



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง

THE EFFECTS OF PROMOTING CERVICAL CANCER
SCREENING PROGRAM IN NEW NORMAL
ERA AMONG WOMEN RISK GROUP

ชุตินา ทองบ้านท่อม

วิทยานิพนธ์เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ. 2567

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง
THE EFFECTS OF PROMOTING CERVICAL CANCER SCREENING PROGRAM
IN NEW NORMAL ERA AMONG WOMEN RISK GROUP

ชุตินา ทองบ้านท่อม

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
สอบวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2567

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินธร กลัมพากร
ประธานกรรมการสอบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ
กรรมการสอบ

อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวิศักดิ์ กสิผล
กรรมการสอบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง
กรรมการสอบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวิศักดิ์ กสิผล
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง

ชุติมา ทองบ้านท่อม

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

อาจารย์ปริกษาวิทยานิพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ

อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี ที่อยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมา ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 2 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.67-1.00 และแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็ง มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.95 และทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติ pair t-test และ Independent t- test

ผลการวิจัย พบว่า 1) ภายหลังจากทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .052) ภายหลังจากทดลองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมนี้สามารถเพิ่มระดับความรู้ และมีทัศนคติที่ดี ที่ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงตัดสินใจ และเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ยุควิถีใหม่ สตรีกลุ่มเสี่ยง

THE EFFECTS OF PROMOTING CERVICAL CANCER SCREENING PROGRAM IN NEW NORMAL ERA AMONG WOMEN RISK GROUP

Chutima Thongbantum

Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner)

Thesis Advisor: Asst. Prof. Dr. Kanokporn Nateetanasombat

Dr. Chadapa Prasertsong

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to study the effects of promoting cervical cancer screening program in new normal era for women at risk. The samples were sixty women risk group, who have aged of 30 to 60 year and lived in Ban Non Mao Health Promoting Hospital. They had never been screened for cervical cancer within 2 years. The experimental group was 30 women and the control group was 30 women. The research equipments were the promoting cervical cancer screening program, which had a content validity value at 0.67-1.00 and the cervical cancer knowledge questionnaire, which had the reliability at 0.95 and the attitude towards cervical cancer screening, which had a confidence value at 0.83. Data was analyzed by frequencies, percentages, means, and standard deviations using paired t-test and independent t-test statistics.

The research results found that 1) After the experiment, the experimental group had higher average score of knowledge about cervical cancer, attitudes towards cervical cancer screening and receiving cervical cancer screening services than before the experiment. Also, there was a statistical significant difference at .05. 2) After the experiment, the experimental group had higher average score of knowledge about cervical cancer, attitudes towards cervical cancer screening and receiving cervical cancer screening services than the control group. Also, there was a statistical significant difference at .05. It would conclude that this program could increase knowledge level, and good attitude, which would affect women risk group to make decisions and receive cervical cancer screening services.

Keywords: Promoting program, cervical cancer screening, new normal era, women risk group

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกพร นทีธนสมบัติ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ กลัมพากร ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ กรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ครบถ้วน จึงขอขอบคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่หน่วยบัณฑิตศึกษาทุกคนที่คอยช่วยเหลือและดูแลผู้วิจัยในขณะศึกษาตลอดจนจบหลักสูตร

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมา ที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้ศึกษากลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่านที่เอื้อเฟื้อและดูแลช่วยเหลือผู้วิจัยในขณะดำเนินการวิจัยการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ส่งผลให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณบุพการี ครูบาอาจารย์ทุกท่าน และครอบครัวที่ให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์เสมอมา ผู้วิจัยหวังว่าวิทยานิพนธ์เล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อไป

ชุตินา ทองบ้านท่อม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
สารบัญภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 สมมติฐานการวิจัย	3
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.5 คำนิยามศัพท์	4
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	6
2.2 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	11
2.3 แนวคิดและทฤษฎีของความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ (KAP model)	16
2.4 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ	29
2.5 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	35
2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 รูปแบบการวิจัย	40
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
3.3 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	42
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
3.5 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ	45
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	47
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์	54

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	55
4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	57
4.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด หลังการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	58
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	60
5.2 อภิปรายผล	62
5.3 ข้อเสนอแนะ	68
บรรณานุกรม	69
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	76
ภาคผนวก ข คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย	77
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	78
ภาคผนวก ง รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา	80
ภาคผนวก จ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของโปรแกรมส่งเสริม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง	81
ภาคผนวก ฉ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	84
ภาคผนวก ช คู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง	95
หนังสือยินยอมการเผยแพร่ผลงานวิจัย	103

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	คำแนะนำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พ.ศ. 2563	12
2	จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	56
3	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ ทักษะ ทักษะ ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	57
4	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ ทักษะ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	58
5	การเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนของการตัดสินใจและอัตราการเข้ารับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม	59

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กระบวนการติดเชื้อเอชพีวี	8
2	การเก็บเซลล์วิทยาแบบดั้งเดิม จาก 3 บริเวณ	14
3	การใช้อุปกรณ์เก็บเซลล์ที่มีรูปร่างคล้ายแปรง (Cervical Broom) เพื่อเก็บเซลล์บริเวณขอบเขตเซลล์แปรรูป โดยหมุนรอบปากมดลูก 5 รอบ	15



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งทางนรีเวชที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของสตรีในหลายประเทศทั่วโลก จากการรายงานของศูนย์วิจัยมะเร็งนานาชาติขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี ค.ศ. 2022 มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 14.1 ต่อแสนประชากร และอัตราการตายเท่ากับ 7.1 ต่อแสนประชากร (Ferlay Jet al., 2024) สำหรับในประเทศไทย จากการรายงานของศูนย์วิจัยมะเร็งนานาชาติขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2022 พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ประมาณ 8,662 ราย และเสียชีวิต 4,576 ราย มีอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก 150.6 ต่อแสนประชากร และอัตราการตายเท่ากับ 78.2 ต่อแสนประชากร (Ferlay Jet al., 2024) และจากการรายงานข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2564 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ร้อยละ 13.8 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 ในปี พ.ศ. 2563 และพบมากในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) สำหรับจังหวัดชัยภูมิ จากข้อมูลของคลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2563 พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง คิดเป็นอัตรา 115.98 ต่อแสนประชากรมีอุบัติการณ์การเสียชีวิตคิดเป็น 2.02 ต่อแสนประชากรในปัจจุบันสามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ ถ้าหากมีการตรวจคัดกรองตั้งแต่เริ่มแรกจะทำให้สามารถค้นพบมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้นและรักษาให้หายขาดได้และทำให้อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกลดลง

ประเทศไทยดำเนินการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก โดยความร่วมมือของกรมการแพทย์และสถาบันมะเร็ง โดยมีเป้าประสงค์เพื่อตรวจคัดกรองและตรวจค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี เพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 60 ในปี พ.ศ. 2566 ด้วยวิธีการตรวจ HPV DNA test ซึ่งเป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV 8 ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกสำหรับสถานการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมา อยู่ในเขตตำบลนางแดด อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ มีแนวโน้มการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลง ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด 5 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2560 อยู่ที่ร้อยละ 20.90 และในปี 2564 เหลือเพียงร้อยละ 7.64 (Health Data Center, 2020) จะเห็นได้ว่าอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ และมีแนวโน้มการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงเรื่อย ๆ จึงทำให้เป็นปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุปัจจัยที่ทำให้ประชาชนไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก พบว่า มีปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความกลัว และปัจจัยด้านการเข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (พรรณี ปิ่นนาค, 2563) สอดคล้องกับการศึกษานำร่อง ที่ได้สัมภาษณ์สตรีกลุ่มเสี่ยง จำนวน 7 คน พบว่า สาเหตุที่ไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมา ตำบลนางแดด อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ยังคงเข้าใจผิดคิดว่าตัวเองไม่มีอาการผิดปกติ จึงไม่เห็น ความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า กลัวเจ็บจากการใช้เครื่องมือ ตรวจ และปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม พบว่า บริบทของสังคมไทยในชนบทอีสานมองว่าเป็นการ เปิดเผยอวัยวะเพศเป็นสิ่งน่าอายและการกลัวการติดเชื้อไวรัสโคโรนาเนื่องจากสตรีกลุ่มเสี่ยงคิดว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมีเชื้อโรค จึงส่งผลให้ไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

ยิ่งไปกว่านั้น จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงจนแพร่กระจายไปในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกประเทศไทยก็กำลังเผชิญกับการแพร่ระบาดของเช่นกัน ส่งผลกระทบด้านสาธารณสุขโดยตรงในการเข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากเดิมมีอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าเกณฑ์อยู่แล้ว ร่วมกับมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) เกิดขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการตามมาตรการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการติดเชื้อจากโรงพยาบาล การเว้นระยะห่างทางสังคมเพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงส่งผลให้อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงยิ่งขึ้นทำให้ประชาชนจำเป็นต้องป้องกันตนเองเพื่อให้มีชีวิตรอดด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตที่ผิดไปจากวิถีเดิม ๆ ภายใต้วีถีชีวิตใหม่ (New normal) ภายใต้การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพบนวิถีใหม่ มีการใช้บริการผ่านโลกไซเบอร์มากขึ้น ทำให้เข้าถึงการให้บริการได้ง่ายขึ้น ดังนั้นการที่จะส่งเสริมสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะเป็น การช่วยให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้น

พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจึงจำเป็นต้องส่งเสริมพฤติกรรมด้านบวกที่มีผลดี ต่อสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านลบที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ดังนั้นความรู้ ความเข้าใจ ในพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จึงมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการจัดการด้านสุขภาพ (Fisher et al., 2011) คาร์เตอร์ วี กู๊ด (Good, C.V, 1973) เชื่อว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง เป็นข้อมูลที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคล ยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างมีเหตุผล บุคคลต้องรู้เรื่องเกี่ยวกับสิ่งนั้นเพื่อประกอบการตัดสินใจ

เกิดความเข้าใจและทัศนคติที่ดี รวมทั้งเกิดความตระหนัก ความเชื่อด้วยกล่าวคือ ถ้าบุคคลนั้น ๆ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก บุคคลนั้น ๆ จะเกิดความรู้ และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาท ขอบเขต และสมรรถนะ ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการสอนให้ความรู้และการป้องกันโรคเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และมีการนำนวัตกรรมมาใช้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลมีความสนใจกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูกโดยการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายในระยะเวลา 2 ปี เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อสร้างความมั่นใจให้สตรีกลุ่มเสี่ยงในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ช่วยเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกให้หน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในการจัดบริการสุขภาพกับสตรีกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุมทั้งเชิงรับและเชิงรุกในชุมชนได้

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.3 สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเรื้องปวกมดลูก สาเหตุ อาการและอาการแสดงและการป้องกันโรคมะเร็งเรื้องปวกมดลูกและผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูก การนำบุคคลจำนวน 1 ท่าน ที่มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูก และมีผลการตรวจที่ผิดปกติในพื้นที่มาร่วมบรรยาย และการใช้นวัตกรรมทางเคง ห่วงใย ห่างไกลมะเร็งเรื้องปวกมดลูก โดยนำผ้าพื้นเมืองมาประยุกต์ให้เป็นกางเกงเจาะเป่ามีผ้าปกปิดอวัยวะเพศเพื่อลดความเขินอายตอนขึ้นเตียงขหายังและให้ผู้รับการตรวจสวมหน้ากากอนามัย เพื่อปิดบังใบหน้าลดความเขินอายเป็นการปรับตามวิถีชีวิตปกติใหม่กับสตรีกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมา ตำบลนางแดด อำเภอนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 9 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2566

1.5 คำนินยามศัพท์

1. โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยงเป็นชุดกิจกรรมการสอน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ ทักษะคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูก ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ด้านคือ

1) ด้านความรู้เรื่องมะเร็งเรื้องปวกมดลูก เป็นการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเรื้องปวกมดลูก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง และการป้องกันมะเร็งเรื้องปวกมดลูก โดยการบรรยายเน้นการป้องกันโรคมะเร็งเรื้องปวกมดลูก

2) ด้านทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูก เป็นการนำบุคคล จำนวน 1 ท่าน ที่มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูก และมีผลการตรวจที่ผิดปกติในพื้นที่ของงานวิจัยนี้ มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบจริง นอกจากนี้มีการใช้นวัตกรรมทางเคงห่วงใย ห่างไกลมะเร็งเรื้องปวกมดลูกโดยนำผ้าพื้นเมืองมาประยุกต์ให้เป็นกางเกงเจาะเป่ามีผ้าปกปิดอวัยวะเพศเพื่อลดความเขินอายตอนขึ้นเตียงขหายังและให้ผู้รับการตรวจสวมหน้ากากอนามัย เพื่อปิดบังใบหน้าลดความเขินอายเป็นการปรับตามวิถีชีวิตปกติใหม่กับสตรีกลุ่มเสี่ยง

3) ด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูกเป็นการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูกโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินการตัดสินใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูกว่าจะไปตรวจ

แน่นอน ไม่ไปตรวจแน่นอน หากมีการตัดสินใจจะไปตรวจแน่นอนให้ระบุ วัน เดือน ปี เวลา เพื่อเข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ชัดเจน

2. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล โดยการให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีการแจกแผ่นพับให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การตรวจภายในของสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี เพื่อหาความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก โดยการตรวจหาเชื้อ HPV (HPV DNA Testing) ซึ่งเป็นการตรวจหาความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกที่เป็นผลจากการติดเชื้อ HPV

4. สตรีกลุ่มเสี่ยง หมายถึง สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายในระยะเวลา 2 ปี

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมในรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 2.1.1 อุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 2.1.2 พยาธิสภาพ และกลไกการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 2.1.3 การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 2.1.4 แนวทางการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
- 2.2 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก
- 2.3 แนวคิดและทฤษฎีของความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ (KAPmodel)
- 2.4 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ
- 2.5 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

2.1.1 อุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งทางนรีเวชที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของสตรีในหลายประเทศทั่วโลก โดยพบมากเป็นอันดับที่ 4 รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้และลำไส้ตรง และมะเร็งปอด จากการรายงานของศูนย์วิจัยมะเร็งนานาชาติขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี ค.ศ. 2022 มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 14.1 ต่อแสนประชากร และอัตราการตายเท่ากับ 7.1 ต่อแสนประชากร (Ferlay Jet al., 2024) สำหรับในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้สถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูกถือเป็นปัญหาที่สำคัญของหลายประเทศ จากสถิติในปี ค.ศ. 2022 พบว่าประเทศอินโดนีเซีย มีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงสุดเท่ากับ 47.3 ต่อแสนประชากรและอัตราการตายเท่ากับ 24.8 ต่อแสนประชากร (International Agency for Research on Cancer, 2024)

สำหรับในประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน จากการรายงานของศูนย์วิจัยมะเร็งนานาชาติขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2022 มีจำนวนผู้ป่วย

มะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ประมาณ 8,662 ราย และเสียชีวิต 4,576 ราย มีอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก 150.6 ต่อแสนประชากร และอัตราการตายเท่ากับ 78.2 ต่อแสนประชากร (Ferlay Jet al., 2024) และจากการรายงานข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2564 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก รายใหม่ร้อยละ 13.8 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 ในปี พ.ศ. 2563 และพบมากในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564)

สำหรับจังหวัดชัยภูมิซึ่งเป็น 1 ใน 20 จังหวัดในเขตภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีแนวโน้มการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น จากข้อมูลของคลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2563 พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง คิดเป็นอัตรา 115.98 ต่อแสนประชากร โดยมะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับสอง รองจากมะเร็งเต้านม มีอุบัติการณ์การเสียชีวิตคิดเป็น 2.02 ต่อแสนประชากร โดยผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่เริ่มตรวจพบอยู่ในช่วงอายุ 25 ปีขึ้นไป และตรวจพบมากที่สุดในช่วงอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป(Health Data Center, 2020)

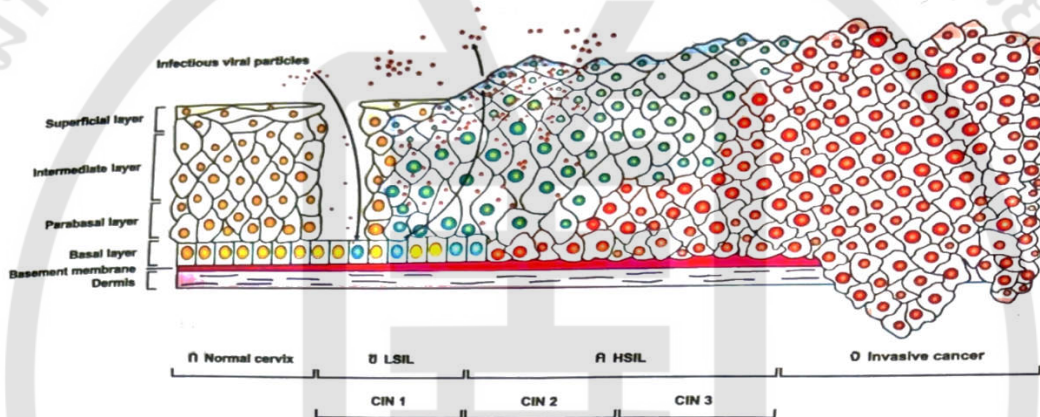
2.1.2 พยาธิสภาพ และกลไกการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

การติดเชื้อเอชพีวีเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกจากการรายงานการศึกษาในช่วง พ.ศ. 2517-2519 โดยศาสตราจารย์ นายแพทย์ Harald zur Hausen ประเทศเยอรมนี ที่ได้ค้นพบเชื้อเอชไอวีสายพันธุ์ 6,11 ในหูดหงอนไก่ และได้รายงานการตรวจพบเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ 16,18 ในมะเร็งปากมดลูก ต่อมาศาสตราจารย์นายแพทย์ Walboomers และคณะ ทำการศึกษาขึ้นเมื่อผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจำนวน 932 คน จาก 22 ประเทศ พบว่าร้อยละ 99.7 ของชิ้นเนื้อดังกล่าวตรวจพบเชื้อเอชพีวี กลุ่มความเสี่ยงสูง ส่วนชิ้นเนื้อที่ตรวจไม่พบเชื้อเอชพีวีคาดว่าน่าจะเกิดจากเทคนิคการตรวจที่ไม่แม่นยำ ต่อมา Bosch และคณะ พบว่าการติดเชื้อเอชพีวีนั้นเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากถึง 200-500 เท่า ซึ่งมากกว่าการติดเชื้อไวรัสตับชนิดบีที่ทำให้เกิดมะเร็งตับ หรือการสูบบุหรี่ที่จะทำให้เกิดมะเร็งปอดเสียที (ไอริน เหลืองขจร, 561)

เชื้อเอชพีวีสามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ผ่านแผลเล็ก ๆ (Micro trauma) ที่ผิวปากมดลูกบริเวณเขตเซลล์แปรรูป (Transformation zone) การเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสจำเป็นต้องอาศัยเซลล์ปากมดลูกที่มีศักยภาพสูงในการเพิ่มจำนวน ดังนั้นดีเอ็นเอของไวรัสจึงต้องเข้าร่วมตัวกับดีเอ็นเอของเซลล์บุผิวปากมดลูกในชั้นล่างสุด (basal layer) และแบ่งตัวไปพร้อม ๆ กับเซลล์ปากมดลูกจากชั้น basal สู่ชั้น parabasal, intermediate และ superficial ตามลำดับ เชื้อเอชพีวีสามารถหลบหลีกการตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน (immune responses) ทั้งแบบ innate และ adaptive ได้โดยกระบวนการ micropinocytosis ทำให้ร่างกายไม่มีการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันเฉพาะที่ไม่มีการอักเสบ ไม่มีอาการของการติดเชื้อ หากเชื้อเอชพีวียังคงอยู่แบบฝังแน่น โปรตีน E6 ของเชื้อเอชพีวีในเซลล์ปากมดลูกจะไปรบกวนการทำงานของ

โปรตีน p53 ของเซลล์มีผลยับยั้งการเกิด apoptosis ส่งผลให้เซลล์ไม่ตาย (immortalization) แลโปรตีน E7 ของเชื้อเอชพีวีจะไปรบกวนการทำงานของโปรตีน retinoblastoma (pRB) ของเซลล์ทำให้เกิดความไม่เสถียรของพันธุกรรม (genetic instability) ทำให้เซลล์แบ่งตัวต่อเนื่องไม่หยุด จนเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเซลล์ที่เรียก “koilocytes” และเปลี่ยนแปลงต่อไปเป็นรอยโรคภายในเยื่อบุปากมดลูกชั้นสูงและมะเร็งปากมดลูกในที่สุด ดังรูปที่ 1 (ไอริน เหลืองขจร,2561)

ภาพที่ 1 กระบวนการติดเชื้อเอชพีวี



ที่มา: ไอริน เรื่องขจร. 2561: 5

- ก. เชื้อเอชพีวีเข้าสู่นิวเคลียสของเซลล์ปากมดลูกในชั้น basal และอยู่ในรูปดีเอ็นเออิสระ (episome)
- ข. ดีเอ็นเอของเชื้อเอชพีวีผนวกเข้ากับดีเอ็นเอของเซลล์ปากมดลูกในชั้น basal เซลล์จะเปลี่ยนแปลงมีลักษณะเป็น koilocytes หรือเรียกว่า รอยโรคภายในเยื่อบุปากมดลูกชั้นต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 80-90 จะหายไปตัวเอง
- ค. เชื้อเอชพีวียังคงอยู่และเหนี่ยวนำให้เซลล์เปลี่ยนแปลงเป็นรอยโรคภายในเยื่อบุปากมดลูกชั้นสูง ซึ่งมีโอกาสเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 30-70
- ง. เซลล์ปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงจนกลายเป็นมะเร็ง

2.1.3 การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก

การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกขณะที่โรคอยู่ในระยะเริ่มแรก และให้การรักษาอย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดผลการรักษาที่ดีตามมา ดังนั้นการวินิจฉัยและการกำหนดระยะโรค จึงเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจภายในอย่างละเอียด รวมถึงการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อยืนยัน

การวินิจฉัย (clinic staging) นอกจากนี้การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกจากการซักประวัติอย่างละเอียดแล้ว ยังต้องอาศัยขั้นตอน และหลักการสำคัญ (จิตติ หาญประเสริฐพงษ์, 2561) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การตรวจภายในและตรวจร่างกายทั่วไป รอยโรคมะเร็งปากมดลูกโดยทั่วไปมักจะ เริ่มต้นที่บริเวณ Transformation zone ลักษณะรอยโรคหรือก้อนมะเร็งที่เห็นมีหลากหลาย เช่น เป็น แผล (ulcerative lesion) ตื้น เป็นก้อนโตยื่นออกมา (exo-phytic lesion) จากบริเวณปากมดลูกด้านนอก เป็นเนื้องอกที่แทรกซึม (infiltrative หรือ endophytic lesion) บริเวณปากมดลูกด้านใน หรือเป็น ตีงเนื้อ (polypoid lesion) เป็นต้น เป็นเนื้องอกที่แทรกซึม อาจทำให้ปากมดลูกมีลักษณะใหญ่ และแข็ง โดยที่ผิวด้านนอกเรียบได้ เราเรียกปากมดลูกลักษณะนี้ว่า "barrel-shaped" หรือปากมดลูกมีลักษณะ ป่องคล้ายถังเบียร์ มักพบในมะเร็งปากมดลูกชนิด adenocarcinoma

การตรวจภายใน รวมไปถึงการตรวจทางช่องคลอดและทวารหนัก (rectovaginal examination) ร่วมกับการประเมินขนาดของก้อนมะเร็ง และการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังช่องคลอด หรือเนื้อเยื่อข้างมดลูก (parametrial tissue) มีความจำเป็นในการกำหนดระยะของโรคทางคลินิก การคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ บริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้า (supraclavicular area) ร่วมกับการ ตรวจร่างกายอย่างละเอียด เพื่อดูการแพร่กระจายของโรค ควรทำในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทุกราย

2. การตรวจทางเซลล์วิทยาและการตรวจหาเชื้อเอชพีวี การตรวจทางเซลล์วิทยา เป็นวิธีหลักในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจหาเชื้อเอชพีวี (human papilloma virus: HPV) ทางคลินิก ปัจจุบันใช้ 2 วิธี คือ hybrid capture II และ polymerase chain reaction การตรวจดังกล่าว ถูกใช้ร่วมกับการตรวจทางเซลล์วิทยา สำหรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สามารถช่วยแยกหรือบ่งชี้ว่าสตรีที่มีความผิดปกติทางเซลล์วิทยารายใดต้องการการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หรือใช้ในการตรวจติดตามผู้ป่วยที่มีความผิดปกติก่อนเป็นมะเร็งหลังการรักษา ปัจจุบันการตรวจหาเชื้อเอชพีวีอย่างเดียวยังถูกนำมาใช้ในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างไรก็ตามการตรวจชนิดนี้ ยังไม่มีที่ใช้ในการช่วยวินิจฉัยกรณีที่เห็น รอยโรคหรือก้อนที่มีลักษณะสงสัยมะเร็งปากมดลูก การตรวจพบเซลล์มะเร็งจากการตรวจทางเซลล์วิทยา ที่ปากมดลูก หรือการตรวจหาเชื้อเอชพีวีได้ผลบวก ควรได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติม

3. การตัดชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา การตรวจดูปากมดลูกด้วยการใช้เครื่องถ่างขยาย ช่องคลอด ถ้าตรวจพบรอยโรคหรือก้อนผิดปกติควรทำการตัดชิ้นเนื้อเพื่อยืนยันการวินิจฉัย โดยตัดชิ้นเนื้อ บริเวณที่สงสัยมากที่สุด และหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีเนื้อตาย ซึ่งเป็นบริเวณที่ไม่สามารถตรวจวินิจฉัยทาง พยาธิวิทยาได้บ่อย การตัดชิ้นเนื้อสามารถตัดด้วยคีมคีบ หรือห่วงไฟฟ้าได้

4. การตรวจปากมดลูกด้วยคอลโปสโคปี (Colposcopy) วัตถุประสงค์หลักของการ ตรวจปากมดลูกด้วยคอลโปสโคปีคือ การระบุรอยโรค หรือความผิดปกติก่อนเป็นมะเร็งและที่เป็นมะเร็ง

ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อบริเวณรอยโรคที่มีความรุนแรงมากที่สุด ในสตรีที่ตรวจพบเซลล์มะเร็งจากการตรวจทางเซลล์วิทยา หรือการตรวจหาเชื้อเอชพีวีได้ผลบวก ควรได้รับการตรวจเพิ่มเติมด้วยการตรวจภายในก่อน กรณีพบรอยโรคหรือก้อนผิดปกติ ให้ทำการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา กรณีไม่พบรอยโรคหรือก้อนผิดปกติให้ตรวจเพิ่มเติมด้วยคอลโปสโคปเพื่อหาความผิดปกติ และทำการตัดชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยาต่อไป

2.1.4 แนวทางการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูกสามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าพบได้ในระยะเริ่มแรก แต่การป้องกันไม่ให้โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นวิธีที่ดีที่สุด ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แบ่งหลักของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกออกเป็น 3 ระดับ (Autier & Ngoma, 2019) ดังนี้

1. แนวทางในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ (Primary prevention)

เป็นการป้องกันโดยการควบคุมสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วย 2 วิธี (ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

1.1 การรณรงค์และให้ความรู้ด้านสุขภาพและเพศศึกษาแก่สตรี (health information and sexuality education) แนะนำให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่อการติดเชื้อเอชพีวีและปัจจัยที่ส่งเสริมการดำเนินโรคไปเป็นมะเร็ง ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่และบริเวณที่มีควันบุหรี่ การคุมกำเนิดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ห่วงอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด และยาฉีดคุมกำเนิด ควรได้รับการตรวจหามะเร็งทุก 6 เดือน การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย การมีบุตรมาก การสำส่อนทางเพศ การมีคู่นอนหลายคน การดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศอยู่เสมอ การเพิ่มภูมิคุ้มกันร่างกายต่อการเกิดมะเร็ง โดยการมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งกายและจิตใจ โดยการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ รักษาความสะอาดร่างกาย ออกกำลังกายสม่ำเสมอการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ การรักษาสุขภาพจิตไม่ให้เกิดภาวะเครียด

1.2 การฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี โดยวัคซีนนี้มีส่วนประกอบเป็นแอนติเจน (antigen) ของไวรัสที่ผลิตจากการสังเคราะห์เฉพาะเปลือก (L1 protein) ของไวรัสเรียกว่า virus-like particles (VLPs) โดยไม่มีสารพันธุกรรมที่ก่อมะเร็งของเชื้อไวรัส (E6 และ E7 proteins) วัคซีนจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันหรือแอนติบอดี (antibody) ต่อเชื้อเอชพีวี ในปัจจุบันวัคซีนที่ผลิตออกมาจำหน่าย มี 3 ชนิด ได้แก่ วัคซีนชนิด 2 สายพันธุ์ (bivalent HPV vaccine) วัคซีนชนิด 4 สายพันธุ์ (quadrivalent HPV vaccine) และวัคซีนชนิด 9 สายพันธุ์ (nonavalent HPV vaccine)

2. แนวทางในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)

เป็นความพยายามที่จะลดจำนวนผู้ป่วยและอัตราการตายมะเร็งปากมดลูก โดยการทำให้มีการตรวจค้นหา

มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก โดยที่โรคมะเร็งยังไม่แสดงอาการ ซึ่งวิธีที่ได้ผลดีที่สุดในการป้องกันการป่วยและอัตราการตายของสตรีจากมะเร็งปากมดลูก

3. แนวทางในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention)

เป็นการให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกตามวิธีการที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวตามสถานภาพของชีวิตต่อไป รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยด้วย

ดังนั้นในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก สตรีควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิและเพิ่มความตระหนักการป้องกันระดับทุติยภูมิ โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจทางเซลล์วิทยา หรือการตรวจหาเชื้อHPV DNA Test เนื่องจากวิธีการป้องกันโดยใช้วัคซีนยังไม่สามารถนำมาให้บริการได้เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง

2.2 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

2.2.1 ความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สำคัญ และเป็นโรคร้ายแรงที่ก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม แต่ถึงอย่างไรมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ ถ้าตรวจพบตั้งแต่ระยะแรกที่ยังไม่กลายเป็นมะเร็งจะสามารถลดอัตราการตาย และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ โดยการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ปัจจุบันการตรวจคัดกรองมะเร็งมีความสะดวก รวดเร็ว ไม่เจ็บปวด ค่าใช้จ่ายไม่แพง หรือไม่ต้อง เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น (ชูลีรัตน์ สารรัตน์ และศรีธัญญา ต.เทียนประเสริฐ, 2567)

2.2.2 แนวทางในการตรวจคัดกรอง

ประเทศไทยได้ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อดำเนินการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกทั่วประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้จัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของประเทศไทย เพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องโรคมะเร็งตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ตั้งแต่การป้องกันโรค เพื่อค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกและระยะก่อนเป็นมะเร็งในสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีความเสี่ยงสูงตามประกาศของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยมีเป้าหมายเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี 2563-2567 ให้ครอบคลุมร้อยละ 60 และลดอัตราการเสียชีวิตของหญิงไทยจากมะเร็งปากมดลูกลงร้อยละ 50 ด้วยวิธีการตรวจด้วยวิธีเซลล์วิทยาแบบดั้งเดิม (Conventional cytology) หรือ Pap smear หรือการตรวจปากมดลูกด้วยน้ำสัสมายซู (visual

inspection with acetic acid, VIA) และการตรวจหาเชื้อด้วยวิธี HPV DNA test โดยตรวจซ้ำทุก 5 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2566)

ในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามแผนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประเทศไทย ตามแนวของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งได้ให้คำแนะนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกขององค์กรหลัก ได้แก่ American Cancer Society (ACS), American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) และ American Society for Clinical Pathology (ASCP) โดยคำแนะนำของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย ร่วมกับชมรมคอลโปสโคปี และพยาธิสภาพปากมดลูกแห่งประเทศไทย ได้สรุปคำแนะนำตามตาราง ดังนี้ (แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

ตารางที่ 1 คำแนะนำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พ.ศ. 2563

	การตรวจเซลล์วิทยา (Pap smear หรือ liquid base cytology)	HPV DNA testing	
		ร่วมกับการตรวจ เซลล์วิทยา (co-testing)	Primary HPV testing
อายุ ที่เริ่ม ตรวจ	25 ปี ในสตรีที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว หรือ	25 ปี ในสตรีที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว หรือ	25 ปี ในสตรีที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว หรือ
		ร่วมกับการตรวจเซลล์วิทยา (co-testing)	Primary HPV testing
	30 ปี ในสตรีที่ไม่เคยมี เพศสัมพันธ์	30 ปี ในสตรีที่ไม่เคยมี เพศสัมพันธ์	30 ปี ในสตรีที่ไม่เคยมี เพศสัมพันธ์
ความถี่	ทุก 2 ปี	ทุก 5 ปี	ทุก 5 ปี
อายุ ที่หยุด ตรวจ	>65 ปี ถ้าผลตรวจไม่พบ ความผิดปกติติดต่อกัน 5 ครั้ง	>65 ปี ถ้าผลตรวจไม่พบ ความผิดปกติติดต่อกัน 2 ครั้ง	>65 ปี ถ้าผลตรวจไม่พบ ความผิดปกติติดต่อกัน 2 ครั้ง
*สตรีที่อายุน้อยกว่า 25 ปี ไม่แนะนำให้ตรวจคัดกรอง ยกเว้นสตรีที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ติดเชื้อเอชไอวี มีคู่นอนหลายคน เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น			

อายุที่เริ่มตรวจและความถี่ของการตรวจคัดกรอง (แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

1. ส่วนใหญ่องค์การทางการแพทย์ของสหรัฐอเมริกาแนะนำเริ่มทำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ ≥ 21 ปี โดยตรวจ cervical cytology ในสตรีอายุ 21-24 ปี และใช้ primary HPV testing ได้ในสตรีอายุ 25-65 ปี แต่เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่อายุน้อยกว่า 25 ปี ในประเทศไทยนั้นพบได้น้อยและรอยโรคที่พบในสตรีอายุน้อยนั้นโดยส่วนใหญ่แล้วมักไม่มีความสำคัญทางคลินิกดังนั้นการเริ่มการตรวจคัดกรองเร็วเกินไป อาจนำไปสู่การตรวจเพิ่มเติมหรือการรักษาที่ไม่จำเป็น จึงแนะนำให้เริ่มตรวจคัดกรองสตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุ 25 ปีหรือถ้าไม่เคยมีเพศสัมพันธ์พิจารณาตรวจเมื่ออายุ >30 ปี

2. สตรีที่อายุ 25-65 ปี ควรได้รับการตรวจ cervical cytology ทุก 2 ปี ส่วนการตรวจภายในเพื่อตรวจหาโรคทางนรีเวชอื่น ๆ ควรทำเป็นประจำทุกปี

ความถี่ในการตรวจคัดกรองอาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของบริบทในแต่ละพื้นที่ เช่น อาจทำการตรวจคัดกรองทุก 1 ปี ในพื้นที่ที่มีความชุกของโรคมะเร็งปากมดลูกสูง หรือในพื้นที่ที่มีอัตราผลลบลวง (false negative) สูงในการตรวจ cervical cytology หรือในสตรีที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก (แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

3. การตรวจ cervical cytology นั้น หากจะทำการร่วมกับการตรวจ HPV testing (co-testing) ควรทำในสตรี อายุ ≥ 25 ปี โดยถ้าผลตรวจปกติทั้ง 2 วิธี ให้ทำการตรวจซ้ำที่ 5 ปี

4. สตรีที่ได้รับการฉีด HPV vaccine ควรได้รับการตรวจคัดกรองเช่นเดียวกับสตรีทั่วไป

5. สตรีที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ควรเริ่มตรวจคัดกรองภายในปีแรกหลังจากมีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธี cervical cytology ทุก 1 ปี และเมื่ออายุ >30 ปี แนะนำให้ใช้การตรวจ co-testing ต่อทุก 3 ปี

6. สตรีที่เคยได้รับการรักษาโรคก่อนมะเร็งหรือมะเร็งปากมดลูก ยังคงมีความเสี่ยงสูงต่อการคงอยู่หรือกลับเป็นซ้ำของโรค จึงควรได้รับการตรวจติดตามต่อเนื่องจนครบ 25 ปี หลังการรักษา

2.2.3 วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีให้บริการในประเทศไทยในปัจจุบันมี 3 วิธีสรุปได้ดังนี้ (แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

1. การตรวจหาเชื้อ HPV (HPV testing) การตรวจหาเชื้อ HPV ในปัจจุบันสามารถทำได้ 2 แบบ ได้แก่

1.1 HPV testing เป็นการตรวจหาเชื้อ high-risk HPV ในภาพรวม โดยมีได้ระบุสายพันธุ์จำเพาะ ได้แก่ HPV 16 18 31 33 35 39 45 51 52 56 58 59 66 และ 68 ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีทั่วโลกเกือบทั้งหมด

1.2 HPV partial genotyping เป็นการตรวจหาและระบุสายพันธุ์จำเพาะของเชื้อ HPV ซึ่งจะรายงานแยก ชนิดของเชื้อ HPV 16 และ HPV 18 ซึ่งมีศักยภาพสูงในการก่อมะเร็งออกจาก high-risk HPV อื่น ๆ

การตรวจ HPV testing ใช้ได้ทั้งวิธีการตรวจ DNA หรือ mRNA ทั้งนี้สามารถนำการตรวจหาเชื้อ HPV มาใช้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ 2 แนวทาง ได้แก่

1) การใช้การตรวจ HPV testing เป็นการตรวจคัดกรองปฐมภูมิ (primary HPV testing)

2) การตรวจ HPV testing ร่วมกับการตรวจ cervical cytology (Co-testing)

หมายเหตุ ไม่แนะนำให้ใช้การตรวจ HPV full genotyping ในเวชปฏิบัติ เนื่องจากมีความไวในการตรวจพบเชื้อสูง ในระดับที่ปริมาณเชือนั้นอาจไม่อยู่ในระดับที่จะก่อโรค

2. การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก (Cervical cytology)

การตรวจ cervical cytology ที่ยอมรับว่าเป็นมาตรฐาน มี 2 วิธี ได้แก่ การตรวจแบบดั้งเดิม (conventional cytology หรือ Papanicolaou smear) และการตรวจแบบ liquid base cytology (แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

2.1 การตรวจแบบดั้งเดิม (conventional cytology หรือ Papanicolaou smear) เป็นการเก็บเซลล์เพื่อส่งตรวจเซลล์วิทยาแบบดั้งเดิม โดยเก็บเซลล์จาก 3 บริเวณ คือ บริเวณช่องคลอดส่วน posterior fornix ปากมดลูกบริเวณเขตเซลล์แปรรูป (transformation zone) และบริเวณปากด้านในของปากมดลูก (endocervix) ดังรูปที่ 2 (ไอริน เหลืองขจร, 2561)

ภาพที่ 2 การเก็บเซลล์วิทยาแบบดั้งเดิม จาก 3 บริเวณ



ที่มา: ไอริน เหลืองขจร. 2561: 36

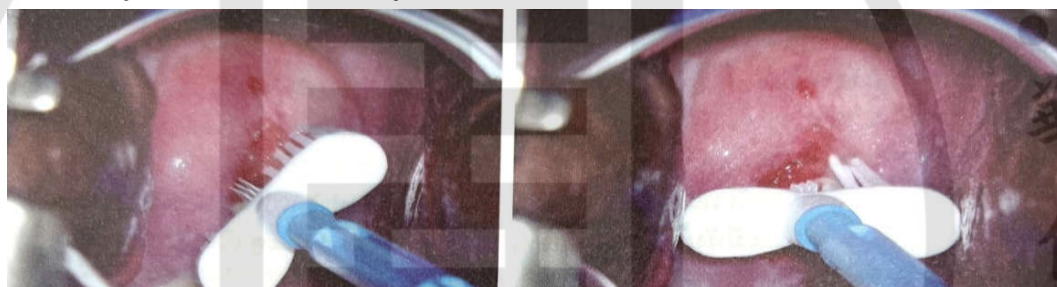
ก. บริเวณช่องคลอดส่วน (posterior fornix)

ข. ปากมดลูกบริเวณเขตเซลล์แปรรูป (transformation zone)

ค. บริเวณด้านในของปากมดลูก (endocervix)

2.2 การตรวจเซลล์วิทยาอิงของเหลว (Liquid-base cytology) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการตรวจคัดกรองด้วยเซลล์วิทยาจึงได้มีการพัฒนาการตรวจเซลล์วิทยาอิงของเหลวขึ้น และได้มีการพัฒนาวิธีการเก็บเซลล์จากปากมดลูกโดยใช้อุปกรณ์เก็บเซลล์ที่มีรูปร่างคล้ายแปรง (Cervical broom) ที่มีส่วนตรงกลางยื่นออกมาเพื่อเก็บเซลล์บริเวณขอบเขตเซลล์แปรรูปให้ได้ปริมาณเซลล์ที่เพียงพอ ดังภาพที่ 3 นำเซลล์ที่ได้ใส่ลงไปในขวดที่บรรจุน้ำยารักษาคุณภาพเซลล์แทนการป้ายลงบนแผ่นกระจก เพื่อที่จะนำเซลล์ที่เก็บได้ทั้งหมดส่งตรวจ เพิ่มคุณภาพของแผ่นกระจกโดยการเตรียมให้เซลล์เรียงตัวกันเป็นชั้นเดียว และยังสามารถนำสิ่งส่งตรวจที่เหลือตรวจหาเชื้อเอชพีวีได้อีกด้วย (ไอริน เหลืองขจร, 2561)

ภาพที่ 3 การใช้อุปกรณ์เก็บเซลล์ที่มีรูปร่างคล้ายแปรง (Cervical broom) เพื่อเก็บเซลล์บริเวณขอบเขตเซลล์แปรรูป โดยหมุนรอบปากมดลูก 5 รอบ



ที่มา: ไอริน เหลืองขจร. 2561: 40

3. การตรวจปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชู (visual inspection with acetic acid, VIA) ร่วมกับการจี้ปากมดลูกด้วยความเย็น

เนื่องจากในบางสถานที่ไม่สามารถทำการตรวจเซลล์วิทยาได้อย่างทั่วถึงด้วยหลายปัจจัย เช่น การเดินทางไปยังสถานพยาบาลได้ยาก ค่าใช้จ่ายในการตรวจหาเชื้อเอชพีวีกลุ่มความเสี่ยงสูงมีราคาแพง การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในหลายระดับ จึงมีความพยายามในการคิดค้นหาวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ครอบคลุมสตรีในวัยที่พบโรคบ่อยมากขึ้น ด้วยวิธีที่สะดวก ไม่ต้องมารับการตรวจรักษาหลายครั้ง ไม่ต้องส่งตรวจทางเซลล์หรือพยาธิวิทยา โดยการตรวจปากมดลูกด้วยตาเปล่าภายหลังโซโลมกรตแอสติกเจ็องจ็องร้อยละ 3-5 หรือที่เรียกวีไอเอ (VIA) ทำได้โดยใส่เครื่องมือถ่างขยายช่องคลอด (Vaginal Speculum) ขยับจนมองเห็นปากมดลูก แล้วโซโลมปากมดลูกด้วยกรตแอสติกที่มีความเจ็องจ็องร้อยละ 3-5 นาน 1 นาที แล้วประเมินผลว่าปกติ หรือผิดปกติ ดังนี้

1) ผลปกติ หมายถึง ตรวจพบผิวของปากมดลูกเรียบ สีชมพูสม่ำเสมอ เมพบการเปลี่ยนแปลงไม่พบฝ้าขาว ให้นำตรวจซ้ำทุก 3-5 ปี

2) ผลผลิตปกติ คือ ตรวจพบรอยฝ้าขาว หนา ขอบเขตชัดเจน สามารถรักษาโดยจี้ปากมดลูกด้วยความเย็น (Cryotherapy) ทันที

สรุปได้ว่า วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีให้บริการในประเทศไทยในปัจจุบันมี 3 วิธีคือ (1) การตรวจหาเชื้อ HPV (HPV testing) (2) การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก (cervical cytology) และ (3) การตรวจปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชู (visual inspection with acetic acid, VIA) ร่วมกับการจี้ปากมดลูกด้วยความเย็นสำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของการวิจัยครั้งนี้ คือ ใช้วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดย HPV DNA test เพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นการบริการทดแทนการตรวจคัดกรองแบบดั้งเดิม (pap smear) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นลำดับแรก เพื่อค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกและระยะก่อนเป็นมะเร็งในสตรีอายุ 30-60 ปีที่มีความเสี่ยงสูงตามประกาศของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากในสถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันของประเทศไทยซึ่งมีทรัพยากรจำกัดและประเทศไทยได้ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อดำเนินการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกทั่วประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้จัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของประเทศไทยเพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องโรคมะเร็งตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ตั้งแต่การป้องกันโรค เพื่อค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกและระยะก่อนเป็นมะเร็งในสตรีอายุ 30-60 ปีที่มีความเสี่ยงสูงตามประกาศของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีเป้าหมายเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี 2563-2567 ให้ครอบคลุมร้อยละ 60 และลดอัตราการเสียชีวิตของหญิงไทยจากมะเร็งปากมดลูกลงร้อยละ 50 ด้วยวิธีการตรวจด้วยวิธีเซลล์วิทยาแบบดั้งเดิม (Conventional cytology) หรือ Pap smear หรือการตรวจปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชู (visual inspection with acetic acid, VIA) และการตรวจหาเชื้อด้วยวิธี HPV DNA test โดยตรวจซ้ำทุก 5 ปี

2.3 แนวคิดและทฤษฎีของความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ (KAP model)

ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ เป็นพื้นฐานของการพัฒนาพฤติกรรม กล่าวคือ เมื่อมีความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพดี และมีทัศนคติที่ดีจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งความหมายและความสำคัญในแนวคิดเหล่านี้ มีดังนี้

2.3.1 ความรู้

1) ความหมายของความรู้

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของความรู้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554) ให้ความหมายคำว่า “ความรู้” (Knowledge) หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียนการค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและความเข้าใจ หรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติต่อองค์วิชาในแต่ละสาขา

Good (1973) กล่าวว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง (Facts) ความจริง (Truth) เป็นข้อมูล ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่าง ๆ การที่บุคคลยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ อย่างมีเหตุผล บุคคลควรรู้เรื่องเกี่ยวกับสิ่งนั้น เพื่อประกอบการตัดสินใจ นั่นก็คือ บุคคลจะต้องมี ข้อเท็จจริงหรือข้อมูลต่าง ๆ ที่สนับสนุนและให้คำตอบข้อสงสัยที่บุคคลมีอยู่ ชี้แจงให้บุคคลเกิดความ เข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมทั้งเกิดความตระหนัก ความเชื่อ และค่านิยมต่าง ๆ ด้วย

