

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวต่อความตั้งใจ  
ในการตรวจคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จำเอกกฤต กุลบุตรดี

- 1 สี.ศ. 2560

369081

TH ๑๑ ๒๕๖๐

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว

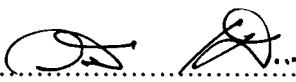
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา


ธันวาคม 2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยบูรพา

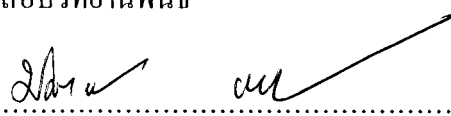
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ จำเอกกฤษ กุลบุตรดี ฉบับนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

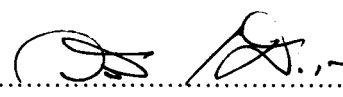
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

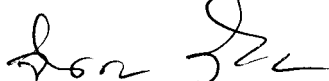
  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)

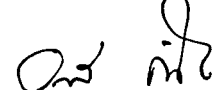
  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


  
.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.มนิรัตน์ ภาครูป)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2560

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วรณิ เตียววิศเรศ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ อบรม สั่งสอน ให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ช่วยเหลือในการตรวจสอบการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ให้มีความสมบูรณ์ตลอดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้วิจัย ท่านอาจารย์ได้สอดแทรกแง่คิดต่าง ๆ ทั้งด้านวิชาการและการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน รวมทั้งในชีวิตประจำวัน ได้อย่างชัดเจน ทำให้ผู้วิจัยได้รับรู้ในสิ่งที่ไม่เคยรู้ และทำได้ในสิ่งที่ก่อนหน้านี้ไม่เคยคิดมาก่อนว่าจะกระทำได้ ท่านอาจารย์ยังคงอุทิศเวลาให้ได้พบกับความสำเร็จเสมอมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งที่ได้รับการดูแลและเป็นกำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้ตลอดมาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ และคณาจารย์ในสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ตลอดจนคณาจารย์ในมหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่าน ที่ได้ให้ความรู้ในตลอดการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านจากสถาบันต่างๆที่ได้ให้ความกรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย รวมทั้งเพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ที่ให้การช่วยเหลือ ดูแลในเรื่องต่าง ๆ ของผู้วิจัยเสมอมา

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ สาธารณสุขอำเภอสว่างวีระวงศ์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเจ้าหน้าที่วิจัยที่ทุกท่านในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จด้วยดี รวมทั้งขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยครั้งนี้ สุดท้ายผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่อำพันธ์ กุลบุตรดี ซึ่งเป็นมารดาของผู้วิจัย ที่คอยให้กำลังใจในยามที่รู้สึกท้อแท้ เหนื่อยล้า ให้อุดหนุนต่ออุปสรรคต่าง ๆ และคอยสนับสนุนในทุกด้านที่ท่านจะสามารถทำได้ให้แก่ผู้วิจัยตลอดมา จนประสบผลสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้ด้วยดี

กฤศ กุลบุตรดี

54920263: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนความเชื่อ/ ความตั้งใจ/ สตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว

กฤศ กุลบุตรดี: ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (EFFECTS OF CHANGING BELIEF PROGRAM AMONG WOMEN AT RISK AND FAMILY MEMBERS ON INTENTION AND PARTICIPATION IN CERVICAL CANCER SCREENING) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วรณิ เตียววิเศษ, Ph.D., จินตนา วัชรสินธุ์, Ph.D. 66 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

ความเชื่อเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี การศึกษาที่ทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีไทยชนบท เขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีอายุ 30-60 ปีและสมาชิกครอบครัว ๆ ละ 1 คน ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญและมีอิทธิพลต่อสตรีและสามารถเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อ ๆ ได้ คัดเลือกโดยการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จาก 2 ตำบล จำนวน 60 ครอบครัว โดยให้ตำบลที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง 30 ครอบครัว ให้ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อจากผู้วิจัย 2 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง ห่างกัน 1 สัปดาห์ โปรแกรมนี้จะทำเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 ครอบครัว โดยมีกิจกรรมหลัก 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสนทนาบำบัด 3) การสะท้อนคิด 4) การสรุปผล ตำบลที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม 30 ครอบครัว ได้รับความดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 1 ผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.91 และแบบบันทึกการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าที และสถิติไคว์สแควร์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) จากผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อนี้ช่วยเพิ่มการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงให้สูงขึ้นได้ พยาบาลที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

54920263: MAJOR: FAMILY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (FAMILY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: CHANGING BELIEF / INTENTION / WOMEN AT RISK AND FAMILY MEMBERS

KIT KULBUDDEE: EFFECTS OF CHANGING BELIEF PROGRAM AMONG WOMEN AT RISK AND FAMILY MEMBERS ON INTENTION AND PARTICIPATION IN CERVICAL CANCER SCREENING. ADVISORY COMMITTEE: WANNEE DEOISRES, Ph.D., CHINTANA WACHARASIN, Ph.D. 66 P. 2016.

Belief is an important influencing factor to women's cervical cancer screening behavior. The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of changing the belief of women at risk and family members on their intention and participation in cervical cancer screening. The sample consisted of 60 married women at risk aged between 30 years to 60 years and their family members residing in Sawangweerawong District, Ubonratchatani Province. Multi-stage cluster sampling was performed to recruit the sample who met the inclusion criteria into the experimental and control groups. Thirty women who were at risk and one family member of each woman from the 1<sup>st</sup> sub-district participated in the changing belief program performed by the researcher for two sessions, three hours per session, one week apart. This program was conducted in group with 10 families for each group. It contained 4 stages: 1) building relationship, 2) therapeutic communication, 3) reflection, and 4) conclusion. Another thirty women at risk and their family members of the 2<sup>nd</sup> sub-district participated in the control group and received regular care. Statistical analyses included t-test, means and standard deviation.

The results revealed that the women at risk and their family members in the experimental group had significantly higher mean score of the intention to cervical cancer screening than those in the control group ( $p < .05$ ). The women in the experimental group also had a higher mean score of participation in cervical cancer screening than those in control group ( $\chi^2 = 0.002, p < .01$ ). These findings suggested that the changing belief program could enhance these women for participation in cervical cancer screening. Therefore, nurses could apply this program in order to promote higher usages of the cervical cancer screening service.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานงานวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.....	9
ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.....	13
แนวทางการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย.....	17
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	24
รูปแบบการวิจัย.....	24
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	24
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	26
การตรวจสอบเครื่องมือ.....	30
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	30
วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	31
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
4 ผลการวิจัย.....	37
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	37

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่ .....	หน้า
ส่วนที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก.....	39
ส่วนที่ 3 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลองและหลังได้รับ โปรแกรม การปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ .....	41
ส่วนที่ 4 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลองและ หลังทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ และ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลรูปแบบตามปกติ .....	42
ส่วนที่ 5 ผลเปรียบเทียบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรูปแบบ ตามปกติ.....	43
5 สรุป และอภิปรายผลการวิจัย.....	44
สรุปผลการวิจัย .....	44
การอภิปรายผล.....	45
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้.....	46
ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป .....	47
บรรณานุกรม.....	48
ภาคผนวก .....	54
ภาคผนวก ก.....	55
ภาคผนวก ข.....	57
ภาคผนวก ค.....	62
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	66

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน และร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	38
2	ความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.....	40
3	ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ ในระยะก่อนและ หลังทดลอง.....	42
4	ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังทดลอง .....	42
5	ผลเปรียบเทียบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรูปแบบตามปกติ ...	43



## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2	ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย .....	19
3	การเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	26
4	ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	35

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยพบเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีไทยรองจากมะเร็งเต้านม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558) ในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีประชากรสตรีที่เสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก 26.09 ล้านคน มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป พบมากที่สุดโนสตรีที่มีอายุระหว่าง 45-55 ปี มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ปีละ 10,000 ราย เสียชีวิต 5,216 ราย หรือประมาณร้อยละ 53 เสียชีวิต วันละ 14 คน (World Health Organization [WHO], 2010) และหากอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกยังคงอยู่ในระดับที่สูงนี้ โดยไม่มีมาตรการหรือยุทธวิธีใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพมาป้องกัน คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่สูงขึ้น เป็นปีละประมาณ 13,082 คน เสียชีวิต 7,871 ราย ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ที่อยู่ในระยะลุกลามอัตราการอยู่รอดประมาณ 5 ปี ร้อยละ 60 จึงมีผู้ป่วยสะสมจำนวนมาก คาดการณ์ว่า จะมีจำนวนผู้ป่วยทั้งรายใหม่และรายเก่า ที่ต้องทำการดูแลรักษา ทั้งประเทศไม่น้อยกว่า 60,000 คน ส่วนอัตราตายต่อแสนประชากรของภาคกลาง 6.8 ภาคเหนือ 6.1 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4.6 และภาคใต้ 3.7 อัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะรายใหม่ จำนวน 5,164,751 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.9 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

สำหรับสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของจังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเข้ารับบริการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 696 ราย (38.58 ต่อแสนประชากร) อัตราตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของจังหวัดอุบลราชธานี 1.72 มีสตรีที่รับการคัดกรอง คิดเป็นร้อยละ 65.31 จะเห็นได้ว่ายังมีอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ต่ำกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ ร้อยละ 80 % (ศูนย์มะเร็งจังหวัดอุบลราชธานี, 2558)

โรคมะเร็งปากมดลูก เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังใช้ระยะเวลาในการรักษาที่นาน และเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกนี้ มีผลโดยตรงต่อสตรีเอง ทั้งด้านร่างกายที่เกิดความทุกข์ทรมานกับการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้หากอยู่ในระยะลุกลามแล้ว ด้านจิตใจ มีภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง และส่งผลกระทบต่อครอบครัว รวมทั้งกระทบในชุมชนและสังคมอย่างกว้างขวาง โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในสตรีกลุ่มเสี่ยงของไทย และพบผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามแล้วจำนวนมาก สร้างปัญหาต่อการรักษาและด้านอัตราการหายจากโรค

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ป้องกันและตรวจพบได้ตั้งแต่เซลล์เริ่มผิดปกติและสามารถรักษาให้หายได้ในระยะเริ่มต้น ถ้าหากสตรีมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงยังช่วยป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และลดอัตราการเสียชีวิตในสตรีได้ การเฝ้าระวังโรคโดยไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยให้แพทย์สามารถค้นหา มะเร็งได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ส่งผลให้การดูแลรักษาได้ผลดีมากยิ่งขึ้น (จตุพล ศรีสมบุญ, 2553)

สตรีกลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย เพราะเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านของเซลล์ปากมดลูกจากวัยเด็กไปสู่วัยรุ่น ในช่วงวัยรุ่นนี้ช่องคลอดจะมีความเป็นกรดสูงขึ้น เซลล์ที่หุ้มผิวปากมดลูกจึงต้องปรับตัวให้อยู่ใน ภาวะนี้ได้ โดยการกลายรูปเป็นเซลล์ที่สามารถทนกรดได้ เพื่อปกป้องปากมดลูกช่วงที่เซลล์กำลัง กลายรูปนี้ เป็นช่วงที่มีความไวสูงต่อสารก่อมะเร็ง สตรีที่มีเพศสัมพันธ์แล้วทุกคน มีคู่นอน สามี่ หรือแฟนมีคู่นอนหลายคน หรือชอบใช้บริการทางเพศจากหญิงบริการ มีโอกาสติดเชื้อเอชพีวี มากกว่าสตรีที่ไม่ได้แต่งงาน การมีลูกมากหรือจำนวนครั้งของการคลอดลูกมาก เพราะในขณะที่ ตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ที่เพิ่มศักยภาพในการก่อมะเร็งของเชื้อเอชพีวี ประวัติเป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงเกินกว่าสตรีทั่วไป แต่ไม่ได้เป็น สาเหตุของมะเร็งปากมดลูกโดยตรง เป็นเพียงปัจจัยร่วม หรือปัจจัยส่งเสริม ทั้งนี้ต้องมีการติดเชื้อ เอชพีวีร่วมด้วยเสมอ จึงจะมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ (จตุพล ศรีสมบุญ, 2553) มีประวัติการ สูบบุหรี่ เพราะบุหรี่มีสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิด เช่น ทาร์ สาร โพลีเนียม 210 เป็นต้น สตรีที่มี ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ติดเชื้อเอชไอวีหรือได้รับยากดภูมิคุ้มกันจากการปลูกถ่ายอวัยวะ มีโอกาสติด เชื้อเอชพีวีแบบฝังแน่นได้ง่าย เพราะร่างกายไม่สามารถกำจัดหรือทำลายเชื้อไวรัสได้ เชื้อเอชพีวีก็จะ คงอยู่ที่ปากมดลูกนานกว่าคนทั่วไป ทำให้เซลล์ปากมดลูกมีโอกาสกลายพันธุ์เป็นเซลล์มะเร็งได้

สตรีกลุ่มนี้ถือได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและควรตรวจทุกปีหรือ 2 ปี หากได้ผลปกติ 2-3 ครั้ง ก็สามารถจะเว้นระยะห่างออกไปได้ แต่ถ้าหากไม่สามารถจะทำได้ ตลอด อย่างน้อยก็ควรตรวจเมื่ออายุ 35 ปี และตรวจทุก 5 ปี จนอายุ 60 ปี ส่วนสตรีที่ตัดมดลูกและ ปากมดลูกแล้วและไม่มีประวัติวินิจฉัยว่ามีรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก (Cervical Intraepithelial Neoplasia; CIN) หรือมะเร็งปากมดลูกไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรอง (สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย, 2552)

จากเกณฑ์การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกระทรวงสาธารณสุข ที่มี เป้าหมายสำคัญ คือ ต้องการลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูก จึงต้องมี การตรวจคัดกรองหาเซลล์ที่ผิดปกติแต่เนิ่น ๆ และทำการรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินงานที่ใช้ใน การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดให้มีการบริการ โดยวาง

ระบบการทำงาน รวมทั้งจัดสรรทรัพยากรด้านต่าง ๆ ไว้ เช่น การประชาสัมพันธ์ การรณรงค์ ประจำปี การออกสำรวจจำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย ที่จะต้องมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประสานงานกับองค์กรส่วนท้องถิ่น รวมทั้งผู้นำชุมชนในการออกหอกระจายข่าว ได้มีการกำหนดการปฏิบัติงานอย่างดีแล้ว แต่ยังคงพบว่า อัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แม้ว่าระบบบริการสุขภาพได้พยายามดำเนินการเป็นอย่างดีแล้ว

อำเภอสว่างวีระวงศ์ เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีผลมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลงาน 5 ปี กลุ่มเป้าหมาย คือ สตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-60 ปี จำนวน 7,093 คน มาตรวจคัดกรอง จำนวน 4,672 คน คิดเป็นร้อยละ 65.87 ยังมีอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ต่ำกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

มีหลายปัจจัยที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ต่ำ (รุ่งโรจน์ เจริญชัย, 2554; จันทน์ แต่ไพสิฐพงษ์ และณัฐวดี กันตถาวร, 2555; Green, Brown, Daffom, Reichhart, Morley, Lomas, & Gubb, 2003; Elijah, 2010) ปัจจัยด้านลบของทัศนคติมีความสัมพันธ์ต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (เพลินพิศ ขวัญโพน, 2555; ปรียานุช มณีโชติ, 2553; Oran, Can, Senuzun, & Aylaz, 2008) และความเชื่อด้านที่เป็นอุปสรรคของสตรีและครอบครัวมีผลต่อความตั้งใจในมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง (ชนิษฐา มูลนิบาล, 2555; จันทร์นิภา เกตรา, 2551; วิไลวรรณ ชันตรี และคณะ, 2556; Martensson, Stromberg, Dahlstrom, Karlsson, & Fridlund, 2005; Davidson Jennions, & Nicotra, 2011; Nikki, 2013) ไม่มีเวลา การมาตรวจทำให้ขาดรายได้ ไม่มีอาการที่ผิดปกติ ไม่มีญาติเป็นโรคนี เป็นต้น (สุดาฟ้า วงศ์หาริมาศย์, 2556)

