

Health Education Policy according to Health Belief Model on cervical cancer perception among HIV-infected women in Dok Kham Tai Hospital, Phayao Province

Narong Chaitiang^{1*} Sarote Nosri²

Received 25 November 2019; Revised 14 January 2020; Accepted 31 October 2020

Abstract

This is a quasi-experimental research, with the objective to study the health education program's effect on cervical cancer perception among HIV-infected women in Dok Kham Tai Hospital, Dok Kham Tai District, Phayao Province, with a sample size of 50 women. Data collection was through questionnaire, which were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test statistics.

The research results indicated that the experimental group, which received a health education program according to health beliefs model, had average scores for perceived risk of cervical cancer, before and after (2.59, 2.81) with statistically significant ($p < .001$). The perception scores for cancer severity, before and after (2.70, 2.81) were statistically significant ($p < .05$), and on cervical cancer prevention behavior, before and after (2.80, 2.90) with statistically significant ($p < .001$).

In conclusion, the experimental group who received a health education program according to health belief model, on cervical cancer perception, had a higher score on perceived risk, severity of the cancer, and cancer prevention behavior, than before receiving the health education program, with statistical significant at the level of .05. Community nurses should apply health education program, according to Health Belief Model, for HIV-infected women, and apply to other women group proactively, in order to prevent increasing incidents of cervical cancer in community.

Keywords: Health Belief Model; perception on cervical cancer

¹ School of Medicine, University of Phayao

² Registered Nurse, Dok Kham Tai Hospital, Dok Kham Tai District, Phayao Province

*corresponding author: kongkaneku69@gmail.com

นโยบายการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับ โรคเริมปากมดลูกของหญิงติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

ณรงค์ ใจเที่ยง^{1*} สาโรจน์ โนศรี²

วันที่รับบทความ 25 พย. 2562; วันแก้ไขบทความ 14 มค. 2563; วันตอบรับบทความ 31 ตค.2563

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคเริมปากมดลูกของหญิงติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอ ดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคเริมปากมดลูก มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคก่อนและหลัง (2.59,2.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value <.001) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคก่อนและหลังการให้ความรู้ (2.70,2.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value <.05) และมีผลการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเริมปากมดลูกก่อนและหลัง (2.80,2.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value <.001)

สรุปได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคเริมปากมดลูก มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความรุนแรงของโรค และผลการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนควรนำโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคเริมปากมดลูกของกลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานเชิงรุกกับหญิงติดเชื้อ HIV และสตรีกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรคเริมปากมดลูกในชุมชนเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; การรับรู้โรคเริมปากมดลูก

¹ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

² พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

*ผู้รับผิดชอบส่งบทความวิจัย : kongkaneku69@gmail.com

บทนำ (Introduction)

กฎบัตรอตตาวา ที่เกิดขึ้นจากการประชุมนานาชาติ ครั้งที่ 1 เรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพ : การเคลื่อนสู่การสาธารณสุขแนวใหม่” เมื่อปี 2529 ที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ได้นำเสนอกลยุทธ์แห่งการสร้างเสริมสุขภาพไว้ 5 ประการ ซึ่ง 1 ใน 5 นั้นคือ “การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy)” นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) นั้นมีความหมายว่า “นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้” นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนั้น มีได้กำหนดโดยภาครัฐเท่านั้น ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้เปิดช่องทางให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ประกอบด้วยผู้คนที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายในสังคม ได้แก่ ฝ่ายการเมือง รัฐบาล ราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคธุรกิจเอกชน นักวิชาการ สื่อมวลชน ชุมชนและประชาชนเอง ตามหลักการ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ดูแลขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตาม “แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2559” ที่ ครม. ให้ความเห็นชอบไว้แล้วตั้งแต่วันที่ 24 เมษายน 2550 คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานปัญหาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ดูแลขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตาม “แผนยุทธศาสตร์ชาติ ยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนามาตรฐานปัญหาสุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564 ที่ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ตั้งแต่ระดับท้องถิ่นจนถึง ระดับประเทศโดยยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนามาตรฐานปัญหาไทย ฉบับที่ 3 มีเป้าหมายให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ปลอดภัย และใช้อย่างสมเหตุสมผล เป็นฐานในการสร้างเสริมและพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และให้ภาคีเครือข่ายทุกระดับใช้เป็นกรอบและทิศทางในการขับเคลื่อนมาตรฐานปัญหาสุขภาพวิถีไทย ร่วมกัน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพเป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค (preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (sick – role behavior) พัฒนาการ

ของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อนักวิชาการได้หันเหมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และการควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปีค.ศ 1950-1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในยุคนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข ที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมากกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ไม่ได้ได้รับความสนใจจากประชาชน คือ ประสบปัญหาที่มีประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคน้อยลง (อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ, 2554 : 35) มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในหญิงไทย มีอุบัติการณ์ 24.7 ต่อประชากรหญิง 1000 คน กว่า 50 ปีที่ผ่านมา มีหลายประเทศทั่วโลกได้ทำการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Papanicolaou smear) ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามลดลงถึงร้อยละ 46 การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยเซลล์วิทยา (Conventional Papanicolaou smear) ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีที่แพทย์ใช้วินิจฉัยมากที่สุดจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในปัจจุบันพบว่า มีผู้ติดเชื้อ HIV (Human Immuno deficiency Virus) ในประเทศไทย 330,740 ราย เป็นเพศหญิง 101,698 ราย พบว่าสตรีที่ติดเชื้อ HIV มีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าคนปกติโดยสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และตรวจพบรอยโรคภายในเยื่อผิวปากมดลูกได้มากกว่าสตรีที่ไม่ติดเชื้อถึง 4.9 เท่า จากการวิเคราะห์ข้อมูลในหลายรายงานทางการแพทย์ (Meta analysis) พบว่าสตรีที่ติดเชื้อ HIV มีโอกาสที่โรคจะลุกลามไปสู่ระยะที่รุนแรงขึ้น ในระยะเวลา 6 เดือน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่ากลุ่มหญิงที่ติดเชื้อ HIV ประมาณร้อยละ 20 และพบการติดเชื้อ HPV และความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกมากกว่าผู้ไม่ติดเชื้อ รวมทั้งพบมากขึ้นในผู้ที่มียาระดับ CD4 ต่ำลง ดังนั้นจึงแนะนำให้ตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาและทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลรักษาและติดตามตั้งแต่พบความผิดปกติของเซลล์ระยะเริ่มต้น หากพบว่าผู้ติดเชื้อป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก พิจารณาให้ยาต้านไวรัสทันทีโดยไม่ขึ้นกับระดับ CD4 การเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้ที่พอเพียงเกี่ยวกับวิธีการตรวจ อธิบายเรื่องการพบความผิดปกติของเซลล์ แนวทางการดูแลรักษา และช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ติดเชื้อต่อการตรวจคัดกรอง วิธีการตรวจคัดกรองและความถี่ตรวจ pap smear ครั้งแรกหลังจากพบว่าติดเชื้อเอชไอวี และทุก 6 เดือน ในปีแรกที่มาใช้บริการ หลังจากนั้นตรวจซ้ำปีละ 1 ครั้ง ในผู้ติดเชื้อเพศหญิงทุกราย

จากรายงานคลินิกยาด้านไวรัสของโรงพยาบาลดอกคำใต้พบว่ากลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปี 2559, 2560, 2561 คิดเป็นร้อยละ 68, 72, 81 ตามลำดับ แต่เป้าหมายที่กำหนดคือร้อยละ 90 ซึ่งยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ปัญหาอุปสรรคอย่างหนึ่งคือการ

ได้รับความรู้เรื่องโรคเริมปากมดลูกไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจเริมปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ตำบลตะคร้อ อำเภอด่านมะขาม จันทบุรี ผลการทดสอบความตระหนักรู้ในระบบสุขภาพในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเริมปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณาระดับความรู้ในระบบสุขภาพอนามัยเป็นรายด้าน พบว่า ความรู้ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเริมปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจเริมปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันในระดับต่ำ ขณะที่ความรู้ด้านอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเริมปากมดลูก และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อช่วยให้สตรีไปตรวจเริมปากมดลูกครบถ้วนมากที่สุด คือ การบริการด้านข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ชัดเจน เพียงพอ และเหมาะสม (จิตรบรรจง เชียงทอง ,2557) จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีและค้นคว้างานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สตรีที่จะเข้ารับบริการตรวจเริมปากมดลูก เมื่อรับรู้ปัจจัยเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ต่อการตรวจ การรับรู้อุปสรรคของการตรวจ คัดกรองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่สื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการรณรงค์ตรวจเริมปากมดลูก ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางจัดกิจกรรมให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเริมปากมดลูก เพื่อช่วยให้หญิงติดเชื้อ HIV มีการรับรู้ เกิดความตระหนักและเข้ารับบริการตรวจเริมปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอซึ่งจะช่วยการค้นพบเริมปากมดลูกในระยะเริ่มต้นได้เร็วขึ้นได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคเริมปากมดลูกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษานโยบายการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคเริมปากมดลูกของกลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคเริมปากมดลูกของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคเริมปากมดลูกของกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง

วิธีดำเนินการศึกษา (Method)

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi - Experimental study) เพื่อศึกษานโยบายการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิงติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยและคณะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้เครื่องมือและแบบสอบถามระหว่างธันวาคม 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม 2562 เป็นระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่าง : คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ Power Analysis โดยกำหนดค่า Alpha = 0.05, ค่าอำนาจในการทำนาย (Power) = 0.80 ค่าอิทธิพล (Effect Size) = 0.8 (จรินทร ดวงแสง, 2551) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มๆละ 25 คนที่เป็นอิสระต่อกัน (Two group sample Independent group test) รวมทั้งหมดเป็น 50 คน (Polit & Beck, 2007) ในการศึกษาครั้งนี้ จากนั้นได้สุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random Assignment) โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) และใช้การจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) โดยฉลากหมายเลขคู่ เป็นกลุ่มควบคุม และหมายเลขคี่ เป็นกลุ่มทดลอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถูกเลือกเท่าเทียมกันกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. หญิงติดเชื้อ HIV ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสมาไม่น้อยกว่า 1 ปีที่เปิดเผยตนเอง คือ ยอมรับการติดเชื้อ HIV เข้ารับยาต้านไวรัสในคลินิกอย่างเปิดเผย ครอบครัวและสังคมยอมรับและอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปกติ

2. มีอายุ 18 ปีหรือมากกว่า

3. สุขภาพร่างกายแข็งแรงและไม่มีอาการป่วยที่ร้ายแรงในรอบปีที่ผ่านมา

4. สมัครใจเข้าร่วมโครงการและให้ความร่วมมือในการวิจัย(โดยการสอบถามและสร้างข้อตกลงร่วมกันเนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคม)

5. สามารถอ่านออกเขียนได้ไม่มีปัญหาในการสื่อสารภาษาไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกการรับรู้อุปสรรคของการตรวจหามะเร็งปากมดลูกข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามได้รับการพิจารณาและตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้ค่าความตรง (Content Validity) 0.85 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในคลินิกด้านไวรัสโรพยาบาลดอกคำใต้ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามความรู้ใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) 0.75

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในการอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statics) ใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยก่อนการดำเนินการวิจัย คณะผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาโดยคณะกรรมการดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 12/2562 ลงวันที่ 26 มีนาคม 2562

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV ที่รับยาต้านไวรัสที่คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา จำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 45 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จบระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรวม รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 5,310 บาทต่อเดือน ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ระยะเวลาที่ติดเชื้อ HIV เฉลี่ย 13 ปี ในรอบปีที่ผ่านมาเคยตรวจมะเร็งปากมดลูก เหตุผลในการตรวจคือตรวจสุขภาพประจำปีและแพทย์หรือเจ้าหน้าที่แนะนำให้มาตรวจ

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 20 ระดับปานกลาง ร้อยละ 32 ระดับสูง ร้อยละ 48 ภายหลังการทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100

กลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 12 ระดับปานกลาง ร้อยละ 32 ระดับสูง ร้อยละ 56 ภายหลังการทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับต่ำคงที่ร้อยละ 12 ระดับปานกลาง ร้อยละ 36 และมีระดับสูงลดร้อยละ 52

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 2.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 3.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 ทั้งก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน โดยภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

กลุ่มควบคุม พบว่าก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 2.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 2.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71 ทั้งก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน โดยภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนทดลองและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สาเหตุมาจากกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ผู้วิจัยไม่ได้ติดตามอยู่เป็นประจำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในระยะแรกจึงมีคะแนนการรับรู้ค่อนข้างสูง ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไป กลุ่มควบคุมไม่ได้จัดอยู่ในโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิงติดเชื้อ HIV จึงทำให้ระยะแรกกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และเฉลี่ยต่ำลงตามระยะเวลาระดับการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 12 ระดับปานกลาง ร้อยละ 20 ระดับสูง ร้อยละ 68 ภายหลังการทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84 ระดับปานกลางร้อยละ 16

กลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48 ระดับสูง ร้อยละ 52 ภายหลังการทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูก 2.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความ

รุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูก 2.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูก 2.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.37 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูก 2.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

การรับรู้ผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ผลดีของการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 28 ระดับปานกลางร้อยละ 52 ระดับสูงร้อยละ 20 ภายหลังการทดลองมีการรับรู้ผลดีของการตรวจเพิ่มขึ้นอยู่ในปานกลางร้อยละ 64 (ตาราง 1)

กลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ผลดีของการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 32 ระดับปานกลางร้อยละ 32 ระดับสูงร้อยละ 36 ภายหลังการทดลองมีการรับรู้ผลดีของการตรวจเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 40 (ตาราง 1)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ผลดีของการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก 1.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก 0.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.84 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05)

หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก 2.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก 1.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ผลดีของการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 24 ระดับปานกลาง ร้อยละ 16 ระดับสูง ร้อยละ 60

ภายหลังการทดลองมีการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับระดับสูงร้อยละ 100

กลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ผลดีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 44 ระดับปานกลางร้อยละ 20 ระดับสูงร้อยละ 36 ภายหลังการทดลองมีการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 44 (ตาราง 1)

การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 2.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.86 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 1.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.90 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 3.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 2.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 12 ระดับปานกลางร้อยละ 8 ระดับสูงร้อยละ 80 ภายหลังการทดลองมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับระดับสูงร้อยละ 84

กลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 16 ระดับปานกลางร้อยละ 4 ระดับสูงร้อยละ 80 ภายหลังการทดลองมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 80

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 2.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 2.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 2.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.74 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 2.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ตารางที่ 1 การรับรู้ 5 ด้านของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
การรับรู้โอกาสเสี่ยง								
ต่ำ	5	20	0	0	3	12	3	12
ปานกลาง	8	32	0	0	8	32	9	36
สูง	12	48	25	100	14	56	12	52
การรับรู้ความรุนแรง								
ต่ำ	3	12	0	0	0	0	0	0
ปานกลาง	5	20	4	16	12	48	25	100
สูง	17	68	21	84	13	52	0	0

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
การรับรู้ผลดีของการตรวจ								
ต่ำ	13	52	8	32	8	32	9	36
ปานกลาง	7	28	16	64	8	32	6	24
สูง	5	20	1	4	9	36	10	40
การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ								
ต่ำ	6	24	0	0	11	44	6	24
ปานกลาง	4	16	0	0	5	20	11	44
สูง	15	60	25	100	9	36	8	32
การรับรู้อุปสรรค								
ต่ำ	3	12	4	16	4	16	3	12
ปานกลาง	2	8	0	0	1	4	2	8
สูง	20	80	21	84	20	80	20	80

ตารางที่ 2 การจำแนกการรับรู้ด้านต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง		t	p - value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฯ						
กลุ่มทดลอง	2.28	0.79	3.00	0.00	-5.03	0.000
กลุ่มควบคุม	2.44	0.71	2.40	0.71	-2.68	0.003
การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ						
กลุ่มทดลอง	2.56	0.71	2.84	0.37	0.29	0.045
กลุ่มควบคุม	2.52	0.51	2.00	0.00	-2.68	0.010

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง		t	p - value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
การรับรู้ผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูก						
กลุ่มทดลอง	1.92	0.70	2.04	0.58	0.78	0.000
กลุ่มควบคุม	0.04	0.84	1.40	0.89	1.91	0.050
การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนฯ						
กลุ่มทดลอง	2.36	0.86	3.00	0.00	0.45	0.001
กลุ่มควบคุม	1.92	0.91	2.08	0.76	-3.35	0.002
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนฯ						
กลุ่มทดลอง	2.68	0.69	2.68	0.75	0.60	0.000
กลุ่มควบคุม	2.64	0.76	2.68	0.69	2.19	0.033

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

ผลของโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) การรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลอง ระดับสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 84 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) การรับรู้ผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลอง ระดับปานกลางเพิ่มขึ้นร้อยละ 64 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกที่จัดขึ้นให้กับกลุ่มทดลองสามารถพัฒนาการรับรู้ได้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ เพราะกลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางอยู่ก่อนแล้วร้อยละ 32 เนื่องจากกลุ่มหญิงติดเชื้อส่วนใหญ่ติดเชื้อมานานและได้เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในการตรวจสุขภาพประจำปีและได้รับการสอนจากพยาบาลคลินิกยาด้านไวรัส

ตามกิจวัตรของโรงพยาบาลดอกคำใต้และเมื่อได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้มีการพัฒนาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 จากผลที่เกิดขึ้นดังกล่าวเนื่องมาจากโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาการรับรู้โดยให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การป้องกันโรค การวินิจฉัยรักษาโรคและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยการบรรยายประกอบเอกสารแผ่นพับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก สไลด์พาวเวอร์พอยท์ ประกอบการบรรยาย วิดีทัศน์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การแบ่งกลุ่มอภิปรายเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้หญิงติดเชื้อ HIV มีความรู้และมีความตระหนักถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพของตนเอง และเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอการแบ่งกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับงานนี้ แต่ไพสิฐพงษ์และคณะ (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อระดับความรู้และทัศนคติในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้และมีทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ได้อธิบายแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควรการปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆและการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขาเช่นค่าใช้จ่ายเวลาความไม่สะดวกความกลัวความอายความเชื่อว่าเขาป่วยเป็นโรคได้ถึงแม้จะไม่มีอาการเจ็บป่วยก็ตามจากแนวคิดของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) สรุปรองคประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลในระยะแรกมีดังนี้คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ Becker และคณะ (Becker, 1974) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งพบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค O' Donnell (O' Donnell, 2002) ได้กล่าวว่าในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมี 4 องค์ประกอบ

กล่าวคือ บุคคลจะมีพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับ 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคนั้น 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น 3. การรับรู้ประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัติ นั้น 4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (กานดา ศรีตระกูล, 2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อระดับทัศนคติในสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตำบลท่าซำเปือก อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่าหลังการให้โปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อระดับทัศนคติในสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรค และทัศนคติในการเข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.05$) และสอดคล้องกับเบญจวรรณ ไชยา (2557) ศึกษาผลของรูปแบบการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ของสตรีในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่กาผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความรุนแรง ของโรค ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและ หลังการให้ความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} = 0.01$ ซึ่งสอดคล้องกับวาสนา พูลผล (2557) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับชุมชนในคู่สามีภรรยา ในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความ รุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติ และพฤติกรรมกา ป้องกัน ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) และสอดคล้องกับอุไรวรรณ สัมมุติ, สมเดช พินิจสุนทร (2558) ความตั้งใจไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การรับรู้ของบุคคล และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มี คะแนนเฉลี่ยที่ส่งเสริมให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ความรุนแรง ของโรคมะเร็งที่ส่งเสริมให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ ส่วนปัจจัยร่วม พบว่า ตัวแปรด้านจิตสังคมและสิ่งชักนำให้ปฏิบัติมีคะแนนส่งเสริมให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกอยู่ในระดับสูง สำหรับปัจจัยความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีคะแนน ส่งเสริมให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไปรับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกับงานดา ศรีตระกูล, พิษณุรักษ์ กันทวี (2560) ผลของโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อระดับทัศนคติในสตรี ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตำบลท่าข้าวเปลือก อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าหลังการให้โปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อระดับทัศนคติในสตรีที่เข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรค และทัศนคติในการเข้ารับ การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$)

การรับรู้อุปสรรคในการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (อุไรวรรณ สัมมุติ, 2558) ที่ศึกษาเรื่องความตั้งใจไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีคะแนนส่งเสริมให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ แล้ว ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ($OR_{\text{adj}} = 3.37$, 95% CI = 0.20–0.71) สถานภาพการสมรส ($OR_{\text{adj}} = 2.54$, 95% CI = 1.16–5.59) ด้านจิตสังคม ($OR_{\text{adj}} = 2.05$, 95% CI = 1.08–3.89) และการรับรู้อุปสรรค ($OR_{\text{adj}} = 3.41$, 95% CI = 1.92–6.08) และผลการวิจัยไม่มีความสอดคล้องกับ (วราภรณ์ ศิริธรรมานุกุล, 2560) เหตุผลการมารับบริการ และความเชื่อด้านสุขภาพภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกัน และเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ผลการศึกษาพบว่า พบว่าด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. การกำหนดแนวทางการให้ความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกกับกลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV และสตรีกลุ่มเป้าหมายทั่วไปที่ยังไม่เข้าถึงบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ควรใช้เอกสารรูปภาพ เป็นสื่อ วิดีทัศน์ประกอบการบรรยาย มีการแสดงความคิดเห็นโต้ตอบระหว่างการบรรยาย
2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ควรเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายได้มีโอกาสเท่าเทียมกันในการแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มกลุ่มต้องมีการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม

3. รูปแบบการให้ความรู้ควรกระทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอครอบคลุมเป้าหมายเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลุ่มเป้าหมายตระหนักและเข้าถึงบริการการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี
4. ติดตามผลของพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น การเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV และกลุ่มเป้าหมายทั่วไป

เอกสารอ้างอิง (References)

- กานดา ศรีตระกูล, พิษณุรักษ์ กันทวี. (2560). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อระดับทัศนคติในสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตำบลท่าข้าวเปลือก อำเภอมะจัน จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 9 (1), 123-132
- จันทน์ แต่ไพสิฐพงษ์ และคณะ (2556). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อระดับความรู้และทัศนคติในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ. กรุงเทพมหานคร :วารสารสภาการพยาบาล. 28(2).
- จิตรบรรจง เชียงทอง. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลตระครี่เอน อำเภอดำรงวิทยารพ. จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี. จังหวัดกาญจนบุรี
- เบญจวรรณ ไชยา. (2557). ผลของรูปแบบการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่กา. วิทยานิพนธ์. มหาวิทยาลัยพะเยา
- ยุภาพร ศรีจันทร์. (2548). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีตำบลป่าสักกิ่งอำเภอกงหรา จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา พูลผล, วิณา เทียงธรรม. (2557) โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิในคู่สามีภรรยาในชุมชน. มหาวิทยาลัยมหิดล
- วรารณ ศิริธรรมานุกุล. (2560). เหตุผลการมารับบริการและความเชื่อด้านสุขภาพภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลจุฬารัตน์. วารสารสภาการพยาบาล 10 (1) มกราคม-มิถุนายน 2560, 126-144
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2561). การพัฒนา ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย. สุขภาพคนไทย 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ: 65-67, available from https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2018/thai2018_19.pdf
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2556). สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขพะเยา, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

อภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ.(2554).การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ระยะที่ 2, 2554: 34

อุไรวรรณ สัมมุติ, สมเดช พินิจสุนทร (2558). ความตั้งใจไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอมือ จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารสุขภาพชุมชน. มหาวิทยาลัยขอนแก่น 3 (4) 2558, 529-546

Becker, M.H., Drachman, R.H. and Kirscht, J.P. (1974). A New Approach to Explaining Sick-Role Behavior in Low-income Populations. American Journal of Public Health. 64 (3), 206.

O'Donnell, M. P. (Ed.). (2002). Health promotion in the workplace (3rd ed.). Albany, NY:Delmar.

Rosenstock. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 2: 329-335.