



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้
การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้อง
ปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ

โดย

นางนภัสวรรณ โอภาส

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้
การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้อง
ปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ

โดย

นางนภัสวรรณ โอภาส

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

THE EFFECTS OF A MOTIVATION-ENHANCING PROGRAM FOR THE
PREVENTION OF ILLNESS ON THE PERCEIVED PREVENTION OF
CERVICAL CANCER AND ADHERENCE TO FOLLOW-UP
COLPOSCOPY AMONG WOMEN WITH
ABNORMAL PAP TEST RESULTS

By

Napatsawan Opad

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
DEPARTMENT OF ADULT NURSING
FACULTY OF NURSING
THAMMASAT UNIVERSITY
2017
COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นางนภัสวรรณ โอภาส


เรื่อง

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
และการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2561

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิรัตติศัย)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



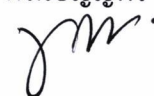
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



(อาจารย์ ดร.เบญญพร บรรณสาร)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมสุภาว จันทนะโสถิติ)

คณบดี



(ศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิชชญ์)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ
ชื่อผู้เขียน	นางนภัสวรรณ โอภาส
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การพยาบาลผู้ใหญ่ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล
ปีการศึกษา	2560

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Maddux & Rogers, 1983) กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกที่ศูนย์สุขภาพสตรีโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำนวน 80 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แบ่งกลุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2560 เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 2) วิดีทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง วิธีการตรวจการปฏิบัติตัว 3) แผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก 4) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 5) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการส่องกล้องปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการส่องกล้องปากมดลูก 6) แบบบันทึกการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์, สถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซคท์, สถิติแมน - วิทนีย ยู และสถิติวิลคอกซัน

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และร้อยละของการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้สตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ มีการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดสูงขึ้น ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไปประยุกต์ใช้ในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ เพื่อส่งเสริมการมารับบริการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจ, การรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก, การมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด, ผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ, มะเร็งปากมดลูก

Thesis Title	THE EFFECTS OF A MOTIVATION-ENHANCING PROGRAM FOR THE PREVENTION OF ILLNESS ON THE PERCEIVED PREVENTION OF CERVICAL CANCER AND ADHERENCE TO FOLLOW-UP COLPOSCOPY AMONG WOMEN WITH ABNORMAL PAP TEST RESULTS
Author	Mrs. Napatsawan Opad
Degree	Master of Nursing Science
Department/Faculty/University	Adult Nursing Faculty of Nursing Thammasat University
Thesis Advisor	Assistant Professor Dr. Sirilak Kitsripisarn
Academic Year	2017

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a motivation-enhancing program for illness prevention on the perceived prevention of cervical cancer and adherence to follow-up colposcopy among women with abnormal pap test result, based on the protection motivation theory by Rogers (Maddux & Rogers, 1983). The samples consisted of 80 women with abnormal pap test results at Chulabhorn Hospital, Bangkok, Thailand. Simple randomized sampling was applied to assign the individuals to a control group and an experimental group. Data were collected between July and November 2017. The research instruments consisted of the following: 1) a motivation-enhancing program for disease prevention; 2) a VCD on the experiences of cervical cancer patients and preparation for pre-/post-colposcopy; 3) brochures on colposcopy; 4) a demographic questionnaire; 5) a perceived noxiousness questionnaire, a perceived probability questionnaire, a response efficacy questionnaire, and a self-efficacy questionnaire; and 6) a follow-up colposcopy form. Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, Fisher's exact test, the Mann-Whitney U test, and the Wilcoxon signed-rank test.

The results revealed higher means of perception in the experimental group than in the control group before and after participating in the motivation-enhancing program, with a statistical significance ($p < .05$). As well, the percentage of adherence to follow-up colposcopy was also higher in the experimental group than in the control group, also with a statistical significance ($p < .05$).

In conclusion, the motivation-enhancing program was effective in improving the perceived prevention of cervical cancer and adherence to follow-up colposcopy among the women with abnormal pap test result. Hence, the implementation of this motivation-enhancing program is recommended for other groups of women with abnormal pap test result in order to promote a higher rate of adherence to follow-up colposcopy.

Keywords: motivation-enhancing program, perceived prevention of cervical cancer, adherence to follow-up colposcopy, abnormal pap test result, cervical cancer

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้เป็นอย่างดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยกรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งเสมอมา ตลอดจนให้ความเมตตา และคอยห่วงใย อีกทั้งยังคอยกระตุ้นเตือน ผลักดันให้สามารถผ่านอุปสรรคในการทำวิทยานิพนธ์มาได้ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.เบญญพร บรรณสาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาสละเวลา พร้อมให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ จนแก้ไขวิทยานิพนธ์ได้สำเร็จด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิมสุภาวี่ จันทนะโสทธิ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ ในการทำวิทยานิพนธ์และปรับปรุงวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ และเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพสตรี ที่เอื้อเฟื้ออำนวยความสะดวกในการทำวิจัย ขอขอบคุณหัวหน้างาน พี่ น้อง เพื่อนร่วมงาน เพื่อนๆ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ รหัส 57 ที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ตลอดจนขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ครั้งนี้ให้สำเร็จได้ด้วยดี

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี 2561 และทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์เพื่อนำไปสู่การตีพิมพ์เผยแพร่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาที่ให้การเลี้ยงดู อบรม สั่งสอนเป็นอย่างดี เป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิต สามี ลูก ๆ และครอบครัว ที่คอยสนับสนุน ดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจ อยู่เคียงข้างผู้วิจัยตลอดมา จนทำให้การจัดทำวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

นางนภัสวรรณ โอภาส
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญตาราง	(10)
สารบัญภาพ	(11)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	7
1.3 คำถามการวิจัย	7
1.4 สมมติฐานการวิจัย	8
1.5 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	8
1.6 ขอบเขตการวิจัย	9
1.7 นิยามศัพท์การวิจัย	9
1.8 กรอบแนวคิดการวิจัย	11
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
2.1 มะเร็งปากมดลูก	15
2.1.1 ความหมายของมะเร็งปากมดลูก	15
2.1.2 อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูก	16
2.1.3 สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก	16

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.1.4 พยาธิสภาพของมะเร็งปากมดลูก	18
2.1.5 การตรวจวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก	19
2.1.6 ระยะของมะเร็งปากมดลูก	19
2.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	22
2.2.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	22
2.2.2 การตรวจด้วยคอลโปสโคป (Colposcope)	24
2.2.3 บทบาทของพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียม ส่องกล้องปากมดลูก	26
2.2.4 ปัญหาอุปสรรคการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจ ด้วยคอลโปสโคป และ ปัจจัยต่าง ๆ รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	28
2.2.5 การมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันของ โรงพยาบาลจุฬารัตน์	33
2.3 ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory)	34
2.3.1 องค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค	35
2.3.2 การประเมินตามองค์ประกอบของทฤษฎี	37
2.3.3 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับ โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค	39
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	44
3.1 รูปแบบการวิจัย	44
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
3.3 สถานที่ในการดำเนินวิจัย	48
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	48
3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	52
3.6 การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล	53
3.7 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	58

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	59
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	61
4.1 ผลการวิจัย	62
4.2 การอภิปรายผลการวิจัย	
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	82
รายการอ้างอิง	87
ภาคผนวก	96
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	97
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองการวิจัย	98
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย	103
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	118
ภาคผนวก จ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	129
ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	130
ประวัติผู้วิจัย	135

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 การแบ่งระยะมะเร็งปากมดลูกตามข้อกำหนดของสหพันธ์สูติศาสตร์และนรีเวช วิทยานานาชาติ 2552	21
2.2 The 2001 Bethesda System	23
4.1 จำนวน ร้อยละและลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	63
4.2 ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง	66
4.3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก รายด้านของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม	68
4.4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก รายด้านของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม	70
4.5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก รายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	72
4.6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก รายด้านของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม	73
4.7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้โรคมะเร็ง ปากมดลูก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง	74
4.8 ร้อยละของสตรีในการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดระหว่างกลุ่ม ทดลองกับกลุ่มควบคุม	76

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	13
3.1 วิธีดำเนินการวิจัย	58



บทที่ 1 บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับสองของมะเร็งในสตรีทั่วโลก รองจากมะเร็งเต้านม เช่นเดียวกับกับประเทศไทย จากสถิติขององค์การอนามัยโลก รายงานว่า ในทุกๆปีจะมีสตรีไทยจำนวน 9,999 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งปากมดลูก และมีสตรีที่ต้องเสียชีวิตจากมะเร็งชนิดนี้จำนวน 1,915 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555) โรงพยาบาลจุฬารัตน์เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการตรวจคัดกรองและรักษาโรคมะเร็ง พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกในปี 2556 ปี 2557 และปี 2558 มีจำนวน 186 ราย 128 ราย และ 202 รายตามลำดับ และจากสถิติการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของศูนย์สุขภาพสตรีโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนกันยายน 2559 มีผู้รับบริการตรวจแป็บสเมียร์ จำนวน 2,187 ราย ในจำนวนนี้ต้องได้รับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก 557 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 25.5 และตรวจพบความผิดปกติ 171 รายต้องเข้ารับการรักษามะเร็งสูงถึงร้อยละ 30 ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามะเร็งปากมดลูกจึงยังเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทย (สมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา, ปัทมา เชาวน์โพธิ์ทอง, สุธีร์ สังข์รัตน์ และบุญเลิศ วิริยะภาค, 2554; ศรีสกุล ศรีสกุล, 2554)

มะเร็งปากมดลูกเป็นการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อเมือกที่ปากมดลูกบริเวณรอยต่อของเยื่อบุสแควมัสกับเยื่อบุคอลัมน์นา (Squamo-Columnar Junction) ที่เรียกว่า ทีโซน (T zone) มีการเจริญเติบโตผิดปกติทั้งขนาด รูปร่าง และองค์ประกอบภายในเซลล์ (ประอรนุช ตัญยาทร, 2546) การป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามนั้นสามารถทำได้โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งพบว่ามีอัตราการรณรงค์เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก (สมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา และคณะ, 2554) การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกหรือที่เรียกว่าการตรวจแป็บสเมียร์ (PAP Smear) ในสตรีที่ยังไม่พบอาการผิดปกติ ทำให้สามารถตรวจพบมะเร็งปากมดลูกได้ในระยะแรก การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกขั้นสุดท้ายนั้นต้องใช้การตรวจทางพยาธิวิทยาซึ่งได้จากการตรวจด้วยคอลโปสโคปี (Colposcopy) หรือการส่องกล้องปากมดลูก จะช่วยให้เห็นความผิดปกติของปากมดลูกว่าอยู่ที่ใด การส่องกล้องปากมดลูกร่วมกับการตรวจคัดกรองเซลล์วิทยาทำให้สามารถตรวจพบรอยโรคของปากมดลูกในระยะก่อนเป็นมะเร็งได้ ซึ่งสตรีเหล่านี้หากได้รับการรักษาตั้งแต่แรกจะสามารถลดอุบัติการณ์ของมะเร็งระยะลุกลาม และลดอัตราการเสียชีวิตจาก

มะเร็งปากมดลูกได้ (พีรพงศ์ อินทศร, 2554) ดังนั้นการส่องกล้องปากมดลูกจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการวินิจฉัยเพื่อป้องกันไม่ให้อรอยโรคดำเนินไปสู่มะเร็งระยะลุกลาม และเพื่อเป็นแนวทางในการรักษา ตรวจติดตามโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมต่อไป

จากกระบวนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพสตรีโรงพยาบาลจุฬารัตน์พบว่า เมื่อผู้รับบริการมีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติ ในรายที่สะดวกเดินทางมาฟังผลการตรวจ จะได้รับการอธิบายผลการตรวจจากแพทย์ และอธิบายการเตรียมตัวเพื่อรับการส่องกล้องปากมดลูกโดยพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพสตรี ส่วนรายที่ไม่สะดวกเดินทางมาฟังผล เช่น บ้านไกล เป็นต้น พยาบาลจะโทรแจ้งผลการตรวจและอธิบายการเตรียมตัวสำหรับการส่องกล้องปากมดลูก จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่า สถิติผู้มารับบริการส่องกล้องปากมดลูกในปี 2558 มีการเลื่อนนัดมากกว่าร้อยละ 30 ต่อเดือน หรือประมาณ 18 รายต่อเดือน สำหรับผู้รับบริการที่เลื่อนนัดเหล่านี้พยาบาลสามารถโทรศัพท์ติดตามได้ 100 % หากแต่ผู้รับบริการแจ้งว่ายังไม่พร้อมมารับการตรวจ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มาตรวจติดตามล่าช้าไปจากนัดเดิม อาจส่งผลให้มาพบแพทย์ในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงระยะของโรคไปแล้วซึ่งทำให้แผนการรักษาเปลี่ยน เกิดความรุนแรงของโรคมามากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเตรียมตัวมารับการส่องกล้องปากมดลูก ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งทำให้มะเร็งปากมดลูกเข้าสู่ระยะลุกลาม ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ ผลกระทบต่อผู้ป่วยในการดำรงชีวิต ส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ เช่นทำให้เกิดความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย บทบาทของการเป็นภรรยา มารดา เปลี่ยนแปลงไป ผลกระทบต่อครอบครัวคือ ครอบครัวเกิดความวิตกกังวล มีความห่วงใยในการเจ็บป่วย สูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งของครอบครัวและของรัฐในการวินิจฉัยรักษาเนื่องจากค่ายาที่มีราคาแพง ด้านสังคมผู้ป่วยอาจพยายามปกปิดเนื่องจากกลัวถูกรังเกียจหรือถูกทอดทิ้ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2548; สุขุมมาลย์ สว่างวารี และเทวินทร์ โกสิยตระกูล, 2554; ศรีสกุล ศรีสกุล, 2554)

การได้รับการตรวจทางเซลล์วิทยาเมื่อพบความผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มแรกแล้วทำการรักษาทันทีก็จะลดโอกาสกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม โดยในปี 2555 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยกำหนดแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก (Cervical cytology) เช่น การตรวจแป็บสเมียร์ (PAP smear) สำหรับสตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วเริ่มที่อายุ 25 ปีและอายุ 30 ปีสำหรับสตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์โดยการตรวจอย่างสม่ำเสมอทุก 2 ปี (เย็นฤดี ภูมิถาวร, 2556) การตรวจคัดกรองเซลล์วิทยาของปากมดลูกและให้การรักษาตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็งทำให้สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกและอัตราการเสียชีวิตได้ (พีรพงศ์ อินทศร, 2554; เย็นฤดี ภูมิถาวร, 2556) ในประเทศไทยถือว่าเป็นประเทศที่กำลังพัฒนามีทรัพยากรต่างๆ ที่จำกัด กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการกำหนดเป้าหมาย โดยควรคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการแป็บสเมียร์เมื่อมีอายุ 30 ปี ตรวจซ้ำ

ทุก 5 ปี จนถึงอายุ 60 ปี (นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, 2556) ซึ่งมีการศึกษาของ International Agency for Research on Cancer (IARC/ WHO, 1995) พบว่าหากสตรีร้อยละ 80 ของประเทศมารับการตรวจคัดกรองครบทุกครั้งที่ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกในประเทศได้ร้อยละ 55 ภายในระยะเวลา 5 ปี ในประเทศไทยจากสถิติการดำเนินงานป้องกันมะเร็งปากมดลูกในปี 2549 พบว่ามีสตรีมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 54.5 และพบว่าในจำนวนนี้เป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 6.11 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550) เมื่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแป็บสเมียร์แล้วพบความผิดปกติจากการตรวจทางเซลล์วิทยา การมารับการส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) จึงเป็นการตรวจสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะจะช่วยให้ได้รับการวินิจฉัยเพื่อการรักษาที่เหมาะสมได้อย่างทันท่วงที เนื่องจากการตรวจสามารถยืนยันความผิดปกติที่เกิดขึ้นลดโอกาสที่รอยโรคจะคืบหน้าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามได้ (จตุพล ศรีสมบุญ และวิสิทธิ์ สุภัครพงศ์กุล, 2554)

การส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) คือ การตรวจเนื้อเยื่อเยื่อเมือก (Epithelium) ของปากมดลูก ช่องคลอด ปากช่องคลอดด้วยกล้องขยาย หลังจากทาหรือข้อมลด้วยน้ำยาเฉพาะ เพื่อตรวจหาความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง หรือเพื่อตรวจยืนยันความปกติของเนื้อเยื่อเมือกบริเวณที่กล่าวมาข้างต้น หลังจากนั้นจะทำการตัดชิ้นเนื้อ (Targeting biopsy) โดยการตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (Conization) หรือการขูดชิ้นเนื้อด้านในปากมดลูก (Endocervical curettage) จากบริเวณที่ผิดปกติมากที่สุดเพื่อทำการตรวจทางพยาธิวิทยา พบว่าการส่องกล้องปากมดลูกร่วมกับการตรวจทางพยาธิวิทยา เพื่อตรวจหาขอบเขตการลุกลามของโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งภายในเยื่อเมือกมีความแม่นยำถึงร้อยละ 99 (จตุพล ศรีสมบุญ และวิสิทธิ์ สุภัครพงศ์กุล, 2554)

จากการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้สตรีชาวอเมริกันมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง พบว่าสตรีที่มีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก วิธีการป้องกัน และมีความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง จะมีความต่อเนื่องในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สูงขึ้น (Nelson, Moser, Gaffey & Waldron, 2009) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการแป็บสเมียร์ ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรอง (สุนิสา จันทร์แสง, กรณี วัฒนสมบุญ, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, และณัฐกมล ชาญสาธิตพร, 2558; ยุภาพร ศรีจันทร์, 2550) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค (ยุภาพร ศรีจันทร์, 2550) ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก (พุดิตา พรหมวิอินทร์, โยทะกา ภาคพงศ์ และมยุรี นิรัตติธราดร, 2558; จิราภรณ์ ศรีพิบูลย์ปัติ, กนกพร หมู่พยัคฆ์, ปนัดดา ปรียทฤม และสุพินดา เรื่องจิรัชเชื้อย, 2554) ทักษะคดีเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง

ปากมดลูก (จิราภรณ์ ศรีพิบูลย์บัณฑิต, กนกพร หมู่พยัคฆ์, ปนัดดา ปรียทฤษ และสุพินดา เรื่องจิรัชฐีเยร, 2554) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาว่าเหตุผลของการการไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือไม่มีอาการผิดปกติ (ผันสุ ชุมวรรฐายี และบัณฑิต ชุมวรรฐายี, 2550; สุมาลี ครุฑทิน, 2551; จิรนนท์ มงคลดี, 2548; ยุภาพร ศรีจันทร์, 2550)

จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศพบว่าสตรีที่รับการแป็บสเมียร์ และมีผลการตรวจที่ผิดปกติ ต้องได้รับการตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) พบว่ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตรวจ กลัวเป็นมะเร็ง และขาดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก (Shinn et al., 2004) เกิดความกลัวเกี่ยวกับวิธีการตรวจ (Lima, Aldrich, Gamba, Barse, & Atlas, 2010; Neale & Dunn, 2010, Tahseen, 2008) และกังวลว่าจะเกิดอะไรขึ้นระหว่างการทำหัตถการ กลัวผลการวินิจฉัย (Lima, Aldrich, Gamba, Barse, & Atlas, 2010; Neale & Dunn, 2010 และจากการศึกษาของ อเซอร์ ฮุย และคณะ (Azor Hui et al., 2014) พบว่าอุปสรรคของการให้ความร่วมมือในการมาตรวจติดตามภายหลังการตรวจแป็บสเมียร์ที่มีผลผิดปกติ ร้อยละ 68 คือขาดความรู้และการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ความหมายของแป็บสเมียร์ที่ผิดปกติ วิธีการส่องกล้องปากมดลูก และจากการศึกษาของฟิช และคณะ (Fish, Moorman, Stintson, Vidal, Smith, & Hoyo, 2013) ศึกษาความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการมาตรวจติดตามส่องกล้องปากมดลูก พบว่ากลุ่มที่ไม่ให้ความร่วมมือมาตรวจติดตามคือกลุ่มที่ขาดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการตรวจติดตามของสตรีภายหลังที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติ คือปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ผลการตรวจวินิจฉัย ความรู้เกี่ยวกับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก และอุปสรรคที่ส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการมาตรวจติดตามได้แก่ การขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าจากปัจจัยเหล่านี้จะทำให้อัตราในการมารับการส่องกล้องปากมดลูกเพื่อตรวจติดตามมีอัตราต่ำ (Shinn et al., 2004; Azor Hui et al., 2014)

สำหรับการคัดกรองในประเทศไทยพบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (จิราภรณ์ ศรีพิบูลย์บัณฑิต, กนกพร หมู่พยัคฆ์, ปนัดดา ปรียทฤษ และสุพินดา เรื่องจิรัชฐีเยร, 2554) การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค การป้องกันโรค การให้คำแนะนำที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มระดับความรู้ และส่งผลถึงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการการป้องกันโรคที่ดีขึ้น (Chamnan Kietpeerakool, Yupin Phianmongkhon, Kriangsak Jitvacharanun, Usanee Siriratwatakul, & Jatupol Srisomboon, 2009) อีกทั้งยังกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ เสริมสร้างความคาดหวัง มีผลให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อเกิดความกลัวหรือกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของ

ตนเองอย่างเหมาะสม จะสามารถช่วยกระตุ้นให้สตรีเหล่านี้ เกิดแรงจูงใจในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้ (จันทน์ แต่ไพสิฐพงษ์ และณัฐวุฒิ กันทถาวร, 2556)

จากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของโรเจอร์ (Maddux & Rogers, 1983) มีแนวคิดในการสร้างแรงจูงใจมีพื้นฐานของการกระตุ้นให้เกิดความกลัวเป็นการโน้มน้าวใจให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ร่วมกับการสร้างความเข้าใจให้รับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้เกิดการรับรู้ต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดโรค (จันทน์ แต่ไพสิฐพงษ์ และณัฐวุฒิ กันทถาวร, 2556) ซึ่งทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคนี้เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ โดยการรับรู้จะส่งผลการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม โดยการรับรู้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้ความรุนแรง 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 3) ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และ 4) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Norman, Boer, & Seydel, 2005; ณัฐวุฒิ ฉิมมา, 2556) จากองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบนี้สรุปเป็นกระบวนการรับรู้ได้ 2 กระบวนการคือ กระบวนการรับรู้แบบที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค สำหรับกระบวนการนี้เป็นการสร้างแรงจูงใจโดยใช้ความกลัวเป็นตัวกระตุ้นและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม และเป็นไปได้ที่การรับรู้อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์คือ มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติสม่ำเสมอ และมีการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง หาวิธีการป้องกันที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตน ร่วมกับกระบวนการรับรู้แบบที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วย 1) ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และ 2) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (เพชรรัตน์ เขตกระโทก, 2554) กระบวนการนี้เป็นการเสริมสร้างให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์เชื่อว่า การจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันอันตรายและสิ่งคุกคาม จะทำได้ดีที่สุดเมื่อบุคคลนั้นเห็นว่าอันตรายนั้นรุนแรง เมื่อบุคคลมีระดับความกลัว ความวิตกกังวลต่อการเกิดโรคของตนเองที่เหมาะสม ย่อมกระตุ้นให้เกิดความใส่ใจในการดูแลตนเอง เพื่อลดความวิตกกังวลของตนเองให้หมดไป (จันทน์ แต่ไพสิฐพงษ์ และณัฐวุฒิ กันทถาวร, 2556) ด้วยเหตุผลข้างต้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีความเหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมเพื่อให้สตรีที่มีผลการตรวจแป็บ smear ผิดปกติมารับการส่องกล้องปากมดลูกตามนัดและได้รับการรักษาที่เหมาะสม ช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามและลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในการสร้างแรงจูงใจของสตรีในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สามารถกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมและมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการแป็บสเมียร์สูงขึ้น (ปริญานุช มณีโชติ, ประณีต ส่งวัฒนา และสุรีย์พร กฤษเจริญ, 2554; เนื้อทิพย์ ศรีอุตร (2550) นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้นำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งมาจัดโปรแกรมในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ โดยการให้ความรู้ร่วมกับการใช้สื่อการสอน การกระตุ้นเตือนต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง (จันทน์ แต่ไพสิฐพงษ์ และณัฐวดี กันตถาวร, 2556) ภายหลังจากการศึกษาพบว่าสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติมีระดับความรู้และทัศนคติที่ดีต่อโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น

จากการศึกษาโปรแกรมในงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีการนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งมาใช้ในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการแป็บสเมียร์เท่านั้น ซึ่งเป็นการตรวจคัดกรองขั้นต้นของมะเร็งปากมดลูก ส่วนการจัดโปรแกรมภายหลังจากตรวจแป็บสเมียร์ที่มีผลผิดปกติ พบว่ามีเพียงการศึกษาของศศิวรรณ สุทัศนมาลี และธีระศิวดูล (Sasiwan Suthasmalee, & Teera Siwadune, 2015) ได้ศึกษาว่าการรับชมสื่อวีดิทัศน์ก่อนการตรวจส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการตรวจและความพึงพอใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่าภายหลังจากตรวจแป็บสเมียร์แล้วพบว่าผลผิดปกติจะแค่เป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ แต่ก็มีความจำเป็นที่ผู้รับบริการต้องมารับการตรวจติดตามตามนัด ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลผู้ที่มารับบริการของศูนย์สุขภาพสตรีโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ที่เลื่อนนัดการตรวจส่องกล้องปากมดลูกจำนวน 10 ราย พบว่า ไม่เข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นว่ารุนแรงหรือผิดปกติมากเพียงใด 5 ราย ไม่รู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกจึงยังไม่มาตรวจจำนวน 3 ราย ไม่สามารถหยุดงานได้ 1 ราย ไม่สามารถเดินทางมารับการตรวจเองได้ต้องรอบุคคลในครอบครัวพามา 1 ราย จากข้อมูลที่สำรวจได้นี้ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการส่องกล้องปากมดลูก ส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของความผิดปกติที่เกิดขึ้น

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น การให้ความรู้ ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค มีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลที่มีการส่งเสริมการตรวจคัดกรองรวมถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง จึงเห็นว่าควรส่งเสริมให้สตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติ เกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อป้องกัน

โรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ กระตุ้นให้เกิดความกลัว เกิดแรงจูงใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการมารับการส่องกล้องปากมดลูกตามนัด ดังนั้นทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคจึงมีความเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจให้สตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ที่ผิดปกติเหล่านี้มารับการตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องปากมดลูกตามแผนการรักษา ตามระยะเวลาที่นัดหมาย ซึ่งจะช่วยให้แพทย์สามารถตรวจวินิจฉัยความผิดปกติที่เกิดขึ้น เพื่อให้สตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติได้รับการรักษาตามแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ส่งผลช่วยให้สตรีเหล่านี้ลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามและลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกต่อไปได้

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่ผลตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.2.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม

1.2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

1.2.3 เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของสตรีในการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

1.3 คำถามการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค สามารถเพิ่มการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดได้หรือไม่ อย่างไร

1.4 สมมติฐานการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์พบว่า

1. สตรีที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. สตรีที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุม
3. สตรีที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีร้อยละของสตรีในการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด สูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุม

1.5 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1.5.1 ตัวแปรต้น (Independent Variable) คือ โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค

1.5.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ

1.5.2.1 การรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย

- การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก
- การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว เพื่อรับการ

ตรวจส่องกล้องปากมดลูก

- การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ

ตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก

1.5.2.2 ร้อยละของสตรีในการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาสตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) ในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร เป็นเพศหญิง อายุ 25 ปี ขึ้นไป ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2560