ความเชื่อเป็นรากฐานของความตั้งใจต่อการกระทำหรือพฤติกรรม Ajzen and Fishbein (1980) ได้อธิบายไว้ว่า ความตั้งใจเกิดขึ้นจากการรวมกันของทัศนคติ (Attitude) ต่อพฤติกรรมนั้น และการได้รับการสนับสนุนจากบรรทัดฐานของสังคม (Subjective norm) ส่งผลทำให้เกิดเป็นพฤติกรรม บุคคลจะกระทำพฤติกรรม ต้องมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นนำมาก่อน และอธิบายเพิ่มเติมว่า ทัศนคติของบุคคล (Attitude) คือ การรวมกันของความเชื่อ (Summation of beliefs) และการประเมินคุณค่าความเชื่อนั้น ๆ (Evaluation toward the beliefs) รวมทั้งความเชื่อในการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived behavioral control) ว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จหรือไม่

หลังจากที่รวมความเชื่อทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกันเข้าแล้ว จะได้สิ่งที่เรียกว่าความเชื่อเด่นชัด ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้บุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งไปในทางที่เขาเชื่อ ทัศนคติของสตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น ความกลัว ความอาย ความกังวล กลัวเจ็บการตรวจ คิดว่าไม่มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกเพราะไม่มีญาติเจ็บป่วยด้วยโรคนี้อัน จึงทำให้ไม่มาตรวจคัดกรอง (ยูภาพร ศรีจันทร์, 2548) และแนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock (1974) ที่มีแนวคิดหลักคือ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดเพื่อให้มีสุขภาพดี ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งต่าง ๆ ดังนี้ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefit of taking and barriers to taking action) ซึ่งการศึกษาของ ประวิทย์ สัมพันธ์สันติกุล (2550); สุมาลี ครุฑทิติน (2551); บุญธิญา สุทธิโคตร และสมเดช พินิจสุนทร (2557); O'Brien, Halbert, Bixby, Pimente, and Shea (2010); Han et al. (2011) ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของโรค การรับรู้รุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่สูง มีผลให้สตรีมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนการรับรู้อุปสรรคที่สูงมีผลให้สตรีไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยสำคัญอีกประการที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงคือ ครอบครัว ทั้งนี้เพราะครอบครัวมีอิทธิพลสูงสุดต่อความเชื่อ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547) จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีอิทธิพลต่อความตั้งใจมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังเช่นการศึกษาของ จันทร์นิภา เกตรา (2551) ที่พบว่า การปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีและสามี มีผลต่อความตั้งใจในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้ และจากการศึกษาของ ขนิษฐา มูลนิบาล (2555) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีในครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมครอบครัว มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามในงานวิจัยของ ขนิษฐา มูลนิบาล (2555) ที่ศึกษาวัตถุประสงค์เฉพาะการมาและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่ได้วัดความตั้งใจของสตรี และงานวิจัยของ จันทร์นิภา เกตรา (2551) ยังมีข้อจำกัดที่วัดเฉพาะความตั้งใจในการมาตรวจคัดกรอง แต่ยังไม่ได้วัดการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงทำให้ผู้วิจัยทำการศึกษาทั้งสองอย่างนี้

จากแนวคิดของทฤษฎีด้านความตั้งใจแนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีความเชื่อมโยงสอดคล้องกันทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพได้ว่า บุคคลหากได้รับการปรับเปลี่ยนความเชื่อจากด้านที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ มาเป็นด้านที่ส่งเสริม และเอื้อต่อการดูแลสุขภาพไปในทางที่ดีแล้วนั้น ซึ่งเกิดขึ้นได้จากการรับรู้ความเสี่ยง รับรู้

ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์และรับรู้อุปสรรค จะทำให้นักศึกษาเกิดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมในการดูแลตนเองทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีความเจ็บป่วยที่เหมาะสมขึ้นได้ ซึ่งผลการศึกษาที่ผู้วิจัยคาดว่า จะมีประโยชน์แก่สตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว ให้มีความเชื่อความตั้งใจ และมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจะช่วยให้อัตราป่วย และอัตราการตายของสตรีกลุ่มเสี่ยงจากโรคมะเร็งปากมดลูกลดลงได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองของกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสมาชิกกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว ในระยะก่อนและหลังทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรอง ในระยะก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสมาชิกกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับ โปรแกรมรูปแบบตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบการมาตรวจคัดกรองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสมาชิกกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับ โปรแกรมรูปแบบตามปกติ ในระยะหลังทดลอง

### สมมติฐานงานวิจัย

1. หลังทดลอง สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ๑ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น
2. สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ๑ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลรูปแบบตามปกติ
3. สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ๑ มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลรูปแบบตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

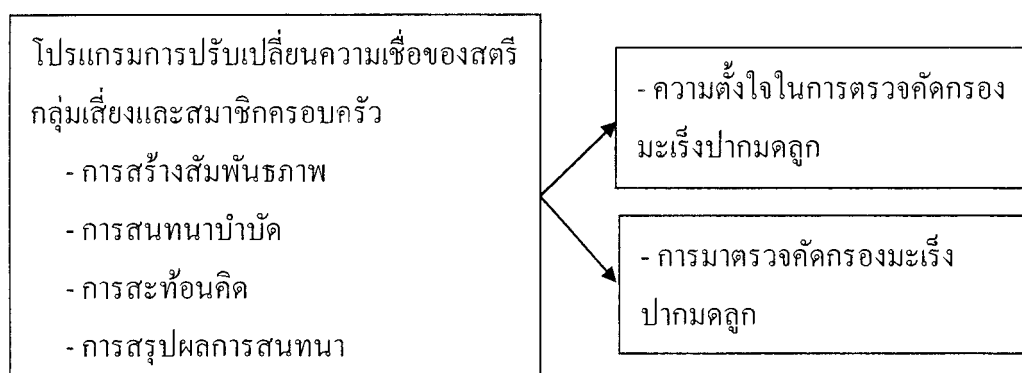
การวิจัยครั้งนี้มุ่งเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อ ๑ ต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เฉพาะสตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว ที่มีภูมิลำเนาเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี และยังไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี พ.ศ. 2554-2558 จำนวน 2 กลุ่ม 60 ตัวอย่าง คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรม

การปรับเปลี่ยนความเชื่อ ๆ จำนวน 30 ครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรูปแบบปกติ จำนวน 30 ครอบครัว โดยทำการวิจัยในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ของ Wright and Bell (2009) ซึ่งเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง องค์ประกอบที่สำคัญของการพยาบาลรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยนี้คือ ความเชื่อของผู้ป่วย สมาชิกครอบครัว และทีมสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความเชื่อที่แตกต่างกัน บางความเชื่ออาจสอดคล้องกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว แต่อาจไม่สอดคล้องกับความเชื่อของทีมสุขภาพ เนื่องจากแต่ละคนมีความรู้ ประสบการณ์ บริบทต่างกัน บริเวณที่เชื่อมกัน (Intersection) จะเป็นบริเวณที่ความเชื่อของทุกฝ่ายสอดคล้องกัน ทำให้พยาบาลเข้าใจบริบทของครอบครัว และให้การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมและส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จของผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด โดยให้สตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว ได้เข้าถึงความคิดความเชื่อและปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองและมาตรฐานมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค (Constraining beliefs) เป็นความเชื่อที่สนับสนุนและส่งเสริมให้กระทำพฤติกรรม (Facilitating beliefs) ของสตรีกลุ่มเสี่ยงเกิดความความตั้งใจและมาตรฐานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ความเชื่อและความตั้งใจในการมาตรฐานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีนั้น ถ้าสตรีและสมาชิกครอบครัวมีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยในทางที่ดี ก็จะทำให้เกิดความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเป็นสิ่งที่พยาบาลทุกคนต้องทำความเข้าใจเพื่อใช้ในการวางแผนให้การพยาบาล รูปแบบการพยาบาลนี้เป็นการเปิดโอกาสให้สตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว และพยาบาล ได้พูดสนทนากันอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับความเชื่อและปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการมาตรฐานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สู่การปรับเปลี่ยนในทางที่ดี จนเกิดการมาตรฐานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. สตรีกลุ่มเสี่ยง หมายถึง สตรีที่มี อายุ 30-60 ปี โดยไม่คำนึงถึงสถานภาพสมรส และยังไม่เคยรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ในปี พ.ศ. 2554-2558 มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

2. สมาชิกครอบครัว หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่สตรีกลุ่มเสี่ยงระบุว่า มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อสตรีกลุ่มเสี่ยงและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

3. ความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้สึกริเริ่มคิดของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่จะมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เมื่อมีบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนประจำหมู่บ้านในเร็วๆ นี้ และภายในระยะเวลา 1 ปีนี้ ซึ่งวัดได้โดยการสอบถามความตั้งใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4. การมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีที่มาตรวจหาความผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูก ด้วยวิธี “แป็ปสเมียร์” (Pap smear) เมื่อมีบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนประจำหมู่บ้านในเร็วๆ นี้ ซึ่งวัดได้จากแบบบันทึกการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา โดยนำขั้นตอนจากโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีและสามี ของ จันทรนิภา เกตรา (2551) ที่ได้ประยุกต์ตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยของ Wright and Bell (2009) โดยมีกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสนทนาบำบัดประกอบด้วยการค้นหา เปิดเผยและการแยกแยะความเชื่อ การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค และส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง 3) การสะท้อนคิด 4) การสรุปผล

6. การดูแลรูปแบบตามปกติ หมายถึง กิจกรรมประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประจำปีของเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ๆ ผ่านการประชุม



ประจำเดือนกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับ  
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประจำปี

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยได้ค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

#### แนวคิดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

##### 1. โรคมะเร็งปากมดลูก

##### ความหมายของโรคมะเร็งปากมดลูก

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2557) ได้ให้ความหมายของมะเร็งปากมดลูกว่า คือ เนื้องอกบริเวณปากมดลูกที่ประกอบด้วยเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็วสามารถลุกลามทำลายเนื้อเยื่อปกติและอวัยวะใกล้เคียง รวมทั้งสามารถลุกลามเข้าเส้นเลือด และเส้นน้ำเหลืองทำให้เกิดการกระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลือง และอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2553) ให้ความหมายของโรคมะเร็งปากมดลูก คือ โรครที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่ผิดปกติ ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ เป็นผลให้เนื้อเยื่อหรืออวัยวะทำหน้าที่ผิดปกติไป ในระยะเริ่มแรกจะไม่แสดงอาการผิดปกติแต่อย่างใด จนกระทั่งเป็นมะเร็งในระยะลุกลาม ใช้เวลาประมาณ 5-10 ปี และจะแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ๆ

จตุพล ศรีสมบุรณ์ (2553) ให้ความหมายมะเร็งปากมดลูก คือ มะเร็งปากมดลูก เป็นโรคร้ายซึ่งเป็นสาเหตุแห่งการเสียชีวิตในลำดับต้น ๆ ของผู้หญิงไทยและผู้หญิงทั่วโลก มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ Human Papilloma Virus (HPV) ซึ่งเป็นไวรัสที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกและหูดหงอนไก่ โดยเชื้อไวรัสชนิดนี้ติดต่อสู่กันได้ผ่านการมีเพศสัมพันธ์ มะเร็งปากมดลูกจึงพบได้ในผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว หรือเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว

สรุปความหมายของโรคมะเร็งปากมดลูก คือ โรคร้ายแรงที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูก มีการเปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว สามารถเปลี่ยนจากเซลล์ปกติ เป็นเซลล์ระยะก่อนมะเร็ง และกลายเป็นมะเร็งในที่สุด ร่างกายไม่สามารถควบคุมเซลล์เหล่านี้

ได้ เป็นโรคที่ป้องกันได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ ด้วยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และสามารถรักษาให้หายขาดได้ในระยะแรก ๆ ของการตรวจพบเซลล์ที่ผิดปกติก่อนกลายเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

### สาเหตุ

การเกิดมะเร็งปากมดลูกยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจน แต่มีปัจจัยหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเช่น การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย มีบุตรมาก การมีประวัติเป็นติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น แต่จากสถิติและการศึกษาค้นคว้าพบว่า มะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมาหรือเชื้อเอชพีวี (Human papilloma virus-HPV) บริเวณอวัยวะเพศ โดยเฉพาะที่บริเวณปากมดลูก (รวมทั้งอวัยวะเพศภายนอก) อย่างไรก็ตามแม้การติดเชื้อไวรัส HPV ที่บริเวณปากมดลูกเป็นสาเหตุที่พบมาก ในการเกิดมะเร็งปากมดลูก แต่ก็ไม่ใช่ทุกคนที่ติดเชื้อไวรัสแล้วจะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบุญ, 2553)

### ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษาเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ดังนี้

#### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 อายุ โรคมะเร็งปากมดลูกพบมากในสตรีที่มีช่วงอายุระหว่าง 35-60 ปี พบได้ตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป ในระยะเริ่มแรกจะไม่แสดงอาการผิดปกติแต่อย่างใด จนกระทั่งเป็นมะเร็งในระยะลุกลาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 5-10 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2553)

1.2 การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยกว่า 17 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีการกลายรูปของเซลล์ปากมดลูกมาก การสัมผัสบริเวณผิวหนังหรือเยื่อบริเวณอวัยวะเพศหรือที่ปากมดลูก เมื่อมีรอยถลอกหรือแผล ทำให้เชื้อไวรัสนี้ผ่านเข้าไปในร่างกายได้ โดยเฉพาะเชื้อไวรัสที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง (High-risk HPV) การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่มีเชื้อเอชพีวี (ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ชายจะไม่มีอาการหรือตรวจไม่พบเชื้อ) แม้เพียงครั้งเดียวก็มีโอกาสติดเชื้อเอชพีวีและเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ (จตุพล ศรีสมบุญ, 2553) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสายพันธุ์ 16, 18 เป็นสาเหตุประมาณ 70% ของการเกิดมะเร็งปากมดลูก อีกประมาณ 30% เกิดจาก HPV ชนิดอื่น ๆ เชื้อไวรัสตัวนี้เกือบทั้งหมดติดมาจากการมีเพศสัมพันธ์ (ชัยยศ ธีรผกาวงศ์, 2555)

1.3 การตั้งครรภ์และการคลอดลูก การมีบุตรหลายคนเชื่อว่าจะทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมนทำให้ติดเชื้อ HPV ง่าย จำนวนของการคลอดลูกมากกว่า 4 ครั้ง มีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 2-3 เท่า (จตุพล ศรีสมบุญ, 2553)

1.4 ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เริม ซิฟิลิส และหนองใน เป็นต้น รวมทั้งการสตรีที่มีคู่นอนหลายคน มีความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้น

1.5 ระบบภูมิคุ้มกันของคุณสุภาพสตรี ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันไม่ดีจะทำให้เกิดโอกาสติดเชื้อ HPV ได้ง่ายจึงมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

## 2. ปัจจัยด้านคู่นอน

2.1 สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเป็นมะเร็งองคชาติ หรือมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก มีความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

2.2 สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีประวัติ เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เริม ซิฟิลิส หูดหงอนไก่ เป็นต้น จะเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อ HPV มากขึ้น เนื่องจากเชื้อมักจะอยู่ในท่อปัสสาวะขององคชาติ หรืออวัยวะเพศภายนอก โดยที่ไม่ได้มีอาการแสดงออกมา

