

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่สถานีนามัย อำเภอสุนทรารมย์ จังหวัดนราธิวาส ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก
2. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. พฤติกรรมสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก เป็นเนื้อร้ายชนิดหนึ่งที่เกิดในบริเวณปากมดลูก พบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่ผิดปกติ ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้เป็นผลให้เนื้อเยื่อหรืออวัยวะทำหน้าที่ผิดปกติไป ในระยะเริ่มแรกจะไม่แสดงอาการผิดปกติแต่อย่างใดจนกระทั่งเป็นมะเร็งในระยะลุกลามซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 5 - 10 ปี และจะแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นๆ เช่น กระจายไปตามระบบทางเดินน้ำเหลือง ระบบไหลเวียนโลหิตและไปสู่อวัยวะต่างๆ เช่น ปอด ไต ลำไส้ กระดูกและอวัยวะอื่นๆ ที่ร่างกาย หากพบอาการผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษามีโอกาสหายขาดได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญคือ ระยะที่พบโรคและการรักษาติดตามผลที่ครบถ้วน กล่าวคือ ถ้าค้นพบโรคได้เร็วเท่าไร การรักษาจะได้ผลดีและอัตราการหายจากโรคใช้เวลา 5 ปี (บัญญัติ สุขศรีงาม, 2551)

1. สาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุที่แท้จริงของโรคมะเร็งปากมดลูกยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สตรีที่อยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้แก่

1.1 การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก สตรีที่มีเพศสัมพันธ์หรือแต่งงานอายุน้อยคือ ต่ำกว่า 20 ปี พบว่ามีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกสูง เนื่องจากเป็นวัยที่เซลล์บริเวณปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงไวมากที่สุด

1.2 การมีบุตรมากหรือมีการตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเกิดการเปลี่ยนแปลง เพราะมีการฉีกขาดและการซ่อมแซมปากมดลูกบ่อย

1.3 การสำส่อนทางเพศและเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ พบว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน หรือสตรีที่แต่งงานมากกว่าหนึ่งครั้ง หรือสตรีที่มีอาชีพขายบริการทางเพศจะมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีทั่วไป

1.4 การเป็นโรคติดเชื้อทางการร่วมเพศ เช่น กามโรค และเริมซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสชนิดต่างๆ ที่บริเวณอวัยวะเพศ

1.5 สตรีที่มีการฉีกขาดจากการคลอด และมีการอักเสบเรื้อรังของปากมดลูก ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

1.6 สามีหรือคู่นอนที่ไม่ได้รับการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย ทำให้มีการหมักหมมของสเมกมา (smegma) สิ่งสกปรกที่อวัยวะเพศ เพราะเชื่อว่าสเมกมาเป็นตัวทำให้เกิดมะเร็ง

1.7 สามีที่สูบบุหรี่จัด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคถึง 1.5 - 2.3 เท่า (Ngelangel C, 1998) เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อเมือก (Mucous) บริเวณปากมดลูก ทำให้เซลล์บุผิวของปากมดลูกมีภูมิคุ้มกันต่ำลง

1.8 การคุมกำเนิด สตรีที่ใช้ยาชนิดเม็ดในการคุมกำเนิดนานๆ มีโอกาสเสี่ยงสูงขึ้น 1.2 เท่า และเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่า ถ้ารับประทานยาคุมมานานกว่า 5 ปี และเพิ่มเป็น 2 เท่าถ้ารับประทานยาคุมมานานกว่า 10 ปีและการใช้ฮอร์โมนชนิดฉีดในการคุมกำเนิด มีโอกาสเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ถ้าผู้ใช้ติดต่อกันเกินกว่า 5 ปีขึ้นไป

2. อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

2.1 ระยะก่อนแสดงอาการหรือเรียกว่าระยะศูนย์ เป็นระยะที่ตรวจพบ โดยการตรวจเช็กภายในห้องปฏิบัติการที่เรียกทั่วไปว่า การตรวจเช็กมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม ระยะนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยวิธีการผ่าตัด ซึ่งมีทั้งผ่าตัดเฉพาะปากมดลูก หรือผ่าตัดมดลูกออกพร้อมกันด้วย ตามแต่ภาวะการณ์ของโรคและผู้ที่เป็น

2.2 ระยะแสดงอาการหรือที่เรียกว่าระยะที่ 1 - 2 จะมีลักษณะผิดปกติเกิดขึ้นที่ปากมดลูกเช่น มีเนื้อเยื่ออกหนาผิดปกติจากปากมดลูก มีเลือดออกทางช่องคลอด ในช่วงที่ไม่ใช่ระยะเวลาประจำเดือนหรือมีอาการตกขาวเรื้อรังปนเลือด มีกลิ่น เป็นต้น การรักษาระยะนี้มีทั้งการผ่าตัดปากมดลูกพร้อมมดลูกและระบบต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกรานออกหมด หรืออาจร่วมกับใช้การรักษาด้วยการฉายแสงควบคู่ไปกับการผ่าตัด

