ้างร้อยละ 76.4 รายได้เฉลี่ย 6,500 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.0 มีประสบการณ์ ตรวจมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอ ปีละครั้งร้อยละ 54.6 ไปรับการตรวจที่สถานอนามัยร้อยละ 74 มีประวัติสูบบุหรี่ร้อยละ 9.2 และคนในครอบครัวสูบบุหรี่ร้อยละ 35.6 ลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ได้แก่ระดับการศึกษา อาชีพ อายุ ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประวัติการคุมกำเนิด ประวัติการมีปัสสาวะแสบขัดร่วมกับตกขาว มีตกขาวสีขุ่นคล้ายหนอง ประสบการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูก ประวัติการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ปัจจัยนำด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้าน และปัจจัยเอื้อ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

จำปี (2551) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของ สตรีอายุ 35 -60 ปี ในเขตอ.เมือง จ.สมุทรสงคราม จำนวน 350 คน พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 ได้แก่ การศึกษาและสถานภาพสมรส ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ ยังน้อย มีประวัติการแท้ง การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสตรี การสูบบุหรี่ ประสบการณ์ ตรวจมะเร็งปากมดลูก ระยะเวลาการคุมกำเนิด ปัจจัยนำทางด้านความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ และในเรื่องของการรับรู้ทุกๆด้าน ส่วนปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม กรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

สุนิตย์ดา (2551) ได้ศึกษาถึงการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ที่มารับบริการตรวจในโรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 171 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และจำนวนบุตร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

เทวินทร์ (2548) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณปากมดลูกที่ได้รับการบำบัดด้วยรังสีรักษา จำนวน 84 คน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยทางชีวสังคมเช่น อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง บริเวณปากมดลูกที่ได้รับการบำบัดด้วยรังสีรักษา ปัจจัยทางจิตวิทยา ทางจิตลักษณะพบว่า ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งบริเวณปากมดลูกและ การดูแลตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองที่ได้รับการบำบัดด้วยรังสีรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยทางด้านการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณปากมดลูกที่ได้รับการบำบัดด้วยรังสีรักษา

ชนพัต (2547) ได้ศึกษาเรื่อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกกลุ่มหญิงวัยทองของสถานีนามัยหนองพกนก ด. สระพัฒนา อ. กำแพงแสน จ. นครปฐม จำนวน 187 คน ผลการศึกษา พบว่าสตรีวัยทองอายุ 40 -59 ปี ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกจากวิทยุ โทรทัศน์ ด้านความรู้ ความเข้าใจ อยู่ในระดับสูง และ รับรู้มากที่สุดว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกสามารถรักษาหายได้ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นเนื้องอก ชนิดร้ายแรงที่เกิดขึ้นบริเวณปากมดลูก

เจษฎา (2547) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 370 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อยู่ในระดับดีและ ปานกลางใกล้เคียงกัน ร้อยละ 36.49 และ 36.21 ตามลำดับ พบว่าสตรีที่มีอายุแตกต่างกัน สถานภาพสมรสต่างกัน

มีพฤติกรรมกำบังโรคแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งพบว่าสตรีที่คู่สมรส มีพฤติกรรมกำบังโรคดีกว่าสตรีโสด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ พฤติกรรมกำบังโรคโรคมะเร็งปากมดลูก และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมกำบังโรคโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตัวแปร ที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกำบังโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมกำบังโรค ความรู้เรื่องโรค การสนับสนุน ทางสังคม และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค โดยตัวแปรทั้งหมด สามารถร่วมทำนายได้ ร้อยละ 35.8

จันทิมาและ คณะ (2545) ได้ศึกษาถึง ความรู้เรื่องโรคและ พฤติกรรมกำบังโรคโรคมะเร็ง ปากมดลูกของ ผู้หญิงในจังหวัดนครนายก พบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปาก มดลูกไม่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมกำบังโรคโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิที่ไม่พึงประสงค์ เช่น วิธีการทำความสะอาดอวัยวะเพศไม่ถูกต้อง การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ในระดับทุติยภูมิ การไม่ ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ และพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ กำบังโรคโรคมะเร็งปากมดลูก อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ

วิศิษฐ์ (2544) ได้ศึกษาอุปสรรคด้านความรู้กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีใน อ.เมือง จ. ลำปาง จำนวน 270 คน ซึ่งมี 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มที่เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 135 คน มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ด้านสาเหตุ และการป้องกันมีสัดส่วนสูงกว่า กลุ่มที่ไม่ได้มาตรวจ กลุ่มที่ได้รับข่าวสารด้านมะเร็งปากมดลูก และความคิดเห็นเกี่ยวกับการ มาตรวจมีความรู้และความเห็นเชิงลบเรื่องความเจ็บปวด ความอายในการมารับบริการตรวจ น้อยกว่าคนที่ไม่มารับบริการตรวจ

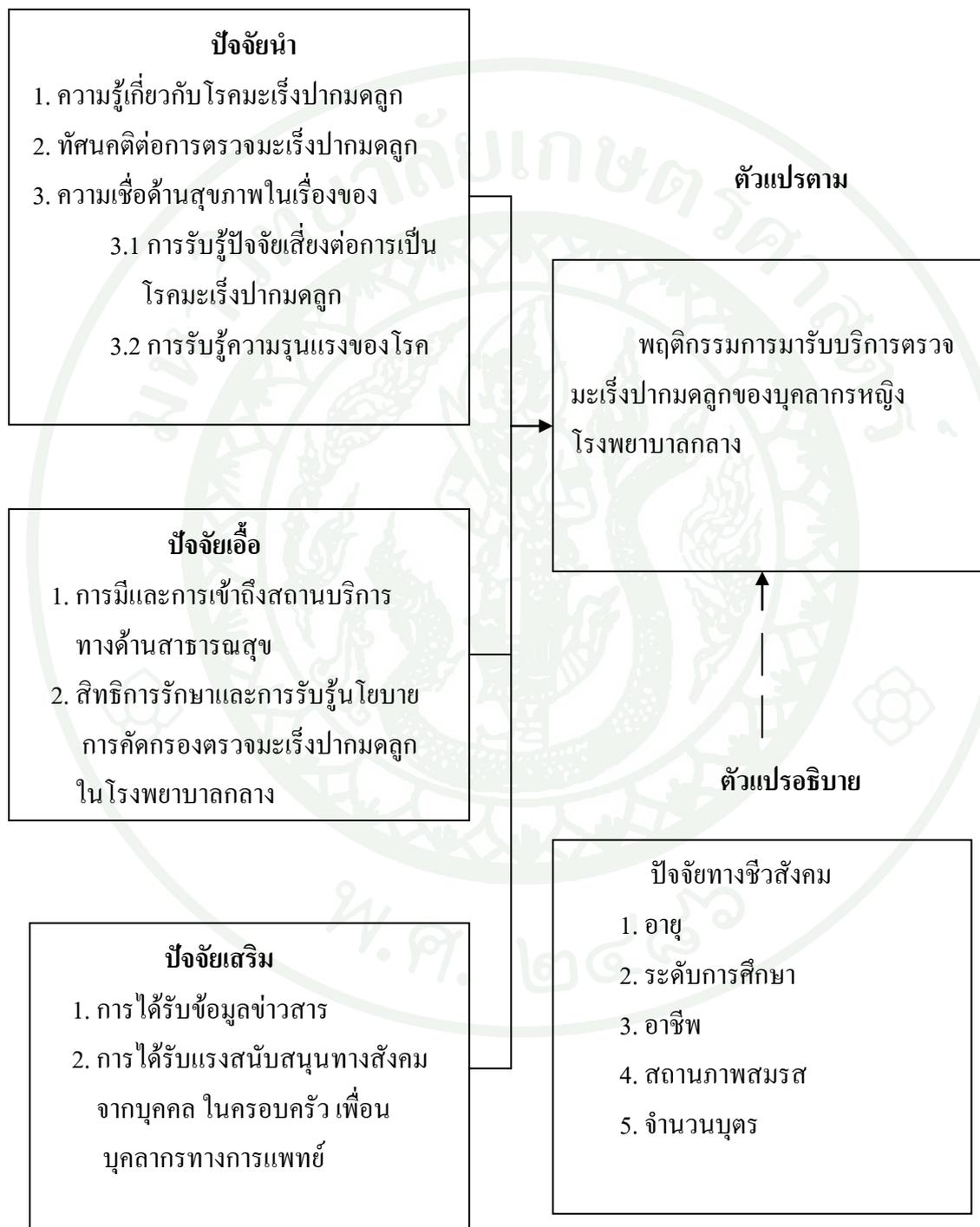
โสภิตา (2544) ได้ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในสตรี จ. สุพรรณบุรี จำนวน 400 คน พบว่า ปัจจัยทางด้านชีวสังคมได้แก่ การศึกษา รายได้ การมีบุตรมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก สตรีกลุ่มนี้มีความรู้ เรื่องมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ผลประโยชน์ และอุปสรรค ทางด้านการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก แรงจูงใจด้านสุขภาพ ทักษะคิดต่อการตรวจมะเร็ง