2.3 สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน โดยไม่ได้มีการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ไม่สวมถุงยางอนามัย เป็นต้น

## 3. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ส่งเสริมให้เป็นมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

3.1 การสูบบุหรี่ ข้อมูลจากงานวิจัยพบว่า การสูบบุหรี่มีผลต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ซึ่งส่วนใหญ่ควันบุหรี่ที่สตรีไทยได้รับจะได้อาจมาจากบุคคลอื่นหรือโดยทางอ้อม (Passive smoke) มากกว่าการสูบโดยตรง (Active smoke)

3.2 ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ เนื่องจากเข้าถึงบริการไม่ทั่วถึง (วิไลวรรณ ชันตรี และคณะ, 2556)

3.3 การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน ๆ ถ้านานกว่า 5 ปี และ 10 ปี จะมีความเสี่ยงสูงขึ้น 1.3 เท่า และ 2.5 เท่า ตามลำดับ

3.4 การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เช่น สตรีที่ได้รับการปลูกถ่ายไต เป็นต้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

## แนวทางการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันและตรวจพบได้โดยวิธีแป็บสเมียร์ (Pap Smear) ตั้งแต่เซลล์เริ่มผิดปกติและสามารถรักษาให้หายได้ในระยะเริ่มต้น การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกนั้นวิธีการที่ดีที่สุดเพื่อใช้ในการควบคุมโรคมะเร็งและองค์การอนามัยโรคได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ (Heusinkveld, 1997)

1. การป้องกันปฐมภูมิ คือ การหลีกเลี่ยงการได้รับสารก่อมะเร็งการลดหรือขจัดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูก และการทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านสารก่อมะเร็ง การป้องกันปฐมภูมิสำหรับมะเร็งปากมดลูก เช่นการหลีกเลี่ยงการมีคู่นอนหลายคน หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย การคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย การหลีกเลี่ยงการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะการติดเชื้อเอชพีวี การงดสูบบุหรี่ การฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี

2. การป้องกันทุติยภูมิ คือการคัดค้านหามะเร็งปากมดลูกในระยะในระยะแรกเริ่ม โดยที่ยังไม่แสดงอาการของโรคนั้น สามารถตรวจคัดกรองได้ด้วยวิธีการทำ"แป็บสเมียร์" และการตรวจหาเชื้อเอชพีวี เป็นการตรวจหาเชื้อชนิดก่อมะเร็งได้ แต่วิธีการนี้ยังมีค่าใช้จ่ายที่สูง ดังนั้นสตรีกลุ่มเสี่ยงจึงต้องตระหนักเพื่อประโยชน์ของตนเองในการมาตรวจคัดกรองคัดค้านหามะเร็งปากมดลูก เพราะหากสามารถสืบค้นเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะแรกได้ก็สามารถรักษาให้หายขาดได้

3. การป้องกันตติยภูมิคือการรักษาโรคมะเร็ง มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคมะเร็ง มีชีวิตรอดยาวนานและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### **การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก**

#### **กลุ่มเป้าหมาย**

เป้าหมายของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย (ต่ำกว่า 20 ปี) สตรีที่มีคู่นอนหลายคน สตรีที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง สตรีที่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งสตรีที่อาการผิดปกติของช่องคลอด เช่น ตกขาวผิดปกติ มีเลือดออกทางช่องคลอด เป็นต้น จากสถิติพบว่า การเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเยื่อเมือกปากมดลูก (ระยะก่อนมะเร็ง) ส่วนใหญ่พบที่ 35 ปีขึ้นไป เนื่องจากการพัฒนาจากเซลล์ที่ผิดปกติไปเป็นเซลล์มะเร็งปากมดลูก จะใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 ปี ดังนั้นจึงต้องมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้กับสตรีรายใหม่ทุกปี และทุก 5 ปี ถ้าหากผลการตรวจครั้งสุดท้ายปกติ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

#### **เป้าหมายการดำเนินงานและนโยบาย**

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ดำเนินงานโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยตั้งเป้าหมายการดำเนินงานของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 5 ปี ครอบคลุมอย่างน้อย ร้อยละ 80 (ผลงานสะสม 5 ปี 2558-2562) และสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการวินิจฉัย รักษา และส่งต่อตามแนวทางการรักษาต่อไป

#### **วิธีการที่ใช้ในการคัดกรองในปัจจุบัน**

วิธีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการทำแป็บสเมียร์ ปัจจุบันมี 2 วิธี คือ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

1. การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี โดยใช้กรดน้ำส้มสายชู VIA (Visual Inspection with Acetic acid) ซึ่งเป็นการตรวจด้วย Acetic acid 3-5% ใช้ในการคัดกรองแทนวิธี Pap smear เพราะทำได้ง่ายใช้เวลา 1 นาที และสามารถเว้นระยะการตรวจได้ถึง 5 ปี เนื่องจากวิธี VIA มีความ

ไวถึง 80% ความจำเพาะ 60% และมีประสิทธิภาพเป็นที่ยอมรับว่าสามารถคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ทัดเทียมกับวิธี Pap smear (สมัยศ เจริญศักดิ์, 2551)

2. การตรวจคัดกรองโดยวิธีแป็บสเมียร์ (Pap smear) ค้นพบโดย Dr.George Papanicolaou เมื่อปี ค.ศ. 1930 ซึ่งเป็นบิดาของวิชาเซลล์วิทยา เหตุที่ต้องใช้วิธีดังกล่าวในการตรวจเพราะเป็นวิธีการมาตรฐานที่รู้จักและใช้แพร่กันทั่วโลก การตรวจทำได้ง่ายสะดวกไม่เจ็บปวดเสียค่าใช้จ่ายน้อย และผลการตรวจแม่นยำเชื่อถือได้ มีการศึกษาวิจัยพบว่าสามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 90 (ธีรวิมล คุหะเปรมะ, 2549)

กล่าวโดยสรุป มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่สามารถตรวจและสืบค้นได้ตั้งแต่เซลล์เริ่มผิดปกติและการดำเนินโรคจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ใช้เวลาค่อนข้างนานคือการดำเนินโรคตั้งแต่เริ่มมีความผิดปกติในระยะก่อนเป็นมะเร็ง จนถึงเป็นมะเร็งใช้เวลานานเกือบ 10 ปี มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่ป้องกันได้และตรวจคัดกรองหาความผิดปกติได้ก่อนเกิดโรค และเมื่อตรวจพบก็สามารถรักษาโรคในระยะเริ่มแรกได้ จะลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกลงได้ ดังนั้นสตรีจึงควรได้รับการตรวจคัดกรองเซลล์มะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ระยะแรก เพื่อประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

## ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ พบปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจมาและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

### 1. ความตั้งใจในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ความตั้งใจต่อการกระทำพฤติกรรม คือ ความรู้สึกนึกคิดที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยมีพื้นฐานที่มาจากข้อมูล ความรู้ ทักษะ และความเชื่อต่อสิ่งนั้นที่จะกระทำ ซึ่งความเชื่อนั้นมีทั้งด้านบวกและด้านลบ รวมทั้งการคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จได้หรือไม่ ซึ่ง Ajzen and Fishbein (1980) กล่าวว่า ความตั้งใจจะกระทำพฤติกรรม ประกอบด้วย เจตคติ บรรทัดฐานและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม พฤติกรรมของบุคคลจะกระทำหรือไม่กระทำจึงมีความสอดคล้องกับความตั้งใจที่มีอยู่แล้วกับองค์ประกอบดังกล่าว

ดังเช่นการศึกษาของ สราวุธ อินทร์ภัย (2549) ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มต่อความรู้ ทักษะ และความตั้งใจมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม มีความตั้งใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทน์ แต่ไพสิฐพงษ์ และณัฐภูมิ กันตถาวร (2555) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อระดับความรู้และทัศนคติในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกปกติ พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้กระตุ้นให้เกิดความตั้งใจต่อการที่สตรีจะมาตรวจ มะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แม่นมาศ เฉ็ดเรียง (2555) ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง พบว่า หลังการให้ โปรแกรม ฯ สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความตั้งใจในการตรวจคัดกรองและมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลตามปกติ และการศึกษาของ สมใจ พรภิกานนท์ (2551) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า สตรีที่มีความตั้งใจไปตรวจมะเร็ง ปากมดลูกมีพฤติกรรมไปตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 64.70 และความตั้งใจในการตรวจ คัดกรอง มะเร็งปากมดลูกสามารถทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ ร้อยละ 88

Dorothy and Winnie (2015) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการตรวจคัด กรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกในชนกลุ่มน้อย ของประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา พบว่า ความรู้ ความเชื่อและความตั้งใจของสตรีชนกลุ่มน้อย มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก และให้ข้อเสนอเพิ่มเติมว่า โปรแกรมการตรวจควรรักษาภาษาท้องถิ่น รวมทั้ง ศึกษาประเพณีและวัฒนธรรมของชนกลุ่มน้อยเป็นข้อความเนื้อหาสำคัญของการดำเนินการใน โปรแกรม ฯ

ดังนั้นความตั้งใจในการคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่ม เสี่ยงต้องมีความรู้ความเชื่อที่ดีเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก จึงเกิดความตั้งใจในการตรวจคัดกรองและ มีพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ได้

## 2. ความเชื่อของสตรีและครอบครัวต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ความเชื่อ (Beliefs) เป็นความรู้สึกมั่นใจในความจริงบางอย่าง ความเชื่อเป็นพื้นฐาน สำคัญของบุคคล ถูกกำหนดโดยโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Biopsychosocial-spiritual structures) ของบุคคล (Wright & Bell, 2009)

Ajzen and Fishbein (1980) ได้กล่าวไว้ในทฤษฎีการกระทำเชิงเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA) ว่าความเชื่อและทัศนคติมีผลต่อความตั้งใจ (Intention) เมื่อเกิดความตั้งใจ แล้วจะมีผลต่อการกระทำพฤติกรรม และทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ที่ Rosenstock (1974) ได้พัฒนาขึ้น สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมสุขภาพมีแนวคิดหลัก คือ บุคคลจะกระทำกิจกรรมใดเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้นอยู่กับความเชื่อ ของบุคคลต่อสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

1) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ถึงความรุนแรง

ของโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefit of taking and barriers to taking action) และเปรียบเทียบกับปัญหาอุปสรรค (Barriers) นั่นคือ การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ขึ้นอยู่กับวิธีที่เชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับตัวของเขามากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุด หรือปฏิบัติวิธีง่าย ๆ แต่ให้ประโยชน์ต่อตัวเองสูง

ความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว ถ้ามีความเชื่อต่อการคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกที่ดีแล้ว จะส่งผลต่อพฤติกรรม คือ เกิดความตั้งใจและกระทำพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกได้

ซึ่งมีงานวิจัยที่พบว่า ความเชื่อมีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกจริง ดังเช่นการศึกษา Theresa (2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรี ในรัฐเม็กซิโก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ที่สูงทั้งสามด้านนี้ทำให้สตรีมาตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก และสอดคล้องกับ Maria Eugenia Fernandez (2004) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในมาการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกในสตรีวัยแรงงาน ประเทศลาตินน่า พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก มีความเชื่อในระดับสูง มีผลทำให้สตรีวัยแรงงานมาตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก ส่วนเหตุผลที่ทำให้สตรีวัยแรงงานไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก เนื่องจากมีความอึดอัดลำบากใจ ร้อยละ 51 รองลงมาคือ กลัวเจ็บร้อยละ 40 และมีราคาแพงทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ร้อยละ 16

ประวิทย์ สัมพันธ์สันติกุล (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรี พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูก เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการมารับการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ กัญญารัตน์ อยู่เย็น (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรี พบว่า ความเชื่อส่วนบุคคล และสิ่งชักนำ คือ ญาติหรือเพื่อนบ้าน ทำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงสนับสนุนให้สตรีกลุ่มนี้มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก

บุญธิญา สุทธิโคตร และสมเดช พินิจสุนทร (2555) ที่ได้ศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเข้ารับบริการตรวจหาโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรี พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมา



รับบริการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Nikki, (2013) ที่ทำการศึกษาความรู้ และความเชื่อของสตรีที่เป็นอุปสรรคในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รัฐอิลลินอยด์ สหรัฐอเมริกา พบว่า สตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรอง มีความเชื่อว่าเป็นการตรวจหายีสต์ และการติดเชื่อติดต่อกทางเพศสัมพันธ์ ถึงร้อยละ 72 และความเชื่อที่ไม่เอื้อต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี คือ ช่วงเวลา 3 ปีนานเกินไป และจากการศึกษาของ สาวิตรี วิษณุโยธิน, ชนิดดา ซาคิอนุลักษณ์, สุรีพร แสงสุวรรณ, อมร โรจนวราพงษ์ และภิญญา พรจรรยา (2558) ที่ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกที่สูง (95%) มีอิทธิพลต่อการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ดังนั้น ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว จึงมีผลต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นการตัดสินใจของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อนั้น ถ้าบุคคลรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองถูกต้อง ก็จะแสดงพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสม เพราะถ้ามีความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมความสำเร็จ จะทำให้ สตรีกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น และหากความเชื่อที่ขัดขวางหรือจำกัดความสำเร็จ ได้รับการปรับเปลี่ยน เป็นด้านที่ส่งเสริมและเอื้อให้กระทำพฤติกรรมได้สำเร็จแล้ว จะทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความตั้งใจและมีพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

### 3. ครอบครัว

ครอบครัวมีอิทธิพลสูงสุดต่อความเชื่อ (WHO, 2002;กรมสุขภาพจิต, 2547), รุจา ภูไพบูลย์ (2541) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่า ครอบครัวประกอบด้วยคนมากกว่า 1 คน สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต หรือทางกฎหมาย ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว มีลักษณะเฉพาะ ที่แตกต่างจากกลุ่มอื่นและสมาชิกมีบทบาทในครอบครัวตามที่สังคม ได้ให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทของตน ซึ่งบทบาทและหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ เป็นหน้าที่โดยตรงของครอบครัวในการดูแลสุขภาพทั้งภาวะปกติและเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกในครอบครัวคนหนึ่งจะกระทบต่อสมาชิกคนอื่น จึงเป็นหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพรวมทั้งหน้าที่ด้านกายภาพด้วย (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550)

การที่สตรีกลุ่มเสี่ยงจะมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้น ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญ และมีอิทธิพลในการส่งเสริมสนับสนุนให้สตรีกลุ่มเสี่ยง มีพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นได้ ดังเช่นจากการศึกษาของ จันท์ธนิภา เกตรา (2551) ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมการ

ปรับเปลี่ยนความเชื่อต่อความเชื่อของสตรีและสามีและความตั้งใจการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า สตรีและสามีที่ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ มีความตั้งใจในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่ไม่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา มูลนิบาล (2555) พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ โปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการส่งเสริมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้รับการส่งเสริมจากครอบครัวในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่ไม่ได้รับ โปรแกรมการเตรียมครอบครัว

สรุปได้ว่า ความเชื่อและครอบครัว มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ซึ่งความเชื่อมีทั้งด้านบวกและด้านลบต่อการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและการเจ็บป่วย ดังนั้นหากปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ชัดเจนหรือจำกัดความสำเร็จ และเป็นความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จของสตรีกลุ่มเสี่ยงและครอบครัวได้ จะทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเกิดความตั้งใจและมีพฤติกรรมมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้

## แนวคิดการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

### 1. จุดมุ่งหมายของรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

ในการศึกษานี้ใช้รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยของ Wright and Bell (2009) จุดเน้นของรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวขั้นสูงนี้คือ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อของครอบครัวและทีมสุขภาพ เป้าหมายหลัก คือ การเปลี่ยนแปลงความเชื่อในบริบทของการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

ความเชื่อที่มีอิทธิพลต่อโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของบุคคล มีหลายความเชื่อ แต่ความเชื่อที่มีความสำคัญ คือ ความเชื่อหลัก (Core beliefs) ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อระบบครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาและการเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว ดังนั้นในการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึงคือ ความเชื่อหลักของแต่ละบุคคลที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบต่อสุขภาพทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เชื่อว่าสุขภาพและการเจ็บป่วย จะมีความเชื่อสำคัญที่มีผลต่อบุคคลและครอบครัว และการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1. ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวเป็นหน้าที่ของครอบครัวด้วย ทุกคนในครอบครัวมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวที่แตกต่างกัน
2. สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกและการตัดสินใจของบุคคลนั้น ๆ ส่วนการ

วินิจฉัยการเจ็บป่วยกระทำโดยบุคลากรทางสุขภาพ ผลการวินิจฉัยมีความหมายต่อครอบครัวมาก

3. สุขภาพและการเจ็บป่วยกับความเชื่อของครอบครัวและสมาชิกครอบครัว มีความสัมพันธ์ส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกัน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว

4. การบอกเล่าเรื่องราวความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมาน มีผลช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ตลอดจนผลกระทบของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย ซึ่งช่วยให้พยาบาลเข้าใจความเชื่อ ทั้งที่เอื้อต่อการเยียวยาและความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเยียวยา

5. การเพิ่มทางเลือกจัดการความเจ็บป่วย ในการปฏิบัติกรพยาบาลขั้นสูงควรถามผู้ป่วยและครอบครัวว่า ต้องการจัดการความเจ็บป่วยด้วยวิธีการควบคุมหรือการอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วย คำถามนี้จะกระตุ้นให้สะท้อนคิดเกี่ยวกับทางเลือกในการจัดการความเจ็บป่วยมากขึ้น

6. การเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมาน มีอิทธิพลต่ออารมณ์ขั้นพื้นฐาน และอารมณ์ขั้นพื้นฐาน มีผลต่อการดูแลสุขภาพและการหายเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ดังนั้น สิ่งที่พยาบาลจะต้องจัดให้เกิดขึ้นในการดูแลคือเอื้อให้เกิดบริบทของความรัก ความเข้าใจ สนับสนุนให้กำลังใจ และยอมรับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว

## 2. แนวคิดหลัก (Concepts) ของรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

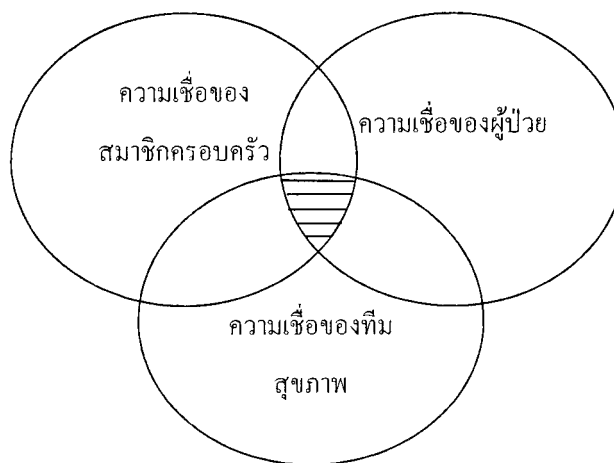
แนวคิดหลักของรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย คือ ความเชื่อ (Beliefs) ซึ่ง Wright and Bell (2009) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจในความจริงบางอย่าง ความเชื่อเป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคล ถูกกำหนดโดยโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของบุคคล มีผลช่วยให้บุคคลเรียนรู้ เข้าใจความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เชื่อว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานและเชื่อมโยงกับจิตวิญญาณของบุคคลและครอบครัว ซึ่งความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยมีดังนี้

- 2.1. ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค
- 2.2. ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคและความเจ็บป่วย
- 2.3. ความเชื่อเกี่ยวกับการหายและการรักษา
- 2.4. ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลรักษา
- 2.5. ความเชื่อเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค
- 2.6. ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและจิตวิญญาณ
- 2.7. ความเชื่อเกี่ยวกับที่อยู่ของความเจ็บป่วยและความสัมพันธ์กับชีวิตของบุคคล

โดยแต่ละความเชื่อนั้นมีทั้งด้านบวกและด้านลบในการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ความเชื่อของผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวและทีมสุขภาพ ส่วนใหญ่จะมีความเชื่อที่แตกต่างกัน บางความเชื่ออาจสอดคล้องกันระหว่างผู้ป่วยและ

ครอบครัว แต่อาจไม่สอดคล้องกับความเชื่อของพยาบาล บริเวณที่เชื่อมกัน จะเป็นบริเวณที่ความเชื่อของทุกฝ่ายสอดคล้องกัน ทำให้พยาบาลเข้าใจบริบทของครอบครัวและให้การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention) ที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ ของผู้ป่วยและครอบครัว มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด (Cognitive) อารมณ์ความรู้สึก (Affective) และพฤติกรรม (Behavior) มีผลทำให้ความทุกข์ทรมานที่มีอยู่ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณลดลงได้ (Wright, 2005)

ดั่งภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Wright, Watson, & Bell, 1996)

รูปแบบความเชื่อการเจ็บป่วย แบ่งรูปแบบความเชื่อการเจ็บป่วยได้เป็น 2 ด้าน คือ (Wright, Watson, & Bell, 1996)

1. ด้านความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ เป็นความเชื่อที่ไปเพิ่มทางเลือกในการแก้ปัญหา จะมีผลให้สมาชิกดูแลกันด้วยความรัก ความเอาใจใส่ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว
2. ด้านความเชื่อที่ขัดขวางหรือจำกัดความสำเร็จ ทำให้ครอบครัวละเลยไม่สนใจหาทางเยียวยารักษาการเจ็บป่วยนั้น และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นคงอยู่ ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจะยังอยู่เช่นกัน

ดังนั้น ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของครอบครัว จึงเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการดูแลสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อเกิดจากประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม (Wright & Leahey, 2005) ซึ่งความเชื่อของ

สมาชิกในครอบครัวจึงอาจไม่เหมือนกับความเชื่อของทีมสุขภาพ การที่พยาบาลหรือทีมสุขภาพมีความเข้าใจในความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของครอบครัว จะทำให้เข้าใจในพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวมากยิ่งขึ้นและนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลการดูแลครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 3. การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ Wright and Bell (2009)

3.1 ความเข้าใจบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Creating a Context for Changing Belief) เป็นการค้นหาและสังเคราะห์บริบทที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงประกอบด้วยขั้นตอนย่อย ๆ ดังนี้

3.1.1 การเชื่อเชิญให้ครอบครัวร่วมสนทนา (Bringing the family together)

3.1.2 การสร้างความสัมพันธ์เชิงบำบัดระหว่างพยาบาลและครอบครัว (Establishing a therapeutic relationship between nurse and family) ซึ่งเป็นสิ่งแรกที่ต้องทำโดยการแนะนำตนเอง อธิบายลักษณะงาน บอกกำหนดการ บอกระยะเวลาและขอบเขตของการสนทนา เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างสัมพันธ์ภาพและศึกษาครอบครัวที่มีประโยชน์ คือ โครงสร้างพันธุกรรม (Genogram) ความผูกพันในครอบครัว (Attach) ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม (Ecomap) หรือระบบสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว (Social support) ซึ่งเป็นการสอบถามข้อมูลจากครอบครัวได้โดยครอบครัวไม่รู้สึกรู้สีกว่ากำลังถูกคุกคาม

3.1.3 การแยกแยะปัญหา (Distinguishing the problem) เป็นการค้นหาปัญหาและให้ความหมายกับปัญหาเป็นการร่วมมือกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับสมาชิกครอบครัวในการแยกแยะปัญหา และเป็นการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิกครอบครัว คำถามหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการแยกแยะปัญหาคือ การถามคำถามที่ต้องการคำตอบจากการดูแลหนึ่งคำถาม (One question question)

3.1.4 การขจัดอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง (Removing obstacles to change) ในระหว่างการสร้างสัมพันธ์ภาพและคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดี และการแยกแยะปัญหา มีอุปสรรคมากมายที่ขัดขวางการเปลี่ยนแปลง อุปสรรคเหล่านี้ได้แก่ สมาชิกครอบครัวไม่ต้องการมาร่วมสมาชิกครอบครัวไม่พอใจกับความก้าวหน้าของการบริการ ประสบการณ์ที่ไม่ดีมาก่อนกับบุคคลากรสุขภาพ ความคาดหวังต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจไม่ตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว

3.2 การค้นหา เปิดเผยและแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Uncovering and distinguishing illness beliefs) เป็นการสนทนาเพื่อบำบัดที่ไม่ได้เกี่ยวกับอาการ หรือยา หรือการ

รักษา แต่เกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วย โดยเฉพาะสิ่งที่สมาชิกครอบครัวเห็นว่าเป็นสิ่งที่ยากที่สุดในการจัดการกับการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว คำถามนี้จะเชื่อเชิญให้สมาชิกครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญเปลี่ยนจากการบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Medical narratives) ไปสู่การบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness narrative) และการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย โดยเป็นการเชื่อเชิญให้เกิดการสะท้อนคิด ซึ่งเป็นสิ่งที่มีประโยชน์มากในการปฏิบัติการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่น่าสนใจในการเปิดเผยและแยกแยะมี ดังนี้

3.2.1 การทำความเข้าใจความเชื่อการเจ็บป่วย (Drawing forth illness belief) การเชื่อเชิญสมาชิกครอบครัวโดยการแสดงบทบาทผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับครอบครัว (Inviting family member into the role of expert)

3.2.2 การเปิดเผยความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้านการวินิจฉัยโรค การเกิดของโรค การเยียวยาและการรักษา ความสามารถในการจัดการ ควบคุม และอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ศาสนา-จิตวิญญาณ ที่อยู่ของความเจ็บป่วย

3.3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค (Challenging, Altering, and Modifying constraining belief) เป็นการเชื่อเชิญให้สมาชิกครอบครัวสะท้อนคิด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

3.3.1 การให้คำชื่นชม (Offering commendations) ควรให้คำชื่นชมภายใน 10 นาทีแรกที่พบครอบครัว การให้คำชื่นชมจะทำเมื่อมีข้อมูลหลักฐานชัดเจนว่าครอบครัวทำจริง และควรใช้ภาษาที่ครอบครัวใช้ ผสมผสานกับความเชื่อที่สำคัญของครอบครัวในการให้กำลังใจ ความเชื่อมั่น หรือชื่นชมที่ครอบครัวปฏิบัติได้ดี

3.3.2 การถามคำถาม (Asking intervention questions) ซึ่งความเชื่อถูกรวมอยู่ในคำถามที่ใช้ถามครอบครัว เป็นการถามเพื่อให้ครอบครัวเล่าความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับครอบครัวหรืออาการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว โดย

3.3.2.1 ถามคำถามที่เชื่อเชิญให้สะท้อนคิดถึงผลที่ที่เกิดขึ้น (Asking questions that invite a reflection)

3.3.2.2 เชิญเชิญครอบครัวให้เล่าความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวทั้งที่ครอบครัวถามตนเองและถามผู้อื่น (Inviting family members to externalize internalized question)

3.3.3 การพูดในสิ่งที่ไม่สามารถพูดได้ (Speaking the unspeakable) เป็นการพูดแทนครอบครัวในประเด็นที่ไม่สามารถพูดได้เช่น ความรุนแรงในครอบครัวเกี่ยวกับความตายและอื่น ๆ ซึ่งมีความท้าทายเป็นการเปิดเผยความเชื่อที่เป็นหัวใจของปัญหา

3.3.4 การใช้ทีมสะท้อน (Using reflecting teams) เป็นการเสนอความคิดที่หลากหลายต่อสมาชิกครอบครัวโดยทีมสุขภาพ และประเมินเกี่ยวกับความคิดเห็นของสมาชิกจะทำให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้น

3.3.5 การเขียนจดหมายบำบัด (Writing therapeutic letters) เป็นการสนทนาแบบหนึ่งที่ทำให้ความมั่นใจและยืนยันกระบวนการบำบัด สรุปจุดเด่น จุดสำคัญของการทำงานกับครอบครัวว่าทีมสุขภาพได้เรียนรู้อะไรบ้างจากครอบครัว เป็นการเขียนสิ่งที่ท้าทายความเชื่อที่เป็นข้อจำกัดของครอบครัวและทีมสุขภาพ เป็นการเน้นจุดแข็งในความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จของสมาชิกครอบครัว

3.3.6 การใช้ผลการวิจัย (Using research finding) ทำได้ 2 อย่างคือ การใช้ผลที่ได้จากการวิจัยหรือการใช้กระบวนการในการท้าทายและเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ซึ่งการใช้งานวิจัยนี้จะช่วยทำให้สมาชิกครอบครัวเปิดโอกาสสำหรับการรับฟังความคิดใหม่และยอมรับต่อความคิดนี้

3.3.7 การเสนอทางเลือก ความคิดความเชื่อ (Offering alternate belief) เป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ เพราะเป็นการเปิดโอกาสสำหรับความคิดหรือความเชื่อใหม่ ๆ ที่เสนอให้ เช่น การเล่าเรื่องราวที่เป็นความรู้ที่ได้จากการทำงานกับครอบครัวอื่น ๆ นอกจากนี้การให้คำยืนยันของสมาชิกที่เห็นด้วยกับความคิดที่เสนอก็มีประโยชน์สำหรับการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคด้วย

3.4 ส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง (Affirming facilitating beliefs) เป็นการพูดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวคงไว้ซึ่งพฤติกรรมและการปฏิบัติที่ดีต่อไป

3.4.1 การสำรวจการเปลี่ยนแปลง (Exploring change) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบที่จะมีผลต่อส่วนอื่น ๆ ของระบบด้วยนั้นหมายถึงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงถูกแยกแยะความแตกต่างก็จะต้องการสำรวจความแตกต่างของระบบและสำรวจจากมุมมองที่แตกต่างกันด้วย

3.4.2 การสำรวจผลการเปลี่ยนแปลง (Exploring the effects of change) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ทางหนึ่งที่จะทำให้ความเปลี่ยนแปลงนั้นมั่นคง คือการสำรวจผลของการเปลี่ยนแปลง การค้นหาและสะท้อนคิดที่รวมอยู่ในกระบวนการนี้ด้วย

3.4.3 เชื้อเชิญให้อธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Inviting explanations of change) การหาคำอธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้อย่างไร เป็นหนทางหนึ่งในการแยกแยะความเปลี่ยนแปลงและทำให้เป็นจริงขึ้นมา

3.4.4 การส่งเสริมความเชื่อให้เกิดความสำเร็จ (Affirming facilitating beliefs)

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า ความเชื่อเป็นรากฐานของความตั้งใจและเมื่อเกิดความตั้งใจแล้วจะมีอิทธิพลทำให้เกิดการกระทำพฤติกรรม อิทธิพลของความเชื่อทั้งสตรีกลุ่มเสี่ยงและความเชื่อของสมาชิกครอบครัว จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้รูปแบบการพยาบาลเกี่ยวกับความเชื่อความเจ็บป่วย เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อความตั้งใจและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว เป็นความเชื่อที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ที่มีผลต่อความตั้งใจและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงได้



### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม (Pretest/ Posttest control group design) คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการดูแลรูปแบบตามปกติ กลุ่มละ 30 ตัวอย่าง รวม 60 ครอบครัว เปรียบเทียบระดับความตั้งใจในการตรวจคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ที่ศึกษา คือ สตรีและสมาชิกครอบครัว ที่ได้จากการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้อำนาจการทดสอบ (Power analysis) จากหมู่บ้านที่ได้โดยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage cluster sampling) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 60 ครอบครัว

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ สตรีที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุ 30-60 ปี โดยไม่คำนึงถึงสถานภาพสมรส
2. ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในปี พ.ศ. 2554-2558
3. สมาชิกครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญและมีอิทธิพลต่อสตรี สามารถเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อ ๑ ได้ จำนวน 1 คน
4. มีภูมิลำเนาอยู่เขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี
5. สามารถพูดคุยภาษาไทยได้

**การกำหนดขนาดตัวอย่าง** ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้เป็นการวิจัย คำนวณโดยใช้อำนาจการทดสอบ (Power analysis) สำหรับ t-test ซึ่งกำหนดอำนาจการทดสอบ (Level of power) เท่ากับ .80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (Significant level) ที่ .05 กำหนดค่าเบต้า ( $\beta$ ) เท่ากับ .20 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ซึ่งคำนวณจากสูตรของ Glass (1976) จากงานวิจัยของ จันทร์นิภา เกตรา (2551) ดังนี้

$$d = \text{ขนาดอิทธิพล}$$

$x_k$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองโดยพิจารณาจากการวิจัยของ จันทร์นิภา เกตรา (2551)

พบว่า คะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่ม

ทดลองหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ เท่ากับ 66.20

$x_c$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมโดยพิจารณาจากการวิจัยของ จันทร์นิภา เกตรา (2551)

พบว่า คะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่ม

ควบคุมหลัง 2 สัปดาห์ เท่ากับ 58.45

$SD_c$  = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม โดยพิจารณาจากการวิจัยของ

จันทร์นิภา เกตรา (2551) พบว่า คะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็ง

ปากมดลูกของกลุ่มควบคุมหลัง 2 สัปดาห์ เท่ากับ 6.20

$$d = \frac{\bar{x}_k - \bar{x}_c}{SD_c}$$

แทนค่าในสูตร  $d = \frac{66.20 - 58.45}{6.20} = 1.25$

คำนวณค่า Effect size ที่ได้ = 1.25 ซึ่งเป็นค่าอำนาจการทดสอบที่มาก (Large effect size) มาประมาณการขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางขนาดตัวอย่างของ Presnell Cohen and Cohen (1992) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ครอบครัว ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Hungler, 1999) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ครอบครัว รวมทั้งสิ้น 60 ครอบครัว

### การสุ่มตัวอย่าง

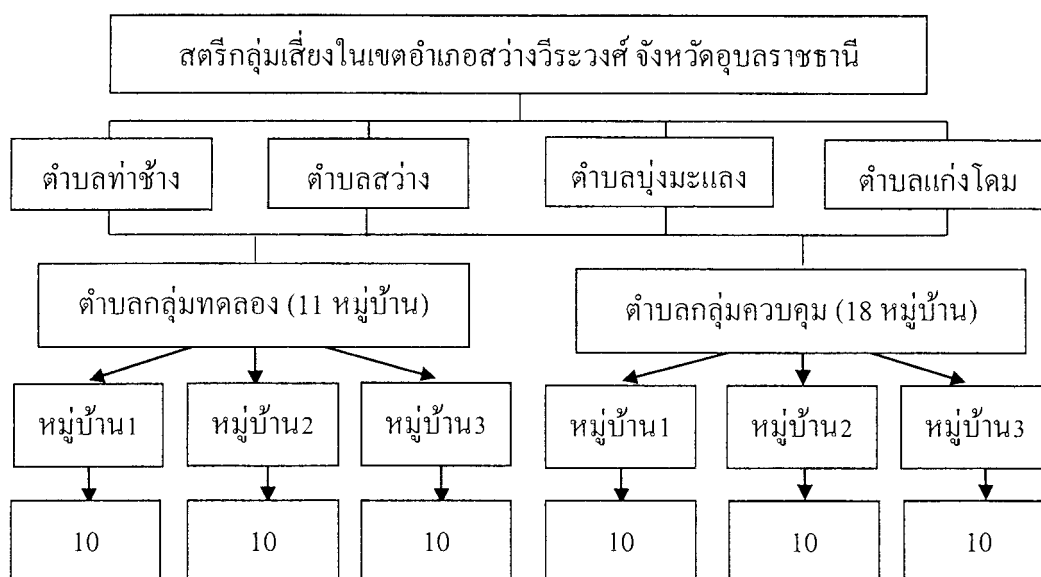
การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยทำการสุ่มแบบง่ายไม่ใส่คืน มีวิธีดำเนินการ ดังนี้

- นำรายชื่อตำบล 2 ตำบล ที่ห่างจากกันไม่น้อยกว่า 3 กิโลเมตร เพื่อลดโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างได้พบและแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Contaminated Effect) มาจับฉลากสุ่มแบบง่าย โดยให้หมายเลข 1 ในฉลากเป็นตำบลกลุ่มทดลอง และหมายเลข 2 ในฉลากเป็นตำบลกลุ่มควบคุม โดยสมาชิกของทั้งสองกลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะต่าง ๆ ครบถ้วนตามประชากรที่ต้องการศึกษา สามารถเป็นตัวแทนประชากรที่ดีของตำบลได้

- สุ่มหมู่บ้านของ 2 ตำบล ๆ ละ 3 หมู่บ้าน จำนวน 6 หมู่บ้าน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มทดลอง 3 หมู่บ้านและกลุ่มควบคุม 3 หมู่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้านมีคุณลักษณะที่เหมือนกัน สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของหมู่บ้านได้ เพื่อความสะดวกต่อการติดต่อ

ประสานงานระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้วิจัย รวมทั้งต่อการเดินทางมาร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดให้มีฉลากครบทุกหมู่บ้าน และฉลากที่มีหมายเลขกำกับไว้ 1-6 ในฉลากให้เข้าร่วมการทดลอง โดยหมู่บ้านที่จับฉลากสุ่มได้หมายเลข 1-3 เป็นหมู่บ้านของกลุ่มทดลองและหมู่บ้าน 4-6 เป็นหมู่บ้านของกลุ่มควบคุม ส่วนฉลากที่ไม่มีหมายเลขกำกับไว้ให้คัดออก

3. นำรายชื่อของสตรีกลุ่มเสี่ยง ที่มีลักษณะตรงตามที่กำหนดไว้ในแต่ละหมู่บ้านที่สุ่มได้มาจับฉลากสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย หมู่บ้านละ 10 คน จำนวน 6 หมู่บ้าน จนครบจำนวน 60 ตัวอย่าง และถ้าหากมีครอบครัวใดปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ก็ทำการหยิบจากรายชื่อที่สำรวจไว้เพิ่มเติมจนครบจำนวน ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพสถานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

1.2 แบบสอบถามความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 2 ข้อ พิสัยคะแนนรวม 2 ข้อ เท่ากับ 2-14 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ความตั้งใจมาก

1.3 แบบบันทึกการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบบันทึกการมาตรวจคัดกรองของสตรีกลุ่มเสี่ยง ในวันมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ศูนย์สุขภาพชุมชนประจำหมู่บ้าน

2. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น จากรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยของ Wright and Bell (2009) ซึ่งเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง โดยในกิจกรรมของโปรแกรมนี ผู้วิจัยได้คัดแปลงจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อต่อความเชื่อของสตรีและสามีของ จันทรีนิภา เกตรา (2551) โดยมี 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสนทนาบำบัด 3) การสะท้อนคิด 4) การสรุปผล ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เวลา 3 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 เวลา 2 ชั่วโมง โดยห่างกัน 1 สัปดาห์ และประเมินการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง มีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ดังนี้

1.1 การสร้างสัมพันธภาพครั้งแรก เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ โดยผู้วิจัยไปพบกับกลุ่มทดลอง ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนประจำหมู่บ้าน แนะนำตัวเองพร้อมทั้งให้กลุ่มทดลองได้แนะนำตัวเอง โดยผู้วิจัยอธิบายถึงลักษณะงานวิจัย วัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มทดลอง สร้างความมั่นใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยให้กลุ่มทดลองได้เห็นถึงลักษณะของห้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่มีความมิดชิดและปลอดภัย บุคคลอื่นไม่สามารถเข้าไปได้ และผู้เก็บสิ่งส่งตรวจเป็นพยาบาล ที่ผ่านการอบรมการเก็บสิ่งส่งตรวจหาความผิดปกติของเซลล์มะเร็งปากมดลูก ที่มาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไขว้กันตรวจ เพื่อเป็นการลดความอายของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม แจ้งระยะเวลาการพบกัน และจำนวนครั้งที่พบกัน และให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง

1.2 สัมภาษณ์กลุ่มทดลอง จัดทำแผนผังเครือญาติ (Genogram) และแผนผังความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของครอบครัว (Ecomap) และระบบการสนับสนุนครอบครัว (Social support) ซึ่งเป็นการสอบถามข้อมูลจากครอบครัวได้โดยครอบครัวไม่รู้ตัวที่กำลังถูกคุกคาม เพื่อให้เข้าใจบริบทของครอบครัวที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่จะเกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การสนทนาบำบัดเพื่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อ มี 4 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

2.1 ศึกษาบริบทของครอบครัวกลุ่มทดลอง เพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการพูดคุยซักถามเพื่อค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นและให้ความหมายของปัญหา ปัญหาที่แยกแยะได้เกิดจากการร่วมกันกำหนดระหว่างพยาบาลกับครอบครัว กระตุ้นให้ครอบครัวถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบจากการพบกันในแต่ละครั้ง เป็นการท้าทายให้ครอบครัวสะท้อนคิดถึงปัญหาที่สำคัญที่สุดที่กำลังเผชิญอยู่ ทำให้พยาบาลทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของครอบครัว

2.2 การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับการที่จะไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง รวมถึงการเล่าประสบการณ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมาตรวจ ทำให้เห็นแนวคิดทั้งด้านบวกหรือด้านลบ ตลอดจนอิทธิพลอื่น ๆ ทั้งทางกาย จิต จิตสังคมและจิตวิญญาณ ที่มีผลต่อความเชื่อความตั้งใจและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อของกลุ่มทดลองต่อความตั้งใจและการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค ต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เทคนิคทางการพยาบาลครอบครัว เช่น การให้คำชื่นชม ชี้จุดแข็งของครอบครัว จุดอ่อนที่ต้องพัฒนา การพูดแทนในสิ่งที่ครอบครัวไม่สามารถพูดออกมาได้ การใช้วิดีโอเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ขั้นตอนการตรวจ เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจคัดกรองมาแสดงให้กลุ่มทดลองได้เห็น และตัวอย่างของบุคคลที่มาตรวจคัดกรองเป็นสื่อ การใช้คำพูดหรือน้ำเสียงที่นุ่มนวล การสะท้อนความคิดของกลุ่มทดลอง เพื่อให้เกิดพลัง นำไปสู่การจัดอุปสรรคและเกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่จะไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.4 การส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง โดยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองสะท้อนคิดมองหาการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น การชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีของการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แสดงความยินดีกับความตั้งใจที่จะมาตรวจตามนัด เป็นต้น ส่งผลให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมการปฏิบัติที่คตินั้นได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง หลังจากนั้นพยาบาลนำข้อสรุปที่กลุ่มทดลองจะเลือกปฏิบัติ นั้นมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินความก้าวหน้าของครอบครัวเมื่อพบกันครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนคิดการสนทนาบำบัด ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองสะท้อนคิดและสรุปในแต่ละครั้งของการสนทนาบำบัดเพื่อพิจารณาหาแนวทางปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับที่จะไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร่วมกัน และนำบทสรุปร่วมกันนั้นมาประเมินผลการปรับเปลี่ยนครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 สรุปเรื่องราวที่กลุ่มทดลองได้สะท้อนคิด โดยผู้วิจัยสรุปแนวทางที่กลุ่มทดลอง ต้องปฏิบัติหลังจากได้สนทนากับและหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันแล้ว ให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ครั้งที่ 1 จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายพบกันครั้งที่ 2 ซึ่งเว้นระยะห่างเป็นเวลา 1 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์

ผู้วิจัยพบกับกลุ่มทดลอง ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนในหมู่บ้าน เพื่อสนทนากับเกี่ยวกับความเชื่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยนำบริบทความเชื่อความเจ็บป่วยของกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 1 มาใช้และดำเนินโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย 4 ขั้นตอน ต่อเนื่องดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มทดลอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2 การสนทนากับครอบครัวประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อยดังนี้

1. ศึกษาบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเพิ่มเติมด้วยการประเมินผลการบ้านครอบครัวจาก ครั้งที่ 1 และถามคำถามที่ต้องการคำตอบจากครอบครัวหนึ่งคำถามซึ่งครั้งนี้คำถามอาจเปลี่ยนจากเดิม

2. การประเมิน ค้นหาและแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มเติม โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวบอกเล่าความเชื่อของกลุ่มทดลอง อิทธิพลแวดล้อมทั้งทางกาย จิต จิตสังคมและจิตวิญญาณ ที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกล่าวชมเชยกลุ่มทดลอง ที่มีความตั้งใจและจะมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลอง ได้ถามคำถาม 1 คำถามที่ต้องการคำตอบ

3. การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กระตุ้นให้กลุ่มทดลอง ได้พูดถึงอุปสรรคต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้ได้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคต่อการมาตรวจคัดกรอง นำมาสู่การจัดอุปสรรคต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4. การมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง ทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างกัน การให้คำชมเชยทำให้กลุ่มทดลอง เกิดความภาคภูมิใจและเกิดความเข้มแข็งในครอบครัวขึ้น และเป็นการส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงให้กลุ่มทดลอง มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีนั้นไว้

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนคิดการสนทนากับ ผู้วิจัยทำการกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้สะท้อนคิดและสรุปในแต่ละครั้งของการสนทนากับ เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลอง ได้แสดงความ

คิดเห็นสอบถามสิ่งที่ยังสงสัยเกี่ยวกับความเชื่อ โรคมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยยกย่องชมเชยเสริมแรง บวกจากการสรุปเนื้อหาในการพูดคุยครั้งนี้ สอบถามเรื่องการนัดหมายวันและเวลาตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก

ขั้นตอนที่ 4 สรุปเรื่องราวที่กลุ่มทดลองได้สะท้อนคิด โดยผู้วิจัยสรุปแนวทางที่กลุ่ม ทดลอง ต้องปฏิบัติหลังจากได้สนทนากับนัดและหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ให้กลุ่มทดลองตอบ แบบสอบถามความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ครั้งที่ 2 หลังการทดลอง ผู้วิจัยนัดหมายพบกันครั้งที่ 3 อีก 3 วัน ซึ่งเป็นวันนัดหมายมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ครั้งที่ 3 วันนัดหมายมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยดำเนินการปิดสัมพันธภาพ และกล่าวคำขอบขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือในการร่วมวิจัยในครั้งนี้ บันทึกการมาตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง

### การตรวจสอบเครื่องมือ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ 2 อย่าง ได้แก่

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ทำการ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน หลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมอีกครั้ง
2. การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามความตั้งใจในการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อหา ความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ค่า CVI (Content validity index) = 1
3. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไป ตรวจสอบหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีอายุ 30-60 ปี ในหมู่บ้านที่ไม่ได้ เข้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรการหาค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) กำหนดค่าความเชื่อมั่น ไม่ควร น้อยกว่า .70 ได้ค่าความเชื่อมั่น .91