1.7 นิยามศัพท์การวิจัย

1.7.1 สตรีที่ได้รับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก หมายถึง สตรีที่มารับการตรวจที่ศูนย์สุขภาพสตรีโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ที่ได้รับการตรวจภายในโดยการแป็บสเมียร์แล้วพบว่ามีความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกโดยใช้การรายงานผล The 2001 Bethesda System (TBS 2001) ซึ่งเป็นมาตรฐาน รวมถึงการนัดตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายของแพทย์เป็น binocular microscope ซึ่งมีกำลังขยาย 3.5 - 30 เท่า และมี green fiber และเพื่อตรวจหาบริเวณที่จะทำการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา

1.7.2 โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค หมายถึง การจัดกิจกรรมอย่างเป็นระบบโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ประกอบด้วย 2 กระบวนการรับรู้ คือ กระบวนการรับรู้แบบที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ได้แก่ การรับความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ร่วมกับ กระบวนการรับรู้แบบที่ 2 คือ การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ได้แก่ การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองและการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยจัดกิจกรรมให้กับสตรีที่มารับผลการตรวจแป็บสเมียร์และนัดส่องกล้องปากมดลูก เพื่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้จากการดูวีดิทัศน์ การกระตุ้นให้รับรู้โอกาสเสี่ยง และการใช้ตัวแบบส่งเสริมให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมส่องกล้องปากมดลูก ในวันที่มารับฟังผลการตรวจภายในหลังการทำแป็บสเมียร์ที่ศูนย์สุขภาพสตรีโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จะมีการโทรศัพท์เพื่อรับฟังปัญหา อุปสรรค และเสริมแรงจูงใจของสตรีที่เข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มที่มีเซลล์ผิดปกติแบบไม่เจาะจงชนิดเกรดต่ำ (Atypical squamous cells of undetermined significance; ASC-US) low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) โทรศัพท์ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 ส่วนในกลุ่มที่ผลการตรวจพบเซลล์มีการกลายไปในเชิงมะเร็งมากขึ้น

ชนิดเกรดสูง (High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) moderate and severe dysplasia, carcinoma in situ: CIN2 and CIN 3 โทรศัพท 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 3 และ 6

1.7.3 การรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การที่สตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติ แสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากอาการหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการปฏิบัติตามที่ดีและมารับการตรวจรักษาที่เหมาะสม การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยการรับรู้ 2 กระบวนการประกอบด้วย 4 ปัจจัย ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเข้าใจของสตรีเกี่ยวกับอาการ อันตรายที่เกิดของโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบทั้งร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิตสัมพันธภาพในครอบครัว และอาจเสียชีวิตได้ โดยใช้แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามทั้งด้านบวก 10 ข้อและด้านลบ 2 ข้อ ทั้งหมด 12 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 scale คะแนนมากแสดงถึงการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกสูง

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเข้าใจของสตรีเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความเสี่ยงของตนเองที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น พฤติกรรมสำส่อนทางเพศ การสูบบุหรี่ ประวัติการมีประจำเดือน ตกขาวที่ผิดปกติ โดยใช้แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามทั้งด้านบวก 10 ข้อและด้านลบ 3 ข้อ ทั้งหมด 13 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 scale คะแนนมากแสดงถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูง

3. การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก หมายถึง การที่สตรีในกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นว่าการส่องกล้องตรวจปากมดลูกมีประโยชน์ และได้รับประโยชน์คุ้มค่าสำหรับสตรีที่รับการส่องกล้องปากมดลูก วัดได้จากคะแนนการตอบแบบสอบถามในเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 scale คะแนนมากแสดงถึงการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการส่องกล้องปากมดลูกมาก

4. การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก หมายถึง การที่สตรีในกลุ่มตัวอย่าง สามารถปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมรับการ

ส่องกล้องปากมดลูกได้ วัดได้จากคะแนนแบบสอบถามในเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 scale คะแนนมากแสดงถึงการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการส่องกล้องปากมดลูกมาก

1.7.4 การมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก หมายถึง ร้อยละของสตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติ ที่มารับการส่องกล้องปากมดลูกตามวัน เวลา ที่นัดหมายกับศูนย์สุขภาพสตรีโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วัดโดยนับเป็นจำนวนคน

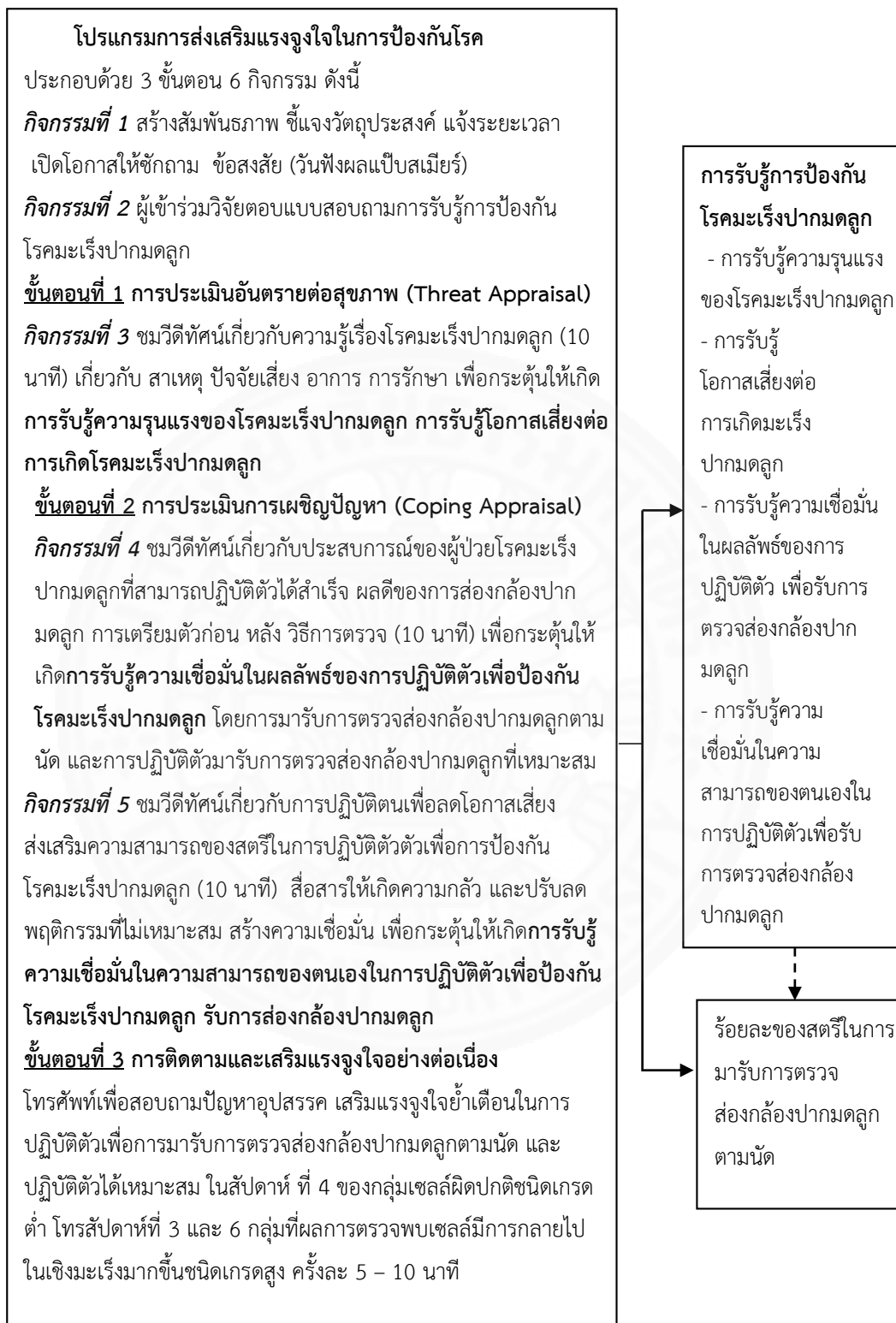
1.8 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Maddux & Rogers, 1983) โดยการนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคมาใช้เป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมขึ้นเพื่อให้สตรีมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด ซึ่งทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคนี้ สรุปลงเป็นกระบวนการรับรู้ 2 กระบวนการประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่กระบวนการรับรู้แบบที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค กระบวนการรับรู้แบบที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว 2) การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้มุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด โดยส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจ เกิดการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยขั้นตอนการส่งเสริมแรงจูงใจคือขั้นตอนที่ 1 เป็นกระบวนการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) โดยการจัดกิจกรรมมุ่งเน้นให้เกิดการรับรู้ เพื่อประเมินอันตรายต่อสุขภาพ โดยทฤษฎีเชื่อว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม กล่าวคือกระบวนการนี้จะทำให้สตรีที่ตรวจพบความผิดปกติจากการทำแป็บสเมียร์ เห็นถึงอันตรายหรือภาวะคุกคามรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้สตรีเกิดแรงจูงใจในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูก ขั้นตอนที่ 2 เป็นกระบวนการการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นการส่งเสริมความสามารถและกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติตัวเพื่อมารับการตรวจส่องกล้อง

ปากมดลูก กล่าวคือกระบวนการนี้จะทำให้สตรีที่ตรวจพบความผิดปกติจากการทำแป็บสเมียร์มีความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก และเตรียมตัวมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องในขั้นตอนที่ 3 โดยการโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรค ให้คำแนะนำย้ำเตือนและเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวเพื่อมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด ดังนั้นการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ตามกระบวนการทั้ง 2 กระบวนการร่วมกับการเสริมแรงจูงใจนี้ จึงเหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในสตรีกลุ่มนี้ในด้านการป้องกันสุขภาพ การเสริมสร้างสุขภาพที่ดี ป้องกันเกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมมารดาตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ภาพ ที่ 1





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติครั้งนี้ ได้ศึกษาในสตรีที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 มะเร็งปากมดลูก

- 2.1.1 ความหมายของมะเร็งปากมดลูก
- 2.1.2 อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูก
- 2.1.3 สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก
- 2.1.4 พยาธิสภาพของมะเร็งปากมดลูก
- 2.1.5 การตรวจวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก
- 2.1.6 ระยะของมะเร็งปากมดลูก

2.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- 2.2.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 2.2.2 การตรวจด้วยคอลโปสโคป (Colposcope)
- 2.2.3 บทบาทของพยาบาลในการดูแลการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมส่องกล้องปากมดลูกและการปฏิบัติตัวหลังได้รับการส่องกล้องปากมดลูก
- 2.2.4 ปัญหาอุปสรรคการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจด้วยคอลโปสโคป ปัจจัยที่มีผลต่อการมาและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.2.5 การมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันของโรงพยาบาลจุฬารัตน์

2.3 ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory)

2.3.1 องค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค

2.3.2 การประเมินตามองค์ประกอบของทฤษฎี

2.3.3 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
กับโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค

2.1 มะเร็งปากมดลูก

2.1.1 ความหมาย

ความหมายของมะเร็งปากมดลูกมีผู้ให้คำจำกัดความดังรายละเอียดต่อไปนี้
สมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society) ได้ให้ความหมายว่า มะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มีการเริ่มต้นจากเซลล์บริเวณทีโซน (T- zone) เซลล์เหล่านี้จะค่อยๆพัฒนาหายไปเป็นเซลล์ระยะก่อนมะเร็ง และพัฒนาเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งต่อไป

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO, 2016) ได้ให้ความหมายว่า มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ซึ่งมาจากการติดเชื้อเอชพีวี บางสายพันธุ์ สายพันธุ์ชนิด 16 และ 18 ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกได้ถึง ร้อยละ 70

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ (2558) ได้ให้ความหมายว่า มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ก่อมะเร็งที่คงอยู่นาน (Persistent) เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ชนิดสแควมัส ที่มีการก่อตัวบริเวณ ทีโซน และอีกร้อยละ 10 เป็นชนิด อะดีโน (Adenocarcinoma) ที่ก่อตัวในชั้นเยื่อบุคอกลัมบาร์

สมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา, สุธีร์ สังขรัตน์ และวีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร (2554) ให้ความหมายว่า มะเร็งปากมดลูกคือ ขบวนการเปลี่ยนแปลงหลังจากมีการติดเชื้อเอชพีวี ในผู้ที่ไม่สามารถกำจัดเชื้อออกจากร่างกายได้ ร้อยละ 10 ของการติดเชื้อแบบฝังแน่น (Persistent infection) จะมีรอยโรคชนิดโลว์เกรด (Low grade) ร้อยละ 20- 30 เป็นชนิด ไฮเกรด (High grade) มีเพียงร้อยละ 1 ที่มีรอยโรคเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (Invasive lesion)

จตุพล ศรีสมบุรณ์ และวิสิทธิ์ สุภัคพงษ์กุล (2554) ให้ความหมายว่ามะเร็งปากมดลูก คือโรคที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สแควมัสที่แปรรูปผิดปกติ บริเวณดังกล่าวเรียกว่า “เขตเซลล์แปรรูปผิดปกติ” (Atypical transformation zone) ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจจะดำเนินไปเป็นมะเร็งในระยะลุกลามได้

วิชาญ หล่อวิทยา (2544) ให้ความหมายว่า มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติทำให้เซลล์มีรูปร่างและคุณสมบัติที่เปลี่ยนไปเกิดการแบ่งตัวอย่างไม่สิ้นสุด สามารถแพร่กระจายลูกกลามไปยังอวัยวะอื่นได้

กล่าวโดยสรุปว่า มะเร็งปากมดลูกคือ การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณที่ โชน (T zone) ของปากมดลูกภายหลังจากที่ร่างกายมีการติดเชื้อเอชพีวีชนิดความเสี่ยงสูง และไม่สามารถกำจัดเชื้อออกจากร่างกายได้ ทำให้เซลล์เจริญเติบโตและมีรูปร่างผิดปกติ คุณสมบัติเปลี่ยนไป หากเกิดการแพร่กระจายของเซลล์จะทำให้เกิดเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะลูกกลามได้

2.1.2 อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบได้เป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลก รองลงมาจากมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของการเสียชีวิตจากมะเร็งในสตรี รองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด จากการรายงานสถิติของ IARC / WHO , GLOBALCAN 2012 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ปัจจุบันมีอัตราการป่วยเท่ากับ 17.8 ต่อประชากรหญิงแสนคน โดยพบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณปีละ 8,184 ราย และเสียชีวิตประมาณ 4,513 รายต่อปี (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2558) มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของสตรีทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย หากคิดเป็นวันแล้วจะพบว่ามี การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยวันละประมาณ 22 คน และมีการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ยวันละ 12 คน

2.1.3 สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุที่สำคัญ คือ การติดเชื้อฮิวแมนแพปพิโลมาไวรัส หรือ เอชพีวี (HPV) ชนิดความเสี่ยงสูง (จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2554) ได้แก่สายพันธุ์ 16, 18, 33, 45, และ 31 โดยครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั่วโลกติดไวรัสเอชพีวี สายพันธุ์ 16 (Castellsague et al., 2007) นอกจากนี้มีสาเหตุหรือปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นเพียงปัจจัยที่ทำให้ปากมดลูกมีโอกาสติดเชื้อ เอชพีวี ได้สูงหรือง่ายขึ้น ปัจจัยเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกแบ่งออกเป็น 3 ชนิดหลักคือ ปัจจัยเสี่ยงทางนรีเวช ปัจจัยเสี่ยงจากคู่นอน และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ (จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2549) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1.3.1 ปัจจัยเสี่ยงทางนรีเวช ส่วนมากเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศของสตรีได้แก่

1) พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน (Multiple sexual partners) ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ที่สูง (High frequency of sexual activity) ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น

2) การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (Early sexual intercourse) การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 17 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วง 1 ปีแรกหลังจากการมีประจำเดือนจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นเนื่องจากเป็นช่วงที่เซลล์เยื่อผิวปากมดลูกมีการกลายรูปจากคอลัมน์นาร์ อีพิทีเลียม (Columnar epithelium) ไปเป็น สแควมัส อีพิทีเลียม (Squamous epithelium) โดยในช่วงนี้เซลล์จะมีความไวสูงต่อสารก่อมะเร็งโดยเฉพาะเอชพีวี (จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2549; ธีระ ทองสง และคณะ, 2551)

3) การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร (Pregnancy and Multiparous) ในสตรีที่มีจำนวนครั้งของการคลอดบุตรหลายครั้ง (Multiparous) สตรีที่มีการตั้งครรภ์หลายครั้ง (Multigravida) หรือมีบุตรมากกว่า 4 คนจะมีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 2 ถึง 3 เท่า (จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2554) เนื่องจากจะเกิดการฉีกขาดและซ่อมแซมเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกบ่อย (สวนีย์ บำรุงสุข, 2554)

4) มีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อบางชนิด เช่น เฮอร์ปีซซิมเพล็กซ์ ชนิดที่ 2 ที่ทำให้เกิดเริม (herpes zimplex virus type 2), หนองในเทียม (Nongonococcal infection), หนองในแท้ (Gonorrhea), การติดเชื้อทริโครโมแนส (Trichomoniasis), การติดเชื้อราแคนดิด้า (Candidiasis), หูดหงอนไก่ (Condiloma accuminata) ซึ่งอาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชพีวีที่สูงขึ้น (จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2554; ธีระ ทองสง และคณะ, 2551)

5) การรับประทานยาคุมกำเนิด (Oral contraceptive pills) การรับประทานยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเป็นเวลานานกว่า 5 ปีทำให้ความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่เคยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด (Smith et al., 2003)

6) การไม่มารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นสาเหตุที่สำคัญของมะเร็งปากมดลูกและยังคงทำให้อัตราการเกิดของมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยยังสูงอยู่ (จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2554; สมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา, สุธีร์ สังขรัตน์ และวีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร; 2554)

2.1.3.2 ปัจจัยเสี่ยงจากคู่นอน

เนื่องจากส่วนใหญ่ของการติดเชื้อเอชพีวีบริเวณอวัยวะเพศได้มาจากการมีเพศสัมพันธ์จึงกล่าวได้ว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ กับผู้ชายที่มีเชื้อเอชพีวี ปัจจัยจากคู่นอน ได้แก่

- 1) สตรีที่มีสามีเป็นมะเร็งองคชาติ (Penile cancer)
- 2) สตรีที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก

2.1.3.3 ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

- 1) การสูบบุหรี่ นิโคตินและสารผลิตภัณฑ์ ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งในควันบุหรี่
- 2) ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ สตรีที่มีภูมิคุ้มกันต่ำความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส ซึ่งนำไปสู่การเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วย 4 กลุ่มคือ ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน , ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งชนิดอื่นอยู่แล้ว สตรีตั้งครรภ์ซึ่งถือว่าอยู่ในภาวะภูมิคุ้มกันต่ำชั่วคราว และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2540)
- 3) พฤติกรรมการกินอาหาร สารอาหารมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะ เบต้า แคโรทีน (Beta-carotene) วิตามินเอ ซี และกรดโฟลิก โดยพบว่าสตรีที่ขาดสารอาหารเหล่านี้เป็นเวลานานๆ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2540)
- 4) สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ พบว่าในประเทศหรือชุมชนที่สภาพเศรษฐกิจและสังคมไม่ดีมักพบสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงถึง 5 เท่า ของประเทศที่พัฒนาแล้วทั้งนี้อาจเนื่องจากสุขอนามัย (Hygiene) ของสตรีเป็นส่วนสำคัญ (สัญชัย บัลลังก์โพธิ์ และสมศักดิ์ ตั้งตระกูล, 2542)

2.1.4 พยาธิสภาพของมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเซลล์เยื่อบุปากมดลูก ทั้งขนาด รูปร่าง และองค์ประกอบภายในเซลล์โดยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะเป็นไปอย่างต่อเนื่องไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มักเกิดบริเวณเยื่อประสานเยื่อบุคอกลมันนา (Squamo – Columnar junction) ของปากมดลูกชั้นใน (ธีระ ทองสงและคณะ, 2551) หรือที่เรียกว่าทรานสฟอร์เมชันโซน (Transformation zone) ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด เมื่อเซลล์บริเวณนี้มีการฉีกขาด การอักเสบ เซลล์จะตายและเกิดการซ่อมแซมสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทน (Regeneration metaplasia) จากกระบวนการดังกล่าวการที่เซลล์ได้รับอันตรายบ่อยๆ เกิดการซ่อมแซมกลับไปกลับมาจึงมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของเซลล์มะเร็ง (ประอรนุช ตุลยาทร, 2546) พยาธิวิทยาของมะเร็งปากมดลูกแบ่งได้ตามชนิดของเซลล์มะเร็ง เป็น 3 กลุ่ม ใหญ่ ๆ พบว่าร้อยละ 80-85 เป็นชนิด สแควมัส (Squamous cell carcinoma) ร้อยละ 15-18 เป็นชนิด อดีโนคาร์ซิโนมา (Adenocarcinoma) และชนิดอื่นๆซึ่งพบได้น้อย (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2554)

2.1.5 การตรวจวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก

การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกอาศัยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจภายใน โดยใช้ผลการตรวจแป็บสเมียร์เพื่อเป็นข้อมูลในการสนับสนุนการวินิจฉัย ซึ่งการวินิจฉัยนั้นต้องมีผลขึ้นเนื้อหาทางพยาธิวิทยาเป็นหลักฐานสำคัญที่สุดในการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก การวินิจฉัยแยกโรคสำหรับรอยโรคบริเวณปากมดลูกซึ่งอาจมีลักษณะคล้ายกับมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจดูด้วยตาเปล่า ได้แก่ หูดหงอนไก่ (Condiloma accuminata) เยื่อぶต่อมยื่นออกมาด้านนอก (Cervical eversion หรือ ectopy) ปากมดลูกอักเสบจากการติดเชื้อ ซึ่งจะทำให้ปากมดลูกบวมแดงคล้ายมะเร็ง เช่น เชื้อหนองใน (Gonococcal cervicitis) เป็นต้น มะเร็งที่ลุกลามจากอวัยวะข้างเคียง เช่น รังไข่ มะเร็งช่องคลอด มะเร็งลำไส้ตรง มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งที่แพร่กระจายมาจากที่อื่น เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ภาวะอื่นๆ ที่พบได้น้อย เช่น การตั้งครรภ์ที่ปากมดลูก (Cervical pregnancy) การตรวจวินิจฉัยสามารถทำได้ดังนี้

2.1.5.1 การซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไปอย่างละเอียด

2.1.5.2 การตรวจภายใน เพื่อตรวจหาความผิดปกติในระยะก่อนการลุกลาม (Preinvasive) เพื่อทำการตรวจหาเพิ่มเติมต่อไปหากมีการพบความผิดปกติเกิดขึ้น

2.1.5.3 การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (Loop electrosurgical excision procedure: LEEP) การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้าเป็นหัตถการที่นำมาใช้อย่างแพร่หลายโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่เยื่อบุสแควมัส โดยจะใช้ร่วมกับการส่องกล้องตรวจช่องคลอด (Colposcopy)

2.1.5.4 การตัดชิ้นเนื้อ (Cervical punch biopsy) เป็นการตัดชิ้นเนื้อบริเวณที่ผิดปกติแล้วป้ายด้วยสารละลายไอโอดีน (Lugol's solution) โดยมักทำร่วมกับการส่องกล้องขยาย (colposcopy) เพื่อให้ทราบตำแหน่งที่ชัดเจน (ศรีสกุล ศรีสกุล, 2554)

2.1.5.5 การขูดชิ้นเนื้อด้านในปากมดลูก (Endocervical curettage: ECC) การขูดบริเวณเนื้อด้านในปากมดลูกเพื่อนำไปตรวจทางพยาธิวิทยา

2.1.5.6 การตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (Cervical conization) การตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกเป็นรูปกรวย บริเวณเยื่อบุสแควมัสกับเยื่อบุคอลัมนา (Squamo – Columnar junction) ของปากมดลูกชั้นใน หรือที่เรียกว่าทรานสฟอร์มเมชัน โซน ซึ่งเป็นบริเวณที่พบมะเร็งระยะแรกบ่อยที่สุด

2.1.6 ระยะของมะเร็งปากมดลูก

การกำหนดระยะของมะเร็งปากมดลูกมักใช้การกำหนดโดยการตรวจทางคลินิก เช่น การตรวจร่างกายอย่างละเอียด เช่น การคลำต่อมน้ำเหลืองที่คอ ขาหนีบ คลำก้อนที่ท้อง ตับ ร่วมกับการตรวจภายใน การตรวจทวารหนัก ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดระยะของโรค (วีรศักดิ์ วงศ์ธีรพร, พิรพงศ์ อินทสรและอรรถพล ใจชื่น, 2554) การแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูกโดยใช้การ

ตรวจทางคลินิกสหพันธ์สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยานานาชาติ (International Federation of Gynecology and Obstetrics หรือ FIGO) ได้มีการกำหนดและปรับปรุงเมื่อปี พ.ศ.2552 โดยแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูกออกเป็น 4 ระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 2.1

การแบ่งระยะมะเร็งปากมดลูกตามข้อกำหนดของสหพันธ์สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยานานาชาติ 2552 (International Federation of Gynecology and Obstetrics [FIGO],2009)

ระยะ	รายละเอียดของข้อกำหนดของแต่ละระยะ
I	มะเร็งมีขอบเขตจำกัดอยู่ในปากมดลูกเท่านั้น การลุกลามไปที่ตัวมดลูกไม่นำมา กำหนดระยะของมะเร็ง
IA	มะเร็งระยะลุกลามที่ตรวจพบโดยการใช้อัลตร้าซาวด์หรือนั่น หากเห็นรอยโรคชัดเจนแม้ว่าจะมีการลุกลามเล็กน้อยให้กำหนดระยะของมะเร็งเป็น IB
	การลุกลาม ลงไปในสโตรมา (Stroma) มีการความลึก ≤ 5.0 มม. ความกว้าง ≤ 0.7 มม.
	IA1 การลุกลามลงไปสโตรมามีความลึก ≤ 3.0 มม. ความกว้าง ≤ 0.7 มม.
	IA2 การลุกลามลงไปสโตรมามีความลึก > 3.0 มม. และ ≤ 5.0 มม. ความกว้าง ≤ 0.7 มม.
IB	มะเร็งจำกัดอยู่ในปากมดลูก หรือรอยโรคขนาดใหญ่กว่าระยะ IA
	IB1 ขนาดของก้อนมะเร็งที่มองเห็นมีขนาดใหญ่ที่สุด ≤ 4.0 ซม.
	IB2 ขนาดของก้อนมะเร็งที่มองเห็นมีขนาดใหญ่ที่สุด > 4.0 ซม.
II	มะเร็งมีการลุกลามไปนอกปากมดลูกแต่ไม่ถึงผนังด้านข้างของอุ้งเชิงกราน มะเร็งลุกลาม ไปยังช่องคลอดแต่ไม่ถึงส่วนล่าง 1 ใน 3 ของช่องคลอด
IIA	ไม่มีการลุกลามพารามิเทรียมที่ชัดเจน แบ่งเป็น 2 ระยะย่อย ได้แก่
	IIA1 ขนาดของก้อนมะเร็งที่มองเห็นมีขนาดใหญ่ที่สุด ≤ 4.0 ซม.
	IIA2 ขนาดของก้อนมะเร็งที่มองเห็นมีขนาดใหญ่ที่สุด > 4.0 ซม. มีการลุกลามไปยังพารามิเทรียมที่ชัดเจน
IIB	มีการลุกลามไปยังพารามิเทรียมที่ชัดเจน

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

การแบ่งระยะมะเร็งปากมดลูกตามข้อกำหนดของสหพันธ์สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยานานาชาติ 2552 (International Federation of Gynecology and Obstetrics [FIGO],2009)