ปากมดลูก และแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

FRECEDE Framework เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังกล่าวแล้วข้างต้น การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตรงกับแนวคิดในขั้นตอนที่ 4 ของกระบวนการ ส่วนความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรค ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model) ทักษะคิดที่มีต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นปัจจัยนำ การรับรู้ นโยบายขององค์กรที่ดำเนินการตามกระทรวงสาธารณสุข การรับรู้ สิทธิการรักษาของตนเอง การเข้าถึงสถานบริการ การได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ โดยมีปัจจัยทางชีวสังคมซึ่งได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และจำนวนบุตร มาเป็นตัวแปรอธิบาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนต่างๆ มากำหนดเป็นแนวคิดในการศึกษาวิจัยดังต่อไปนี้

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ตัวแปรอิสระ



ภาพที่ 7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## สมมติฐานในการวิจัย

จากการศึกษาและประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

### สมมติฐานที่ 1

ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะคิดต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งได้แก่การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

### สมมติฐานที่ 2

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและ การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข สิทธิการรักษา และนโยบายของโรงพยาบาลกลาง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

### สมมติฐานที่ 3

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

## อุปกรณ์และวิธีการ

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประเภทการสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล มีวัตถุประสงค์เพื่อวิจัยถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มบุคลากรหญิงที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

### ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ กลุ่มบุคลากรหญิงในโรงพยาบาลกลาง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่แต่งงานแล้วโดยเข้าร่วมโครงการตรวจมะเร็งปากมดลูกประจำปี ที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก สูติรีเวชกรรมชั้น 3 โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 299 คน (หน่วยงานสูติรีเวชกรรม, 2552- 2553)

### กลุ่มตัวอย่าง

เป็นกลุ่มบุคลากรหญิงในโรงพยาบาลกลาง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่แต่งงานแล้ว มารับบริการตรวจที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกสูติรีเวชกรรมชั้น 3 โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 299 คน โดยมาคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Yamane (อ้างถึงใน บุญธรรม, 2546) ดังนี้

สูตร

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

เมื่อ

$n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$N$  = จำนวนสมาชิกประชากร

E= ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างกำหนดให้ = 0.05

$$\text{แทนค่าในสูตร} = \frac{299}{1 + (299)(0.05)^2} \quad n = 171$$

ในการวิจัยครั้งนี้ประชากร 299 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างคือ 171 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

**ลักษณะของเครื่องมือ**

ลักษณะเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการรวบรวมเอกสาร ตำราวิชาการ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 7 ส่วนดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ(Check list) และแบบเติมข้อความ (Open ended)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือกคือ ถูก ผิด ไม่ทราบ จำนวน 20 ข้อ

**เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล**

ตอบถูก	ให้	1 คะแนน
ตอบผิด	ให้	0 คะแนน
ตอบไม่ทราบ	ให้	0 คะแนน

การแปลผลโดยแบ่งระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยจากค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$  (บุญธรรม, 2549) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

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

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

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

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านทัศนคติต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดประเมินค่า (rating scale) ตามแบบวัดของลิเคอร์ท (Likert scale) ที่มีมาตรวัด 5 ระดับ ซึ่งคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละประโยค โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (อ้างถึงใน บุญธรรม, 2549: 6)

#### ข้อความที่มีความหมายทางบวก

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

#### ข้อความที่มีความหมายทางลบ

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

เกณฑ์การพิจารณาระดับของการคิดเห็นเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยจากค่า มัชฌิมเลขคณิตของคะแนน ที่ได้คือ  $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$  (บุญธรรม, 2549) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ได้คะแนนอยู่ใน  $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$  ถึง คะแนนสูงสุด

มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ในช่วง  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

มีทัศนคติอยู่ในระดับน้อย ได้คะแนนอยู่ในช่วง คะแนนต่ำสุด ถึง  $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ ความรุนแรงของโรค ใช้แบบวัดที่มีลักษณะเป็น แบบประมาณค่า Rating scale (บุญธรรม, 2549) กำหนดให้มีคำตอบ 5 ช่วงมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

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

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

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

เกณฑ์การพิจารณาระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยจากค่า มัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ  $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$  (บุญธรรม, 2549) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง ได้คะแนนอยู่ใน  $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$  ถึง คะแนนสูงสุด  
 มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ในช่วง  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$   
 มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ ได้คะแนนอยู่ในช่วง คะแนนต่ำสุด ถึง  $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$

ตอนที่ 5 ปัจจัยอื่น ซึ่งได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข ที่บุคลากรหญิงเข้าไปใช้บริการตรวจได้อย่างสะดวก สิทธิการรักษา และการรับรู้นโยบายการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลกลาง ใช้แบบวัดที่มีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า rating scale กำหนดให้มีคำตอบ 5 ช่วง และเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

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

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

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

เกณฑ์การพิจารณาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยจากค่า มัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ  $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$  (บุญธรรม, 2549) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

การได้รับปัจจัยเอื้อในระดับมาก ได้คะแนนอยู่ใน  $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$  ถึง คะแนนสูงสุด