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยบัณฑิต วิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรม 18-03-2559 การตระหนักและ เคารพในสิทธิมนุษยชน กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ และเป็นการตัดสินใจโดยอิสระ ข้อมูลที่เก็บมาทุกข้อมูลในแบบสอบถาม จะปกปิดเป็นความลับ

ไม่นำข้อมูลส่วนบุคคลไปเผยแพร่ เช่น ข้อมูลในแบบสอบถาม จะไม่มีชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ หรือ สัญลักษณ์ใดที่จะแสดงความเป็นตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ขออนุญาตผู้เข้าร่วม โครงการพร้อมกับชี้แจงและได้มีการสอบถามยืนยัน โดยชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวระหว่างการศึกษ โดยไม่เกิดผลเสียใดๆ พร้อมกับชี้แจงประโยชน์และผลกระทบในการศึกษาครั้งนี้ และจะนำผลการศึกษามาแสดงเป็นภาพรวมเท่านั้น

## วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

### การดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการให้โปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อ ๆ ด้วยตนเอง โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล มีลำดับขั้นตอนดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

1.1 ขั้นเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยทบทวนความรู้และทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

1.2 ผู้ช่วยวิจัย เป็นบุคลากรในกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและบริการปฐมภูมิ จำนวน 2 ท่านเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายเกี่ยวกับการใช้แบบสอบถาม วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เวลาที่นำแบบสอบถามไปใช้ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยได้ซักถามข้อสงสัย และผู้วิจัยอธิบายจนผู้ช่วยวิจัยเข้าใจ

#### 2. ขั้นเตรียมกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มตัวอย่างที่ได้คัดเลือก โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยและผู้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบกับกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่คัดเลือกไว้แล้ว

#### 3. ขั้นดำเนินการทดลอง

เมื่อโครงร่างงานวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

3.1 จัดทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการอนุมัติแล้ว

3.2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.3 ผู้วิจัยพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงรายละเอียด และขอคำแนะนำการสำรวจรายชื่อสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-60 ปีที่มีคุณสมบัติของ



ประชากรตัวอย่างจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ศึกษาและขอความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้

3.4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี “แป๊ปสเมียร์” จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไขว่กันตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ซักถามข้อสงสัย และผู้วิจัยอธิบายจนผู้ตรวจคัดกรองเข้าใจ

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจให้เป็นการตัดสินใจโดยอิสระ อธิบายการเข้าร่วม โครงการ วัตถุประสงค์ของโครงการ กลุ่มตัวอย่างเขียนใบพิทักษ์สิทธิ์ ที่เข้าร่วมโครงการในการดำเนินการทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้พบเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจคัดกรอง ผู้ช่วยวิจัย ห้องที่ใช้ในการตรวจคัดกรองที่มีความปลอดภัย มีฉัตร และนำเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็น ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างลดความกลัวและความอายต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มทดลอง มีขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบกับกลุ่มทดลอง ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนประจำหมู่บ้าน ชี้แจงโครงการและขั้นตอนของการวิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pre-test) โดยผู้วิจัยอธิบายการตอบแบบ สอบถามให้กลุ่มทดลองเข้าใจและเริ่มดำเนินการการปรับเปลี่ยนความเชื่อของกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยแนะนำตนเองด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และให้กลุ่มทดลองแนะนำตนเอง เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ ระยะเวลาและจำนวนการนัดหมาย ขั้นตอนการวิจัย

2. ดำเนินการสนทนาบำบัด 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ศึกษาบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลง ด้วยการถามหนึ่งคำถาม

2.2 การค้นหา เปิดเผยและแยกแยะความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง กระตุ้นให้กลุ่มทดลองเล่าและเปิดเผยความเชื่อต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง การชื่นชม การให้ข้อมูล การใช้สื่อแผ่นพับเกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน เพื่อปรับเปลี่ยนเป็นความเชื่อที่ส่งเสริมและเอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงต่อการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูก โดยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองมองหาการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และคงไว้ซึ่งความคิดที่จะปฏิบัติต่อไป

2.4 การสะท้อนคิด ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มทดลองอธิบายผลการสนทนาบำบัด การเปลี่ยนแปลงความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สรุปผล ระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลอง นัดหมายการพบกันครั้งต่อไปในอีก 7 วัน ก่อนรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และหากพบว่ากลุ่มทดลองยังมีความเชื่อที่ขัดขวางต่อการเปลี่ยนแปลง ดำเนินการปรับเปลี่ยนความเชื่อไปพร้อมด้วย การดำเนินกิจกรรมใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนประจำหมู่บ้าน จากนั้นดำเนินการตาม 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพต่อ กล่าวทักทายกับกลุ่มทดลอง พุดคุยกันเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อจากครั้งที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจง ระยะเวลาและการนัดหมาย

2. ดำเนินการสนทนาบำบัด 4 ขั้นตอนคือ

2.1 ศึกษาบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลง ด้วยการถามหนึ่งคำถาม

2.2 การค้นหา เปิดเผยและแยกแยะความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองเพิ่มเติม กระตุ้นให้กลุ่มทดลองเล่าและเปิดเผยความเชื่อต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.3 ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง ให้ผู้มีประสบการณ์ที่ผ่านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มาเล่าเรื่องราวความรู้สึกของตนเอง ทั้งก่อนการตรวจคัดกรอง ระหว่างตรวจการตรวจ และหลังการตรวจคัดกรองแก่กลุ่มทดลอง เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้สอบถามจนสิ้นสุดข้อสงสัยในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กระตุ้นให้กลุ่มทดลองมองหาการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และคงไว้ซึ่งความคิดที่จะปฏิบัติต่อไป

2.4 การสะท้อนคิด ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้กลุ่มทดลองอธิบายผลการสนทนาบำบัด การเปลี่ยนแปลงความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สรุปผล ระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลอง นัดหมายการพบกันครั้งต่อไปในอีก 7 วัน ขั้นตอน และให้กลุ่มทดลองตอบคำถามแบบสอบถามเกี่ยวกับความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Post-test) ปิดสัมพันธภาพก่อนรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และหากพบว่ากลุ่มทดลองยังมีความเชื่อที่ขัดขวางต่อการเปลี่ยนแปลงดำเนินการปรับเปลี่ยนความเชื่อไปพร้อมด้วย การดำเนินกิจกรรมใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 วันตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการมาตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกของกลุ่มทดลองจากแบบบันทึกการมาตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก ผู้วิจัยทำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

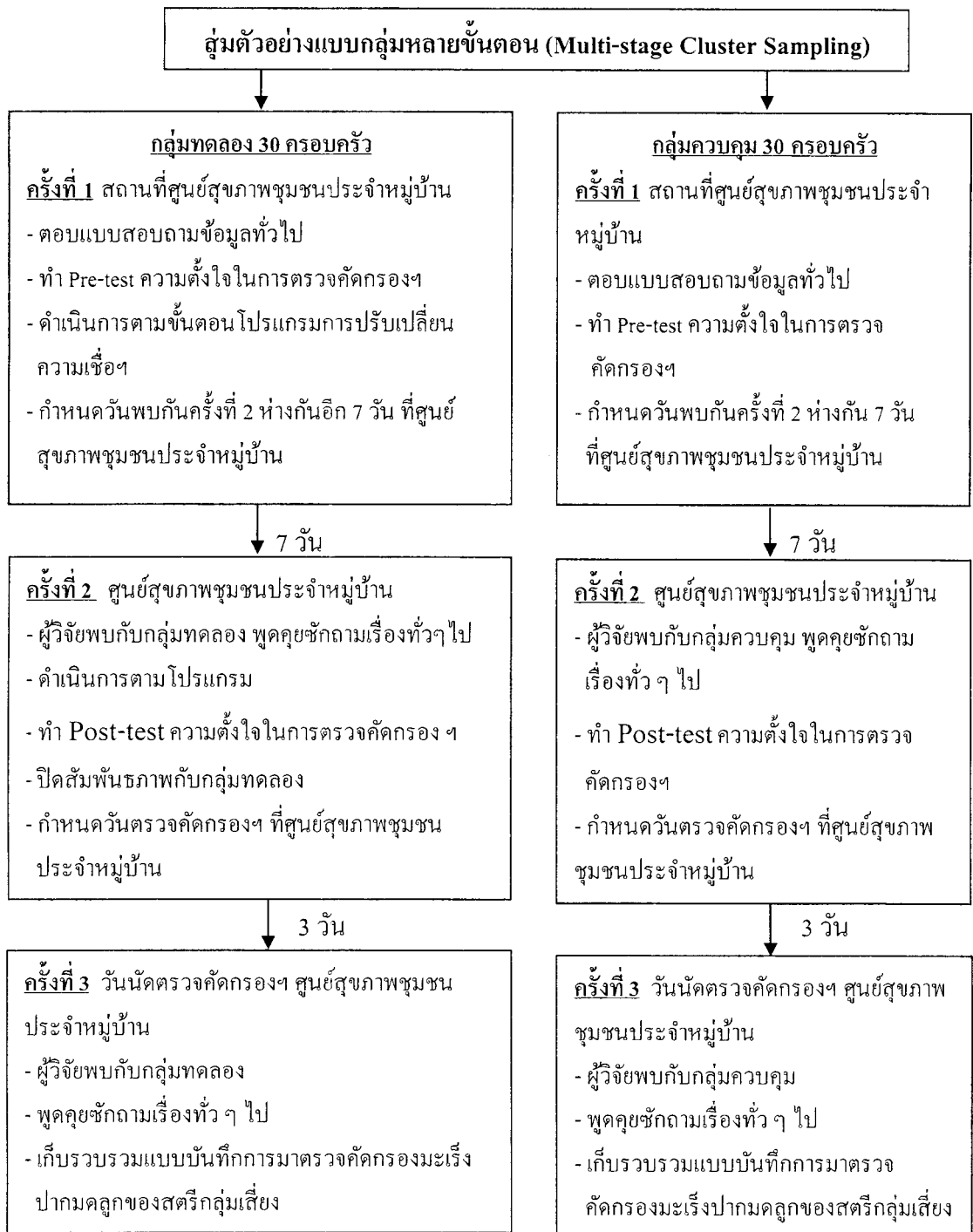
กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยชี้แจงโครงการ ผู้ช่วยวิจัยให้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก (Pre-test) ดำเนินการตามรูปแบบปกติ คือ แจกแผ่นพับและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก โดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน โดยผู้นำชุมชน นัดหมายการพบครั้งที่ 2 อีก 7 วัน

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุม ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยวิจัยให้ตอบแบบสอบถามความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก (Post-test) และนัดหมายพบกันวันมาตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก อีก 3 วัน ตามวัน เวลาและสถานที่ที่กำหนด

ครั้งที่ 3 วันตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มควบคุมที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการมาตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก ผู้วิจัยทำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป และให้กลุ่มควบคุมมารับบริการ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ ได้ตามความสมัครใจ

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง และตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

หลังจากได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยได้นำเข้าข้อมูลมาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดค่าความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ไคว์สแควร์ (Chi-square test)
2. เปรียบเทียบระดับความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ ในระยะก่อนและหลังทดลอง โดยการใช้การทดสอบค่าที่แบบไม่อิสระ (Paired t-test)
3. เปรียบเทียบความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรูปแบบตามปกติ ในระยะก่อนและหลังทดลอง โดยการใช้การทดสอบค่าที่แบบอิสระ (Independent t-test)
4. เปรียบเทียบจำนวนคนมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรูปแบบตามปกติ โดยการใช้การทดสอบค่าไคว์สแควร์ (Chi-square test)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่างเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยได้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 30 ตัวอย่าง และกลุ่มควบคุม 30 ตัวอย่าง รวม 60 ตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลองและหลังได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง

ส่วนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรูปแบบตามปกติ

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง มีอายุอยู่ระหว่าง 30-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.0 รองลงมา มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 33.3 ( $SD = 8.5$ ) สถานภาพของกลุ่มทดลอง ส่วนมากมีคู่สมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 90 การศึกษาของกลุ่มทดลองส่วนมากอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 56.6 ส่วนมากไม่มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติสายตรงเป็นมะเร็งของกลุ่มทดลอง 4 คน ร้อยละ 86.7 สมาชิกในครอบครัวที่ถูกเลือกให้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 1 ท่าน ของกลุ่มทดลองมากที่สุดคือ พี่ น้อง จำนวน 14 คน ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือบุตร จำนวน 7 คน ร้อยละ 23.3

กลุ่มควบคุม มีอายุอยู่ระหว่าง 30-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 36.7 รองลงมา มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 33.3 ( $SD = 8.23$ ) สถานภาพ มีคู่สมรสและอยู่ด้วยกัน 25 คน ร้อยละ 83.3 และโสด 3 คน ร้อยละ 10.0 ตามลำดับ การศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 19 คน ร้อยละ 63.3 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น 11 คน ร้อยละ 36.7 การมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติสายตรง

เป็นมะเร็งของกลุ่มทดลอง 2 คน ร้อยละ 6.7 สมาชิกในครอบครัวที่ถูกเลือกให้เข้าร่วมการวิจัย คือ สามี จำนวน 11 ร้อยละ 36.7 รองลงมาคือ พี่ น้อง จำนวน 8 คน ร้อยละ 26.8

ผู้วิจัยทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มโดยสถิติ Chi-square test (หากมี Cell ที่มี Expected count น้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 ใช้ค่า  $p$  ที่ Fisher's exact test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลพื้นฐานไม่แตกต่างกัน ข้อมูลที่แตกต่างกัน คือ สมาชิกในครอบครัวที่ถูกเลือกให้เข้าร่วมการวิจัย กลุ่มทดลองมากที่สุดคือ พี่ น้อง จำนวน 14 คน ร้อยละ 46.7 ส่วนกลุ่มควบคุม คือ สามี จำนวน 11 ร้อยละ 36.7 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ( $n = 60$ )

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง( $n=30$ )		กลุ่มควบคุม( $n=30$ )		$\chi^2$	$p$ -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)					.934	.136
30-40	12	40.0	11	36.7		
41-50	8	26.7	9	30.0		
51-60	10	33.3	10	33.3		
สถานภาพ					.571*	.609
โสด	1	3.3	3	10.0		
มีคู่สมรสและอยู่ด้วยกัน	27	90.0	25	83.3		
หย่า/ แยกกันอยู่/ หม้าย	2	6.7	2	6.7		
อาชีพ					.671*	.654
เกษตรกรกรรม	12	40.0	12	40.0		
แม่บ้าน	2	6.7	4	13.3		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	2	6.7	3	10.0		
รับจ้างทั่วไป ก้าขาย	14	46.6	11	36.7		
ระดับการศึกษา					4.145	.126
ประถมศึกษา	2	6.7	-	-		
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	36.7	11	36.7		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17	56.6	19	63.3		
ขึ้นไป						

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เคยมีอาการตกขาวที่ผิดปกติ					0.755	.097
เคย	20	66.7	19	63.3		
ไม่เคย	10	33.3	11	36.7		
มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติสายตรงเป็นมะเร็ง					0.433*	.251
ไม่มี	26	86.7	28	93.3		
มี	4	13.3	2	6.7		
สมาชิกครอบครัวเข้าร่วมการวิจัย					27.27*	.000
มารดา	5	16.7	5	16.7		
สามี	3	10.0	11	36.7		
บุตร	7	23.3	6	20.0		
ปู่ย่า ตายาย	1	3.3	-	-		
พี่น้อง	14	46.7	8	26.6		