2.3 ระยะลุกลามไปยังบริเวณข้างเคียง หรือระยะที่ 3 ขึ้นไป ช่วงนี้อวัยวะต่างๆ ที่อยู่บริเวณใกล้กับปากมดลูกมีส่วนรับการกระจายโรคได้ทั้งสิ้น เช่นอาจลุกลามไปที่กระเพาะปัสสาวะทางเดินลำไส้ที่อยู่ใกล้กับทวารหนัก และตัวมดลูกเองเช่น รังไข่ และท่อไตทั้งสองข้าง อาการช่วงนี้จะขึ้นอยู่กับ การกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะบริเวณใกล้เคียง เช่น ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด ถ้าลุกลามไปยังไตทั้งสองข้างอาจทำให้เกิดการอุดตันของปัสสาวะทำให้เกิดอาการไตวายได้ การรักษาทำได้เพียงใช้วิธีฝังแร่ ฉายแสงอาจทำร่วมกับการใช้เคมีบำบัดหรือผ่าตัดบรรเทาอาการแต่ได้ผลไม่ดีนัก

2.4 ระยะลุกลามไปยังบริเวณนอกจากบริเวณข้างเคียง เรียกว่าระยะที่ 4 ขึ้นไป เชื่อว่าช่วงนี้จะมีการกระจายของเซลล์มะเร็งเข้าไปสู่กระแสเลือดและต่อมน้ำเหลือง ทำให้มะเร็งกระจายไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น ตับ กระดูกเชิงกราน ปอด ลำไส้ใหญ่เป็นต้น การรักษาทำได้เพียงฝังแร่ ฉายแสง ใช้เคมีบำบัดเพื่อประทุงอาการเท่านั้น

3. การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก

การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก (ประเสริฐ ตรีวิจิตรศิลป์ และวิชัย เดิมรุ่งเรืองเลิศ, 2544) สามารถวินิจฉัยได้จาก

3.1 ประวัติ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก อาจตรวจพบจากการตรวจภายใน การตรวจหลังคลอดโดยการทำ Pap Smear และในรายที่มีอาการนำ ให้มาพบแพทย์บ่อยที่สุด ได้แก่ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ตกขาว ปวดหลัง ก้น หน้าขาและร้าวไปหัวเข่า

3.2 การตรวจร่างกาย ทัวไปและตรวจภายในอย่างละเอียด

3.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการ Pap Smear พบเซลล์ผิดปกติ จะทำการตรวจทางกล้อง colposcope และตัดชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา

4. การรักษา มะเร็งปากมดลูก มี การรักษา ดังนี้

4.1 การผ่าตัด ได้ผลดีในระยะที่เป็นระยะเริ่มแรกจะหาย 100%

4.2 รังสีบำบัด ใช้รักษามะเร็งในระยะที่ลุกลามแล้วเพื่อให้รังสีไปทำลายเซลล์มะเร็ง

4.3 เคมีบำบัด ใช้รักษาในรายที่มีมะเร็งกระจายไปอวัยวะอื่นแล้ว อาจใช้ร่วมกับรังสีบำบัดที่บริเวณปากมดลูกและในช่องเชิงกราน

4.4 รังสีบำบัดและการผ่าตัด รักษาในรายที่เป็นมะเร็งตรงปากมดลูกก้อนใหญ่มาก หลังได้รับรังสีบำบัดแล้วจะทำให้การรักษาต่อโดยการผ่าตัด เพื่อป้องกันโรคกลับขึ้นมาใหม่

5. การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูกสามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าพบในระยะเริ่มแรก แต่การป้องกันไม่ให้ เป็นมะเร็งปากมดลูกเป็นวิธีที่ดีที่สุด โดยทั่วไปหลักการป้องกันมะเร็งปากมดลูกมี 3 แบบ ได้แก่ การ

ป้องกันแบบปฐมภูมิ (Primary prevention) การป้องกันแบบทุติยภูมิ (Secondary prevention) และ การป้องกันแบบตติยภูมิ (Tertiary prevention) (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

5.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ คือการป้องกันโดยการหลีกเลี่ยงการได้รับสารก่อมะเร็ง การลดหรือขจัดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการหลีกเลี่ยงสาเหตุนั้น ๆ ได้แก่

5.1.1 การงดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่และบริเวณที่มีควันบุหรี่

5.1.2 การคุมกำเนิดด้วยวิธีต่างๆ เช่น ห่วงอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิดและยาฉีด

คุมกำเนิด ควรได้รับการตรวจหามะเร็งทุก 6 เดือน

5.1.3 การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย การมีบุตรมาก การสำส่อนทางเพศ การมีคู่นอนหลายคน

5.1.4 ดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศอยู่เสมอ

5.1.5 ละเว้นต่อการสัมผัสสารก่อมะเร็ง (Chemical factors)

5.1.6 การเพิ่มภูมิคุ้มกันร่างกายต่อการเกิดมะเร็ง คือ สุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งกายและจิตใจ โดยการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ รักษาความสะอาดร่างกาย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ การรักษาสุขภาพจิตไม่ให้เกิดภาวะเครียด

5.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ คือการค้นหามะเร็งในระยะเริ่ม โดยใช้วิธีการค้นหามะเร็งปากมดลูกโดยทำการตรวจทางเซลล์วิทยา ซึ่งวิธีที่ได้ผลดีที่สุด คือ การตรวจแปปสมียร์ (Pap Smear) ทำได้ง่าย สะดวก ปลอดภัย และราคาถูกให้ผลการตรวจที่น่าเชื่อถือ