การได้รับปัจจัยเอื้อในระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ในช่วง  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

การได้รับปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับน้อย ได้ช่วงคะแนนต่ำสุด ถึง  $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$

ส่วนที่ 6 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ ใช้แบบวัดที่มีลักษณะเป็นแบบ Rating Scale (บุญธรรม, 2549) กำหนดให้มีคำตอบ 5 ช่วงมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

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

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

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

เกณฑ์การพิจารณาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยเสริม แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยจากค่า มัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ  $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$  (บุญธรรม, 2549) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับดีมาก คะแนนอยู่ในช่วง  $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$  ถึง คะแนนสูงสุด

ระดับกลาง ได้คะแนนอยู่ในช่วง  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

ระดับน้อย ได้คะแนนอยู่ในช่วง คะแนนต่ำสุด ถึง  $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามข้อมูล เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการรับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูก ของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบปฏิบัติ ด้วยการมารับบริการตรวจ ตามเกณฑ์ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ก่อนข้างบ่อย ไม่แน่ใจ น้อย ไม่เคย กำหนดให้มีคำตอบ 5 ช่วงมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ	ได้	5 คะแนน
ก่อนข้างบ่อย	ได้	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้	3 คะแนน
น้อย	ได้	2 คะแนน
ไม่เคย	ได้	1 คะแนน

เกณฑ์การพิจารณาระดับพฤติกรรมกรรมการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยจากค่า มัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ  $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$  (บุญธรรม, 2549) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

มีพฤติกรรมปฏิบัติระดับดี ได้คะแนนอยู่ใน  $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$  ถึง คะแนนสูงสุด

มีพฤติกรรมปฏิบัติระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ในช่วง  $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$

มีพฤติกรรมปฏิบัติควรปรับปรุง ได้คะแนนอยู่ในช่วง คะแนนต่ำสุด ถึง  $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$

## การสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้าจาก เอกสาร ตำราวิชาการ จากแนวคิด ทฤษฎี เนื้อหา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากการตรวจเอกสาร ที่เกี่ยวกับการสร้างแบบสอบถาม สำหรับการวิจัย
2. สร้างแบบสอบถาม ที่ได้จากการศึกษา
3. ตรวจสอบความครอบคลุมของแบบสอบถามตาม ขอบเขต และ โครงสร้างของเนื้อหาที่จะใช้ในการวิจัยให้ครอบคลุมทุกประเด็น
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบ โครงสร้าง เนื้อหาของแบบสอบถาม และภาษาที่ใช้
5. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

5.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสูตินรีเวชกรรม จำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ก) ตรวจสอบความถูกต้อง ขอบเขตความครอบคลุมของเนื้อหาและ ความรัดกุมในการใช้ รวมทั้งขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

5.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลาง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่แต่งงานแล้ว จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร Alpha of Cronbach ดังนี้

5.2.1 ในส่วนของการวัดความรู้ นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีของ Kuder Richardson (KR- 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ .81 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อที่มีค่าความเชื่อมั่นตามเกณฑ์ในเรื่องของความรู้ จำนวน 20 ข้อ

5.2.2 ในส่วน of แบบวัดทัศนคติ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบวัดทัศนคติ มีค่าความเชื่อมั่น ตั้งแต่ .78 ขึ้นไป จำนวน 15 ข้อ

5.2.3 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีค่าความเชื่อมั่น ตั้งแต่ .87 ขึ้นไป จำนวน 24 ข้อ

5.2.4 ปัจจัยเอื้อผลการวิเคราะห์พบว่า แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่น ตั้งแต่ .88 ขึ้นไป จำนวน 13 ข้อ

5.2.5 ปัจจัยเสริม ผลการวิเคราะห์ ได้ค่าความเชื่อมั่น ตั้งแต่ .89 ขึ้นไป จำนวน 15 ข้อ

5.2.6 พฤติกรรมการมารับบริการตรวจ วัดด้วยการปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่น ตั้งแต่ .90 ขึ้นไป จำนวน 15 ข้อ

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลกลาง
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก สูดินรีเวชกรรม โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 2 เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2555 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2555 ได้แบบสอบถามครบ 171 ชุด คิดเป็น 100% และนำมาตรวจสอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ทำการเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 171 ชุด ตรวจสอบความสมบูรณ์และ นำมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยมีการดำเนินการตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ลักษณะทางชีวสังคม และข้อมูลการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยสถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) โดยการวิเคราะห์ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์แต่ละปัจจัยระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

## ผลและวิจารณ์

### ผล

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประเภทการสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่แต่งงานแล้ว จำนวน 171 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และ PRECEDE Framework

นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ คำนวณค่าสถิติ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติพรรณนา หาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สถิติอ้างอิง หาค่าความสัมพันธ์ด้วย สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมกรรมการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง ตามที่ตั้งสมมติฐานไว้ 3 ข้อ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในรูปตารางประกอบคำอธิบาย โดยแบ่งเป็น 3 ตอนที่สำคัญดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และจำนวนบุตร

ตอนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษามีดังนี้

2.1 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะคิดต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรค

2.2 ปัจจัยอื่นที่ได้อีก ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข ที่บุคลากรหญิงเข้าไปใช้ บริการตรวจได้อย่างสะดวก สิทธิการรักษา และการรับรู้ นโยบายการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูก ในโรงพยาบาลกลาง

2.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆ การได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และ บุคลากรทางการแพทย์

2.4 พฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลาง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ได้กำหนดไว้

ตอนที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม

ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรสและจำนวนบุตร

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม

(n= 171)		
ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อายุ		
35 – 40 ปี	76	44.4
41 – 46 ปี	37	21.6
47 – 52 ปี	36	21.1
53 ปี ขึ้นไป	22	12.9
$\bar{X}$ = 43.35	S.D. =6.87	min. = 35 ปี      max. = 59 ปี

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

(n = 171)		
ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	50	11.7
มัธยมศึกษา	61	35.7
ปริญญาตรี	80	46.8
ปริญญาโท	10	5.8
3. อาชีพ		
รับราชการ	90	52.7
ลูกจ้างประจำ	70	40.9
พนักงานประกันสังคม	10	5.8
ลูกจ้างชั่วคราว	1	.6
4. สถานภาพสมรส		
คู่	152	88.9
หม้าย	12	7.0
หย่า	6	3.5
แยก	1	.6
5. จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	58	33.9
บุตร 1 คน	43	25.2
บุตร 2 คน	57	33.3
บุตร 3 คนขึ้นไป	13	7.6
$\bar{X} = 1.17$	S.D. = 1.04	min. = 0 (ไม่มีบุตร)      max. = 5 คน