\* Fisher's exact test

## ส่วนที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการรวบรวมข้อมูลในกิจกรรมของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ ของผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มีทั้งความเชื่อด้านที่เป็นอุปสรรคและด้านที่ส่งเสริมเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ความเชื่อด้านที่เป็นอุปสรรค (Constaining beliefs)	ความเชื่อด้านที่สนับสนุนและส่งเสริม (Facilitating beliefs)
<p>1. ความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก</p> <p>“ไม่รู้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกนี้มีอาการเริ่มแรกเป็นอย่างไร ยังไม่เคยเห็นผู้ป่วยด้วยโรคนี้อีก่อน”</p> <p>“ตอนนี้ยังไม่อยากตรวจ ให้มีอายุสัก 50 ปีถึงค่อยมาตรวจก็ยังทัน”</p> <p>“พ่อ แม่ ญาติ ไม่มีใครเคยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ฉันคงไม่เป็นโรคนี้อันแน่ ๆ”</p> <p>“ไปตรวจแล้วกลัวเจ็บว่าเป็นโรคนี้อันแน่ ๆ”</p> <p>“ตนเองไม่น่าจะเสี่ยงกับโรคนี้อันแน่ ๆ เพราะดูแลตนเองตลอดมาอย่างดี ระวังเรื่องอาหารการกิน อยู่เสมอ และมีสมุนไพรหม้อต้มกินทุกวัน”</p> <p>“เป็นคน โสดมาตลอดจนถึงปัจจุบัน คิดว่าคงไม่เป็นโรคนี้อันแน่ ๆ”</p>	<p>1. ความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก</p> <p>“เคยได้ยินมาว่า ถ้าตรวจพบโรคนี้อันแน่ ๆ ตอนแรก ๆ สามารถรักษาให้หายได้”</p> <p>“รอโอกาสนี้อยู่ เพราะว่านี่เป็นกลุ่มเสี่ยงจะเกิดโรคนี้อันแน่ ๆ พอดีได้ยืมข่าวจึงอยากมาตรวจ”</p> <p>“ตนเองมีอาการผิดปกติอยู่ จึงอยากมาตรวจดูด้วยว่า จะเป็นโรคนี้อันแน่ ๆ หรือไม่ ถ้าตรวจเจอก็จะรีบรับการรักษาทันทีเลย”</p> <p>“โรคนี้อันแน่ ๆ ไม่ใช่ธรรมดา หากเป็นอันตรายถึงตายได้ ลูกยังเล็กจึงอยากตรวจดู”</p> <p>“ตอนเป็นวัยรุ่น เคยคบกับแฟนคนเก่า เขาเป็นโรคทางเพศสัมพันธ์ด้วยกลัวมาก”</p> <p>“น้ำสาวตายด้วยโรคนี้อันแน่ ๆ ฉันเป็นญาติโดยตรง กลัวว่าจะเป็นแบบน้ำสาว ขอมาตรวจดีกว่า”</p>
<p>2. ความเชื่อเกี่ยวกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <p>“ปีที่แล้วเคยเห็นเครื่องมือตรวจแล้ว ใหญ่มาก กลัว ไม่กล้ามาตรวจหรอก”</p> <p>“เสียเวลาค่าขาย เพราะไม่มีใครอยู่ขายของแทน ทำให้สูญเสียชีวิตได้”</p> <p>“ทำไมต้องมาตรวจ ไม่มาก็ไม่เห็นว่าจะมีอะไรเกิดขึ้น”</p> <p>“ปีที่แล้วข้างบ้านไปตรวจ ก็ไม่รู้ว่าผลการตรวจเป็นอย่างไร ไม่รู้ว่าจะไปตรวจให้เสียเวลาทำไม”</p>	<p>“ฉันเป็นที่รักษาสุขภาพ อยากมีอายุยืนยาว ไม่อยากตายด้วยโรคที่มันป้องกันได้”</p> <p>“โรคนี้อันแน่ ๆ เคยได้ยินมาส่วนมากป่วยแล้วค่อยไปตรวจ และรักษาไม่ได้แล้ว และตายซะเป็นส่วนใหญ่ แต่ถ้าตรวจเจอโรคนี้อันแน่ ๆ ตั้งแต่เนิ่น ๆ หมอสามารถรักษาให้หายได้ เมื่อถึงเวลาตรวจก็เลยทำให้อยากมาตรวจ จะได้รู้ว่าตัวเองจะเป็นโรคนี้อันแน่ ๆ หรือไม่กันแน่ ให้รู้กันไปเลย”</p> <p>2. ความเชื่อเกี่ยวกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <p>“คุณหมอมารตรวจใกล้บ้านพอดี สะดวกมากจึงอยากมาตรวจในปีนี้อันแน่ ๆ”</p>

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ความเชื่อด้านที่เป็นอุปสรรค (Constaining beliefs)	ความเชื่อด้านที่สนับสนุนและส่งเสริม (Facilitating beliefs)
<p>“ ต้องทำงานทุกวัน ว่างอีกทีก็ตอนเย็นแล้ว เลยไม่มีโอกาสได้ไปตรวจสักที ”</p> <p>“ บ้านอยู่ทุ่งนา เดินทางมาตรวจลำบากและ ไม่มีคนดูแลві ควายที่ทุ่งนา กลัวขโมยมาตอนไม่อยู่ ”</p>	<p>“ ฉันตั้งใจที่จะตรวจในปีนี้อยู่แล้ว เพราะปีที่แล้ว ติดธุระพอดี ”</p> <p>“ ค่าใช้จ่ายก็ไม่มีด้วย รอเวลานี้แหละ ”</p> <p>“ ลูกๆอยากให้แม่มาตรวจดูสักครั้ง เพราะเห็นว่าเป็นเรื่องที่ดีต่อแม่ แม่จึงมาตรวจนี้แหละ ”</p> <p>“ หนูไม่อายที่จะมาตรวจ เพราะเป็นเรื่องที่ดีในการดูแลตัวเอง ”</p> <p>“ อยากตรวจดูสักครั้ง เพราะตั้งแต่เกิดมา ยังไม่เคยไปตรวจมาก่อนเลย คุณหมอมารตรวจให้ถึงที่ด้วย ยิ่งสะดวก ”</p>

### ส่วนที่ 3 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลองและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ก่อนทดลองของกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยคะแนน 7.60 ( $SD = .89$ ) หลังทดลองค่าเฉลี่ยคะแนน 13.20 ( $SD = .80$ ) กลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ๑ มีความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 1 ว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ๑ หลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ  
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อฯ ในระยะก่อนและหลังทดลอง

คะแนนความตั้งใจในการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	<i>Min-Max</i>	$\bar{X}$	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
ก่อนทดลอง	6-10	7.60	.89	29.57	29	.000
หลังทดลอง	12-14	13.20	.80			

ส่วนที่ 4 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก  
มดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง โดย  
กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อฯ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแล  
รูปแบบตามปกติ

ก่อนทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยผลดำเนินการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน  
ความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อน  
ทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 7.60 ( $SD = .89$ ) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนน 7.60  
( $SD = 1.22$ ) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่าง  
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 13.20 ( $SD = .80$ )  
กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนน 7.76 ( $SD = 1.30$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรอง  
มะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งเป็นไป  
ตามสมมติฐานที่ 2 ว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อฯ หลังทดลอง มี  
ค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ  
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง ( $n = 60$ )

คะแนนความ ตั้งใจ	กลุ่มทดลอง( $n = 30$ )			กลุ่มควบคุม( $n = 30$ )			<i>t</i>	<i>p-value</i>
	<i>Min-Max</i>	$\bar{X}$	<i>SD</i>	<i>Min-Max</i>	$\bar{X}$	<i>SD</i>		
ก่อนทดลอง	6-10	7.60	.89	5-10	7.60	1.22	1.720	.096
หลังทดลอง	12-14	13.20	.80	5-10	7.76	1.30	29.571	.000

**ส่วนที่ 5 ผลเปรียบเทียบการมาตรฐานวัดการร้องเรียนปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรูปแบบตามปกติ**

ผลการมาตรฐานวัดการร้องเรียนปากมดลูก พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ มาตรฐานวัดการร้องเรียนปากมดลูก 28 ราย ร้อยละ 93.3 ไม่มา 2 ราย ร้อยละ 6.7 และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรูปแบบตามปกติ มาตรฐานวัดการร้องเรียนปากมดลูก 19 ราย ร้อยละ 63.3 ไม่มา 11 ราย ร้อยละ 36.7 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนผู้มารับบริการ มาตรฐานวัดการร้องเรียนปากมดลูก โดยสถิติ Chi-square test พบว่า จำนวนกลุ่มทดลองมารับบริการ มาตรฐานวัดการร้องเรียนปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ 3 ว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ มาตรฐานวัดการร้องเรียนปากมดลูกมากกว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลรูปแบบตามปกติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลเปรียบเทียบการมาตรฐานวัดการร้องเรียนปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรูปแบบตามปกติ

การมาตรฐานวัดการร้องเรียนปากมดลูก	มารับบริการ		ไม่มารับบริการ		$x^2$	<i>p-value</i>
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มทดลอง	28	93.3	2	6.7	9.205	.000
กลุ่มควบคุม	19	63.3	11	36.7		

## บทที่ 5

### สรุป และอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-60 ปี ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่อยู่ในเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage cluster sampling) จำนวน 60 ครอบครัว จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ครอบครัว โดยกลุ่มทดลองให้ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว กลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการดูแลรูปแบบตามปกติ โดยทำการวิจัยในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความตั้งใจในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3) แบบบันทึกการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง 4) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน หาค่าความตรงของเนื้อหาได้ = 1 หาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ = .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลด้วย Dependent t-test, Independent t-test และ Chi-Square test

### สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนมากมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน คือ อายุ 30-40 ปี มากที่สุด สถานภาพมีคู่สมรสและอยู่ด้วยกัน ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ประวัติการเคยตกขาวที่ผิดปกติ การไม่สูบบุหรี่ ไม่มีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติสายตรงเป็นมะเร็ง เคยได้รับข้อมูลข่าวสารของโรคมะเร็งปากมดลูกที่แตกต่างกัน คือ สมาชิกครอบครัวที่ถูกเลือกให้เข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มทดลองมากที่สุด คือ พี่ น้อง ร้อยละ 46.7 กลุ่มควบคุมส่วนมากคือ สามี ร้อยละ 36.7

2. สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ๑ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

3. สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

4. สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรูปแบบตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

## การอภิปรายผล

ผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายได้ดังนี้

1. ความตั้งใจในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ก่อนทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน หลังทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจที่สูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 และ 2 ที่ตั้งไว้ สามารถอภิปรายได้ดังนี้ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ สามารถไปเพิ่มความตั้งใจของสตรีกลุ่มเสี่ยงให้สูงขึ้นได้ ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยของ Wright and Bell (2009) ซึ่งเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง ที่มีจุดเน้นในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อของครอบครัวและทีมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายหลักคือ การเปลี่ยนแปลงความเชื่อในบริบทของการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ให้สตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัว ได้เข้าถึงความคิดความเชื่อและปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การสร้างสัมพันธภาพ ทำให้เกิดความ คุ่นเคยและไว้วางใจ ระหว่างสตรีกลุ่มเสี่ยง สมาชิกครอบครัวและผู้วิจัยขึ้น การสนทนาบำบัดด้วยการค้นหา เปิดเผยและการแยกแยะความเชื่อและเชื่อเชิญให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วม เล่าเรื่องราว ประสบการณ์เกี่ยวกับความตั้งใจในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความเชื่อที่ขัดขวางต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้รับฟังเรื่องราวความตั้งใจของสตรีกลุ่มทดลองท่านหนึ่งที่ว่า “ ป้าคิดว่า ไม่ไปตรวจหรอก เพราะอายุมากแล้ว ถ้ามันจะเป็น มันคงเป็นนานมาแล้ว แต่การที่ได้พูดคุยกับหมอ (ผู้วิจัย) ป้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น ทำให้รู้ว่า ป้าก็เป็นกลุ่มที่เสี่ยงสูง ป้าเลยตั้งใจว่าวันนัดตรวจป้าจะไปแน่ ๆ ” ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มทดลอง การสร้างความมั่นใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยให้กลุ่มทดลองได้เห็นถึงลักษณะของห้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่มีความมิดชิดและปลอดภัย บุคคลอื่นไม่สามารถเข้าไปได้และผู้เก็บสิ่งส่งตรวจเป็นพยาบาล ที่ผ่านการอบรมการเก็บสิ่งส่งตรวจหาความผิดปกติของเซลล์มะเร็ง

ปากมดลูก ที่มาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไขว้กัน ตรวจ เพื่อเป็นการลดความอาย การใช้วิดีโอเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ขั้นตอนการตรวจ เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจคัดกรองมาแสดงให้สตรีกลุ่มเสี่ยงได้เห็น และตัวอย่างของบุคคลที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สิ่งต่างๆ เหล่านี้ในโปรแกรมทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความตั้งใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรีนิภา เกตรา (2551) ที่พบว่า สตรีที่ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อมีความตั้งใจในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น และ แม้นมาศ เฉิดเรียง (2555) พบว่า หลังการให้โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. การมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังทดลอง สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อฯ มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลรูปแบบปกติ อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อทำให้เกิดความตั้งใจที่สูงขึ้น และเมื่อมีความตั้งใจแล้วบุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นขึ้นมา ถึงแม้ว่าทั้งสองกลุ่มจะมีบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ศูนย์สุขภาพประจำหมู่บ้านเหมือนกัน แต่สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติก็ยังมีมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่น้อยกว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3 ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญธิญา สุทธิโคตร. (2555) ที่พบว่า ความตั้งใจมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี และการศึกษาของ สมใจ พรภิกานนท์ (2551) ที่พบว่า สตรีที่มีความตั้งใจไปตรวจมะเร็งปากมดลูกจะมีพฤติกรรมไปตรวจมะเร็งปากมดลูกที่มากขึ้น

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล ผลวิจัย พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนนี้มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงควรได้รับการอบรมและฝึกฝนการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนจนเกิดความชำนาญเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านที่เป็นอุปสรรคมาเป็นด้านที่ส่งเสริมและเอื้อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานได้

### ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรจัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อเป็นรายครอบครัว เนื่องจากอาจมีเรื่องราวของครอบครัวที่ไม่อยากเปิดเผยในที่สาธารณะ หากทำเป็นรายครอบครัว อาจจะทำให้การเข้ารับรู้อุปสรรคของการมาตรการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อันจะทำให้ส่งผลต่อการมาตรการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

2. เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อจะได้อ้างอิงในกลุ่มประชากรได้มากขึ้น

3. การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในสตรีกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนชนบทเท่านั้น ซึ่งผลที่ได้อาจแตกต่างหากดำเนินการวิจัยในเขตชุมชนเมือง ดังนั้นจึงควรวิจัยกับสตรีกลุ่มเสี่ยงในเขตชุมชนเมืองในครั้งต่อไป



## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). รายงานการทบทวนสถานการณ์เรื่องพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น: การเสริมสร้างทักษะชีวิตและการให้การปรึกษา. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2544). การป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสถานะที่มีทรัพยากรจำกัด. กรุงเทพฯ: ครุสภาลาดพร้าว.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). เป้าหมายการตรวจมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญญารัตน์ อยู่ยี่น. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น, 4(1), 15-27.
- ชนิษฐา มุลนิบาล. (2555). โปรแกรมการเตรียมครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จตุพล ศรีสมบุรณ์. (2553). การรณรงค์ต่อต้านมะเร็งปากมดลูก. เข้าถึงได้จาก: [www.tgcsthai.com/data](http://www.tgcsthai.com/data).
- จันทน์ เต๋อไพสิฐพงษ์ และณัฐวิภา กันตถาวร. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อระดับความรู้และทัศนคติ ในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ วารสารสภาการพยาบาล, 28(2) 75- 87.
- จันทร์นิภา เกตุรา. (2551). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อต่อความเชื่อของสตรีและสามี และความตั้งใจการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จินตนา วัชรสินธุ์. (2550). ทฤษฎีการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- ชัยยศ ชีรผกาวงศ์. (2555). มะเร็งปากมดลูก. เข้าถึงได้จาก: <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=943>
- ธีรวิภา คุหะเปรมะ. (2549). การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear กรุงเทพฯ สยามออฟเซ็ท.
- ธีรวิภา คุหะเปรมะ. (2550). คลินิกเวชปฏิบัติปริทัศน์. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.