5.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ คือการให้สารเคมีที่ได้จากธรรมชาติหรือสังเคราะห์ขึ้นไปเพื่อยับยั้งหรือทำให้เกิดการย้อนกลับของกระบวนการเกิดมะเร็ง เพื่อทำให้หายจากโรคมะเร็งและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ปัจจุบันวิทยาการของการแพทย์สมัยใหม่ โดยองค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (US.FDA) ได้ผลิตวัคซีน (HPV Vaccine) เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงสตรีที่มีความเสี่ยงสูงที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก ซึ่งโดยมีหลักฐานว่าผู้ติดเชื้อฮิวแมนแพปพิลโลมา หรือเอชพีวี (Human Papilloma Virus: HPV) ที่ปากมดลูก ซึ่งติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกประมาณร้อยละ 70 โดยเชื้อ HPV สายพันธุ์ที่พบว่าเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด คือ เชื้อ HPV 16 และ HPV 18 โดยเชื้อ HPV ทั้ง 2 ชนิด คือ สายพันธุ์ 16 และ 18 สามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสได้ ร้อยละ 100 และได้รับการยอมรับและผ่านการอนุมัตินำมาใช้ในประเทศไทยได้ แต่มีราคาแพง

ดังนั้นในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสตรีควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ และเพิ่มความตระหนักการป้องกันระดับทุติยภูมิ โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยการทำแปปสเมียร์ (Pap Smear) เนื่องจากวิธีการป้องกันโดยวัคซีนยังไม่สามารถนำมาให้บริการได้ เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง

การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สำคัญ และเป็นโรคร้ายแรงที่ก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม แต่ถึงอย่างไร มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ถ้าตรวจพบตั้งแต่ระยะแรกที่ยังไม่กลายเป็น มะเร็งจะสามารถลดอัตราการตาย และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ โดยการลด พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาและกำจัดมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่ง กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดวิธีการตรวจไว้ 2 วิธี คือ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

1. การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี โดยใช้กรดน้ำส้มสายชู VIA (Visual Inspection with Acetic acid) ซึ่งเป็นการตรวจด้วย Acetic acid 3 - 5 % ใช้ในการคัดกรองแทนวิธี Pap smear เพราะทำได้ง่าย วัสดุใน 1 นาที และสามารถเว้นระยะการตรวจได้ถึง 5 ปี เนื่องจากวิธี VIA มีความไวถึง 80 % ความจำเพาะ 60 % และมีประสิทธิภาพเป็นที่ยอมรับว่าสามารถคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ทัดเทียมกับวิธี Pap smear (ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ และเบญจพร พิณสมบัติ, 2532, สมยศ เจริญศักดิ์, 2551)

2. การตรวจคัดกรองโดยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear) ค้นพบโดย Dr.George Papanicolaou เมื่อปี ค.ศ.1930 ซึ่งเป็นบิดาของวิชาเซลล์วิทยา เหตุที่ต้องใช้วิธีดังกล่าวในการตรวจ เพราะเป็นวิธีการมาตรฐานที่รู้จักและใช้แพร่กันทั่วโลก การตรวจทำได้ง่าย สะดวก ไม่เจ็บปวด เสียค่าใช้จ่ายน้อย และผลการตรวจแม่นยำ เชื่อถือได้ มีการศึกษาวิจัย พบว่า สามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 90 (ธีรวิภา คุหะเปรมะ, 2549) สำหรับระยะเวลาที่เหมาะสมในการตรวจ Pap Smear คือ

2.1 ในวัยเจริญพันธุ์ เดิมเคยแนะนำให้สตรีมารับการตรวจในระยะกึ่งกลางของรอบเดือน เนื่องจากเป็นเวลาที่ปากมดลูกสะอาดที่สุด เพราะระยะนี้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในเลือดมีระดับสูง ตอนไข่ใกล้จะสุกหรือกำลังจะสุกฮอร์โมนเอสโตรเจนในระดับสูงจะกระตุ้นต่อมสร้างมูกที่อยู่ในปากมดลูกส่วนในการสร้างมูกเหนียวๆออกมาจำนวนมาก ถ้าทำในระยะนี้จะป้ายได้มาแต่ มูกซึ่งเหนียวและจะได้เซลล์น้อยมากหรือเกือบไม่ได้เลย ควรรอต่อไปอีกสัก 1 สัปดาห์ เพื่อรอให้ไข่สุกก่อน คือประมาณสัปดาห์ที่ 3 หรือต้นสัปดาห์ที่ 4 ของรอบเดือน ระยะที่ไม่ควรทำอีกระยะ

หนึ่งคือ 3 - 4 วันก่อนมีประจำเดือน เพราะเป็นระยะที่เม็ดเลือดขาวในบริเวณนี้มีเป็นจำนวนมาก และจะติดไปในแผ่นกระจกซึ่งอาจเป็นปัญหาในการอ่านค่าได้

2.2 ในรายที่กำลังได้รับการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนชนิดเม็ดหรือชนิดฉีด สามารถรับการตรวจได้ทุกระยะเวลา