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 35 - 40 ปี ร้อยละ 44.4 รองลงมาคือ มีอายุ ระหว่าง 41 - 46 ปี ร้อยละ 21.6 มีการศึกษาที่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.8 รองลงมาที่ระดับ มัธยมศึกษา ร้อยละ 35.7 ประกอบอาชีพ รับราชการ ร้อยละ 52.6 รองลงมาคือ ลูกจ้างประจำ ร้อยละ 40.9 มีสถานภาพสมรส เป็นคู่หรือแต่งงานแล้ว ร้อยละ 88.9 รองลงมา เป็น หม้าย ร้อยละ 7.0 ไม่มีบุตร ร้อยละ 33.9 รองลงมาคือ มีบุตร 2 คน ร้อยละ 33.3

## ตอนที่ 2 ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะคิดต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรค

### 2.1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

ระดับความรู้		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	(คะแนน 15.01-20.00)	51	29.8
ระดับปานกลาง	(คะแนน 10.86-15.00)	72	42.1
ระดับต่ำ	(คะแนน 3.00-10.85)	48	28.1

$\bar{X} = 12.95$       S.D. = 4.20      min. = 3      max. = 20

จากตารางที่ 2 พบว่า บุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลางส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.1 รองลงมา มีความรู้ระดับสูง ที่ร้อยละ 29.8

### 2.1.2 ทักษะการตรวจมะเร็งปากมดลูก

**ตารางที่ 3** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามของระดับด้านทักษะการตรวจ มะเร็งปากมดลูก

(n=171)		
ระดับทัศนคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (คะแนน 65.82- 75.00)	55	32.2
ระดับปานกลาง (คะแนน 58.31- 65.81)	64	37.4
ระดับไม่ดี (คะแนน 41.00- 58.30)	52	30.4

$$\bar{X} = 62.06 \quad S.D. = 7.51 \quad \text{min.} = 41 \quad \text{max.} = 75$$

จากตารางที่ 3 พบว่า บุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลางส่วนใหญ่มีทัศนคติที่มีต่อการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.4 รองลงมาที่ระดับดี ร้อยละ 32.2

2.1.3 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

**ตารางที่ 4** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

(n = 171)		
ระดับการรับรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (คะแนน 100.20- 120.00)	53	31.0
ระดับปานกลาง (คะแนน 87.05- 100.19)	60	35.1
ระดับน้อย (คะแนน 64.00 - 87.04)	58	33.9

$$\bar{X} = 93.62 \quad S.D. = 13.14 \quad \text{min.} = 64 \quad \text{max.} = 120$$

จากตารางที่ 4 พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.1 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 33.9

2.2 ปัจจัยอื่น ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข ที่บุคลากรหญิงเข้าไปใช้ บริการตรวจได้อย่างสะดวก สิทธิการรักษา และการรับรู้ นโยบายการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูก ในโรงพยาบาลกลาง

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปัจจัยอื่น

			(n = 171)
ระดับปัจจัยอื่น		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	(คะแนน 57.73- 65.00)	58	33.9
ระดับปานกลาง	(คะแนน 51.99- 57.72)	56	32.7
ระดับน้อย	(คะแนน 40.00- 51.98)	57	33.3

$\bar{X} = 54.86$     S.D. = 5.71    min. = 40    max. = 65

จากตารางที่ 5 พบว่าบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง สามารถเข้าไปใช้บริการได้อย่าง สะดวกได้รับสิทธิการรักษาและการรับรู้ นโยบายการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาล กลางอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 33.9 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 33.3

2.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่าง ๆ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปัจจัยเสริม

ระดับปัจจัยเสริม		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	(คะแนน 63.33 - 75.00)	56	32.7
ระดับปานกลาง	(คะแนน 53.00 - 63.32)	70	40.9
ระดับน้อย	(คะแนน 28.00 - 52.99)	45	26.3

$\bar{X} = 58.16$       S.D. = 10.33      min. = 28.00      max. = 75.00

จากตารางที่ 6 พบว่าบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารและแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.9 รองลงมาอยู่ใน ระดับมาก ร้อยละ 32.7

## 2.4 พฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูก ของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 171)

พฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (คะแนน 41.81 - 65.00)	45	26.3
ระดับปานกลาง (คะแนน 37.72 - 41.80)	38	22.2
ระดับควรปรับปรุง (คะแนน 16.00 - 37.71)	88	51.5

$\bar{X} = 37.27$     S.D. = 9.08    min. = 16    max. = 65

จากตารางที่ 7 พบว่า พฤติกรรม ปฏิบัติด้วยการมารับบริการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูก อยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง ร้อยละ 51.5 รองลงมา มีพฤติกรรมปฏิบัติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 26.3

### ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยนำ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก	.288*	.000
ทัศนคติต่อการตรวจโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก	.191*	.012
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	.306*	.000

\* p < .05

จากตารางที่ 8 พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก ทัศนคติต่อการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูก และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเรื้องปากมดลูก และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 1

**ตารางที่ 9** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมกรรมการมารับบริการตรวจ  
มะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยเอื้อ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การมีและการเข้าถึงสถานบริการ สิทธิการรักษาและการรับรู้นโยบาย การคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูก ในโรงพยาบาลกลาง	.315**	.000

\*\*p < .01

จากตารางที่ 9 พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขสิทธิ  
การรักษาและการรับรู้นโยบาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการมารับบริการตรวจ อย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 2

**ตารางที่ 10** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมกรรมการมารับบริการตรวจ  
มะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยเสริม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใน ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์	.414**	.000

\*\*p < .01

จากตารางที่ 10 พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับแรง  
สนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับ  
พฤติกรรมกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง อย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 3

## วิจารณ์

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง มีประเด็นที่สำคัญที่พบและนำมาเป็นข้อวิจารณ์มีสาระสำคัญดังนี้

### ปัจจัยนำ

จากการศึกษาปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะคิดต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.1 ทักษะคิดต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.4 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.1

จากการศึกษาปัจจัยนำ พบว่า ความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ เทวินทร์ (2548) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการบำบัดด้วยรังสีรักษา จำนวน 84 คน พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองที่แตกต่างกันย่อมทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองจากการได้รับการบำบัดด้วยรังสีรักษาที่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับ เนตรทิพย์ (2553) ซึ่งศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบล ดอนมะโนรา จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยนำไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีภูมิหลังแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งทำงานอยู่โรงพยาบาล และระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.8 ขณะเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างของเนตรทิพย์ เป็นสตรีในเขตตำบล ดอนมะโนรา ส่วนใหญ่จบศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.0 ดังนั้นเมื่อภูมิหลังต่างกัน จึงมีความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับ สุนิตย์ตา (2551) ซึ่งศึกษาถึงการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก เป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีทั่วไปที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีอาชีพพนักงานทั่วไป ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอาชีพรับราชการ มีระดับ

การศึกษาที่ระดับปริญญาตรี จึงเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สามารถรับรู้ปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน

ทัศนคติต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่าส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.4 และพบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ โสภิตา (2544) ที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี จ.สุพรรณบุรีพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่มีต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง เพียงเพราะว่าเสียเวลา และเสียค่าใช้จ่าย ในการมาตรวจรักษาที่แพงและควรจะตรวจเมื่อมีอาการเท่านั้น ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีทัศนคติที่ดีในการมารับบริการตรวจ ซึ่งไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่เสียเวลาในการรอคอยตรวจรักษาที่นาน เห็นความสำคัญของการมารับบริการตรวจที่แตกต่างกัน