- บุญธิญา สุทธิโคตร และสมเดช พิณิจสุนทร. (2557). *ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ ข้อมูล ข่าวสาร ต่อการเข้ารับบริการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลลูกจิก อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู*. วิทยานิพนธ์แพทยศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บัญญัติ สุขศรีงาม. (2551). *ผู้หญิงไทยกับโรคมะเร็งปากมดลูก*. เข้าถึงได้จาก: <http://www.uniserv.bbu.ac.th>.
- ปัทมสุ หาระบุตร. (2552). *ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ อำเภอโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปราณี ทองคำ. (2539). *เครื่องมือวัดผลทางการศึกษา*. ปัตตานี :มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปรียานุช มณีโชติ. (2553). *ผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรค และอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในชนบท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประวิทย์ สัมพันธ์สันติกุล. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตบางแค กรุงเทพมหานคร*. *วชิรเวชสาร*, 57(2), 111-119.
- เพลินพิศ ขวัญโพน. (2555). *ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-59 ปี จังหวัดมหาสารคาม*, งานนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- แม่นันมาศ เฉิดเรียง. (2555). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์*. งานนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ยูภาพร ศรีจันทร์. (2548). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีตำบลป่าสักกิ่งอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2548). *พจนานุกรมศัพท์ปรัชญา ฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์ พับลิเคชันส์ จำกัด.
- รุจา ภูโพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.

- รุ่งโรจน์ เจศรีชัย. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในเขตอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร.* (งานวิจัย). พิจิตร: ศูนย์การศึกษาวิทยาลัยทองสุข จังหวัดพิษณุโลก.
- วิไลวรรณ ชันตรี. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดศรีสะเกษ.* วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรายุทธ อินทร์ชัย. (2549). *ผลของโปรแกรมสุศึกษารายกลุ่มต่อความรู้ ทักษะ และความตั้งใจมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาขารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์มะเร็งจังหวัดอุบลราชธานี. (2558). *ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็ง.* เข้าถึงได้จาก <http://www.thammatipo.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539320097&Ntype=3>
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2551). *สุขภาพคนไทย เรื่องทำอย่างไรสงครามมะเร็งปากมดลูกจึงจะมาถูกทาง.* เข้าถึงได้จาก: <http://www.hiso.or.th/hiso/health>.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2553). *สถิติโรคมะเร็งของประเทศไทย.* เข้าถึงได้จาก <http://www.nci.go.th/>
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2558). *โรคมะเร็งปากมดลูก.* เข้าถึงได้จาก: [www.nic.go.th/file\\_download/Ca\\_cervix.pdf](http://www.nic.go.th/file_download/Ca_cervix.pdf).
- สมยศ เจริญศักดิ์. (2551). *สธ. เสนอทางเลือกใหม่ น้ำส้มสายชูตรวจมะเร็งปากมดลูก.* เข้าถึงได้จาก: <http://www.thairath.com/online.php.html>.
- สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย. (2552). *ความรู้สำหรับประชาชน.* เข้าถึงได้จาก: [www.tgcsthai.com/dataview.php?id=24&code=KP](http://www.tgcsthai.com/dataview.php?id=24&code=KP)
- สมใจ พรภิกานนท์. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-59 ปี ในเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สาวตรี วิษณุโยธิน, ชนิดดา ซาดิอนุลักษณ์, สุรีพร แสงสุวรรณ, อมร โรจนวราพงษ์ และภิญญาดา พรจรรยา. (2558). *ความแตกฉานทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลจังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 13(1), 37-54.*
- สุดาฟ้า วงศ์หริมาตย์. (2556). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนที่คัดสรร จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 9(1), 17-19.*

- สุมาลี คุรุททิน. (2551). *ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มาตรวจมะเร็งปากมดลูก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- แสงตะวัน บุญรอด. (2553). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความสามารถและความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ สาขาการพยาบาลเด็ก, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย. (2545). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภาพร เผ่าวัฒนา. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.
- อนุชตรา วรรณเสวก , ชัยวุฒิ ฉัตรอุทัย , พิมวดี ตรีโรจน์พร , จิรังกูร ญัฐรังสี , ชลธิยา วามะลุน . (2550). *การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับการรักษา ณ ศูนย์มะเร็งจังหวัดอุบลราชธานี*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitude and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Amy, M. D., Jennions M., & Nicotra, A. B. (2011). *Do invasive species show higher phenotypic plasticity than native species and, if so, is it adaptive? A meta-analysis*. Retrieved from: <https://www.scribd.com/document/62607228/Davidson-et-al-2011>
- Dahlstrom, L. A. (2010). Attitudes to HPV vaccination among parents of children aged 12-15 years-a population-based survey in Sweden. *International Journal of Cancer*, 126(2), 500-507.
- Dorothy, N. S., Chan., & Winnie K. W. So. (2015). A systematic review of randomised controlled trials examining the effectiveness of breast and cervical cancer screening interventions for ethnic minority women. *European Journal of Oncology Nursing*, 19, 536-553.
- Glass, G. V. (1976). Primary, Secondary and Meta-Analysis of Research. *Educational Research*, 5(10), 3-8.
- Green, C., Brown, G., Dafforn, T. R., Reichhart, J. M., Morley, T., Lomas, D. A., Gubb, D. (2003). Risk factors for adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the cervix in women aged 20-44 years: the UK National case-control study of Cervical Cancer. *British Journal of Cancer*, 89, 2078-2086.

- Han, H. R., Kim J., Lee, J. E., Hedlin, H. K., Song, H., & Song, Y. (2011). Interventions that increase use of Pap tests among ethnic minority women: A meta-analysis. *Psycho- Oncology*, 20(4), 41-51.
- Heusinkveld, P. R. (1997). *Pathways to culture*. Yarmouth, Maine: Intercultural Press.
- Juntasopeepun, P., Davidson, P. M., Chang, S., Suwan, N., Phianmongkhol, Y., & Srisomboon, J. (2011). Development and psychometric evaluation of the Thai Human Papillomavirus Beliefs Scale. *Nurse & Health Sciences*, 13(4), 475-480.
- Kelli Mc Cormack, B. (2003). *Health Belief: Health belief model overview*. Retrieved from: <http://hsc.usf.edu>
- Maria, E. F. (2004) Cervical cancer screening among Latinas recently immigrated to the United States. *Preventive Medicine*, 38(5), 529-535.
- Martensson, J., Stromberg, A., Dahlstrom, U., Karlsson, J. E., & Fridlund, B. (2005). Patients with heart failure in primary health care: Effect of a nurse intervention on health-related quality of life and depression. *The European Journal of Heart Failure*, 7(3), 393-403.
- Nikki, A. H. (2013). Patient knowledge and beliefs as barriers to extending cervical cancer screening intervals in Federally Quailed Health Centers. Retrieved from: [www.elsevier.com/locate/ypmed](http://www.elsevier.com/locate/ypmed).
- Oran, N.T., Can, H. O., Senuzun. F., Aylaz, R. D. (2008). Health promotion lifestyle and cancer screening behavior: a survey among academicians women. *The Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 9(51) 5-8.
- O'Brien, M. J., Halbert, C. H., Bixby, R., Pimentel, S., & Shea, J. (2010). Community health Worker intervention to decrease cervical cancer disparities in Hispanic women. *Journal of General Internal Medicine*, 25(11), 86-92.
- Polit D. F & Hungler BP. (1999). *Nursing research: principles and methods*. 6<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott.
- Presnell, S. R., Cohen, B. I. & Cohen, F. E. (1992). A segment-based approach to protein secondary structure prediction. *Biochemistry*, 31, 983-993.
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.

- Theresa L. B. (2004). Cervical cancer screening beliefs among young Hispanic women. *Preventive Medicine, 38*, 192-197
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Resources adolescent health and development : Broadening the horizon balancing protection and risk for adolescents*. Retrieved from: [http://www.who.int/child-adolescent\\_health/publication/](http://www.who.int/child-adolescent_health/publication/)
- World Health Organization [WHO]. (2010). *Summary Report on HPV and Cervical cancer statistics in Thailand*. Retrieved from: <http://screening.iarc.fr/doc/Human%20Papillomavirus%20and%20Related%20Cancers.pdf>
- Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1996). *Beliefs: The heart of healing in families and illness*. New York: Basic Books
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Wright, L. M. (2005). *Spirituality, suffering, and illness: Ideas for healing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and Illness: A Model for Healing*. Calgary, Canada: 4<sup>th</sup> Floor Press Tnc.

ภาคผนวก

**ภาคผนวก ก**

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ



## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษา เชื้อหอม      ประธานสาขาวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก  
และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงวน ธานี      ประธานสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุณฎี ทูลศิริ      อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี      อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา-ทารก  
และการผดุงครรภ์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
5. นายแพทย์สยาม ประสานพิมพ์      นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์  
อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

**ภาคผนวก ข**

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

Effects of Changing Belief of Women at Risk and Family Members on Intention to and Participate in Cervical Cancer Screening

ชื่อนิติกร จ่าเอก กฤษ ฤๅนตรี

รหัสประจำตัวนิติกร 54920263 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 18 - 03 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ สตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-60 ปี ที่ยังไม่เคยรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 60 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ ศูนย์สุขภาพชุมชนประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยที่เหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 11 เดือน เมษายน พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



## การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้ที่สามารถเข้าร่วมในการวิจัย โดยอธิบายการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบดังนี้

ข้าพเจ้า จำเอกกฤศ กุลบุตรดี นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีและสมาชิกครอบครัวต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยคาดหวังให้สตรีมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามระยะการตรวจสุขภาพ

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความยินยอมและสมัครใจของท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการทำวิจัยได้ตลอดเวลา จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ซึ่งในการตอบครั้งนี้จะไม่มีถูกหรือผิดและไม่มีผลใด ๆ ต่อการดูแลสุขภาพท่านและครอบครัว คำตอบที่ได้จากท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและไม่มีผลกระทบใด ๆ ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวท่านและครอบครัวแต่จะเป็นประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีที่จะตอบให้ท่านเข้าใจและไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังได้รับการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตามปกติ ท่านมีสิทธิจะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ได้ตลอดเวลาตามที่ท่านต้องการโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

การวิจัยครั้งนี้จะประสบความสำเร็จได้จากความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่าน จึงขอขอบคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

กฤศ กุลบุตรดี

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีกลุ่มเสี่ยง และสมาชิกครอบครัวต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วันให้คำยินยอม วันที่ .....เดือน..... พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

-2-

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง  
จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วแม่่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้  
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงนาม.....พยาน  
(.....)

ลงนาม.....พยาน  
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย  
(.....)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย  
(.....)

ภาคผนวก ค

สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล  
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์  
 เลขที่รับ..... ๕๕๓/๒๕๕  
 วันที่รับ..... 27 เม.ย 5๕  
 เวลา..... 09.00 น.



ที่ ศธ ๖๖๐๗/ 0๗๔๓

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
 ๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
 อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๗ เมษายน ๒๕๕๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย  
 เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์  
 สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ  
 ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย จำเอกกฤต กุลบุตรดี รหัสประจำตัว ๕๕๕๒๐๒๖๓ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิเศษ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีกลุ่มเสี่ยง อายุระหว่าง ๓๐ - ๖๐ ปี ที่ยังไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรอบ ๕ ปีที่ผ่านมา ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ ณ งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ ระหว่างวันที่ ๑๘ เมษายน - ๒๙ พ.ศ. ๒๕๕๕ ในวันราชการ เวลา ๘.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. โดยแบ่งดังนี้

- ๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๓๐ ราย
- ๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวน ๓๐ ราย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง  
 ร.นอ. รพ. สว่างวีระ ๖๐๓  
 ม. บุรพา ขอดความอนุเคราะห์ให้นิสิต  
 เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษา (เรื่องคัดกรองมะเร็งปากมดลูก)  
 คุณกรรณ เตชะธวัช น.ศ. เพื่อดำเนินการวิจัย (รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
 คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
 งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)  
 โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๕๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖  
 โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖  
 ผู้วิจัย ๐ ๘๕ ๖๓๘ ๓๘๙๖



## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**คำชี้แจง** แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีกลุ่มเสี่ยง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีกลุ่มเสี่ยง**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย  $\surd$  ลงในช่อง  หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุดพร้อมเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี
2. สถานภาพ  โสด  มีคู่สมรสและอยู่ด้วยกัน  หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย
3. จบการศึกษาระดับใด  ไม่ได้เรียน  ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป
4. อาชีพ  เกษตรกรรม  แม่บ้าน  รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ  
 รับจ้างทั่วไป  ค้าขาย  ประกอบธุรกิจส่วนตัว  อื่น ๆ .....
5. สถานะทางเศรษฐกิจ  ไม่พอใช้ มีหนี้สิน  พอใช้ ไม่เหลือเก็บ  พอใช้ เหลือเก็บ
6. ท่านมีบุตรจำนวน.....คน
7. ท่านเคยมีอาการตกขาวที่ผิดปกติหรือไม่  เคย  ไม่เคย
8. ปัจจุบันท่านคุมกำเนิดด้วยวิธีใด  ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด  ทำหมัน  
 ใส่ห่วงอนามัย  ถุงยางอนามัย  อื่นๆ ระบุ .....
9. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่  สูบบุหรี่  ไม่สูบบุหรี่
10. ท่านมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติสายตรงของท่าน เป็นมะเร็งหรือไม่  
 ไม่มี  มี จำนวน ..... คน ถ้ามีเป็นมะเร็ง .....
11. ท่านเคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกหรือไม่  เคย  ไม่เคย
12. สมาชิกในครอบครัวที่ท่านเลือกให้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 1 ท่าน คือ  
 บิดา  มารดา  สามีนี  บุตร  ปู่ย่าตายาย  พี่น้อง  
 เครื่องญาติอื่น ๆ ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน โปรดระบุ.....

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตั้งใจในการมาตรการกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง**

**คำชี้แจง** 1. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง : \_\_\_\_\_: หน้าข้อความที่ตรงกับความตั้งใจของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

1. ท่านตั้งใจจะมาตรการกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อมีบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนประจำหมู่บ้าน ในเร็ว ๆ นี้

ไม่ตั้งใจอย่างยิ่ง    ไม่ตั้งใจ    ไม่ค่อยตั้งใจ    เฉย ๆ    ค่อนข้างตั้งใจ    ตั้งใจ    ตั้งใจอย่างยิ่ง  
 : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ :  
 1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

2. ท่านตั้งใจที่จะมาตรการกรองมะเร็งปากมดลูก ภายในระยะเวลา 1 ปีนี้

ไม่ตั้งใจอย่างยิ่ง    ไม่ตั้งใจ    ไม่ค่อยตั้งใจ    เฉย ๆ    ค่อนข้างตั้งใจ    ตั้งใจ    ตั้งใจอย่างยิ่ง  
 : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ :  
 1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

**ส่วนที่ 3 บันทึกการมาตรการกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง**

ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนประจำหมู่บ้าน วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 2559

รหัสกลุ่มตัวอย่าง	มาตรการกรอง มะเร็งปากมดลูก	ไม่มาตรการกรอง มะเร็งปากมดลูก	หมายเหตุ
.....	.....	.....	.....