2.3 ในรายที่หมดประจำเดือนไปแล้วสามารถรับการตรวจได้ทุกเวลา แต่ถ้าในรายที่หมดประจำเดือนมาเป็นเวลานานแล้วเยื่อปากมดลูกอาจบางและอักเสบ ควรได้รับฮอร์โมน เอสโตรเจนเฉพาะที่หรือชนิดเม็ดสำหรับรับประทานประมาณ 3 - 4 สัปดาห์ เช่น ให้ใส่ Premarine Cream ในช่องคลอดก่อนเข้าอนวันละ ½ - 1 กรัม หรือให้ Tab Premarine (0.625 มิลลิกรัม) รับประทานวันละ 1 เม็ดหลังอาหารเย็น จะช่วยให้ผลการตรวจที่ได้แน่นอนยิ่งขึ้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อ เป็นองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาซึ่งเกี่ยวข้องกับสิ่งที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งของ บุคคล สถานที่ หรือพฤติกรรมกับผลสืบเนื่องจากสิ่งนั้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ, 2536) ความเชื่อคือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น (จรรยา สุวรรณทัต, 2534)

2. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

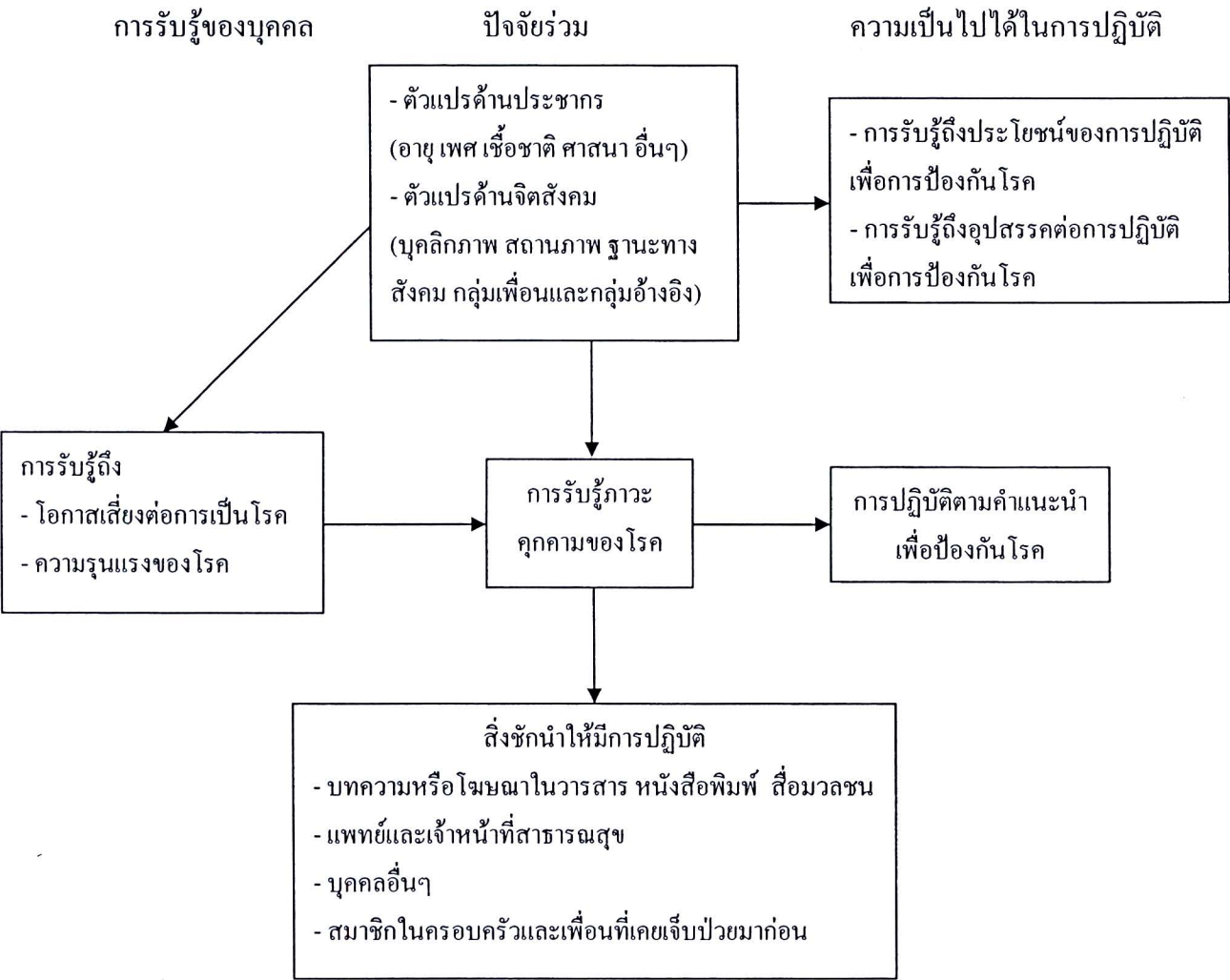
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้พัฒนาขึ้นในระหว่าง ค.ศ.1950 - 1960 โดยนักจิตวิทยาสังคม 4 ท่านคือ 1) Godfrey M. Hochbaum 2) S.Stephen Kegeles 3) Howard Leventhal และ 4) Irwin M. Rosenstock โดยพัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับบุคคล Irwin M. Rosenstock ได้นำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยกล่าวว่าบุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อว่า

1. ตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น
2. เมื่อเกิดโรคนั้น โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน
3. การปฏิบัติตนในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือถ้าเป็นโรคแล้ว จะช่วยลดความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นได้



3. องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ไมแมนและเบคเกอร์ (Maiman and Becker, 1975 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ, 2536: 117) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาอธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลประกอบด้วยตัวแปรที่สำคัญ 3 ส่วนดังนี้



ภาพที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (BeckertและMaiman, 1975 อ้างถึง ในประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536: 119)



3.1 การรับรู้ของบุคคล (Individual perceptions) ได้แก่

3.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility to disease)

บุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกันว่า ตนเองจะมีโอกาสเกิดโรคที่จะเจ็บป่วยหรือติดโรคใดโรคหนึ่ง โดยที่บุคคลอาจจะเพิกเฉยไม่รับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสดังใด ๆ ที่จะติดต่อกับโรคนั้น ขณะที่ระดับของโอกาสเสี่ยงที่รับรู้สำหรับบางคนก็อาจมีบ้างไปจนถึงบุคคลอาจจะรับรู้ว่าคุณมีโอกาสสูงมากที่จะติดต่อกับหรือเป็นอันตรายจากโรคนั้น ดังนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค บุคคลจำเป็นต้องมีพฤติกรรมป้องกันโรค และรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสดังภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งแสดงออกโดยความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยของแพทย์ บุคคลที่เคยเจ็บป่วยจะมีการคาดคะเนว่าคุณเองมีโอกาสดังต่อการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของบุคคลต่อการง่ายที่จะเจ็บป่วยเป็นโรคต่างๆ

3.1.2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก (Perceived Seriousness of disease) เมื่อบุคคลได้มีการรับรู้ความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนั้น ๆ แล้ว บุคคลย่อมมีการประเมินเช่นกันว่าโรคหรือเงื่อนไขที่ถูกคามต่อสุขภาพนั้นๆ มีความรุนแรงในระดับใด โรคนั้นจะนำไปสู่ความตายได้หรือไม่ หรือการเป็นโรคนั้นจะมีผลไปลดระบบการทำงานทั้งทางร่างกายและจิตใจหรือไม่เพียงใด หรือโรคนั้นนำไปสู่ภาวะความพิการในลักษณะถาวรหรือไม่ บางคนรับรู้ความรุนแรงของโรคว่ามีผลต่อการทำงานของตน มีผลต่อชีวิตครอบครัวและอาจมีผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลด้วย อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความรุนแรงของโรค มิได้หมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง เป็นเพียงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค

3.2 ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วย

3.2.1 ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เพศ เชื้อชาติ และศาสนาเป็นต้น เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญปัจจัยหนึ่งในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Harris and Guten, 1986 อ้างถึงใน สุวิมล ฤทธิมนตร์, 2534) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ กันดังนี้

3.2.1.1 อายุ: โอเร็ม (Orem, 1985 อ้างถึงใน ญาดา โตอุตชนม์, 2547) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับอายุ โดยที่ในวัยเด็กจะมีการพัฒนาเพียงเล็กน้อยและค่อยๆ พัฒนาขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขีดสุดในวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อสูงอายุ ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้นระดับพัฒนาการ การเรียนรู้และการใช้ความรู้ในการดูแลตนเองจะมากขึ้นด้วย จากการศึกษาของแบลคเวลล์ (Blackwell, 1973 อ้างถึงใน สุวิมล ฤทธิมนตร์, 2534) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ

น้อย ส่วนมากปฏิเสธที่จะรับประทานยาที่มีรสไม่ดี เช่น รสขม นอกจากนี้ยังพบว่าความหลงลืมหรือความสนใจตนเองของผู้สูงอายุทำให้ขาดยาได้บ่อยครั้งและจากการศึกษาของแฮริสและเด็น (Harris and Guten, 1986 อ้างถึงใน สุวิมล ฤทธิมนตร์, 2534) ที่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคจะมีมากขึ้นในผู้ที่มีอายุมากขึ้น

3.2.1.2 ระดับการศึกษา: ตามแนวคิดของโอเร็ม เชื่อว่าการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญเพื่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การศึกษายังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง พัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต การใช้สติปัญญา การได้รับการสั่งสอน และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (Orem, 1985 อ้างถึงใน ญาดา โตอุดชนม์, 2547 และประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526)

3.2.1.3 อาชีพ: มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยพบว่ากลุ่มคนที่อยู่ในสังคมระดับต่ำหรือประกอบอาชีพที่ใช้แรงงาน มีผลต่อการรับรู้ทางสุขภาพ (White, 1979 อ้างถึงใน แสงมณี อะโฮ, 2535) มีงานวิจัยหลายรายงานยืนยันว่าอาชีพเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกแหล่งรักษา พบว่าผู้หญิงเจ็บป่วยที่มีอาชีพต่างกัน มีการไปใช้บริการของเอกชนต่างกัน (ชนิดา สันธินา, 2530 อ้างถึงใน วไลพรณ ชลสุข, 2540) กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาชีพเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านวิชาชีพ วิชาการ ธุรกิจ และค้าขาย จะเลือกรับบริการจากแหล่งบริการที่มีแพทย์สูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ กลุ่มอาชีพเกษตรกรรมมีการเลือกรับบริการที่มีแพทย์น้อยที่สุด (วาทีณี บุญชะลิกย์, 2530 อ้างถึงใน วไลพรณ ชลสุข, 2540) และกลุ่มผู้ที่มีอาชีพแรงงานรับจ้าง จะมาใช้บริการที่คลินิกน้อยกว่ากลุ่มอื่นเกือบครึ่งหนึ่ง (กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย, 2539 อ้างถึงใน วไลพรณ ชลสุข, 2540) จากงานวิจัยเหล่านี้พอจะสรุปได้ว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในการตัดสินใจเลือกรับบริการสุขภาพของผู้หญิงได้

3.2.2 ตัวแปรจิตสังคม (Sociophychological variables) เป็นปัจจัยอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของตนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับความเชื่อของตน และความต้องการของสังคมรอบข้าง ด้วยเหตุผลว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเปรียบเสมือนแรงผลักดันส่วนบุคคลในการตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่ง เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล บุคคลจะปฏิบัติสิ่งใดเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลนั้น ส่วนการผลักดันจากกลุ่มบุคคลในสังคมเป็นตัวแปรทางด้านจิตสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไปจนตลอดชีวิตทั้งในแง่สุขภาพกายและสุขภาพจิต เช่น บุคลิกภาพ ฐานะทางสังคม กลุ่มเพื่อนและบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิด

3.2.3 **สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ (Cues to action)** สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบด้วยสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้สถานะทางร่างกายเป็นต้น และสิ่งชักนำภายนอก เช่น ข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ คำแนะนำจากบุคคลอื่น บัตรนัดจากแพทย์ เจ้าหน้าที่ หรือทันตแพทย์ ภาวะความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน และบทความจากหนังสือพิมพ์หรือนิตยสารเป็นต้น สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัตินี้จะเป็นผลมาจากการรับรู้ของบุคคล

3.3 **ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Likelihood of action)** เป็นผลลัพธ์ของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หากบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติจะก่อให้เกิดความเป็นไปได้ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพหรือการป้องกันโรค

3.3.1 **การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (perceived benefits of preventive action)** จากการที่บุคคลรับรู้โอกาสที่จะเป็นโรค และรับรู้ความรุนแรงของโรค ย่อมเป็นตัวผลักดันให้เกิดการกระทำบางอย่าง โดยบุคคลมีความเชื่อว่าทางเลือกการกระทำนั้นมีประโยชน์เพียงใดสำหรับตัวเขาในการลดความเสี่ยง และความรุนแรงของการเจ็บป่วย และนำไปสู่การลดภาวะที่คุกคามจากโรค

3.3.2 **การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (Perceived barriers to preventive action)** แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ว่าการกระทำนั้นเกิดผลดีต่อการป้องกันโรค แต่ถ้ามการกระทำนั้นเป็นสิ่งไม่สะดวก สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สบายกาย ไม่สบายใจ ความอาย ปังจี้ยเหล่านี้เป็นตัวเร้าให้เกิดการหลีกเลี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรมที่เชื่อว่ามีประโยชน์

4. **แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)** แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

จากรายงานการศึกษาการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการวิจัยเพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถใช้อธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้มากที่สุด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถใช้อธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้มากกว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้น้อยที่สุด (Strecher VJ., Rosenstock., 1997 อ้างถึงใน บุภาพร ศรีจันทร์, 2548)



พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพมาจากคำว่า พฤติกรรม+สุขภาพ หมายถึง การกระทำต่างๆ ของมนุษย์ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ

สุขภาพ (Health) ตามนิยามของ WHO หมายถึงสภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย และจิตใจรวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ทั้งนี้ไม่ใช่หมายถึงเพียงแต่การปราศจากโรคหรือปราศจากทุพพลภาพเท่านั้น

1. สุขภาพทางกาย (Physical Health) หมายถึงสภาวะของความสมบูรณ์ของร่างกาย
2. สุขภาพทางจิต (Mental Health) หมายถึงสภาพความสมดุลในทุกด้านของชีวิตทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจหรือแก้ปัญหาต่างๆ
3. สุขภาพทางสังคม หมายถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงในที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้นเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

คาสล์และคอบ (Kasl & Cobb อ้างถึงใน กุลธิดา กีฬาแปง, 2548) ให้ความหมายไว้ว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมใดๆของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคก่อนที่จะมีอาการของโรคและจำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Protective Behavior) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี และไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิได้แก่ การออกกำลังกาย ปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ การตรวจสุขภาพประจำปี การไปรับภูมิคุ้มกัน เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behavior) หมายถึงกิจกรรมใดๆที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบายหรือเริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของตนเองและการหายจากอาการเจ็บป่วย บุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่นการขอคำปรึกษา ความคิดเห็นและคำแนะนำจากญาติพี่น้อง เพื่อนหรือเจ้าหน้าที่ในทีมงาน

3. พฤติกรรมเมื่อเกิดความเจ็บป่วย (Sick-Rote Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออาการต่างๆ ดิฉัน ซึ่งบุคคลจะแสดงพฤติกรรมโดยการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออาการต่างๆ ดิฉัน ซึ่งบุคคลจะแสดงพฤติกรรมโดยการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

แฮร์ริส และกูเติน(Harris & Guten, 1997 cited by Brown & McGreedy, 1986; cited by Pender, 1987; cited by Alonzo, 1993 อ้างถึงใน กุลธิดา กีพาแปง, 2548) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะของพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพ (Health - Protection Behavior) ไว้ว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจ เป็นกิจกรรมที่ปัจเจกบุคคลปฏิบัติไม่ว่าบุคคลนั้น ๆ จะรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าเป็นอย่างไร หรืออยู่ในสภาวะใด โดยมีจุดมุ่งหมายของการกระทำพฤติกรรมเพื่อการปกป้อง ส่งเสริม หรือคงไว้ซึ่งภาวะ ดังต่อไปนี้

1. การปฏิบัติเพื่อสุขภาพ (Health Practices) ได้แก่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อรักษาสุขภาพโดยทั่วไป
2. การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย (Safety Practices) ได้แก่การปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและลดความรุนแรงจากอาการบาดเจ็บ
3. การปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพ (Preventive Health Care) ได้แก่การตรวจร่างกายประจำปี การตรวจสุขภาพฟัน เป็นต้น
4. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากสิ่งแวดล้อม (Environmental Hazard Avoidance) ได้แก่การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพที่มีมลพิษ การหลีกเลี่ยงอาชญากรรม
5. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงสารที่มีอันตรายต่อสุขภาพ (Harmful Substance Avoidance) ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา เป็นต้น

เพนเดอร์ (Pender, 1987 อ้างถึงใน กุลธิดา กีพาแปง, 2548) ได้ระบุว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวม หรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นมุ่งระวังไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น

พาแลงค์ (Palank, 1991 อ้างถึงใน กุลธิดา กีพาแปง, 2548) ให้ความหมายว่าเป็น พฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ทำการศึกษาได้ศึกษารวบรวมผลการวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ในการประกอบการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ไกรสิทธิ์ ดันติศิรินทร์ และคณะ (อ้างถึงใน นายอุสมาน แวหะยี, 2551) ศึกษาพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีโดยรวมทุกด้านยังอยู่ในระดับต่ำ

อรศรี สุวิมล (อ้างถึงใน นายอุสมาน แวหะยี, 2551) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอลำปายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของสตรี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยรวมของสตรีอยู่ในระดับมาก ด้านการรับรู้ความรุนแรงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรับรู้ประโยชน์โดยรวมของการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการรับรู้อุปสรรค ในการตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับมาก

สุภาพร รังษีสวรรณ (อ้างถึงใน นายอุสมาน แวหะยี, 2551) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงที่อาศัยในชนบท ตำบลนาโเส อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร ศึกษาในกลุ่มผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว จำนวน 240 คน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 65 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าผู้หญิงในชนบทส่วนใหญ่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 66.3 จำแนกรายข้อ พบว่า ผู้หญิงมีความเชื่อว่าเมื่อมีอาการตกขาวผิดปกติและมีกลิ่นเหม็นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด รองลงมาคือ สามีสำส่อนทางเพศและไม่รักษาความสะอาด อวัยวะเพศมีผลเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมาก ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคถึงร้อยละ 65.4 เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีมะเร็งปากมดลูกมีอันตรายคุกคามต่อร่างกาย ครอบครัว และเศรษฐกิจมากที่สุด รองลงมา คือการป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกจะมีชีวิตไม่ยืนยาว ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจหามะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่รับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจถึงร้อยละ 66.2 เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่เชื่อว่าการตรวจคัดกรองช่วยให้ทราบว่าป็นมะเร็งปากมดลูกหรือไม่มากที่สุด รองลงคือการตรวจมะเร็งปากมดลูกตามกำหนดช่วยให้รู้ผลมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ และด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจหามะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่รับรู้ด้านอุปสรรคของการตรวจถึงร้อยละ 58.3 เมื่อจำแนกรายข้อ คือ การจัดสถานที่ตรวจไม่มีจิตมากที่สุด รองลงมาคือการบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก

หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (อ้างถึงในอุสมาน แวะหะยี, 2551) ศึกษาการเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยมุสลิม พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงมุสลิมไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคือมีข้อจำกัดเรื่องการปฏิบัติตามหลักศาสนาและกลัวผิดหลักศาสนาถึงร้อยละ 70 และยังพบว่ามีความอายที่จะเปิดเผยร่างกายโดยเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้ผู้อื่นเห็น จึงทำให้รู้สึกลำบากใจที่จะไปรับการตรวจและเห็นว่าเมื่อไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ หรือไม่เจ็บป่วยก็ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องไปรับการตรวจ

จำปี ยังวัฒนา (2551) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอมือเมือง จังหวัดสมุทรสงครามพบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุรารวรรณ สุพรรณอ่วม (2551, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการส่งเสริมสตรีให้มาตรวจมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการใช้แรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนสตรีที่ผ่านการตรวจมะเร็งปากมดลูกแล้วในการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบ ว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายในหมู่บ้านที่ศึกษา มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น กลุ่มเพื่อนสตรีสามารถให้ความรู้ คำแนะนำ กระตุ้นเตือนสตรีกลุ่มเป้าหมายให้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ โดยมีสตรีกลุ่มเป้าหมายในหมู่บ้านศึกษามารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกจำนวน 74 คนร้อยละ 100 ส่วนสตรีกลุ่มเป้าหมายในหมู่บ้านเปรียบเทียบกับมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น และสตรีกลุ่มเป้าหมายในหมู่บ้านเปรียบเทียบกับมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 36 คนร้อยละ 63.2