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ เจริญ (2547) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าสตรีในอำเภอท่าเรือมีการรับรู้ในเรื่องของโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคได้เป็นอย่างดี ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

### ปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข สิทธิการรักษา การรับรู้นโยบายตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง พบว่ากลุ่มบุคลากรหญิงรับทราบสิทธิรักษาของตนเอง รับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับที่มาก ร้อยละ 33.9

จากผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 สอดคล้องกับจำปี (2551) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อธิบายได้ว่า สาเหตุของการมีพฤติกรรม มาจากหลายปัจจัยมาก โดยเฉพาะปัจจัยเอื้อ เช่น ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการ

สิทธิการรักษา การรับฐานโยบายการคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูก ทำให้เกิดพฤติกรรมมารับ  
บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายขึ้น

### ปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล  
ในครอบครัว เพื่อน และ บุคลากรทางการแพทย์พบว่า กลุ่มบุคลากรหญิงได้รับข้อมูลข่าวสาร และ  
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๘๑.๙

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็ง  
ปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับจำปี (2551) ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผล  
ต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม  
ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูก อธิบายได้ว่า  
ปัจจัยเสริมจากการได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัว  
เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม การกระตุ้นเตือนถ้ามีมาก  
พฤติกรรมมารับบริการตรวจดีขึ้นด้วย

## สรุปและข้อเสนอแนะ

### สรุป

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกของบุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลางเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่แต่งงานแล้ว ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายตามกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2550 จำนวน 171 คน โยทำการศึกษาดังความสัมพันธระหว่างปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะการตรวจมะเร็งเรื้อรังปากมดลูก การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่ง ได้แก่ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเรื้อรังปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งเรื้อรังปากมดลูก ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมี การเข้าถึงสถานบริการ สิทธิการรักษา และการรับรูนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกของบุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลางกับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งเรื้อรังปากมดลูก ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งเรื้อรังปากมดลูก

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ บุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลาง จำนวน 171 คน ได้มาโดยคัดเลือกแบบเจาะจง(Purposive Sampling) มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 171 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน หาค่าความเชื่อมั่นในแบบวัด ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีของ Kuder Richardson (KR 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ .81 แบบสอบถามวัดทัศนคติต่อการตรวจมะเร็งเรื้อรังปากมดลูก ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78 แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเรื้อรังปากมดลูก และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .87 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการทางด้านสาธารณสุข สิทธิการรักษา และการรับรูนโยบาย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

จากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89  
แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .90

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ข้อสรุปผลการวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง ซึ่งสรุปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

**ปัจจัยนำ** ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.1 มีทัศนคติต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.4 และมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.1

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 ว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก ทัศนคติต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานที่ 1

**ปัจจัยเอื้อ** ได้แก่ ปัจจัยเอื้อ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข สิทธิการรักษา และการรับรู้ นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน โรงพยาบาลกลาง ของบุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลางส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 33.9

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 ว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข สิทธิการรักษา และการรับรู้ นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลางมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 2

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และ บุคลากรทางการแพทย์พบว่าบุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลาง ส่วนใหญ่ ได้รับปัจจัยเสริมในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.9

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3 พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และ บุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 3

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลาง ผลการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

1. จากผลการศึกษาพบว่า บุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลาง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นทางโรงพยาบาลควรมีนโยบาย ให้บุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลาง มีพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระดับที่สูงขึ้น เนื่องจากต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชน ซึ่งต้องดำเนินการในเชิงนโยบาย และกำหนดกิจกรรมที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดย มุ่งเน้นเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อจะได้เกิดความตระหนักว่ามารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ไม่จำเป็นต้องรอให้มีอาการแสดงออกมาก่อน หรืออาการอึดถึงการไม่มีเวลารับบริการตรวจ

2. จากผลการศึกษาพบว่าบุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลาง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางจึงควรมีนโยบายในกาฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ให้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค มีนโยบายตรวจคัดกรองตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิงอย่างต่อเนื่องด้วย การมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ทุกปี ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายของโรงพยาบาลฯ ไปถึงการให้ความสะดวก สบาย มีความพึงพอใจ ในการมารับบริการตรวจในหน่วยงานที่เปิดรับบริการต่อไป

### ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรจัดโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกปี เพราะบุคลากรหญิงทำงานทางด้านสาธารณสุข ควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ แม้จะไม่มีอาการแสดงของโรค เพื่อเป็นการค้นหาเซลล์มะเร็งในระยะเริ่มแรก พร้อมทั้งสามารถให้ความรู้ ให้คำแนะนำแก่ผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้เป็นอย่างดี

2. ควรจัดกิจกรรมการรณรงค์ให้กลุ่มบุคลากรหญิงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยเน้นให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกและเน้นให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อเสริมความรู้ การรับรู้ ทักษะคิด โดยใช้รูปแบบต่างๆ ส่งเสริมให้กลุ่มบุคลากรหญิง มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

2. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มบุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

3. ควรขยายผลการศึกษาโดยใช้ผลของการตรวจ Pap Smear มาเป็นตัวแปรในการศึกษาวิจัย

## เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2545. คู่มือสำหรับพยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คนไข้ และญาติคนไข้.

แหล่งที่มา: [http // www. Dms. Moph. go. th / dms/ index. Php](http://www.Dms.Moph.go.th/dms/index.Php), 30 เมษายน 2550.

กองอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2550. โครงสร้างอวัยวะสืบพันธุ์สตรี.

แหล่งที่มา: [http:// rh. Anamai. Moph. Go. th/ cancer. html](http://rh.Anamai.Moph.Go.th/cancer.html), 30 เมษายน 2550.

กรุงเทพมหานคร. 2542. จากเทศบาลกรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, กรุงเทพฯ.