Barnes (1981) กล่าวว่า ความรู้เป็นความฉลาด เซวาร์ปัญญา วุฒิปัญญา รอบรู้ รู้แจ้ง ทราบจำได้ รู้จักคุ้นเคย สิ่งหนึ่งจากประสบการณ์ที่เป็นจริง สิ่งที่ได้รับจากการฝึกฝน อบรม เรียนรู้ สิ่งที่มี คุณสมบัติประกอบด้วย ความเชื่อ มโนคติ ข้อเท็จจริง จินตนาการ ความคิด การรับรู้ ความคิดเห็น ซึ่งได้รับการตรวจสอบว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้อง มีความสอดคล้องกับเกษแก้ว เสียงเพราะ (2562) เกี่ยวกับการ เรียนรู้เพื่อสุขภาพในด้านความรู้เพราะเชื่อว่า ประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้จะก่อให้เกิดการพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แก่บุคคล กลุ่มคน หรือชุมชนเกิดการเรียนรู้เพื่อสุขภาพในด้านความรู้ ความเข้าใจเกิดเจตคติ ค่านิยม และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามหลักสุขภาพในการป้องกันโรค ส่งเสริม สุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น การเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ การฝึกทักษะที่จำเป็น รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่ทำให้บุคคลหรือกลุ่ม บุคคลเกิดการเรียนรู้เรื่องด้านสุขภาพใน 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ความเข้าใจเกิดเจตคติ ค่านิยม และการ ปฏิบัติไปพร้อม ๆ กัน จะขาดส่วนใดส่วนหนึ่งไม่ได้ เพราะจะทำให้การเกิดพฤติกรรมไม่สมบูรณ์ สามารถ อธิบายการเรียนรู้เรื่องด้านสุขภาพใน 3 ด้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านการรู้คิด หรือพุทธิปัญญา (Cognitive domain) เกี่ยวข้องกับความรู้ ความคิด ความเข้าใจ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ และการประเมินค่า รวมทั้ง การพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญาด้านสุขภาพในระดับต่าง ๆ และสามารถนำความรู้ไป ประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่น ๆ ได้

2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก หรือความชอบ (Affective domain) เป็นการ เรียนรู้ด้านจิตใจ อารมณ์และความรู้สึก ค่านิยม การสร้างความศรัทธา การเห็นคุณค่าในตนเอง ความ ภาคภูมิใจ หรือความรู้สึกที่ดีในเรื่องสุขภาพหรือเพิ่มพูนมากกว่าเดิม

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นกระบวนการการกระทำทางร่างกายที่มีการแสดงออกสามารถสังเกตได้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายอันเป็นเป้าหมายของการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องและต่อเนื่อง

จากความหมายความรู้จากนักวิชาการข้างต้นสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง สิ่งที่ตั้งสมมาจาก การศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า เรียนรู้ ความรู้เป็นข้อเท็จจริง (Facts) ความจริง (Truth) เป็นข้อมูลที่ได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่างๆ การที่บุคคลยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้อย่างมีเหตุผล บุคคลควรรู้เรื่องเกี่ยวกับสิ่งนั้น เพื่อประกอบการตัดสินใจ นั่นก็คือ บุคคลจะต้องมีข้อเท็จจริงหรือ ข้อมูลต่างๆที่สนับสนุนและให้คำตอบข้อสงสัยที่บุคคลมีอยู่ ชี้แจงให้บุคคลเกิดความเข้าใจและทัศนคติที่ดี ต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมทั้งเกิดความตระหนัก ความเชื่อ และค่านิยมต่าง ๆ ด้วย ซึ่งประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้นั้นจะก่อให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แก่บุคคล กลุ่มคน หรือชุมชนเกิดการ เรียนรู้เพื่อสุขภาพในด้านความรู้ ความเข้าใจเกิดเจตคติ ค่านิยม และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามหลัก สุขภาพในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ความรู้เรื่องมะเร็งเรื้องปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก หมายถึง เป็นการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง และการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูก โดยการบรรยายเน้นการ ป้องกันโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการ ปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเรื้องปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกที่สำคัญคือ ความรู้ เนื่องจากการให้ความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกมีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัด กรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญ (Ebadi. A, et al, 2018) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การศึกษาของสุวิมล สอนศรี, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และชินจิตร โพธิศัพท์สุข (2564) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอเสสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก โดยการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเรื้องปากมดลูกด้วย วิธีการเรียนรู้เชิงรุก และวีดิทัศน์การตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูก หลังได้รับโปรแกรมสตรีที่มีความตั้งใจมาตรวจ คัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกในกลุ่มทดลอง มีจำนวนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

การศึกษาของจิรศักดิ์ จิรากุลสวัสดิ์ศึกษา (2564) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก พบว่า โปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญ สถานการณ์ของโรคใน ปัจจุบัน ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการของโรค การรักษา การป้องกันการเกิดโรค และประโยชน์ของ

การตรวจคัดกรอง การสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากลมดลูกด้วยโมเดลโพรงมดลูกและทางแกง เป้าขาดสำหรับการตรวจภายในเพื่อลดความอวย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยว การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากลมดลูกทุกด้านมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากลมดลูกของกลุ่มทดลองมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของจันหนี แต่ไพสิฐพงษ์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อระดับความรู้ และทัศนคติในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากลมดลูกปกติ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้และทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากลมดลูกสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นต้น

ฉะนั้นความรู้จึงเป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งที่สามารถผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ เพราะการสร้างเสริมให้บุคคลให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งเรื้องปากลมดลูก และการตรวจคัดกรอง มะเร็งเรื้องปากลมดลูก จะเกิดทัศนคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากลมดลูก ซึ่งเอื้อให้เกิดการปฏิบัติโดยการ ตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากลมดลูก การปฏิบัติตัวดังกล่าวนั้นถูกต้องตามหลักสุขภาพจะเป็นผลดีต่อตัวเอง การปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหนึ่งหรือปัจจัยเดียวหรือหลายปัจจัย รวมกันก็ได้ เช่น การเกิดความเชื่อ และมีคนอื่นสนับสนุน ดังนั้นกระบวนการพัฒนาสุขภาพมุ่งให้ ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมี 3 ด้าน คือ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพ

2) ขั้นตอนของความรู้ ความรู้จะประกอบเป็นขั้น เริ่มจากการเรียนรู้ระดับง่ายก่อน ดังนี้ (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2562)

(1) ความรู้ (Knowledge) หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงการจำ และการระลึกได้ถึงความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ที่เป็นอิสระแก่กันไปจนถึงความจำในสิ่ง ที่ยุ่งยากซับซ้อน และมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน

(2) ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (Comprehension) เป็นความสามารถทางสติปัญญา ในการขยายความรู้ ความจำให้กว้างออกไปจากเดิมอย่างสมเหตุสมผล การแสดงพฤติกรรมเมื่อเผชิญกับ สื่อความหมาย และความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

(3) การนำไปปรับใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ (knowledge) ความ เข้าใจหรือความคิดรวบยอด (comprehension) ในเรื่องใด ๆ ที่มีอยู่เดิม ไปแก้ไขปัญหาที่แปลกใหม่ของ เรื่องนั้น โดยการใช้ความรู้ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการกับความความคิดรวบยอดมาผสมผสานกับ ความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งนั้น

(4) การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถและทักษะที่สูงกว่าความเข้าใจ และการนำไปปรับใช้ โดยมีลักษณะเป็นการแยกแยะสิ่งที่จะพิจารณาออกเป็นส่วนย่อยที่มีความสัมพันธ์กัน รวมทั้งการสืบค้นความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ เพื่อดูว่าส่วนประกอบปลีกย่อยนั้นสามารถเข้ากันได้หรือไม่ อันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างแท้จริง

(5) การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวบรวมส่วนประกอบย่อยๆ หรือส่วนใหญ่ ๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เป็นเรื่องราวอันหนึ่งอันเดียวกัน การสังเคราะห์จะมีลักษณะของการเป็นกระบวนการรวบรวมเนื้อหาสาระของเรื่องต่าง ๆ เข้าไว้ด้วยกันเพื่อสร้างรูปแบบ หรือโครงสร้างที่ยังไม่ชัดเจนขึ้นมาก่อน อันเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความคิดสร้างสรรค์ภายในขอบเขตของสิ่งที่กำหนดให้

(6) การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับความคิดค่านิยม ผลงาน คำตอบ วิธีการและเนื้อหาสาระเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่าง โดยมีการกำหนดเกณฑ์ (criteria) เป็นฐานในการพิจารณาตัดสิน การประเมินผล จัดได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สูงสุดของพุทธิลักษณะ (characteristics of cognitive domain) ที่ต้องใช้ความรู้ความเข้าใจ การนำไปปรับใช้การวิเคราะห์และการสังเคราะห์เข้ามาพิจารณาประกอบกันเพื่อทำการประเมินผลสิ่งหนึ่งสิ่งใด

3) ระดับความรู้ ทาบ (Hilda Taba) แบ่งความรู้ ออกเป็น 4 ระดับ (ศักดิ์ศรี ปาณะกุล, 2553, น. 74-75) ดังนี้

(1) ความรู้ที่เป็นข้อเท็จจริงและกระบวนการ (facts and processes) เป็นความรู้ขั้นต่ำสุดง่ายและธรรมดาที่สุด เป็นข้อมูลซึ่งแสดงความเป็นจริงของธรรมชาติ รวมทั้ง หลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่มีผู้กำหนดขึ้น เป็นข้อมูลที่อาศัยการท่องจำ และเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาไปสู่แนวคิดพื้นฐานในระดับต่อไป

(2) ความรู้ที่เป็นแนวคิดพื้นฐาน (basic ideas) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างของสองสิ่ง เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพจิตและร่างกาย ความรู้ในลักษณะนี้เป็นข้อมูลที่แฝงความหมายอยู่ด้วย เมื่อผู้เรียนเข้าใจและเห็นความสัมพันธ์เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ก็สามารถนำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดและหลักการดังกล่าวไปอธิบายเหตุการณ์อื่น ๆ ได้ ความรู้ที่เป็นข้อเท็จจริงและกระบวนการ แนวคิดพื้นฐาน จะนำไปสู่ความเข้าใจในเรื่องมโนทัศน์ต่อไป

(3) ความรู้ที่เป็นมโนทัศน์ (concepts) เกี่ยวกับความเข้าใจในลักษณะร่วม โครงสร้างและส่วนประกอบย่อย ๆ ของสิ่งต่าง ๆ ทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม รวบรวม สรุปรูป เป็นความคิดรวบยอดหรือมโนทัศน์ ความคิดรวบยอดเป็นระบบของความคิดที่ซับซ้อน และเป็นนามธรรม ซึ่งสามารถสร้างขึ้นได้โดยประสบการณ์ที่ต่อเนื่องจากสภาพการณ์ต่าง ๆ ความคิดรวบยอดไม่สามารถแยกแยะออกเป็นหน่วยเฉพาะได้

(4) ความรู้ที่เป็นระบบการคิด (thought systems) ระบบการคิดประกอบด้วย ความคิดรวบยอด หลักการ และคำจำกัดความ ผู้เรียนที่มีวุฒิภาวะ (mature) จะตั้งคำถามแล้วเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของความคิดสืบสอบ (inquiry) อย่างมีเหตุผล โดยอาศัยระบบการคิดเป็นพื้นฐาน ระบบการคิดจึงเป็นการศึกษาวิเคราะห์สิ่งต่าง ๆ เพื่อทำความเข้าใจในสิ่งนั้นแล้วสรุป หรือ สังเคราะห์ออกมาเป็นคำถาม คำตอบ หรือข้อสรุปในเรื่องนั้น ๆ

2.3.2 ทักษะคิด

1) ความหมายของทักษะคิด

ทักษะคิด บางครั้งก็เรียก เจตคติ เป็นแนวความคิดที่มีความสำคัญมากแนวหนึ่งทางจิตวิทยาสังคม และการสื่อสาร และมีการใช้คำนี้กันอย่างแพร่หลาย สำหรับการนิยามคำว่าทักษะนั้น ได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ดังนี้

เฟอร์กูสัน (Ferguson, 1952) กล่าวว่า ทักษะคิดเป็นการแสดงออกของความเชื่อว่าจะไร้อุก ไร้อึด ชอบหรือไม่ชอบ ยอมรับหรือปฏิเสธ

ฮิลการ์ด (Hillgard, 1962) กล่าวว่า ทักษะคิดเป็นสิ่งส่งเสริมหรือหักล้างแรงขับ (Drive) หรือแรงจูงใจ (Motivation) ถ้ามีทักษะคิดดีในการทำงานย่อมให้การปฏิบัติงานของตนก้าวหน้าได้

เทอร์สโตน (Thurstone, 1967) กล่าวว่า ทักษะคิด เป็นตัวแปรทางจิตวิทยาชนิดหนึ่งที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยง่าย แต่เป็นความโน้มเอียงทางจิตภายใน แสดงให้เห็นโดยเป็นพฤติกรรมบางอย่างใดอย่างหนึ่ง และทักษะคิดเป็นเรื่องราวของความชอบหรือไม่ชอบ ความลำเอียง ความคิดเห็น ความรู้สึก และความเชื่อมั่นต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ไทรแอนดิส (Triandis, 1971) กล่าวว่า ทักษะคิดเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความเห็นที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ภายหลังจากที่ได้รับประสบการณ์หรืออิทธิพลจากเรื่องนั้น ๆ มาแล้ว จะเป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่อเรื่องนั้น ๆ

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ (2562) กล่าวว่า ทักษะคิดเป็นผลสรุปของการประเมินสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มีลักษณะเป็นความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่เป็นผลมาจากประสบการณ์และการเรียนรู้ของบุคคลที่แสดงออกมา ใน 3 ลักษณะ คือ 1) ทักษะคิดทางบวก คือ ความคิดเห็นหรือความรู้สึกในลักษณะพอใจ ดี ยอมรับ หรือเห็นด้วย 2) ทักษะคิดเฉย ๆ คือ ไม่มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกเพราะว่าไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ และ 3) ทักษะคิดทางลบ คือ มีความคิดเห็นหรือความรู้สึกในลักษณะไม่พอใจ ไม่ดี หรือไม่ยอมรับ หรือไม่เห็นด้วย

สรุปได้ว่า ทักษะคิด หมายถึง เป็นสภาวะความพร้อมทางจิตใจ ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ สภาวะความพร้อมนี้เป็นแรงที่กำหนดทิศทางของปฏิกิริยาระหว่างบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของ และสถานการณ์ที่

เกี่ยวข้อง ทักษะคิดจึงก่อรูป ดังนี้ เกิดจากการเรียนรู้ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี การสร้าง ความรู้สึกจากประสบการณ์ตนเอง ประสบการณ์ที่ได้รับจากเดิม มีทั้งทางบวกและทางลบ จะส่งผลถึง ทักษะคิดต่อสิ่งใหม่ที่คล้ายคลึงกัน และการเลียนแบบบุคคลที่ตนเองให้ความสำคัญและรับเอาทัศนคติ นั้น มาเป็นของตน ฉะนั้นทัศนคติจึงมีความหมายสรุปรวม ๆ ได้ 2 ความหมาย คือ 1) ความรู้สึกของบุคคลที่มี ต่อสิ่งต่าง ๆ หลังจากทีบุคคลได้ประสบการณ์ในสิ่งนั้น ความรู้สึกจึงมีลักษณะ 3 ลักษณะ ดังนี้ คือ 1) ความรู้สึกในทางบวก เป็นการแสดงออกในลักษณะความพึงพอใจ เห็นชอบและสนับสนุน 2) ความรู้ สึกในทางลบ เป็นการแสดงออกในลักษณะไม่พึงพอใจ ไม่เห็นด้วย ไม่ชอบ และไม่สนับสนุน และ 3) ความรู้สึกที่เป็นกลาง คือ ไม่รู้สึกใด ๆ เป็นต้น 2) บุคคลแสดงความรู้สึกทางด้านพฤติกรรม ซึ่งแบ่ง พฤติกรรมเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) พฤติกรรมภายนอก เป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ มีการกล่าวถึง สนับสนุน ทำทางหน้าตา บ่งบอกความพึงพอใจ และ 2) พฤติกรรมภายใน เป็นพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ ชอบหรือไม่ ชอบก็ไม่แสดงออก

สำหรับการวิจัยนี้ทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง เป็นการนำบุคคล จำนวน 1 ท่าน ที่มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีผลการตรวจที่ผิดปกติในพื้นที่ ของงานวิจัยนี้ มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมไปถึง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบจริง นอกจากนี้มีการใช้นวัตกรรมทางเกมห่วยโย ห่างไกลมะเร็งปาก มดลูกโดยนำผ้าพันเมืองมาประยุกต์ให้เป็นทางเกมเจาะเป้าหมายปากปิดอวัยวะเพศเพื่อลดความเขินอาย ตอนขึ้นเตียงขาหยั่งและให้ผู้รับการตรวจสวมหน้ากากอนามัย เพื่อปิดบังใบหน้าลดความเขินอายเป็นการ ปรับตามวิถีชีวิตปกติใหม่กับสตรีกลุ่มเสี่ยง

2) องค์ประกอบของทัศนคติ

เกษแก้ว เสียงเพราะ (2562) ได้แบ่งองค์ประกอบของทัศนคติ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Component) เป็นองค์ประกอบ ด้านความรู้ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้านั้น ๆ เพื่อเป็นเหตุผลที่จะสรุปความ และรวมเป็นความเชื่อ หรือช่วยในการประเมินค่าสิ่งเร้านั้น ๆ มีความรู้ในรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งนั้น เช่น คนจะมีทัศนคติที่ดีต่อ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้นั้นก็ต้องมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ดังนั้นความรู้จึงเป็นพื้นฐานของความเชื่อที่ทำให้บุคคล เชื่อว่าข้อมูลนั้น ๆ เป็นจริง หรือไม่จริง มีคุณหรือมีโทษอย่างไร

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึกและอารมณ์ (Affective Component) เป็นองค์ประกอบ ด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ของบุคคล ที่มีความพันธ์กับสิ่งเร้า ต่างเป็นผลเนื่องมาจากที่บุคคลประเมินค่า สิ่งเร้านั้น แล้วพบว่า พอใจหรือไม่พอใจ ต้องการหรือไม่ต้องการ ดีหรือเลว

องค์ประกอบทั้งสองอย่างนี้มีความสัมพันธ์กัน ทักษะคิดบางอย่างจะประกอบด้วยความรู้ความเข้าใจมาก แต่ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านความรู้สึกและอารมณ์น้อย หรือมีความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่า “ชอบ” หรือ “ไม่ชอบ” “พอใจ” หรือ “ไม่พอใจ” สิ่งนั้นมาน้อยเพียงใด ความสำคัญขององค์ประกอบนี้ได้ทำให้นักวิจัยบางคนวัดทัศนคติ โดยวัดเพียงองค์ประกอบเดียว แต่ความจริงแล้วองค์ประกอบทางความรู้สึกนี้โดยทั่วไปจะสัมพันธ์กับอีกสององค์ประกอบ เช่น คนที่มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดพอที่จะเกิดทัศนคติได้ ย่อมสัมพันธ์สอดคล้องกับความรู้สึกชอบพอที่เกิดขึ้นต่อสิ่งนั้น และย่อมมีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์สอดคล้องกับความพร้อมที่จะประพฤติปฏิบัติออกมาเป็นการเป็นการกระทำขององค์ประกอบถัดไป เช่น สตรีกลุ่มเสียงที่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะก่อให้เกิดทัศนคติที่ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ย่อมสัมพันธ์สอดคล้องกับความรู้สึกชอบพอที่เกิดขึ้นต่อสิ่งนั้น และย่อมมีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์สอดคล้องกับความพร้อมที่จะตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งความพร้อมที่จะตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้นถือว่าการประพฤติปฏิบัติออกมาเป็นการกระทำขององค์ประกอบถัดไป ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยของบุญเรือง วิทมาสิงห์ และช่อผกา จันประดับ (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการมารับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า โปรแกรมการมารับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการนำเข้าชมสถานที่ตรวจและอุปกรณ์การตรวจคัดกรอง และการนำบุคคลที่มีประสบการณ์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีความผิดปกติในพื้นที่มาร่วมเล่าประสบการณ์ หลังได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาของ ทิพวรรณ โครตสีเชียว (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนเพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับนวัตกรรม “Mask in the world” ที่มีต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและผลการตรวจคัดกรองในสตรีอายุ 30-60 ปี จังหวัดมหาสารคาม พบว่า โปรแกรมการสอนเพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับนวัตกรรม “Mask in the world” โดยการสอนเป็นกลุ่มย่อยในหมู่บ้าน และประเมินการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการสอน การแลกเปลี่ยนความรู้ผ่านประสบการณ์ตรงในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการเล่าถึงวิธีการตรวจและเปิดโอกาสให้ซักถาม เพื่อลดความรู้สึกลัว/อายต่อการมารับบริการตรวจ และสวมหน้ากากเพื่อปิดบังใบหน้าเพื่อลดความเขินอาย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.75 เป็นร้อยละ 80.40

3. องค์ประกอบทางด้านความพร้อมที่จะกระทำ (Action Tendency หรือ Behavior Component) เป็นองค์ประกอบทางด้านความพร้อม หรือความโน้มเอียงที่บุคคลประพฤติปฏิบัติหรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทิศทางที่จะสนับสนุนหรือคัดค้าน เมื่อคนมีความรู้เชิงประเมิน และมีความรู้สึกชอบพอ หรือไม่ชอบพอสั่งใดสิ่งหนึ่ง สิ่งก็ตามมาก็คือ ความพร้อมที่จะกระทำในทางใดทางหนึ่งที่สอดคล้องกับความรู้เชิงประเมินและความรู้สึกต่อสิ่งนั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อ หรือความรู้สึกของบุคคลที่ได้รับจากการประเมินค่าให้สอดคล้องกับความรู้สึกที่มีอยู่ด้วย

สรุปได้ว่า ทักษะคติที่บุคคลที่ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง จะต้องประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบเสมอ แต่จะมีปริมาณมากน้อยแตกต่างกันไป โดยปกติบุคคลมักจะแสดงพฤติกรรมในทิศทางที่สอดคล้องกับทักษะคติที่มีอยู่

3) การเปลี่ยนแปลงทักษะคติ

แมคไกวร์ และมิลแมน (McGuire and Millman, 1965) กล่าวว่า แนวความคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทักษะคติ โดยใช้อิทธิพลทางสังคม เกิดจากความเชื่อที่ว่า บุคคลจะพัฒนาทักษะคติของตนเองในลักษณะใดนั้น ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับจากผู้อื่นในสังคม สิ่งที่มีอิทธิพลทางสังคมแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทคือ

1. กลุ่มอ้างอิง (Reference Group) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่เราใช้เป็นมาตรฐานสำหรับประเมิน ทักษะคติ ความสามารถของเราหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปบุคคลจะใช้กลุ่มอ้างอิงเพื่อประเมินทักษะคติของตนและตัดสินใจว่าทักษะคติของตนถูกต้อง เพราะคิดว่าคนส่วนใหญ่ในกลุ่มมีทักษะคติเช่นเดียวกับตน

วัตสันและ จอห์นสัน (Watson and Johnson, 1972) ได้กล่าวถึงอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงทักษะคติ ไว้ดังนี้

(1) ทักษะคติของบุคคลจะมีผลอย่างมากจากกลุ่มที่เขามีส่วนร่วม และกลุ่มที่เขาต้องการจะร่วมด้วย

(2) ถ้าทักษะคติของบุคคลสอดคล้องกับมาตรฐานหรือบรรทัดฐานของกลุ่มจะเป็นการเสริมแรง (Reinforcement) ให้กับทักษะคติ นั้นมากขึ้นในทางตรงข้ามจะเป็นการลงโทษ (Penalty) ถ้าบุคคลนั้นมีทักษะคติไม่ตรงกับมาตรฐานหรือบรรทัดฐานของกลุ่ม

(3) บุคคลที่ขึ้นอยู่กับกลุ่ม หรือติดอยู่กับกลุ่มมาก จะเป็นผู้ที่เปลี่ยนแปลงทักษะคติได้ยากที่สุด ถ้าการเปลี่ยนแปลงนั้น เป็นความพยายามของบุคคลภายนอก

(4) การสนับสนุน หรือเห็นด้วยกับทักษะคติบางอย่างของสมาชิกในกลุ่มแม้เพียง 1 คนเท่านั้น ก็สามารถลดอิทธิพลของกลุ่มใหญ่ที่มีต่อทักษะคติของสมาชิกในกลุ่มได้

(5) แม้เป็นเพียงสมาชิก 2 คนในกลุ่มเท่านั้นที่ยึดมั่นในความคิดหรือทัศนคติบางอย่าง ก็จะมีอิทธิพลต่อสมาชิกในกลุ่มได้

(6) การมีส่วนร่วมในการอภิปรายกลุ่มและการตัดสินใจกลุ่ม จะช่วยลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ถ้ากลุ่มตัดสินใจยอมรับทัศนคติใหม่ สมาชิกในกลุ่มก็จะยอมรับทัศนคติด้วย

(7) ถ้าบุคคลเปลี่ยนแปลงกลุ่มอ้างอิงของตน ทัศนคติของบุคคลก็มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงด้วย

2. บุคคลอ้างอิง (Reference Individuals) หมายถึง บุคคลที่เราใช้เป็นมาตรฐานเพื่อประเมินทัศนคติ ความสามารถของเราหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อิทธิพลของผู้อื่นที่มีต่อทัศนคติของบุคคลตรงกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เรียกว่า การเลียนแบบ (Identification) ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลรับเอาคุณสมบัติของผู้อื่น เช่น ความคิด ทัศนคติ พฤติกรรม เป็นต้นมาเป็นของตนข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของ ทัศนคติ ในส่วนของการรับรู้เชิงแนวคิด (Cognitive Component) และเมื่อองค์ประกอบส่วนใดส่วนหนึ่งเปลี่ยนแปลง องค์ประกอบส่วนอื่นจะมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงด้วยบุคลกรทางการแพทย์ ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสารต้องมีความเชี่ยวชาญ (Expertness) และความน่าไว้วางใจ (Trustworthiness) จะทำให้มีความน่าเชื่อถือสูง สามารถชักจูงใจได้ดีอีกทั้งมีบุคลิกภาพ (Personality) ดีก็จะมีผลสำคัญต่อการยอมรับ นอกจากนี้หากข้อมูลข่าวสารมีการเตรียมมาเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นเนื้อหาการเรียงลำดับความชัดเจนตลอดจนมีความกระชับและมีช่องทางในการส่งที่เหมาะสม ผู้ใช้บริการซึ่งเป็นผู้รับสารก็อยากฟัง และมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำหรือชักจูง

2.3.3 การปฏิบัติ

การปฏิบัติ (Practice) เป็นพฤติกรรมที่สำคัญของบุคคลซึ่งจะแสดงออกตามความรู้สึกนึกคิด และทัศนคติที่มีอยู่ ซึ่งพฤติกรรมมีความสำคัญอย่างมากต่อสุขภาพ การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมจึงเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาการป้องกัน การรักษา และการจัดการกับอาการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ (Fisher et al., 2011) ดังนั้น พฤติกรรมศาสตร์จึงมีความสำคัญมากสำหรับวิชาชีพการพยาบาล โดยเฉพาะสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนซึ่งต้องมีความรับผิดชอบดูแลบุคคลทุกช่วงกลุ่มอายุ ทั้งกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพดี กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง และกลุ่มที่เจ็บป่วย ครอบคลุมตั้งแต่ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไปจนถึงที่บ้านและชุมชน

1) ความหมายของการปฏิบัติ/พฤติกรรม

การปฏิบัติ/พฤติกรรม มีความหมายดังนี้

พจนานุกรมฉบับมาเรียน-เว็บสเตอร์ (Merriam-Webster's Collegiate Dictionary, 1995) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมศาสตร์ (Behavior Science) เป็นวิทยาศาสตร์สาขาหนึ่ง ซึ่งคล้ายกับจิตวิทยา (Psychology) สังคมวิทยา (Sociology) หรือมานุษยวิทยา (Anthropology) เป็นการกระทำของมนุษย์ และใช้ในการอธิบายพฤติกรรมทางสังคมของมนุษย์

สารานุกรมบริแตนนิคา (Editors of Encyclopedia Britannica, n.d.) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมศาสตร์ เป็นวิทยาการสาขาต่าง ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการกระทำของมนุษย์ ซึ่งมักจะรวมถึงสังคมวิทยา (Sociology) มานุษยวิทยาทางสังคมและวัฒนธรรม (Social and cultural anthropology) จิตวิทยา (Psychology) รวมทั้งพฤติกรรมในประเด็นด้านที่เกี่ยวข้องกับชีววิทยา (Biology) เศรษฐศาสตร์ (Economics) ภูมิศาสตร์ (Geography) กฎหมาย (Law) จิตเวชศาสตร์ (Psychiatry) และรัฐศาสตร์ (Political Science) โดยในช่วงทศวรรษ 1950 ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการใช้คำว่าพฤติกรรมศาสตร์ ในความหมายที่เหมือน หรือแทน คำว่าสังคมศาสตร์ (Social Sciences) แต่มีนักวิชาการบางส่วนไม่เห็นด้วย เนื่องจากนักพฤติกรรมศาสตร์ได้ให้ความเห็นว่า พฤติกรรมศาสตร์ มีการใช้การศึกษามากกว่าในสังคมศาสตร์

แคปแลน และซาดอคค์ (Kaplan & Sadock, 1991) ให้ความหมายไว้ใน Comprehensive Glossary of Psychiatry and Psychology ว่า พฤติกรรมศาสตร์ เป็นความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ในด้านใดด้านหนึ่ง ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล พัฒนาการ ค่านิยม ประสบการณ์และกิจกรรมต่าง ๆ พฤติกรรมศาสตร์ มีความเกี่ยวข้องกับวิชาด้านสังคมวิทยา จิตเวชศาสตร์ มานุษยวิทยา รวมไปถึงศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกัน

มิลลอน (Millon, 1975 cited in Weitzel, 1975) ได้จำแนกกระบวนวิชาพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์ (Medical Behavioral Science) ออกเป็น 4 หมวด ได้แก่

1. ด้านชีวพฤติกรรม (Biobehavioral division) ซึ่งให้ทัศนะเกี่ยวกับสิ่งมีชีวิต (organism) เช่น พันธุกรรม สรีรวิทยา ประสาทวิทยา (neuroscience) เป็นต้น
2. ด้านจิตพฤติกรรม (Psychobehavioral division) ซึ่งให้ทัศนะเกี่ยวกับบุคคล (person) เช่น โครงสร้างของจิต จิตใต้สำนึก บุคลิกภาพ การเรียนรู้ เป็นต้น
3. ด้านพฤติกรรมปฏิสัมพันธ์ (Interbehavioral division) ซึ่งให้ทัศนะเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) เช่น กระบวนการกลุ่ม (group process) ชนชั้นทางสังคม (social class) การสื่อสาร (Communication) เป็นต้น
4. ด้านพฤติกรรมสังคม (Sociobehavioral division) ซึ่งให้ทัศนะเกี่ยวกับวัฒนธรรม (Culture) เช่น อิทธิพลของศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ การให้บริการทาง

สุขภาพ (health care delivery) การประกันสุขภาพและสังคม (health and Social insurance) เป็นต้น

สรุปได้ว่า พฤติกรรมศาสตร์ เป็นการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ในด้านต่าง ๆ และมีความเกี่ยวข้องกับสังคมวิทยา จิตวิทยา มานุษยวิทยา รวมไปถึงศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ซันเดล และซันเดล (Sundel & Sundel, 2005) อธิบายว่า พฤติกรรม ทางการกระทำต่างๆ ของบุคคลทั้งที่สังเกตเห็นได้หรือวัดได้ ที่สื่อออกมาโดยใช้ภาษาและไม่ใช้ภาษา ซึ่งพฤติกรรมสามารถจำแนกออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ พฤติกรรมภายนอก และพฤติกรรมภายใน

1. พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) เป็นปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้าหรือการกระทำที่ปรากฏออกมาสามารถสังเกตเห็นได้ หรือรับรู้ได้โดยใช้เครื่องมือตรวจวัด แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1.1 แบบโมลาร์ (Molar) เป็นพฤติกรรมภายนอกที่สามารถสังเกตเห็นได้ด้วยตาเปล่า เช่น การยืน การเดิน การนั่ง การนอน การพูด การหัวเราะ การร้องไห้ เป็นต้น

1.2 แบบโมเลคิวลาร์ (Molecular) เป็นพฤติกรรมภายนอกที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่สามารถตรวจสอบได้โดยใช้เครื่องมือ เช่น คลื่นสมอง คลื่นหัวใจ การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การทำงานของกระเพาะอาหาร การทำงานของลำไส้ เป็นต้น

2. พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) เป็นปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้า หรือการกระทำที่เกิดขึ้นภายในใจของบุคคล ซึ่งไม่สามารถสังเกตเห็นพฤติกรรมนี้ได้ เป็นกระบวนการทางจิต (mental process) เป็น “ความในใจ” ของบุคคล ตนเองเท่านั้นที่ทราบ หากเขาไม่บอกใครหรือไม่แสดงออกมา บุคคลอื่นก็จะไม่สามารถสังเกตเห็นพฤติกรรมนี้ได้โดยตรงพฤติกรรมภายใน เช่น ความคิด การรับรู้ ความรู้สึก ความเข้าใจ อารมณ์ ความจำ จินตนาการ ทศนคติ ความเชื่อ เป็นต้น แม้ยังไม่มีวิธีที่สามารถวัดพฤติกรรมภายในเหล่านี้ได้โดยตรง แต่พฤติกรรมภายในบางอย่างสามารถที่จะวัดได้โดยใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ เนื่องจากพฤติกรรมเหล่านี้มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายได้ เช่นขณะใช้ความคิดสามารถตรวจพบคลื่นสมองทำงานมากขึ้นหรือขณะมีอาการโกรธจะมีปริมาณน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถประเมิน ได้จากคำบอกของบุคคลนั้น (self-report) พฤติกรรมภายในและภายนอกมีความสัมพันธ์กัน โดยพฤติกรรมภายในเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมภายนอก เช่น หากบุคคลหนึ่งมีความรู้สึกที่ไม่มีความสุข บุคคลนั้นก็แสดงออกทางแววตา สีหน้า ท่าทาง เป็นต้น ดังนั้น การที่จะเข้าใจบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ต้องศึกษา/สังเกตพฤติกรรมภายนอกที่บุคคลนั้นแสดงออกมา และจะต้องทำความเข้าใจถึงความรู้สึก อารมณ์ ความคิด การรับรู้ของ บุคคลนั้นด้วยเช่นกัน เนื่องจาก

พฤติกรรมทุกอย่างนั้นมีสาเหตุ แต่สาเหตุสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมได้หลายรูปแบบ และแต่ละพฤติกรรมอาจจะเกิดจากหลายสาเหตุได้ด้วยเช่นกัน (Sundel & Sundel, 2005)

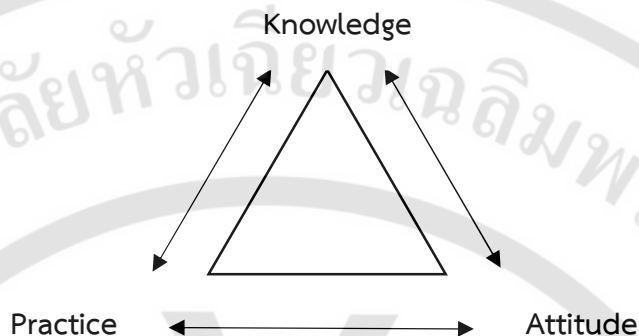
สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำปฏิกิริยาต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกทั้งภายในและภายนอก มีทั้งที่สามารถสังเกตเห็นได้ และไม่สามารถสังเกตเห็นได้ ทั้งที่สื่อออกมาโดยใช้ภาษาและไม่ใช้ภาษา (ทั้งสิ่งที่กระทำหรือละเว้นการกระทำ) ซึ่งพฤติกรรมมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบข้าง ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต และสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ในขณะนั้น นอกจากนี้ พฤติกรรมของบุคคลยังแตกต่างกันไปตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม บุคคลากรที่มีสุขภาพซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการจึงจำเป็นต้องเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ในเบื้องต้น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ พฤติกรรม เป็นการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินการตัดสินใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่าจะไปตรวจแน่นอน ไม่ไปตรวจแน่นอน หากมีการตัดสินใจว่าไปตรวจแน่นอนให้ระบุ วัน เดือน ปี เวลา เพื่อเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ชัดเจน

2.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การตัดสินใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง

ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และการปฏิบัติ (practice) ซึ่งคาร์เตอร์ วิกู๊ด (Good, C.V., 1973) เชื่อว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง (Facts) ความจริง (Truth) เป็นข้อมูลที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่างๆ ที่บุคคลยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างมีเหตุผล บุคคลต้องรู้เรื่องเกี่ยวกับสิ่งนั้นเพื่อประกอบการตัดสินใจ นั่นก็คือ บุคคลจะต้องมีข้อเท็จจริงหรือข้อมูลต่าง ๆ ที่สนับสนุนและให้คำตอบข้อสงสัยที่บุคคลมีอยู่ ชี้แจงให้บุคคลเกิดความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมทั้งเกิดความตระหนัก ความเชื่อ และค่านิยมต่าง ๆ ด้วยกล่าวคือ แบบจำลอง KAP จะประกอบไปด้วย ความรู้ ความเข้าใจ (K) ทักษะที่เป็นบวก/ลบต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) (A) และการปฏิบัติ (P) เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สามารถเขียนแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมได้ (Singh, I.N. and Malaviya, A.N., 1994) ดังนี้

แผนภูมิที่ 1 The Knowledge-Attitude-Practice model



ที่มา: Carter V. Good, 1973

สรุปได้ว่า ความรู้ (K) ส่งผลให้เกิดทัศนคติ (A) ซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ โดยมีทัศนคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ คือ ทัศนคติจะเกิดความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทัศนคตินั้น ซึ่งจะกล่าวได้ว่าความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันหลายแบบทั้งตรงและทางอ้อม โดยเชื่อได้ว่า ทัศนคติที่ดีจะทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งต้องสืบเนื่องมาจากสตรีกลุ่มเสี่ยงนั้นมีความรู้และทัศนคติที่ดีจะช่วยนำเอาความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การส่งเสริม และป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปใช้ หรือกล่าวได้ว่าความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติมีผลต่อเนื่องกัน เช่น ทัศนคติมีผลต่อการปฏิบัติ และการปฏิบัติมีผลมาจากทัศนคติ ซึ่งทั้งหมดจะมีพื้นฐานมาจากความรู้

2.4 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ

2.4.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพได้ถูกให้ความหมายจากหลายแหล่ง ไว้ดังนี้
 กอชแมน (Gochman, 1997) ให้ความหมายของ พฤติกรรมสุขภาพ (Health behaviors) ว่าเป็นการกระทำที่ไม่ได้จำกัดเฉพาะการกระทำที่สังเกตเห็นได้โดยตรงเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมไปถึงด้านจิตใจ และสภาวะความรู้สึกที่สามารถประเมินหรือวัดได้โดยอ้อมอีกด้วย พฤติกรรมสุขภาพมีความหมายครอบคลุมถึง คุณลักษณะส่วนบุคคล/เฉพาะบุคคล (personal attributes) เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ เป็นต้นบุคลิกส่วนบุคคล (personality characteristics) ที่เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่สามารถสังเกตเห็นได้และที่บุคคลรู้สึก ทั้งที่เป็นสภาวะทางอารมณ์ต่อสถานการณ์ และที่เป็นลักษณะประจำตัว (affective and emotional states and traits) รูปแบบของพฤติกรรมภายนอกการกระทำ

และอุปนิสัย (overt behavioral patterns, actions and habits) ที่เกี่ยวข้องกับการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การฟื้นฟูสุขภาพ และทำให้สุขภาพดีขึ้น (health maintenance, restoration, and improvement)

กลานซ์ และคณะ (Glanz et al., 2008) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของบุคคล กลุ่มคน และองค์กร ผลที่เกิดจากการกระทำนั้นๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การพัฒนานโยบายและนำไปใช้ การพัฒนาทักษะการเผชิญหน้า และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดหรือเป็นตัวทำนาย (determinants) ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ฟิชเชอร์ และคณะ (Fisher et al., 2011) กล่าวว่า การกระทำและการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพไม่ว่าทางบวกหรือทางลบ ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ บุคลากรทีมสุขภาพจึงมีความจำเป็นต้องเข้าใจพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งพฤติกรรมด้านบวก (positive behavior) และพฤติกรรมด้านลบ (negative behavior) เนื่องจากพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมพฤติกรรมด้านบวกที่มีผลดีต่อสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านลบที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ดังนั้น ความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จึงมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการจัดการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาอย่างมากในปัจจุบัน

คาร์ล และคอบบ์ (Karl & Cobb, 1966a and Karl & Cobb, 1966b cited in Glanz et al., 2008) ได้จำแนกพฤติกรรมสุขภาพ ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค (preventive behavior) พฤติกรรมการเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมบทบาทคนป่วย (sick-role behavior) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคลเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรค เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การสวมหมวกนิรภัย เมื่อขี่จักรยาน จักรยานยนต์ การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

2. พฤติกรรมการเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคลเมื่อรับรู้ว่าเป็นคนเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ เพื่อให้ทราบสภาวะสุขภาพของตน และแสวงหาการรักษาที่เหมาะสม เช่น การปรึกษาผู้ใกล้ชิด หรือหาข้อมูลจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตน เป็นต้นแต่ในบางรายอาจมีพฤติกรรมการเพิกเฉยต่อการแสวงหาการรักษา มีพฤติกรรมหลบหลีกหลีกเลี่ยงได้เช่นกัน

3. พฤติกรรมบทบาทคนป่วย หมายถึง การปฏิบัติการกระทำของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้ตนเองหายป่วย เช่น การไปรับการรักษา การปฏิบัติตนที่เหมาะสมตามแผนการรักษา การงดเว้น การปฏิบัติงาน/หน้าที่บางอย่างที่ตนเองรับผิดชอบในระหว่างที่ป่วย เป็นต้น

นอกจากพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้น ยังมีการให้ความสนใจศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญอย่างมากต่อสุขภาพเช่นกัน โดยมีการให้ความหมายไว้ดังนี้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) หมายถึง การกระทำ/พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเพ็นเดอร์ (Pender, 2011) ได้จำแนกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ การจัดการกับความเครียด และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ด้านบวกต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมเสี่ยง (Risk behavior) หมายถึงการกระทำ/พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยเป็นโรค ได้รับบาดเจ็บ หรือเกิดผลเสียต่อสุขภาพเพิ่มขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ทางลบต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงหรือมีโซเดียมสูง พฤติกรรมการใช้สารเสพติด พฤติกรรมการไม่ใส่หมวกนิรภัยขณะขับขี่จักรยานยนต์ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้น (Fisher et al., 2011)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำและการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ มีผลต่อสุขภาพ/มีความสัมพันธ์กับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญไม่ว่าจะเป็นทางบวกหรือทางลบ ทั้งที่สามารถสังเกตเห็นได้ และไม่สามารถสังเกตเห็นได้ ทั้งที่สื่อออกมาโดยใช้ภาษาและไม่ใช้ภาษา ทั้งสิ่งที่กระทำ ละเว้นการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญนั้นไม่เพียงเฉพาะแต่พฤติกรรมด้านบวก พฤติกรรมด้านลบทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพก็มีความสำคัญมาก ต้องได้รับความสนใจจากบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อจะได้ดำเนินการแก้ไข ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงมีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านลบที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และส่งเสริมพฤติกรรมด้านบวกที่มีผลดีต่อสุขภาพ

สำหรับกรณีวิจัยนี้ พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินการตัดสินใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่าจะไปตรวจแน่นอน ไม่ไปตรวจแน่นอน หากมีการตัดสินใจว่าไปตรวจแน่นอน ให้ระบุวัน เดือน ปี เวลา เพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ชัดเจน

2.4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมของบุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลอาจเกิดจากสาเหตุที่แตกต่างกัน เช่น เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นเองจากการเรียนรู้เพิ่มขึ้นตามวุฒิภาวะหรือระยะพัฒนาการ เกิดการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการถูกบังคับหรือจากอิทธิพลระหว่างบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการเลียนแบบหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากยอมรับว่าเป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดผลดีต่อตนเอง คิดว่ามีความเหมาะสมกับตนเอง สอดคล้องกับค่านิยมและความเชื่อของตนเอง ดังนั้นการทำความเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทีมสุขภาพในการนำไปสู่ความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ การรับรู้ ทักษะคิด ค่านิยม และการเลียนแบบจากสิ่งแวดล้อมอื่น การที่บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม แตกต่างกันไปนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ และเงื่อนไขต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า ไม่เพียงเฉพาะปัจจัยภายในตัวบุคคลเท่านั้นที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล แต่รวมไปถึงอิทธิพลจากภายนอกที่เป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย (Bandura, 1986)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีทั้งปัจจัยด้านบวก และปัจจัยด้านลบ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการที่จะมีสุขภาพดี หรือเจ็บป่วย ปัจจัยด้านบวกเป็นปัจจัยที่ช่วยให้มีสุขภาพดีและป้องกันความเจ็บป่วย ส่วนปัจจัยด้านลบ เป็นปัจจัยที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพ จึงจำเป็นต้องได้รับความสนใจจากบุคลากรทีมสุขภาพ

ฟิชเชอร์ และคณะ (Fisher et al., 2011) จำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อม และพันธุกรรม ดังนี้

1. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีทั้งพฤติกรรมด้านลบและพฤติกรรมด้านบวก พฤติกรรมด้านลบ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์การใช้สารเสพติด การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมด้านบวก เช่น การออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เป็นต้น
2. ปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพ เช่น การเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ
3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น การศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ การสนับสนุนทางสังคม/จากครอบครัว ความปลอดภัย เป็นต้น
4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย การคมนาคม คุณภาพน้ำ คุณภาพอากาศ เป็นต้น
5. ปัจจัยด้านพันธุกรรม

เนื่องจากปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ถูกระบุว่าเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับสุขภาพ จึงได้รับความสนใจอย่างมาก และมีการศึกษาทั้งพฤติกรรมสุขภาพด้านบวกและด้านลบ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาครอบคลุมไปถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้วย

เคอร์, เวทคุแนท, และมอเรตี (Kerr, Weitkunat and Moreti, 2005) จำแนกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยภายนอก

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) หมายถึง ปัจจัยที่บอกลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งทำให้แต่ละบุคคลเหมือนหรือแตกต่างกัน ดังตัวอย่างเช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ ความเชื่อ ทักษะ ทักษะ ความคาดหวังการรับรู้ สติปัญญา การตัดสินใจ อุปนิสัย ความตั้งใจที่จะนำไปปฏิบัติ ขั้นตอนของการเปลี่ยนพฤติกรรม ความพร้อม และแรงจูงใจ เป็นต้น โดยปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

1.1 อายุ (Age) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ก็มีการวิจัยอื่น ๆ พบว่า อายุที่มากขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ

1.2 เพศ (Sex) เพศชาย มีพฤติกรรมเสี่ยงในการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิง มีพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหารหวานมากกว่าเพศชาย

1.3 เชื้อชาติ (Ethnicity) พบว่า คนแอฟริกัน-อเมริกันรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ

1.4 บุคลิกภาพ (Personality) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบเอ จะมีความเครียดสูงกว่าบุคลิกภาพแบบบี

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ อีกหลายประการ แต่ละปัจจัยมีความหมาย ดังนี้

1) ความเชื่อ (Beliefs) หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจว่า บางสิ่งบางอย่างดี ถูกต้อง มีคุณค่า หรือเป็นจริง (Meriam-Webster's Collegiate Dictionary, 1995)

2) ทักษะ (Attitude) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อบุคคล หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อันเป็นผลมาจากประสบการณ์หรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีผลต่อความรู้สึก และความเชื่อของบุคคลนั้น รวมไปถึงการที่บุคคลจะแสดงออกกระทำ และมีปฏิกิริยาต่อสิ่งต่าง ๆ (Myers, 2010)

3) การรับรู้ (Perceptions) หมายถึง ความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ โดยใช้ความรู้สึกของตน (Merriam Webster's Collegiate Dictionary, 1995)

4) ความคาดหวัง หมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น ความรู้สึกหรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสำเร็จที่ตนจะได้รับ หรือสิ่งดี ๆ ที่จะเกิดขึ้น ความคาดหวังจึงเป็นความรู้สึก

ความเชื่อ การรับรู้ หรือการคาดการณ์ของบุคคลต่อสิ่งดี ๆ ที่จะเกิดขึ้น พฤติกรรมของบุคคลจึงเป็นไปตามความคาดหวังที่ตั้งไว้ (Merriam-Webster's Collegiate Dictionary, 1995)

2. ปัจจัยภายนอก (External factors) หมายถึง ปัจจัยจากภายนอกตัวบุคคลที่ทำให้แต่ละบุคคลมีพฤติกรรมเสี่ยงที่เหมือนหรือแตกต่างกัน แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environments) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-economic environments) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางจิตสังคม (Psychosocial environments) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางการเมือง และกฎหมาย (Political and legal environments) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมสมัยใหม่ (Modern cultural environments)

แมคลีโรซี และคณะ (McLeroy et.al., 1988 cited in Kerr, Weitkunat และ Moretti, 2005) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า สามารถจำแนกปัจจัยเหล่านี้ออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factors) หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลนั่นเอง เช่น ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม ความคาดหวัง และลักษณะส่วนบุคคลอื่น ๆ (อายุ เพศ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา) เป็นต้น

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factors) หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งอาจจะสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เช่น สัมพันธภาพที่เป็นการสนับสนุน หรือการต่อต้าน (resistance) ที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อน เป็นต้น

3. ปัจจัยด้านสถาบัน/องค์การ (Institutional or organizational factors) หมายถึง ปัจจัยในระดับองค์การเกี่ยวกับกฎระเบียบในการบริหารจัดการของหน่วยงาน สถาบัน หรือองค์การ เช่น โครงสร้างนโยบาย ซึ่งอาจจะสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในหน่วยงาน สถาบัน หรือองค์การ

4. ปัจจัยด้านชุมชน (Community factors) หมายถึง ปัจจัยเกี่ยวกับชุมชน ความร่วมมือของกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ร่วมกัน กลุ่มเพื่อน สมาคม หรือเครือข่ายทางสังคมที่ให้ความช่วยเหลือกัน ซึ่งอาจจะสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในกลุ่ม/ชุมชน เช่น บรรทัดฐานทางสังคมของกลุ่ม ทศนคติของคนที่อยู่ร่วมกันในชุมชน ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม/องค์การในชุมชน เป็นต้น

5. ปัจจัยด้านนโยบายสาธารณะ (Public policy factors) หมายถึง ปัจจัยเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะที่จะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และองค์กรที่ปฏิบัติงาน เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพในด้านนโยบาย กฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ การกำกับติดตาม เป็นต้น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอก ซึ่งทำให้แต่ละบุคคล มีพฤติกรรมเสี่ยงที่เหมือนหรือแตกต่างกัน ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลที่บอกลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล และปัจจัยภายในตัวบุคคลนั้น เช่น ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม ความคาดหวัง เป็นต้น ส่วนปัจจัยภายนอก เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล มาจากสิ่งแวดล้อม ทางด้านต่างๆ (เช่น ด้านกายภาพ สังคม เศรษฐกิจ จิตสังคม การเมืองและกฎหมาย และวัฒนธรรม) ซึ่งนักวิชาการบางกลุ่มได้อธิบายปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเป็นระดับชั้นตั้งแต่ระดับระหว่างบุคคล สถาบัน องค์กร ชุมชน และสาธารณชนในภาพกว้าง จะเห็นได้ว่าไม่เพียงแต่เฉพาะปัจจัยภายในบุคคลเท่านั้นที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล แต่รวมไปถึงปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลจากภายนอกที่เป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย (Bandura, 1986) เพราะพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นจากการเรียนรู้ การรับรู้ ทศนคติ ค่านิยม และการเลียนแบบจากสิ่งแวดล้อม การที่บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมแตกต่างกันไปนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ และเงื่อนไขต่าง ๆ เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของตัวปัจเจกบุคคล บุคลากรทีมสุขภาพจึงต้องเข้าใจ พื้นฐานของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด (determinants) ปัจจัยที่ทำหน้าที่เชื่อมโยง (ตัวแปรส่งผ่าน mediators), พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) และผลลัพธ์ทางสุขภาพของบุคคล (health outcomes) (DiClemente, Salazar, Crosby & Wingwood, 2005) ปัจจัยเหล่านี้จึงถูกนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.5 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งทางนรีเวชที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของสตรีทั่วโลกและประเทศไทย อาการของมะเร็งปากมดลูกขึ้นอยู่กับลักษณะ ขนาดรอยโรคหรือก้อนมะเร็ง การลุกลามหรือการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่าง ๆ มะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ไม่มีอาการ มักวินิจฉัยได้จากการตรวจคัดกรองดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนตามหลักทางวิทยาศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์ให้ครอบคลุม 4 มิติ อันได้แก่ การบริการด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ เพราะเป็นผู้ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถที่สูงขึ้นในวิชาชีพ สามารถตัดสินใจ สามารถปฏิบัติทางคลินิกที่ซับซ้อนและละเอียดมีขอบเขตที่กว้างขวางมากกว่าพยาบาลวิชาชีพทั่วไป (สภาการพยาบาล, 2553) โดยจัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนในขณะที่ยังไม่ป่วยการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกให้สอดคล้องกับศักยภาพของการจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิให้ครอบคลุมทั้งเชิงรับ

และเชิงรุกในชุมชนตั้งนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีบทบาท(มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, 2561)ดังนี้

1. บทบาทของการเป็นผู้ให้บริการทางคลินิก คือ การเป็นผู้ดูแลโดยตรง (Care provider) เป็นการให้การดูแลบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูกให้มีภาวะสุขภาพที่ดีภายใต้การบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติในการประเมินปัญหา การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการ การวางแผนและปฏิบัติการ รวมทั้งการประเมินผลการดูแลนั้นอย่างต่อเนื่อง

2. บทบาทของการให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Educator) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนนั้นต้องเป็นผู้ให้ความรู้แก่คนในชุมชนนั้นๆเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สาเหตุ อาการ การวินิจฉัยโรค การป้องกัน และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อเป็นการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ และป้องกันปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกอันเกิดจากการติดเชื้อ Human Papilloma virus (HPV) ซึ่งการสอนให้ความรู้นั้นมีทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม มีวิธีการที่หลากหลาย ใช้เทคนิควิธีการสอนและการฝึกทักษะ ร่วมกับการเสริมพลัง (empower) เพื่อให้มีความสอดคล้องกับผู้เรียนในชุมชน

นอกจากนี้ยังมีขอบเขตและความรับผิดชอบของพยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งต้องอาศัยคุณสมบัติในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยตามประกาศสภาการพยาบาลกำหนดเรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติขั้นสูง (สภาการพยาบาล, 2553) ได้กำหนดสมรรถนะของการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนไว้ทั้งหมด 9 ด้าน ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 สมรรถนะด้านการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลบุคคล กลุ่มคน ครอบครัวและชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ

สมรรถนะที่ 2 สมรรถนะด้านการดูแลให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการวัยรุ่น ผู้สูงอายุ มารดาและทารก และกลุ่มอื่นในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อน (Direct care)

สมรรถนะที่ 3 สมรรถนะด้านการประสานงาน (Collaboration) สามารถปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โดยใช้หลักการสร้างหุ้นส่วนกับประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน องค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสหวิชาชีพ ในการศึกษาข้อมูลของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และศักยภาพชุมชน การวางแผนและการออกแบบ การปฏิบัติและการประเมินผลกิจกรรมการดูแลสุขภาพ และการบริการสุขภาพตามความต้องการด้านสุขภาพ รวมทั้งศักยภาพชุมชน

สมรรถนะที่ 4 สมรรถนะด้านการเสริมพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (Mentoring)

สมรรถนะที่ 5 สมรรถนะด้านการให้คำปรึกษาด้านการดูแลบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน (Consultation)

สมรรถนะที่ 6 สมรรถนะด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

สมรรถนะที่ 7 สมรรถนะด้านการให้เหตุผลทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making)

สมรรถนะที่ 8 สมรรถนะด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice)

สมรรถนะที่ 9 สมรรถนะด้านการจัดการ และการประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation)

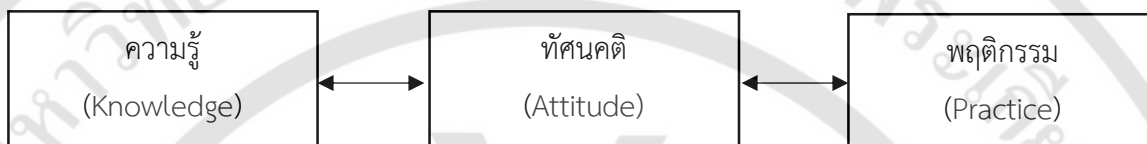
สรุปได้ว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะแสดงสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูก (Care Management) สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อนำมาพัฒนาระบบการดูแล และสามารถสร้างทีมสุขภาพในการคัดกรอง เฝ้าระวังผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกได้ สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน (education) ให้ความรู้และการป้องกันโรคเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และใช้สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ดำเนินการให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ตนเองเชี่ยวชาญและประเมินผล เพื่อพัฒนาผลลัพธ์ของการบริการ ที่มีคุณภาพและคุ้มค่าอย่างต่อเนื่อง นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกให้ได้คุณภาพและคุ้มค่า โดยมีการพัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และสมรรถนะที่ 8 สามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) ติดตาม รวบรวม ผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง Knowledge-Attitude-Practice ของคาร์เตอร์ วิกู๊ด (Carter V. Good, 1973) เชื่อว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง (Facts) ความจริง (Truth) เป็นข้อมูลที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อย่างมีเหตุผล บุคคลต้องรู้เรื่องเกี่ยวกับสิ่งนั้นเพื่อประกอบการตัดสินใจ นั่นก็คือ บุคคลจะต้องมี ข้อเท็จจริงหรือข้อมูลต่าง ๆ ที่สนับสนุนและให้คำตอบข้อสงสัยที่บุคคลมีอยู่ ชี้แจงให้บุคคลเกิดความ เข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมทั้งเกิดความตระหนัก ความเชื่อ และค่านิยมต่าง ๆ ด้วย

กล่าวคือ แบบจำลอง KAP จะประกอบไปด้วย ความรู้ ความเข้าใจ (K) ทศนคติที่เป็นบวก/ลบต่อ โรคมะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) (A) และการปฏิบัติ (P) เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลอง ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลอง KAP



จากแผนภูมิที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแบบจำลอง KAP โดยกล่าวคือ ความรู้ (K) ส่งผลให้เกิดทัศนคติ (A) ซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ (P) โดยมีทัศนคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ คือ ทัศนคติจะเกิดความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทัศนคตินั้น ซึ่งจะกล่าวได้ว่าความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันหลายแบบทั้งตรงและทางอ้อม โดยเชื่อได้ว่า ทัศนคติที่ดีจะทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งต้องสืบเนื่องมาจากสตรีกลุ่มเสี่ยงนั้นมีความรู้และทัศนคติที่ดีจะช่วยนำเอาความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การส่งเสริม และป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปใช้หรือกล่าวได้ว่าความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติมีผลต่อเนื่องกัน เช่น ทัศนคติมีผลต่อการปฏิบัติ และการปฏิบัติ มีผลมาจากทัศนคติ ซึ่งทั้งหมดจะมีพื้นฐานมาจากความรู้ ซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิดได้ดังนี้

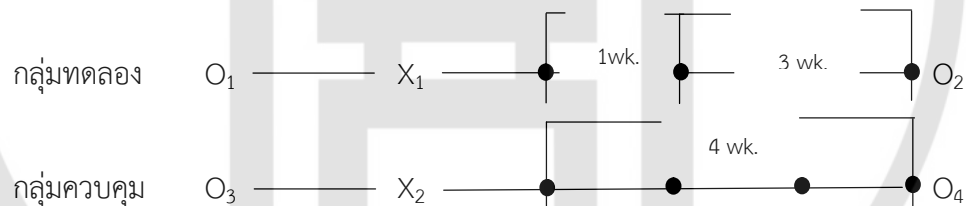
บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยงโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest two group design) โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest two group design) โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้ (Burn & Grove, 2009)



โดย X_1 หมายถึง โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง

X_2 หมายถึง การพยาบาลตามปกติ

O_1 หมายถึง คะแนนความรู้ ทักษะ ทักษะ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกในยุควิถีใหม่

O_2 หมายถึง คะแนนความรู้ ทักษะ ทักษะ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกในยุควิถีใหม่

O_3 หมายถึง คะแนนความรู้ ทักษะ ทักษะ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกของกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง คะแนนความรู้ ทักษะคิด การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

เป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมาฯ รับผิดชอบ จำนวน 22 หมู่บ้าน เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรือไม่เคยเข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 2 ปี

3.2.2 กลุ่มตัวอย่างและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมาฯ ตำบลนางแดด อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยอำนาจการ ทดสอบ (power Analysis) ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.8 ค่าขนาดของอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 (Medium size) แล้วนำไปเปิดตารางสำเร็จรูป ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนรวมเป็น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน จากนั้นใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากจำนวนหมู่บ้านในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมาฯ 22 หมู่บ้าน มาจำนวน 2 หมู่บ้าน โดยกำหนดว่าสุ่มครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และสุ่มครั้งที่ 2 เป็นกลุ่ม ควบคุม ผลการสุ่มได้ หมู่ที่ 14 บ้านห้วยกุ่มเป็นกลุ่มทดลองและหมู่ที่ 7 บ้านโนนสาธิต เป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านทั้ง 2 หมู่บ้านแบบเจาะจง (purposive selective sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

3.2.3 เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง

1. อายุ 30-60 ปี
2. ภายในระยะเวลา 2 ปี ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน
3. อ่าน และเขียนหนังสือได้
4. ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. สามารถใช้Line Application ได้

3.2.4 เกณฑ์ในการตัดกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดการศึกษา

3.3 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ หมายเลขการรับรองโครงการวิจัย อ. 1206/2565 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลักก่อนการดำเนินการผู้วิจัยได้ชี้แจงด้วยความเคารพสิทธิมนุษยชนโดยการเข้าพบและแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่าง บอกกล่าววัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษาตัวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเหมา นอกจากนี้ในระหว่างการทำวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยต่อจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบต่อโรงพยาบาลที่ได้รับหรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับเช่นกัน ข้อมูลต่างๆที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ถือว่าเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิจนเข้าใจอย่างชัดเจนอีกครั้ง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมนี้ โดยใช้แบบแผนทฤษฎีของความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ (KAP) ของคาร์เตอร์ วี กู๊ด (Carter V. Good) โปรแกรมนี้เป็นชุดกิจกรรมการสอน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ ทักษะคิด การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ด้าน

(1) ด้านความรู้เรื่องมะเร็งเรื้องปากมดลูก เป็นการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง และการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูก โดยการบรรยายเน้นการป้องกันโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก

(2) ด้านทักษะคิดในการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก เป็นการนำบุคคล จำนวน 1 ท่าน ที่มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก และมีผลการตรวจที่ผิดปกติในพื้นที่ของการวิจัยนี้ มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบจริง นอกจากนี้มีการใช้นวัตกรรมทางเกนท่วงโย ท่างไกลมะเร็งเรื้องปากมดลูกโดยนำผ้า

พื้นเมืองมาประยุกต์ให้เป็นกางเกงเจาะเป่ามีผ้าปกปิดอวัยวะเพศเพื่อลดความเขินอายตอนขึ้นเตียงขาหยั่ง และให้ผู้รับการตรวจสอบหน้าากอนามัย เพื่อปิดบังใบหน้าลดความเขินอายเป็นการปรับตามวิถีชีวิตปกติใหม่กับสตรีกลุ่มเสี่ยง

(3) ด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินการตัดสินใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่าจะไปตรวจแน่นอน ไม่ไปตรวจแน่นอน หากมีการตัดสินใจว่าไปตรวจแน่นอนให้ระบุ วัน เดือน ปี เวลา เพื่อเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ชัดเจน
รายละเอียดกิจกรรม มีดังนี้

1. แบบ on site สัปดาห์ที่ 1 เป็นการพบกับสตรีกลุ่มเสี่ยงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมา จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ ทักษะคิด การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ด้าน ดังนี้
1) ด้านความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก เป็นการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง และการป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยการเน้นการป้องกันมะเร็งปากมดลูก 2) ด้านทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นการนำบุคคล จำนวน 1 ท่าน ที่มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีผลการตรวจที่ผิดปกติในพื้นที่ของงานวิจัยนี้ มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นรวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบจริง นอกจากนี้มีการใช้นวัตกรรมกางเกงห่วงโย ห่างไกลมะเร็งปากมดลูกโดยนำผ้าพื้นเมืองมาประยุกต์ให้เป็นกางเกงเจาะเป่ามีผ้าปกปิดอวัยวะเพศเพื่อลดความเขินอายตอนขึ้นเตียงขาหยั่ง และให้ผู้รับการตรวจสอบหน้าากอนามัย เพื่อปิดบังใบหน้าลดความเขินอายเป็นการปรับตามวิถีชีวิตปกติใหม่กับสตรีกลุ่มเสี่ยง 3) ด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินการตัดสินใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่าจะไปตรวจแน่นอน ไม่ไปตรวจแน่นอน หากมีการตัดสินใจว่าไปตรวจแน่นอนให้ระบุ วัน เดือน ปี เวลา เพื่อเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ชัดเจน

2. แบบ online สัปดาห์ที่ 2 โดยการส่งสื่อวีดิทัศน์และใช้อินโฟกราฟิกผ่าน Line application เป็นไลน์กลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (ทุกวันจันทร์และวันศุกร์) ประกอบด้วย คลิปความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและสื่ออินโฟกราฟิกเผยแพร่ข้อมูลความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สามารถดูได้ทุกเวลา และสามารถดูซ้ำได้สัปดาห์ที่ 3 เพื่อปรับทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการให้แสดงทัศนคติของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพร้อมเขียนคำนิยาม 3 คำ เพื่อประเมินทัศนคติของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเข้ารับบริการตรวจ

คัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากนั้นสื่ออินโฟกราฟิกเผยแพร่ข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สัปดาห์ที่ 4 เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การตัดสินใจตรวจหรือไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการให้ สตรีกลุ่มเสี่ยงเขียน 1 ประโยค ให้คำนิยามที่บ่งบอกความเป็นคุณเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเขียนคำนิยาม 3 คำว่าจะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อ ประเมินการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินการตัดสินใจ ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่าจะไปตรวจแน่นอน ไม่ไปตรวจแน่นอน หากมีการตัดสินใจว่าไป ตรวจแน่นอนให้ระบุ วัน เดือน ปี เวลา เพื่อเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ชัดเจน

3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามความรู้ ทักษะคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามจากการ ทบทวนตำรา เอกสารและวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อเอชพีวี และการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้ในการทำ Pre-Post test มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ประกอบไปด้วย คำถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 6 ข้อ ประกอบไปด้วย รหัสที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อระบุตัวตนของสตรีกลุ่มเสี่ยง (ID) อายุ สถานภาพ ระดับ การศึกษา อาชีพ ภายในระยะเวลา 2 ปี เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามจากการทบทวนตำรา เอกสารและวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปาก มดลูก การติดเชื้อเอชพีวี และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อโดยเป็นแบบสอบถาม แบบเลือกตอบ การให้คะแนนในข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมแบบสอบถามทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนที่ใช้การ พิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) มีเกณฑ์การ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 8-10 คะแนน)
ความรู้ระดับปานกลาง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (ช่วงคะแนน 6-7 คะแนน)
ความรู้ระดับต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0-5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้น จากการทบทวนตำรา เอกสารและวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อเอชพีวี และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยมีการประยุกต์มาตราประเมินค่า (Rating scale) ของลิเคิร์ท

จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประเมินค่า 4 ระดับ คือ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “เห็นด้วย” “ไม่เห็นด้วย” และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยข้อคำถามที่เป็นข้อความทัศนคติที่เป็นทางลบทุกข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามที่เป็นข้อความทัศนคติที่เป็นทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ค่าคะแนน 1 คะแนน

เห็นด้วย ให้ค่าคะแนน 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้ค่าคะแนน 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ค่าคะแนน 4 คะแนน

การวัดระดับทัศนคติในการตรวจมะเร็งปากมดลูกของคะแนนประยุกต์ใช้หลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ทัศนคติระดับดี ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 22.4 คะแนนขึ้นไป)

ทัศนคติระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (ช่วงคะแนน 16.8-22.3 คะแนน)

ทัศนคติระดับแย่ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0-16.7 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามจากการทบทวนตำรา เอกสารและวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกจำนวน 2 ข้อ ข้อที่ 1 เป็นคำถามปลายปิดถามว่า ท่านตัดสินใจจะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือไม่ ลักษณะคำตอบเป็น ตรวจแน่นอน และไม่ไปตรวจแน่นอน หากมีการตัดสินใจว่าไปตรวจแน่นอน ให้ลงเวลานัดหมาย เพื่อเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ระบุ วัน เดือน พ.ศ. 2566

3.5 การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.5.1 การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทดลองทั้งหมด ซึ่งประกอบไปด้วยเอกสาร ดังนี้

1) โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยใช้วีดีทัศน์ (VDO) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สาเหตุ อาการและอาการแสดง และการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 2) การนำบุคคลจำนวน 1 ท่าน ที่มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีผลการตรวจที่ผิดปกติในพื้นที่มาร่วมบรรยาย 3) การใช้นวัตกรรมทางแกง ห่วงใย ห่างไกลมะเร็งปากมดลูก โดยนำผ้าพื้นเมืองมาประยุกต์ให้เป็นกางเกงเจาะเป้าขาดปกปิดอวัยวะเพศเพื่อลดความอายตอนขึ้นเตียงหาหยิ่งและสวมหน้ากาก และให้ผู้รับการตรวจสวมหน้ากากอนามัย เพื่อปิดบังใบหน้าลดความอายและเป็นการปรับตามวิถีชีวิตปกติใหม่โดยปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลผู้มีความ

เชี่ยวชาญด้านสถิติวิเคราะห์ 3 ท่าน คือ 1) รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ กลัมพากร 2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม 3) รองศาสตราจารย์ ดร.ผ่องศรี ศรีมรกต พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และหลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะมาแก้ไขให้เครื่องมือวิจัยสมบูรณ์ที่สุด โดยความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 เท่ากับ 10 ข้อ

3.5.2 การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

1) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ ทักษะคิด การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่ตำบลหนองแวง จำนวน 30 ราย

2) นำไปหาความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richarson) โดยใช้สูตร KR-20 (ยุทธ ไกยวรรณ, 2562, น. 465) สูตรคำนวณมีดังนี้

$$\text{สูตร KR-20} = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{s^2} \right]$$

KR-20 = ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ

K = จำนวนข้อสอบทั้งหมด

p = สัดส่วนของคนที่ตอบข้อสอบถูก

q = สัดส่วนของคนที่ตอบข้อสอบผิด

s^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวม

หาค่าความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (รัตน์ศิริ ทาโต, 2561, น. 386) สูตรคำนวณ มีดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right\}$$

α = สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค

n = จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

s_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

s_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

จากการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นในแบบสอบถามความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก มีค่าเท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีค่าเท่ากับ 0.83

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 9 กุมภาพันธ์ ถึง วันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2566 มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

3.6.1 ชั้นวางแผนและเตรียมการ

1) หลังจากได้รับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ หมายเลขการรับรองโครงการวิจัย อ. 1206/2565 นำหนังสือจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมา

2) ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือจากหัวหน้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

3) ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยอำนาจการทดสอบ (power Analysis) ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.8 ค่าขนาดของอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 (Medium size) แล้วนำไปเปิดตารางสำเร็จรูป ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนรวมเป็น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คนจากนั้นใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากจำนวนหมู่บ้านในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมา 22 หมู่บ้านมาจำนวน 2 หมู่บ้าน โดยกำหนดว่าสุ่มครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลองและสุ่มครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุมผลการสุ่มได้ หมู่ที่ 14 บ้านห้วยกุ่มเป็นกลุ่มทดลองและหมู่ที่ 7 บ้านโนนสาธิตเป็นกลุ่มควบคุมจากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้าน ทั้ง 2 หมู่บ้านแบบเจาะจง (purposive selective sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

4) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความยินยอมในการร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

5) กำหนดวันดำเนินกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ตั้งแต่วันที่ 9 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2566

3.6.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยปฏิบัติ ดังนี้

- 1) กำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 ท่านเพื่อเก็บข้อมูล มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 2) ผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการเก็บข้อมูลทั้งหมดและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและแจ้งรายละเอียดในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจ
- 3) ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ช่วยวิจัยสังเกตขณะผู้วิจัยเก็บข้อมูล และทดลองเก็บในผู้ป่วยรายเดียวกับผู้วิจัยและฝึกจนได้ผลการเก็บเหมือนกับผู้วิจัยเก็บจริงจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 10 ราย
- 4) เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยและการใช้เครื่องมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 5) ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ช่วยวิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกปิดเป็นความลับตลอดจนถึงการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และการเข้าร่วมวิจัยหรือไม่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีผลใดๆต่อการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

3.6.3 ขั้นตอนการทดลอง

การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นรายกลุ่ม โดยพบสตรีกลุ่มเสี่ยง 2 ครั้ง รายละเอียด มีดังนี้

ครั้งที่ 1 การพบกับสตรีกลุ่มเสี่ยงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมาแบบ

On site วันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับการบริการ
2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยลงนามแสดงความประสงค์และยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Informed consent form)
3. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีการแจกแผ่นพับให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงได้อ่านทบทวนทำความเข้าใจให้มากขึ้น

4. จากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามดังนี้

แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ครั้งที่ 2 การนัดติดตามผล (Follow up) วันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2566

1. ผู้วิจัยให้สตรีกลุ่มเสี่ยงทำแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ผู้วิจัยแจ้งสตรีกลุ่มเสี่ยงว่าสิ้นสุดการทำวิจัยแล้ว พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณกลุ่มเสี่ยงที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง เป็นชุดกิจกรรมการสอน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ ทัศนคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นรายกลุ่ม โดยพบสตรีกลุ่มเสี่ยง จำนวน 2 ครั้ง แบบ Onsite และแบบ Online ตั้งแต่วันที่ 9 กุมภาพันธ์ ถึง วันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2566

รายละเอียดกิจกรรมมี 2 แบบ ดังนี้

1) การพบกับสตรีกลุ่มเสี่ยงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมาแบบ Onsite โดย

สัปดาห์ที่ 1 การพบกับสตรีกลุ่มเสี่ยงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมาแบบ Onsite

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆกับการบริการ
2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยลงนามแสดงความประสงค์ยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form)

3. จากนั้นให้สตรีกลุ่มเสี่ยงตอบแบบสอบถามดังนี้

3.1 แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4. การให้ความรู้ ทัศนคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาทีประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ด้าน คือ

4.1 ด้านความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก เป็นการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง และการป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยการบรรยายเน้นการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

4.2 ด้านทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นการนำบุคคล จำนวน 1 ท่าน ที่มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีผลการตรวจที่ผิดปกติในพื้นที่ของงานวิจัยนี้ มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบจริง นอกจากนี้มีการใช้นวัตกรรมทางเทคโนโลยี ห้างไกลมะเร็งปากมดลูกโดยนำผ้าพื้นเมืองมาประยุกต์ให้เป็นกางเกงเจาะเป่ามีผ้าปกปิดอวัยวะเพศเพื่อลดความเขินอายตอนขึ้นเตียงขาหยั่ง และให้ผู้รับการตรวจสวมหน้ากากอนามัย เพื่อปิดบังใบหน้าลดความเขินอายเป็นการปรับตามวิถีชีวิตปกติใหม่กับสตรีกลุ่มเสี่ยง

4.3 ด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินการตัดสินใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่าจะไปตรวจแน่นอน ไม่ไปตรวจแน่นอน หากมีการตัดสินใจว่าไปตรวจแน่นอนให้ระบุ วัน เดือน ปี เวลา เพื่อเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ชัดเจน

2) การพบกับสตรีกลุ่มเสี่ยงแบบ Online โดย

สัปดาห์ที่ 2 การพบกับสตรีกลุ่มเสี่ยงแบบ Online โดยการส่งสื่อวีดิทัศน์และใช้อินโฟกราฟิกผ่าน Line application เป็นไลน์กลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (ทุกวันจันทร์และวันศุกร์) ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการส่งสื่อวีดิทัศน์และการใช้อินโฟกราฟิกเป็นเผยแพร่ข้อมูลความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สามารถดูได้ตลอดเวลา และสามารถดูซ้ำได้ เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

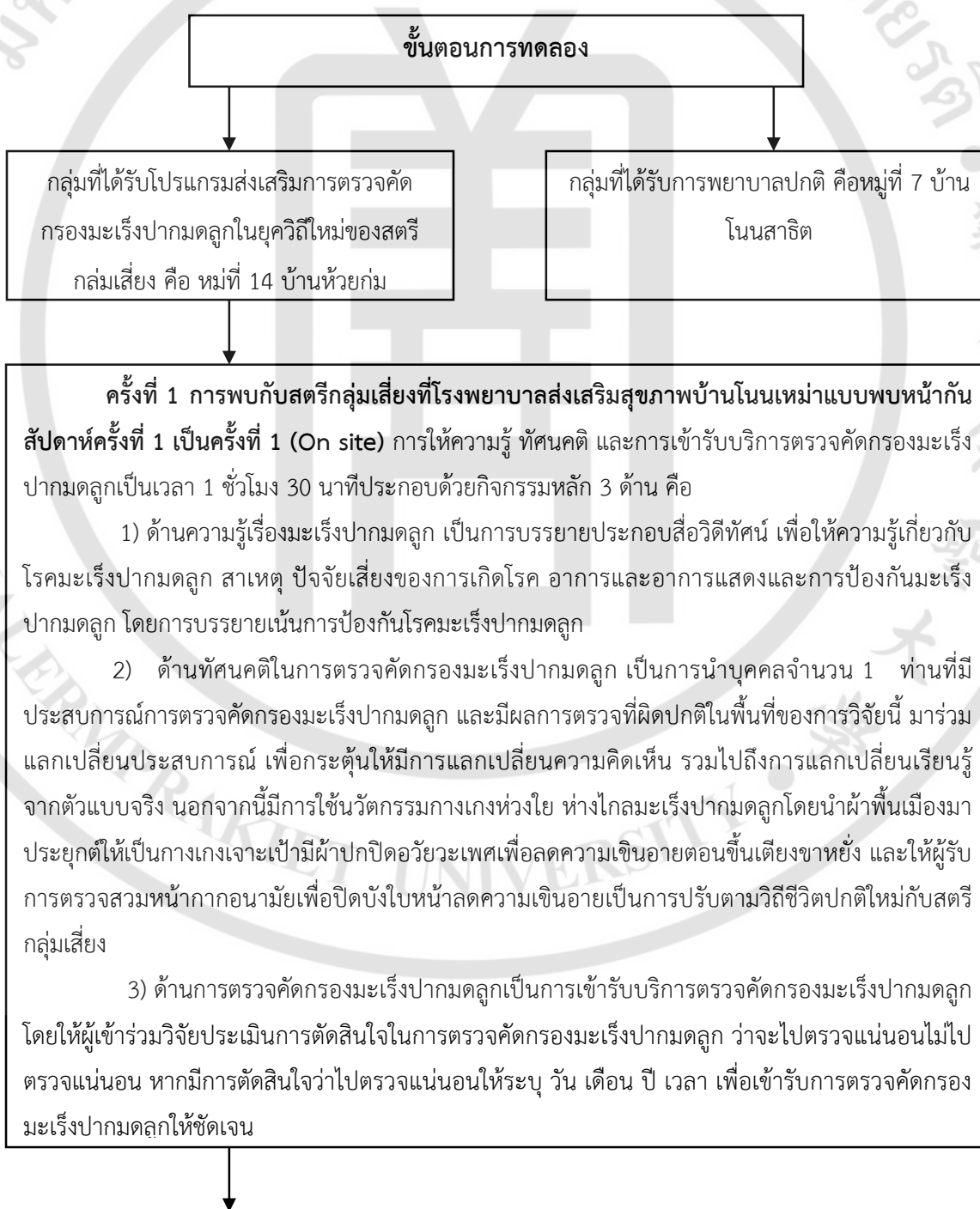
สัปดาห์ที่ 3 การพบกับสตรีกลุ่มเสี่ยงแบบ Online เพื่อปรับทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการให้แสดงทัศนคติของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพร้อมเขียนคำนิยาม 3 คำ เพื่อประเมินทัศนคติของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากนั้นใช้การใช้อินโฟกราฟิกเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สัปดาห์ที่ 4 การพบกับสตรีกลุ่มเสี่ยงแบบ Online เพื่อตัดสินใจตรวจหรือไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเขียน 1 ประโยค ให้คำนิยามที่บ่งบอกความเป็นคุณเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเขียนคำนิยาม 3 คำว่าจะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อประเมินการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การนัดติดตามผล (Follow up) วันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2566

1. ผู้วิจัยให้สตรีกลุ่มเสี่ยงทำแบบสอบถามความรู้ ทักษะคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ผู้วิจัยแจ้งสตรีกลุ่มเสี่ยงว่าสิ้นสุดการทำวิจัยแล้ว พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

แผนภูมิที่ 4 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง



แผนภูมิที่ 4 (ต่อ)

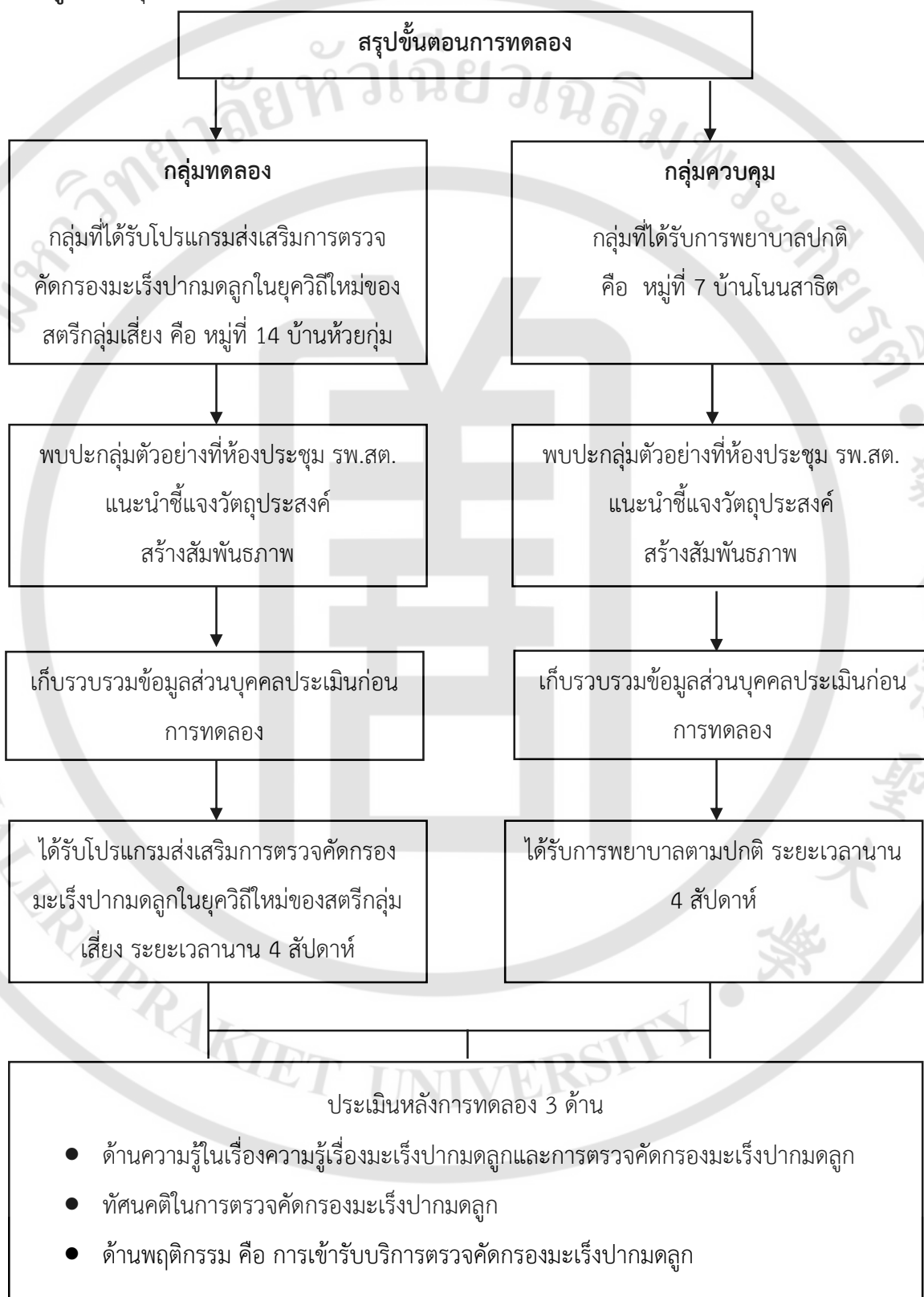
ครั้งที่ 2 การพบกับสตรีกลุ่มเสี่ยงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมาแบบ Online โดยการส่งสื่อวีดิทัศน์และใช้อินโฟกราฟิกผ่าน Line application เป็นไลน์กลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (ทุกวันจันทร์และวันศุกร์)

สัปดาห์ที่ 2 แบบ Online โดยการส่งสื่อวีดิทัศน์และใช้อินโฟกราฟิกผ่าน Line application เป็นไลน์กลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (ทุกวันจันทร์และวันศุกร์) ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการส่งสื่อวีดิทัศน์และการใช้อินโฟกราฟิกเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ข้อมูลซ้ำเกี่ยวกับความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สัปดาห์ที่ 3 แบบ Online เพื่อปรับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการให้แสดงทัศนคติของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพร้อมเขียนคำนิยาม 3 คำ เพื่อประเมินทัศนคติของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากนั้นใช้การใช้อินโฟกราฟิกเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น ขั้นตอนการตรวจ สถานที่ตรวจ และสถานการณ์คนที่เคยตรวจ เป็นต้น

สัปดาห์ที่ 4 แบบ Online เพื่อตัดสินใจตรวจหรือไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเขียน 1 ประโยค ให้คำนิยามที่บ่งบอกความเป็นคุณเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเขียนคำนิยาม 3 คำ ว่า จะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อประเมินการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

แผนภูมิที่ 5 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

เมื่อรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลคอมพิวเตอร์แบบสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะคติ และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบ pair t-test
3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะคติ และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบ Independent t- test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูกของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูก และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูกและการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control group Design) ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยอธิบายโดยการบรรยายประกอบตารางประกอบคำอธิบาย ดังนี้

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง โดยการทดสอบ pair t-test

4.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปวกมดลูก หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบ Independent t-test

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการแปรผล ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
30-40	4	13.33	9	30.00
41-50	10	33.33	10	33.33
51-60	16	53.34	11	36.67
	Mean= 48.90, S.D= 7.42		Mean= 46.17, S.D= 8.16	
สถานภาพ				
โสด	1	3.33	-	-
สมรส	25	83.34	28	93.33
หม้าย	4	13.33	-	-
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	-	-	2	6.67
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	22	73.33	21	70.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	16.67	9	30.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	10.00	-	-
อาชีพ				
ว่างงาน	1	3.33	-	-
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	1	3.33	-	-
รับจ้างทั่วไป	17	56.68	11	36.67
เกษตรกรกรรม	10	33.33	18	60.00
ค้าขาย	1	3.33	1	3.33

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุ 51-60 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 53.34 สถานภาพสมรส พบมากที่สุด ร้อยละ 83.34 สำเร็จระดับการศึกษาประถมศึกษา พบมากที่สุด ร้อยละ 73.33 อาชีพรับจ้างทั่วไป พบมากที่สุด ร้อยละ 56.68

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุ 51-60 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 36.67 สถานภาพสมรส พบมากที่สุด ร้อยละ 93.33 สำเร็จระดับการศึกษาประถมศึกษา พบมากที่สุด ร้อยละ 70.00 อาชีพเกษตรกร พบมากที่สุด ร้อยละ 60.00

4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบ pair t-test ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p
	M	S.D	ระดับ	M	S.D	ระดับ		
คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็ง								
ปากมดลูก								
กลุ่มทดลอง	5.07	1.74	ต่ำ	8.67	1.21	สูง	10.07	0.00**
กลุ่มควบคุม	5.20	1.65	ต่ำ	6.43	1.59	ปานกลาง	4.57	0.00**
คะแนนเฉลี่ยทักษะคิดในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก								
กลุ่มทดลอง	17.80	2.35	ปานกลาง	23.10	1.99	ดี	10.99	0.00**
กลุ่มควบคุม	16.67	3.08	ปานกลาง	17.83	2.76	ปานกลาง	2.43	0.21**

**p<.05

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ (Mean=5.07,S.D=1.74) และภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง (Mean=8.67,S.D=1.21) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ (Mean=5.20,S.D=1.65) และภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง (Mean=6.43,S.D=1.59) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ

คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกสูงก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=17.80,S.D=2.35) และภายหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี (Mean=23.10,S.D=1.99) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=16.67,S.D=3.08) และภายหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=17.83,S.D=2.76) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

4.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
โดยการทดสอบ Independent t-test ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบ Independent t-test

คะแนนเฉลี่ย	n	M	S.D	Mean difference	t	p
คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก						
กลุ่มทดลอง	30	8.67	1.21	2.23	6.12	0.00**
กลุ่มควบคุม	30	6.43	1.59			
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก						
กลุ่มทดลอง	30	23.10	1.99	5.27	8.49	0.00**
กลุ่มควบคุม	30	17.83	2.76			

**p<.05

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง มะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ย ที่สนใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยที่สนใจใน การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สูงกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า กลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยที่สนใจในการตรวจคัดกรองกับมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกันทาง สถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการตัดสินใจและอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจ				
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
กลุ่มทดลอง	-	-	30	100
กลุ่มควบคุม	-	-	10	33.33
การเข้ารับบริการตรวจ				
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
กลุ่มทดลอง	-	-	30	100
กลุ่มควบคุม	-	-	10	33.33

จากตารางที่ 5 ผลการศึกษา พบว่า หลังการเข้ารับโปรแกรม สตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองมีการ เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 100) มากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 33.33)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control group Design) จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ทำการวิจัยในช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 9 กุมภาพันธ์ ถึง 9 มีนาคม พ.ศ. 2566 สามารถสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

5.1.1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 51-60 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 53.34 สถานภาพสมรส พบมากที่สุด ร้อยละ 83.34 สำเร็จระดับการศึกษาประถมศึกษา พบมากที่สุด ร้อยละ 73.33 อาชีพรับจ้างทั่วไป พบมากที่สุด ร้อยละ 56.68

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 51-60 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 36.67 สถานภาพสมรส พบมากที่สุด ร้อยละ 93.33 สำเร็จระดับการศึกษาประถมศึกษา พบมากที่สุด ร้อยละ 70.00 อาชีพเกษตรกร พบมากที่สุด ร้อยละ 60.00

5.1.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

1) คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ (Mean=5.07,S.D=1.74) และภายหลังกการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกเพิ่มระดับสูง(Mean=8.67,S.D=1.21) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ (Mean=5.20,S.D=1.65) และภายหลังกการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง(Mean=6.43,S.D=1.59) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มควบคุมพบว่า ภายหลังกการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) คะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=17.80,S.D=2.35) และภายหลังกการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี (Mean=23.10,S.D=1.99) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังกการทดลองของกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง(Mean=16.67,S.D=3.08) และภายหลังกการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง(Mean=17.78,S.D=2.76) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังกการทดลองของกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

3) การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายหลังกการทดลองเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า หลัง

การทดลองของกลุ่มทดลอง มีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.2 อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

สตรีกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 51-60 ปี มีสถานภาพสมรส สำเร็จระดับการศึกษาประถมศึกษา จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องปัจจัยที่มีผลต่อการไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีหลายปัจจัยคือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เมื่อพิจารณาอายุ พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ศึกษามีอายุ 51-60 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของปิยราชญ์ รุ่งเรือง และรุจิรา ดวงสงค์ (2561) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของชาลินี มานะยิ่ง และคณะ (2564) กล่าวว่า คุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกัน

1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยสรุปผลได้ดังนี้

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกโดยการใช่วิดีโอ และการใช้อินโฟกราฟิกผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ข้อมูลซ้ำเกี่ยวกับความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อธิบายได้ว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงถ้าหากมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก สาเหตุการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในเชิงรุก การให้ความรู้และสร้างความตระหนักในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกด้วยการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และมีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นหน้าที่สำคัญที่ต้องปฏิบัติ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สามารถนำแอปพลิเคชัน

ไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือ อาศัยระบบอินเทอร์เน็ต ซึ่งเข้าถึงได้ง่าย ประหยัดเวลาในการทำงาน ใช้งานสะดวก ไม่ว่าจะอยู่ที่ไหน เวลาใด สตรีในกลุ่มเสี่ยงทุกคนสามารถเรียนรู้ฟรีในเนื้อหาความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก สามารถส่งข้อมูล ข่าวสารได้หลายรูปแบบ เช่น ข้อความ รูปภาพ วิดีทัศน์ เป็นต้น ฉะนั้น การจัดกิจกรรมการสอน/ให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ใช่สิ่งที่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องมีการจัดปัจจัยที่เอื้อต่อการเรียนรู้ดังกล่าวด้วย หากมีการใช้สื่อที่เหมาะสม ก็ยังจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ และเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามนโยบายการดำเนินการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้กิจกรรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ เช่น

สอดคล้องกับการศึกษาของดวงกมล ปิ่นเฉลียว และคณะ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยให้ความรู้เรื่องแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจ และผลเสียของการไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยการชมวิดีโอ วิดีทัศน์ ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Mean=3.25, S.D=0.30) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Mean=2.90, S.D=0.39) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Mean=2.99, S.D=0.29)

การศึกษาของศิริวรรณ จันทร์แจ่ม และคณะ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม โดยการให้ความรู้ เรื่องมะเร็งปากมดลูก สถานการณ์ความรุนแรง การชมวิดีโอ วิดีทัศน์ โดยการเน้นนำเสนอถึงแนวทางการป้องกัน การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การศึกษาของ Norehan Mokhtar และคณะ (2563) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับปรุงความรู้และทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูก และการตรวจ Pap smear โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก อาการ ความเสี่ยง และความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผ่านวิดีโอ วิดีทัศน์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

และการศึกษาของพรวิรินทร์ ธนินธิพิงษ์ และคณะ (2566) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ ต่อระดับความรู้เรื่องโรคและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปี ในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูก เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก โดยการดูสื่อวีดิทัศน์ และการสาธิตวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก ผลการวิจัยพบว่า ด้านความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 7.13 คะแนน (S.D=0.72) คะแนนหลังได้รับความรู้ตามโปรแกรมเฉลี่ย 8.78 คะแนน (S.D=0.92) ซึ่งสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และพบว่าระดับคะแนนทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ของคะแนนเต็ม เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม (S.D=0.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า การให้บริการสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุขที่ผสมผสานองค์ความรู้ทางการแพทย์ การสาธารณสุขและสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ เพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยง เพื่อสุขภาวะที่ดีของสตรีในชุมชน โดยเน้นให้การบริการสุขภาพที่เข้าถึงง่าย เน้นให้การบริการสุขภาพในเชิงรุกเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงในชุมชนอย่างเป็นองค์รวม จึงกล่าวได้ว่า การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อสตรีกลุ่มเสี่ยงในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ในลักษณะของการบริการ “ใกล้บ้านใกล้ใจ” สตรีกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว ไม่เสียเวลา มีค่าใช้จ่ายสอดคล้องกับเศรษฐกิจ โดยบริการนั้นมีคุณภาพและมาตรฐาน และสตรีกลุ่มเสี่ยงในชุมชนนั้นๆยังได้รับประโยชน์ด้านสุขภาพจากการได้รับความรู้ คำปรึกษา และการชี้แนะของบุคลากรสุขภาพเรื่องมะเร็งปากมดลูก

2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยสรุปผลได้ดังนี้

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=17.80, S.D=2.35) และภายหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี (Mean=23.10, S.D=1.99) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงจะมีทัศนคติที่ดีในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ เนื่องจากได้เรียนรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกโดยการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง และการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

ส่งผลสตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเร็งปากมดลูก ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเร็งปากมดลูก นอกจากความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเร็งปากมดลูกแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การมีความอาย เนื่องจากความเชื่อด้านศาสนา เชื่อว่า มีการอบรมส่งสอนปลุกฝังมาตั้งแต่เด็กเรื่องการปกปิดร่างกายให้มิดชิด การรักษานวลสงวนตัว ส่งผลให้มีความอายในเรื่องของเพศมาก ผู้วิจัยจึงได้มีการใช้นวัตกรรมทางแกงห่งไย ห่างไกลมะเร็งปากมดลูก โดยนำผ้าพื้นเมืองมาประยุกต์ให้เป็นทางแกงเจาะเข้าปกปิดอวัยวะเพศ เพื่อลดความเขินอายตอนขึ้นเตียงขาหยั่ง และให้ผู้รับบริการสวมหน้ากากอนามัยทับด้วยหน้ากาก เพื่อปิดบังใบหน้าลดความเขินอาย และเป็นการปรับตามวิถีชีวิตปกติใหม่ของผู้หญิงกลุ่มเสี่ยง หลังการทดลองด้านทัศนคติ พบว่า กลุ่มทดลองได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับนวัตกรรมทางแกงห่งไย ห่างไกลมะเร็งปากมดลูก เช่น “ใส่กางเกงแล้ว รู้สึกว่าระหว่งตรวจไม่โป๊ะ”, “กางเกงสวมใส่สบาย เหมือนใส่กางเกงที่บ้าน” และ “ถ้ามีกางเกงตรวจแบบนี้ รู้สึกไม่อาย กล้าตรวจมากขึ้น” เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของชนกพร บั้บ้านท่า (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ที่ได้จัดกิจกรรมลดความรู้สึกลัวและอายต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเร็งปากมดลูก โดยการใช้กางเกงสำหรับการตรวจภายในโดยเฉพาะ ซึ่งจะมีผ้าปิดที่เป่าไว้เมื่อเจ้าหน้าที่ตรวจจะเปิดผ้าเฉพาะอวัยวะที่ต้องการตรวจเท่านั้น ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเร็งปากมดลูก 1 เดือน ร้อยละ 93.33 และมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่า การสร้างนวัตกรรมถือว่าเป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดองค์ความรู้และเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถค้นหาคำตอบของการไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเร็งปากมดลูก และหาแนวทางแก้ไขที่ดีที่สุดเพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น นอกจากการนำนวัตกรรมมาใช้เพื่อลดความอายแล้ว ยังมีการใช้บุคคลต้นแบบ (Case study) โดยการนำบุคคลที่มีประสบการณ์มาตรวจคัดกรองมะเร็งเร็งปากมดลูก และมีผลตรวจที่ผิดปกติในพื้นที่ของงานวิจัยนี้ มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงได้ศึกษาวิเคราะห์ และแสดงความคิดเห็น เพื่อสร้างความเข้าใจ และเกิดการตื่นตัว การใช้กรณีตัวอย่างหรือบุคคลต้นแบบ เป็นวิธีการที่มุ่งช่วยให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีการฝึกฝนการเผชิญและการแก้ปัญหาทางสุขภาพโดยที่ไม่ต้องรอให้เกิดเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกขึ้นจริง สอดคล้องกับการศึกษาของช่อผกา จันประดับ และบุญเรือง วิทมาสิงห์ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนการความเชื่อด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี โดยนำบุคคลที่มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งเร็งปาก

มดลูกที่ผิดปกติในพื้นที่มาร่วมสนทนาและเล่าประสบการณ์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ $p\text{-value} = 0.05$ จะเห็นได้ว่าการนำบุคคลต้นแบบ โดยการสังเกตการณ์กระทำพฤติกรรมของบุคคลอื่นจะส่งผลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ

3) เปรียบเทียบการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยสรุปผลได้ดังนี้

กลุ่มทดลองมีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลอง พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีการประเมินการตัดสินใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยการเขียนคำนิยาม 3 คำ ว่า จะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อประเมินการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่า “ตรวจแน่นอน” อธิบายได้ว่า เมื่อสตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการบรรยายประกอบสื่อ เพื่อให้เห็นความแตกต่างระหว่างข้อดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และข้อเสียของการไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่งผลให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเกิดทัศนคติที่ดี จะทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ บุชบา อภัยพิม และคณะ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า อาสาสมัครประจำหมู่บ้านจะตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก็ต่อเมื่อได้รับการเตรียมความพร้อมด้านกระบวนการทางปัญญาและจิตใจที่ได้ตระหนักว่าการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีผลต่อสุขภาพตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข และคณะ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้การเรียนรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก สร้างการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและตัวแบบด้านลบ และมีการให้คำแนะนำผ่านการเยี่ยมบ้าน โดยเจ้าหน้าที่หรือ อสม. เพื่อพูดคุยเกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กระตุ้นเตือนให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้โอกาสซักถามหรือข้อสงสัยหรือความกังวลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก

มดลูก ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม สตรีมีความตั้งใจมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลอง มีจำนวนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกัน ผลการวิจัยสรุปผลได้ดังนี้

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน โดยภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สูงกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05อธิบายได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มทดลองในการวิจัยครั้งนี้ก่อนการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ในระดับต่ำ จากการตอบแบบสอบถาม พบว่า ข้อคำถามที่มักพบว่าตอบผิด คือข้อคำถาม ข้อที่ 8 และ ข้อที่ 9 ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เรื่องแนวทางในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น แนวทางในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ เช่น ความรู้ด้านเพศศึกษา ได้แก่ การคุมกำเนิดด้วยวิธีต่างๆ, การสวมถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์, และประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น ภายหลังการทดลอง พบว่า มีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก และการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารหรือเรียนรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและการป้องกันมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งสามารถเข้าถึงแหล่งของข้อมูลอย่างแพร่หลายจากสื่อต่าง ๆ เช่น จากแอปพลิเคชันไลน์ผ่านโทรศัพท์มือถือ อินโฟกราฟฟิค YouTube หรือการใช้นวัตกรรมเพื่อลดความเขินอายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ Ali Khani Jeehooni และคณะ (2565) ศึกษาการประเมินผลของโปรแกรมการศึกษาต่อการเพิ่มพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของผู้ป่วยในเมืองฟาซา ประเทศอิหร่าน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ ทัศนคติเป็นตัวทำนายพฤติกรรมตรวจ

คัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของกานดา สีดา และคณะ ศึกษาการประเมินความรู้ ความเชื่อ ทักษะคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลสลกบาตร อำเภอขามเฒ่าลักษ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 16.28 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน มีความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็ง เฉลี่ย 2.42 จัดว่ามีคะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งระดับสูง ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งในระดับดี จะนำมาสู่การมีสุขภาพที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบผลการวิจัยที่สนับสนุนว่าการให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การป้องกัน และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะช่วยเพิ่มระดับความรู้แก่สตรีกลุ่มเสี่ยง และส่งผลต่อการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันโรคที่ดีขึ้น และถือว่าเป็นการจัดบริการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเพื่อให้ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพและปัญหาของผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมในส่วนของ การส่งเสริมสุขภาพ ให้สอดคล้องกับนโยบายของประเทศและกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบเรื่องการจัดบริการสุขภาพ เพื่อให้มีความเชื่อมโยงแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพกับแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในการจัดบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า คุ่มทุน ก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

1) สามารถนำไปโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยงไปปรับใช้ในกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองหรือเฝ้าระวังความเสี่ยง และเพื่อเพิ่มศักยภาพบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยมีเป้าประสงค์เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ทุกรูปแบบ

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมเพื่อให้ความรู้ ทักษะคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในระยะ 6 เดือน เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของโปรแกรมและส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องมุ่งเน้นศักยภาพการบริการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในการส่งเสริมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ในด้านของผู้ให้บริการ

บรรณานุกรม

- เกศินี สราญฤทธิชัย. (2564). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้*. ขอนแก่น: หจก. ขอนแก่นการพิมพ์.
- เกษแก้ว เสียงเพราะ. (2562). *สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2562). *พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จันทน์ เต๋อไพสิฐพงษ์ และณัฐวดี กันตถาวร. (2556). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อระดับความรู้และทัศนคติในสตรีที่มีผลที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. *วารสารสภาการพยาบาล*. 28(2), 75-87.
- จิตติ หาญประเสริฐพงษ์. (2561). *มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer)*. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- จิรศักดิ์ จิรากุลสวัสดิ์. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. *พุทธชินราชเวชสาร*. 38(2), 130-140.
- ชาลินี มานะยิ่ง, ภูรินทร์ สีกุด, และมะลิวัลย์ บางนันทน้อย. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. 36(1), 37-47.
- ชุลีรัตน์ สารรัตน์, ศรัญญา ต.เทียนประเสริฐ. (2567). การพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจค้นหาไวรัส HPV ด้วยวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 18(1), 351-365.
- ชนกพร ปู้บ้านท่า. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*. 5(2), 102-114.
- ช่อผกา จันประดับ. บุญเรือง วิทมาสิงห์. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลอ่พลอยอำเภอป่พลอย จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล*. 3(2), 73-88.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, ทิพย์ฉมพร เกษโกมล, พัฒน์ชิตา จันท์สุหรัย. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันและการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*. 27(4), 1-16.
- ทิพวรรณ โคตรสีเขียว. (2563). ผลของโปรแกรมการสอนเพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับนวัตกรรม “Mask in the World” ที่มีต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและผลการตรวจคัดกรองในสตรี อายุ 30-60 ปี จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 17(1), 58-70.
- บุษบา อภัยพิม, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และสมสมัย รัตนกริธากุล. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพัฒนาศาสนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 7(3).
- พรวิรินทร์ ธนินธิพิงษ์, ลำพงษ์ ศรีวงศ์ชัย และสุริพร ศรีโพธิ์อ่อน. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ ต่อระดับความรู้เรื่องโรคและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 17(2), 766-776.
- พรรณี ปิ่นนาค. (2563). เหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกรณีศึกษาสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*. 3(1), 118-131.
- มะลิ จาริก. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์*. 13(1), 100-113.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. (2561). *นโยบายและระบบสุขภาพ ภาวะผู้นำ แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล และบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ยุทธ ไกรวรรณ. (2562). *หลักสถิติวิจัยและการใช้โปรแกรม SPSS*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรณานุกรม (ต่อ)

ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542*. กรุงเทพมหานคร:

นานมีบุ๊คส์.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2564). แนวทางการปฏิบัติ เรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. คณะกรรมการมะเร็งนรีเวช 2562-2564. สืบค้นจาก <http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/11/GY-63-016-CPG-HPV-vaccination-17Oct20.pdf>.

ศิริวรรณ จันทร์แจ่ม, พัชราพร เกิดมงคล, และทัศนีย์ รวีวรกุล. (2562). ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม. *วารสารสุขศึกษา*. 42(2), 52-62.

ศักดิ์ศรี ปาณะกุล. (2553). การพัฒนาหลักสูตรสังคมศึกษา. ภาควิชาหลักสูตรและการสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

สุวิมล สอนศรี, ทวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาล*. 70(3), 9-11.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ทะเบียนมะเร็งรับโรงพยาบาล พ.ศ. 2564. สืบค้นจาก https://www.nci.go.th/e-book/hosbased_2564/index.html.

สภาการพยาบาล. (2553). *สรุณณะผู้ประกอบการพยาบาลและการผดุงครรภ์*. กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์.

ไอริน เรืองขจร. (2561). *มะเร็งปากมดลูก*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอลฟ์วิ้ง จำกัด.

Ahmadi, M. Salmani, H & Shahrokhi, N. (2020). The Impact of mobile health on cancer screening: a systematic review. *Sage Journal*, 19, 1-11.

Autier, P, Ngoma, M. (2019). Cancer prevention: Cervical cancer. *Ecancermedical science*. 13,952. doi.org/10.3332/ecancer.2019.952.

Bandura. (1986). *Social foundation of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Bano, R, AlShammari, E, Fatima, SB, & Al-Shammari, NA. (2013). A comparative study of knowledge Attitude, practice of nutrition and non- nutrition student towards a balanced diet in Hali. *Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 2, 29-36.
- Bloom, B.S., & Webster, H. (1960). *The outcomes of college*. Review of Educational research. 30(3), 321-323.
- _____. (1971). *Hand book on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Burn, N., & Grove, S.K. (2009). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, & generation of evidence* (6th ed). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Coachman. (1988). *Health Behavior: Emerging Research Perspective*. New York: Plenum.
- DiClemente, R., Salazer, L., Crosby, R., & Wingwood, G. (2005). Intervention strategies. In J., Kerr, R., Weitkumat, & M., Meretti. (Eds.). *ABC of behavior change: a guide to successful disease prevention and health promotion*. (pp.195-206). Philadelphia: Elsevier.
- Ebadi, A. A, Ghare Naz, S.M, Kariman, N., OZgoli, G., Ghasemi, V., & Fakari, R. F. (2018). Educational interventions for cervical cancer screening behavior of women: a systematic review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 19, 875-884.
- Ferguson, L.W. (1952). A lock across the year 1920-1950. In L. L Thurstone (Ed.), *Application of Psychology: Essays to honor Waiter V. Bingham* (pp.7-22). New York: Harper.
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, & Mery L. (2024). Global Cancer observatory: cancer today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. available from: <https://gco.iarc.who.int/today>
- Fisher, J. D., & Fisher W. A. (2002). The information-motivation-behavioral skills model. In R.J. DiClemente, R.A. Crosby, & M.C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (pp. 40-70). San Francisco: Jossey-Bass.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Fisher, E. B., Fitzgibbon, M. L., Glasgow, R. E., Haire-Joshu, D., Hayman, L. L., Kaplan, R. M., et al. (2011). Behavior matters. *American Journal of Preventive Medicine*, 40 (5), e15- e30.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: Theory, research and Practice (4th ed.)*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gochman, D. S. (1997). Health behavior research: Definitions and diversity. In D.S. Gochman (Ed). *Handbook of health behavior research*, Vol.1 Personal and social determinants. New York, NY: Plenum Press.
- Good, C.V. (1973). *Dictionary of Education*. Education. New York: McGraw-Hill book.
- Health Data Center. (2020). Cervical Cancer Screening in 30-60 year. Retrieved March 10, 2022, from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report>.
- Hilgard, E.R. (1962). *Introduction to Psychology*. 3d rd. New York: Marcourt.
- International Agency for Research on Cancer. (2024). Data Cancer. Retrieved 3 January 2024, from <https://gco.iarc.who.int/today>
- Kaplan, B. J., & Sandock, H. I (1991). *Comprehensive Glossary of psychiatry and psychology*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Karl, S., & Cobb, S. (1966a). Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior: I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266.
- Kerr, J., Weitkunat, R., & Moretti, M. (2005). *ABC of behavior change: A guide to successful disease prevention and health promotion*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.
- Merriam-Webster's Collegiate Dictionary. (1995). Behavioral science. Retrieved from <http://www.Merriam-Webster's Collegiate Dictionary/behavioral%20science>.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., and Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15, 351-377.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Myers, D. (2010). *Social Psychology* (10th ed.). New York, NY: McGraw Hill.
- Norehan M., Rodziah R., Sa'adiah, Saddki, S. (2020). Effectiveness of a health education program to improve knowledge and attitude towards cervical cancer and pap smear: a controlled community trial in Malaysia. *Sian Pacific Journal of Cancer prevention*. 21 (3), 853-859. doi:10.31557/APJCP.2020.21.3.853.
- Pender, N. L. (2011). *The Health Promotion Model: Manual*. Retrieved from <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>.
- Sundel, M., & Sundel, S. S. (2005). *Behavior change in the human services: Behavioral and cognitive Principles and applications* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Thurstone, L.L. (1967). *Reading in Attitude Theory and Measurement*. New York: John Wilson&Son.
- Triandis, H.C. (1971). *Attitude and Attitude Change*. New York: John Wilson&Son.
- Singh, I.N. and Malavya, A.N., (1994). *Long distance Truck drivers in india: HIV infection and Their possible role in disseminating HIV into rural areas*. *International Journal of STDAnd AID5*, pp. 137-138.
- Watson; & Johnson, (1972). *Power of attitude change*. Retrieved January 20, 2022, from <http://www.bloggang.com/mainblog.php?id=moonfleet&month>.
- World Health Organization. (2022). *Cervical Cancer*. Retrieved March 10, 2022, from <https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab>.



ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 20 มิถุนายน 2565

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิตีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง
 ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ นางสาวชุตินา ทองบ้านพุ่ม
 คณะวิชา/หลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ
 ประกาศเสถสจก จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(อาจารย์ ดร.วิรัตน์ ทองรอด)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 20 มิถุนายน 2565

เลขที่รับรอง

อ.1206/2565

วันที่ให้การรับรอง: 20 มิถุนายน 2565

วันหมดอายุใบรับรอง: 19 มิถุนายน 2567

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวชุตติมา ทองบ้านท่อม นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ กำลังวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง” เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะการตัดสินใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะการตัดสินใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ท่านเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลในครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมตอบแบบสอบถามงานวิจัยเพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์และรายงานผลตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว ข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับและเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม ส่วนหลักฐานทุกอย่างจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยแล้วเสร็จ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะเป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ไม่ว่าจะท่านจะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ตามจะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับท่าน หากท่านสงสัยในข้อคำถามใด ๆ ท่านสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยติดต่อเบอร์โทรศัพท์ 087-685-9498 หากแม้ท่านไม่ต้องการตอบแบบสอบถามช่วงหนึ่งช่วงใดหรือต้องการยุติการให้ข้อมูล ย่อมสามารถกระทำได้โดยทันทีโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้ จะประสบผลสำเร็จจริงไม่ได้ ถ้าหากไม่ได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่าน จึงใคร่ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

นางสาวชุตติมา ทองบ้านท่อม

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวชุติมา ทองบ้านท่อม นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลพริ้นซ์สุพรรณภูมิ แผนกศูนย์หัวใจ
(ที่บ้าน) คอนโดลุมพินีเมกะบางนา เลขที่ 80/525 ถนนบางนาตราด
ตำบลบางแก้ว อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 10540

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน): 02-080-5999 โทรศัพท์มือถือ: 087-685-9498

E-mail: beejoke_bb@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่า งานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใดเกี่ยวข้องกับอะไร และท่านจะได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างไร ดังนั้นท่านท่านกรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนหม่าตำบลนางแดด อำเภอนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยอำนาจการทดสอบ (power Analysis) ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการ

ทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.8 ค่าขนาดของอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 (Medium size) แล้วนำไปเปิดตารางสำเร็จรูป ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนรวมเป็น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน จากนั้นใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากจำนวนหมู่บ้านในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมา 22 หมู่บ้าน มาจำนวน 2 หมู่บ้าน โดยกำหนดว่าสุ่มครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และสุ่มครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม ผลการสุ่มได้ หมู่ที่ 14 บ้านห้วยกุ่มเป็นกลุ่มทดลองและหมู่ที่ 7 บ้านโนนสาธิต เป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านทั้ง 2 หมู่บ้านแบบเจาะจง (purposive selective sampling)ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(นางสาวชุตติมา ทองบ้านทุ่ม)

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ กลั้มพากร
รองหัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลัังธรรมเนียม
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
3. รองศาสตราจารย์ ดร.ผ่องศรี ศรีมรกต
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก จ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่
ของสตรีกลุ่มเสี่ยงโดยการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง
(Index of item objective congruence: IOC)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อที่	ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 1			ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 2			ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 3			ระดับ คะแนน	นำไปใช้/ ตัดทิ้ง
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1		
1	✓			✓			✓			1.00	นำไปใช้
2	✓			✓			✓			1.00	นำไปใช้
3	✓			✓			✓			1.00	นำไปใช้
4	✓			✓			✓			1.00	นำไปใช้
5	✓			✓			✓			1.00	นำไปใช้
6	✓			✓			✓			1.00	ปรับแก้ แล้ว นำไปใช้

นำไปใช้ 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก

ข้อที่	ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 1			ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 2			ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 3			ระดับ คะแนน	นำไปใช้/ ตัดทิ้ง
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1		
1	✓			✓			✓			1.00	นำไปใช้
2	✓			✓			✓			1.00	นำไปใช้
3		✓		✓			✓			0.67	นำไปใช้
4		✓		✓			✓			0.67	นำไปใช้
5	✓				✓		✓			0.67	นำไปใช้
6	✓					✓		✓		0.00	ตัดทิ้ง
7	✓				✓		✓			0.67	นำไปใช้

ส่วนที่ 2 (ต่อ)

ข้อที่	ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 1			ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 2			ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 3			ระดับ คะแนน	นำไปใช้/ ตัดทิ้ง
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1		
8	✓			✓			✓			1.00	นำไปใช้
9		✓				✓	✓			0.00	ตัดทิ้ง
10	✓			✓			✓			1.00	นำไปใช้
11		✓				✓			✓	0.00	ตัดทิ้ง
12	✓			✓				✓		0.67	นำไปใช้
13	✓			✓			✓			1.00	นำไปใช้
14	✓			✓					✓	0.33	ตัดทิ้ง
15	✓					✓	✓			0.33	ตัดทิ้ง

นำไปใช้ 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อที่	ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 1			ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 2			ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 3			ระดับ คะแนน	นำไปใช้/ ตัดทิ้ง
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1		
1	✓			✓			✓			1.00	นำไปใช้
2	✓					✓	✓			0.33	ตัดทิ้ง
3	✓			✓			✓			1.00	นำไปใช้
4	✓			✓			✓			1.00	นำไปใช้
5	✓					✓	✓			0.33	ตัดทิ้ง
6	✓			✓			✓			1.00	นำไปใช้
7	✓			✓			✓			1.00	นำไปใช้
8	✓			✓			✓			1.00	นำไปใช้
9	✓			✓					✓	0.33	ตัดทิ้ง
10		✓		✓			✓			0.67	นำไปใช้
11			✓	✓			✓			0.33	ตัดทิ้ง
12			✓			✓	✓			-0.33	ตัดทิ้ง

ส่วนที่ 3 (ต่อ)

ข้อที่	ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 1			ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 2			ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 3			ระดับ คะแนน	นำไปใช้/ ตัดทิ้ง
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1		
13			✓	✓			✓			0.33	ตัดทิ้ง
14		✓		✓			✓			0.67	นำไปใช้
15			✓	✓			✓			0.33	ตัดทิ้ง

นำไปใช้ 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อที่	ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 1			ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 2			ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 3			ระดับ คะแนน	นำไปใช้/ ตัดทิ้ง
	+1	0	-1	+1	0	-1	+1	0	-1		
1	✓			✓			✓				นำไปใช้
2	✓			✓			✓				นำไปใช้

นำไปใช้ 2 ข้อ

ภาคผนวก ฉ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
2. แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก จำนวน 8 ข้อ
 - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 2 ข้อ
3. โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง และความคิดเห็นของท่านเพื่อประโยชน์ต่อการศึกษา โดยคำตอบของท่านทุกข้อจะถือเป็นความลับ

คำชี้แจง :โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. รหัสที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อระบุตัวตนของสตรีกลุ่มเสี่ยง (ID).....

2. อายุ.....ปี

4. สถานภาพ

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. โสด | <input type="checkbox"/> 2. สมรส |
| <input type="checkbox"/> 3. หม้าย | <input type="checkbox"/> 4. หย่าร้าง/แยกกันอยู่ |

5. ระดับการศึกษา

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับการศึกษา | <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา |
| <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น | <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. |
| <input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญา/ปวส. | <input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรี |
| <input type="checkbox"/> 7. สูงกว่าปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> 8. อื่น ๆ ระบุ..... |

6. อาชีพ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1.ว่างงาน | <input type="checkbox"/> 2. พ่อบ้าน/ แม่บ้าน |
| <input type="checkbox"/> 3. รับจ้างทั่วไป | <input type="checkbox"/> 4. เกษตรกรรม |
| <input type="checkbox"/> 5. ค้าขาย | <input type="checkbox"/> 5. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ |
| <input type="checkbox"/> 6. ข้าราชการบำนาญ | <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ ระบุ..... |

7. ภายใน 2 ปีที่ผ่านมา คุณเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. เคย | <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย |
|---------------------------------|------------------------------------|

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจงของผู้ตอบแบบสอบถาม : ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ถูก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้น ๆ ถูกต้อง

ผิด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

ข้อที่	ข้อความ	ถูก	ผิด
1	การติดเชื้อเอชพีวีเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก		
2	การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุน้อยจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น		
3	ถ้ามีอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดเป็นหยดๆในขณะหรือหลังการร่วมเพศ ควรซื้อยามารับประทานหรือยาสอดช่องคลอดเอง		
4	ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมักไม่มีอาการเริ่มแรก		
5	การตรวจแปบสเมียร์เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้น เพราะเป็นการตรวจที่ง่าย สะดวก และเสียค่าใช้จ่ายน้อย		
6	การตรวจมะเร็งปากมดลูก ตรวจได้เฉพาะแพทย์ตามโรงพยาบาลประจำจังหวัดเท่านั้น		
7	ผู้หญิงที่ยังไม่แต่งงาน ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
8	การป้องกันความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปากมดลูกที่ดีที่สุด คือ การใช้ถุงยางอนามัย		
9	การคุมกำเนิดด้วยวิธีต่างๆมีผลต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก		
10	มะเร็งปากมดลูกตรวจพบได้ในกลุ่มสตรีอายุ 40 ปี ขึ้นไป		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจงของผู้ตอบแบบสอบถาม : ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้น ๆ ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วย

หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้น ๆ ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

ไม่เห็นด้วย

หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น ๆ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้น ๆ ไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องน่าอาย เนื่องจากต้องเปิดเผยอวัยวะสืบพันธุ์กับเจ้าหน้าที่				
2.	ท่านไม่กล้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะกลัวผลออกมาเป็นมะเร็งปากมดลูก				
3	ท่านกังวลกับเครื่องมือตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
4	ท่านรู้สึกไม่สะดวกใจที่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับเจ้าหน้าที่ที่รู้จักคุ้นเคย				
5	ท่านไม่มั่นใจต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
6	ท่านรู้สึกไม่ชอบเมื่อมีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ชักชวนให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
7	การสังเกตลักษณะสี กลิ่นของสิ่งที่ขับออกจากช่องคลอดทุกวัน เป็นการกระทำที่ทำได้ยาก				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจงของผู้ตอบแบบสอบถาม : ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ตรวจแน่นอน หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้น ๆ ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ไม่ไปตรวจแน่นอน หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น ๆ

ข้อ ที่	ข้อความ	ตรวจ แน่นอน	ไม่ไปตรวจ แน่นอน
1	ท่านตัดสินใจจะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมาหรือไม่		
2	การลงนัดหมายเพื่อเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วันที่.....เดือนพ.ศ. 2565		

ภาคผนวก ฉ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่
ของสตรีกลุ่มเสี่ยงผ่านแอปพลิเคชัน

1. สื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง และการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สามารถรับชมวีดิทัศน์ผ่านสื่อยูทูป (YouTube) โดยคลิกไปที่ <https://www.youtube.com/watch?v=fDfAu1HNANc&t=29s>



2. อินโฟกราฟฟิก (Infographic) การใช้อินโฟกราฟิกผ่าน Line Application สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (ทุกวันจันทร์และวันศุกร์) เผยแพร่ข้อมูลความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก

รักษาได้ หากพบก่อน

มะเร็งปากมดลูก คือการมีก้อนเนื้อร้าย บริเวณมดลูก หรือปากมดลูก

สาเหตุ
เกิดจากเชื้อไวรัส HPV

อาการ

1. มีตกขาวเป็นมูกใส
2. มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
3. มีแผลหรือก้อนเนื้อที่ปากมดลูก
4. มีอาการปวดท้องน้อยเนื่องจากการอักเสบของปากมดลูก

การป้องกัน

1. ฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV
2. งดการสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่
3. มีคู่นอนคนเดียว
4. หลีกเลี่ยงการทานยาคุมเป็นเวลานานๆ
5. ตรวจคัดกรองเป็นประจำ

ตรวจเป็นประจำ !!
อย่ารอให้มีอาการ

นางสาวชุตินา ทองบ้านท่ม พยาบาลวิชาชีพ

มารู้จัก มะเร็งปากมดลูก
ภัยร้ายที่สาวๆ ต้องรู้

คืออะไร
มะเร็งปากมดลูกเป็นเนื้อร้ายชนิดหนึ่งที่เกิดในบริเวณปากมดลูก พบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

อาการ

1. ไม่มีอาการในระยะเริ่มแรก
2. มีเลือดออกผิดปกติในช่องคลอด
3. มีอาการตกขาว
4. มีแผลหรือก้อนเนื้อที่ปากมดลูก
5. ปวดท้องบริเวณอุ้งเชิงกราน

สาเหตุ
สาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูกเกิดจากเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ชนิดก่อมะเร็งหรือชนิดความเสี่ยงสูง บริเวณปากมดลูกได้ เช่น HPV-16 และ HPV-18

ปัจจัยเสี่ยง

1. การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก สตรีที่มีเพศสัมพันธ์หรือแต่งงานอายุน้อย
2. การมีบุตรมากหรือมีการตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี
3. การสำส่อนทางเพศและเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ
4. การเป็นโรคติดเชื้อจากการร่วมเพศ
5. สตรีที่มีภาวะฉีกขาดจากการคลอด
6. สามีที่สูบบุหรี่จัดมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
7. การคุมกำเนิดสตรีที่ใช้ยาชนิดเม็ดในการคุมกำเนิดนานๆ

การป้องกัน

- ฉีดวัคซีนป้องกัน การติดเชื้อ HPV
- การงดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่
- การคุมกำเนิดด้วยวิธีต่างๆ
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์

ควรได้รับการตรวจหามะเร็งที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเป็นประจำนะคะ

นางสาวชุตินา ทองบ้านท่ม พยาบาลวิชาชีพ

มะเร็งปากมดลูก
ป้องกันได้ใน 5 วิธี

- ฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV
- งดการสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่
- มีคู่นอนคนเดียว ไม่สำส่อนทางเพศ
- บริโภคอาหารที่มีประโยชน์
- ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ที่สำคัญ !!!
อย่าลืมเข้ารับการตรวจคัดกรองเป็นประจำทุกปีด้วยค่ะ

นางสาวชุติมา ทองบ้านท่ม พยาบาลวิชาชีพ

มะเร็งปากมดลูก
รักษาได้หากพบเร็ว

ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นประจำ

สามารถรักษาได้
มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้นจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ปากมดลูก ใช้ระยะเวลา ประมาณ 5-10 ปี ก่อนเปลี่ยนเป็นมะเร็งปากมดลูก **ถ้าพบในระยะนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้**

ตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ จะช่วยให้แพทย์ สามารถค้นหาเซลล์มะเร็งได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ส่งผลให้การดูแลรักษาได้ผลดีมากยิ่งขึ้น **และมีโอกาสในการหายจากโรคได้มากกว่า**

วิธีป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

- การงดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ และบริเวณที่มีควันบุหรี่
- การคุมกำเนิดด้วยวิธีต่าง ๆ
- ควรได้รับการตรวจหามะเร็งทุกๆ 6 เดือน
- การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย
- การมีบุตรมาก
- การสำส่อนทางเพศ การมีคู่นอนหลายคน
- การดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศอยู่เสมอ
- การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์
- รักษาความสะอาดร่างกาย
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ

นางสาวสุติมา ทอบ้านท่ม พยาบาลวิชาชีพ



3 ขั้นตอน ป้องกัน มะเร็งปากมดลูก



สังเกตอาการตนเอง

หมั่นสังเกตอาการของตนเอง หากพบอาการที่ผิดปกติ เช่น มีเลือดออกจากช่องคลอดผิดปกติ มีมูกใส หรือประจำเดือนมาไม่ปกติ หรือปวดท้องผิดปกติ ให้เข้ารับการตรวจคัดกรอง

ตรวจคัดกรองมะเร็งเป็นประจำ

เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งทุกๆ 5 ปี เป็นประจำ และหมั่นสังเกตอาการของตนเอง



ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค

ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ เช่น การสูบบุหรี่ การสำส่อนทางเพศ การตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุน้อย การมีลูกมากๆ การรับประทานยาคุมเป็นเวลานาน และอื่นๆ

ตรวจพบไว รักษาได้!

เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง
ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทุกแห่ง



ภาคผนวก ข

คู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง

โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง เป็นชุดกิจกรรมการสอนเพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ ทักษะ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในช่วงการแพร่ระบาดของของโควิด-19 โดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ด้านคือ

1) ด้านความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก เป็นการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง และการป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยการบรรยายเน้นการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

2) ด้านทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นการนำบุคคล จำนวน 1 ท่าน ที่มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีผลการตรวจที่ผิดปกติในพื้นที่ของงานวิจัยนี้ มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบจริง นอกจากนี้มีการใช้นวัตกรรมทางเกมหัวใจ ทางไกลมะเร็งปากมดลูกโดยนำผ้าพื้นเมืองมาประยุกต์ให้เป็นทางเกวเจาะเป่ามีผ้าปกปิดอวัยวะเพศเพื่อลดความเขินอายตอนขึ้นเตียงขาหยั่ง และให้ผู้รับการตรวจสวมหน้ากากอนามัย เพื่อปิดบังใบหน้าลดความเขินอายเป็นการปรับตามวิถีชีวิตปกติใหม่กับสตรีกลุ่มเสี่ยง

3) ด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินการตัดสินใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่าจะไปตรวจแน่นอนหรือไม่ไปตรวจแน่นอน หากมีการตัดสินใจว่าไปตรวจแน่นอนให้ระบุ วัน เดือน ปี เวลา เพื่อเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ชัดเจน

รายละเอียดกิจกรรม มีดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นการพบกับสตรีกลุ่มเสี่ยงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมาแบบ On site มีการให้ความรู้ ทักษะ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ครั้งที่ 2 แบบ Online โดย Line application

ครั้งที่ 1

การพบกับสตรีกลุ่มเสี่ยงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมาแบบ On site
มีการให้ความรู้ ทัศนคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับ
บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง เป็นชุดกิจกรรมการสอน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ ทัศนคติ และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี เป็นการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง และการป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยการบรรยายเน้นการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกร่วมกับการใช้นวัตกรรมทางแกงหว่งไย ห่างไกลมะเร็งปากมดลูกโดยนำผ้าพื้นเมืองมาประยุกต์ให้เป็นทางแกงเจาะเป้าปกปิดอวัยวะเพศเพื่อลดความชื้นอายตอนขึ้นเตียงขาหยั่งและให้ผู้รับการตรวจสวมหน้ากากอนามัยปิดบังใบหน้าลดความชื้นอาย และเป็นไปตามวิถีชีวิตปกติใหม่ และการฟังบรรยายจากบุคคลจำนวน 1 ท่าน ที่มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีผลการตรวจที่ผิดปกติในพื้นที่มาร่วมเล่าประสบการณ์จริง เพื่อกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบจริง ซึ่งผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยงเพื่อดำเนินกิจกรรม และมีการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองระยะเวลาดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “มารู้จักกันเถอะ” เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 5 นาที

กิจกรรมที่ 2 ทำแบบทดสอบก่อนการทดลองใช้เวลา 5 นาที

กิจกรรมที่ 3 “มารู้จักกับมะเร็งปากมดลูกกันเถอะ” เป็นการให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอาการและอาการแสดงและการป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยการบรรยายเน้นการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกใช้เวลา 10 นาที

กิจกรรมที่ 4 “การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่น่ากลัวอย่างที่คิด” เป็นการปรับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการฟังบรรยายจากบุคคลที่มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีผลการตรวจที่ผิดปกติในพื้นที่มาร่วมเล่าประสบการณ์จริงร่วมกับการใช้นวัตกรรมทางแกงหว่งไย ห่างไกลมะเร็งปากมดลูกโดยนำผ้าพื้นเมืองมาประยุกต์ให้เป็นทางแกงเจาะเป้าปกปิดอวัยวะเพศเพื่อลดความชื้นอายตอนขึ้นเตียงขาหยั่งและให้ผู้รับการตรวจสวมหน้ากากอนามัยทับด้วยหน้ากาก

เพื่อปิดบังใบหน้าลดความเขินอายและเป็นการปรับตามวิถีชีวิตปกติใหม่กับสตรีกลุ่มเสี่ยง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 5 ทำแบบทดสอบหลังการทดลอง ใช้เวลา 5 นาที

กิจกรรมที่ 6 การแจ้งวันและเวลาให้บริการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้เวลา 5 นาที

ตารางกิจกรรม

กิจกรรม ที่	รายละเอียดของกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	ประเมินผล
1	“มารู้จักกันเถอะ”1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย แนะนำตนเอง ว่าเป็นใคร มาจากที่ไหน ชื่ออะไร และเหตุผลของการทำ กิจกรรม	- เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่ม ตัวอย่าง - เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย และขอ ความร่วมมือในการทำ วิจัย ขั้นตอนการเก็บ รวบรวมข้อมูล และ ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบ ถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบรับหรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมงาน วิจัยครั้งนี้ โดยไม่มี ผลกระทบใด ๆ กับการ บริการ	5 นาที	การสังเกต บรรยากาศในการทำ กิจกรรมระหว่าง ผู้วิจัยและกลุ่ม ตัวอย่าง เช่น กลุ่ม ตัวอย่างมีการสอบถาม ไขข้อข้องใจ หรือ ซักถามข้อที่สงสัย
2	ทำแบบทดสอบก่อนการ ให้โปรแกรมครั้งที่ 1	- เพื่อประเมินความรู้ ทัศนคติ และการเข้ารับ บริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกก่อน การให้โปรแกรมครั้งที่ 1	5 นาที	ผลคะแนนของ แบบทดสอบก่อนการ ทดลอง - แบบสอบถาม ความรู้เรื่องมะเร็ง ปากมดลูก

ตารางกิจกรรม (ต่อ)

กิจกรรม ที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	ประเมินผล
				- แบบสอบถาม ทัศนคติในการ ตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก - แบบสอบถามการ เข้ารับการตรวจคัด กรองมะเร็งปาก มดลูก
3	<p>“มารู้จักกับมะเร็งปากมดลูกกันเถอะ”</p> <p>1. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์</p>  <p>โรคมะเร็งปากมดลูก นางสาวสุธิดา ทองบ้าน พยาบาลวิชาชีพ</p>	<p>- เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการ และการป้องกันมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น</p>	10 นาที	สังเกตจากความสนใจในการร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดตอบคำถามระหว่างการเรียนการสอนในชั้นเรียนจากผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้
	<p>เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอาการและอาการแสดงและการป้องกันมะเร็งปากมดลูก</p>			

ตารางกิจกรรม (ต่อ)

กิจกรรม ที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	ประเมินผล
4	<p>“การตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกไม่น่า กลัวอย่างที่คิด”</p> <p>1. ผู้วิจัยปรับทัศนคติในการ ตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การฟังบรรยายจากผู้ที่ มีประสบการณ์ - ตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกและมีผลการตรวจที่ ผิดปกติในพื้นที่มาร่วมเล่า ประสบการณ์จริง - ผู้วิจัยให้ดูนวัตกรรม กางเกงห่วงโย ห่วงไกล มะเร็งปากมดลูก 	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงได้ ศึกษาวิเคราะห์ และ แสดงความคิดเห็นอย่าง อิสระ - เพื่อสร้างความเข้าใจใน การตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก - เพื่อเปิดโอกาสให้สตรีกลุ่ม เสี่ยงคิดวิเคราะห์และ เรียนรู้ความคิดของผู้อื่น ช่วยให้มีทัศนคติเกี่ยวกับ การตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกดีขึ้น - เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมอง กระบวนการกระทำที่ แน่นอนช่วยให้กลุ่ม ตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ ในกิจกรรมอย่างชัดเจน ทำให้เกิดความเชื่ออย่าง สนิทใจและจำได้ 	1 ชม.	<ul style="list-style-type: none"> - สตรีกลุ่มเสี่ยงมี ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปาก มดลูก โดยดูจาก - การโต้ตอบ แลกเปลี่ยนความ คิดเห็นกับบุคคล ที่มีประสบการณ์ได้ - สตรีกลุ่มเสี่ยงมีการ สอบถาม ไขข้อข้อง ใจเกี่ยวกับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปาก มดลูก อุปกรณ์การ ตรวจขั้นตอนการ ตรวจ และสถานที่ ของการตรวจ คัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกได้
5	ทำแบบทดสอบหลังการให้ โปรแกรม	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อประเมินความรู้ ทัศนคติ และการเข้ารับ บริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกหลังให้ โปรแกรมครั้งที่ 1 	5 นาที	<p>ผลคะแนนของ แบบทดสอบก่อนการ ทดลอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบสอบถามความรู้ เรื่องมะเร็งปากมดลูก - แบบสอบถาม ทัศนคติในการตรวจ คัดกรองมะเร็งปาก มดลูก

ตารางกิจกรรม (ต่อ)

กิจกรรม ที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	ประเมินผล
				- แบบสอบถามการ เข้ารับบริการตรวจ คัดกรองมะเร็งปาก มดลูก
6	การแจ้งวันและเวลา ให้บริการเข้ารับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก	- เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยง รับทราบวัน เวลา และ สถานที่ในการตรวจ คัดกรองมะเร็งปาก มดลูก	5 นาที	สตรีกลุ่มเสี่ยง รับทราบวัน เวลา และสถานที่ในการ ตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก

ครั้งที่ 2**แบบ Online โดย Line application**

แบบ Online โดย Line application สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (ทุกวันจันทร์และวันศุกร์)ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ผ่าน YouTube application และอินโฟกราฟิกให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สัปดาห์ที่ 3 ปรับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการให้แสดงทัศนคติต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพร้อมเขียนคำนิยาม 3 คำ เพื่อประเมินทัศนคติของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก


สัปดาห์ที่ 4 เพื่อตัดสินใจตรวจหรือไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเขียน 1 ประโยค ให้คำนิยามที่บ่งบอกความเป็นคุณเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเขียนคำนิยาม 3 คำ ว่า จะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อประเมินการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตารางกิจกรรม

ลำดับที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	ประเมินผล
1	<p>“ให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก”</p> <p>โดยผู้วิจัยใช้สื่อวีดิทัศน์ผ่าน YouTube application และอินโฟกราฟิกให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อช่วยให้สตรีในกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องมะเร็งปากมดลูก โดยผ่านการใช้อินโฟกราฟิกช่วยให้การบรรยายได้ผ่านประสาทสัมผัสมากขึ้นก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้ 	<p>ทุกวัน จันทร์และ วันศุกร์</p>	<p>สตรีกลุ่มเสี่ยงมีการโต้ตอบผ่าน Lineapplication พร้อมทั้งมีการสอบถาม ไขข้อข้องใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p>
2	<p>“ปรับทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก”</p> <p>โดยผู้วิจัยให้สตรีกลุ่มเสี่ยงแสดงทัศนคติต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพร้อมการเขียนคำนิยาม 3 คำ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อกระตุ้นให้สตรีกลุ่มเสี่ยงแสดงความรู้สึกรวมทั้งเปิดเผยเรื่องราวของตนเองให้มากขึ้นหรือชัดเจนขึ้น - เพื่อเปลี่ยนบรรยากาศในการถ่ายทอดความรู้สึกของสตรีกลุ่มเสี่ยงเกิดความสนุกสนาน 	<p>ทุกวัน จันทร์และ วันศุกร์</p>	<p>สตรีกลุ่มเสี่ยงมีการโต้ตอบผ่าน Lineapplication พร้อมทั้งมีการสอบถาม ไขข้อข้องใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p>

ตารางกิจกรรม (ต่อ)

ลำดับที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	ประเมินผล
3	<p>“ข้อดีและข้อเสียของการตัดสินใจตรวจหรือไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก”</p> <p>โดยผู้วิจัยให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเขียน 1 ประโยค ให้คำนิยามที่บ่งบอกความเป็นคุณเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเขียนคำนิยาม 3 คำว่าจะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p>	<p>- เพื่อกระตุ้นให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ช่วยสร้างแนวคิดรวบยอดเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p>	<p>ทุกวันจันทร์และวันศุกร์</p>	<p>สตรีกลุ่มเสี่ยงมีการโต้ตอบผ่าน Line application พร้อมทั้งมีการสอบถามไขข้อข้องใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p>

 <p>เรียนรู้อะไรก็เก่ง</p>	<p>หนังสือยินยอมการเผยแพร่ผลงานวิจัย</p> <p>Letter of Consent for Publication of Research</p> <p>论文发表同意书</p>
---	--

เขียนที่...มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.....

วันที่... 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2567.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว Mr./Mrs./Miss 学生姓名 นางสาวชุตินา ทองบ้านท่อม.....

รหัสนักศึกษา Student ID 学号... 626073-804.....

ระดับ level 学位 ปริญญาโท Master's degree 硕士 ปริญญาเอก Ph.D. 博士

หลักสูตร Courses 课程 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา field of study 专业...การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน.....

คณะ Faculty 学院...พยาบาลศาสตร์.....

Email 电子邮件 beejoke_bb@hotmail.com

ชื่อเรื่อง (คุณนิพนธ์/วิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์) Title (dissertation/Thesis/Independent study) (申请检查学位论文/毕业论文/选修)


(ชื่อภาษาไทย) (Thai Title) (泰文名称)...ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง.....

(ชื่อภาษาอังกฤษ) (English Title) (英文名称)...THE EFFECTS OF PROMOTING CERVICAL CANCER SCREENING PROGRAM IN NEW NORMAL ERA AMONG WOMEN RISK GROUP.....

อนุญาต ให้ศูนย์บรรณสารสนเทศ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เผยแพร่งานวิจัยของ ข้าพเจ้าสู่สาธารณะ เพื่อเป็นผลงานทางวิชาการ ผ่านระบบฐานข้อมูลงานวิจัย ThaiLIS

Permit the Information Center at HuachiewChalermprakiet University to publish my research to the public as an academic achievement through the ThaiLIS research database system.

ไม่อนุญาต Not permitted

ลงชื่อ Sign.....  ผู้วิจัย Researcher 作者签名

(นางสาวชุตินา ทองบ้านท่อม)