ระยะ	รายละเอียดของข้อกำหนดของแต่ละระยะ
III	มะเร็งลุกลามไปยังผนังด้านข้างอุ้งเชิงกราน ตรวจทางทวารหนักไม่พบช่องว่างระหว่างก้อนมะเร็งกับผนังด้านข้างของอุ้งเชิงกราน หรือ มีการลุกลามของมะเร็งไปถึงส่วนล่าง 1 ใน 3 ของช่องคลอด หากพบว่ามีภาวะไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) หรือไตไม่ทำงาน (Nonfunctioning kidney) ให้กำหนดเป็นระยะที่ III ยกเว้นภาวะดังกล่าวเกิดจากสาเหตุอื่น
IIIA	มะเร็งลุกลามไม่ถึงผนังด้านข้างอุ้งเชิงกรานลงมาถึงส่วนล่าง 1 ใน 3 ของช่องคลอด
IIIB	มะเร็งลุกลามถึงผนังด้านข้างอุ้งเชิงกราน และ/หรือมีไตบวมน้ำหรือ ไตไม่ทำงาน
IV	มะเร็งลุกลามออกไปนอกอุ้งเชิงกราน หรือลุกลามไปยังเยื่อกระดูกกะโหลกศีรษะ
IVA	มะเร็งแพร่กระจายไปที่อวัยวะข้างเคียงเช่น กระเพาะปัสสาวะและลำไส้ตรง
IVB	มะเร็งแพร่กระจายไปที่อวัยวะห่างไกลเช่น ปอด ต่อม้ำเหลืองในช่องท้อง

ที่มา: มะเร็งนรีเวชวิทยา (น.134), โดย จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2554, กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี จำกัด

กล่าวโดยสรุป มะเร็งปากมดลูกคือการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณที่โซน (T zone) ของปากมดลูกภายหลังจากที่ร่างกายมีการติดเชื้อเอชพีวีชนิดความเสี่ยงสูงและไม่สามารถกำจัดเชื้อออกจากร่างกายได้ การเปลี่ยนแปลงนี้มักจะเกิดบริเวณเยื่อบุสแควมัมส์กับเยื่อบุคอลัมนา (Squamo – Columnar junction) ของปากมดลูกชั้นใน อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกพบได้เป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลก และพบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกแบ่งออกเป็น 3 ชนิดหลักคือ ปัจจัยเสี่ยงทางนรีเวช ปัจจัยเสี่ยงจากคู่นอน และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ มะเร็งปากมดลูกใช้ผลพยาธิวิทยาเป็นหลักฐานสำคัญที่สุดในการวินิจฉัยโรค สำหรับการแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูกมักใช้การกำหนดโดยการตรวจทางคลินิก ตามข้อกำหนดของสหพันธ์สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยานานาชาติ(International Federation of Gynecology and Obstetrics [FIGO],2009)

2.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.2.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การป้องกันมะเร็งปากมดลูกวิธีที่สามารถป้องกันและลดอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูกของสตรี คือการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีแป็บสเมียร์ ซึ่งจะช่วยวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกได้ มีการศึกษาที่พบว่า การตรวจแป็บสเมียร์สามารถทำให้ตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ที่ปากมดลูกได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกก่อนเป็นมะเร็ง (กัญญารัตน์ อยู่ยีน, พูลสุข หิงคานนท์, จรรยา สันตยากร และปกรณ์ ประจันบาน, 2555) การตรวจคัดกรองในปัจจุบันที่ใช้กันอยู่มีหลายวิธี ได้แก่ การตรวจทางเซลล์วิทยา (Pap smear) เป็นวิธีการตรวจด้วยการป้ายเซลล์บริเวณปากมดลูกนำมาป้ายบนสไลด์ หลังจากนั้นจึงนำมาย้อมสีและแปลผลการตรวจโดยนักเซลล์วิทยา หากพบว่ามี ความผิดปกติของเซลล์ระดับสูง (High - grade dysplasia) จะมีการส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาต่อไป ส่วนในรายที่พบความผิดปกติของเซลล์ระดับต่ำ (Low - grade dysplasia) อาจพิจารณาตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือนัดตรวจติดตามเป็นระยะ สำหรับการรายงานผลทางเซลล์วิทยานั้นมีหลายระบบ มีความแตกต่างของคำศัพท์อีกทั้งไม่สามารถเปรียบเทียบกับพยาธิสภาพที่วินิจฉัยโรคของมะเร็งปากมดลูกได้ แต่ในปัจจุบันนิยมใช้การรายงานผลด้วยระบบปีเทสดา (The Bethesda system) ซึ่งสถาบันมะเร็งแห่งชาติสหรัฐอเมริกาได้จัดให้มีระบบรายงานให้เป็นมาตรฐาน มีความชัดเจนและเข้าใจตรงกัน โดยมีการปรับปรุงล่าสุดในปี 2001 (เย็นฤดี ภูมิถาวร, 2556; พีรพงศ์ อินทศร, 2554)

การตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) ร่วมกับการตรวจ วิโอเอ (Visual Inspection with acetic acid หรือ VIA) เป็นการตรวจหาความผิดปกติของปากมดลูกก่อนระยะมะเร็งโดยใช้สารละลายอะซิติก ความเข้มข้น 3-5 % ซัลโอมลงบนปากมดลูกทิ้งไว้นาน 1 นาที แล้วสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงสีของเยื่อบุปากมดลูก ซึ่งการตรวจด้วยวิธีวิโอเอมีความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 91-92 และมีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 79-82 วิธีนี้สามารถทำได้โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมที่ได้รับการรับรอง (เย็นฤดี ภูมิถาวร, 2556) และการตรวจหาเชื้อเอชพีวี การตรวจในแต่ละวิธีมีความแตกต่างกันทั้งวิธีการ ความแม่นยำ และค่าใช้จ่าย ส่วนวิธีที่ได้รับการนิยมนำมาใช้ในปัจจุบันคือ การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบุญ, 2547) และการตรวจทินเพิร์ฟ (Tinprep) ซึ่งเป็นการตรวจที่ให้ผลการตรวจที่ละเอียดกว่าการตรวจทางเซลล์วิทยาสูงถึง ร้อยละ 65 ข้อเสียของการตรวจทินเพิร์ฟ คือราคาที่สูง (ศรีสกุล ศรีสกุล, 2554) การตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) ร่วมกับการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูกมีความแม่นยำในการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกภายในเยื่อบุมดลูกและมะเร็งระยะลุกลามสูงถึงร้อยละ 99 ในขณะที่การตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูกเพียงอย่างเดียวมีความแม่นยำร้อยละ 80 (จตุพล

ศรีสมบูรณ์ และวิสิทธิ์ สุภัครพงศ์กุล, 2554) ซึ่งการรายงานผลด้วยระบบ บีเทสดา (The Bethesda system) มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 2.2

The 2001 Bethesda System

Laboratory evaluation	
Specimen adequacy	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfactory for evaluation (note present/absence of endocervical/transformation zone component) ▪ Unsatisfactory.... specify reason <ul style="list-style-type: none"> - Specimen rejected/ not processed (specify reason) - Specimen and examined, processed Unsatisfactory for evaluation of epithelial abnormality because of (specify reason) 	
General Categorization	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Negative for epithelial lesion or malignancy ▪ Epithelial cell abnormality ▪ Other 	
Cytological interpretation	
Negative for malignancy	Epithelial cell abnormality
Organism	Squamous cell
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trichomonas vaginalis ▪ Fungus consistent with Candida spp ▪ Suggestive of bacterial vaginosis ▪ Bacteria consistent with herpes ▪ Cellular changes consistent with herpes simplex virus 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASC <ul style="list-style-type: none"> - of undermined significant (ASC-US) - cannot exclude HSIL (ASC-H) ▪ LSIL ▪ HSIL: Encompassing: moderate and severe dysplasia, carcinoma in situ: CIN2 and CIN 3 ▪ Squamous cell carcinoma

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

Other non-neoplastic finding	Glandular cell
<ul style="list-style-type: none"> ■ Reactive cellular changes associated with: inflammation, radiation, IUD ■ Glandular cell status post hysterectomy ■ Atrophy 	<ul style="list-style-type: none"> ■ AGC (Specify endocervical, endometrium, or not otherwise specified) ■ AGC, favor neoplastic (Specify endocervical, endometrium, or not otherwise specified) ■ Endocervical adenocarcinoma in situ (AIS) ■ Adenocarcinoma

Other (list not comprehensive)

Endometrial cells in women \geq 40 year of age

Automate review and ancillary testing (Include as appropriate)

Educational note and suggestions (Optional)

ที่มา: “The Bethesda System: terminology of reporting results of cervical cytology,” by D. Solomon, D. Davey, R. Kurman, A. Moriarty, D. O’Connor, M. Prey, ... N. Young, 2002, *JAMA*, 287(16), p.2114-2119.

2.2.2 การตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy)

การตรวจด้วยเซลล์วิทยาเช่นการตรวจแป็บสเมียร์ถึงแม้ว่าจะมีความแม่นยำสูงในการทำนายเซลล์ปากมดลูกที่ผิดปกติแต่จากวิธีดังกล่าวไม่สามารถทำให้ทราบตำแหน่งและขอบเขตได้ชัดเจนแน่นอน การตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูกช่วยบอกขอบเขต ตำแหน่งของรอยโรคได้ การส่องกล้องปากมดลูกด้วยกล้องคอลโปสโคป (Colposcope) มีลักษณะเป็นกล้องขยายมีกำลังขยายตั้งแต่ 3.5 – 30 เท่า และควรมีกระจกกรองแสงสีเขียว (Green filter) เพื่อช่วยกรองแสงสีแดงทำให้เห็นลักษณะของเยื่อผิวปากมดลูก ช่องคลอด ปากช่องคลอดและเส้นเลือดชัดเจนขึ้น นอกจากนี้หัตถการที่อาจทำร่วมกับการส่องกล้องปากมดลูกคือการตัดชิ้นเนื้อเป้าหมาย (Targeting biopsy) ในตำแหน่งที่มีความผิดปกติรุนแรงมากที่สุดเพื่อนำไปตรวจทางพยาธิวิทยา (จุดพล ศรีสมบูรณ์, 2554) ประโยชน์ของการตรวจโดยการส่องกล้องปากมดลูก คือ

1) เพื่อวินิจฉัยความผิดปกติโดยใช้ร่วมกับแป็บสเมียร์ โดยมีความแม่นยำถึงร้อยละ 95-99 สามารถวินิจฉัยแยกรอยโรคระหว่างมะเร็งระยะลุกลามกับระยะไม่ลุกลาม วินิจฉัยแยกระหว่างการอักเสบของปากมดลูกกับมะเร็งระยะลุกลาม ลดอัตราการทำการวินิจฉัยด้วยการตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (Cervical conization) ได้สูงถึงร้อยละ 90 นอกจากนี้ยังช่วยกำหนดขอบเขตของการทำการตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (Cervical conization) ว่าควรทำกว้างขนาดเท่าไร ใช้ในการตรวจหาบริเวณที่มีรอยโรคเพื่อทำการตัดชิ้นเนื้อมาตรวจยืนยันผลทางพยาธิวิทยา (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2542)

2) ใช้ในการรักษารอยโรคขั้นสูงก่อนมะเร็งปากมดลูก (Cervical intraepithelial neoplasia; CIN 2, 3 และ Adenocarcinoma in situ; AIS) ซึ่งต้องทำการรักษาเพื่อไม่ให้รอยโรคคืบหน้าสู่มะเร็งระยะลุกลาม โดยช่วยกำหนดขอบเขตที่จะทำการรักษา เช่น การจี้ด้วยความเย็น (Cryosurgery) การจี้ปากมดลูกด้วยไฟฟ้า (Electrocautery) เป็นต้นซึ่งการรักษาดังกล่าวนี้สามารถคงไว้ซึ่งภาวะเจริญพันธุ์ในกรณีที่ผู้ป่วยอายุน้อยโดยไม่จำเป็นต้องทำการตัดมดลูก

3) เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาดูแลรักษาต่อเนื่องที่เหมาะสม เช่น เมื่อตรวจแป็บสเมียร์พบว่ามีผลเยื่อบุผิดปกติแบบไม่เจาะจง ชนิดเกรดต่ำ (Atypical squamous cells of undetermined significance; ASC-US) หรือ low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) ผลการตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูกไม่พบรอยโรค สามารถตรวจติดตามการดำเนินของโรคทุก 6 เดือน แต่ถ้าผลการตรวจพบเซลล์มีการกลายไปในเชิงมะเร็งมากขึ้นชนิดเกรดสูง (High-grade squamous intraepithelial lesion) (HSIL) ผลการตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูกไม่เห็นเซลล์แปรรูป (Transformation zone) สามารถพิจารณาทำการตัดปากมดลูกเพื่อวินิจฉัยต่อไป

ข้อบ่งชี้ของการตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์ และวิสิทธิ์ สุภัครพงศ์กุล, 2554) ได้แก่

- 1) ผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติ เป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการตรวจมากที่สุด
- 2) มีความผิดปกติที่ปากมดลูก เช่น มีก้อนเนื้อ แผล จากการตรวจด้วยตาเปล่า
- 3) มีเลือดออกผิดปกติที่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุได้ หรือพบว่ามีเลือดออกภายหลังจากมีเพศสัมพันธ์ ตกขาวนานผิดปกติไม่ทราบสาเหตุ
- 4) มีรอยโรคที่น่าสงสัยบริเวณช่องคลอดจากการตรวจด้วยตาเปล่า
- 5) กรณีอื่นๆ เช่น ตรวจพบมีการติดเชื้อเอชพีวีชนิดความเสี่ยงสูง (High-risk HPV) แบบเนิ่นนาน (Persistent infection) หรือ ผลการตรวจด้วยสารละลายกรดอะซิติกเงือจาง (Visual Inspection with acetic acid หรือ VIA) พบฝ้าขาวหรือผิดปกติ การตรวจติดตามภายหลังการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก (CIN) ด้วยการจี้ด้วยความเย็น การตัดด้วยห่วงไฟฟ้า เป็นต้น รอยโรคก่อนมะเร็งระดับความผิดปกติเล็กน้อย (CIN1) ที่คงอยู่นานกว่า 12 เดือน สตรีที่ผลการตรวจ

แป็บสเมียร์พบการอักเสบหลายครั้งไม่ทราบสาเหตุ สตรีที่มีคู่นอนเป็นเนื้องอกหรือหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ

ข้อห้ามของการตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์ และวิสิทธิ์ สุภัครพงศ์กุล, 2554)

โดยปกติไม่มีข้อห้ามที่ชัดเจน เพียงแต่อาจพิจารณาเลื่อนการตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูกไปก่อนหากพบว่า

- 1) กำลังมีประจำเดือนและมีเลือดออกมาก
- 2) ปากมดลูก ปากช่องคลอด ช่องคลอด มีการอักเสบรุนแรง หรือเฉียบพลันควรทำการรักษาให้หายก่อน เพราะหากมีการตรวจที่ต้องทำการตัดชิ้นเนื้ออาจทำให้เกิดการตกเลือด มีอาการเจ็บปวด และความแม่นยำของผลการตรวจอาจลดลง
- 3) สตรีที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด อาจพิจารณาหยุดยาก่อนการตรวจ ก่อนการตัดชิ้นเนื้อตรวจ (Biopsy) การขูดภายในมดลูก (Endocervical curettage)
- 4) การตั้งครรภ์ไม่ถือเป็นข้อห้ามหากแต่ควรหลีกเลี่ยงการตัดชิ้นเนื้อเพื่อทำการตรวจและไม่ควรขูดภายในมดลูก

กล่าวโดยสรุป การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การตรวจทางเซลล์วิทยา (Pap smear) ซึ่งมีการแปลผลการตรวจโดยนักเซลล์วิทยา การรายงานผลทางเซลล์วิทยานั้นเพื่อให้เกิดความชัดเจนและเข้าใจตรงกันในปัจจุบันนิยมใช้การรายงานผลด้วยระบบบีเทสดา (The Bethesda system) เมื่อพบว่ามีความผิดปกติของเซลล์จากการตรวจแป็บสเมียร์ (Pap smear) แต่ยังไม่สามารถทำให้ทราบตำแหน่งและขอบเขตได้ชัดเจนแน่นอน จึงต้องอาศัยการตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูกด้วยกล้องคอลโปสโคปี (colposcopy) เพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาต่อไป

2.2.3 บทบาทของพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมส่องกล้องปากมดลูก (รัตติยา ชูโชติ และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2558)

ภายหลังการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เมื่อผลการตรวจแป็บสเมียร์พบว่ามี ความผิดปกติต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมด้วยการตรวจส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) สตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะได้รับการแจ้งผลการตรวจ รวมไปถึงการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก ซึ่งตามแนวทางการปฏิบัติงานของศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬารัตน์จะมีการแจ้งผลโดยการมาฟังผลที่โรงพยาบาล การแจ้งผลทางโทรศัพท์ และการส่งผลการตรวจทางไปรษณีย์ จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่า ในปี 2558 ถึง 2559 สถิติการเลื่อนนัดมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 30 หรือประมาณ 16 รายต่อเดือนโดยกลุ่ม

ที่รับทราบผลการตรวจทางไปรษณีย์จะมีอัตราการเลื่อนนัดสูงกว่ากลุ่มที่มาฟังผลที่โรงพยาบาลถึงร้อยละ 50 โดยเมื่อพบว่ามีการไม่มาตรวจตามนัดจะมีการโทรศัพท์ติดตามทุกราย แต่ก็ยังพบว่า มีผู้ที่ไม่มารับการตรวจติดตามและขอเลื่อนนัดไปก่อน ซึ่งการมาตรวจติดตามที่ล่าช้า อาจส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุปากมดลูก ทำให้โรคเกิดความรุนแรง แผนการรักษาเปลี่ยนไปตามระยะของโรค หรือหากผู้รับบริการไม่มารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกอาจทำให้มะเร็งเข้าสู่ระยะลุกลาม ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของสตรีเหล่านี้ได้

บทบาทของพยาบาลในการให้บริการสตรีที่จะรับการส่องกล้องปากมดลูก ได้แก่ การประเมินปัญหา ความต้องการของผู้รับบริการแต่ละรายรวมไปถึงการวางแผนให้การดูแลต่อเนื่อง ตลอดจนการให้คำแนะนำอธิบายให้มีความเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องรับการตรวจ รวมถึงวิธีการขั้นตอนการส่องกล้องปากมดลูก คำแนะนำเรื่องการจัดการอาการรบกวนที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการตรวจ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้โดยให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายในช่องคลอดภายหลังได้รับการส่องกล้องปากมดลูกร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ คลายความวิตกกังวล และสตรีที่จะรับการส่องกล้องปากมดลูกลงนามยินยอมรับการตรวจ คำแนะนำการปฏิบัติตัวได้แก่

การปฏิบัติตัวก่อนรับการส่องกล้องปากมดลูก

1. แนะนำให้งดการการสอดยาในช่องคลอด 48 ชั่วโมงหรือ 2 วันก่อนตรวจ
2. ห้ามทำการสวนล้างช่องคลอดภายใน 24 ชั่วโมง หรือ 1 วันก่อนมาตรวจ
3. งดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการตรวจ 1 วัน
4. ระยะเวลาที่เหมาะสมที่สุดของการตรวจปากมดลูกด้วยการส่องกล้อง

ปากมดลูก คือ ช่วงกลางรอบเดือนประมาณวันที่ 8-12 ของรอบเดือน

การปฏิบัติตัวหลังได้รับการส่องกล้องปากมดลูก

1. สามารถถ่ายปัสสาวะ อุจจาระได้ตามปกติ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกทุกครั้งหลังขับถ่าย
2. สามารถทำงานได้ตามปกติ
3. ดึงผ้าก๊อซที่แพทย์ใส่ไว้ ภายหลังจากการตรวจ 3 ชั่วโมง หากลืมหักผ้าก๊อซทิ้งไว้ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงในช่องคลอด
4. สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอด หลังการตรวจอาจมีเลือดออกเล็กน้อยได้ 1-3 วัน หากพบว่ามีเลือดออกมากผิดปกติให้กลับมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทันที
5. งดการมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 2 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการตกเลือด
6. หากได้รับยาควรรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์จนครบจำนวน

7. ห้ามสวนล้างช่องคลอดและไม่ควรใส่ผ้าอนามัยชนิดสอดช่องคลอดในช่วง 7 วันแรก

8. มารับฟังผลการตรวจตามนัด เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป
กล่าวโดยสรุป พยาบาลที่ให้บริการสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ บทบาทของพยาบาล ได้แก่การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ แต่ละราย การวางแผนให้การดูแลต่อเนื่อง ให้คำแนะนำ อธิบายให้เกิดความเข้าใจ แนะนำการจัดการอาการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นให้กับผู้รับบริการ

2.2.4 ปัญหาอุปสรรคการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก และปัจจัยต่าง ๆ รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจแป็บสเมียร์ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีหลายประการ ซึ่งสรุปปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ดังนี้

2.2.4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1) ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้พฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน โดยสตรีที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกจะมารับการตรวจคัดกรองสูงกว่าตั้งการศึกษาของ จิราพร ศรีพิบูลย์บัณฑิต, กนกพร หมุ่มพัยต์ม์, ปนัดดา ปรียทฤม และสุพินดา เรืองจิรัชเสฐียร (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ นอกจากนี้บุญธิดา สุทธิโคตร และสมเดช พินิจสุนทร (2557) ได้ศึกษาความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ข่าวสารข้อมูลในการรับการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี พบว่าการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการได้รับคำแนะนำให้มาตรวจมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และจากการศึกษาของพุมิตา พรหมวิอินทร์, โยทะภา ภาคพงศ์ และมยุรี นิรัตธราดร (2558) เกี่ยวกับการเปรียบเทียบความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดสมุทรปราการพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มของสตรีที่เคยตรวจและไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ปัจจัยด้านการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเมื่อบุคคลรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ที่มีความรุนแรงพอที่จะส่งผลทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง บุคคลเหล่านั้นจะหาวิธีการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดโรคจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ปัจจัยด้านการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก (จิราพร ศรีพิบูลย์ปัติ, กนกพร หมูพยัคฆ์, ปนัดดา ปรียทฤฆ และสุพินดา เรื่องจรัษ์เรีเยียร, 2554)

3) ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดคะเนล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในทางลบ ซึ่งอาจประกอบไปด้วย ความเจ็บปวดไม่สุขสบาย เวลาในการมารับบริการ ระยะทางจากบ้านมายังสถานบริการ หรือสิ่งที่ต้องปฏิบัติแล้วมีความขัดแย้งกับการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน เหล่านี้เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดความขัดแย้งและต้องประเมินประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น ดังการศึกษาของสุนิสา จันทร์แสง, กรณีนัวัฒน์สมบุญ, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, และณัฐกมล ชาญสาธิตพร (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องของการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยพบว่า สตรีที่มีการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำจะมีการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลางและระดับสูง

4) ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น และเพื่อที่จะหลีกเลี่ยงการเกิดโรคจึงต้องมีการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำ การปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังเช่นการศึกษาของเยาวเรศ นันตา (2553) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้าน ตำบลบ้านหลวง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ต่อมาบุญธิดา สุทธิโคตร และสมเดช พินิจสุนทร (2557) ได้ศึกษาความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ข่าวสารข้อมูลในการรับการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญารัตน์ อยู่ยี่น, พูลสุข หิงคานนท์, จรรยา สันตยากร และปกรณ์ ประจัญบาน (2555) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร พบว่าการรับรู้ความ

เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มาและไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5) ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นการรับรู้ หรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าบุคคลจะเกิดการรับรู้ถึงความเสี่ยงในการเกิดโรคก็อาจไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดยเมื่อบุคคลเหล่านั้นรับรู้ว่ามีโรคนั้นมีความรุนแรงส่งผลให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ครอบครัว สังคม การรับรู้นี้จะช่วยให้บุคคลให้ความร่วมมือในการรักษาการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ดังเช่นการศึกษาของของเยาเวเรศ นันตา (2553) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้าน ตำบลบ้านหลวง อำเภोजอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้บุญธิดา สุทธิโคตร และสมเดช พินิจสุนทร (2557) ได้ศึกษาความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ข่าวสารข้อมูลในการรับการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

6) ความกลัว ความกลัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกระตุ้นให้บุคคลเกิดความใส่ใจต่อการดูแลตนเอง ปรับตัวหาวิธีการป้องกันตนเองที่เหมาะสมลดภาวะความวิตกกังวล (จันทน์แต่ไพสิฐพงษ์ และณัฐวุฒิ กันตถาวร, 2556) จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ของชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล, รัตนา ธรรมวิจิต และธานินทร์ สุธิประเสริฐ (2557) พบว่าสตรีที่เคยมาตรวจมะเร็งปากมดลูกที่มีความถี่ของการมาตรวจ ปีละ 1 ครั้งให้เหตุผลว่ากลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก จึงมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.2.4.2 ปัจจัยที่มีผลทำให้สตรีไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการแบบสอบถามพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาตรวจ คือ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่มีอาการผิดปกติจึงไม่มาตรวจ ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อายุบุคลากร และไม่มีเวลา (สุดาฟ้า วงศ์หาริมาศย์, 2556; เยาเวเรศ นันตา, 2553; ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล, รัตนา ธรรมวิจิต และธานินทร์ สุธิประเสริฐ, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่าความกลัวเจ็บจากการตรวจและปัจจัยเอื้อด้านระยะทางก็ส่งผลต่อการไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (เยาเวเรศ นันตา, 2553)

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และ ปัจจัยที่มีผลของการมารับการตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมา ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลาย ซึ่งสรุปได้ดังนี้ จากการศึกษาของพริทแฮม ไบรด์ตอน และโจนส์ (Pritham, Brigdon, & Jones, 2014) เกี่ยวกับปัจจัยความเข้าใจที่สัมพันธ์กับความสนใจของสตรีที่จะ ส่องกล้องปากมดลูก พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ความสนใจต่อการส่องกล้องปากมดลูกคือ ขาด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการตรวจที่ผิดปกติ ความจำเป็นที่ ต้องได้รับการตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก การตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูกคืออะไร นอกจากนี้ ฟิช และคณะ (Fish, Moorman, Stintson, Vidal, Smith, & Hoyo, 2013) ได้ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจในการมารับการตรวจติดตามส่องกล้องปากมดลูก พบว่า สตรีที่มีความรู้ เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชพีวีต่ำ จะสัมพันธ์กับการไม่สนใจการมาตรวจติดตามส่องกล้องปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ อเซอร์ ฮุย และคณะ (Azor Hui et al., 2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรค ทางจิตสังคมต่อการยึดมั่นมาตรวจติดตามภายหลังพบความผิดปกติของเซลล์วิทยาปากมดลูกในสตรีที่มี รายได้ต่ำในชุมชนแออัด ร้อยละ 68 พบว่าเป็น อุปสรรคด้านความรู้และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการ เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น ความหมายของแป็บสเมียร์ที่ผิดปกติ การส่องกล้องตรวจปากมดลูก คือ อะไร ไวรัสเอชพีวีคืออะไร สิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคที่พบได้บ่อย

ความกลัวเป็นอุปสรรคของการมาตรวจติดตามภายหลังการตรวจพบความผิดปกติ จากการแป็บสเมียร์ตั้งการศึกษาของ ลิมา, อัลดริช, แกมบา, เบเรียส และแอทลาส (Lima, Aldrich, Gamba, Bearse & Atlas, 2010) ที่ศึกษาถึงอุปสรรคต่อการมาตรวจติดตามภายหลังการตรวจพบ ความผิดปกติจากการทำแป็บสเมียร์ของสตรีละติน ที่ต้องรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก ผล การศึกษาพบว่าอุปสรรคส่วนบุคคลของสตรีทุกรายที่ต้องเข้ารับการส่องกล้องปากมดลูกคือ ความกลัว เช่นกลัวเกี่ยวกับการวินิจฉัย ผลการตรวจ มีสตรีจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 กลัวผลของการตรวจส่อง กล้องปากมดลูกว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้สตรีเหล่านี้ยังมีความกลัวว่าจะเจ็บปวดจากการ ตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก

จากการศึกษาของชาน, ลี, อึ้ง, และงาน (Chan, Lee, Nga, & Ngan, 2004) ที่ ศึกษาผลของการให้คำปรึกษา ในสตรีก่อนได้รับการส่องกล้องตรวจปากมดลูก ต่อความวิตกกังวล ความรู้เกี่ยวกับการส่องกล้องตรวจปากมดลูก และยินยอมมาตรวจติดตาม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการได้รับข้อมูลช่วงก่อนมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกและคะแนนความรู้ในวันก่อนการตรวจ ในสตรีกลุ่มทดลองมีคะแนนที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ด้านการมาตรวจตาม นัดพบว่า สตรีที่เข้าร่วมช่วงก่อนมาตรวจส่องกล้องปากมดลูก (Precolposcopy) จะมีความสนใจมา ตรวจติดตามสูงกว่าคนที่ไม่เคยเข้าร่วม การได้รับคำอธิบายและการอธิบายโดยพยาบาลที่มี ประสบการณ์ช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการส่องกล้องปากมดลูกและการให้เอกสารเป็นลายลักษณ์อักษร

และข้อมูลที่เป็นวิดีโอในช่วงก่อนรับการส่องกล้องปากมดลูกสามารถเพิ่มความสนใจที่จะมาตรวจติดตามส่องกล้องตรวจปากมดลูกได้ ตรงกับการศึกษาของศศิวรรณ สุทัศนมาลี และธีระ ศิวดุรงค์ (Sasiwan Suthasmalee, & Teera Siwadune, 2015) ที่ศึกษาว่าการชมสื่อวีดิทัศน์ก่อนเข้ารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) สามารถเพิ่มความรู้ ความพึงพอใจในการเข้ารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกได้หรือไม่ และติดตามเรื่องการมาตรวจติดตามต่อเนื่องของสตรีทั้งสองกลุ่มโดยผู้เข้าร่วมเป็นสตรีที่กำลังจะได้รับการตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก ผู้เข้าร่วมทั้งหมด 172 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 90 คน เป็นกลุ่มควบคุม 75 คน ผลการศึกษาพบว่า สื่อวีดิทัศน์อธิบายก่อนการตรวจส่องกล้องปากมดลูกสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับหัตถการของสตรีในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม หลังรับชมสื่อวีดิทัศน์ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจระดับสูงที่ระดับคะแนนมากกว่า 8 และให้ความสนใจการตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องมากกว่าร้อยละ 87 ไม่ต่างกัน

จากการทบทวนงานเอกสารงานวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับอุปสรรคและปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการตรวจติดตามของสตรีที่ตรวจพบความผิดปกติทางเซลล์วิทยา คือ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และอุปสรรคจากความกลัว การขาดความรู้ (Azor Hui et al., 2014; Pritham, Brigdon, & Jones, 2014; Fish, Moorman, Stintson, Vidal, Smith, & Hoyo, 2013; Lima, Aldrich, Gamba, Bearse & Atlas, 2010) อันได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจด้วยกล้องส่องขยายปากมดลูก (Colposcopy) ความรู้เกี่ยวกับผลการตรวจที่ผิดปกติ การติดเชื้อเอชพีวี ส่วนอุปสรรคพบว่า จากความกลัวเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย ผลการตรวจกลัวความเจ็บปวดที่จะเกิดขึ้นขณะทำการส่องกล้องปากมดลูก สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาปัจจัยในสตรีที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการแป็บสเมียร์ โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ 6 ปัจจัยคือ 1) ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก 2) ปัจจัยด้านการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 3) ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก 4) ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และ 6) ความกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก ซึ่งพบว่าปัจจัยเรื่องความกลัวมีผลต่อการกระตุ้นให้บุคคลเกิดความใส่ใจต่อการดูแลตนเองมารับการตรวจคัดกรองส่วนปัจจัยและอุปสรรคที่มีผลทำให้สตรีไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ 5 ปัจจัยคือ 1) การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก ไม่มีอาการผิดปกติจึงคิดว่าไม่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก 2) ปัจจัยเรื่องความกลัว กลัวเจ็บจากการตรวจ 3) อายุเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ 4) ระยะทางจากบ้านไปยังสถานบริการ และ 6) ไม่มีเวลา

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในประเทศไทยมีความสอดคล้องกับกับปัจจัยที่มีการศึกษาในต่างประเทศ และผู้วิจัยพบเพียงการศึกษาที่มีการจัดโปรแกรมกับสตรีเพื่อให้มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเท่านั้น ซึ่งสตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมารับการตรวจติดตาม เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและให้การดูแลรักษาอย่างทันท่วงที ป้องกันไม่ให้เกิดมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบการส่งเสริมให้มีการมารับการตรวจติดตามในสตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาร่วมจัดทำโปรแกรมเพื่อช่วยส่งเสริมให้สตรีเหล่านี้มารับการส่องกล้องปากมดลูกตามนัด การนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคมาร่วมใช้เป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมนั้น เพื่อให้สตรีเหล่านี้เกิดการรับรู้ความรุนแรง รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก สร้างการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว ส่งเสริมให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการส่องกล้องตรวจปากมดลูก และมาตรวจติดตามส่องกล้องปากมดลูกตามนัด เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมตามระยะเวลา ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามและลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

2.2.5 การมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันของโรงพยาบาล

จุฬารักษ์

หน่วยงานศูนย์สุขภาพสตรี (Women Health Center) โรงพยาบาลจุฬารักษ์ เป็นศูนย์ให้บริการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล ติดตามประเมินการรักษา ให้ความรู้ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งนรีเวช ผู้ป่วยนรีเวชทั่วไปที่ ในคลินิกผู้ป่วยนอก การบริการคลินิกสตรีวัยทอง อีกทั้งยังมีงานบริการส่วนโครงการบำเพ็ญพระกุศลโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก โดยเริ่มตรวจคัดกรองตั้งแต่ปี 2554 ให้บริการสตรีที่มีอายุระหว่าง 20-70 ปี จำนวน 6,000 รายที่ไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมาก่อน โดยมีการตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 5 ปี โดยในส่วนของ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการแป็บสเมียร์มีการรับทราบผลการตรวจหลายช่องทางตามที่ได้รับบริการสะดวก ได้แก่ การแจ้งผลโดยแพทย์ การโทรแจ้งผลการตรวจทางโทรศัพท์และการส่งผลการตรวจทางไปรษณีย์สำหรับผู้ที่ไม่สะดวกเดินทางมารับฟังผลที่โรงพยาบาล เมื่อตรวจพบความผิดปกติแล้วขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมคือการส่องกล้องปากมดลูก ซึ่งจากการให้บริการพบว่าการเลื่อนนัดการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกมากกว่าร้อยละ 30 ต่อเดือน จากเหตุผลที่ได้สำรวจผู้รับบริการจำนวน 10 ราย พบว่าไม่เข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นว่ารุนแรงหรือผิดปกติมากเพียงใด 5 ราย ไม่รู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง

ปากมดลูกจึงยังไม่มาตรวจจำนวน 3 ราย ไม่สามารถหยุดงานได้ 1 ราย ไม่สามารถเดินทางมารับการตรวจเองได้ต้องรอบุคคลในครอบครัวพามา 1 ราย โดยกลุ่มที่รับทราบผลตรวจทางไปรษณีย์จะมีการเลื่อนนัดตรวจสูงกว่ากลุ่มที่มารับฟังการตรวจที่โรงพยาบาลถึงร้อยละ 50 ทุกรายรายที่เลื่อนนัดจะมีการโทรศัพท์ติดตามให้มาตรวจส่งกล้องปากมดลูก แต่ก็ยังพบว่า ผู้รับบริการไม่มารับการตรวจส่งกล้องปากมดลูกตามนัด ซึ่งการเลื่อนนัดตรวจส่งกล้องปากมดลูกนั้นจะต้องนัดตามตารางแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาสูติเวชวิทยา ทำให้ในแต่วันสามารถตรวจได้จำนวนจำกัด วันนัดตรวจอาจมีระยะเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป ร่วมกับต้องประเมินวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) ประกอบการนัด ซึ่งการมารับการส่งกล้องปากมดลูกตามนัดจะช่วยให้สามารถตรวจวินิจฉัยความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ ทำให้สตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ที่ผิดปกติได้รับการรักษาตามแผนการรักษาที่เหมาะสม อีกทั้งจะส่งผลให้ลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามได้

2.3 ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมิขึ้นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1975 โดยโรเจอร์ (Rogers, 1975) จากนั้นมีการปรับปรุงและนำมาใช้ในปี ค.ศ. 1983 ทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามทำความเข้าใจกลไกของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นการรวมปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้ที่เกิดขึ้นนี้จะเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคให้ความสำคัญกับสิ่งที่กำลังคุกคามและขบวนการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสิ่งที่คุกคามนั้น รวมถึงการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งคุกคามทางสุขภาพที่บุคคลกำลังเผชิญ ดังนั้นแนวคิดอาจมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามต้องการ ตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Probability) การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว (Response efficacy) การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)

2.3.1 องค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคนั้นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร การประเมินการรับรู้จากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่มากระตุ้น โดยสามารถสรุปการรับรู้เป็นกระบวนการได้ 2 กระบวนการ ประกอบด้วย การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) และการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal)

2.3.1.1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Probability) การรับรู้ตัวนี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การเปลี่ยนพฤติกรรมมีโอกาสเป็นไปได้ การรับรู้อาจทำให้เกิดการปรับตัวเพื่อตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม 2 แบบ ได้แก่ ตั้งใจปฏิบัติสม่ำเสมอ แก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล เช่นการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนตอบสนองต่อการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ สิ้นหวัง เชื่อโชคในชะตา ความเชื่อทางศาสนา การหลีกเลี่ยง ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมคือ รางวัล ความพึงพอใจในตนเอง (Intrinsic rewards) เช่น ความสุขสบายทางกาย และความพึงพอใจภายนอก (Extrinsic rewards) เช่นการเป็นที่ยอมรับของสังคม

2.3.1.2 การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว (Response efficacy) การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม แต่สิ่งที่จะทำให้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองลดลง ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก

จากกระบวนการรับรู้ดังกล่าว เป็นผลจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การชักชวนด้วยการพูด การเรียนรู้จากการสังเกต ลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับในการประเมินการรับรู้ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ ประกอบด้วย

1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) สามารถพัฒนาได้โดยการชูงู ถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้ได้รับผลที่ร้ายแรง โดยมีสื่อในการเผยแพร่ข่าวสาร ลักษณะของข้อมูลมีข้อความเช่น มีอันตรายถึงแก่ชีวิต กระบวนการรับรู้ที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงการเกิดภาวะที่คุกคาม โดยทั่วไปข้อมูลที่ก่อให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลปรับเปลี่ยนเจตคติและพฤติกรรมได้มากกว่าข้อมูลที่ก่อให้เกิดความกลัวเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ก่อให้เกิดความกลัวสูงเพียงอย่างเดียวอาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้โดยตรง หากแต่การกระตุ้นปลุกเร้าร่วมกับการชูงูอาจส่งผลให้ข้อมูลโดดเด่นขึ้น

2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Probability) ใช้การสื่อสารลักษณะของการชู่ถึงสิ่งที่คุกคามต่อสุขภาพ จะทำให้บุคคลจะเชื่อว่าตนเองตกอยู่ในภาวะเสี่ยง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าหากไม่ปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิด จะส่งผลให้ตนเองมีโอกาสเป็นโรค หรือเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากภาวะนั้นๆ

3) ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว (Response efficacy) ทำได้โดยการนำเสนอข่าวสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การสื่อสารทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ การนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เพิ่มการรับรู้ผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคคลที่รู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่หากบุคคลรับรู้ว่าจะตนเองกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือภาวะสุขภาพที่รุนแรงไม่มีวิธีการใดที่จะช่วยลดการคุกคามนั้นได้ อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่ง และลดความสามารถในการปฏิบัติ ลดความตั้งใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ดังนั้นการสอนแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง การสอนนั้นยังช่วยกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำสูงขึ้น

4) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การประเมินความสามารถของตนว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงนั้นได้หรือไม่ พฤติกรรมนี้มีความเกี่ยวข้องกับความมั่นใจในการปฏิบัติให้สำเร็จ การรับรู้ความสามารถนี้ไม่เกี่ยวกับทักษะมากหรือน้อย แต่เป็นการตัดสินใจของบุคคลเองว่าทักษะที่มีอยู่จะสามารถทำพฤติกรรมอะไรได้บ้าง นี่เป็นความแตกต่างระหว่างการมีทักษะกับมีความสามารถที่จะใช้ทักษะให้ได้ดี การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง จึงต้องการเพิ่มทักษะร่วมกับการสร้างความเชื่อมั่นของบุคคลด้วยว่าตนเองนั้นสามารถใช้ทักษะได้ดี มีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนแปลงนี้ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยา โดยการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองทำได้เช่น การเรียนรู้ การสอน หรือการเลียนแบบ เหล่านี้เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค สรุปเป็นกระบวนการรับรู้ได้ 2 กระบวนการคือ กระบวนการรับรู้ที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบคือ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค กระบวนการนี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม กระบวนการรับรู้ที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบคือ 1) ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว 2) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง กระบวนการนี้เป็นการส่งเสริมความสามารถและกระตุ้นให้เกิดรับรู้ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม

2.3.2 การประเมินตามองค์ประกอบของทฤษฎี

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้การกระทำมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเกิดความคงทนของพฤติกรรม การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1975) ในการสร้างแรงจูงใจให้สตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติที่ต้องเข้ารับการตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก มาตรวจตามนัดหมาย ซึ่งได้มาจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์เพื่อใช้จัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อให้สตรีเหล่านี้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก สร้างการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการส่องกล้องปากมดลูก ส่งเสริมให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการส่องกล้องปากมดลูก และมาตรวจติดตามส่องกล้องปากมดลูกตามนัด ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการประเมินการรับรู้ทั้ง 4 ด้านตามองค์ประกอบของทฤษฎีซึ่งยังไม่พบว่าวิธีใดคือวิธีมาตรฐาน แต่พบว่าส่วนใหญ่ใช้เป็นการประเมินชนิดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ในการประเมินการรับรู้ดังนี้

การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ของปรียานุช มณีโชติ, ประณีต ส่งวัฒนา และสุรีย์พร กฤษเจริญ (2554) ใช้แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 3) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 4) การรับรู้อุปสรรคในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ 5) การมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้แบบประเมินมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ค่าคะแนน 0-5 ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนสูงหมายถึงบุคคลนั้นมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจคัดกรองดี และพบว่ามี การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีรับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (เนื่อทิพย์ ศรีอุตร, 2550) ในสตรีที่มีอายุ 35-60 ปี ที่ยังไม่เคยตรวจแป็บสเมียร์ ใช้แบบประเมินการรับรู้ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 3) ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก และ 4) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยใช้การประเมินแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) เช่นเดียวกัน ค่าคะแนน 1- 4 ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนสูงหมายถึงบุคคลนั้นมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกดี

นอกจากนี้ยังพบว่ามีการนำการประเมินการรับรู้ทั้ง 4 ด้านของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งมาใช้ในกลุ่มโรคอื่นๆ ซึ่งใช้แบบประเมินแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) เช่นเดียวกัน จากการศึกษาของวลัยพร สิงห์จ้อย, วันเพ็ญ แก้วปาน และอาภาพร เผ่าวัฒนา (2556) ที่ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคปอด ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคปอดของผู้ดูแล ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคปอดของผู้ดูแล แบ่งการรับรู้เป็น 4 ระดับ ลักษณะคำตอบประกอบด้วยเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนสูงหมายถึงบุคคลนั้นมีการรับรู้ที่ดีในแต่ละด้าน และจากการศึกษาของวาสนา มากผาสุก (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง โดยประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ใช้แบบสอบถามลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ ผู้ที่มีคะแนนสูงหมายถึงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง และประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ใช้แบบสอบถามลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 2 ระดับได้แก่ สามารถทำได้ และไม่สามารถทำได้ คะแนนสูงหมายถึงการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง จากการศึกษาของอภิสริน มะโน (2554) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันความดันโลหิตสูงในชายวัยกลางคน ประเมินการรับรู้ทั้ง 4 ด้านได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดความดันโลหิตสูง การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันความดันโลหิตสูง ข้อคำถามแบบประเมินใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วยเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนสูงหมายถึงบุคคลนั้นมีการรับรู้สูงในแต่ละด้าน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกวิธีการประเมินการรับรู้การรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาพัฒนาเพื่อให้ครอบคลุมเกี่ยวกับรับรู้ ทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการส่องกล้องปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการส่องกล้องปากมดลูก ซึ่งเป็นคำถามมีทั้งด้านบวกและลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

2.3.3 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคพบว่า มีผู้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในชนบท กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีไทยชนชนบทที่มีอายุ 30-60 ปี ของปรียานุช มณีโชติ, ประณีต ส่งวัฒนา และสุรียพร กฤษเจริญ (2554) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติจำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามกิจวัตร กลุ่มทดลองได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ โดยการสอนเป็นกลุ่มย่อย สาทิวิธีตรวจด้วยหุ่นจำลองร่วมกับสื่อ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงของแกนนำสตรี เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค แบบบันทึกการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาพบว่าสตรีที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกหลังการสอนดีกว่าก่อนสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สตรีที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สตรีที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแป็บสเมียร์มากกว่าสตรีที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตรงกับการศึกษาของเนือทิพย์ ศรีอุตร (2550) ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีรับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในเขตสถานีอนามัยสร้างตัวอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีอายุ 35-60 ปี ที่ยังไม่เคยตรวจแป็บสเมียร์จำนวน 46 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมด้วยโปรแกรมสุขศึกษาที่ประกอบด้วย การบรรยาย ภาพพลิก วีซีดี การใช้ตัวแบบและการอภิปรายกลุ่ม โดยมีการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมโดยกลุ่มเพื่อนเช่น การเยี่ยมบ้าน แจกแผ่นพับ ชักชวนให้มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูก สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของประนอม ปิ่นทอง, ญัฐจาพร พิชัยณรงค์ และสุวัจน์ เจริญทอง (2552) ที่ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในการคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง เป็นการจัดโปรแกรมอบรมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมประกอบด้วย

การบรรยาย ประกอบ power point การเสนอตัวแบบ กระบวนการกลุ่ม การสาธิตฝึกปฏิบัติ การกระตุ้นเตือนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 118 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 59 คน ใช้เวลาในการจัดโปรแกรม 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมตนเองได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ และรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของศิริพร จิตเอื้อ, ฉันทนา จันทวงศ์ และนิสากร กรุงไกรเพชร(2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เทศบาลเมืองขลุง อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 30 คน ภายหลังการจัดโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ 5 ครั้ง 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตรงกับการศึกษาของ วลัยพร สิงห์จ้อย, วันเพ็ญ แก้วปาน และอาภาพร เผ่าวัฒนา (2556) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการยุท்தฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกัน วัณโรคปอดของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 5-10 คน เก็บข้อมูลก่อน และหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 4 และ 8 ผลการศึกษาพบว่าภายหลังจัดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 4 และ 8 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคปอด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคปอด ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคปอด ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรคปอดและพฤติกรรมป้องกันการวัณโรคปอดของผู้ดูแลผู้ป่วย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาของณิภารัตน์ บุญกุล และรุจิรา ดวงสงค์ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันการโรคและการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น อายุ 40-60 ปี แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันการโรค 6 สัปดาห์ การสนับสนุนทางสังคม 5 สัปดาห์ โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันการโรคประกอบด้วย การเสริมสร้างการรับรู้ตามทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันการโรค มีการแจกเอกสารบรรยายระดับความรุนแรงของความดันโลหิต ความรุนแรงโอกาสเสี่ยงต่ออันตราย บรรยาย การฉายวิดีโอทัศน์เรื่องความดันโลหิตสูงความรุนแรง โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายของภาวะแทรกซ้อนทางไต มีการเสนอตัวแบบ 2 แบบ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และผู้ที่มีความรู้เฉพาะทาง มีการฝึกปฏิบัติเรื่องการรับประทาน เพื่อส่งเสริมความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังของประสิทธิผลของ

การตอบสนอง กิจกรรมการประเมินการเผชิญปัญหา อุปสรรคพร้อมหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถ ของตนเอง ความคาดหวังของประสิทธิผลของการตอบสนอง ต่อพฤติกรรมกำบังกัน ภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัว โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองค่าตัวบน (SBP) ลดลง 14 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันตัวล่าง (DBP) ลดลง 6 มิลลิเมตรปรอท ลดลงมากกว่า กลุ่มทดลอง ค่าตัวบน (SBP) ลดลง 3 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันตัวล่าง (DBP) ลดลง 2 มิลลิเมตร-ปรอท

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งในการ ป้องกันผู้ป่วยวัยโรคปอด (วัลย์พร สิงห์จ้อย, วันเพ็ญ แก้วปาน และอาภาพร เผ่าวัฒนา, 2556) การ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ณิภารัตน์ บุญกุล และรุจิรา ดวงสงค์, 2555) การสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ศิริพร จิตเอื้อ, ฉันทนา จันทร์ทวงศ์ และนิสากร กรุงไกรเพชร, 2560) และในกลุ่มของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมีการนำ ทฤษฎีมาประยุกต์ใช้เพื่อให้สตรีมารับการตรวจแป็บสเมียร์เท่านั้น (ปริยานุช มณีโชติ, ประณีต ส่งวัฒนา และสุรีย์พร กฤษเจริญ, 2554; เนื้อทิพย์ ศรีอุตร, 2550; ประนอม ปิ่นทอง, ฌัฐจาพร พิชัยณรงค์ และสุวิจน์ เทียรทอง, 2552) ส่วนในสตรีกลุ่มที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติพบเพียง การศึกษาของศศิวรรณ สุทัศน์มาลี และธีระ ศิวดูล (Sasiwan Suthasmalee, & Teera Siwadune, 2015) ที่ศึกษาว่าการรับชมสื่อวีดิทัศน์ก่อนการตรวจส่องกล้องปากมดลูกสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการ ตรวจและความพึงพอใจได้

และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยมีการจัดโปรแกรมเพื่อสร้าง แรงจูงใจ ในสตรีกลุ่มที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการแป็บสเมียร์เท่านั้น ยังไม่พบว่ามี การจัด โปรแกรมโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมการมารับการตรวจของสตรีภายหลังที่มี ผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจใน การป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการส่องกล้องปากมดลูกใน สตรีที่มีผลตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ ผู้วิจัยจึงได้นำกระบวนการรับรู้ 2 กระบวนการมา ประยุกต์ใช้ในการศึกษาและจัดกิจกรรมครั้งนี้ ได้แก่ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) เป็นการให้ข้อมูลกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการให้ชมวีดิทัศน์ 2) การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) กระตุ้นการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวและเสริมสร้าง ความสามารถความเชื่อมั่น โดยใช้สื่อที่เป็นตัวแบบโดยมีวีดิทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์สตรีที่มารับการ

ตรวจสอบกล้องปากมดลูก วิธีทัศนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม อีกทั้งยังมีการติดตามและเสริมแรงใจเพื่อให้สตรีปฏิบัติตัวเพื่อมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกและมารับการตรวจสอบปากมดลูกตามนัด ใช้วิธีการโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค และเสริมแรงใจ ย้ำเตือนในการปฏิบัติตัว โทรศัพท์ 1 ครั้ง สัปดาห์ที่ 4 ในกลุ่มที่มีเซลล์ผิดปกติชนิดเกรดต่ำ (Atypical squamous cells of undetermined significance; ASC-US) หรือ low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) โทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ในกลุ่มที่ผลการตรวจพบเซลล์มีการกลายไปในเชิงมะเร็งมากขึ้นชนิดเกรดสูง

สรุป มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญที่พบได้เป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลก สาเหตุที่สำคัญ คือ การติดเชื้อฮิวแมนแพปพิโลมาไวรัส หรือเอชพีวี (HPV) ชนิดความเสี่ยงสูง การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกใช้ผลการตรวจแป็บสเมียร์ ร่วมกับผลพยาธิวิทยาเป็นหลักฐานสำคัญที่สุดในการวินิจฉัยโรค เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันจึงนิยมใช้การแบ่งระยะโดยการตรวจทางคลินิกตามข้อกำหนดของสหพันธ์สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยานานาชาติ (International Federation of Gynecology and Obstetrics [FIGO], 2009) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อตรวจพบที่มีความผิดปกติเบื้องต้น มีความจำเป็นต้องเข้ารับการตรวจเพิ่มเติม เช่นการส่องกล้องตรวจปากมดลูกเพื่อการวินิจฉัยโรคและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป บทบาทของพยาบาลในการให้บริการแก่สตรีมีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติได้แก่การประเมินปัญหา ความต้องการของผู้รับบริการแต่ละรายรวมไปถึงการวางแผนให้การดูแลต่อเนื่อง ตลอดจนการให้คำแนะนำอธิบายให้ความเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องรับการตรวจ จากการปฏิบัติงานของศูนย์สุขภาพสตรีโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีการแจ้งผลการตรวจแป็บสเมียร์ที่ผิดปกติ หลายช่องทาง เช่นการนัดมาฟังผลที่โรงพยาบาล ทางโทรศัพท์ และส่งผลทางไปรษณีย์ จากสถิติการปฏิบัติงาน ปี พ.ศ.2558-2559 พบว่ามีการเลื่อนนัดการรับการตรวจสอบกล้องมากกว่าร้อยละ 30 ต่อเดือน

ซึ่งจากการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจติดตามภายหลังผลแป็บสเมียร์ผิดปกติ ได้แก่ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการตรวจที่ผิดปกติ ความจำเป็นที่ต้องได้รับการตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และพบว่าความกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูกเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกระตุ้นให้มารับการตรวจคัดกรอง ปัญหาและอุปสรรคที่มีผลทำให้สตรีไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงใจในการป้องกันโรคตามแนวคิดทฤษฎีของโรเจอร์ (Rogers, 1983) และ

นำมาประยุกต์จัดทำโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้และเกิดการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด เพื่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก และมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด เพื่อให้สตรีเหล่านี้ได้รับการตรวจวินิจฉัยให้การรักษาได้ทันที่ที่สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามเดิม ป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามต่อไป

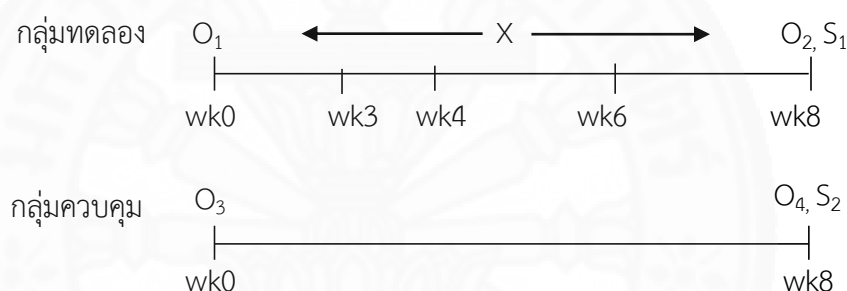


บทที่ 3

วิธีการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยศึกษาแบบสองกลุ่ม ใช้แบบแผนการทดลองชนิดวัดก่อนและหลัง (Two groups pre - post test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่อการรับรู้การมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัด ในสตรีที่มีผลแป็บสเมียร์ผิดปกติ