จตุพล ศรีสมบูรณ์. 2549. มะเร็งวิทยานรีเวช.ภาคสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

เจษฎา ศรีงาม. 2547. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จันทิมา ฤกษ์เดือนฤทธิ, พัชรี ศรีสังข์, พัชรินทร์ ขวัญชัย และ ลาวัณย์ รัตนเสถียร. 2545. ความรู้เรื่องโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงจังหวัดนครนายก. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

จำปี ยังวัฒนา. 2551. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอเมือง จ.สมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

เทวินทร์ วาริศรี. 2548. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการบำบัดด้วยรังสีรักษา ศูนย์มะเร็งลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- ชนพัต ชินเจริญทรัพย์. 2547. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มหญิงวัยทอง  
ของสถานีนอมนัยหนองพงนก ตำบลสระพัฒนา อำเภอ กำแพงแสน จังหวัดนครปฐม.  
สารนิพนธ์ปริญญาตรี, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ธิดาณี กมลเปรม. 2548. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก  
ในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว อยู่กินกับสามีในเขตตำบลท่าเสา อำเภอหาดใหญ่  
จังหวัดสงขลา. สารนิพนธ์ปริญญาตรี, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีรพล เจนวิทยา. 2549. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ณ ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี.  
ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- นรินทร์ วรวิทย์. 2548. ตำรามะเร็งวิทยา 2. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- เนตรทิพย์ กาญจนพิศาล. 2553. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปาก  
มดลูกของสตรีในเขตตำบลดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นันทกานต์ เอี่ยมวานานนทชัย. 2548. คู่มือสำหรับประชาชน. ศูนย์วิจัยศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง,  
สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2549. สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. จามจุรีโปรดักท์,  
กรุงเทพฯ ฯ.
- \_\_\_\_\_. 2549. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. จามจุรีโปรดักท์,  
กรุงเทพฯ ฯ.
- พรรณิภา ชรรณวิรัช และประอรนุช ตุลยาธร. 2546. การพยาบาลนรีเวชกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 4.  
เรือนแก้วการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

โรงพยาบาลกลาง. 2554. **ครบรอบ 113 ปี โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร**  
**24 พฤษภาคม 2554. ศักดิ์โสภากาการพิมพ์. กรุงเทพฯ.**

วรรณเพ็ญ เบ็ญจชัย, อิตถิ ชนไมตรี, ศิวาลัย ชนภัทร, เทวินทร์ โกสยตระกูล, สายพิน ตั้งศรีชด์  
 และ อาคม เขียรศิลป์. ม.ป.ป.. **มะเร็งปากมดลูก. งาน โสตทัศนศึกษาและเวชสาริต**  
**สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, กรุงเทพฯ.**

วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร. 2544. **อุปสรรคด้านความรู้กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี**  
**ในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. สารนิพนธ์ปริญญาตรี, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**

ศูนย์มะเร็งลพบุรี. 2544. **เอกสารการฝึกอบรมพยาบาลรังสีรักษา. 25- 27 เมษายน 2544**  
**ณ ห้องประชุมสิริศักดิ์ภูริพัฒน์, ลพบุรี.**

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2548. **คู่มือการตรวจภายในและการทำPap Smear.**  
**สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, กรุงเทพฯ.**

\_\_\_\_\_. 2549. **แผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่**  
**เหมาะสมในประเทศไทย. บริษัทไทยเพรสจำกัด, กรุงเทพฯ.**

\_\_\_\_\_. 2550. **คู่มือการตรวจภายในและการทำPap Smear. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ,**  
**กรุงเทพฯ.**

สมบูรณ์ คุณาธิคม. 2548. **นรีเวชวิทยา. พี เอ ลีฟวิ่ง, กรุงเทพฯ.**

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สำนักตรวจ และ ประเมินผล. 2550. **แผนการตรวจ**  
**ราชการ และ ประเมินงาน, กรุงเทพฯ.**

สุนิตย์ดา เทพศิริพันธุ์. 2551. **การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกของ**  
**สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการตรวจในโรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์**  
**กรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ปริญญาตรี, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.**

- โตภิตา คำทอง. 2544. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก  
ในสตรีในจังหวัดสุพรรณบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- หน่วยงานผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม. 2549. **ทะเบียนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจ  
มะเร็งปากมดลูกรายวัน ประจำปี พ.ศ. 2549- 2553.** แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม  
โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์, กรุงเทพฯ.
- หน่วยงานผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม. 2552. **ทะเบียนผู้ป่วยนอกของเจ้าหน้าที่บุคลากร  
โรงพยาบาลกลางที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกรายวัน ประจำปี 2552-2553.**  
โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์, กรุงเทพฯ.
- Barrera, M. 1987. **Social support in the adjustment of pregnant adolescents: assessment  
Issue.** pp. 69-96. *In Social networks and Social support.* Sa- GE Publication, London.
- Becker, M.H., L.A. maiman. And I.M. Rosenstock. 1977. **The health belief model and  
personal behavior.** New Jersey. Charles B. Slack.
- Cobb, S. 1976. Social support as moderator of life stress. **Psychosomatic Med** 38: 300-315.
- Green, L.W. and M.W, Kreuter. 1991. **Health Promotion Planning: An Educational and  
Environment Approach.** Mayfield Publishing Company, Toronto.
- Kahn, R.L. 1979. **Aging and social support, Aging from birth to death: Interdisciplinary  
perspective.** Boulder, Colo: westview press. Prentice- Hall, New York.
- National Cancer Institute. 1996. Cancer registry NCI 1996. **National K  
Cancer Institute Department of medical services ministry of public health,**  
New York. 27.

Oberst, M.T., Hughes, S.H., Chang, A.S. and Mc. Cubbin, M.A. 1991. Self-Care Burden, Stress Appraisal and Mood Among Persons Receiving Radiotherapy. **Cancer Nursing**. 22(2): 71-78.

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

Rosenstock, I.M. 1974. **The health belief model and preventive health behavior**. Health Education Quarterly 11 (2): 1-47.

WHO. 1996. **Cancer pain relief with a Guide to period availability**. Book group. 2nd Geneva.





ภาคผนวก ก  
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

## รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. ศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิต ศรีประโมทย์ ผู้ตรวจราชการ 10 (ข้าราชการบำนาญ)  
สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2. นายแพทย์วิชัย ชวาลไพบูลย์ นายแพทย์ 8 วช. หน่วยงานผู้ป่วยนอก  
สูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง  
สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร
3. แพทย์หญิงชลิตา ประสาทสกุลชัย นายแพทย์ 7 วช. หน่วยงานผู้ป่วยนอก  
สูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง  
สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร
4. นางสาวทัศนีย์ บุญมี พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอก  
สูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง  
สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร
5. นางสาวลัดดา ทองมานะเสถียร พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. หน่วยงานผู้ป่วยนอก  
สูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง  
สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร



ภาคผนวก ข  
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

### แบบสอบถาม

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิง

โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิงในโรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ข้าพเจ้าขอความร่วมมือกับทุกท่าน ตอบแบบสอบถามต่อไปนี้ ซึ่งตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด และขอรับรองว่าคำตอบที่ได้ จะเก็บไว้เป็นความลับไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ให้ข้อมูล

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 7 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทางชีวสังคม	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 3 ทักษะคิดต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 4 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน 24 ข้อ
ส่วนที่ 5 ปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 6 ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 7 พฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก	จำนวน 15 ข้อ

ผู้ทำการวิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจนครบถ้วนสมบูรณ์

นางสาวสุนิต์ดา เทพศิริพันธุ์

นิสิตปริญญาโท สาขาสุศึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

## แบบสอบถาม

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด

1. ปัจจุบันท่านอายุ .....ปี
2. ท่านจบการศึกษาระดับใด
 

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) .....
3. อาชีพของท่านคือ
 

<input type="checkbox"/> รับราชการ	<input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ
<input type="checkbox"/> พนักงานประกันสังคม	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) .....
4. สถานภาพสมรสของท่าน
 