อุสมาน แวะหะยี (2551) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมในตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดนราธิวาส พบว่าสตรีมุสลิมมีความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สตรีมุสลิมมีความเชื่อด้านสุขภาพสูงในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สำหรับความเชื่อด้านสุขภาพระดับปานกลาง คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และด้านการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

สุมาลี กรุฑาทิน (2551) ได้ศึกษาความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ผลการศึกษาจะแนบความรู้

เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูงมาก ส่วนสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีของที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมากส่วนสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองทั้งสองเรื่องแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

สมใจ พรภิกานนท์ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 - 59 ปีในเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี พบว่า สถานภาพสมรส เจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีผลและร่วมทำนายความตั้งใจในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การสูบบุหรี่ การคุมกำเนิดและพันธุกรรม ไม่มีผลและไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการ

ธิดา นุ่มอยู่ (2551) ศึกษาการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเขตอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยาพบว่าหลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$)

ศิริกาญจน์ ชิวเรื่องโรจน์ (2549) ศึกษาผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการจัดการคุณภาพต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อายุ 35 - 60 ปี อำเภอธาดูปนัม จังหวัดนครพนม พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ ประโยชน์และค่าใช้จ่ายของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

กรรณิการ์ เกตุทิพย์ (2549) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อสตรี อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง มีการรับรู้ความรุนแรง รับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิตนา ดันประเสริฐ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 - 60 ปีในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาครพบว่าระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุภาพร ศรีจันทร์ (2548) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ตัวแปรด้านจิตสังคม และ การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีคะแนนเฉลี่ยที่ส่งเสริมให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ และ การรับรู้ประโยชน์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ส่งเสริมให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และพบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตัวแปรด้านจิตสังคม และการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กุลธิดา กีฬาแปง (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแรงงานสตรีที่ทำงานในโรงงานเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูน พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีความสัมพันธ์ในระดับทุติยภูมิต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ในระดับปฐมภูมิ ($p < 0.05$) ระดับทุติยภูมิไม่มีความสัมพันธ์ ทางสถิติ ส่วนอายุ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

วนิดา ทางาม (อ้างถึงใน สง่า ไชยนา, 2547) ได้ศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้วโดยกลุ่มเพื่อนสตรี อำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ โดยการทดลองใช้โปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ในกลุ่มตัวอย่างหญิงที่แต่งงานแล้ว อายุ 25 - 29 ปีที่ยังไม่เคยตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก จำนวน 160 คน พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และมีความตั้งใจที่จะรับการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกสูงกว่า ก่อนการทดลองและมีความแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีอัตราการไปรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบถึงสองเท่า

เจษฎา ศรีงาม (2546) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ในภาพรวมสตรีมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 38.11 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ และด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก

จุฬารณย์ สุวัชรชัยติวงศ์ (2546) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจหาผลมะเร็งปากมดลูกในสตรีมุสลิมของอำเภอนะจะ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน พบว่า ร้อยละ 61 ของสตรีมุสลิมไม่มารับบริการตรวจหาผลมะเร็งปากมดลูก สำหรับสตรีที่มารับบริการตรวจหาผลมะเร็งปากมดลูกพบว่า มีเพียงร้อยละ 13 ที่มารับการตรวจปีละครั้ง ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง เหตุผลที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากมีความเขินอายมากที่สุด รองลงมาคือไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ จึงไม่ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สวรส เสนาสุณย์ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจหาผลมะเร็งปากมดลูกในโครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกจังหวัดชลบุรี: ศึกษาเฉพาะเขตอำเภอมะเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรีพบว่าปัจจัยด้านภาวะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยคลอดบุตรหรือแท้งบุตรจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยคลอดหรือแท้งบุตร

รุจิมา สายเพชร (2546: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพประชาชน กรณีศึกษาเขตบริการสถานีอนามัยบ้านหนองหิน ตำบลสวนกล้วย จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่าเพศอายุ แหล่งข่าวสารสุขภาพ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเชื่ออำนาจภายใน ตน ภายนอกตนด้านสุขภาพและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

โสภิตา คำทอง (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่แต่งงานแล้วในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ การศึกษา รายได้ การมีบุตร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ส่วนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับบริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกและพบว่าพฤติกรรมมาตรวจมะเร็ง

ปากมดลูกระหว่างกลุ่มที่เคยตรวจและไม่เคยตรวจมีความแตกต่างกันในเรื่องความรู้ การรับรู้ โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการมารับบริการตรวจ แรงจูงใจด้าน สุขภาพ ทักษะคิดต่อการตรวจและแรงสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกัน

นริศรา พึ่งโพธิ์สภ (2544) การตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทย พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย ภาคที่อยู่อาศัย และการมีหลักประกันสุขภาพ มีผลต่อการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่าง ที่มีอายุ 35 - 44 ปี มีสถานภาพสมรส มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีอาชีพวิชาชีพวิชาการ และบริหาร อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อาศัยอยู่ในภาคเหนือ และมีหลักประกันสุขภาพ มีสัดส่วนของ ผู้ที่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

เจตนา ศรีใส (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน พบว่าอายุ อายุเมื่อสมรสครั้งแรก และวิธีการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ส่วนระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนบุตร และสถานภาพการสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจหา มะเร็งปากมดลูกและการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การเคยได้รับคำแนะนำให้ มาตรวจหามะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจหามะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