โดยกำหนดให้

X หมายถึง กิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในป้องกัน โดยมีการจัดกิจกรรมในวันที่มารับฟังการตรวจแป็บสเมียร์ที่โรงพยาบาล และกิจกรรมการโทรศัพท์เพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรค การกระตุ้นแรงจูงใจเพื่อให้ปฏิบัติตัวเพื่อมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัด และปฏิบัติตัวได้เหมาะสม โดยโทรศัพท์ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 ในกลุ่มที่มีเซลล์ผิดปกติแบบไม่เจาะจงชนิดเกรดต่ำ (Atypical squamous cells of undetermined significance; ASC-US) หรือ low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) โทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ในกลุ่มที่ผลการตรวจพบเซลล์มีการหายไปในช่วงระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นชนิดเกรดสูง (High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) moderate and severe dysplasia, carcinoma in situ: CIN2 and CIN 3 โดยใช้เวลาครั้งละ 5-10 นาที

O₁ หมายถึง การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก ของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

O₂ หมายถึง การประเมินการรับรู้ ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว เพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม

O₃ หมายถึง หมายถึง การประเมินการรับรู้ ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก ของกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

O₄ หมายถึง การประเมินการรับรู้ ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก ของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

S₁ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้รับบริการตรวจส่องกล้องปากมดลูกหลังการจัดโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

S₂ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้รับบริการตรวจส่องกล้องปากมดลูกหลังได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร คือ สตรีที่ได้รับรายงานผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจแป็บสเมียร์ มีการรายงานผลว่าผิดปกติ จากโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ซึ่งจำเป็นต้องมารับการตรวจรักษาและวินิจฉัยต่อด้วยการส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) ที่ศูนย์สุขภาพสตรีโรงพยาบาลจุฬารัตน์ เป็นเพศหญิง อายุ 25 ปี ขึ้นไป ตั้งแต่ กรกฎาคม ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2560

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกที่ศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้

3.2.2.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามคุณสมบัติดังนี้

1) เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

1.1 สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติจากการตรวจแป็บสเมียร์ และต้องได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ด้วยการตรวจส่องกล้องปากมดลูก อายุ 25 ปี ขึ้นไป

1.2 สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจสามารถ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

1.3 ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

1.4 ไม่เคยได้รับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) มาก่อน

1.5 ไม่เคยป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก

2) เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

2.1 มีประวัติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก

3) เกณฑ์ในการยุติการศึกษาวิจัย (Discontinuation criteria) ได้แก่

3.1 ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดโปรแกรม หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมหลังจากเข้าร่วมไปแล้วระยะหนึ่ง

3.2 ขณะเข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะแทรกซ้อน มีการส่งต่อการรักษา หรือไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาลอื่นก่อนที่จะได้รับการตรวจครบตามขั้นตอน หรือขณะเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เช่น การผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัด ฉายรังสี

3.2.2.2 ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion Criteria) โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) คือ สลับประชากรที่มารับบริการส่องกล้องปากมดลูกสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือนเป็นกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือนเป็นกลุ่มทดลอง โดยการสุ่มให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน เช่นเรื่อง ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเป็นมะเร็งของบุคคลในครอบครัว เป็นต้น จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 40 คน

3.2.2.3 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ตามแบบการวิจัยกึ่งทดลอง คือ คำนวณจากขนาดอิทธิพล (Effect size) ซึ่งอ้างอิงจากผลการศึกษาที่ผ่านมาเรื่อง ผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรค

และอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรีไทยในชนบท ของปรียานุช มณีโชติ, ประณีต ส่งวัฒนา และสุรีย์พร กฤษเจริญ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 26 คน ซึ่งมีความใกล้เคียงกับงานที่ผู้วิจัยกำลังศึกษา โดยมีคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูกเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.28, 0.33 และ 2.84, 0.35 นำมาคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) จากสูตรของ โคเฮน (Cohen, 1988 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) ดังนี้

$$ES = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\text{Pooled SD}}$$

$$\text{เมื่อ Pooled SD} = \sqrt{\frac{(n_1 - 1) S_1^2 + (n_2 - 1) S_2^2}{(n_1 + n_2) - 2}}$$

ES	=	ขนาดอิทธิพล
\bar{x}_1	=	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
\bar{x}_2	=	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม
n_1	=	จำนวนประชากรของกลุ่มทดลอง
n_2	=	จำนวนประชากรของกลุ่มควบคุม
S_1	=	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง
S_2	=	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

แทนค่าในสูตร

$$ES = \frac{3.28 - 2.84}{\text{Pooled SD}}$$

$$\text{Pooled SD} = \sqrt{\frac{(26 - 1) 0.33^2 + (26 - 1) 0.35^2}{(26 + 26) - 2}}$$

$$= \sqrt{\frac{2.7225 + 3.0625}{50}}$$

$$\text{Pooled SD} = 0.34$$

$$ES = \frac{0.44}{0.34}$$

$$ES = 1.294$$

เนื่องจากค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้เป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large effect size) จากนั้นนำไปคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of analysis) เท่ากับ 0.8 กำหนดให้ขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลางที่ 0.60 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 36 ราย เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Dropped out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละจำนวน 40 ราย รวม 80 ราย

3.3 สถานที่ในการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาที่ศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ซึ่งเปิดบริการทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 -16.00 น. สตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติจากโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จะมารับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ที่ศูนย์สุขภาพสตรี โดยจะได้รับคำแนะนำล่วงหน้า หลังจากนั้นจึงเข้ารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy)

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากนั้น กำหนดเนื้อหาสาระสำคัญซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้ การบรรยายความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก เกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา โดยใช้วีดิทัศน์ โดยเน้นเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ขั้นตอนที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) เป็นกิจกรรมเสริมความสามารถของสตรีในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยง เป็นการสื่อสารให้เกิดความกลัว และปรับลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยโดยใช้ถุงยางอนามัย การไม่สำส่อนทางเพศ การเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เพื่อกระตุ้นการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มีวีดิทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ด้านบวกของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม สามารถรับการตรวจ

และรักษาได้ทันท่วงที ผลดีของการส่องกล้องปากมดลูก การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกและการดูแลตนเองหลังการตรวจส่องกล้องปากมดลูก ขั้นตอนวิธีการตรวจส่องกล้องปากมดลูก เพื่อกระตุ้นการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม โดยมีรายละเอียดเครื่องมือดังต่อไปนี้

1. โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาเพื่อให้ครอบคลุมตามแนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1983) ซึ่งเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมภายใน 1 วัน โดยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1 ถึง 5 ใช้เวลาประมาณ 40 – 45 นาที มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมวิจัย โดยการแนะนำตัวเองชี้แจงวัตถุประสงค์และแนะนำการปฏิบัติกิจกรรมตลอดการเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงระยะเวลาในการดำเนินโครงการ เปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัย โดยสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง จากนั้นจึงเริ่มนำผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าสู่กิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ใช้เวลา 10 นาที
วัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกและรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ชมวิดีโอที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ความหมายสาเหตุ อุบัติการณ์ ความเสี่ยง อาการ การรักษา การป้องกัน และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ใช้เวลา 20 นาที
วัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความสามารถ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการส่องกล้องปากมดลูก โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 4 ชมวิดีโอที่เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถปฏิบัติตัวได้สำเร็จที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ วิดีทัศน์เกี่ยวกับผลดีของการส่องกล้องปากมดลูก ขั้นตอนวิธีการตรวจการปฏิบัติตัวก่อนหลังรับการตรวจ ใช้เวลา 10 นาที

กิจกรรมที่ 5 ชมวิดีโอที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยง เสริมความสามารถของสตรีในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดย เป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัว และปรับลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ใช้เวลา ใช้เวลา 10 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและเสริมแรงจิตใจอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาครั้งละ 5-10 นาที
วัตถุประสงค์เพื่อเสริมแรงจิตใจเพื่อให้สตรีปฏิบัติตัวเพื่อมารับการส่องกล้องปากมดลูกและมารับการส่องปากมดลูกตามนัด และเพื่อช่วยให้ผู้วิจัยสามารถอธิบายปัญหา ให้คำปรึกษาคำแนะนำ ช่วยเหลือแก่สตรีแต่ละคนได้อย่างเหมาะสม โดยมีกิจกรรมดังนี้

โทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค และเสริมแรงจิตใจ ย้ำเตือนในการปฏิบัติตัวเพื่อมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด และปฏิบัติตัวเพื่อมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกได้เหมาะสม โทรศัพท์ 1 ครั้ง สัปดาห์ที่ 4 ในกลุ่มที่มีเซลล์ผิดปกติชนิดเกรดต่ำ (Atypical squamous cells of undetermined significance; ASC-US) หรือ low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) โทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ในกลุ่มที่ผลการตรวจพบเซลล์มีการกลายไปในเชิงมะเร็งมากขึ้นชนิดเกรดสูง (High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) moderate and severe dysplasia, carcinoma in situ: CIN2 and CIN 3 ใช้เวลา ครั้งละ 5-10 นาที

กิจกรรมที่ 6 ทำแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจิตใจในการป้องกันโรค ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

2. วัตถุประสงค์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่สามารถปฏิบัติตัวได้สำเร็จ ผลดีของการตรวจส่องกล้องปากมดลูก และเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก กลไกและพยาธิสภาพการเกิดมะเร็งปากมดลูก สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก อาการของโรคมะเร็งปากมดลูก การรักษาของโรคมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก

3. แผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก ประกอบด้วย การตรวจส่องกล้องปากมดลูก Colposcopy เมื่อใดที่ต้องได้รับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก ประโยชน์ของการส่องกล้องปากมดลูก วิธีการตรวจส่องกล้องปากมดลูก ข้อห้ามของการตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก การปฏิบัติตัวหลังได้รับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก และอาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด

3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถามเป็นลักษณะเติมข้อความและเลือกตอบเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิด ประวัติการเป็นมะเร็งปากมดลูกของบุคคลในครอบครัว จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม มีทั้งหมด 45 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีระดับคะแนน 1 - 4 คะแนน ซึ่งจำแนกเป็นรายด้าน 4 ด้าน ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก จำนวน 12 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12 – 48 คะแนน

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 13 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 13 – 52 คะแนน

3. การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการส่องกล้องปากมดลูก 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10 – 40 คะแนน

4. การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการส่องกล้องปากมดลูก 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10 – 40 คะแนน

ซึ่งเป็นคำถามมีทั้งด้านบวกและลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ซึ่งกำหนดคำตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่าง จำนวน 45 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถาม ข้อคำถามเชิงบวก ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ระดับคะแนน 4
เห็นด้วย	ระดับคะแนน 3
ไม่เห็นด้วย	ระดับคะแนน 2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ระดับคะแนน 1

ข้อคำถามเชิงลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ระดับคะแนน 1
เห็นด้วย	ระดับคะแนน 2
ไม่เห็นด้วย	ระดับคะแนน 3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ระดับคะแนน 4

การแปลผลคะแนน

ค่าเฉลี่ยคะแนนสูง หมายถึง บุคคลนั้นมีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดี

ค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำ หมายถึง บุคคลนั้นมีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอัตราการมารับการส่องกล้องปากมดลูก โดยให้คะแนนผู้ที่มารับบริการตามนัด = 1 ผู้ไม่มารับการตรวจ = 0

3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.5.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำ วัตถุประสงค์ และแผนปฏิบัติการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้อง ปากมดลูก แบบสอบถามการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน และโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษา ความเหมาะสมของกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ประกอบด้วย

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งนรีเวชวิทยา 1 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 1 ท่าน
3. อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านทฤษฎี 1 ท่าน
4. พยาบาลวิชาชีพชำนาญทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช 2 ท่าน

โดยเมื่อผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความสอดคล้อง แล้วผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยค่ายอมรับ (Content Validity index [CVI]) เท่ากับ 1.0 และ 1.0 และ 0.921 ตามลำดับ ส่วนความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค คำนวณโดยใช้ค่าเฉลี่ยสัดส่วน (average proportion) โพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2008) ได้เท่ากับ 1 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.8 ถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์คุณภาพดี (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

3.5.2 การตรวจสอบความเป็นไปได้ (Feasibility)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มสตรีที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คนที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เพื่อนำมาประเมินความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้จริง ส่วนที่มีการปรับแก้ขนาดตัวอักษรในแผนพับให้มีขนาดใหญ่ขึ้น ปรับเบอร์โทรติดต่อเป็นเบอร์โทรของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.3 การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาภาษา หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งนรีเวชวิทยา จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านมะเร็ง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านทฤษฎี จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญทางคลินิกด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช จำนวน 2 ท่าน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงตามผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มสตรีที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนที่โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แยกรายด้าน ดังนี้ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจสอบกล้องปากมดลูก และการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจสอบกล้องปากมดลูก ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.778, 0.820, 0.701 และ 0.877 ตามลำดับ เมื่อนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามรวม 4 ด้าน เท่ากับ 0.921 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ $> .70$ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553)

3.6 การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

3.6.1 ขั้นเตรียมก่อนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้ศึกษาทบทวนวรรณกรรม เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจัดทำเค้าโครงร่างการวิจัยกับอาจารย์ที่ปรึกษา
2. นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อขอรับการพิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์
3. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ
4. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก วีดิทัศน์ และแผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจสอบกล้องปากมดลูก

5. ทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูลจริง นำเครื่องมือมาหาความเชื่อมั่น นำไปทดลองใช้กับผู้ที่มิมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง (Try out) จำนวน 10 คน ที่ศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬารัตน์

3.6.2 ขั้นตอนการวิจัยและเก็บข้อมูล

1. ภายหลังจากการพิจารณาอนุมัติให้ทำการศึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 และได้รับการอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ผู้วิจัยขอทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาภรณ์เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการใช้ข้อมูลและดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์ ขอบเขตการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยงาน เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพสตรี เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกให้กับผู้วิจัย และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือนเป็นกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือนเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 40 คน และให้เป็นผู้แนะนำการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์การวิจัยและเชิญเข้าร่วมการวิจัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร หลังจากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูล

4. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกครั้ง แล้วกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 (วันที่มารับฟังผลการตรวจแป็บสเมียร์)

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการโทรศัพท์ติดตาม เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเพื่อ

พิจารณาเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์โดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิ์ และการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลโดยการสัมภาษณ์ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล (pre - test) แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal)

กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกและรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการให้กลุ่มตัวอย่างชมวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ อุบัติการณ์ ความเสี่ยง อาการ การรักษา การป้องกัน และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal)

กิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการส่องกล้องปากมดลูกโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ โดยการให้กลุ่มตัวอย่างชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถปฏิบัติตัวได้สำเร็จ ผลดีของการส่องกล้องปากมดลูก ขั้นตอนวิธีการตรวจการปฏิบัติตัวก่อนหลังรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก

กิจกรรมที่ 5 ชมวีดิทัศน์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก เสริมความสามารถของสตรีในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก สื่อสารให้เกิดความกลัว และปรับลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สร้างความเชื่อมั่น เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก รับการส่องกล้องปากมดลูก

ผู้วิจัย ทบทวน สรุปสาระสำคัญ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก รับการส่องกล้องปากมดลูก

ผู้วิจัยมอบแผนพับการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก พร้อมบัตรนัดการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและเสริมแรงใจอย่างต่อเนื่อง

การโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค และเสริมแรงใจ ย้ำเตือนในการปฏิบัติตัวเพื่อมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด และปฏิบัติตัวเพื่อมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกได้เหมาะสม โทรศัพท์ 1 ครั้งสัปดาห์ที่ 4 ในกลุ่มที่มีเซลล์ผิดปกติชนิดเกรดต่ำ (Atypical squamous cells of undetermined significance; ASC-US) หรือ low-grade squamous intraepithelial

lesion (LSIL) โทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ในกลุ่มที่ผลการตรวจพบเซลล์มีการหายไปในช่วงมะเร็งมากขึ้นชนิดเกรตสูง (High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) moderate and severe dysplasia, carcinoma in situ: CIN2 and CIN 3 ใช้เวลา ครั้งละ 5-10 นาที ช่วงเวลาในการโทรศัพท์ คือช่วงเย็น เวลา 15.00-17.00 น. โดยจะมีการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และเสริมแรงจูงใจ ย้ำเตือนเรื่องการมารับการตรวจส่องกล้องตามนัด ทบทวนการปฏิบัติตัวเพื่อเข้ารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก มีการกล่าวชมเชยและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างให้มุ่งมั่นที่จะมารับการตรวจติดตาม

ครั้งที่ 2 (วันที่มารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก)

กิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล (post - test) จากแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย และยุติสัมพันธภาพ

ผู้วิจัยบันทึกการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (ให้การพยาบาลตามปกติ วันที่มารับฟังผลการตรวจแป็บสเมียร์)

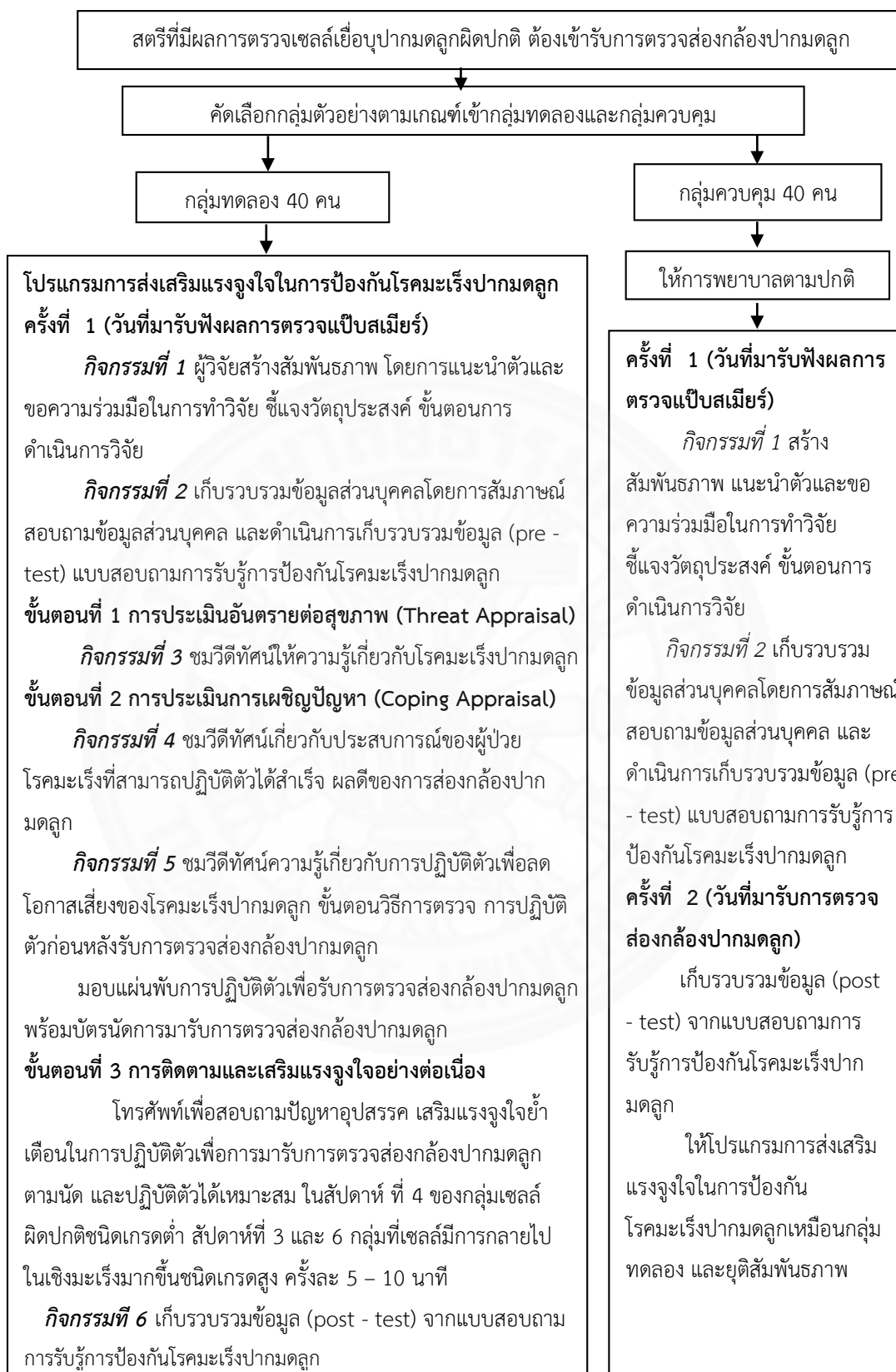
1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการโทรศัพท์ติดตาม เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเพื่อพิจารณาเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยทำการพิตักซ์สิทธิ์โดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิ์และการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลโดยการสัมภาษณ์ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล (pre - test) แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ครั้งที่ 2 (วันที่มารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก)

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล (post - test) จากแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และให้โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเหมือนกลุ่มทดลอง กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย และยุติสัมพันธภาพ

2. ผู้วิจัยบันทึกการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก



ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3.7 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่การรับรอง โครงการวิจัยที่ 079/2560 ทั้งนี้ผู้วิจัยการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ ได้รับการปกปิดข้อมูล เช่น ชื่อ สกุล เบอร์โทรศัพท์ การนำเสนอผลการศึกษาออกมาในลักษณะภายนอกโดยรวม และนำมาใช้ในทางการศึกษาเท่านั้น มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาของผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังผู้วิจัยสอบผ่านการทำวิทยานิพนธ์

2. การได้รับสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล เอกสารชี้แจงรายละเอียด ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีการบังคับให้เวลาตัดสินใจไม่เร่งรัด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีสิทธิ์ที่จะขอถอนตัวจากการวิจัยตลอดเวลา หากระหว่างเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัว สามารถแจ้งผู้วิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการมารับบริการใดๆทั้งสิ้น ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือขอยกเลิกก่อนจบโปรแกรม

3. การลงนามในใบยินยอม ผู้วิจัยแจ้งรายละเอียด ขั้นตอนต่างๆ ในการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบจึงลงนามในใบยินยอม และมีพยานลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรร่วมด้วย กลุ่มตัวอย่างได้ทราบ

4. สำหรับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมในการทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการให้โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยให้โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเหมือนกลุ่มทดลอง

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังการทดลองและประเมินผล ผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจให้คะแนนและวิเคราะห์ข้อมูล โดยอาศัยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 18 ลิขสิทธิ์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้ (ภาคผนวก ฉ)

1. การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดย

ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov – Smirnov Test โดยมีหลักการทดสอบคือ การเปรียบเทียบค่าฟังก์ชันการแจกแจงสะสมของข้อมูลตัวอย่างกับฟังก์ชันการแจกแจงสะสมของข้อมูลสมมติฐานพบว่าข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ($p < .05$) การวิจัยครั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05 จากการทดสอบโดยใช้สูตร Kolmogorov – Smirnov Test พบว่าค่า p-value ของอายุในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เท่ากับ .101 และ .200 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ .000 และ .001 จำนวนการตั้งครรภ์ เท่ากับ .000 และ .000 การคลอด เท่ากับ .000 และ .000 การแท้ง เท่ากับ .000 และ .000 จำนวนบุตรมีชีวิต เท่ากับ .000 และ .000 พบว่าอายุมีค่ามากกว่า p-value ที่กำหนดคือ .05 แสดงว่าการกระจายข้อมูลของอายุมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ แต่รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนการตั้งครรภ์ การคลอด การแท้ง จำนวนบุตรมีชีวิต พบว่ามีค่า p-value น้อยกว่าที่กำหนดคือน้อยกว่า .05 แสดงว่าการกระจายข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ

ตัวแปรที่มีค่าไม่ต่อเนื่องผู้วิจัยได้แปลงข้อมูลเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ก่อนนำไปวิเคราะห์ดังนี้

1) การศึกษา โดยการให้ค่า ไม่ได้เรียนหนังสือ = 1, ประถมศึกษา = 2, มัธยมศึกษาตอนต้น = 3, มัธยมศึกษาตอนปลาย = 4, อนุปริญญา/เทียบเท่า = 5, ปริญญาตรี = 6 สูงกว่าปริญญาตรี = 7

2) อาชีพ โดยการให้ค่า ไม่ได้ประกอบอาชีพ = 1, แม่บ้าน = 2, ค้าขาย = 3, รับจ้าง = 4, เกษตรกร = 5, รับราชการ = 6, รัฐวิสาหกิจ = 7, ธุรกิจส่วนตัว = 8, อื่น ๆ = 9

3) สถานภาพสมรส โดยการให้ค่า โสด (ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์) = 1, โสด (เคยมีเพศสัมพันธ์) = 2, คู่ = 3, หม้าย = 4, หย่า = 5, แยก = 6

4) วิธีคุมกำเนิดปัจจุบัน โดยการให้ค่า ไม่ได้คุมกำเนิด = 1, หมันหญิง = 2, ยาฉีดคุมกำเนิด = 3, ยาเม็ดคุมกำเนิด = 4, ฟังยาคุมกำเนิด = 5, ใส่ห่วงอนามัย = 6, ถุงยางอนามัย = 7, หลังภายนอก = 8, อื่น ๆ = 9

5) บุคคลในครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็งปากมดลูก โดยการให้ค่า มี = 1, ไม่มี = 2, ไม่ทราบ = 3

นอกจากนั้น ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความผิดปกติของข้อมูลในมาตรวัดแบบอัตราส่วนและอันตรภาคชั้นพบมีการกระจายข้อมูลที่ผิดปกติ (Outlier) ดังนี้

1) รายได้ พบการกระจายข้อมูลที่ผิดปกติ (Outlier) รายที่ 2, 8 และ 30 ในกลุ่มควบคุม รายที่ 63 ในกลุ่มทดลอง

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

2. สถิติพรรณนา (Descriptive static) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส วิธีคุมกำเนิด ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งปากมดลูก อาการผิดปกติ ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive static) โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) โดยใช้สถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซคท์ (Fisher exact test) ในการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) ในการเปรียบเทียบข้อมูลอื่นๆ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้

2.1 ความเป็นอิสระต่อกันของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

2.2 มีลักษณะการวัดเป็นกลุ่มอย่างน้อย 2 กลุ่ม

2.3 ตัวแปรเป็นตัวแปรสเกลนามบัญญัติ (nominal scales)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มเดียวกัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติวิลคอกสัน (Wilcoxon Signed Ranks Test) และข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังนี้

3.1 กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มได้จากการสุ่ม (random) ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent)

3.2 กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มได้จากการสุ่มประชากรที่ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติแมนวิทนี ยู (Mann Whitney U Test) และข้อตกลงเบื้องต้นมีดังนี้

4.1 กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มได้จากการสุ่ม (random) เป็นอิสระต่อกัน (independent)

4.2 กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มได้จากการสุ่มประชากรที่ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ

4.3 ตัวแปรเป็นตัวแปรระดับเรียงอันดับ (ordinal scale)

5. เปรียบเทียบร้อยละของสตรีในการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่ผลตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ ณ ศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จ.กรุงเทพมหานคร ช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง พฤศจิกายน 2560 จำนวน 80 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยโดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 4 ร้อยละของสตรีในการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย

4.1 ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 45.33 ปี (S.D.=11.48) ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.25 รองลงมาคือ สูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 13.75 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 27.5 รองลงมาคือรับราชการและรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 16.25 เท่าๆกัน มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 63.75 รองลงมา คือสถานภาพโสด (เคยมีเพศสัมพันธ์) คิดเป็นร้อยละ 26.25 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุดเรื่องสถานภาพ รองลงมาคือเรื่องอาชีพ โดยเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซคท์ (Fisher exact test) พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p>.05$) ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1

จำนวน ร้อยละและลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	กลุ่มทดลอง n (%)	Fisher exact test	P- value ¹
จำนวน	80	40	40		
อายุ (ปี)				5.345	0.248
$\bar{X} \pm$ S.D.	45.33 \pm 11.48	43.75 \pm 10.92	46.90 \pm 11.94		
25-34	17 (21.25)	8 (20.00)	9 (22.50)		
35-44	26 (32.50)	17 (42.50)	9 (22.50)		
45-54	18 (22.50)	8 (20.00)	10 (25.00)		
55-64	16 (20.00)	5 (12.50)	11 (27.50)		
\geq 65	3 (3.75)	2 (5.00)	1 (2.50)		
การศึกษา				9.607	0.074
ประถมศึกษา	6 (7.50)	1 (2.50)	5 (12.50)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	4 (5.00)	2 (5.00)	2 (5.00)		
มัธยมศึกษาตอน					
ปลาย	9 (11.25)	3 (7.50)	6 (15.00)		
อนุปริญญา/เทียบเท่า	9 (11.25)	2 (5.00)	7 (17.50)		
ปริญญาตรี	41 (51.25)	24 (60.00)	17 (42.50)		
สูงกว่าปริญญาตรี	11 (13.75)	8 (20.00)	3 (7.50)		
อาชีพ				8.226	0.295
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8 (10.00)	5 (12.50)	3 (7.50)		
แม่บ้าน	10 (12.50)	2 (5.00)	8 (20.00)		
ค้าขาย	4 (5.00)	3 (7.50)	1 (2.50)		
รับจ้าง	22 (27.50)	11 (27.50)	11 (27.50)		
เกษตรกร	1 (1.25)	0 (0.00)	1 (2.50)		
รับราชการ	13 (16.25)	8 (20.00)	5 (12.50)		
รัฐวิสาหกิจ	13 (16.25)	8 (20.00)	5 (12.50)		
ธุรกิจส่วนตัว	9 (11.25)	3 (7.50)	6 (15.00)		

หมายเหตุ ¹ = Fisher's exact test

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

จำนวน ร้อยละและลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม n = 80 (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม n = 40 (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง n = 40 (ร้อยละ)	Fisher exact test	P- value ¹
รายได้ (บาท) $\bar{X} \pm S.D.$	30,758.25 ± 36,597.89	30,043.00 ±47,276.38	24,473.50 ±19,926.82	4.722	0.171
≤ 5,000	12 (15.00)	4 (10.00)	8 (20.00)		
5,001-10,000	3 (3.75)	0 (0.00)	3 (7.50)		
10,001-20,000	19 (23.75)	11 (27.50)	8 (20.00)		
>20000	46 (57.50)	25 (62.50)	21 (52.50)		
สถานภาพ				4.945	0.419
โสด (ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์)	1 (1.25)	1 (2.50)	0 (0.00)		
โสด (เคยมีเพศสัมพันธ์)	21 (26.25)	9 (22.50)	12 (30.00)		
คู่	51 (63.75)	28 (70.00)	23 (57.50)		
หม้าย	3 (3.75)	0 (0.00)	3 (7.50)		
หย่า	2 (2.50)	1 (2.50)	1 (2.50)		
แยก	2 (2.50)	1 (2.50)	1 (2.50)		

หมายเหตุ ¹ = Fisher's exact test

1.2 ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์เฉลี่ย 1.44 ครั้ง (S.D.=1.48) จำนวนครั้งของการคลอดเฉลี่ย 1.06 ครั้ง (S.D.=1.06) แท้งบุตรเฉลี่ย 0.36 ครั้ง (S.D. = 0.83) จำนวนบุตรมีชีวิตเฉลี่ย 0.94 คน (S.D.=1.08) ส่วนใหญ่ไม่ได้คุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 58.75 รองลงมาคือใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 13.75 ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 93.75 อาการผิดปกติที่พบมากที่สุดได้แก่ ตกขาว มีกลิ่นเหม็น ร้อยละ 47.5 มีหูด เริม ที่อวัยวะเพศ ร้อยละ 7.5

จากการเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.2



ตารางที่ 4.2

ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางคลินิก และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	รวม n= 80 (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง n= 40 (ร้อยละ)	กลุ่ม ควบคุม n = 40 (ร้อยละ)	Fisher exact test ¹ /Z ²	P- value
จำนวนการตั้งครรภ์ (ครั้ง) $\bar{X} \pm S.D.$	1.44 \pm 1.48	1.45 \pm 1.58	1.43 \pm 1.39	-1.440 ²	0.885
คลอด (ครั้ง) $\bar{X} \pm S.D.$	1.06 \pm 1.06	1.08 \pm 1.09	1.05 \pm 1.04	-0.061 ²	0.951
แท้ง(ครั้ง) $\bar{X} \pm S.D.$	0.36 \pm 0.83	0.38 \pm 0.95	0.35 \pm 0.70	-0.441 ²	0.659
จำนวนบุตรมีชีวิต(คน) $\bar{X} \pm S.D.$	0.94 \pm 1.08	1.08 \pm 1.09	0.80 \pm 1.07	-1.260 ²	0.208
วิธีคุมกำเนิด				7.943 ¹	0.198
ไม่ได้คุมกำเนิด	47 (58.75)	22 (55.00)	25 (62.50)		
หมั้นหญิง	10 (12.50)	4 (10.00)	6 (15.00)		
ยาเม็ดคุมกำเนิด	5 (6.25)	2 (5.00)	3 (7.50)		
ฝังยาคุมกำเนิด	1 (1.25)	1 (2.50)	0 (0.00)		
ถุงยางอนามัย	11 (13.75)	7 (17.50)	4 (10.00)		
หลังภายนอก	2 (2.50)	0 (0.00)	2 (5.00)		
อื่นๆ	4 (5.00)	4 (10.00)	0 (0.00)		
บุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งปาก				2.158 ¹	0.423
มดลูก					
มี	3 (3.75)	1 (2.50)	3 (3.75)		
ไม่มี	75 (93.75)	39 (97.50)	75 (93.75)		
ไม่ทราบ	2 (2.50)	0 (0.00)	2 (2.50)		
อาการผิดปกติ				-	-
(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)					
ตกขาวมีกลิ่นเหม็น	38 (47.50)	10 (25.00)	38 (47.50)		
มีหูดเริ่ม ที่อวัยวะเพศ	6 (7.50)	2 (5.00)	6 (7.50)		
อื่นๆ	1 (1.25)	0 (0.00)	1 (1.25)		

หมายเหตุ ¹ = Fisher's exact test, ² = Mann-Whitney Test

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่ม ทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกรายด้าน ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของ โรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เพื่อรับการตรวจสอบกล้องปาก มดลูก สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดง ในตารางที่ 4.3



ตารางที่ 4.3

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกรายด้านของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 40)		Mean rank (Sum of rank)	Z	P- value ¹
	$\bar{X} \pm S.D.$				
	ก่อน	หลัง			
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	38.95 \pm 4.73	45.50 \pm 4.26	20.28 (770.50)	-5.327	<0.001*
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	40.10 \pm 4.55	48.90 \pm 5.04	20.00 (780.00)	-5.450	<0.001*
3. การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก	32.63 \pm 4.09	37.63 \pm 4.05	14.50 (406.00)	-4.682	<0.001*
4. การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก	33.68 \pm 4.63	39.93 \pm 0.35	14.50 (406.00)	-4.836	<0.001*

หมายเหตุ ¹ = Wilcoxon Signed Ranks Test, * p<.05

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่ม ควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกรายด้านของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.4



ตารางที่ 4.4

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกรายด้านของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 40)		Mean rank (Sum of rank)	Z	P- value ¹
	$\bar{X} \pm S.D.$				
	ก่อน	หลัง			
1. การรับรู้ความรุนแรง ของโรคมะเร็งปาก มดลูก	37.93±4.2	38.20±3.92	3 (15.00)	-2.070	0.038*
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเป็นโรคมะเร็ง ปากมดลูก	37.30±3.37	37.50±3.34	2.50 (10.00)	-1.841	0.066
3. การรับรู้ความเชื่อมั่น ในผลลัพธ์ของการ ปฏิบัติตัวเพื่อรับการ ตรวจสอบกล้องปาก มดลูก	31.53±3.02	31.58±2.99	1.50 (3.00)	-1.414	0.157
4. การรับรู้ความเชื่อมั่น ในความสามารถของ ตนเองในการปฏิบัติ ตัวเพื่อรับการตรวจ ส่องกล้องปากมดลูก	33.30±4.24	33.68±4.35	5.00 (45.00)	-2.719	0.007*

หมายเหตุ ¹ = Wilcoxon Signed Ranks Test, * p<.05

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

3.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เพื่อรับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อรับการตรวจสอบกล้องปากมดลูก ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่าง ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อรับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อรับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก รายด้าน ทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อรับการตรวจสอบกล้องปากมดลูก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.5

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกรายด้านของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม $\bar{X} \pm S.D.$ (ค่าเฉลี่ยลำดับ)	กลุ่มทดลอง $\bar{X} \pm S.D.$ (ค่าเฉลี่ยลำดับ)	Z	P-value ¹
ก่อนได้รับโปรแกรม				
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	37.93±4.24 (37.89)	38.95 ±4.73 (43.11)	-1.010	0.312
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	37.30±3.37 (31.85)	40.10 ±4.55 (49.15)	-3.353	0.001*
3. การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก	31.53±3.02 (37.66)	32.63 ±4.09 (43.34)	-1.134	0.257
4. การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก	33.30±4.24 (38.34)	33.68 ±4.63 (42.66)	-0.860	0.390

หมายเหตุ ¹ = Mann-Whitney U Test, * p<.05

ตารางที่ 4.6

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกรายด้านของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม $\bar{X} \pm S.D.$ (ค่าเฉลี่ยลำดับ)	กลุ่มทดลอง $\bar{X} \pm S.D.$ (ค่าเฉลี่ยลำดับ)	Z	P-value ¹
หลังได้รับโปรแกรม				
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	38.20±3.92 (24.85)	45.50 ±4.26 (56.15)	-6.115	<0.001*
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	37.50±3.34 (22.46)	48.90 ±5.04 (58.54)	-7.048	<0.001*
3. การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก	31.58±2.99 (25.88)	37.63 ±4.05 (55.13)	-5.842	<0.001*
4. การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก	33.68±4.35 (22.34)	39.93 ±0.35 (58.66)	-7.531	<0.001*

หมายเหตุ ¹ = Mann-Whitney Test, * p<.05

ตารางที่ 4.7

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้โรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม $\bar{X} \pm S.D.$ (ค่าเฉลี่ยลำดับ)	กลุ่มทดลอง $\bar{X} \pm S.D.$ (ค่าเฉลี่ยลำดับ)	Z	P-value ¹
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	0.28 ± 0.82 (22.75)	6.55 ± 4.97 (58.25)	-7.184	<0.001*
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	0.20 ± 0.72 (21.50)	8.80 ± 5.46 (59.50)	-7.711	<0.001*
3. การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจสอบกล้องปากมดลูก	0.05 ± 0.22 (26.80)	5.00 ± 4.36 (54.20)	-6.083	<0.001*
4. การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจสอบกล้องปากมดลูก	0.38 ± 0.81 (28.11)	6.25 ± 4.68 (52.89)	-5.238	<0.001*

หมายเหตุ ¹ Mann-Whitney U Test, * p<0.05

ส่วนที่ 4 ร้อยละของการมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบร้อยละของสตรีในการมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัดสูงกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 97.5 ดังแสดงในตารางที่ 4.8



ตารางที่ 4.8

ร้อยละของสตรีในการมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	P-value
การมารับการตรวจสอบกล้อง ปากมดลูกตามนัด	30 (75.00)	39 (97.50)	8.538 ¹	0.003*

หมายเหตุ ¹ = Chi-square test, * p<.05



4.2 การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการศึกษาดังกล่าวได้ คือ ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม และผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค ตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

4.2.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่ผลตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ ต้องมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่ผลตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ ต้องเข้ารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกเพื่อทำการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 45.33 ปี สอดคล้องกับสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติถึงช่วงอายุที่สูงที่สุดที่จะเกิดมะเร็งปากมดลูกคือ อายุ 45 ปี (พีรพงศ์ อินทสร, 2554) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 42.5 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 27.5 รายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 52.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 57.5 ตรงกับการศึกษาของ ศศิวรรณ สุทัศน์มาลี และธีระ ศิวดล (Sasiwan Suthasmalee, & Teera Siwadune, 2015) พบว่าสตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ที่ผิดปกติต้องเข้ารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ในกลุ่มทดลองร้อยละ 61.1 กลุ่มควบคุมร้อยละ 51.3

ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษานี้พบว่า การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การแท้งบุตรและจำนวนบุตรที่มีชีวิต ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่ไม่ได้คุมกำเนิดคิดเป็นร้อยละ 58.75 ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 93.75 ตรงกับการศึกษาของ จันทนีย์ แต่ไพสิฐพงษ์ และณัฐวดี กันตถาวร (2556) พบว่าบุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 98 สอดคล้องกับ อาการผิดปกติส่วนใหญ่คือ ตกขาว มีกลิ่นเหม็น คิดเป็นร้อยละ 45.50 ตรงกับการศึกษาของประนอม ปิ่นทอง, ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ และสุวิจน์ เทียรทอง (2552) ที่พบว่าอาการผิดปกติเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ คือตกขาวผิดปกติร้อยละ 33.9

4.2.2 ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค

จากสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวว่าสตรีที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่า เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์

ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว เพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริยานุช มณีโชติ, ประณีต ส่งวัฒนา และสุรีย์พร กฤษเจริญ (2554) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในชนบท ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.1$) สอดคล้องกับการศึกษาของเนือทิพย์ ศรีอุตร (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีรับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเขตสถานีอนามัยสร้างดี อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เรื่องความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกและความคาดหวังในความสามารถที่จะควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$) นอกจากนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ วลัยพร สิงห์จ้อย, วันเพ็ญ แก้วปาน และอาภาพร เผ่าวัฒนา (2557) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของผู้ดูแลแบบกลุ่มเดี่ยว วัดก่อน-หลังภายหลังการจัดกิจกรรม สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวัณโรค และมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคสูงกว่าก่อนทดลอง ($p < .05$)

เมื่อพิจารณาแล้วสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1983) มาใช้เป็นกรอบในการศึกษาครั้งนี้ เน้นการให้ข้อมูล กระตุ้นให้เกิดกระบวนการรับรู้ 2 กระบวนการ ได้แก่ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพโดยการกระตุ้นให้เกิดความกลัว จากข้อมูลความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ด้านนี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลทำให้เกิดการปรับตัว เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ในส่วนของกระบวนการประเมินการเผชิญปัญหา เป็นการให้ข้อมูลข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยง โดยการสอนแบบเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับภาวะที่กำลังเผชิญอยู่ กระบวนการนี้การหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จเป็นสิ่งสำคัญในการเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม เน้นการการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

สมมติฐานข้อที่ 2 กล่าววาสตรีที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของเนอทิพย์ ศรีอุตร (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีรับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายหลังจากการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้โอกาสเสี่ยงมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมากที่สุด รวมถึงความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก และความคาดหวังในความสามารถที่จะควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของปริยานุช มณีโชติ, ประณีต ส่งวัฒนา และสุรีย์พร กฤษเจริญ (2554) พบว่าภายหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งโดยรวมดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองภายหลังจากได้รับโปรแกรมมีตำแหน่งคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกที่ลดลง 9.50 (ตารางแสดงในภาคผนวก ฉ) ส่วนด้านอื่นไม่พบว่ามีตำแหน่งคะแนนที่ลดลง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อพิจารณาแล้วสามารถอธิบายได้ว่าเมื่อผู้รับบริการได้รับการแจ้งผลการตรวจที่ผิดปกติและได้รับการพยาบาลแบบปกติ ซึ่งจะมีการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวและมารับการตรวจติดตาม ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น อีกทั้งเมื่อเกิดความกลัวจึงทำการหาข้อมูลเพิ่มเติมซึ่งส่งผลให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกและมีการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกสูงขึ้นได้

การเพิ่มขึ้นของการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง อาจเนื่องมาจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยตามแนวคิดทฤษฎีมุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจ เกิดการรับรู้การป้องกันโรคโดยขั้นตอนการส่งเสริมแรงจูงใจคือขั้นตอนที่ 1 เป็นกระบวนการการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) โดยทฤษฎีเชื่อว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยง

ต่อการเกิดโรคจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม กล่าวคือเมื่อสตรีที่พบความผิดปกติจากการทำแท้งแบบเมียร์ จะเห็นถึงอันตรายหรือภาวะคุกคามที่ตนเองกำลังเผชิญ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งกระตุ้นให้สตรีเกิดแรงจูงใจในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูก ขั้นตอนที่ 2 เป็นกระบวนการการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นการส่งเสริมความสามารถและกระตุ้นให้เกิดรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติตัวเพื่อมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูก ในกระบวนการนี้จะทำให้สตรีที่ตรวจพบความผิดปกติจากการทำแท้งแบบเมียร์มีความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจสอบกล้องปากมดลูก และเตรียมตัวมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัดได้อย่างเหมาะสม (ปริยานุช มณีโชติ, ประณีต ส่งวัฒนา และสุรีย์พร กฤษเจริญ, 2554; เนื้อทิพย์ ศรีอุตร, 2550; ประนอม ปิ่นทอง, ญัฐจาพร พิชัยณรงค์ และสุวัจน์ เทียรทอง, 2552) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าสตรีที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุม

สมมติฐานข้อที่ 3 กล่าวว่าสตรีที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีร้อยละของสตรีในการมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัด สูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 สตรีที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีร้อยละของสตรีในการมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัด สูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุม ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม จำนวน 40 ราย มีผู้มารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัด 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่ามารับบริการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัดเพียง 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนผู้รับบริการ พบว่ากลุ่มทดลองมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของปริยานุช มณีโชติ, ประณีต ส่งวัฒนา และสุรีย์พร กฤษเจริญ (2554) ที่ใช้โปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจและได้มีการติดตามการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มทดลองมารับการตรวจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของเนื้อทิพย์ ศรีอุตร (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงบันดาลใจและได้มีการติดตามการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มทดลองมารับการตรวจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของสันับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีรับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วัตถุประสงค์ก่อน - หลัง พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลอง และจากข้อมูลพบว่า สตรีที่ไม่มารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัด 10 ราย แจกเหตุผลว่า คิดว่ายังไม่มีอาการผิดปกติ 5 ราย ไม่สามารถหยุดงานได้ 4 ราย และไม่สะดวกเดินทาง 1 ราย

กล่าวโดยสรุปจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว เพื่อรับการตรวจสอบช่องก้นปากมดลูกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p < .05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) อีกทั้งกลุ่มทดลองมารับการส่องกล้องปากมดลูกตามนัดสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) ทำให้อธิบายได้ว่า การส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจสอบช่องก้นปากมดลูก ดังนั้น การส่งเสริมแรงจูงใจจึงเป็นกิจกรรมที่ควรนำไปปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้รับบริการมารับการตรวจรักษาตามนัดต่อไปได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยศึกษาแบบสองกลุ่ม ใช้แบบแผนการทดลองชนิดวัดก่อนและหลัง (Two groups pre - post test design) วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อ การรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่ผลตรวจ เซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ ทำการศึกษาที่ศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2560 การศึกษาครั้งนี้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้ เป็นสตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติจากการตรวจแป็บสเมียร์ และต้องได้รับการ วินิจฉัยเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ด้วยการตรวจส่องกล้องปากมดลูก อายุ 25 ปี ขึ้นไป สามารถ สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจสามารถ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือ ในการวิจัย ไม่เคยได้รับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) มาก่อน และไม่เคยป่วยเป็น มะเร็งปากมดลูก จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนเท่าๆกัน ผู้วิจัยได้ สุ่มให้สตรีที่มารับบริการส่องกล้องปากมดลูกสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือนเป็นกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือนเป็นกลุ่มทดลอง โดยการสุ่มให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติใกล้เคียง กันในเรื่อง ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติการเป็นมะเร็งของบุคคลในครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม การส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก วัตถุประสงค์เกี่ยวกับประสิทธิภาพของผู้ป่วย โรคมะเร็งที่สามารถปฏิบัติตัวได้สำเร็จ ผลดีของการตรวจส่องกล้องปากมดลูก วิธีการตรวจ การปฏิบัติ ตัวก่อนหลังรับการตรวจส่องกล้องตรวจปากมดลูก แผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้อง ปากมดลูก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1983) รวมไปถึงการติดตามและเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์ เพื่อสอบถาม ปัญหาอุปสรรค และเสริมแรงจูงใจ ย้ำเตือนในการปฏิบัติตัวเพื่อการมารับการตรวจส่องกล้อง ปากมดลูกตามนัด และปฏิบัติตัวเพื่อมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกได้เหมาะสม ซึ่งกลุ่มทดลอง ทั้ง 40 คน เป็นกลุ่มที่มีเซลล์ผิดปกติชนิดเกรดต่ำ จึงที่ได้รับการติดตามและเสริมแรงจูงใจอย่าง ต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์ จำนวน 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 4 สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งจำแนกเป็นรายด้าน ประกอบด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการส่องกล้องปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อเพื่อรับการส่องกล้องปากมดลูก ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้เท่ากับ 1.0, 1.0, 0.88 และ 0.96 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าที่คำนวณได้มีค่ามากกว่า 0.8 ถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์คุณภาพดี (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553) หลังจากรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงตามผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มสตรีที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ และนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.778, 0.820, 0.701 และ 0.877 ตามลำดับ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ $> .70$ จึงถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากสุ่มกลุ่มตัวอย่างแล้ว กลุ่มทดลองผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ของการวิจัย (วันที่ผู้ป่วยฟังผลแป็บสมียร์แล้วพบว่าผลผิดปกติ) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงวิธีการตอบแบบสอบถามจนเข้าใจและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและมีการให้โปรแกรมคือ กิจกรรมชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกโดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การป้องกันการรักษา ชมวีดิทัศน์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยง เสริมความสามารถของสตรีในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัว และปรับลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถปฏิบัติตัวได้สำเร็จ ผลดีของการตรวจส่องกล้องปากมดลูก การเตรียมตัว ก่อนหลัง และวิธีการตรวจ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จากนั้นมอบแผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างใช้ในการอ่านทบทวน จากนั้นจะมีการโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค และเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวเพื่อการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด และปฏิบัติตัวเหมาะสม โทรศัพท์ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 ในกลุ่มที่มีเซลล์ผิดปกติแบบไม่เจาะจงชนิดเกรดต่ำ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ในช่วงเวลา 16.00-18.00น. ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและให้ทำแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปาก

มดลูกหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและยุติความสัมพันธ์ ส่วนกลุ่มควบคุมผู้วิจัยได้ให้โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคแล้วยุติความสัมพันธ์

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for window version 18 วิเคราะห์ความแตกต่างข้อมูลลักษณะทั่วไป ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ จำนวนการตั้งครรภ์ คลอด แท้ง จำนวนบุตรมีชีวิต วิธีคุมกำเนิด บุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งปากมดลูก อาการผิดปกติ ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive analysis) โดยการคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ใช้สถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซคท์ (Fisher exact test) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกรายด้านของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกรายด้านของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมใช้สถิติวิลคอกสัน (Wilcoxon Signed Ranks Test) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อรับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมใช้สถิติแมนวิทนี ยู (Mann Whitney U Test) ในการเปรียบเทียบร้อยละของสตรีในการมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ใช้สถิติไคส-แควร์ (chi-square) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

5.2 ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. สตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติที่มารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกที่ศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันเรื่องอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ภาพสมรส โดยมีอายุเฉลี่ย 45.33 ปี (S.D. = 11.48) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 42.5 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 27.5 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือนมากที่สุดร้อยละ 52.5 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.5 และลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องผลการศึกษานี้พบว่า การตั้งครรภ์เฉลี่ย 1.44 ครั้ง (S.D. = 1.48) การคลอดบุตรเฉลี่ย 1.06 ครั้ง (S.D. = 1.06) การแท้งบุตรเฉลี่ย 0.36 ครั้ง (S.D. = 0.83) และจำนวนบุตรที่มีชีวิตเฉลี่ย 0.94 คน (S.D. = 1.08) วิธีคุมกำเนิดมากที่สุดคือ ไม่ได้คุมกำเนิดคิดเป็น ร้อยละ 58.75 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 93.75 อาการผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ ตกขาว มีกลิ่นเหม็น คิดเป็นร้อยละ 45.50

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกราย ด้านของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของ โรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เพื่อรับการตรวจสอบส่งกล้อง ปากมดลูก สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกราย ด้านของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของ โรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อรับการตรวจสอบส่งกล้อง ปากมดลูก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$)

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว การ รับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เพื่อรับการตรวจสอบส่งกล้องปากมดลูกระหว่างกลุ่ม ทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด มะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนค่าเฉลี่ย คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ด้ว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อรับการตรวจสอบส่งกล้องปากมดลูก ทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่าง ($p > 0.05$)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของ โรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อรับการตรวจสอบส่งกล้องปาก มดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของ คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของ ตนเองเพื่อรับการตรวจสอบส่งกล้องปากมดลูก ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.05$)

5. ผลการเปรียบเทียบร้อยละของสตรีในการมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามระดับระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้สตรีที่มีผลตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัด ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค เน้นการให้ข้อมูลที่สื่อสารให้เกิดความกลัวโดยใช้วิธีการ ซึ่งประกอบด้วย การใช้วิดีโอทัศน์แสดงวิธีการตรวจ ประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถปฏิบัติตัวได้สำเร็จ ผลดีของการตรวจสอบกล้องปากมดลูก การปฏิบัติตัวก่อนหลังรับการตรวจ ร่วมกับการใช้แผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจสอบกล้องปากมดลูก ไปใช้ให้บริการแก่ผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ในการป้องกันป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มารับการตรวจติดตามตามนัด บุคลากรในหน่วยงานที่จะนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ควรมีประสบการณ์ด้านการให้บริการผู้ป่วยที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

2. จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มที่ไม่มารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัด คือมีอายุอยู่ในช่วง 35-44 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และประกอบอาชีพรับจ้าง ดังนั้นการนำโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคไปใช้ จึงควรตระหนักและเน้นย้ำ ในกลุ่มผู้รับบริการที่มีอายุ การศึกษาและอาชีพ ที่มีแนวโน้มจะไม่มารับการตรวจตามนัดกล่าวข้างต้น

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะยาวเพื่อติดตามผลในสตรีกลุ่มที่มีผลการตรวจสอบกล้องปากมดลูกผิดปกติเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับบริการต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษาในเชิงปริมาณและวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการไม่มารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัดเพื่อส่งเสริมให้มีการมารับการตรวจติดตามตามนัด

รายการอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *สถิติสาธารณสุขปี 2547*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก.
- กัญญารัตน์ อัยยืน, พูลสุข หิงคานนท์, จรรยา สันตยากร และปกรณ ประจันบาน. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 6(2), 35-47.
- จตุพล ศรีสมบุรณ์. (2542). *การตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยายทางช่องคลอด Colposcopy*. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด
- จตุพล ศรีสมบุรณ์. (2547). *มะเร็งปากมดลูก*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- จตุพล ศรีสมบุรณ์. (2550). *มะเร็งปากมดลูก การวินิจฉัย และการรักษา*. กรุงเทพฯ: พี.บี.ฟอเรนบุ๊คส์ เซนเตอร์.
- จตุพล ศรีสมบุรณ์ และวิสิทธิ์ สุภครพวงศ์กุล. (2554). *การตรวจด้วยกล้องขยายทางช่องคลอด*. ใน จตุพล ศรีสมบุรณ์, และชานาญ เกียรติพิรกุล. (บรรณาธิการ.), *มะเร็งนรีเวชวิทยา* (หน้า 60-76). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- จิราพร ศรีพิบูลย์บัตติ, กนกพร หมุ่มพยัคฆ์, ปนัดดา ปรียทฤฆ และสุพินดา เรื่องจิรัชฐีเยธ. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชน. *Journal of Nursing Science*, 29(2), 82-92.
- จิรนนท์ มงคลดี. (2548). *ความคิดเห็นต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีตำบลสะลง อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทน์ แต่ไพสิฐพงษ์ และณัฐวดี กันตถาวร. (2556). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อระดับความรู้และทัศนคติในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(2), 75-87.
- ชัชชัย ดิยะไพธาดา และพรรณี บุญชรหัตถกิจ. (2556). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(2), 146-154.

- ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล, รัตนา ธรรมวิจิต และชานินทร์ สุธีประเสริฐ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีเทศบาลสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(6), 1022-1031
- ชำนาญ เกียรติพิรกุล. (2554). *การรักษาโรคภายในเยื่ออุ้งปากมดลูก*. ในจตุพล ศรีสมบูรณ์ และชำนาญ เกียรติพิรกุล. (บรรณาธิการ.), *มะเร็งนรีเวชวิทยา* (หน้า94-102). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2550). *มะเร็งนรีเวช*. ใน เสวก วีระเกียรติ และสฤพรพรณ วิไลลักษณ์ (บรรณาธิการ). *ตำรานรีเวชวิทยา* (ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอน เอนเตอร์ไพรส์ จำกัด.
- ณัฐวุฒิ ฉิมมา. (2556). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคที่มีต่อการลดน้ำหนักและเปอร์เซ็นต์ไขมันของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณิภารัตน์ บุญกุล และรุจิรา ดวงสงค์. (2555). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 27(4), 366-372.
- ธีระ ศิริสมุด, เชิญขวัญ ภูษณงค์, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, เนติ สุขสมบูรณ์, ยศ ติระวัฒนานนท์, รักรมณี บุตรชน, . . . ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส. (2555). การประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่มีผลต่อโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear) และวีไอเอ (Visual Inspection with Acetic Acid) ในประเทศไทย พ.ศ. 2548 – 2552. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 21(3), 538-556.
- ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, ธีระพร วุฒยวนิช, ประภาพร สู่ประเสริฐ และसानพิน พงษา. (2551). *นรีเวชวิทยา* (ฉบับสอบบอร์ด). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: พี บี ฟอเรน บัคส์ เซนเตอร์.
- นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร. (2556). *การประเมินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับประชากรในประเทศไทยด้วยแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 7(3), 389-399.
- เนื่อทิพย์ ศรีอุดร. (2550). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีรับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเขตสถานีอนามัยสร้างดี อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย 2553.
- บุญธิดา สุทธิโคตร และสมเดช พิณจสุนทร. (2557). ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ต่อการเข้ารับบริการบริการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลกุดจิก อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *Graduate Research Conference 2014*, 1843-1847.
- ประนอม ปิ่นทอง, ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ และสุวัจน์ เตียรทอง. (2552). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในการคัดกรองมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะสาธารณสุขศาสตร์, สาขาการจัดการระบบสุขภาพ.
- ประอรนุช ตุลยาทร. (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี*. ใน พรพรรณนิภา ธรรมวิรัช และประอรนุช ตุลยาทร (บรรณาธิการ). *การพยาบาลนรีเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปริญานุษ มณีโชติ, ประณีต ส่งวัฒนา และสุรีย์พร กฤษเจริญ. (2554). ผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในชนบท. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 26(1), 9-16.
- ผันสุ ชุมวรรฐายี และบัณฑิต ชุมวรรฐายี. (2550). ทำไมสตรีไทยไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 22(4), 369-375.
- พิรพงศ์ อินทศร. (2554). *เซลล์วิทยาปากมดลูก*. ในจตุพล ศรีสมบูรณ์, และชำนาญ เกียรติพิรกุล. (บรรณาธิการ.). *มะเร็งนรีเวชวิทยา* (หน้า10-22). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี จำกัด.
- พุดิตา พรหมวิอินทร์, โยทะกา ภคพงศ์ และมยุรี นริทธิธราดร. (2558). การเปรียบเทียบความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดสมุทรปราการ. *พยาบาลสาร*, 42(3), 84-94.
- เพชรรัตน์ เขตกระโทก. (2554). *ผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อการป้องกันการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ยุภาพร ศรีจันทร์. (2550). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เย็นฤดี ภูมิถาวร. (2556). *การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เยาวเรศ นันตา. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้าน ตำบลบ้านหลวง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่*. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 6(1), 65-74.
- จรเวช ธรรมกร่าง, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2557). *การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง*. *Veridian E – Journal Science and Technology Silpakorn University*, 1(5), 19-29.
- รัตติยา ชูโชติ และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2558). *ผลของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลคลินิกคอลโปสโคปต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยและอัตราการกลับมาตรวจก่อนนัด*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(3), 51-59.
- รัตนภรณ์ ศิริเกตุม, สุรชาติ สิทธิปรกรณ์, และพร้อมจิตร ท่อนบุญเหิม. (2558). *ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 30(3), 299-304.
- วัลย์พร สิงห์จ้อย, วันเพ็ญ แก้วปาน และอาภาพร เผ่าวัฒนา. (2556). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของผู้ดูแล*. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(3), 14-26.
- วาสนา มากผาสุข. (2551). *ผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชาญ หล่อวิทยา. (2544). *principle of Radiation Oncology*. ใน วิชาญ หล่อวิทยา, ไพรัช เทพมงคล ประมุข พรหมรัตน์พงษ์ และชนวัธน์ เทศะวิบูลย์ (บรรณาธิการ.), *Manual of Radiation oncology*. (หน้า 1-20). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร, พิรพงษ์ อินทสร และอรรถพล ใจชื่น. (2554). ในวีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร ,มณีรัตน์ไชยานนท์, ประสงค์ ตันมหาสมุทร, มงคล เบญจจาภิบาล และไอริน เรื่องขจร (บรรณาธิการ.), *ตำรานรีเวชวิทยาเล่ม 2* (หน้า 127-139). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- ศรีสกุล ศรีสกุล. (2554). *ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ สตรี อายุ 30 -60 ปี ในจังหวัดราชบุรี*.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพร จิตเอื้อ, ฉันทนา จันทวงศ์ และนิสากร กรุงไกรเพชร.(2560). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เทศบาลเมืองขลุง อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 34(1), 40-53.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2550). *การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี PAP SMEAR*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สยามออฟเซ็ท.
- สมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา, ปัทมา เชาวโพธิ์ทอง, สุธีร์ สังขรัตน์ และ บุญเลิศ วิริยะภาค. (2554). *ตำรานรีเวชวิทยา*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- สมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา, สุธีร์ สังขรัตน์ และ วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร. (2554). ใน ประสงค์ ตันมหาสมุทร, พุทธิส จันทรประภาพ, อรรถพล ใจชื่น, ฉันทรัตน์ วงศ์วานนุรักษ์ และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ). *สูตินรีเวชทันยุค*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- สัญญาชัย บัลลังก์โพธิ์ และสมศักดิ์ ตั้งตระกูล.(2542). มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก. ในวสันต์ สีนะสมิต และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (บรรณาธิการ). *ตำรามะเร็งนรีเวชวิทยา*. กรุงเทพฯ: บริษัทโฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สุขุมาลัย สว่างวารี และเทวินทร์ โกสิยตระกูล. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการรักษา. *วารสารโรคมะเร็ง*, 31(4), 137-143.
- สุดาฟ้า วงศ์หริมาตย์. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนที่คัดสรร : จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 9 (1), 12-20
- สุนิสา จันทรแสง, กรณี วัฒนสมบูรณ์, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, และ ณีฐกมล ชาญสาธิตพร. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกในสตรี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(1), 1-15.

- สุมาลี คุรุททิน. (2551). ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มาตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวช ปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สวนีย์ บำรุงสุข. (2554). ผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความเหนื่อยล้าและความ ผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สรุปสถิติ สาธารณสุขที่สำคัญ พ.ศ. 2551-2555*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักอนามัยเจริญพันธ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ในสภาวะทรัพยากรจำกัด* (พิมพ์ครั้งที่ 4). (ม.ป.พ.)
- สำนักอนามัยเจริญพันธ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *การควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ ครอบคลุม: แนวทางการปฏิบัติที่สำคัญ (Comprehensive Cervical Cancer Control: A guide to essential practice)*. (ม.ป.พ.)
- อภัสริน มะโน. (2554). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันความดันโลหิตสูงในชายวัยกลางคน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุสมาน แวหะยี. (2551). ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมใน ตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- American Cancer Society. (2016). What Is Cervical Cancer. Retrieved from <http://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/about/what-is-cervical-cancer.html>.
- Azor Hui, S. K., Miller, S. M., Wen, K. Y., Fang, Z., Li, T., Buzaglo, J., and Hernandez, E. (2014). Psychosocial Barriers to Follow-up Adherence After an Abnormal Cervical Cytology Test Result Among Low-Income, Inner-City Women. *J Prim Care Community Health*, (5), 234–241.

- Breitkopf, C. R., Dawson, L., Grady, J. J., Breitkopf, D. M., Nelson-Becker, C., and Snyder, R. R. (2013). Intervention to Improve Follow-Up for Abnormal Papanicolaou Tests: A Randomized Clinical Trial. *Health Psychology* © 2013 American Psychological Association, 33(4), 307–316.
- Byrom, J., T. Clarke., J. Neale., J. Dunn., G. M. Hughes., C. W. E. Redman., and M. Pitts. (2002). Can pre-colposcopy sessions reduce anxiety at the time of colposcopy. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 22(4), 415- 420.
- Castellsague, X., (2007). *HPV and Cervical Cancer in the World Report*. WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer. Retrieved from http://www.hpvcentre.net/link_media/HPVReport2007.pdf
- Chana, Y.M., Leeb, .W.H. Nga, T.Y. and Ngana, H.Y.S. (2004). Could Precolposcopy Information and Counseling Reduce Women’s Anxiety and Improve Knowledge and Compliance to Follow-up? *Gynecologic Oncology*, (95), 341 – 346.
- Chamnan Kietpeerakool, Yupin Phianmongkhol, Kriangsak Jitvatcharanun, Usanee Siriratwatakul, and Jatupol Srisomboon. (2009). Knowledge, awareness, and attitude of female sex workers toward HPV infection, cervical smears in Thailand. *International journal Gynecol Obset 2009*, 107(3), 216-219.
- Ferlay, J., Shin, H.R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., and Parkin, D.M. (2008). Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base NO. 10 Lyon, France; International Agency for Research on cancer; 2010. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.25516/epdf>
- Fish, L. J., Moorman, P. G., Stintson L. W., Vidal, A., Smith, J. S., and Hoyo, C. (2013). *Factors Associated With Adherence to Follow-up Colposcopy*. *Am J Health Educ*, 44(6): 293–298.
- Lima, S. P., Aldrich, L. S., Gamba, G. B., Bearnse, A. M., and Atlas, S. J. (2010). Barriers to Follow-Up of an Abnormal Pap Smear in Latina Women Referred for Colposcopy. *J Gen Intern Med*, 25(11), 198–204.
- Maddux, J. E., and Rogers, R. W. (1983). Protection Motivation and Self-Efficacy: A Revised Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *Journal of Experimental Social Psychology*, (19), 469-479.

- National Cancer Institute. (2016). Cervical Cancer Treatment (PDQ®) – Patient Version. Retrieved from http://www.cancer.gov/types/cervical/patient/cervical-treatment-pdq#link/_117
- Neale, J. Pitts, M. K., and Dunn, P. J. (2010). An Observational Study of Precolposcopy Education Session: What Do Women Want To Know. *Health Care for Women International*, 24(5), 468-475.
- Nelson, W., Moser, R. P., Gaffey, A., and Waldron, W. (2009). Adherence to Cervical Cancer Screening Guidelines for U.S. Women Aged 25-64: Data from the 2005 Health Information National TRENDS Survey (HINTHS). *Journal of women's health*, 18(11), 1759-1768.
- Norman, P., Boer, H., and Seydel, E. R. (2005). *Protection Motivation Theory*. Retrieved from <http://doc.utwente.nl/53445/1/K469>
- Olbrys, K. M. (2011). Effect of Patient Education on Postcolposcopy Follow-Up. *Clinical Nursing Research*, 20(2) 209–220.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th ed.) Philadelphia: Lippincott.
- Pritham, A. U., Brigdon, A., and Jones, M. (2014). Understanding Factors Related to Women's Adherence to Colposcopy. *Nursing for Women's Health*, 18(5), 403-412.
- Sasiwan Suthasmalee, and Teera Siwadune. (2015). Can Viewing a Video of Colposcopic Examination Improve Patient Knowledge and Satisfaction with the Procedure? A Prospective Randomized Controlled Trial. *Thai Journal of Obstetrics and Gynecology*, (23), 104-112.
- Shinn, E., Engquist, K. S., Le, T., Diarte, A. H., Bostic, D., Cross, J. M., Santos, A., and Follen, M. (2004). Distress after an abnormal Pap smear result: scale development and psychometric validation. *Preventive Medicine*, (39), 404-412
- Smith, J. S., Green, J., de Gonzalez, A. B., Appleby, P., Peto, J., Plummer, M., et al. (2003). Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *The Lancet*, 361(9364), 1159-1167.

- Solomon, D., Davey, D., Kurman, R., Moriarty, A., O'Connor, D., Prey, M., . . . Young, N. (2002). The Bethesda System: terminology of reporting results of cervical cytology. *JAMA*, 287(16), 2114-2119.
- Tahseen, S. (2008). Psychological distress associated with colposcopy: Patients' perception. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, (139), 90-94.
- World Health Organization. (2016). Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/>





ภาคผนวก ก
 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
แพทย์หญิงอุษณีย์ ฉัตรโชติวงศ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณิชา บุญสวัสดิ์	แพทย์เฉพาะทางมะเร็งนรีเวช โรงพยาบาลจุฬารัตน์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการพยาบาล ศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
อาจารย์ ดร.วนลดา ทองใบ นางสาวนารี ชื่นคล้าย	อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หัวหน้าหน่วยโครงการมะเร็งปอด ปี 2555 โรงพยาบาลจุฬารัตน์
นางรัตติยา ชูโชติ	พยาบาลประจำการ แผนกผู้ป่วยนอกด้านนรีเวชกรรม และวางแผนครอบครัว (รวมถึงคอลโปสโกปี) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecsctu3@nurse.tu.ac.th

COA No. 275/2560

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ : 079/2560
ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อกรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ
: THE EFFECTS OF A MOTIVATION-ENHANCING PROGRAM TO PREVENT ILLNESSES ON THE PERCEIVED PREVENTION OF CERVICAL CANCER AND ADHERENCE TO FOLLOW-UP COLPOSCOPY AMONG WOMEN WITH ABNORMAL PAP TEST RESULTS.
ผู้วิจัยหลัก : นางนภัสวรรณ โอภาส
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณาโดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)
ประธานคณะอนุกรรมการ

ลงนาม.....
(อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอาภา)
อนุกรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 4 พฤษภาคม 2560

วันหมดอายุ : 3 พฤษภาคม 2561

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1: 4 พฤศจิกายน 2560

เอกสารที่คณะอนุกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น



ราชวิทยาลัย
จุฬารักษ์

บันทึกข้อความ

ฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์
เลขที่: 0393/2560
วันที่: 7 ส.ค. 2560
เวลา: 8.10น. ผู้รับ: อรรถพร

ส่วนงาน...โรงพยาบาลจุฬารักษ์...โครงการมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักปี 2552, 2556...โทร. 6801.....
ที่.....002(รพ)204.03.60/0008.....วันที่.....6 มิถุนายน 2560.....
เรื่อง...ขออนุมัติดำเนินภาควิจัย.....

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์
การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารักษ์
เลขที่: 8506
วันที่: 20 ก.ค. 2560 เวลา: 13.15 น.
ผู้รับ: AM

เรียน รองอธิการบดีวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารักษ์ ฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์

ด้วยข้าพเจ้า นางนภัสวรรณ โอภาส ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ มีความประสงค์จะขอทำโครงการวิจัย เรื่อง (ภาษาไทย) “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ” (ภาษาอังกฤษ) “THE EFFECTS OF A MOTIVATION-ENHANCING PROGRAM TO PREVENT ILLNESSES ON THE PERCEIVED PREVENTION OF CERVICAL CANCER AND ADHERENCE TO FOLLOW-UP COLPOSCOPY AMONG WOMEN WITH ABNORMAL PAP TEST RESULTS”

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 1 ปี ดังเอกสารโครงการวิจัยที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเรื่องดังกล่าวต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ลงนาม นภัสวรรณ โอภาส
(นางนภัสวรรณ โอภาส)
หัวหน้าโครงการวิจัย

ความเห็นหัวหน้าหน่วยงาน / ผู้บังคับบัญชา
ในนามของอธิการบดีวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารักษ์
ลงนาม อรรถพร
นางสาววรา อนุชวย
(หัวหน้าฝ่ายบริหารพยาบาล)
ตำแหน่ง...โรงพยาบาลจุฬารักษ์
วันที่...เดือน...ปี...ค.ศ. 2560

② เรือน อธิการบดี
มติที่ประชุมคณะกรรมการคัดเลือกโครงการและกำหนดงบประมาณ
วิจัย ครั้งที่ 2/2560 เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2560
① ส่งมอบเงินโอนในสำเนาบัตรโดยเป็นโครงการ
ที่ใช้เงินคลังทุนจางนอก
② โปรดพิจารณาอนุมัติ
อ.ม.อ.
(ศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงจิงขวัญ เอื้อราษฎร์)
ประธานคณะกรรมการคัดเลือกโครงการและกำหนดงบโครงการวิจัย

① เรือน อธิการบดี
โปรดดำเนินการส่งเป็นคู่มือโครงการ และ
ยื่นขอขึ้นทะเบียนโครงการคัดเลือก
และกำหนดงบโครงการวิจัย
อ.ม.อ.
(ศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงจิงขวัญ เอื้อราษฎร์)
รองอธิการบดีวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารักษ์
ฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์
- 7 ส.ค. 2560

19 ก.ค. 2560
② อ.ม.อ.อนุมัติงบประมาณคัดเลือกโครงการ
อ.อ.อ. 2/2560
- โปรดดำเนินการโอนเงินเพิ่มยอด
อ.อ.อ. 21 ก.ค. 60
นางศิริกัญญา ประทุมรัตน์
รักษาการรองอธิการบดีวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารักษ์
ฝ่ายการเงินและการคลัง
รักษาการแทนอธิการบดีวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารักษ์



ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

1. เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัครวิจัย (Participant Information sheet)
2. เอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent form)



ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย (กลุ่มควบคุม) (Participant Information Sheet)

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ในการเป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้จากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากท่านตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้แล้วขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

1. เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย

ปัจจุบันมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยและมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับสองของมะเร็งในสตรีทั่วโลก รองจากมะเร็งเต้านม แต่ระดับโลกจะมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 530,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งชนิดนี้มากกว่า 275,000 ราย เช่นเดียวกับประเทศไทย ในทุกๆปีจะมีสตรีไทยจำนวน 9,999 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งปากมดลูก และมีสตรีที่ต้องเสียชีวิตจากมะเร็งชนิดนี้จำนวน 1,915 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ การรณรงค์ให้สตรีมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะช่วยให้สามารถคัดกรองได้ในระยะเริ่มต้น และเมื่อมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกขั้นต้นแล้วตรวจพบว่ามีภาวะผิดปกติจึงมีความจำเป็นต้องเข้ารับการตรวจเพิ่มเติมด้วยการส่องกล้องตรวจปากมดลูก เพื่อการวินิจฉัยโรคและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกขั้นสุดท้ายนั้นต้องใช้การตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งได้จากการตรวจด้วยคอลโปสโคปี (Colposcopy) หรือการส่องกล้องปากมดลูก จะช่วยให้เห็นความผิดปกติของปากมดลูกว่าอยู่ที่ใด การส่องกล้องปากมดลูกร่วมกับการตรวจคัดกรองเซลล์วิทยาทำให้สามารถตรวจพบรอยโรคของปากมดลูกในระยะก่อนเป็นมะเร็งได้ ซึ่งสตรีเหล่านี้หากได้รับการรักษาตั้งแต่แรกจะสามารถลดอุบัติการณ์ของมะเร็งระยะลุกลาม และลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้ ดังนั้นการส่องกล้องปากมดลูกจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการวินิจฉัยเพื่อป้องกันไม่ให้รอยโรคดำเนินไปสู่มะเร็งระยะลุกลาม และเพื่อเป็นแนวทางในการรักษา ตรวจติดตามโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมต่อไป ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การ

ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ เนื่องจากจะทำให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว เพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก และมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด ทำให้สตรีเหล่านี้ได้รับการตรวจวินิจฉัยให้การรักษาได้ทันเวลาที่สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามเดิม ป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ

3. รายละเอียดของอาสาสมัครวิจัย

โครงการวิจัยนี้อาสาสมัครได้มาจากความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจากสตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) ทั้งหมด 80 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 40 คน ทั้งนี้ทำการศึกษาสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือนเป็นกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือนเป็นกลุ่มทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความใกล้เคียงกันในเรื่อง ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเป็นมะเร็งของบุคคลในครอบครัว โดยในการศึกษาครั้งนี้ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมในกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ สตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติจำเป็นต้องมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกที่ศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ที่มีคุณสมบัติดังนี้คือ

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ

1.1 สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติจากการตรวจ แป็บสเมียร์ และต้องได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ด้วยการตรวจส่องกล้องปากมดลูก อายุ 25 ปีขึ้นไป

1.2 สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจสามารถ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

1.3 ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

1.4 ไม่เคยได้รับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) มาก่อน

1.5 ไม่เคยป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก

หากพบว่าอาสาสมัครวิจัยมีคุณสมบัติไม่ครบตามเกณฑ์ จะไม่มีผลใดๆต่อแผนการดูแลรักษา และท่านยังคงได้รับการดูแลรักษาตามปกติจากทางโรงพยาบาลทุกประการ

4. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่ออาสาสมัครวิจัย

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการจัดทำโปรแกรมและเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการ ท่านจะได้รับโปรแกรมหดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยจะพบท่าน (สตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติ) ในวันแรกที่มารับฟังผลการตรวจแป็บสเมียร์ในโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นเป็นการตอบแบบสอบถาม 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้ง 4 ด้าน จำนวน 45 ข้อ ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 นาที

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยจะเข้าพบท่านในวันที่ท่านมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกที่ศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เพื่อให้ท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้ง 4 ด้าน จากนั้นผู้วิจัยเปิดวีดิทัศน์การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และการตรวจส่องกล้องปากมดลูก มอบแผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 40-45 นาที

การวิจัยนี้ขอความร่วมมือให้อาสาสมัครเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง โดยจะไม่มีการบินทักภาพหรือนำส่วนประกอบของร่างกายไปศึกษา และจะนำข้อมูลวิจัยไปวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย

5. กระบวนการให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครวิจัย

ผู้วิจัยแนะนำตัวกับพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬารัตน์ แจ้งความเป็นมาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการวิจัย ของโครงการวิจัยครั้งนี้และให้พยาบาลแนะนำผู้วิจัยแก่อาสาสมัคร หลังจากนั้นอาสาสมัครจะได้รับทราบรายละเอียดในขั้นตอนต่างๆ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย ขั้นตอนการร่วมการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย การได้รับสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยท่านมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา แม้จะตอบรับการเข้าร่วมวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษาพยาบาล ท่านยังได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

ของโรงพยาบาลทุกประการ เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงนามหรือประทับลายนิ้วมือในหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

6. การคัดกรองอาสาสมัครวิจัย

ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกให้กับผู้วิจัย และให้เป็นผู้แนะนำการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์การวิจัยและเชิญเข้าร่วมการวิจัย

หากพบว่าผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสถานะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยจะทำการรายงานแพทย์ผู้ให้การรักษาทราบและจะดำเนินการให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งไม่นำเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

7. ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายของอาสาสมัครที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงแก่อาสาสมัครวิจัย โดยงานวิจัยเป็นการให้โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มีการให้ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ อุบัติการณ์ ความเสี่ยง อาการ การรักษา การป้องกัน และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถปฏิบัติตัวได้สำเร็จ ผลดีของการส่องกล้องปากมดลูก ขั้นตอนวิธีการตรวจ การปฏิบัติตัวก่อนหลังรับการตรวจ แต่อาจเกิดความไม่สบายใจในการสละเวลาเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งจะใช้เวลาประมาณครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวก หรือรู้สึกว่าการรบกวน ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแจ้งขอออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยได้ก่อนเข้าร่วมโครงการหรือการดำเนินการจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

8. ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้อาสาสมัครอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการ แต่ผลการวิจัยทำให้ทราบถึงการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติ เป็นประโยชน์ของโครงการในภาพรวมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการการบริการที่เหมาะสมสำหรับสตรีกลุ่มที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติ และเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมให้มีการมารับการตรวจติดตามในสตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติ เพื่อช่วยให้สตรีเหล่านี้ได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติที่เกิดขึ้น ได้รับการดูแลรักษาอย่าง

เหมาะสมตามระยะเวลา ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามและลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกต่อไป

9. การเข้าร่วมในการวิจัยเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ คือ ไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาและค่ารักษาพยาบาล

10. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว**เพื่อให้** **อาสาสมัครวิจัย ทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่**

11. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

12. ในการวิจัย ผู้วิจัยไม่มีค่าชดเชยการเสียเวลาแก่อาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัย แต่ในระหว่างการดำเนินการวิจัยจะมีบริการน้ำดื่มฟรี

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย (กลุ่มทดลอง)

(Participant Information Sheet)

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ในการเป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้จากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากท่านตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้แล้วขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

1. เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย

ปัจจุบันมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับสองของมะเร็งในสตรีทั่วโลก รองจากมะเร็งเต้านม แต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 530,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งชนิดนี้มากกว่า 275,000 ราย เช่นเดียวกันกับประเทศไทย ในทุกๆปีจะมีสตรีไทยจำนวน 9,999 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งปากมดลูก และมีสตรีที่ต้องเสียชีวิตจากมะเร็งชนิดนี้จำนวน 1,915 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ การรณรงค์ให้สตรีมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะช่วยให้สามารถคัดกรองได้ในระยะเริ่มต้น และเมื่อมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกขั้นต้นแล้วตรวจพบว่ามีความผิดปกติจึงมีความจำเป็นต้องเข้ารับการตรวจเพิ่มเติมด้วยการส่องกล้องตรวจปากมดลูก เพื่อการวินิจฉัยโรคและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกขั้นสุดท้ายนั้นต้องใช้การตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งได้จากการตรวจด้วยคอลโปสโคปี (Colposcopy) หรือการส่องกล้องปากมดลูก จะช่วยให้เห็นความผิดปกติของปากมดลูกว่าอยู่ที่ใด การส่องกล้องปากมดลูกร่วมกับการตรวจคัดกรองเซลล์วิทยาทำให้สามารถตรวจพบรอยโรคของปากมดลูกในระยะก่อนเป็นมะเร็งได้ ซึ่งสตรีเหล่านี้หากได้รับการรักษาตั้งแต่แรกจะสามารถลดอุบัติการณ์ของมะเร็งระยะลุกลาม และลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้ ดังนั้นการส่องกล้องปากมดลูกจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการวินิจฉัยเพื่อป้องกันไม่ให้รอยโรคดำเนินไปสู่มะเร็งระยะลุกลาม และเพื่อเป็นแนวทางในการรักษา ตรวจติดตามโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมต่อไป ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การ

ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ เนื่องจากจะทำให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัว เพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก และมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด ทำให้สตรีเหล่านี้ได้รับการตรวจวินิจฉัยให้การรักษาได้ทันเวลาที่สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามเดิม ป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ

3. รายละเอียดของอาสาสมัครวิจัย

โครงการวิจัยนี้อาสาสมัครได้มาจากความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจากสตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) ทั้งหมด 80 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 40 คน ทั้งนี้ทำการศึกษาสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือนเป็นกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือนเป็นกลุ่มทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความใกล้เคียงกันในเรื่อง ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเป็นมะเร็งของบุคคลในครอบครัว โดยในการศึกษาครั้งนี้ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมในกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ สตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติจำเป็นต้องมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกที่ศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ที่มีคุณสมบัติดังนี้คือ เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ

1.1 สตรีที่มีผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติจากการตรวจ แป็บสเมียร์ และต้องได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ด้วยการตรวจส่องกล้องปากมดลูก อายุ 25 ปีขึ้นไป

1.2 สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจสามารถ พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

1.3 ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

1.4 ไม่เคยได้รับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) มาก่อน

1.5 ไม่เคยป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก

หากพบว่าอาสาสมัครวิจัยมีคุณสมบัติไม่ครบตามเกณฑ์ จะไม่มีผลใดๆต่อแผนการดูแลรักษา และท่านยังคงได้รับการดูแลรักษาตามปกติจากทางโรงพยาบาลทุกประการ

4. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่ออาสาสมัครวิจัย

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการจัดทำโปรแกรมและเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการ ท่านจะได้รับโปรแกรมดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยจะพบท่าน (สตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ) ในวันแรกที่มารับฟังผลการตรวจในโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นเป็นการตอบแบบสอบถาม 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้ง 4 ด้าน จำนวน 45 ข้อ ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 นาที

โทรเพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค และเสริมแรงใจ ย้ำเตือนในการปฏิบัติตัวเพื่อการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด และปฏิบัติตัวเพื่อมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกได้เหมาะสม โทรศัพท์ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 ในกลุ่มที่มีเซลล์ผิดปกติชนิดเกรดต่ำ โทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ในกลุ่มที่ผลการตรวจพบเซลล์มีการกลายไปในเชิงมะเร็งมากขึ้นชนิดเกรดสูง

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยจะเข้าพบท่านในวันที่ท่านมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกที่ศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เพื่อให้ท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้ง 4 ด้าน จากนั้นผู้วิจัยเปิดวิดีโอทัศน์การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และการตรวจส่องกล้องปากมดลูก มอบแผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 นาที

การวิจัยนี้ขอความร่วมมือให้อาสาสมัครเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง โดยจะไม่มีการบินถ่ายภาพหรือนำส่วนประกอบของร่างกายไปศึกษา และจะนำข้อมูลวิจัยไปวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย

5. กระบวนการให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครวิจัย

ผู้วิจัยแนะนำตัวกับพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬารัตน์ แจ้งความเป็นมาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการวิจัย ของโครงการวิจัยครั้งนี้และให้พยาบาลแนะนำผู้วิจัยแก่อาสาสมัคร หลังจากนั้นอาสาสมัครจะได้รับทราบรายละเอียดในขั้นตอนต่างๆ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย ขั้นตอนการร่วมการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย การได้รับสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยท่านมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา แม้จะตอบรับการเข้าร่วมวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ต้อง

แจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษาพยาบาล ท่านยังได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลทุกประการ เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงนามหรือประทับลายนิ้วมือในหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

6. การคัดกรองอาสาสมัครวิจัย

ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกให้กับผู้วิจัย และให้เป็นผู้แนะนำการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์การวิจัยและเชิญเข้าร่วมการวิจัย

หากพบว่าผู้ที่ไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้า และอยู่ในสถานะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยจะทำการรายงานแพทย์ผู้ให้การรักษาทราบและจะดำเนินการให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งไม่นำเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

7. ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายของอาสาสมัครที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงแก่อาสาสมัครวิจัย โดยงานวิจัยเป็นการให้โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มีการให้ความรู้ ให้ความรู้ทัศนเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ อุบัติการณ์ ความเสี่ยง อาการ การรักษา การป้องกัน และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถปฏิบัติตัวได้สำเร็จ ผลดีของการส่องกล้องปากมดลูก ขั้นตอนวิธีการตรวจ การปฏิบัติตัวก่อนหลังรับการตรวจ แต่อาจเกิดความไม่สบายใจในการสละเวลาเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งจะใช้เวลาประมาณครึ่งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวก หรือรู้สึกว่าการกรบกวน ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแจ้งขอออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ก่อนเข้าร่วมโครงการหรือการดำเนินการจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

8. ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้อาสาสมัครอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการ แต่ผลการวิจัยทำให้ทราบถึงการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติ เป็นประโยชน์ของโครงการในภาพรวมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการบริการที่เหมาะสมสำหรับสตรีกลุ่มที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติ และเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมให้มีการมารับการตรวจติดตามในสตรีที่มีผลการตรวจแป็บสเมียร์ผิดปกติ เพื่อช่วยให้สตรีเหล่านี้ได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติที่เกิดขึ้น ได้รับการดูแลรักษาอย่าง

เหมาะสมตามระยะเวลา ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามและลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกต่อไป

9. การเข้าร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ คือ ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาและคำรักษาพยาบาล

10. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้อาสาสมัครวิจัย ทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

11. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

12. ในการวิจัย ผู้วิจัยไม่มีค่าชดเชยการเสียเวลาแก่อาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัย แต่ในระหว่างการดำเนินการวิจัยจะมีบริการน้ำดื่มฟรี

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย
(กลุ่มควบคุม)

Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกัน
โรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการ
ตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ

ชื่อผู้วิจัย นางนภัทสรพรรณ โอภาส

ที่อยู่ติดต่อ โครงการคัดกรองมะเร็งปอด ปี 2555 โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เลขที่ 54

ถ.กำแพงเพชร 6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์ 02-5766851 มือถือ 080-0805669

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลาเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ในวันแรกที่มารับฟังผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาล โดยรับฟังการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ จากนั้นเป็นการตอบแบบสอบถาม 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้ง 4 ด้าน จำนวน 45 ข้อ ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-30 นาที

ครั้งที่ 2 ในวันที่มารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกที่ศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เพื่อตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้ง 4 ด้าน จากนั้นผู้วิจัยเปิดวิธีที่ค้นการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และการตรวจสอบกล้องปากมดลูก มอบแผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจสอบกล้องปากมดลูก เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ เป็นเวลา 45-60 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัย จะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
ผู้วิจัยหลัก	อาสาสมัครวิจัย
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
พยาน	พยาน
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

(กลุ่มทดลอง)

Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกัน

โรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ

ชื่อผู้วิจัย นางนภัสวรรณ โอภาส

ที่อยู่ติดต่อ โครงการคัดกรองมะเร็งปอด ปี 2555 โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เลขที่ 54

ถ.กำแพงเพชร 6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์ 02-5766851 มือถือ 080-0805669

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลาเข้ารับโปรแกรมเป็นเวลา 45-60 นาที จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ในวันแรกที่มารับฟังผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาล โดยรับฟังการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ จากนั้นเป็นการตอบแบบสอบถาม 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้ง 4 ด้าน จำนวน 45 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยเปิดวีดิทัศน์การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และการตรวจส่องกล้องปากมดลูก มอบแผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก

เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 45- 60 นาที ได้รับการโทรเพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค และเสริมแรงจูงใจ ย้ำเตือนในการปฏิบัติตัวเพื่อการมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัด และปฏิบัติตัวเพื่อมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกได้เหมาะสม โทรศัพท์ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 ในกลุ่มที่มีเซลล์ผิดปกติชนิดเกรดต่ำ โทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 ในกลุ่มที่ผลการตรวจพบเซลล์มีการหายไปในช่วงระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นชนิดเกรดสูง

ครั้งที่ 2 ในวันที่มารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกที่ศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เพื่อตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้ง 4 ด้าน ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัย จะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 อาคารราชสุดา ชั้น 1 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร 02-5165381

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

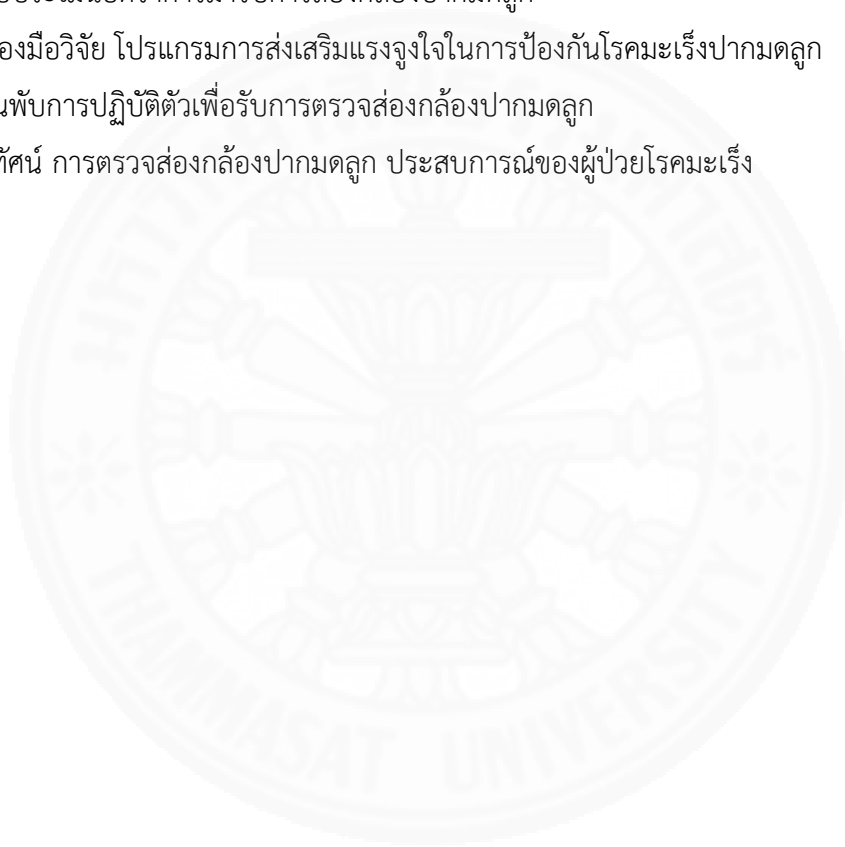
(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
3. แบบประเมินอัตราการมารับการส่องกล้องปากมดลูก
4. เครื่องมือวิจัย โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
5. แผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก
6. วีดิทัศน์ การตรวจส่องกล้องปากมดลูก ประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง



แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็ง
ปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผล
การตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ

คำชี้แจง:

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยฉบับนี้ เป็นชุดคำถามที่ข้าพเจ้า นางนภัสวรรณ โอภาส นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ” โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านการรับรู้ ทั้ง 4 ด้าน มีจำนวนทั้งสิ้น 45 ข้อ ประกอบด้วย

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 12 ข้อ

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 13 ข้อ

ด้านการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกจำนวน 10 ข้อ

ด้านการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ

แต่ละข้อคำถามใช้เป็นมาตราส่วนประเมินค่า แบ่งได้ 4 ระดับ

ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเห็นของท่านให้ครบทุกข้อตามความจริง โดยไม่ต้องระบุชื่อลงในแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามฉบับนี้จะใช้เวลาโดยประมาณ 15-20 นาที ข้อมูลที่ท่านได้ตอบแบบสอบถาม หากมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ขอขอบพระคุณอย่างสูงในความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

นางนภัสวรรณ โอภาส

นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

แบบสอบถาม ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไป (สำหรับอาสาสมัคร)

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง.....ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

เบอร์ติดต่อ.....

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (บริบูรณ์)

2. การศึกษาสูงสุดของท่าน

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

() 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย () 5. อนุปริญญา/เทียบเท่า () 6. ปริญญาตรี

() 7. สูงกว่าปริญญาตรี

3. อาชีพ

() 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. แม่บ้าน () 3. ค้าขาย

() 4. รับจ้าง () 5. เกษตรกร () 6. รับราชการ

() 7. รัฐวิสาหกิจ () 8. ธุรกิจส่วนตัว () 9. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

4. รายได้เฉลี่ย.....บาท/ต่อเดือน

5. สถานภาพสมรส

() 1. โสด (ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ห้ามไปตอบข้อ 8) () 2. คู่

() 3. หม้าย () 4. หย่า () 5. แยก

6. จำนวนการตั้งครรภ์.....ครั้ง คลอด.....ครั้ง แท้ง.....ครั้ง
บุตรมีชีวิต.....คน เสียชีวิตหลังคลอด.....คน

7. วิธีคุมกำเนิดปัจจุบัน

() 1. หมั้นหญิง ระยะเวลา.....ปี () 2. ยาฉีดคุมกำเนิด ระยะเวลา.....

() 3. ยาเม็ดคุมกำเนิด ระยะเวลา.....ปี () 4. ฟังยาคุมกำเนิด ระยะเวลา.....

() 5. ใส่ห่วงอนามัย ระยะเวลา.....ปี () 6. ถุงยางอนามัย ระยะเวลา.....ปี

() 7. หลังภายนอก ระยะเวลา.....ปี () 8. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

8. บุคคลในครอบครัวของท่านมีประวัติเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

() 1. มี โปรดระบุ..... () 2. ไม่มี () 3. ไม่ทราบ

9. ท่านเคยมีอาการผิดปกติดังต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() ตกขาวผิดปกติ มีกลิ่นเหม็น () มีเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ (ที่ไม่ใช่ประจำเดือน)

() มีหูด หรือ เริม ที่อวัยวะเพศ () อื่นๆ ระบุ.....

แบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ด้านการรับรู้ 4 ด้าน

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจสอบกล้องปากมดลูก และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจสอบกล้องปากมดลูก โปรดตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงตามความคิดเห็นของท่าน เพียงข้อละ 1 คำตอบตามความเป็นจริงเกณฑ์ในการเลือกคำตอบมีดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่าน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	สำหรับผู้วิจัย
1	มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้					
2	มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน					
3					
.					
.						
.						
14	สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยกว่า 17 ปีเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก					
.					
.					

ข้อ	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	สำหรับ ผู้วิจัย
26	ควรมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกเมื่อพบ ความผิดปกติ เช่น มีแผลก่อนเนื้องอกบริเวณปากมดลูก เมื่อมองเห็นด้วยตาเปล่า					
27					
.					
.					
.					
36	การส่องกล้องปากมดลูกเพื่อค้นหาความผิดปกติของ ปากมดลูก ควรมารับการตรวจตามคำแนะนำของ แพทย์					
.					
.					
.					
45					

บันทึกการมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัด

ลำดับที่ (ID)	วันที่นัดตรวจ	วันที่มารับการตรวจ	หมายเหตุ
C01			
C02			
C03			
C04			
.			
.			
.			
.			
.			
C40			
E01			
E02			
E03			
E04			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
E40			

แผนการดำเนินงานกิจกรรม

เรื่อง โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ

กลุ่มเป้าหมาย สตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ ด้วยวิธีการแป็บสเมียร์

ผู้วิจัย นางนภัสวรรณ โอภาส

แผนการดำเนินงานกิจกรรมนี้แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่สตรีที่มีผลการตรวจผิดปกติมาฟังผลการตรวจที่โรงพยาบาล และขณะอยู่ที่บ้านภายหลังได้รับการนัดหมายเพื่อมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกโรงพยาบาล

ขณะมารับฟังผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ

1. มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกเกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก
2. เกิดความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่การปฏิบัติตัวเพื่อมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูก
3. เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

หลังจากฟังผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกที่โรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค ติดตามและส่งเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ย้ำเตือนให้สตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติปฏิบัติตัวได้เหมาะสม และมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัด

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการกระตุ้น ให้เกิดการ รับรู้ความ รุนแรง การ รับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการ เกิดโรคมะเร็ง ปากมดลูก	กิจกรรม	สื่อการ สอน	การ ประเมินผล
<p>1. เพื่อสร้าง สัมพันธภาพ และ ความคุ้นเคยกับ สตรีที่มีผลการ ตรวจเซลล์เยื่อ บุปากมดลูก ผิดปกติ</p> <p>2. เพื่อกระตุ้น ให้สตรีที่มีผล การตรวจ เซลล์เยื่อ บุปากมดลูก ผิดปกติ</p>	<p>พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 (วันฟังผลการตรวจแป็บส เมียร์ที่โรงพยาบาล)</p> <p>มะเร็งปากมดลูกเป็น มะเร็งที่พบว่ามีอัตราการ เสียชีวิตเป็นอันดับสองของ มะเร็งในสตรีทั่วโลกรวมทั้ง ในประเทศไทย แต่ละปีทั่ว โลกจะมีผู้ป่วยมะเร็งปาก มดลูกรายใหม่ประมาณ 530,000 ราย</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>1.) การให้ ความรู้ ข้อมูล เพื่อให้เกิด กระบวนการ การประเมิน อันตรายต่อ สุขภาพ (Threat Appraisal) เพื่อให้เห็นถึง อันตรายหรือ ภาวะคุกคาม</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>1) ผู้วิจัยสร้าง สัมพันธภาพ กับกลุ่ม ตัวอย่างโดย การทักทาย พูดคุยแนะนำ ตนเอง แจ้ง วัตถุประสงค์ และประโยชน์ ที่จะได้รับ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>วีดิทัศน์ ความรู้ เรื่อง โรคมะเร็ง ปากมดลูก</p>	<p>-ผู้วิจัยและ กลุ่มตัวอย่างมี สัมพันธภาพที่ ดีต่อกัน</p>

<p>การเตรียมตัวก่อนเข้ารับ การตรวจส่องกล้องปากมดลูก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำให้งดการสอดยาในช่องคลอด 2 วัน ก่อนตรวจ 2. ห้ามทำการสวนล้างช่องคลอดภายใน 3 วัน ก่อนมาตรวจ 3. งดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการตรวจ 1 วัน 4. ระยะเวลาที่เหมาะสมที่สุดของการตรวจปากมดลูก คือ ช่วงกลางรอบเดือน ประมาณวันที่ 8-12 ของรอบเดือน หรือ ตามที่แพทย์นัด 	<p>การปฏิบัติตัวหลังได้รับ การตรวจส่องกล้องปากมดลูก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถถ่ายปัสสาวะ อุจจาระได้ตามปกติ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกทุกครั้งหลังขับถ่าย 2. สามารถทำงานได้ปกติ (ยกเว้นงานหนักบางประเภท โปรดปรึกษาแพทย์/พยาบาล) 3. ดึงผ้าก๊อชที่แพทย์ใส่ไว้ ภายหลังจากการตรวจ 3 ชั่วโมง โดยนึ่งย่อยๆแล้วดึงทิ้งที่ยื่นออกมาจากปากช่องคลอด 4. สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอด หลังการตรวจอาจมีเลือดออกเล็กน้อยได้ 1-3 วัน 5. งดการมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 2 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการตกเลือด 6. หากได้รับยาควรรับประทานตามคำแนะนำของแพทย์จนครบจำนวน 7. ห้ามสวนล้างช่องคลอดและไมโครไฟต์ก่อนมายังคลินิกช่องคลอดในช่วง 7 วันแรก 8. งดการแช่น้ำ ว่ายน้ำ หรือลงเล่นน้ำในแหล่งน้ำประมาณ 2 สัปดาห์ หลังการตรวจ <p>อาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ มีเลือดออกมาก หรือออกตลอดเวลาจากช่องคลอดภายหลังจากการดึงผ้าก๊อชออก ➢ ปากมดลูก มีไข้ ปวดท้องน้อย หรือตกขาวผิดปกติ ➢ มีกลิ่นเหม็น 	<p>คำแนะนำการปฏิบัติตัว สำหรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก</p> <p>Colposcopy</p>  <p>© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.</p>	<p>จัดทำโดย</p> <p>นางนภัสวรรณ โอภาส</p> <p>นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เชียงใหม่</p> <p>มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ เชียงใหม่</p> <p>ติดต่อ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม โทร 02 576 6565</p>
--	--	---	---

แผนการแสดงรายละเอียดภาพนิ่งและวิดีโอ

ตอนที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal)

ลำดับที่	ภาพประกอบ	คำบรรยาย
1. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อกระตุ้นให้เกิด การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	- ภาพแสดงมะเร็งของปากมดลูก	มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับสองของมะเร็งในสตรีทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย แต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 530,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งชนิดนี้มากกว่า 275,000 ราย ในทุกๆปีจะมีสตรีไทยจำนวน 9,999 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งปากมดลูก และมีสตรีที่ต้องเสียชีวิตจากมะเร็งชนิดนี้จำนวน 1,915 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย
2. กลไกและพยาธิสภาพการเกิดมะเร็งปากมดลูก
3. สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก
4. อาการของโรคมะเร็งปากมดลูก
5.การรักษาของโรคมะเร็งปากมดลูก
6. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตอนที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal)

ลำดับที่	ภาพประกอบ	คำบรรยาย
1. กระตุ้นให้เกิดการ รับรู้ความเชื่อมั่นใน ผลลัพธ์ของการ ปฏิบัติตัว	1. ภาพเคลื่อนไหวแสดงผู้วิจัยสนทนากับสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ	ผู้วิจัย : กล่าวสวัสดี ทักทาย แนะนำตัว ผู้วิจัยถาม : พุดคุยสอบถาม เกี่ยวกับการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่ารู้สึกอย่างไรที่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและรู้สึกอย่างไรเมื่อตรวจพบความผิดปกติ ผู้ป่วยตอบ:

ภาคผนวก จ
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลแต่ละชนิด ได้รับการตรวจสอบและพิจารณาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เมื่อนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ดังตารางต่อไปนี้

เครื่องมือการวิจัย	ค่า I-CVI
1. แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป	1.0
2. แบบสอบถามด้านการรับรู้	
2.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	1.0
2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	1.0
2.3 การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก	0.88
2.4 การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก	0.96

ภาคผนวก ฉ

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น และวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

1. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

การทดสอบข้อการแจกแจงปกติ (Normal distribution) ของ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โรคมะเร็งปากมดลูก ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม แยกรายด้าน จำนวนการตั้งครรภ์ การคลอด การแท้ง จำนวนบุตรที่มีชีวิต โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ดังแสดงในตาราง

ตัวแปร	Kolmogorov-Smirnov test (p-value)	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โรคมะเร็งปากมดลูก หลังเข้าร่วมโปรแกรม แยกรายด้าน		
1.1 การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก	.138	.338
1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	.209	.362
1.3 การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการส่องกล้องปากมดลูก	.276	.446
1.4 การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการส่องกล้องปากมดลูก	.226	.535

Tests of Normality

	กลุ่ม	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Statistic	df	Sig.
จำนวนการตั้งครรภ์	ควบคุม	.197	40	.000
	ทดลอง	.212	40	.000
การคลอด	ควบคุม	.269	40	.000
	ทดลอง	.262	40	.000
การแท้ง	ควบคุม	.467	40	.000
	ทดลอง	.478	40	.000
จำนวนบุตรมีชีวิต	ควบคุม	.373	40	.000
	ทดลอง	.262	40	.000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

การรับรู้	กลุ่ม	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Statistic	df	Sig.
รุนแรงโรค (ก่อน)	ควบคุม	.138	40	.054
	ทดลอง	.209	40	.000
โอกาสเสี่ยง (ก่อน)	ควบคุม	.210	40	.000
	ทดลอง	.296	40	.000
ความเชื่อมั่น(ก่อน)	ควบคุม	.268	40	.000
	ทดลอง	.315	40	.000
ความสามารถ(ก่อน)	ควบคุม	.232	40	.000
	ทดลอง	.312	40	.000
รุนแรงโรค(หลัง)	ควบคุม	.138	40	.055
	ทดลอง	.338	40	.000
โอกาสเสี่ยง(หลัง)	ควบคุม	.209	40	.000
	ทดลอง	.362	40	.000
ความเชื่อมั่น(หลัง)	ควบคุม	.276	40	.000
	ทดลอง	.446	40	.000
ความสามารถ(หลัง)	ควบคุม	.226	40	.000
	ทดลอง	.535	40	.000

a. Lilliefors Significance Correction

ตาราง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มทดลองก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		Z	P-value ¹
	ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			
	ก่อน	หลัง		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	38.95 \pm 4.73	45.50 \pm 4.26	-5.327	<0.001*
Mean rank (Sum of rank)				
ตำแหน่งที่เป็นลบ	9.50(9.50)			
ตำแหน่งที่เป็นบวก	20.28(770.50)			
ค่าซ้ำ				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	40.10 \pm 4.55	48.90 \pm 5.04	-5.450	<0.001*
Mean rank(Sum of rank)				
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0 (0.00)			
ตำแหน่งที่เป็นบวก	20.00(780.00)			
ค่าซ้ำ				
การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก	32.63 \pm 4.09	37.63 \pm 4.05	-4.682	<0.001*
Mean rank(Sum of rank)				
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0 (0.00)			
ตำแหน่งที่เป็นบวก	14.50(406.00)			
ค่าซ้ำ				
การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก	33.68 \pm 4.63	39.93 \pm 0.35	-4.836	<0.001*
Mean rank(Sum of rank)				
ตำแหน่งที่เป็นลบ	0 (0.00)			
ตำแหน่งที่เป็นบวก	14.50(406.00)			
ค่าซ้ำ				

¹ Wilcoxon Signed Ranks Test, * p<0.05

ตาราง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

คะแนน	กลุ่มควบคุม		Z	P-value ¹
	ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			
	ก่อน	หลัง		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	37.93 \pm 4.24	38.20 \pm 3.92	-2.070	0.038*
Mean rank(Sum of rank)				
ตำแหน่งที่เป็นลบ		0 (0.00)		
ตำแหน่งที่เป็นบวก		3(15.00)		
ค่าซ้ำ				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	37.30 \pm 3.37	37.50 \pm 3.34	-1.841	0.066
Mean rank(Sum of rank)				
ตำแหน่งที่เป็นลบ		0 (0.00)		
ตำแหน่งที่เป็นบวก		2.50(10.00)		
ค่าซ้ำ				
การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก	31.53 \pm 3.02	31.58 \pm 2.99	-1.414	0.157
Mean rank(Sum of rank)				
ตำแหน่งที่เป็นลบ		0 (0.00)		
ตำแหน่งที่เป็นบวก		1.50(3.00)		
ค่าซ้ำ				
การรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก	33.30 \pm 4.24	33.68 \pm 4.35	-2.719	0.007*
Mean rank(Sum of rank)				
ตำแหน่งที่เป็นลบ		0 (0.00)		
ตำแหน่งที่เป็นบวก		5.00(45.00)		
ค่าซ้ำ				

¹ Wilcoxon Signed Ranks Test, * p<0.05

ประวัติการศึกษา

ชื่อ	นางนภัสวรรณ โอภาส
วัน เดือน ปีเกิด	6 กันยายน พ.ศ. 2525
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
ตำแหน่ง	หัวหน้าคลินิก โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ปี 2552, ปี 2556
ประสบการณ์การทำงาน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลค่ายบางระจัน (พ.ศ. 2548-2549) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลกรุงเทพ ระยอง (พ.ศ. 2549-2550) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลโรงงานยาสูบ (พ.ศ. 2550-2554) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โครงการคัดกรอง มะเร็งปอด ปี 2555 โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (พ.ศ. 2555-2560) หัวหน้าคลินิก โครงการมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก ปี 2552, 2556 โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (พ.ศ. 2560-ปัจจุบัน)