<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> หม้าย
<input type="checkbox"/> หย่า	<input type="checkbox"/> แยก
5. ท่านมีบุตร .....คน

## ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่เห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

- ถูก           หมายความว่า ท่านเห็นว่าข้อความในข้อนั้นถูกต้อง  
 ผิด            หมายความว่า ท่านเห็นว่าข้อความในข้อนั้นผิด  
 ไม่ทราบ    หมายความว่า ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ทราบว่าถูกหรือผิด

ข้อความ	คำตอบ		
	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. ปากมดลูกคือส่วนที่อยู่ต่ำสุดของมดลูกซึ่งยื่นออกมานอกช่องคลอด			
2. การตรวจมะเร็งปากมดลูกไม่จำเป็นต้องตรวจหากไม่มีอาการผิดปกติใดๆ			
3. การตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปีเป็นการค้นหาและป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก			
4. การตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ได้ผลดีและถูกต้องควรหมดประจำเดือน5-7วัน			
5. การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจแพทย์สันนิษฐานว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก			
6. มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์			
7. สตรีที่แต่งงานแล้วมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าสตรีที่ไม่แต่งงาน			
8. สตรีที่มีบุตรมากเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก			
9. สตรีที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่ไม่สูบบุหรี่			
10. สตรีที่มีคู่นอนหลายคนมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มาก			
11. สตรีที่เป็นโรคหูดหงอนไก่ (HPV ชนิด 6, 11) มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกได้			
12. อาการปวดท้องน้อยบริเวณอุ้งเชิงกรานร้าวไปถึงสะโพกเป็นอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม			
13. อาการที่บ่งบอกว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกคือตกขาวมีกลิ่นเหม็นและมีเลือดออกหลังร่วมเพศ			
14. การรักษามะเร็งปากมดลูกมี4วิธีคือผ่าตัด ฉายแสง การฉายแสงร่วม กับการให้ยา การให้เคมีบำบัด			
15. สตรีที่ตัดมดลูกแล้วมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกได้อีก			
16. การป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ดีที่สุด คือการไม่เปลี่ยนคู่นอนหลายคน			
17. มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่รักษาไม่หาย			
18. สตรีที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นเวลานานมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก			
19. ปัจจุบันมะเร็งปากมดลูกมีวัคซีนฉีดป้องกันแล้ว			
20. การฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกควรฉีด 3 เข็ม ห่างกัน 0, 1, 6 เดือน			

### ส่วนที่ 3 ทักษะคิดต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่เห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว จงอ่านข้อคำถามและเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดตรงกับข้อความนั้นมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดไม่แน่ใจกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดไม่ตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. เมื่อสตรีมีอายุ 35 ปีขึ้นไปควรมารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูก					
2. สตรีโสดไม่จำเป็นต้องตรวจมะเร็งปากมดลูก					
3. ท่านคิดว่าการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่อง ที่น่าอาย					
4. ท่านคิดว่าการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ควรตรวจกับแพทย์หญิงเท่านั้น					
5. ท่านเชื่อว่าการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกเป็นวิธี ที่ดีในการค้นหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก					
6. ท่านเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์เฉพาะคู่นอนของตน เป็นการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกได้					
7. ท่านเชื่อว่าการตรวจมะเร็งปากมดลูกไม่มีผลดี และ ไม่มีประโยชน์แก่ตัวท่านเลย					
8. ท่านคิดว่าควรมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเมื่อ มีเลือดออกทางช่องคลอดมานานและนานผิดปกติ					
9. ท่านรู้สึกกลัวและ รับประทานไม่ได้ถ้ามารับบริการตรวจแล้ว พบว่าตัวเองเป็นมะเร็งปากมดลูก					
10. ท่านรู้สึกไม่พอใจเมื่อมีคนมาแนะนำให้ท่านตรวจ มะเร็งปากมดลูก					
11. ท่านพอใจเมื่อมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกและ เล่าอาการเจ็บป่วยให้แพทย์ฟัง					

### ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
12. ท่านรู้สึกกลัวเมื่อมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก คนเดียว					
13. ท่านคิดว่าการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นสิ่งที่ควรกระทำอย่างยิ่งเพื่อสุขภาพที่ดีของตนเอง					
14. การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องของ เคราะห์กรรม					
15. การดูแลรักษาสุขภาพตนเองควรทำอย่างสม่ำเสมอ					

### ส่วนที่ 4 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความคิดเห็นที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

มากที่สุดโดยเลือกตอบตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
- เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
- ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดไม่ตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดไม่ตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก					
1. สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยมีโอกาasเป็น มะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีทั่วไป					
2. สตรีที่ไม่เคยมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก					
3. การมีคู่นอนหลายคนมีความเสี่ยงสูงขึ้นตามคู่นอน ที่เพิ่มขึ้น					

ส่วนที่ 4 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก					
4. สตรีที่แต่งงานกับชายที่มีคู่นอนหลายคน มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก					
5. การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เช่น ซิฟิลิส หูดหนองใน เริม ที่อวัยวะเพศทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก					
6. สตรีที่ติดเชื้อเอชพีวีมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีทั่วไป					
7. การอักเสบของปากมดลูกบ่อยๆเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก					
8. สตรีที่รับประทานยาคุมกำเนิดหรือฮอร์โมนเกิน 10 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก					
9. สตรีที่เคยแต่งงานแล้วมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่เป็นโสด					
10. สตรีที่ผ่านการตั้งครรภ์และคลอดบุตรหลายครั้งมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีทั่วไป					
11. ผู้ชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูกเมื่อแต่งงานใหม่ภรรยาใหม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก					
12. สตรีที่มีอารมณ์เคร่งเครียด หงุดหงิดเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก					
13. สตรีที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีทั่วไป					
14. สตรีที่ไม่เคยผ่านการมีเพศสัมพันธ์แต่มีคนในครอบครัวเป็นมะเร็ง มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีทั่วไป.					

ส่วนที่ 4 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรค</b>					
15. มะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามสามารถลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆได้					
16. ในระยะลุกลามอาจมีเลือดออกผิดปกติหลังหมดประจำเดือนหรือ หลังร่วมเพศ					
17. ในระยะลุกลาม บางรายอาจมีอาการปวดท้องมาก ซึ่งเกิดจากการอักเสบของปากมดลูก					
18. เมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เจ็บปวด ทุกข์ทรมานไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้					
19. เมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้ครอบครัวขาดแรงงานและรายได้					
20. หากเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จะเป็นปัญหาต่อการใช้ชีวิตคู่และ การมีเพศสัมพันธ์					
21. การแพร่กระจายของมะเร็งไปอุดกั้นบริเวณหลอดไต ทำให้เกิดภาวะไตวายได้					
22. การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองทำให้เกิดการอุดกั้นบริเวณต่อมน้ำเหลืองต่างๆเช่นที่ขาหนีบทำให้ขาบวมได้					
23. การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยรังสี จะมีผลต่อรังไข่ ทำให้เป็นหมัน หรือมีอาการร้อนวูบวาบ หงุดหงิด อารมณ์เสียบ่อยๆ					
24. การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยการให้เคมีบำบัด มีผลทำให้ผมร่วง ทำให้สตรีเกิดความอาย และสูญเสีย ความเชื่อมั่นในตนเอง					

### ส่วนที่ 5 ปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่เห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

จงอ่านข้อคำถามและ เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด  
เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่  
ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าจะมีความเชื่อหรือ ความรู้สึกนึกคิดตรงกับข้อความนั้น  
ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดไม่ตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่  
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดไม่ตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านทราบว่าจะต้องมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่หน่วยงาน ผู้ป่วยนอกสูติรีเวชกรรม					
2. ท่านมีเวลาไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก					
3. การตรวจมะเร็งปากมดลูกใช้เวลาไม่นาน					
4. ท่านสะดวกในการเดินทางไปตรวจมะเร็งปากมดลูก					
5. ท่านเห็นด้วยกับนโยบายของโรงพยาบาลที่ให้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก					
6. การณรงค์ให้บุคลากรหญิง โรงพยาบาลกลางมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องทุกปี					
7. ท่านทราบว่าสิทธิการรักษาของท่านสามารถตรวจมะเร็งปากมดลูกได้					
8. วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกไม่สามารถใช้สิทธิการรักษาในการฉีดป้องกันได้					
9. ถ้าเจ้าหน้าที่ไม่โทรตาม ในปีนั้นก็จะได้ไม่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเลย					
10. ถ้ามีตักขาท่านมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ทันที					

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
11. เจ้าหน้าที่แนะนำให้ท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนตรวจ					
12. ท่านได้รับคำแนะนำจากแพทย์ขณะที่ท่านมารับ บริการตรวจ					
13. เจ้าหน้าที่ให้บริการตรวจท่านด้วยอริยาศยานดี					

ส่วนที่ 6 ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

จงอ่านข้อความและ เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดตรงกับข้อความนั้นส่วนใหญ่

ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าจะมีความเชื่อหรือ ความรู้สึกนึกคิดตรงกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดไม่ตรงกับข้อความนั้นส่วนใหญ่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านมีความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านเคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และ การป้องกันจากแพทย์ พยาบาล					
2. ได้รับข่าวสารจาก เอกสารต่างๆท่านจึงมารับบริการ ตรวจมะเร็งปากมดลูก					
3. ท่านมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกหลังได้ ดูโฆษณาทาง โทรทัศน์เกี่ยวกับการตรวจมะเร็ง ปากมดลูกและ ฟังจากคลื่นวิทยุ					

ส่วนที่ 6 ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
4. ท่านมีอาการปวดท้องน้อย สมาชิกในครอบครัวของท่านจึงแนะนำให้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก					
5. การที่มีบุคคลในครอบครัวท่านป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกมีส่วนกระตุ้นให้ท่านไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก					
6. สมาชิกในครอบครัวของท่านเอาใจใส่สุขภาพของท่านด้วยการพามาบริการตรวจ					
7. เพื่อนชวนท่านมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก เมื่อเห็นว่าท่านมีเลือดออกทางช่องคลอด มามาก และ นานผิดปกติทุกเดือน					
8. ท่านได้รับคำแนะนำจากเพื่อนให้ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก					
9. เพื่อนจะชวนท่านมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี					
10. มีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ แนะนำให้ท่านไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก					
11. มีเจ้าหน้าที่ บุคลากรทางการแพทย์โทรตามให้ท่านมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก					
12. มีเจ้าหน้าที่ทักทาย สอบถามอาการและชักชวนให้ท่านมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกสูตินรีเวชกรรม					
13. ท่านทราบความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จากแหล่งที่น่าเชื่อถือได้เช่น จากแพทย์					
14. แพทย์และพยาบาลให้กำลังใจและรับฟังอาการของท่านขณะที่ท่านมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่หน่วยงาน					
15. การที่แพทย์นัดท่านตรวจสุขภาพเป็นการกระตุ้นให้ท่านไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก					

### ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องการปฏิบัติที่ตรงกับการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติของท่านให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยเลือกตอบตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- เป็นประจำ หมายถึง มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี  
 ก่อนข้างบ่อย หมายถึง มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก 2 ปี ต่อครั้ง  
 บางครั้ง หมายถึง มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก 3 ปี ต่อครั้ง  
 น้อย หมายถึง มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก 4 ปีขึ้นไป ต่อครั้ง  
 ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเลยสักครั้งเดียว

ข้อความ	ปฏิบัติด้วยการมารับบริการตรวจ				
	เป็นประจำ	ก่อนข้างบ่อย	บางครั้ง	น้อย	ไม่เคย
1. ตรวจมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอทุกปี					
2. เมื่อมีอาการปวดท้องน้อยท่านจึงมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก					
3. หลังมีประจำเดือนท่านยังมีเลือดออกทางช่องคลอดอีก					
4. ท่านสังเกตตัวเองว่ามีตกขาวมาก มีกลิ่นเหม็น					
5. มีการรณรงค์ หรือมีนโยบายตรวจประจำปี					
6. มีสมาชิกในครอบครัว หรือพี่น้องสายตรงเป็นมะเร็งปากมดลูก					
7. ท่านชักชวนเพื่อนมาตรวจเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก					
8. ท่านรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดมานานกว่า 10 ปี					
9. ท่านเคยมารับบริการตรวจแล้วพบว่าปากมดลูกมีการอักเสบบ่อยๆท่านจึงมาตรวจมะเร็งปากมดลูก					
10. ท่านไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก แม้จะมีอาการท้องอืด ท้องโตขึ้น					
11. ท่านสังเกตว่ามีสิ่งคัดหลั่งไหลออกมาจากช่องคลอด					
12. ที่บริเวณอวัยวะเพศเป็นฝีเม็ดเล็กๆเกิดขึ้นทั้งๆที่ท่านรักษาความสะอาด					

## ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติด้วยการมารับบริการตรวจ				
	เป็นประจำ	ค่อนข้างบ่อย	บางครั้ง	น้อย	ไม่เคย
13. ท่านยังมีตกขาวอีกแม้จะรักษาความสะอาด อวัยวะสืบพันธุ์เป็นอย่างดี					
14. เมื่อมีอาการ ท้องอืดและโตขึ้นท่านจึงมารับ การตรวจ					
15. หลังตรวจ มะเร็งปากมดลูก ยังพบว่าช่องคลอด มีการอักเสบ					

## ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ – นามสกุล	นางสาวสุนิตย์ตา เทพศิริพันธุ์
วัน เดือน ปีเกิด	2 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2510
สถานที่เกิด	อำเภอ สูงเม่น จังหวัด แพร่
ประวัติการศึกษา	พยาบาลเทคนิค วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ กรุงเทพมหานคร (พ.ศ. 2536) สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (พ.ศ. 2551)
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลเทคนิคชำนาญงาน
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หน่วยงานผู้ป่วยนอก สุนทรเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร