



ผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ
ของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจ
ทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยง
ต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก



สุณี คงคุ้ม

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ปีการศึกษา 2556
ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



ผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ
ของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจ
ทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยง
ต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก



สุณี คงคุ้ม

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
ปีการศึกษา 2556
ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**EFFECT OF USE OF NURSING SERVICE MODEL THAT INTEGRATES
PENDER'S HEALTH PROMOTION THEORY AND COLLABORATIVE
CONCEPT ON AS PERCEIVED HEALTH LOCUS OF CONTROL BY
REPRODUCTIVE WOMAN WITH RISK FOR CERVIX CANCER**



SUNEE KONGKUM

**A Thematic Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
For the Degree of Master of Nursing Science (Nursing Administration)
Graduate Education, Saint Louis College, Thailand**

Academic Year 2012

Copyright Belongs to Saint Louis College

สารนิพนธ์

สารนิพนธ์

เรื่อง

ผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิด
ความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์
ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
วันที่ 28 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2556

.....
สุณี คงคุ้ม

ผู้วิจัย



.....
พลเรือตรีหญิง ดร.อนงค์นุช ภูยานนท์, ค.ด.

ประธานสอบสารนิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
ดร.มนสภรณ์ วิฑูรเมธา, ค.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
ดร.สมศรี สุเมธ, ศ.ด.

รักษาการรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

.....
เรือโทหญิง ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์, Ph.D.

ประธานหลักสูตร

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้โดยได้รับความกรุณาและการช่วยเหลือดูแลอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และดร.มนสภรณ์ วิฑูรเมธา อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัย พลเรือตรีหญิง ดร.อนงค์นุช ภูยานนท์ ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ ดร.มนสภรณ์ วิฑูรเมธา กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่กรุณาช่วยเสนอแนะ เพื่อการแก้ไขการทำวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ดร.สุมิตรา สว่างทุกข์ อาจารย์สกวเดือน ไพบุลย์ และคุณสุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ ที่ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือในการวิจัย รวมถึงให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัย

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ได้ให้ความรู้ในการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาลทุกท่าน ตลอดจนพี่ น้องพยาบาล วิชาชีพทุกคน ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการทำวิจัยฉบับนี้

ขอขอบคุณ โรงพยาบาลคามิลเลียนที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่ในการจัดอบรมสัมมนาและ ขอขอบคุณคุณประนอม ดิเยา ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลที่เป็นทั้งหัวหน้างานและเพื่อนร่วมเรียน โดยให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาด้วยดีตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณมารดา คุณทัศนีย์ เครือไข ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจในการทำวิจัยนี้ ตลอดมา ขอขอบคุณ คุณวิชาญ คงคุ้ม สามี ค.ญ. ณัฐชา และค.ญ.ชาลินี คงคุ้ม บุตรสาวที่เป็นกำลังใจ ตลอดการทำวิจัยฉบับนี้จนบรรลุ เสร็จสิ้นได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ คุณประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์และวิชาชีพการพยาบาล

สุณี คงคุ้ม

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 110301009; สาขาวิชาการบริหารพยาบาล; พย.ม.(การบริหารการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: สุณี คงคุ้ม
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาไทย)	: ผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: EFFECT OF THE USE OF NURSING SERVICE MODEL THAT INTEGRATES PENDER'S HEALTH PROMOTION THEORY AND COLLABORATIVE CONCEPT ON AS PERCEIVED HEALTH LOCUS OF CONTROL BY REPRODUCTIVE WOMAN WITH RISK FOR CERVIX CANCER
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์	: รองศาสตราจารย์ พงษ์รัตน์ บุญญานุรัตน์, Ed.D.
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมสารนิพนธ์	: มนัสกรณ์ วิทูรเมธา, ค.ศ.
คำสำคัญ	: รูปแบบบริการการพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ความร่วมมือ ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพ /สตรีวัยเจริญพันธุ์
จำนวน	: 121 หน้า

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับ การรักษาที่คลินิกนรีเวช แผนกผู้ป่วยนอก ใน โรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20 คน เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 10 คน เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง คือ รูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก โดยจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ส่วนกลุ่มควบคุมใช้รูปแบบการบริการแบบมุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา และเครื่องมือการรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก เครื่องมือทั้งสองอย่างนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Wilcoxon Signed Rank Test เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและใช้ Mann Whitney U Test เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า : 1) ระดับค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์หลังการใช้รูปแบบในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากส่วนก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกหลังการใช้รูปแบบของกลุ่มทดลองสูงกว่าการใช้รูปแบบของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าการใช้รูปแบบของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ACADEMIC CODE : 110301009 NURSING ADMINISTRATION : M.N.S.,
(NURSING ADMINISTRATION)

STUDENT'S NAME : SUNEE KONGKUM

TITLE OF THEMATIC PAPER : EFFECT OF THE USE OF NURSING SERVICE MODEL THAT
INTEGRATES PENDER'S HEALTH PROMOTION THEORY AND
COLLABORATIVE CONCEPT ON AS PERCEIVED HEALTH LOCUS OF
CONTROL BY REPRODUCTIVE WOMAN WITH RISK FOR CERVIX
CANCER

THEMATIC PAPER ADVISOR : ASSOC. PROF. PUANGRAT BOONYANURAK, Ed.D.

THEMATIC PAPER CO-ADVISOR : MANUSSAPORN VITONMATHAR, Ph.D.

KEY WORD : NURSING SERVICE MODEL, HEALTH PROMOTION,
COLLABORATIVE, HEALTH LOCUS OF CONTROL,
REPRODUCTIVE WOMAN

: 121 PAGES

ABSTRACT

The purposes of this quasi-experimental research were to study and compare means of reasoned behavior intention as practiced by health locus of control women of reproductive age who are at risk for cervix cancer. The sample was divided into 10 experimental and control subjects using matched pair by age, and occupation. The experimental instrument and the questionnaires on reasoned behavior intention were tested for content validity by 3 experts and reliability Cronbach's Alpha coefficient was 0.82 The comparison of means of reasoned behavior intention was analyzed after experimentation between experimental and control group using Mann - Whitney U Test and means between pre and post experimentation in experimental group using Wilcoxon - Signed Ranks Test.

The study results indicated as follows: 1) Mean of perceived of health locus of control of women of reproductive age after use patterns in the experimental group was at high level and in control group in moderate level. 2) Means of perceived health locus of control of woman of reproductive age who are at increased risk of cervical cancer after the pattern of the experimental group was statistically higher than in control group at 0.05 significant level. 3) Means of perceived of health locus of control of woman of reproductive age who are at increased risk of cervical cancer after using a higher form of the experimental group was statistically higher than the pre-experimentation at 0.05 significant level.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่.....	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
1.4 แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	7
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
2.1 สุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์กับมะเร็งปากมดลูก.....	10
2.2 การส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	13
2.3 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์.....	15
2.4 แนวคิดความร่วมมือ.....	20
2.5 ทฤษฎีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพ.....	24
2.6 รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา.....	26
2.7 รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และ แนวคิดความร่วมมือ.....	27
2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	28

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ (ต่อ).....	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	30
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	30
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	34
3.3 การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	56
3.4 จริยธรรมการวิจัย.....	57
3.5 วิธีดำเนินการทดลอง.....	58
3.6 การรวบรวมข้อมูล.....	61
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	62
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
ส่วนที่ 1 ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด มะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการ ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและรูปแบบการบริการการพยาบาล ที่มุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาโดยใช้ค่าเฉลี่ย.....	65
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มี ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล ที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและรูปแบบ การบริการการพยาบาลที่มุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test..	70
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มี ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือด้วยสถิติ Wilcoxon - Signed Ranks Test.....	76
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	82
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	84
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	88
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	90
บรรณานุกรม.....	92

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก.....	96
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือในการวิจัย.....	97
ข เอกสารรับรองการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรม.....	99
ค คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก..	101
ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	111
จ หนังสือขอความอนุเคราะห์พัฒนาเครื่องมือวิจัย.....	119
ประวัติผู้วิจัย.....	121



สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	32
2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	33
3 การบูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก...	36
4 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก.....	49
5 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ และแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาโดยรวมและรายด้าน.....	65
6 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก หลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ และแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาโดยรวมและรายด้าน.....	66
7 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าคะแนนความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ และกลุ่มหลังใช้แบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาด้านสุขภาพจำแนกเป็นรายข้อ.....	66
8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรจำแนกเป็นรายข้อ.....	68

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ (ต่อ)	หน้า
9 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ และกลุ่มหลังใช้แบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาด้าน โอกาสที่จะเกิดปัญหาจำแนกเป็นรายชื่อ.....	69
10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาโดยรวมและรายด้าน.....	70
11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาด้านสุขภาพจำแนกรายข้อ.....	71
12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรจำแนกรายข้อ.....	73
13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาด้าน โอกาสที่จะเกิดปัญหาจำแนกรายข้อ.....	74
14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ โดยรวมและรายด้าน.....	76
15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านสุขภาพก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือจำแนกรายข้อ.....	77

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ (ต่อ)	หน้า
16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือจำแนกรายข้อ.....	78
17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านโอกาสที่จะเกิดปัญหาก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือจำแนกรายข้อ.....	80



สารบัญภาพ

ภาพที่.....	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	29



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาพสังคมไทยในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ความเป็นอยู่ในสังคมพบว่าประชาชนหลายๆ ครอบครัวมีความเป็นอยู่ที่แตกต่างกัน ทางเลือกของการดูแลสุขภาพของประชาชนจึงมีความหลากหลายและแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุ เพศ ระดับการศึกษา ซึ่งถ้าเมื่อเกิดความเจ็บป่วยกับคนใดคนหนึ่งในครอบครัวนอกจากจะบั่นทอนความรู้สึกร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวแล้ว ยังส่งผลถึงปัจจัยอื่นๆ อีกหลายด้าน เช่น ความเป็นอยู่ร่วมกันภายในครอบครัว สัมพันธภาพ ฐานะทางการเงินที่จะต้องใช้ในการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สตรีวัยเจริญพันธุ์จึงมีบทบาทสำคัญภายในครอบครัว สตรีบางรายต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้นเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ทำงานไม่เป็นเวลา จึงทำให้มีเวลาน้อยในการสนใจดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีได้เท่าที่ควร จึงเกิดภาวะเสี่ยงกับปัญหาด้านสุขภาพได้ง่าย ซึ่งความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพบางอย่างสามารถที่จะป้องกันและแก้ไขได้ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ จึงจะสามารถป้องกันหรือลดอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเอง (สุวรรณิ โกลนุช และคณะ, 2554, น. 81) ปัญหาการติดเชื้อระบบสืบพันธุ์โดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ในสตรีทุกวัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีวัยเจริญพันธุ์ (ลัดดา วัฒนะชีวะกุล, 2554, น. 63) โดยกว่าร้อยละ 50 เป็นประชากรสตรีและเป็นสตรีที่มีอายุระหว่าง 45-74 ปี ซึ่งในช่วงอายุดังกล่าว ยังพบว่ามีสตรีวัยเจริญพันธุ์เป็นส่วนหนึ่งของประชากรสตรีที่ควรใส่ใจในสุขภาพมากขึ้น โดยปัญหาที่พบในสตรีวัยเจริญพันธุ์นั้น ได้แก่ ภาวะสุขภาพในช่วงการมีประจำเดือน ภาวะวัยทอง ความผิดปกติอื่น เช่น ตกขาว ซึ่งเป็นเรื่องของอนามัยส่วนบุคคลด้านความสะอาด การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้าของสตรีวัยเจริญพันธุ์ (www.Webhealthcentre.com/Safetymeeting.) จึงมีความสนใจและใส่ใจเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายของตนเองมากขึ้น ทั้งนี้เป็นผลจากการสนับสนุนและส่งเสริมเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสังคม ชีวิตครอบครัวของสตรีในปัจจุบัน เช่น ความเป็นอยู่ที่ดีในภาวะเศรษฐกิจ โดยเน้นโครงสร้างขั้นพื้นฐาน (Catherine Ingram Fogel and Nancy Fugate Woods 2008, p. 49)

มะเร็งปากมดลูก ซึ่งพบมากที่สุดเป็นอันดับสองของสตรีทั่วโลกและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง (WHO, 2010; cited in Yu Yun Hsu, et al, 2011, p. 297) มากกว่าร้อยละ 80 พบในประเทศ

ที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในเพศหญิง (วิทยุศาสตร์ก สุขศิรินาศกุล และดวงใจ หมั่นสาร, 2555, น. 1) เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียและผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ผลกระทบที่เกิดจากผู้ป่วยไม่ใช่เพียงแค่เรื่องการรักษาเท่านั้น แต่จะเริ่มมีผลกระทบตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็ง ส่งผลถึงบุคคลรอบข้างซึ่งอยู่ในครอบครัวเดียวกันที่ต้องคอยให้การดูแล ช่วยเหลือ ตลอดจนการอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีการปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน จากการศึกษาเชิงบรรยายของพยาบาลระดับปฏิบัติการในไนจีเรีย ได้ทำการสำรวจสตรีจำนวน 200 คน เกี่ยวกับความรู้และทัศนคติของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อความใส่ใจในการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่าร้อยละ 99 ที่ตอบว่ามีความตระหนักรู้ และร้อยละ 92 ตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ Human papillomavirus และรับรู้ได้จากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ร้อยละ 43.90 โดยที่ร้อยละ 37.40 รับรู้ความสำคัญจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้ยังพบว่าสตรีมีความตระหนักในการทำ Pap Smear ถึงร้อยละ 91 และมีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจหามะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 89 แต่สตรีเหล่านี้ก็ไม่เคยคิดหรือต้องการตรวจมาก่อนเลย (Awodele, et al., 2011, p. 497-504)

การส่งเสริมสุขภาพและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกจึงควรมีแนวทางปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงของพยาบาล เพราะพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสตรีย่อมมีความเข้าใจสตรีดีกว่าผู้อื่น นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจึงเป็นบุคคลที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากกว่าผู้อื่น (พวงรัตน์ บุญญา นุรักษ์, 2536, น. 288-289) กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาที่ระบุให้การส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงเป็นประการหนึ่งในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ รวมถึงนโยบายของรัฐที่จะลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลงด้วยกลยุทธ์เฉพาะหลายประการ (พวงรัตน์ บุญญา นุรักษ์, 2544) จึงทำให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่แตกต่างกัน โดยมุ่งผลลัพธ์ที่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรค ถือว่าเป็นการสื่อให้เกิดการปฏิบัติของสตรีวัยเจริญพันธุ์ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ซึ่งการที่สตรีวัยเจริญพันธุ์จะสามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคได้นั้น จะต้องมีอำนาจความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งเป็นความรู้สึกริเริ่มและความเข้าใจของสตรีวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันด้านสุขอนามัยร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การเลือกรับประทานอาหาร ซึ่งตนเองสามารถเลือกปฏิบัติและควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ โดยปฏิบัติพฤติกรรมประจำวันรวมกับการดำเนินชีวิตในทุกสถานการณ์และทุกกิจกรรมด้วยความมั่นใจว่า จากการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลต้องคำนึงถึงความเชื่ออำนาจแห่งตนด้านสุขภาพ (Health Locus of Control) ซึ่งเป็นความเชื่อที่ว่าภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้อำนาจควบคุมของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นความเชื่อหรือความคาดหวังต่อสิ่งต่างๆ

ที่ตนได้รับว่าเกิดจากการกระทำของคนไม่ว่าจะเป็นด้านดีหรือด้านร้ายก็ตาม โดยที่ตนเองมีความมั่นใจ จึงตัดสินใจกระทำและมุ่งมั่นที่จะกระทำให้ตนเองมีความสุขภาพดี ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพ เป็นความรู้สึกและความคิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกตามความเชื่อที่มีต่อแพทย์ พยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถด้านสุขภาพ โดยตรงเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ความเชื่ออำนาจจากโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ คือความรู้สึกและความคิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อการมีสุขอนามัยที่ดี และเมื่อเกิดปัญหาด้านสุขภาพ สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Wallston, Wallston & Devellis, 1978, p. 169-170) มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาเกี่ยวกับ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพที่ทำนายได้ด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ที่สื่อให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและการรับรู้โอกาสเสี่ยง ส่วนงานวิจัยของ จิตรา ยอดอินทร์ (2549, น. 93) พบว่าความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลรามธิบดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลต่างๆ จึงมีบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้รับบริการตรวจหาเซลล์มะเร็งอาจเป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก หรืออาจเป็นผู้ที่ไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด แต่ต้องการตรวจเพื่อคัดกรองความเสี่ยง ซึ่งภายหลังจากการได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยการทำ Pap smear แล้วนั้น พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพ ตระหนักดีว่าการมีสุขภาพที่ดีปราศจากโรคภัยเป็นที่พึงปรารถนาของทุกคนและสตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกรายควรได้รับความเอาใจใส่ดูแลภายหลังได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตลอดจนมุ่งมั่นและส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพโดยส่งเสริมให้สตรีมีการรับรู้ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Wallston, Wallston & Devellis (1978)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจการจรรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก โดยใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และแนวคิดความร่วมมือเพื่อจัดบริการแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ส่งเสริมให้สตรีวัยเจริญพันธุ์รับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพตามแนวคิดของ Wallston Wallston & Devellis (1998) โดยมีความเชื่อว่าตนเองจะป่วยหรือไม่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของตนเอง จึงปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก

1.2 คำถามการวิจัย

1) ระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับแนวคิดความร่วมมือและกลุ่มที่ใช้รูปแบบบริการการพยาบาลที่มุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาเป็นอย่างไร

2) การรับรู้ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือสูงกว่า หลังการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลที่มุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาหรือไม่

3) การรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือหรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและรูปแบบบริการการพยาบาลที่มุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา

2) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับแนวคิดความร่วมมือและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา

3) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับแนวคิดความร่วมมือ

1.4 แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย

1.4.1 แนวคิดเหตุผลการวิจัย

รูปแบบบริการการพยาบาลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อการรับรู้

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก มีเป้าหมายสำคัญ ในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรภายในองค์กรเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่มุ่งเน้นให้สตรีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกรับรู้ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกและความคิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมประจำวันที่ดีหรือไม่ดีนั้นเป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง โดยตนเองมีความมั่นใจจึงตัดสินใจกระทำและมุ่งมั่นที่จะกระทำให้ตนเองมีสุขภาพดี ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกและความคิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกตามความไว้วางใจที่มีต่อแพทย์ พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถด้านสุขภาพโดยตรงเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกและความคิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน โดยรู้ว่าการกระทำที่เกิดขึ้นนั้นมีโอกาสเกิดความเสี่ยง ตนเองจึงต้องมีการพิจารณาโอกาสนั้นๆ ด้วยเหตุผลอย่างเข้าใจและสามารถตัดสินใจควบคุมตนเองในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Moore (2000, p. 16) พบว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์มากกว่าครึ่งของสตรีในสหรัฐอเมริกาที่มีโรค เคยมีการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก ภายใน 3 ปีซึ่งสันนิษฐานว่าเป็นเพราะ สตรีรู้สึกถึงความไม่สบายทางนรีเวช และขาดการเข้าถึงการให้บริการ ทั้งนี้ สตรีวัยเจริญพันธุ์สามารถให้การดูแลตนและปรับพฤติกรรมได้ด้วยตนเองหลังการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก และมีผลการตรวจปกติได้นั้น พยาบาลวิชาชีพ ผู้ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจะต้องมีบทบาทอย่างอิสระ พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการทำงาน และใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ มีอิสระในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมพยาบาลและต้องใช้ระยะเวลาเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล อีกทั้งยังทำให้พยาบาลวิชาชีพสร้างผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่โดดเด่นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทางการพยาบาลเจ้าของไข้ของ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2536)

รูปแบบบริการการพยาบาลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกที่บูรณาการ ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ มีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ได้รับการตรวจค้นหาความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปากมดลูกที่มีผลการตรวจปกติ โดยก่อนการเข้ารับการตรวจจะเห็นได้ว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับการตรวจจะมาด้วยปัญหาทางนรีฯ และพยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ให้การดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์เฉพาะ เป็นรายบุคคลเพื่อค้นหาพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในการปฏิบัติพฤติกรรมในอดีตของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์นี้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ที่พบว่าปัจจัยด้านความคิด ความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรมเป็นตัวแปรที่สำคัญในการชักจูง

ให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดและปัจจัยที่จะช่วยให้บุคคลเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มี 3 ประการ คือปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล และประสบการณ์ ปัจจัยด้านการรับรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมและปัจจัยด้านพฤติกรรมที่แสดงออก Pender, et al., (2006) ดังนั้นการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกให้ได้นั้นจำเป็นต้องทำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์เกิดความคิดที่จะร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกันกับพยาบาลวิชาชีพ จึงได้มีการนำแนวคิดความร่วมมือ Sullivan (1998) เป็นแนวคิดทางการบริหารที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในการนำมาพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน โดยความร่วมมือเป็นกระบวนการหนึ่งซึ่งกระทำเพื่อให้เกิดความสำเร็จ เป็นการกระทำอย่างอิสระของผู้ปฏิบัติที่จะมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันออกไป มีการเจรจาต่อรองกัน มีความไว้วางใจกันทั้งต่อตนเองและผู้อื่นและการที่สตรีวัยเจริญพันธุ์จะมีพฤติกรรมบริการที่เหมาะสม พยาบาลวิชาชีพจะต้องเป็นผู้ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ เพราะการป้องกันได้จะสามารถทำให้สุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์พ้นจากการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ โดยอาศัยสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลวิชาชีพและสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์และความคิดเห็น เพื่อใช้ในการดูแลและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

จากการศึกษาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจในการจัดกิจกรรมรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และแนวคิดความร่วมมือจะสามารถช่วยให้สตรีวัยเจริญพันธุ์เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม สตรีวัยเจริญพันธุ์ให้ความร่วมมือมีเหตุผลในการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติพฤติกรรม มีการคิดรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ส่งผลให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มีการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพได้ สามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ด้วยความเข้าใจ มั่นใจและสามารถควบคุมและเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง จากแนวคิดดังกล่าวจึงกำหนดสมมติฐานดังนี้

1.4.2 สมมติฐานการวิจัย

- 1) การรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สูงกว่า หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา
- 2) การรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ

เพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม ทดลองก่อนและหลัง (Two-group Pre-Post Test) โดยทดลองที่คลินิกโรคแพนคัส โรงพยาบาลตติยภูมิ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ

1.5.1 ประชากร

คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่สมรสแล้ว ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคแพนคัส โรงพยาบาลตติยภูมิ และมีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกปกติ โรงพยาบาลตติยภูมิ

1.5.2 ตัวอย่าง คือ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- 1) กลุ่มทดลอง คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาเซลล์มะเร็งปากมดลูก และมีผลตรวจปกติ คลินิกโรคแพนคัส โรงพยาบาลคามิลเลียน จำนวน 10 คน
- 2) กลุ่มควบคุม คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาเซลล์มะเร็งปากมดลูก และมีผลตรวจปกติ คลินิกโรคแพนคัส โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 10 คน

1.5.3 ตัวแปร ในการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและรูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา
- 2) ตัวแปรตาม คือ การรับรู้ความเชื่ออำนาจสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และแนวคิดความร่วมมือ หมายถึง ชุดกิจกรรมการปฏิบัติทางการพยาบาลที่ให้กับสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มุ่งรักษาพันธะสัญญาตามแบบแผนการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ด้วยการวิเคราะห์พฤติกรรมที่ได้ปฏิบัติมาแล้วร่วมกับพฤติกรรมส่วนบุคคล ที่บ่งชี้การกระทำด้วยความรู้สึที่แสดงถึงความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมได้ด้วยตนเองและแก้ไขอุปสรรคที่ไม่สามารถทำให้ตนเองปฏิบัติพฤติกรรมได้ ซึ่งเป็นการร่วมมือกันของพยาบาลวิชาชีพและสตรีวัยเจริญพันธุ์ร่วมกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการดำเนิน

กิจกรรมและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกำหนดจากระดับความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมที่สูงทำให้เกิดผลลัพธ์และกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่สูงด้วย โดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2011) และแนวคิดความร่วมมือของ Sullivan (1998) ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจและความคุ้นเคย ความรู้จักกันระหว่างสตรีวัยเจริญพันธุ์กับพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้ได้มาซึ่งพฤติกรรมสุขภาพในอดีตที่ผู้ป่วยเคยกระทำและบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมในอดีตของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่กระทำพฤติกรรมประจำวันและบอกถึงปัญหาและอุปสรรคที่ไม่สามารถปรับปรุงพฤติกรรมได้

กิจกรรมที่ 3 การสร้างความตระหนักและเข้าใจ ในการวิเคราะห์พฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้โดยบอกถึงปัญหาและอุปสรรคที่ไม่สามารถปรับปรุงพฤติกรรมได้

กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อมุ่งสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดี

กิจกรรมที่ 5 สร้างพันธะสัญญาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่ออำนาจทางสุขภาพ

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งปฏิบัติขั้นตอนการรักษา หมายถึง การบริการการพยาบาลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สตรีวัยเจริญพันธุ์มาติดต่อเพื่อขอรับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก ณ คลินิกนรีเวช หรือมาด้วยอาการผิดปกติ เช่น มีตกขาว เป็นต้น

กิจกรรมที่ 2 สตรีวัยเจริญพันธุ์พบพยาบาลวิชาชีพเพื่อซักประวัติและคัดกรองอาการเบื้องต้นก่อนและบันทึกข้อมูลในประวัติการรักษา

กิจกรรมที่ 3 ตรวจวัดสัญญาณชีพ

กิจกรรมที่ 4 ให้สตรีวัยเจริญพันธุ์เข้าพบแพทย์เพื่อตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมที่ 5 แจ้งผลการฟังผลตรวจทางโทรศัพท์

กิจกรรมที่ 6 ผู้ป่วยได้รับแจ้งผลทางโทรศัพท์กรณีที่ผลตรวจปกติ และถ้าผลการตรวจผิดปกติผู้ป่วยจะได้รับการตรวจและฟังผลจากแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา

การรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้สึกรู้จักคิดและความเข้าใจของสตรีวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันด้านสุขอนามัยร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การเลือกรับประทานอาหาร ซึ่งตนเองสามารถเลือกปฏิบัติและควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ โดยปฏิบัติพฤติกรรมประจำวันร่วมกับการดำเนินชีวิตในทุกสถานการณ์และทุกกิจกรรม ด้วยความมั่นใจว่า

ถูกต้อง โดยใช้แนวคิดของ Wallston, Wallston & Devellis (1978) สามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อ 3 ด้าน คือ

1) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกและความคิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมประจำวันที่ดีหรือไม่ดีนั้นเป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง โดยตนเองมีความมั่นใจจึงตัดสินใจกระทำและมุ่งมั่นที่จะกระทำให้ตนเองมีสุขภาพดี

2) ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกและความคิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกตามความไว้วางใจที่มีต่อแพทย์ พยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถด้านสุขภาพโดยตรงเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง

3) ความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกและความคิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน โดยรู้ว่าการกระทำที่เกิดขึ้นนั้นมีโอกาสเกิดความเสี่ยง ตนเองจึงต้องมีการพิจารณาโอกาสนั้นๆ ด้วยเหตุผลอย่างเข้าใจและสามารถตัดสินใจควบคุมตนเองในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพได้

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกแผนกผู้ป่วยนอก

2) เพื่อเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการบริการการพยาบาลในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก ในแต่ละโรงพยาบาลที่สนใจและนำไปปรับปรุงรูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ

3) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพงานบริการผู้ป่วยนอก และพัฒนาบุคลากรพยาบาลให้มีความสามารถปฏิบัติการพยาบาลโดยนำแนวคิด ทฤษฎี และความรู้ต่างๆ มาบูรณาการร่วมกับอำนาจความเชื่อทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้อำนาจความเชื่อทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยดังนี้

- 2.1 สุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์กับมะเร็งปากมดลูก
- 2.2 การส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 2.3 ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
- 2.4 แนวคิดความร่วมมือ
- 2.5 ทฤษฎีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพ
- 2.6 รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา
- 2.7 รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ

2.1 สุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์กับมะเร็งปากมดลูก

สตรีเพศมีอวัยวะสืบพันธุ์ที่ละเอียดอ่อนและซับซ้อนอย่างมาก ตลอดช่วงชีวิตของสตรีแต่ละวัยจะมีการผลิตฮอร์โมนเพศในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจและสังคม การเรียนรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัยต่างๆ โดยเริ่มจากวัยรุ่น วัยเจริญพันธุ์ ไปจนถึงวัยหมดระดู จึงถือเป็นพื้นฐานสำคัญในการทำความเข้าใจสุขภาพสตรี สามารถนำไปเปรียบเทียบกับความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในสตรีแต่ละวัยได้ โดยเฉพาะความผิดปกติทางนรีเวช เพราะร่างกายและระบบเจริญพันธุ์ของผู้หญิงแตกต่างจากผู้ชายมาก และเพราะอิทธิพลทางสังคมที่ให้บทบาทคุณค่าสตรีและชายไม่เท่าเทียมกัน สตรีจึงต้องพบเจอกับปัญหาสุขภาพหลายอย่างที่ผู้ชายไม่เจอ เช่น เป็นผู้เลือกให้เป็นผู้รับภาระเรื่องการควบคุมน้ำหนักมากกว่าชาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการทำหมัน การตั้งท้อง การคลอด การทำแท้ง การตกเลือด และยังไม่มียาทางเลือกในการช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาตั้งท้องเมื่อไม่พร้อม การมีประจำเดือนทุกเดือน อาจมีอาการปวดท้อง หรือเกิดโรคอันเกิดจากการมีประจำเดือนได้ตลอดจนปัญหาการติดเชื้อระบบสืบพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สตรีจำนวนมากต้องเผชิญกับ

ความรุนแรง ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เสมอไม่ว่าผู้หญิงจะอยู่ในวัยใดก็ตาม ความผิดปกติทางนิเวศที่พบบ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ ภาวะขาดระดูชนิดทุติยภูมิ อาการปวดระดู ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกชนิดมีไขตก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การตั้งครรภ์นอกมดลูก เนื่องจากรังไข่ชนิดธรรมดาเนื่องจกกล้ามเนื้อมดลูก (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553, น. 6) มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลก จากการรายงานขององค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ ในปี 2545 มีผู้ป่วยรายใหม่เป็นมะเร็งปากมดลูกถึงปีละ 6,300 ราย และระยะที่พบบ่อยที่สุดคือ ระยะที่ลุกลาม อัตราการอยู่รอดเพียง 5 ปี ประมาณร้อยละ 60 ดังนั้น โรคมะเร็งปากมดลูกสามารถดูแล ป้องกัน และรักษาได้ในระยะแรก ๆ โดยการป้องกันที่ดีที่สุด คือ การค้นหาให้เร็วที่สุด ดังนั้นการให้ความรู้ การสร้างความตระหนัก และการกระตุ้นให้เกิดการดูแลและป้องกันตนเองในระยะแรก นั้นถือเป็นการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตายของสตรีจากโรคมะเร็งปากมดลูก (วารสารโรงพยาบาลรามคำแหง ฉบับที่ 14 ปี 2552) โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการผิดปกติที่สตรีวัยเจริญพันธุ์ควรมีความรู้ ได้แก่ อาการปวดหน่วงท้องน้อย อาการปวดท้องโดยเฉพาะช่วงระหว่างมีประจำเดือน ปวดมากจนกระทั่งตัวงอ การมีประจำเดือนเป็นเวลานานๆ ซึ่งเหล่านี้เป็นอาการผิดปกติที่อาจพบได้

สตรีทุกคนมีโอกาสเป็นโรคนี้อาจตั้งแต่อายุน้อยๆ จนถึงวัยชร ยิ่งอายุมากก็ยังมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มาก สตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์จะมีโอกาสเป็นได้มากกว่าสตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ป้องกันได้ง่ายมาก เพียงแต่ต้องไปตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก ที่โรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ก็สามารถป้องกันความรุนแรงของโรคนี้อาจได้ (จิรายุ กาศเจริญ, 2551, น. 5) ส่วนการป้องกันด้วยวิธีอื่นๆ สามารถป้องกันได้โดยการระงับการติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี การรักษาทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ก่อนและหลังมีเพศสัมพันธ์ก็เป็นปัจจัยหนึ่ง สตรีจึงควรสังเกตความผิดปกติอยู่เสมอ และสตรีไทยโดยส่วนใหญ่ไม่สะดวกใจที่จะเข้ารับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกเพราะคิดว่าเป็นเรื่องน่าอับอาย เพราะก่อนตรวจแพทย์ให้ผู้ป่วยทำการเปลี่ยนเป็นผ้าถุงนุ่งไม่ต้องใส่กางเกงชั้นใน ซึ่งสตรีไทยถึงเห็นว่าเป็นเรื่องน่าอับอาย จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่สตรีไทยไม่ยอมไปตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกมากเหมือนแต่ก่อน โดยจากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2549 พบว่าสตรีไทยวัย 35 ถึง 59 ปี เคยตรวจภายในร้อยละ 50 และอีกร้อยละ 37 ไม่เคยตรวจเลย (จิรายุ กาศเจริญ, 2551, น. 6) ซึ่งสตรีกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ จึงควรได้รับคำแนะนำส่งเสริมด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพอนามัยต่อไป นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ การติดเชื้อ HPV เนื่องจากการเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ การสูบบุหรี่ การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดนานเกินกว่า 5 ปี การมีประวัติติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ซิฟิลิส เริม และผู้ที่มิมีฐานะทางเศรษฐกิจทำให้ไม่สามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพได้ รวมถึงปัจจัยด้านเพศชาย ได้แก่ การสำส่อนทางเพศของฝ่ายชาย การไม่รักษาความสะอาด เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า โรคมะเร็งปากมดลูก กำลังเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับสตรีไทย และส่งผลกระทบต่อหญิงบุคลรอบข้าง ตลอดจนถึงประเทศชาติที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก แต่ถ้าหากสตรีไทยที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก มีพฤติกรรมป้องกันที่ถูกต้อง เหมาะสมแล้ว เชื่อแน่ว่าจะมีส่วนช่วยลดอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก หรือทำให้สามารถวินิจฉัยโรค และรักษาได้อย่างทันท่วงที

อนามัยส่วนบุคคล (Personal hygiene) เป็นพื้นฐานสำคัญของการปรับปรุงสุขอนามัย โดยบุคคลต้องเป็นผู้ที่รักษาความสะอาดและใส่ใจในการรักษาสุขภาพอนามัยของตน เป็นผู้มีสุขนิสัยที่ดี ปฏิบัติด้วยความคุ้นเคย ชินจนเป็นนิสัย ซึ่งเกิดจากการปลูกฝัง ซึ่งองค์ประกอบของสุขอนามัยส่วนบุคคล หมายถึง การรักษาความสะอาดของร่างกายแต่ละคน โดยเฉพาะความสะอาดของอวัยวะต่างๆ ทั้งภายนอกและภายใน เพื่อมิให้ร่างกายกลายเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและของผู้อื่น ดังนั้นการเสริมสร้างและรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลจึงมีเป้าหมายสำคัญ 2 ประการ คือ 1) เพื่อรักษาตนให้พ้นจากโรค และ 2) เพื่อมิให้ตนเองเป็นต้นทางของการแพร่กระจายเชื้อส่วนองค์ประกอบของสุขปฏิบัติที่สำคัญมี 3 ประการ คือ 1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย โดยหมั่นชำระล้างร่างกายตามอวัยวะภายนอกต่างๆ ไม่ให้มีการสะสมของสิ่งสกปรกและเชื้อโรค 2) การรักษาความสะอาดของเครื่องนุ่งห่มและของใช้ส่วนตัว โดยหมั่นซักทำความสะอาดเสื้อผ้า และเครื่องใช้ส่วนตัวที่สัมผัสกับร่างกายเป็นประจำ เช่น ผ้าเช็ดหน้า และผ้าเช็ดตัว และหากจำเป็นอาจมีการฆ่าเชื้อร่วมด้วย 3) การแจ้งภาวะเจ็บป่วยของตนให้คนในครอบครัวทราบ ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวเข้าใจและทราบวิธีปฏิบัติ เพื่อหลีกเลี่ยงและป้องกันการติดเชื้อจากตนเองได้ สุขลักษณะในการรักษาความสะอาดของร่างกาย โดยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการชำระล้าง และทำความสะอาดตามอวัยวะภายนอกต่างๆ โดยเฉพาะผิวหนัง เส้นผม ฝ่ามือ และเล็บ นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงการรักษาอนามัยของอวัยวะสำคัญอย่างดวงตา ช่องปาก จมูกและโพรงจมูก ไบหูและช่องหู เพราะอวัยวะเหล่านี้อาจเป็นทางผ่านของเชื้อโรคได้ หากไม่ได้รับการใส่ใจดูแลอย่างเหมาะสม การรักษาความสะอาดของร่างกายตามอวัยวะภายนอกดังกล่าวข้างต้น จำเป็นต้องเป็นการกระทำอย่างสม่ำเสมอ บางอย่างต้องทำเป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน และบางอย่างจำเป็นต้องทำหลายครั้งในหนึ่งวัน เช่น การล้างมือ (อนามัยส่วนบุคคล, 2551, น. 1-3)

ในการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง เพราะในความเป็นจริง การดูแลสุขภาพ ความเจ็บป่วยหรือดูแลสุขภาพให้แข็งแรงนั้นขึ้นอยู่กับตัวของบุคคลนั้นๆ เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการที่จะพัฒนาภาวะสุขภาพของบุคคลให้ประสบความสำเร็จ จะต้องส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ (ฤทัยชนก กุลสืบ และคณะ, 2550. น. 1) และในการดูแลสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมของบุคคลมีความสำคัญมากต่อภาวะสุขภาพ โดยพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคคลส่งผลให้บุคคลนั้นๆ มีสุขภาพ

ที่ดี ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ส่งเสริมให้บุคคลมีชีวิตอยู่ และเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดผลดีต่อตนซึ่งมีปัจจัยขึ้นพื้นฐาน 2 ข้อ คือ ความต้องการการดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง (Orem, 1991, p. 117)

2.2 การส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การมีสุขภาพดีสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ และการมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข เป็นความต้องการจำเป็นพื้นฐานของชีวิตที่คนเราทุกคนสามารถแสวงหาได้ การที่ตนเองจะมีสุขภาพที่ดีได้นั้น ตนเองจะต้องแสวงหาด้วยตัวเอง ไม่มีผู้ใดจะปฏิบัติแทนตนเองได้ ดังนั้นจึงต้องมีความเข้าใจในสุขภาพของตนเองก่อน มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงบทบาทและสามารถปรับตัวได้กับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป หรือกับบทบาทที่เพิ่มขึ้น เช่น การปรับตัวให้เหมาะสมกับอาชีพ ปรับตัวกับชีวิตโสด ปรับตัวให้เหมาะสมกับบทบาทของการเป็นคู่สมรส มีวิธีการในการป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต เข้าใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองเข้าสู่วัยต่างๆ เช่น วัยหมดระดู วัยเจริญพันธุ์ วัยทอง เป็นต้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นส่วนสำคัญสำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่จะต้องมีการเสริมสร้างให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น รู้สาเหตุ อาการและอาการแสดง เช่น ปัญหาความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ปัญหาการหมดประจำเดือน ความเสื่อมถอยของร่างกาย โดยเลือกอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการผ่อนคลายความตึงเครียด การคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย โดยการส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ 1) การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 30-60 นาที และควรเลือกกิจกรรมให้เหมาะสมกับวัย 2) การรับประทานอาหาร เช่น การลดอาหารที่ไขมันสูงให้ลดลง 3) การสนับสนุนให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี โดยมีการตรวจสุขภาพที่จำเป็น ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การตรวจวัดสุขภาพที่สอดคล้องกับความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน การตรวจไขมันในเส้นเลือด การตรวจน้ำตาลในเลือด และในสตรีที่ต้องตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยทำ Pap smear และตรวจมะเร็งเต้านม ตลอดจนในเด็กมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามอายุวัยต่างๆ (อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ, 2554, น. 193-196)

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง การจัดบริการสุขภาพที่ผ่านมามุ่งเน้นด้านการรักษาพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วยความพิการ ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง เพราะต้องอาศัยวิทยาการและเทคโนโลยีที่มีราคาแพงมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นตามลำดับ การมีสุขภาพที่ดีเป็นเป้าหมายทางสังคม ซึ่งกฎบัตรออกตาวา กล่าวเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพไว้ (Ottawa Charter for Health Promotion) (พิสมัย จันทรวิมล, 2541, น. 3) ดังนี้ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะสุขภาพเพื่อสุขภาพ (Build healthy public) นโยบายส่งเสริมสุขภาพมีวิธีการที่หลากหลาย แต่สอดคล้องสนับสนุนกัน โดยผู้กำหนดนโยบายจะต้องคำนึงถึง

ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพเป็นสำคัญ 2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment) ส่งเสริมให้คนและสิ่งแวดล้อม อยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูลและสมดุล ถือว่า การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติทั่วโลกเป็นภารกิจร่วมกันของประชากรโลก เปลี่ยนแปลงรูปแบบ การดำเนินชีวิตการทำงาน การพักผ่อน ให้มีสุขภาพที่ดีและปลอดภัยโดยไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม 3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action) เป็นการสนับสนุนให้ชุมชน พึ่งตนเองได้ โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและจัดการ มีการระดมทรัพยากร และวัตถุดิบในชุมชน ทั้งนี้ ชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร โอกาสการเรียนรู้และแหล่งทุนสนับสนุน 4) การพัฒนาทักษะ ส่วนบุคคล (Develop personal skills) การส่งเสริมสุขภาพโดยการสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาบุคคล และสังคม ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพและการเสริมทักษะชีวิตในการจัดการที่ดี เพื่อป้องกันและควบคุมสุขภาพของตน 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient health services) การจัดระบบบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่าง บุคคล ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุขและรัฐบาล ซึ่งจะต้องทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งไปสู่สุขภาพของประชาชน ในการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องให้ความสำคัญ ในด้านการวิจัยทางสาธารณสุข หลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่างๆ เพื่อปรับเปลี่ยน เจตคติ โดยมองปัญหาของปัจเจกบุคคลไปสู่การมองปัญหาในองค์กร

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2541, น. 10) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ลักษณะ ของการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการป้องกันโรค เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันล่วงหน้าก่อนจะมี การเกิดโรค โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี มีแนวทางสำคัญ คือ การสร้างประสบการณ์ให้เกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพและการเกิดโรคในกลุ่ม การป้องกันโรคมี แนวความคิดหลัก คือ การป้องกันการเกิดพยาธิสภาพ เครื่องบ่งชี้ความสำเร็จ ได้แก่ การลดอัตราการเกิด โรค การลดอัตราตายและภาวะทุพพลภาพ ลักษณะส่งเสริมสุขภาพแบ่งออกเป็น การป้องกันระดับ ปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันในขณะที่ยังไม่มีโรคเกิดขึ้น มีจุดเน้นที่การส่งเสริม สุขภาพโดยทั่วไป นับเป็นการป้องกันที่สำคัญมาก เพราะเป็นการเสริมสร้างให้บุคคลมีความแข็งแรง สมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ทางสังคม อีกทั้งยังช่วยสนับสนุนงานป้องกันในระดับอื่นๆ ให้ดี ยิ่งขึ้น นอกจากนี้การป้องกันระดับปฐมภูมิยังรวมถึง การปกป้องสุขภาพเฉพาะอย่าง เพื่อต่อต้านโรคที่ อาจเกิดขึ้น เช่น การฉีดวัคซีนเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นการป้องกันหลังจากมี โรคเกิดขึ้นแล้ว และการป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention)

จากการศึกษาเชิงพรรณนาในสตรีวัยหมดระดูมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 81.20 โดยส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสำหรับสตรีวัยหมดระดู แต่มีบางส่วนเข้าใจผิดว่า สตรีวัยหมดระดูไม่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 65.60) สตรีวัยหมดระดูมีทัศนคติต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 64.10) และพบว่าสตรีวัยหมดระดูมีความเชื่อที่ผิดว่าการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียวสามารถทำให้กระดูกและข้อแข็งแรง (ร้อยละ 56.20) ส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.90) ยังพบว่าสตรีวัยหมดระดูบางส่วนมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม คือ ไม่เคยกินปลาอย่างน้อยวันละ 1 มื้อ (ร้อยละ 56.20) ไม่เคยออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว จักรยาน เต้นแอโรบิก หรือทำงานบ้าน ไม่ต่ำกว่า 30 นาทีต่อครั้ง (ร้อยละ 56.20) และไม่เคยกินผักใบเขียวมากกว่า 3 ท็อปต่อวัน (ร้อยละ 51.60) และยังพบอีกว่า สตรีวัยหมดระดูบางส่วนรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ (ร้อยละ 43.80) จะเห็นได้ว่า สตรีวัยหมดระดูส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติในระดับที่ดี แต่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง (มินตรา สารรักษ์ และคณะ, 2548, น. 1)

จากการให้ความหมาย ผู้วิจัยเห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพ น่าจะเป็นการปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพร่างกายที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนสามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น ทั้งดีและไม่ดีได้ การพัฒนาสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เป็นกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยของสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยการส่งเสริมและสนับสนุน ให้กับกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ได้เกิดการเรียนรู้ถึงสภาพปัญหาที่ตนเองปฏิบัติในอดีตและร่วมค้นหาปัญหา แนวทางในการแก้ไขเพื่อให้สามารถให้การดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยเฉพาะปัญหาหะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยของสตรีวัยเจริญพันธุ์และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของสตรีไทย แต่ก็ยังเป็นโรคที่สามารถรักษาได้และมีอัตราการรอดชีวิตค่อนข้างสูงถ้าตรวจพบในระยะแรกๆ ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ รู้อุปสรรคที่มีรอบตัวที่ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ การส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะช่วยในการเสริมสร้างคนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น

2.3 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006, p. 1-12) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรูซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม นอกจากนี้ การพัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆ ที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาตัวแปรหรือโมทัศน์ย่อยๆ ในแบบจำลองซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 นี้ (ภาพที่ 1) สามารถ

สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับการนำไปทดสอบหรือการทำวิจัยตลอดจนผสมผสานผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ

2.3.1 มโนทัศน์หลักของแบบจำลอง

มโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ ดังภาพประกอบที่ 1 ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม โดยอธิบายปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, et al., 2006, p. 51-57) ดังนี้

1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences)

ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในมโนทัศน์หลักนี้ เพนเดอร์ได้เสนอ มโนทัศน์ย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล โดยมโนทัศน์ทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

1.1) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) จากการทบทวนงานวิจัยเรื่องปัจจัยด้านพฤติกรรมนั้น พบว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องนี้จะมีอยู่ประมาณ ร้อยละ 75 ของการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่า ตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมที่ดีที่สุดตัวหนึ่ง คือ ความบ่อยของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนคล้ายกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัย (Habit formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติโดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

1.2) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1.2.1) ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดประจำเดือน ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย

1.2.2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

1.2.3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วรรณนา วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ

โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2) **ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect)** เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างกลยุทธ์/กิจกรรมพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มโนทัศน์หลักนี้ ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อยทั้งหมด 5 มโนทัศน์ ดังนี้

2.1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 61 ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า (Expectancy-value theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ยกตัวอย่างเช่น ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความมั่นใจ หรือการลดความรู้สึกเมื่อย่ำแย่ ส่วนประโยชน์จากภายนอกนั้น เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง หรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า ขนาดของความคาดหวังและความสัมพันธ์ชั่วคราวของประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ก็เป็นผลกระทบอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวกก็เป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่าอาจจะไม่สำคัญแต่ก็จำเป็นในพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง

2.2) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 79 ซึ่งการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้และรับรู้ว่าคุณภาพความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

2.4) ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-Related Affect) หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีน้อยปานกลาง หรือมาก การตอบสนองความรู้สึกต่อพฤติกรรมใดๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม (Activity-related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (Self-related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (Context-related) ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว เพราะเมื่อเร็วๆ นี้ได้มีการเพิ่มเติมความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมลงในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ มีการศึกษาจำนวนน้อยที่ได้ค้นพบและช่วยสนับสนุนในการอธิบายและอำนาจในการทำนายของแบบจำลอง การศึกษาในอนาคตข้างหน้าจำเป็นต้องใส่ใจในความสำคัญของความรู้สึกที่มีพฤติกรรมที่ต้องนำมาพิจารณาในพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ

2.5) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายความว่า บรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญกลุ่มบุคคล ชุมชน ซึ่งได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้) การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์มากน้อยเพียงใด) และการเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (Social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติ

พฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 57 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับกลางๆ

2.6) อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายความว่ารวมถึง การรับรู้เงื่อนไขที่มาสสนับสนุนความต้องการ และความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมในสภาพแวดล้อมนั้น ไม่ใช่สิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลจากสถานการณ์นั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 50

3) พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่

3.1) ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions) ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2) ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate Competing Demands and Preferences) หมายถึง พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเอง (Self-regulation) จากความชอบความพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น พฤติกรรมที่เกิดขึ้น โดยทันทีโดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อย เนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่น เป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นไม่ควรจะเกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยจะแสดงว่าบุคคลพยายามหาเหตุผลมาอ้างเพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior) เป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

2.4 แนวคิดความร่วมมือ (Collaborative concept)

ปัจจุบันแนวคิดความร่วมมือเป็นกระบวนการกระทำที่ซับซ้อน ผู้กระทำต้องมีสมรรถนะ ความเชื่อมั่นและความมุ่งมั่นที่จะต้องมีความเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นๆ จะต้องมีความนับถือผู้อื่น การไว้วางใจซึ่งกันและกันเป็นสำคัญ (ปาริชาติ ธาดาจันทร์, 2551, น. 2)

2.4.1 ความร่วมมือ เป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องมีในระบบบริการสุขภาพและบุคคลเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันตลอดการปฏิบัติงานเพื่อนำมาซึ่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้แนวคิดของ Sullivan (1998) ที่กล่าวถึงไว้ดังนี้

1) การแบ่งปันอำนาจ เป็นการแสดงความสามารถของบุคคล 2 คนร่วมกัน ตัดสินใจและแสดงความคิดเห็นร่วมกันอย่างเป็นอิสระ (Autonomy) คือ คิดว่าการทำพฤติกรรมเช่นนี้ เป็นสิ่งที่ถูกต้อง ไม่ต้องมีใครมาคิดเห็น และคิดว่าสิ่งที่กระทำไม่ดีพอ จะต้องมีการปรับปรุง ก็สามารถคิดเองได้ นอกจากนี้ ความรับผิดชอบ (Accountability) เป็นความรับผิดชอบ เอาใจใส่ในการปฏิบัติอย่างเต็มความสามารถ และการที่บุคคลคิดเสมอว่าตนเองต้องทำได้นั้น แสดงว่าบุคคลต้องรู้จักจุดแข็งจุดอ่อนของตนเอง เป็นการเสริมพลังอำนาจให้บุคคลคิดเสมอว่าตนเองต้องทำได้

2) ความเป็นหุ้นส่วน เป็นความร่วมมือของคนสองคนหรือมากกว่าสองคนในการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การทำงานร่วมกันต้องมีความไว้วางใจเชื่อใจกัน มีการสื่อสารที่กำหนดเป้าหมายอย่างชัดเจน ซึ่งขออธิบายเพิ่มเติมดังนี้

2.1) การทำงานร่วมกัน เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันด้วยความรับผิดชอบ มีการเสนอแนวคิด ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อกัน มีการปรับปรุงวิธีการหรือกระบวนการทำงานให้ดียิ่งขึ้น

2.2) การกำหนดเป้าหมาย เป็นการระบุสิ่งที่คาดหวังในการกระทำของบุคคลที่เกิดจากความร่วมมือในการปฏิบัติการกิจของบุคคล เพื่อให้การปฏิบัติเกิดประสิทธิภาพ โดยสมาชิกแต่ละคนต้องร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบไว้ให้ชัดเจน โดยที่ทุกคนรับทราบ เห็นด้วย ขอมรับ ตระหนักดีและเข้าใจ ตลอดจนยึดเป็นแนวทางการปฏิบัติให้สอดคล้องและดำเนินการไปในทิศทางเดียวกันอยู่เสมอ ซึ่งเป้าหมายต้องมีความเป็นไปได้ และคำนึงถึงความสามารถของบุคคล บุคคลหนึ่งและเรียนรู้ที่จะต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

2.4.2 การสื่อสาร เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ ความคิดเห็นระหว่างกัน

Dillon (2005) ได้ให้ความหมายของการร่วมมือรวมพลัง (collaboration) ว่าหมายถึง การที่คนจำนวนตั้งแต่สองคนขึ้นไปเข้ามามีความเกี่ยวข้องกัน ในกิจกรรมที่มีการตั้งเป้าหมายและการดำเนินการตามกระบวนการร่วมกัน โดยการทำงานร่วมกันนั้นเกิดขึ้นบนพื้นฐานของการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน และมีผลประโยชน์ร่วมกัน

- (1) เกิดขึ้นด้วยความสมัครใจ มิได้เกิดจากคำสั่งหรือการบริหารจัดการ
- (2) เกิดขึ้นบนพื้นฐานของการทำงานร่วมกันของกลุ่มคนที่เชื่อถือในความเท่าเทียมกันของแต่ละบุคคลว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่า สามารถช่วยเหลือส่งเสริมซึ่งกันและกันได้
- (3) มีเป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกัน เพื่อหลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ผิดพลาดและความขัดข้องใจ
- (4) มีความรับผิดชอบร่วมกันในการตัดสินใจที่สำคัญ จะมีการแบ่งภาระงานกัน ซึ่งแต่ละคนที่มีสิทธิในการตัดสินใจขั้นพื้นฐานในกิจกรรมที่กลุ่มรับผิดชอบซึ่งจะเป็นการช่วยสร้างความรู้สึกเท่าเทียมกัน
- (5) ผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจถือเป็นประโยชน์ร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นผลบวกหรือผลลบก็ตามเพราะเป็นผลเนื่องมาจากความรับผิดชอบที่มีร่วมกันในการตัดสินใจ
- (6) มีการระดมทรัพยากรหรือแลกเปลี่ยนแบ่งปันแหล่งทรัพยากรซึ่งกันและกัน เพราะในความสำเร็จของการทำงาน แต่ละคนมีไม่ว่าจะเป็นในด้านความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เวลา ทรัพย์สิน หรือ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งการใช้ทรัพยากร จะทำให้เกิดสำนึกของความเท่าเทียมกันทางวิชาชีพ

1) แนวคิดความร่วมมือ ได้ถูกกล่าวไว้ในความสำคัญและควมมีคุณค่าอย่างกว้างขวาง เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในการพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการทำงานร่วมกัน ความร่วมมือของทุกฝ่ายจะเป็นหนทางให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด และต่อเนื่อง (Sullivan, 1998) เพราะความร่วมมือเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ต้องการความมีสมรรถนะ ความเชื่อมั่น และมุ่งมั่นของผู้เกี่ยวข้องโดยมีความนับถือและความไว้วางใจทั้งตนเองและผู้อื่นเป็นสิ่งสำคัญ (Henneman, et al., 1995; อ้างใน สุภาวดี เวตติวงษ์, 2552, น. 11)

2) ความเป็นหุ้นส่วน เปรียบเสมือนเป็นเครื่องหมายของการปฏิบัติความร่วมมือที่เป็นไปได้จริง (Miccolo & spanier, 1993; อ้างใน สุภาวดี เวตติวงษ์, 2552, p. 13) เพราะความเป็นหุ้นส่วนเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต (Dynamic) ของความร่วมมือที่ต่อเนื่องของคน 2 คน หรือมากกว่า ที่มีผลประโยชน์ สิทธิและความรับผิดชอบเท่าเทียมกันด้วยการทำงานร่วมกัน (Working together) มีการกำหนดเป้าหมาย (Goal setting) มีการสื่อสาร (Communication) มีสัมพันธ์ภาพแบบหุ้นส่วน (Partnership)

Relationship) และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Respecting and Trusting each other) อธิบายเพิ่มเติมได้ดังนี้

(1) การทำงานร่วมกัน เป็นการปฏิบัติภารกิจร่วมกัน ที่ทุกๆ คนมีส่วนร่วมรับผิดชอบ และมีการเจรจาต่อรองจนเกิดข้อตกลงที่ยอมรับได้ทั้งสองฝ่าย ซึ่งจำเป็นต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับค่านิยม และการจัดการที่แตกต่างกันของบุคคลเนื่องจากความแตกต่างเหล่านี้ จะนำไปสู่การเกิดแนวทางแก้ไข ที่สร้างสรรค์ การค้นหาความเข้าใจและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี

(2) การกำหนดเป้าหมาย เป็นการระบุสิ่งที่คาดหวังในการกระทำของบุคคลที่เกิดจากความร่วมมือในการปฏิบัติภารกิจของบุคคล เพื่อให้การปฏิบัติเกิดประสิทธิภาพ โดยสมาชิกแต่ละคน ต้องร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบไว้ให้ชัดเจน โดยทุกคน รับทราบ ยอมรับ ตระหนักและเข้าใจ ตลอดจนยึดเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้สอดคล้องและดำเนินไปในทิศทางเดียวกันอยู่เสมอ การกำหนดเป้าหมายเพื่อให้มีทิศทางในการกระทำและสามารถกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานได้ โดยเป้าหมายที่กำหนดต้องมีความเป็นไปได้ คำนึงถึงความสามารถที่จะช่วยให้ไปถึงเป้าหมายและเรียนรู้ที่จะขอความช่วยเหลือ หรือความร่วมมือจากผู้อื่นที่มีอำนาจสูงกว่า เพื่อพาไปสู่เป้าหมายนั้น ซึ่งต่างฝ่ายต่างรับรู้ตรงกันว่า การให้การดูแลหรือแก้ไขปัญหามีคุณภาพ แต่ละฝ่ายต้องกำหนดเป้าหมายย่อยของตนเองในการปฏิบัติ เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายหลักอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ทำให้การปฏิบัติภารกิจร่วมกันดำเนินไปด้วยความราบรื่น ได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือที่ดี

การสื่อสาร เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ และความคิดเห็นระหว่างกันแบบสองทางอย่างต่อเนื่องที่ต้องรับฟังและแสดงความคิดเห็นอย่างเหมาะสมได้ นำไปสู่ความไว้วางใจและเกิดข้อตกลงร่วมกัน การสื่อสารเพื่อให้การเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานมีลักษณะที่สำคัญ คือการสร้าง ความเข้าใจ การเจรจาต่อรองโดยพิจารณาถึงผลที่ได้รับ มีการอภิปรายแบบเผชิญหน้ากัน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อการควบคุมคุณภาพในการจัดการปัญหา หรือความขัดแย้ง เพิ่มอำนาจ การตัดสินใจ ส่งผลต่อการควบคุมอำนาจร่วมกัน กระชับความสัมพันธ์ระหว่างกัน และเกิดการพัฒนา การสร้างความร่วมมือให้มากยิ่งขึ้น การสื่อสารก่อให้เกิดประโยชน์ 2 ด้าน คือ การได้สาระของข่าวสาร และความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการสื่อสารนั้น การสื่อสารที่เน้นความสัมพันธ์จะประกอบไปด้วย พฤติกรรม 4 รูปแบบ คือ การไม่ยืนยันข่าวสาร ความก้าวร้าว การยืนยันรับรองข่าวสาร และการร่วมมือกัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(1) การไม่ยืนยันข่าวสาร (Disconfirmation) เกิดจากการเพิกเฉย และข้อจำกัดของผู้ส่ง ส่งสาร ดังเช่น เมื่อพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล ถ้าพยาบาลไม่ตระหนักว่าตนเองมีหน้าที่อะไรก็จะไม่ทำตาม ทำให้เกิดลักษณะการไม่ยืนยันในข่าวสาร

(2) ความก้าวร้าว (Aggression) คือ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่พึงประสงค์จะทำลายบุคคลหรือสิ่งของ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ความก้าวร้าวที่แสดงออกทางการกระทำและคำพูด และความก้าวร้าวที่ปรากฏในความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และจินตนาการ พฤติกรรมความก้าวร้าวทางการกระทำและคำพูด เช่น การส่งเสียงดัง การตะโกนด้วยความโกรธ การพุดจาคุก การสบประมาทผู้อื่น จะส่งผลต่อผู้ร่วมงาน ทำให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกผิด สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง อาจส่งผลให้เกิดความเบื่อหน่ายในงาน

(3) การยืนยันหรือรับรองข่าวสาร (Affirmation) เป็นรูปแบบการติดต่อสื่อสารแบบเปิด โดยการยอมรับ ตระหนัก และมีการลงนามรับรองข่าวสารนั้น และยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น

(3) การร่วมมือกัน (Collaboration) เป็นรูปแบบการสื่อสารที่สมบูรณ์ที่สุด คือ มีพฤติกรรม การสื่อสารแบบความร่วมมือที่บุคคลจะนำเสนอความคิดเห็น และปกป้องตนเองตามฐานะบุคคลนั้น เมื่อเกิดความไม่เห็นด้วยกับผู้อื่น โดยใช้วิธีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน หรืออาจเรียกว่ารูปแบบ การโต้แย้งโดยใช้เหตุผล ซึ่งการโต้แย้งนั้นหมายถึงการใช้พลังความสามารถในการจัดการกับ สถานการณ์นั้น มีอิสระแสดงความคิดเห็นเมื่ออีกฝ่ายลังเล สงสัยโดยมีแนวคิดที่สัมพันธ์กับสิทธิของ บุคคลในการแสดงความคิดเห็นของตนอย่างมีอิสระ ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับปรุงการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น

การสื่อสารเป็นเรื่องที่จำเป็นและสำคัญมากสำหรับพยาบาลผู้ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในงานบริการ พยาบาลที่ต้องใช้การสื่อสารอยู่ตลอดเวลาทั้งกับผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ การสื่อสารที่ถูกต้องสมบูรณ์ จะสนับสนุนการตัดสินใจจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ข้อมูลข่าวสารจากการติดต่อสื่อสารมากจึงเป็น ผู้มีอำนาจ ดังนั้นพยาบาลควรมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ที่แต่ละ บุคคลมีอยู่ เพื่อใช้ในการดูแลหรือแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ดังนั้นการสื่อสารจึงเป็นสิ่งสำคัญใน การปฏิบัติงานร่วมกันที่แสดงสัมพันธภาพที่พร้อมเข้าใจ ยอมรับแนวคิดของแต่ละฝ่าย โดยอาศัยโอกาส และเวลาที่เหมาะสมในการสื่อสาร สัมพันธภาพแบบหุ้นส่วน เป็นความสัมพันธ์ของคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ในการทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคยสนิทสนม เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จของงานและเกิดประโยชน์ ร่วมกัน มีกระบวนการที่ชัดเจน เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือ ก่อให้เกิดบรรยากาศแบบ หุ้นส่วน โดยมีองค์ประกอบพื้นฐานของสัมพันธภาพแบบหุ้นส่วน 5 ประการ ดังนี้

(1) บุคลิกภาพของผู้ที่จะร่วมมือกันต้องเหมาะสม มีความจริง

(2) สัมพันธภาพต้องก่อให้เกิดประโยชน์ตามที่ระบุไว้ (เช่น การสร้างเป้าหมายร่วมกัน) อย่างชัดเจน

(3) มีการทำข้อตกลงถึงบทบาทของแต่ละฝ่าย หากมีการเปลี่ยนแปลงก็ต้องตกลงกันใหม่ (Key Performance Indicator) ของแต่ละฝ่ายควรสร้างมาจากเป้าหมายร่วม

(4) องค์กรที่แต่ละฝ่ายสังกัดต้องสนับสนุนให้มีความร่วมมือ

(5) มีกระบวนการที่ชัดเจนเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือ

ความไว้วางใจ เป็นความรู้สึกเชื่อถือและมั่นใจในลักษณะส่วนบุคคล คุณธรรม ความรู้ความสามารถของบุคคลอื่นที่จำเป็นต้องใช้เพื่อการบรรลุผลของงาน ด้วยการทำความเข้าใจบทบาทและความคาดหวังของกันและกัน ยอมรับในค่านิยม (Value) ความรู้ความสามารถ (Competence) และจุดแข็ง (Strength) ของแต่ละบุคคล จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าความร่วมมือเป็นกระบวนการที่จะทำให้คน 2 คน หรือมากกว่าที่แตกต่างกันแต่มีความต้องการเท่ากัน เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สร้างสรรค์โดยการตัดสินใจเลือกปฏิบัติและมีโอกาสแสดงความคิดเห็นตามบทบาทอิสระของตนเอง ด้วยความรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน มีการกำหนดเป้าหมาย การสื่อสาร มีสัมพันธภาพและเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งนับว่าความร่วมมือเป็นแนวคิดที่ผู้บริหารทางการแพทย์จะนำมาบูรณาการใช้ในการจัดหรือพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการได้ และเนื่องจากความร่วมมือเป็นพฤติกรรมหนึ่งของบุคคล ซึ่งบุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดก็ต่อเมื่อเกิดความพร้อม ความพร้อมเหล่านั้นไม่ว่าจะเป็นความรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์เดิม ความคิด สิ่งแวดล้อม ประเพณี ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเกี่ยวข้องกับความสำเร็จทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

2.5 ทฤษฎีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพ เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่ามีผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตน ตนเองสามารถทำนายหรือควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ โดย Rotter ได้อธิบายคุณลักษณะของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพว่าจะมีลักษณะแตกต่างกันและจะต้องมีความพร้อมต่อสภาวะแวดล้อมที่นำมาซึ่งความรู้ และข่าวสารที่จะเป็นประโยชน์ต่อการแสดงออกซึ่งพฤติกรรม ดังนั้นหากสตรีวัยเจริญพันธุ์มีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพ จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลได้ดี (นันทนิจ สุทธิรักษ์, 2552) การเชื่ออำนาจทางสุขภาพเป็นการเสริมกำลังที่มีแหล่งมาจากความประพฤติและทัศนคติของบุคคลนั้นๆ และคิดค่าความล้มเหลวที่เกิดขึ้นกับตนเป็นผลมาจากความสามารถ ทักษะหรือการกระทำของตนเอง บุคคลที่มีความเชื่อทางสุขภาพจะมีความกระตือรือร้น และเมื่อประสบกับความล้มเหลว ก็จะมีพยายามเพื่อให้เกิดความสำเร็จ โดยลักษณะผู้ที่มีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพ ประกอบด้วย 1) เป็นผู้มีความกระตือรือร้นต่อความเป็นไปได้ของสิ่งแวดล้อมอันจะนำมาซึ่งประโยชน์สำหรับพฤติกรรมในอนาคต 2) ปรับสภาพแวดล้อมตามลำดับ 3) เห็นคุณค่าของทักษะหรือผลลัพธ์จากความพยายามของตน 4) ยากที่จะชักชวนให้เชื่อตามโดยไม่มีเหตุผล (Rotter, 1996, p. 1)

สำหรับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพ เป็นอำนาจความควบคุมสุขภาพ เป็นความเชื่อส่วนบุคคลหรือความคาดหวังซึ่งถูกกำหนดมาเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพจะถูกกำหนดโดย

พฤติกรรมภายในของตนเอง ที่สะท้อนพฤติกรรมภายในตัวของบุคคลและความเชื่อที่มีผลลัพท์ของการกระทำของผู้อื่น เช่น โชคชะตา โอกาส และผลสะท้อนภายนอกตนเอง

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจทางสุขภาพและภายนอกตนเองด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าความเชื่ออำนาจในตน และความเชื่อของอำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์กันในทางบวก แสดงว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองได้ดี (จิตรา ยอดอินทร์, 2549, น. 93)

การศึกษาความเชื่ออำนาจทางสุขภาพและการรับรู้ความเสี่ยงของสุขภาพสตรีในการเป็นมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กันเนื่องจาก มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 ในจำนวนสตรีที่มีชีวิตอยู่ พบว่าสตรีเหล่านั้นมีการตรวจพบความผิดปกติก่อนและรักษาได้ก่อน ดังนั้นการคัดกรองและตรวจพบก่อนจึงเป็นกุญแจสำคัญที่ง่ายที่สุด แต่ก็ยังพบอุปสรรคการณ์ที่จะบ่งชี้ว่าเทคนิคการคัดกรองมะเร็งเต้านมยังไม่เหมาะสม การออกแบบใหม่จะเป็นการเสริมสร้างความเข้าใจและการยึดมั่นในการตรวจคัดกรอง ผู้วิจัยจึงได้มีการศึกษาความแตกต่างของบุคคลที่ไม่สามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองได้เนื่องจากติดกับอุปสรรคบางประการ การที่สตรีจะรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดเป็นมะเร็งเต้านมที่สนับสนุนการเกิดนั้น คือพฤติกรรมในการคัดกรองของสตรีเอง ซึ่งมีความสำคัญในการที่จะทำให้สตรีเหล่านั้นมีความรู้ลึกๆ เกี่ยวกับความเสี่ยง ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว จึงมีความสำคัญในการนำสู่โรคมะเร็ง และพบว่าสตรีและครอบครัวที่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม จะมีความเสี่ยงมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยนั้นๆ อย่างไรก็ตาม การมีประวัติในครอบครัวเป็นมะเร็งก็ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่เสริมการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดเป็นมะเร็งเต้านม ส่วนตัวแปรอื่นๆ ที่ส่งเสริมการรับรู้ของสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมจึงมีความสำคัญ เพราะ การรับรู้ความเสี่ยงเหล่านั้น จะสามารถทำให้สตรีมีความยึดมั่นในการเฝ้าระวังการเกิดโรค โดยการคัดกรองก่อนปีละ 1 ครั้ง (Zakowski and Colleagues, 2004) นอกจากนี้ยังได้มีการทดสอบสมมุติฐานเกี่ยวกับการรับรู้ ว่ามีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพ ซึ่งมีความแตกต่างของบุคคลที่สร้างมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ของสังคม เป็นความคาดหวังต่างๆ ไปที่พฤติกรรมหนึ่งของแต่ละคนไม่เหมือนกันทางตรง ขึ้นกับผลลัพท์หนึ่งของสุขภาพ การรับรู้ส่วนบุคคล คือกระบวนการหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงชีวิต บุคคลกับอำนาจความเชื่อทางสุขภาพ เชื่อว่า การกระทำของตัวเองจะกำหนดผลลัพท์ทางสุขภาพของตนเอง แต่ทว่าความเชื่ออำนาจนอกตน เชื่อว่ามาจากพลังอำนาจของผู้อื่น ยกตัวอย่างเช่น แพทย์ พยาบาล จำนวนสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้กำหนดสุขภาพ ถึงแม้ว่าความเชื่ออำนาจทางสุขภาพจะสามารถพิจารณา ปัจจัยความแตกต่างของบุคคล ในบริบทของความคาดหวัง การควบคุมยังต้องสนับสนุนด้วยการรับรู้ความเสี่ยงนั้นคือ ความเชื่อส่วนบุคคลที่พวกเขาสามารถควบคุมเป็นพิเศษเพื่อผลลัพท์ทางสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับมะเร็ง พบว่าอำนาจความเชื่อภายในคนที่ได้รับการศึกษาอย่างโดดเด่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดกรองของสตรี และเป็นที่น่าสนใจว่า ความรู้ของบุคคลในเรื่องของการเกิดมะเร็ง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม การใช้เครื่องมือในการควบคุม คือความสำคัญเฉพาะความรู้ลึกทั่วไปของบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างจากความเชื่อที่สามารถควบคุมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีได้ และสมมุติฐานยังระบุว่าอำนาจความเชื่อในตนจะคาดเดาการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมได้มากกว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้วย

การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมด้านสุขภาพ คือความเชื่อของบุคคลคนหนึ่งที่กำหนดออกมาเป็นพฤติกรรมและอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมนำมาซึ่งผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ และสิ่งที่สำคัญของการรับรู้ด้านสุขภาพ คือ ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้การควบคุมด้านสุขภาพในอนาคต ยังมีการควบคุมที่ได้มากกว่าผลลัพธ์ทางพฤติกรรม หรือกระบวนการ เครื่องมือของการรับรู้การควบคุมด้านสุขภาพ คือ การรับรู้สมรรถนะและการกำหนดในเรื่องของความเชื่ออำนาจทางสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน เหมือนกับที่ Thomson (1981) ให้นิยามคำว่าควบคุม เหมือนความเชื่อว่าการรับรู้การควบคุมอาจจะใช้ได้ภายใต้โครงสร้างของความเชื่ออำนาจทางสุขภาพ กับสมรรถนะแห่งตน และได้มาซึ่งพฤติกรรมผลลัพธ์และกระบวนการที่ดี

Wallston, Wallston & Devellis (1978) กล่าวถึงการรับรู้เรื่องการควบคุมซึ่งเน้นเรื่องพฤติกรรม ว่าเป็นความคิดและการควบคุมการตัดสินใจ ซึ่งจากข้อมูลเบื้องต้นแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างโครงสร้างของการรับรู้ด้านสุขภาพ

2.6 รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา

เป็นการบริการการพยาบาลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สตรีวัยเจริญพันธุ์มาติดต่อเพื่อขอรับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก ณ คลินิกนรีเวช หรือมาด้วยอาการผิดปกติ เช่น มีตกขาว เป็นต้น

กิจกรรมที่ 2 สตรีวัยเจริญพันธุ์พบพยาบาลวิชาชีพเพื่อซักประวัติและคัดกรองอาการเบื้องต้นก่อนและบันทึกข้อมูลในประวัติการรักษา

กิจกรรมที่ 3 ตรวจวัดสัญญาณชีพ

กิจกรรมที่ 4 ให้สตรีวัยเจริญพันธุ์เข้าพบแพทย์เพื่อตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมที่ 5 แจ้งผลการฟังผลตรวจทางโทรศัพท์

กิจกรรมที่ 6 ผู้ป่วยได้รับแจ้งผลทางโทรศัพท์กรณีที่ผลตรวจปกติ และถ้าผลการตรวจผิดปกติผู้ป่วยจะได้รับการตรวจและฟังผลจากแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา

2.7 รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และแนวคิดความร่วมมือ

การปฏิบัติทางการพยาบาลที่ให้กับสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มุ่งรักษาพันธะสัญญาตามแบบแผนการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ด้วยการวิเคราะห์พฤติกรรมที่ได้ปฏิบัติมาแล้วร่วมกับพฤติกรรมส่วนบุคคล ที่บ่งชี้การกระทำด้วยความรู้สึกที่แสดงถึงความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง และแก้ไขอุปสรรคที่ไม่สามารถทำให้ตนเองปฏิบัติพฤติกรรมได้ ซึ่งเป็นการร่วมมือกันของพยาบาลวิชาชีพและสตรีวัยเจริญพันธุ์ร่วมกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการดำเนินกิจกรรมและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกำหนดจากระดับความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมที่สูง ทำให้เกิดผลลัพธ์และกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สูงด้วย โดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2011) และแนวคิดความร่วมมือของ Sullivan (1998) ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจและความคุ้นเคย ความรู้จักกันระหว่างสตรีวัยเจริญพันธุ์กับพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้ได้มาซึ่งพฤติกรรมสุขภาพในอดีตที่ผู้ป่วยเคยกระทำ และบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมในอดีตของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่กระทำพฤติกรรมประจำวันและบอกถึงปัญหาและอุปสรรคที่ไม่สามารถปรับปรุงพฤติกรรมได้

กิจกรรมที่ 3 การสร้างความตระหนักและเข้าใจในการวิเคราะห์พฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้โดยบอกถึงปัญหาและอุปสรรคที่ไม่สามารถปรับปรุงพฤติกรรมได้

กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อมุ่งสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดี

กิจกรรมที่ 5 สร้างพันธะสัญญาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่ออำนาจทางสุขภาพ

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของ Wallston & Wallston คือ ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของสตรีวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ด้านสุขอนามัยร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การเลือกรับประทานอาหาร ซึ่งตนเองสามารถเลือกปฏิบัติและควบคุมการปฏิบัติเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ โดยปฏิบัติพฤติกรรมประจำวัน

ร่วมกันกับการดำเนินชีวิตในทุกสถานการณ์และทุกกิจกรรมด้วยความมั่นใจว่าถูกต้อง ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่อ 3 ด้าน คือ

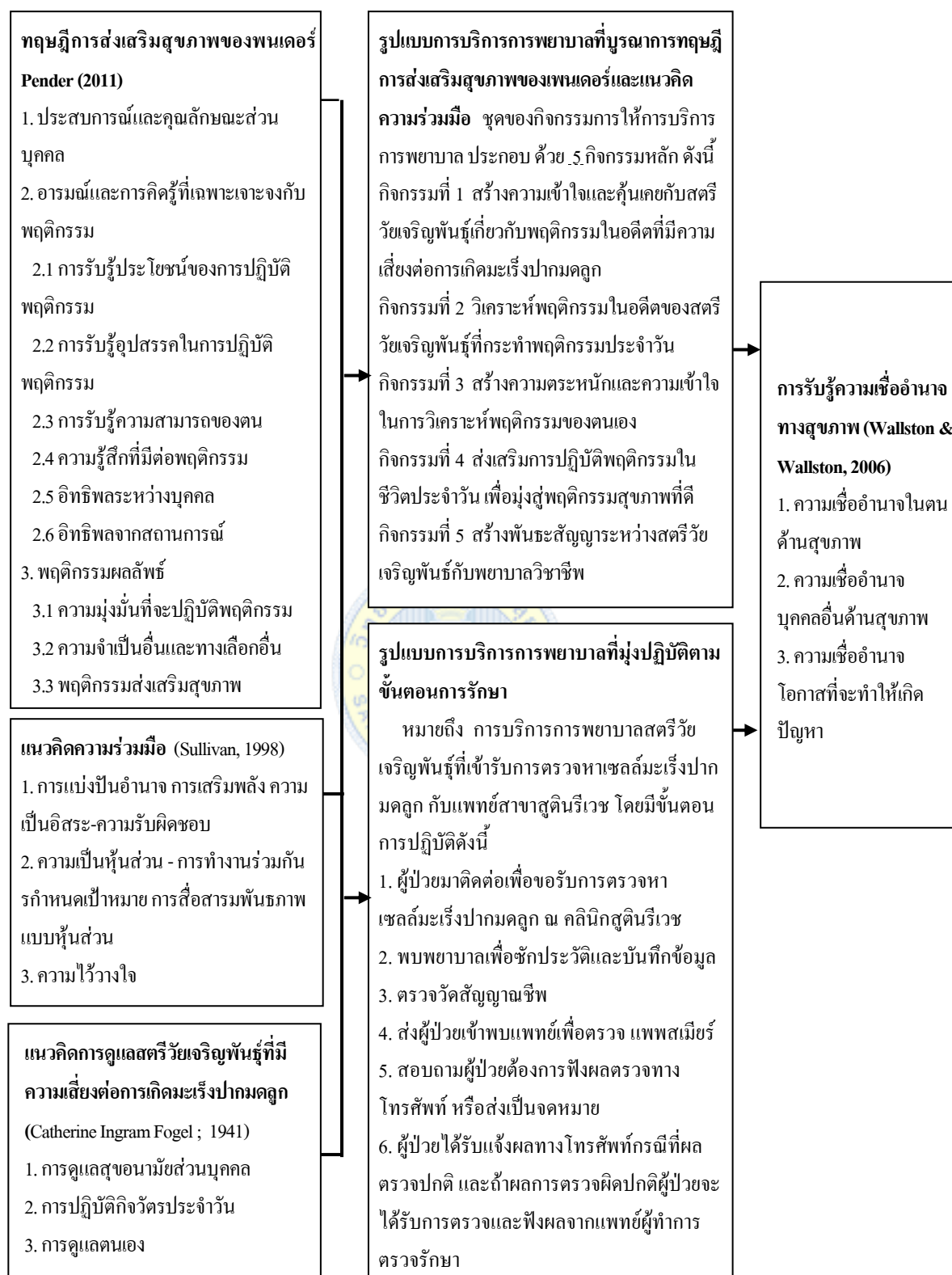
1) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกและความคิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ดีนั้น เป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง

2) ความเชื่ออำนาจของผู้อื่นด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกและความคิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกตามความเชื่อมั่นที่มีต่อแพทย์ พยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถด้านสุขภาพโดยตรงเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง

3) ความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกและความคิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน โดยรู้ว่าการกระทำที่เกิดขึ้นนั้นมีโอกาสเกิดความเสี่ยง ตนเองจึงต้องมีการพิจารณาโอกาสนั้นๆ ด้วยเหตุผลอย่างเข้าใจ และสามารถตัดสินใจควบคุมตนเองในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพได้

2.8 กรอบแนวคิดการวิจัย





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Design) ศึกษา 2 กลุ่ม ทดสอบก่อน-หลัง การทดลอง (Two-Group, Pre-test Post-test Design) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล ที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

3.1 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 - 59 ปี ที่สมรสแล้ว เข้ารับบริการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกและมีผลการตรวจปกติ ที่คลินิกนรีเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิ

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 - 59 ปี ที่สมรสแล้ว เข้ารับบริการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกและมีผลการตรวจปกติ ที่คลินิกนรีเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคามิลเลียน และคลินิกนรีเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ

3.1.3 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 - 59 ปี ที่เข้ารับบริการตรวจในคลินิกนรีเวชแผนกผู้ป่วยนอก ด้วยวิธีการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกและมีผลการตรวจปกติ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การพูดสามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ที่โรงพยาบาลคามิลเลียน และโรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 20 คน โดยแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ดังนี้

1) **กลุ่มทดลอง** คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกนรีเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคามิลเลียนและได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก โดยผลการตรวจปกติให้ได้รับบริการการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ โดยผู้ศึกษาสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาระยะของกลุ่มตัวอย่าง บันทึกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองแต่ละคนไว้ และมีผู้ที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 10 คน

2) กลุ่มควบคุม คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่รับบริการในคลินิกรีเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ จังหวัดกรุงเทพมหานคร เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มที่ได้รับการบริการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนรักษา ผู้ศึกษาสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มดังนี้

- (1) สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับบริการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก
- (2) มีอายุตั้งแต่ 35 - 59 ปี
- (3) สมรสแล้ว
- (4) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง
- (5) พูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ
- (6) ยินดีให้ความร่วมมือและเข้าร่วมตลอดงานวิจัย

3.1.4 การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง

การจับคู่ (Matched pair) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมทุกคนต้องผ่านการคัดเลือกมาแล้วตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างจับคู่โดยพิจารณาตาม

- (1) มีอายุอยู่ในช่วงเดียวกัน กำหนดช่วงห่างของอายุไม่เกิน 5 ปี
- (2) มีลักษณะการประกอบอาชีพหรือลักษณะการทำงานคล้ายคลึงกัน

ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง บันทึกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองแต่ละคนไว้จำนวน 10 คน เพื่อรอการจับคู่กับกลุ่มควบคุม จากนั้นสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเป็นกลุ่มควบคุมแต่ละคนไว้จำนวน 10 คน จับคู่ตามคุณสมบัติให้ใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองในแต่ละคู่ รายละเอียดการจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามอายุและระดับการศึกษาของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่	กลุ่มตัวอย่าง	อายุ	การศึกษา
1	ทดลอง	36	มัธยมศึกษา
	ควบคุม	35	มัธยมศึกษา
2	ทดลอง	39	สูงกว่าปริญญาตรี
	ควบคุม	41	สูงกว่าปริญญาตรี
3	ทดลอง	40	ประถมศึกษา
	ควบคุม	45	ประถมศึกษา
4	ทดลอง	50	มัธยมศึกษา
	ควบคุม	48	มัธยมศึกษา
5	ทดลอง	52	ประถมศึกษา
	ควบคุม	54	ประถมศึกษา
6	ทดลอง	38	ประถมศึกษา
	ควบคุม	39	ประถมศึกษา
7	ทดลอง	37	มัธยมศึกษา
	ควบคุม	41	มัธยมศึกษา
8	ทดลอง	36	มัธยมศึกษา
	ควบคุม	35	มัธยมศึกษา
9	ทดลอง	39	สูงกว่าปริญญาตรี
	ควบคุม	41	สูงกว่าปริญญาตรี
10	ทดลอง	40	ประถมศึกษา
	ควบคุม	45	ประถมศึกษา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=10)		กลุ่มทดลอง (n=10)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
35 - 39	3	30	6	60
40 - 44	3	30	2	20
45 - 49	3	30	0	0
50 - 55	1	10	2	20
รวม	10	100	10	100
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	0	0	0	0
อนุปริญญาหรือ ปวส.	2	20	1	10
ประถมศึกษา	2	20	1	10
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	2	20	4	40
มัธยมศึกษา	4	40	4	40
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	0	0
รวม	10	100	10	100
อาชีพ				
ข้าราชการ	1	10	0	0
รัฐวิสาหกิจ	1	10	1	10
ค้าขาย	2	20	1	10
เกษตรกร	0	0	0	0
แม่บ้าน	2	20	2	20
รับจ้าง	4	40	6	60
รวม	10	100	10	100
จำนวนการคลอดบุตรทางช่องคลอด				
1 ครั้ง	5	50	7	70
2 ครั้ง	5	50	3	30
รวม	10	100	10	100

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=10)		กลุ่มทดลอง (n=10)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่สมรส				
1 ครั้ง	8	80	10	100
2 ครั้ง	2	20	0	0
รวม	10	100	10	100
ความสม่ำเสมอของการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก				
1 ครั้งต่อปี	6	60	7	70
2 ครั้งต่อปี	2	20	2	20
3 ครั้งต่อปี	1	10	0	0
ไม่นึกได้	1	10	1	10
รวม	10	100	10	100

ตามข้อมูลส่วนบุคคลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคุณสมบัติที่ต่างกัน คือ กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 35 - 39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 60.0 และกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 35 - 39 ปี ร้อยละ 30.0 มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 40.0 และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง โดยกลุ่มทดลองมีอาชีพรับจ้างร้อยละ 60.0 และกลุ่มควบคุมมีอาชีพรับจ้างร้อยละ 40.0

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือในการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เครื่องมือในการทดลอง คือ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก หมายถึงรูปแบบการบริการการพยาบาลที่ประกอบด้วยชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นคู่มือการปฏิบัติงานการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2011) และแนวคิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีวัยเจริญพันธุ์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้อำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

3.2.1 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือดำเนินการวิจัยทั้งหมด โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ โดยผู้ศึกษามีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1.1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ

1.2) สรุปสาระสำคัญของทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือนำแนวคิดทั้งหมดไปบูรณาการสร้างเป็นตาราง เรียกว่าตารางแสดงการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

1.3) ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอน กิจกรรม พฤติกรรมที่ปฏิบัติพร้อมระบุผลลัพธ์ที่ต้องการในแต่ละขั้นตอนตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ โดยสร้างเป็นตารางเรียกว่า ตารางแสดงกิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจในตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์

1.4) ผู้วิจัยจัดทำเป็นคู่มือในการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาล คู่มือนี้เรียกว่า คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ (ดังตารางที่ 1)

1.5) นำคู่มือเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของแนวคิดทฤษฎีที่ผู้วิจัยนำมาบูรณาการสร้างรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาทุกขั้นตอนโดยละเอียดและปรับปรุงคู่มือตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา

ตารางที่ 3 การบูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

แนวคิดการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์	ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	แนวคิดความร่วมมือ	การบูรณาการทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับแนวคิดความร่วมมือ	กิจกรรม
1. สร้างความเข้าใจตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องพฤติกรรมการเล่นนัยส่วนบุคคล โดยสตรีวัยเจริญพันธุ์จะต้องมีความเข้าใจความจำเป็นของการปฏิบัติพฤติกรรม และวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์อย่างไร ได้แก่ การรักษาความสะอาดส่วนบุคคลของสตรีวัยเจริญพันธุ์จะสามารถรับรู้และเข้าใจตนเอง	1. ลักษณะเฉพาะของบุคคล หมายถึง การที่บุคคลคนหนึ่งจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะประกอบไปด้วยพฤติกรรมทางตรง และพฤติกรรมทางอ้อมทางตรงคือการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ทำจนเป็นนิสัยและทำจนเป็นความเคยชิน	1. บุคคล เป็นมโนคติ คนเป็นองค์รวม ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณที่ทำงานร่วมกันอย่างผสมผสานกลมกลืน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ คนจำเป็น ต้องมีการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก	1. ความเข้าใจในตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อพฤติกรรมเฉพาะของบุคคลในอดีตเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกปกติ จะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลด้วยตนเองจากพฤติกรรมในอดีตที่ปฏิบัติสู่การปฏิบัติพฤติกรรม	1. สร้างความคุ้นเคยและความเข้าใจตนเองร่วมกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมในอดีต

ตารางที่ 3 การบูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แนวคิดการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์	ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	แนวคิดความร่วมมือ	การบูรณาการทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับแนวคิดความร่วมมือ	กิจกรรม
และสามารถปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การสวมใส่เสื้อผ้าที่มี และเมื่อปฏิบัติแล้วจะต้องส่งผลดีต่อสุขภาพ	2. สิ่งแวดล้อม หมายถึง สภาพแวดล้อมที่บุคคลซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ องค์ประกอบทางกายภาพ องค์ประกอบทางสภาวะระหว่างบุคคล และองค์ประกอบทางสภาวะเศรษฐกิจ คุณภาพของสิ่งแวดล้อมขึ้นอยู่กับ การปราศจากมลภาวะที่เป็นพิษ สภาวะแวดล้อมแวดล้อมที่ดีจะส่งผลให้	2. สิ่งแวดล้อม คนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงภายใน สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมจะแลกเปลี่ยนพลังงานภายในตัวคน จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกตัวคน ทำให้คนไม่สามารถแยกออกจากสิ่งแวดล้อมได้	สุขภาพที่ดี และสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยส่งเสริมไม่ให้เกิดมะเร็งปากมดลูก โดยเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ และต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการปฏิบัติพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง หากสตรีวัยเจริญพันธุ์รับรู้ได้ถึงวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์	

ตารางที่ 3 การบูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แนวคิดการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์	ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	แนวคิดความร่วมมือ	การบูรณาการทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับแนวคิดความร่วมมือ	กิจกรรม
	3. ความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม บุคคลแต่ละคนจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมซึ่งจะมีความเป็นลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ประกอบด้วยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตและปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม	3. สุขภาพ เป็นผลรวมจากอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่ทำให้คนมีภาวะสุขภาพดีหรือเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งสุขภาพจะรวมถึงสุขภาพกาย สุขภาพจิตสุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณ ซึ่งทำให้อยู่ในสังคมได้ด้วยดี	2. สตรีวัยเจริญพันธุ์มีความเข้าใจพฤติกรรมของตนเองจากการวิเคราะห์ ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยตนเองมีส่วนในการรับผิดชอบและตกลงว่าจะทำพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยสามารถเข้าใจพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตว่ามีผลมาจากปัจจัยต่างๆ เช่นปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และการนำสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ	2. วิเคราะห์พฤติกรรมในอดีตของสตรีวัยเจริญพันธุ์

ตารางที่ 3 การบูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แนวคิดการดูแลสตรี วัยเจริญพันธุ์	ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์	แนวคิดความร่วมมือ	การบูรณาการทฤษฎีส่งเสริม สุขภาพของเพนเดอร์กับ แนวคิดความร่วมมือ	กิจกรรม
	4. ลักษณะส่วนบุคคลและ ประสบการณ์ ประกอบด้วย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตและ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ปัจจัย ทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของ บุคคล Pender เสนอว่าปัจจัยส่วน บุคคลนี้มี 5. การรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ เป็นมโน ภาพของผลด้านบวกหรือผลที่ เสริมแรงจะเป็นแรงจูงใจต่อ พฤติกรรมทั้งโดยตรงและโดย อ้อม	4. แนวคิดความเป็นหุ้นส่วน 4.1 การทำงานร่วมกันเป็น การปฏิบัติการร่วมกันที่ ทุกคนมีส่วนร่วมรับผิดชอบ และมีเป้าหมายเพื่อ ความสำเร็จร่วมกัน ด้วยความ เข้าใจซึ่งกันและกัน เปิดเผย หรือมีการเจรจาต่อรองจนเกิด ข้อตกลงที่ยอมรับได้ทั้งสอง ฝ่าย มีการกำหนดเป้าหมาย เป็นการระบุสิ่งที่คาดหวังใน การ	3. รับรู้ถึงการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพที่มีเป้าหมายซึ่งกำหนดโดย สตรีวัยเจริญพันธุ์ พยาบาลวิชาชีพ ต้องสร้างความตระหนัก และเข้าใจ ตนเองภายหลังจากสตรีวัยเจริญพันธุ์ ทำการวิเคราะห์พฤติกรรมของ ตนเองที่ปฏิบัติในอดีตร่วมกันกับ พยาบาลวิชาชีพ โดยระบุสิ่งที่ คาดหวังในการกระทำ หรือปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน การดูแล อนามัย ส่วนบุคคล การทำความสะอาด เสื้อผ้า ชุบน้ำ และรับรู้ถึง อุปสรรคที่เกิดขึ้นและทำให้ไม่ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้	3. สร้างความ ตระหนักและเข้าใจใน การวิเคราะห์ พฤติกรรมและบอกได้ ถึงปัญหาและอุปสรรค ที่ทำให้ไม่สามารถ ปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพได้

ตารางที่ 3 การบูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แนวคิดการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์	ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	แนวคิดความร่วมมือ	การบูรณาการทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับแนวคิดความร่วมมือ	กิจกรรม
	6. การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ เป็นการรับรู้อุปสรรคที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจริง หรือเป็นสิ่งที่คิดไปเอง 7. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นแรงจูงใจของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมสุขภาพ		และจะต้องมีความเคร่งครัดในการปฏิบัติและควบคุมพฤติกรรมการรักษาสุขภาพอนามัยเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก	

ตารางที่ 3 การบูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แนวคิดการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์	ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	แนวคิดความร่วมมือ	การบูรณาการทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับแนวคิดความร่วมมือ	กิจกรรม
2. การเข้าใจตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการสวมใส่เสื้อผ้าและการทำความสะอาดเสื้อผ้าที่สวมใส่ประจำวัน	1. มโนคติเกี่ยวกับคน (รายละเอียดตามข้างบน) 2. มโนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เพนเดอร์เชื่อว่าสิ่งแวดล้อม คือ สภาวะรอบตัวบุคคลเกี่ยวกับองค์ประกอบทางกายภาพ องค์ประกอบทางสภาวะระหว่างบุคคล เศรษฐกิจและคุณภาพของสิ่งแวดล้อม ขึ้นอยู่กับการปราศจากมลพิษ การรับประสบการณ์ทางบวกที่ดี ทั้งทรัพยากรบุคคล และสภาวะเศรษฐกิจตามความต้องการ	การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เป็นการระบุสิ่งที่คาดหวังในการกระทำที่เกิดจากความร่วมมือในการปฏิบัติภารกิจของบุคคลเพื่อให้การปฏิบัติเกิดประสิทธิภาพโดยสมาชิกทุกคนต้องมีการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ บทบาท ไว้อย่างชัดเจนและไปในทิศทางเดียวกัน	ความเข้าใจตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อพฤติกรรมเฉพาะของบุคคลในอดีตเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมการสวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด	4. ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อมุ่งสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ตารางที่ 3 การบูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แนวคิดการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์	ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	แนวคิดความร่วมมือ	การบูรณาการทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับแนวคิดความร่วมมือ	กิจกรรม
	เพื่อประโยชน์ของสภาวะสุขภาพและชีวิตที่ดี สภาวะแวดล้อมต้องมีความสมดุลระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อม	1. บุคคลเป็นมโนคติและคนเป็นองค์รวม (ตามรายละเอียดด้านบน) 2. สิ่งแวดล้อม คนมีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมจะแลกเปลี่ยนพลังงานภายในตัวคน จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งภายใน	การสวมใส่เสื้อผ้าโดยเฉพาะการดูแลรักษาความสะอาดของกางเกงชั้นใน ตั้งแต่การเลือกซักเสื้อผ้า สถานที่ในการจัดตาก เพราะเมื่อเกิดการอับชื้น จะส่งผลกระทบต่ออวัยวะสืบพันธุ์ได้อย่างง่าย เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก	

ตารางที่ 3 การบูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แนวคิดการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์	ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	แนวคิดความร่วมมือ	การบูรณาการทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับแนวคิดความร่วมมือ	กิจกรรม
	3. มโนคติเกี่ยวกับสุขภาพ (รายละเอียดตามข้างบน) 4. ความสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม (รายละเอียดตามข้างบน) 5. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม (รายละเอียดตามข้างบน)	สุขภาพ เป็นผลรวมจากอิทธิพลของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่ทำให้คนมีภาวะสุขภาพดีหรือเกิดการเจ็บป่วย รวมถึงสุขภาพทางกาย จิตและสังคม		

ตารางที่ 3 การบูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แนวคิดการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์	ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	แนวคิดความร่วมมือ	การบูรณาการทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับแนวคิดความร่วมมือ	กิจกรรม
3. การเข้าใจตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารประจำวัน	1. มโนคติเกี่ยวกับคน (รายละเอียดตามข้างบน) 2. มโนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เพนเดอร์ เชื่อว่าสิ่งแวดล้อม คือ สภาวะรอบตัวบุคคลเกี่ยวกับองค์ประกอบทางกายภาพ องค์ประกอบทางสภาวะระหว่างบุคคล เศรษฐกิจและคุณภาพของสิ่งแวดล้อม	1. บุคคล (รายละเอียดตามข้างบน) 2. สิ่งแวดล้อม (รายละเอียดตามข้างบน) 3. สุขภาพ เป็นผลรวมมาจากอิทธิพลของการปฏิบัติระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่ทำให้คนมีภาวะสุขภาพหรือเกิดการเจ็บป่วย โดยการมองสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสุขภาพสังคม จิตวิญญาณ ซึ่งจะทำให้คนอยู่ในสังคมได้	ความเข้าใจตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร สตรีวัยเจริญพันธุ์มีความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหารหลัก 5 หมู่ ไม่รับประทานอาหารประเภทปิ้งย่าง ซึ่งสตรีวัยเจริญพันธุ์สามารถควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง เพราะอาหารประเภทปิ้งย่าง นอกจากจะไม่มีประโยชน์แล้วยังพบว่ามีสารก่อให้เกิดโรคมะเร็งได้	

ตารางที่ 3 การบูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แนวคิดการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์	ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	แนวคิดความร่วมมือ	การบูรณาการทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับแนวคิดความร่วมมือ	กิจกรรม
	3. ความสัมพันธ์ของคนกับสิ่งแวดล้อม (รายละเอียดตามข้างบน) 4. อิทธิพลระหว่างบุคคล (รายละเอียดตามข้างบน) 5. อิทธิพลด้านสถานการณ์ 6. ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 7. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพในทางบวก			

ตารางที่ 3 การบูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แนวคิดการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์	ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	แนวคิดความร่วมมือ	การบูรณาการทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับแนวคิดความร่วมมือ	กิจกรรม
	นำมาใช้ได้ในทุกแง่มุมของการดำเนินชีวิตโดยผสมผสานเข้าไปในวิถีการดำเนินชีวิต	4. แนวคิดความเป็นหุ้นส่วน 4.1 การทำงานร่วมกัน (รายละเอียดตามข้างบน) 4.2 การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เป็นการระบุสิ่งที่คาดหวังในการกระทำที่เกิดจากความร่วมมือในการปฏิบัติภารกิจของบุคคล เพื่อให้การปฏิบัติเกิดประสิทธิภาพ	ให้สตรีวัยเจริญพันธุ์กำหนดเป้าหมายระบุสิ่งที่ตนคาดหวังจะปฏิบัติ เมื่อเทียบกับพฤติกรรมที่ตนกระทำในอดีตเพื่อให้ได้ผลลัพธ์การกระทำพฤติกรรมในทางบวก	

ตารางที่ 3 การบูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แนวคิดการดูแลสตรี วัยเจริญพันธุ์	ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์	แนวคิดความร่วมมือ	การบูรณาการทฤษฎีส่งเสริม สุขภาพของเพนเดอร์กับ แนวคิดความร่วมมือ	กิจกรรม
	1. มโนคติเกี่ยวกับคน (รายละเอียดตามข้างบน) 2. มโนคติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (รายละเอียดตามข้างบน) 3. ความสัมพันธ์ของคนกับ สิ่งแวดล้อม (รายละเอียดตามข้างบน) 4. อิทธิพลระหว่างบุคคล (รายละเอียดตามข้างบน) 5. อิทธิพลด้านสถานการณ์ 6. ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติ พฤติกรรม เป็นปัจจัยที่จะ ผลักดันให้บุคคลริเริ่ม			5. การสร้างพันธะ สัญญาในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ ตามความเชื่อทาง สุขภาพ

ตารางที่ 3 การบูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แนวคิดการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์	ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	แนวคิดความร่วมมือ	การบูรณาการทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับแนวคิดความร่วมมือ	กิจกรรม
	และปฏิบัติพฤติกรรมจากเริ่มต้นไปจนจบได้ 7. ความจำเป็นอื่นทางเลือกอื่น หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นที่เข้ามาอย่างกะทันหัน ถูกมองว่าพฤติกรรมซึ่งเป็นทางเลือกที่เกิดขึ้นซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำจึงมีผลต่อการตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้	แนวคิดการแบ่งปัน เสริมพลัง เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ช่วยในการพัฒนาศักยภาพในการควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อบุคคลโดยรักษาไว้ซึ่งความรู้สึกรักของบุคคลที่สามารถควบคุมการดำเนินชีวิตของตนได้โดยการช่วยเหลือให้ บุคคลมีความรู้สึกที่สามารถควบคุมการดำเนินชีวิตได้โดยการช่วยเหลือจากจุดแข็งและความสามารถที่มีอยู่ของบุคคลและครอบครัว	สตรีวัยเจริญพันธุ์เมื่อมีความเข้าใจในพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะมีการรับรู้อุปสรรคที่ไม่สามารถทำให้ตนเองปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ จึงมีการกำหนดเป้าหมายการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการรับรู้จะส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้เพื่อมิให้เกิดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูก	

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อความเชื่อ
อำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรม	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการ บริการการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วที่มาตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกและมีผลการตรวจปกติ จำนวน 10 คน 2. ผู้ศึกษามอบสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่จะเข้ารับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกและเป็นกลุ่มตัวอย่างให้กับพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก 3. มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกสูติเวชให้บริการการพยาบาลต่อสตรีวัยเจริญพันธุ์ตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์			
กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจ ความคุ้นเคยและ ความรู้จักรหว่างสตรีวัยเจริญพันธุ์ และพยาบาลวิชาชีพเพื่อการรวบรวม พฤติกรรมอดีต ความหมาย: ศึกษาลักษณะเฉพาะและ ประสบการณ์ส่วนบุคคลในพฤติกรรมที่ เกี่ยวข้องปัจจัยส่วนบุคคลของตามแบบ บันทึกพฤติกรรม - กรรมของ Pender มาไว้ เป็นข้อมูลเบื้องต้น เพื่อให้ทราบ	พยาบาลวิชาชีพรวบรวมข้อมูลและทำการ ประเมินสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว โดยเข้ารับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปาก มดลูก เป็นรายบุคคลก่อนเข้าตรวจการ ตรวจมะเร็งปากมดลูกจากแพทย์ โดย - ชักประวัติประเมินพฤติกรรมในอดีต ด้วยการสอบถามตามกรอบทฤษฎี การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ด้าน ข้อมูลทั่วไปและลักษณะ	ข้อมูลเบื้องต้นของสตรีวัยเจริญ พันธุ์ที่ได้มาจากการสร้าง ความคุ้นเคย ได้แก่ 1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วน บุคคล 2. ประสบการณ์ที่มีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพ 3. ทราบลักษณะเฉพาะและ ประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับ - พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง	1. ทะเบียนบันทึกรายชื่อสตรีวัยเจริญ พันธุ์ที่เข้ารับการตรวจหาเซลล์มะเร็ง ปากมดลูกพร้อมผลการตรวจ 2. แบบบันทึกพฤติกรรมที่ผ่านมาด้าน - อนามัยส่วนบุคคล การรักษาความ สะอาด - การสวมใส่เสื้อผ้า - การรับประทานอาหาร

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อความเชื่อ
อำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมปฏิบัติตามรูปแบบการ บริการการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพในด้าน - อนามัยส่วนบุคคล - กิจกรรมอนามัยส่วนบุคคลที่ปฏิบัติทุกวัน - ความคิดความเข้าใจในการตรวจสุขภาพประจำปี	- ส่วนบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมในอดีต - ตรวจวัดสัญญาณชีพตามปกติ - รวบรวมข้อมูลจากการพูดคุย สอบถามถึงพฤติกรรมปฏิบัติตัวเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคลในอดีตของสตรีวัยเจริญพันธุ์ย้อนหลังประมาณ 1 สัปดาห์ - เก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมลงในสมุดบันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพ - แบบประเมินปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกรู้สึกผิดที่เฉพาะเจาะจง กับพฤติกรรมสุขภาพ - ตามแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคลที่เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติทุกวัน	- ปัจจัยส่วนบุคคลทางร่างกายจิตใจ,สังคมและวัฒนธรรม	3. แบบบันทึกพฤติกรรมในอดีตที่ต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อความเชื่อ
อำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมปฏิบัติตามรูปแบบการ บริการการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมในอดีตของสตรี วัยเจริญพันธุ์ ความหมาย: การสร้างความตระหนัก ความเข้าใจใน ตนเองและสามารถทำการวิเคราะห์ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน	พยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์ถึงสาเหตุและปัจจัย ที่ทำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ไม่สามารถปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลอนามัยส่วนบุคคลใน ตนเองได้	พยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์พฤติกรรม ในอดีตและสรุปพฤติกรรมการรักษา อนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ถูกต้องพร้อม บันทึกพยาบาลวิชาชีพเสนอแผนการ ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมและ ถูกต้องตามลักษณะประสบการณ์ ส่วนบุคคลของสตรีวัยเจริญพันธุ์ เกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคล	แบบบันทึกพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและ เสนอแผนปฏิบัติการการส่งเสริม สุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความ ร่วมมือ

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อความเชื่อ
อำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการ บริการการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
กิจกรรมที่ 3 สร้างความตระหนักและเข้าใจในการ วิเคราะห์พฤติกรรมและบอกถึงปัญหา และอุปสรรคที่ไม่ทำให้สามารถปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพได้ ความหมาย : ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับ สตรีวัยเจริญพันธุ์จึงต้องเน้นเรื่อง การ รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวัง ประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติ พฤติกรรมที่เหมาะสม	พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปาก มดลูกและให้สตรีวัยเจริญพันธุ์แสดงออก ถึงการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมที่ถูกต้องและให้สตรีวัยเจริญ พันธุ์มีความเชื่ออำนาจในตนว่าสามารถ ปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ด้วยตนเอง และเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	- สตรีวัยเจริญพันธุ์รับรู้และเข้าใจ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปาก มดลูก - สตรีวัยเจริญพันธุ์รับรู้ประโยชน์ จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง เกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคลและลด พฤติกรรมเสี่ยงได้	เอกสารแผ่นพับ โรคมะเร็งปากมดลูก แบบประเมินการรับรู้การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อความเชื่อ
อำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมปฏิบัติตามรูปแบบการ บริการการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
พยาบาลวิชาชีพจึงต้องให้ข้อมูลตัวอย่าง กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ความหมาย: เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพให้กับสตรีวัยเจริญพันธุ์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมที่เหมาะสมแต่อาจพบกับ อุปสรรคซึ่งไม่สามารถกระทำ พฤติกรรมที่เหมาะสมได้	พยาบาลวิชาชีพมีการติดตามและประเมิน อุปสรรคที่ทำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ไม่ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในอดีตได้ โดยวิธีนำเสนอให้สตรีวัยเจริญพันธุ์เล่าถึง อุปสรรคและหาทางเลือกวิธีในการจัดการ กับอุปสรรค	รับรู้ถึงอุปสรรคและสามารถเลือกวิธี ในการจัดการกับอุปสรรคเพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมได้	แบบบันทึกอุปสรรคของการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อความเชื่อ
อำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมปฏิบัติตามรูปแบบการ บริการการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
กิจกรรมที่ 5 สตรีวัยเจริญพันธุ์มีพันธะสัญญาในการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเชื่ออำนาจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ความหมาย : การมีพันธะสัญญาต่อตนเองเป็นการแสดงถึงความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ผลลัพธ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สร้างการเรียนรู้ให้เกิดกระบวนการคิด คิด รู้ ที่ประกอบด้วยความตั้งใจจริง ที่จะกระทำพฤติกรรมภายใต้สภาวะแวดล้อมที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติและกระตุ้นให้สตรีวัยเจริญพันธุ์กำหนดและปฏิบัติพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้จากการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยกำหนดให้สตรีวัยเจริญพันธุ์กล่าวถึงวิธีการรักษานามัยส่วนบุคคลในแบบของตนเองลงในสมุดบันทึก กำหนดว่าถ้ามีอาการผิดปกติของการรักษานามัยส่วนบุคคลให้มีการบันทึกในสมุดบันทึก	สตรีวัยเจริญพันธุ์สามารถเลือกวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมโดยรับรู้ถึงประโยชน์และจัดการกับอุปสรรคได้เหมาะสมและมีการกลับมาติดตามและพบพยาบาลอย่างต่อเนื่องตามนัด พร้อมแสดงการบันทึกการปฏิบัติตามกิจกรรมที่ตนเองเลือกได้ และสามารถมีการซักถามพยาบาลเพื่อติดตามความถูกต้อง	แบบบันทึกการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรม

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีวัยเจริญพันธุ์ เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นประกอบด้วยอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งของการคลอดบุตร และจำนวนครั้งของการสมรส รวมถึงความสม่ำเสมอของการตรวจสุขภาพหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกประจำปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก เป็นข้อคำถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรมในอดีตที่สตรีวัยเจริญพันธุ์ปฏิบัติในอดีต และเป็นความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของสตรีวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันด้านสุขอนามัยร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การเลือกรับประทานอาหาร ซึ่งตนเองสามารถเลือกปฏิบัติและควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ โดยปฏิบัติพฤติกรรมประจำวันร่วมกับการดำเนินชีวิตในทุกสถานการณ์และทุกกิจกรรมด้วยความมั่นใจว่าถูกต้อง 3 ด้าน คือ ด้านความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพซึ่งแบบสอบถามมีข้อความ ด้านบวกจำนวน 20 ข้อและข้อความด้านลบจำนวน 10 ข้อ กำหนดให้ข้อคำถามในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ระดับคะแนนเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับดังนี้

ข้อความด้านบวก

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่ผู้ตอบคำถามปฏิบัติมากที่สุด ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 5
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่ผู้ตอบคำถามปฏิบัติมาก ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่ผู้ตอบคำถามปฏิบัติปานกลาง ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่ผู้ตอบคำถามปฏิบัติน้อย ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่ผู้ตอบคำถามปฏิบัติน้อยที่สุด ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

การแปลผลคะแนน ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยได้กำหนดการแปลผลคะแนน โดยใช้สูตรต่อไปนี้

$$\begin{aligned} \text{สูตรช่วงคะแนนชั้น} &= \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{ช่วงการแบ่ง}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} = 0.08 \end{aligned}$$

แบ่งระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ออกเป็น 5 ระดับ และในการแปลผลคะแนนใช้ค่าคะแนนรวมสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการแบ่งเพื่อหาช่วงคะแนน แล้วมากำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนและแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	4.21 – 5.00	หมายถึง ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	3.41 – 4.20	หมายถึง ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพมาก
คะแนนเฉลี่ย	2.61 – 3.40	หมายถึง ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.81 – 2.60	หมายถึง ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพน้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.80	หมายถึง ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพน้อยที่สุด

3.3 การหาคุณภาพเครื่องมือ

3.3.1 การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างทั้งหมด ได้แก่ คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ทฤษฎีและความเหมาะสมของภาษา ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คุณสมบัติผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลวิชาชีพไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 1 ท่าน และ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการบริหารการพยาบาล มีความเชี่ยวชาญด้านการศึกษาไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความเหมาะสมของภาษา และความสอดคล้องกับทฤษฎีโดยถือเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 3 เป็นการตัดสิน รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3.3.2 สรุปผลการหาความตรงของเนื้อหา

1) คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และแนวคิดความร่วมมือ ไม่มีการปรับแก้เนื้อหาในคู่มือ ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ปรับการใช้ภาษา การสะกดคำให้ถูกต้อง

2) แบบสอบถามความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก มีจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิมีการปรับแก้เนื้อหาจำนวน 2 ข้อ

3.3.3 การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสิงห์บุรีจำนวน 30 คน และนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.82 และรายด้านดังนี้

ด้านความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ	เท่ากับ 0.81
ด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่นทางสุขภาพ	เท่ากับ 0.88
ด้านความเชื่ออำนาจโอกาสจะเกิดปัญหาทางสุขภาพ	เท่ากับ 0.80

3.4 จริยธรรมการวิจัย

ขั้นตอนในการขออนุมัติและวิธีเตรียมดำเนินการวิจัย ดังนี้

1) การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาโครงการสารนิพนธ์ / ตามรายละเอียดที่ปรากฏในคู่มือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ. 2553 (ข้อ 1-2 และข้อ 2 น. 5) (ภาคผนวก ข)

2) นำหนังสือรับรองการขออนุมัติโครงการวิจัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เสนอต่อผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุมัติดำเนินการศึกษาอิสระ ดังนี้

- 2.1) โรงพยาบาลสิงห์บุรี จ.สิงห์บุรี ขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือวิจัย
- 2.2) โรงพยาบาลตำรวจ จังหวัดกรุงเทพมหานคร
- 2.3) โรงพยาบาลคามิลเลียน จังหวัดกรุงเทพมหานคร

3) เตรียมเอกสารประกอบการขออนุมัติ ดังนี้

- 3.1) โครงการวิจัย

3.2) เอกสารชี้แจงกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงแบบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งผู้เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.3) เอกสารชี้แจงพยาบาลผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4) ขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ตามระเบียบของคณะกรรมการการวิจัย

5) ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงเครื่องมือการดำเนินการวิจัยว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจะเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผย โดยจะไม่มีความเห็นส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีชื่อกลุ่มตัวอย่างปรากฏในรายงานการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติเข้าร่วมการศึกษาก่อนครบกำหนดได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อตัวกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ซึ่งขึ้นกับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามแบบพิธีกรรมสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยเรียบร้อยแล้วผู้ศึกษาจึงทำการเก็บข้อมูล

6) ผู้วิจัยอธิบายพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัยภาพรวมของสรุปผลการวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล การเปิดเผยข้อมูลจะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น ซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจของพยาบาลวิชาชีพจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้เมื่อพยาบาลวิชาชีพยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้า ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงเริ่มดำเนินการทดลอง

3.5 วิธีดำเนินการทดลอง

การดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1) พัฒนาเครื่องมือการศึกษาค้นคว้า ผู้ศึกษาสร้างและปรับปรุงเครื่องมือดำเนินการวิจัยทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ เตรียมพยาบาลวิชาชีพ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1) ผู้วิจัยพิจารณาทีมพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในการให้การพยาบาลในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ดังกล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

(1) ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับคุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลคามิลเลียน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนอันเกิดจากความแตกต่างของตัวแปรต่างๆ ระหว่างบุคคลของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยพิจารณาถึงประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

(2) ผู้วิจัยศึกษารูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกที่มีรูปแบบใกล้เคียงกันมากที่สุด

(3) ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลอัตราส่วนของจำนวนพยาบาลวิชาชีพและจำนวนประชากรที่มีอัตราส่วนพยาบาลและประชากรที่ใกล้เคียงกัน

จากองค์ประกอบในการพิจารณาทั้ง 3 ข้อดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาในโรงพยาบาล 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลคามิลเลียน กรุงเทพมหานคร และ โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร เพราะที่มพยาบาลทั้ง 2 แห่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด

1.2) จัดทำโครงการอบรมเรื่องรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

(1) ผู้วิจัยเขียนโครงการอบรม

(2) เสนอโครงการอบรมแก่อาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและความถูกต้อง

(3) ปรับปรุงโครงการตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษา

(4) เสนอโครงการต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอความเห็นชอบและอนุมัติโครงการ

(5) จัดอบรมให้ความรู้กับพยาบาลวิชาชีพเรื่องรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ผู้เข้าอบรมประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบคลินิกนรีเวชโรงพยาบาลคามิลเลียนตามความสมัครใจ จำนวน 3 คน โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น การบรรยายวิชาการเรื่อง ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือกับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิเป็นวิทยากร สัมมนาการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลคามิลเลียน โดยผู้วิจัยชี้แจงต่อพยาบาลวิชาชีพ ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดขั้นตอนในการดำเนินการทดลองตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกจนทุกคนเข้าใจและพร้อมปฏิบัติงาน ผู้วิจัยเตรียมสิ่งที่ใช้ในการประกอบในการทดลองให้กับพยาบาลวิชาชีพทุกคน ดังนี้ คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกแบบบันทึกการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ และจัดให้พยาบาลวิชาชีพทั้ง 3 คนฝึกทดลองปฏิบัติตามรูปแบบ

การบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์

1.3) ผู้วิจัยชี้แจงทำความเข้าใจต่อพยาบาลวิชาชีพถึงวัตถุประสงค์การวิจัยและการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1.4) ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดขั้นตอนในการดำเนินการทดลองตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก เน้นย้ำถึงการวิเคราะห์พฤติกรรมในอดีตของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ปฏิบัติตามกิจกรรมประจำวันตามแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือไปใช้เป็นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลจนทุกคนเข้าใจและพร้อมปฏิบัติงาน

ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

กลุ่มควบคุม มีการดำเนินการ ดังนี้

- 1) กลุ่มควบคุมได้รับการบริการการพยาบาลในรูปแบบมุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา
- 2) พยาบาลวิชาชีพให้การบริการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาโดยภายหลังจากสตรีวัยเจริญพันธุ์ได้พบกับแพทย์ แต่ไม่ได้พบกับพยาบาลก่อนกลับบ้าน ซึ่งไม่ได้รับคำแนะนำพยาบาลวิชาชีพแนะนำให้พบแพทย์ครั้งต่อไป

กลุ่มทดลอง มีการดำเนินการ ดังนี้

- 1) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คนที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลในการให้การดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ศึกษาทำความเข้าใจรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้วยการศึกษาคู่มือที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้น
- 2) หัวหน้าเวรทำการมอบหมายพยาบาลวิชาชีพให้ปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลผู้ดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ให้ปฏิบัติงานตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก โดยมอบหมายให้พยาบาล 1 คนดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ 3 คน โดยที่ผู้วิจัยจะไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เพิ่มเติมในระหว่างทำการทดลอง
- 3) หัวหน้าเวรจัดระบบการบริการการพยาบาลในรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ รวมทั้งกิจกรรมที่พยาบาลต้องปฏิบัติคือ การประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติงาน และควบคุมการปฏิบัติงานการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ

4) พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติหน้าที่ดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง โดยการมอบหมายของหัวหน้างาน ที่พิจารณาตามความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ ให้ปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ โดยให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ได้พบกับพยาบาลเพื่อประเมินและสร้างความคุ้นเคยระหว่างกัน ก่อนการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกโดยแพทย์ทุกราย และภายหลังการตรวจ ให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ได้พบกับพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ได้เล่าถึงพฤติกรรมในอดีตที่ผ่านมาเกี่ยวกับสุขอนามัย การทำความสะอาด การสวมใส่เสื้อผ้า การชักทำความสะอาด รวมถึงการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงอาหารปิ้งย่างที่ไหม้ รวมถึงอธิบายวิธีการบันทึกพฤติกรรมที่ปฏิบัติประจำวันที่ดี และไม่ดี เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพและสตรีวัยเจริญพันธุ์ก่อนกลับ เพื่อให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ได้รับประโยชน์สูงสุด มีการนัดหมายให้มาพบกับแพทย์เพื่อฟังผลการตรวจ มะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ยกเว้นการโทรแจ้งผลทางโทรศัพท์ ซึ่งในกระบวนการนี้สตรีวัยเจริญพันธุ์จะต้องให้ความร่วมมือในการกลับมาพบกับพยาบาลวิชาชีพเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เห็นอุปสรรคของการทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีไม่ได้ และมีข้อตกลงร่วมกันทุกสัปดาห์ จนครบ 5 สัปดาห์

5) ผู้วิจัยกำกับการทดลองโดยการติดตามการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ ในการนำรูปแบบคู่มือไปใช้กับสตรีวัยเจริญพันธุ์ รวมถึงตรวจสอบการบันทึกข้อมูลและพฤติกรรมที่สตรีวัยเจริญพันธุ์ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในอดีตที่สตรีวัยเจริญพันธุ์ บันทึกมาในแต่ละคนแต่ละวัน เกี่ยวกับเรื่องอนามัยความสะอาด การสวมใส่เสื้อผ้า การชักทำความสะอาด และการรับประทานอาหาร แล้วนำมาวิเคราะห์หาปัญหา เพื่อนำสู่แนวทางในการจัดการกับอุปสรรคและแนะนำวิธีการแก้ไขสิ่งที่เป็นอุปสรรคและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องได้จริงและต่อเนื่อง ตลอดจนติดตามการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพให้กับสตรีวัยเจริญพันธุ์พร้อมทั้งประเมินผลในแต่ละสัปดาห์ในทุกหัวข้อของกิจกรรม และพยาบาลวิชาชีพจะได้ร่วมแลกเปลี่ยนและให้ข้อมูลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างคุณภาพการให้บริการการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับบริการตรวจที่คลินิกนิรเวช โรงพยาบาลคามิลเลียน

3.6 การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยตนเอง เก็บข้อมูลได้ครบถ้วน จำนวน 20 คน โดยปฏิบัติตามจริยธรรมการศึกษาทุกขั้นตอนแล้วจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) ผู้วิจัยแนะนำตัวและแจกแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกกับกลุ่มตัวอย่าง

2) ผู้วิจัยอธิบายถึงคำชี้แจง เกณฑ์การให้คะแนนและสอบถามถึงความเข้าใจในข้อคำถาม และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าจะต้องตอบแบบสอบถามชุดเดิม 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนขึ้นทดลอง ครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดขึ้นทดลอง ห่างกัน 7 วัน

3) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้ง 2 ส่วน

4) ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทุกคนด้วยตัวเอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง 2 ครั้ง ดังนี้

4.1) กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามหลังลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนได้รับการบริการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา ในวันที่ 13 กรกฎาคม 2556

ครั้งที่ 2 กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามหลังได้รับการบริการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา ครบ 10 วัน ในวันที่ 16 สิงหาคม 2556

4.2) กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามหลังลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนได้รับการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ

ครั้งที่ 2 กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามหลังได้รับการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ ในวันที่ 16 สิงหาคม 2556

4.3) ความร่วมมือในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก และครั้งที่ 2 สัมภาษณ์กลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ตามชุดกิจกรรมที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามที่กำหนด ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550) มีรายละเอียดดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์ข้อมูลแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

2) วิเคราะห์การรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและ

รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติขั้นตอนการรักษาโดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) วิเคราะห์การรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและรูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติขั้นตอนการรักษา

4) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติขั้นตอนการรักษาโดยใช้สถิติ Nonparametric Statistic ด้วยวิธีการทดสอบ Mann–Whitney U Test

5) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ โดยใช้สถิติ Nonparametric Statistic ด้วยวิธีการทดสอบ Wilcoxon -Signed Rank Test



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group, Pretest – Posttest Design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและรูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา ผลการศึกษานำเสนอด้วยตารางประกอบ การบรรยาย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด มะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและรูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาโดยใช้ค่าเฉลี่ย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและรูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือด้วยสถิติ Wilcoxon -Signed Ranks Test

ส่วนที่ 1 ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ และแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาโดยใช้ค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 5 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ และแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาโดยรวมและรายด้าน

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรี วัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อ	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การเกิดมะเร็งปากมดลูก						
1. ด้านความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ	3.03	0.47	ปานกลาง	2.86	0.43	ปานกลาง
2. ด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรด้านสุขภาพ	3.25	0.71	ปานกลาง	2.69	0.50	ปานกลาง
3. ด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ	3.25	0.45	ปานกลาง	3.17	0.19	ปานกลาง
โดยรวม	3.18	0.47	ปานกลาง	2.91	0.30	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มก่อนใช้รูปแบบแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาและรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 6 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ และแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาโดยรวมและรายด้าน

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัย เจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อ การเกิดมะเร็งปากมดลูก	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านสุขภาพ	3.02	0.25	ปานกลาง	3.63	0.19	มาก
2. ด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากร	3.09	0.29	ปานกลาง	3.64	0.21	มาก
3. ด้านโอกาสที่จะเกิดปัญหา	3.12	0.34	ปานกลาง	3.87	0.18	มาก
โดยรวม	3.08	0.21	ปานกลาง	3.71	0.13	มาก

จากตารางที่ 6 ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มหลังใช้รูปแบบแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าคะแนนความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ และกลุ่มหลังใช้แบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาด้านสุขภาพจำแนกเป็นรายชื่อ

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญ พันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ปากมดลูกด้านสุขภาพ	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ทุกครั้งที่ท่านเข้าห้องน้ำเพื่อขับถ่าย...	2.80	0.63	ปานกลาง	3.70	0.48	มาก
2. เมื่อเข้าห้องน้ำสถานที่ใดๆ นอกบ้าน...	2.30	1.06	น้อย	3.90	0.57	มาก
3. ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทุกวัน.	3.90	0.57	มาก	3.90	0.74	มาก
4. ท่านเลือกใช้กางเกงชั้นใน...	3.60	0.52	มาก	3.90	0.57	มาก

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าคะแนนความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ และกลุ่มหลังใช้แบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาด้านสุขภาพจำแนกเป็นรายชื่อ (ต่อ)

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านสุขภาพ	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
5. ท่านชักทำความสะอาดทางเก...	2.60	0.84	ปานกลาง	3.40	0.52	ปานกลาง
6. ท่านสังเกตอาการผิดปกติจากช่องคลอด...	2.20	0.42	น้อย	3.30	0.48	ปานกลาง
7. ท่านไม่สวมใส่กางเกงชั้นในที่อับชื้น...	3.60	0.70	มาก	3.60	0.52	มาก
8. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที.	2.90	0.88	ปานกลาง	3.10	0.57	ปานกลาง
9. ท่านสวมใส่กางเกงชั้นในที่สะอาด...	3.80	0.79	มาก	3.70	0.48	มาก
10. ท่านได้เข้าตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก.	2.50	1.43	น้อย	3.80	0.42	มาก
โดยรวม	3.02	0.25	ปานกลาง	3.63	0.19	มาก

จากตารางที่ 7 ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านสุขภาพ กลุ่มหลังใช้รูปแบบแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมาก 4 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ และระดับน้อย 3 ข้อ สำหรับกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับมาก 7 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ

ตารางที่ 8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรจำแนกเป็นรายชื่อ

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากร	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. พยาบาลแนะนำท่านตรวจหาเซลล์มะเร็ง...	2.60	1.26	ปานกลาง	3.60	0.70	มาก
2. ท่านเรียนรู้วิธีการสังเกตความผิดปกติ...	3.00	0.67	ปานกลาง	4.10	0.74	มาก
3. ท่านเรียนรู้จากคำแนะนำของแพทย์...	3.10	0.99	ปานกลาง	3.50	0.53	ปานกลาง
4. ท่านใช้วิธีทำงานบ้าน ทำสวน ...	3.20	0.92	ปานกลาง	3.80	0.42	มาก
5. พยาบาลได้แนะนำเรื่องการลดโอกาสเสี่ยง	2.70	0.67	ปานกลาง	3.50	0.53	ปานกลาง
6. ท่านกำหนดการปฏิบัติของตัวเอง...	3.40	0.70	ปานกลาง	3.70	0.67	มาก
7. ท่านเรียนรู้จากคำแนะนำของพยาบาล...	3.30	0.95	ปานกลาง	3.70	0.67	มาก
8. ท่านปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวกับ โรคมะเร็ง.	2.90	0.74	ปานกลาง	3.20	0.42	ปานกลาง
9. ท่านทำจิตใจให้สดชื่นแจ่มใสทุกวัน...	3.20	0.79	ปานกลาง	3.50	0.71	ปานกลาง
10. ท่านจะปรึกษาพยาบาลทุกครั้ง ที่มีปัญหา	3.50	0.97	ปานกลาง	3.80	0.42	มาก
โดยรวม	3.09	0.29	ปานกลาง	3.64	0.21	มาก

จากตารางที่ 8 ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรกลุ่มหลังใช้รูปแบบแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาโดยรวมและรายชื่อทุกข้ออยู่ในระดับปาน สำหรับกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า อยู่ในระดับมาก 6 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง 4 ข้อ

ตารางที่ 9 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ และกลุ่มหลังใช้แบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาด้าน โอกาสที่จะเกิดปัญหาจำแนกเป็นรายชื่อ

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านโอกาสที่จะเกิดปัญหา	กลุ่มควบคุม (n = 10)			กลุ่มทดลอง (n = 10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านล้างมือด้วยน้ำสบู่ก่อนและหลังการขับถ่าย..	3.60	0.97	มาก	4.20	0.42	มาก
2. ท่านไม่สวมใส่กางเกงยีนที่คับแน่น...	3.00	0.67	ปานกลาง	4.00	0.47	มาก
3. ท่านเข้าใจดีว่าอาหารโปรตีนประเภทปิ้งย่างมี	2.90	0.57	ปานกลาง	4.10	0.57	มาก
4. การสวมใส่กางเกงชั้นในซ้ำ ๆ...	3.50	0.85	ปานกลาง	4.00	0.67	มาก
5. ท่านใช้ผ้าอนามัยที่สะอาดตลอดเวลา...	2.90	0.88	ปานกลาง	3.80	0.63	มาก
6. เป็นเรื่องน่าอายเมื่อต้องเข้ารับการตรวจหา...	3.10	1.29	ปานกลาง	2.50	0.53	ปานกลาง
7. ท่านจะใช้กางเกงชั้นใน...	3.30	0.95	ปานกลาง	3.70	0.67	มาก
8. ท่านให้กำลังใจตนเอง...	2.90	0.74	ปานกลาง	3.90	0.74	มาก
9. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อ นม ...	3.10	0.88	ปานกลาง	4.10	0.74	มาก
10. ท่านรับประทานอาหารผักทุกมื้ออาหาร...	2.90	0.74	ปานกลาง	4.40	0.52	มาก
โดยรวม	3.12	0.34	ปานกลาง	3.87	0.18	มาก

จากตารางที่ 9 ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้าน โอกาสที่จะเกิดปัญหากลุ่มหลังใช้รูปแบบแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า อยู่ในระดับมาก 1 ข้อ และอยู่ในระดับ

ปานกลาง 9 ข้อ สำหรับกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือด้าน โอกาสที่จะเกิดปัญหาโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมาก 9 ข้อ และอยู่ในระดับปานกลาง 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและรูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ และแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาโดยรวมและรายด้าน

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรี วัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อ การเกิดมะเร็งปากมดลูก	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ด้านสุขภาพ	ควบคุม	10	3.02	0.25	5.55	55.50	-3.76*
	ทดลอง	10	3.63	0.19	15.45	154.50	
2. ด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากร	ควบคุม	10	3.09	0.29	6.25	62.50	-3.23*
	ทดลอง	10	3.64	0.21	14.75	147.50	
3. ด้านโอกาสที่จะเกิดปัญหา	ควบคุม	10	3.12	0.34	5.65	56.50	-3.70*
	ทดลอง	10	3.87	0.18	15.35	153.50	
โดยรวม	ควบคุม	10	3.08	0.21	5.50	55.00	-3.78*
	ทดลอง	10	3.71	0.13	15.50	155.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกพบว่ากลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มหลังใช้รูปแบบแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ และแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา ด้านสุขภาพจำแนกรายข้อ

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรี วัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการ เกิดมะเร็งปากมดลูกด้านสุขภาพ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ทุกครั้งที่ท่านเข้าห้องน้ำเพื่อ ขับถ่าย...	ควบคุม	10	2.80	0.63	7.05	70.50	-2.84*
	ทดลอง	10	3.70	0.48	13.95	139.50	
2. เมื่อเข้าห้องน้ำสถานที่ใดๆ นอก บ้าน...	ควบคุม	10	2.30	1.06	6.45	64.50	-3.22*
	ทดลอง	10	3.90	0.57	14.55	145.50	
3. ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ทุกวัน...	ควบคุม	10	3.90	0.57	10.55	105.50	-0.04
	ทดลอง	10	3.90	0.74	10.45	104.50	
4. ท่านเลือกใช้กางเกงชั้นใน...	ควบคุม	10	3.60	0.52	9.20	92.00	-1.17
	ทดลอง	10	3.90	0.57	11.80	118.00	
5. ท่านซักทำความสะอาดกางเกง...	ควบคุม	10	2.60	0.84	7.80	78.00	-2.26*
	ทดลอง	10	3.40	0.52	13.20	132.00	
6. ท่านสังเกตอาการผิดปกติจากช่อง คลอด...	ควบคุม	10	2.20	0.42	6.20	62.00	-3.54*
	ทดลอง	10	3.30	0.48	14.80	148.00	
7. ท่านไม่สวมใส่กางเกงชั้นในที่อับ ชื้น...	ควบคุม	10	3.60	0.70	10.30	103.00	-0.17
	ทดลอง	10	3.60	0.52	10.70	107.00	
8. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที...	ควบคุม	10	2.90	0.88	10.05	100.50	-0.40
	ทดลอง	10	3.10	0.57	10.95	109.50	

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ และแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา ด้านสุขภาพจำแนกรายข้อ (ต่อ)

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรี วัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการ เกิดมะเร็งปากมดลูกด้านสุขภาพ	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
9. ท่านสวมใส่กางเกงชั้นในที่สะอาด.....	ควบคุม	10	3.80	0.79	10.70	107.00	-0.17
	ทดลอง	10	3.70	0.48	10.30	103.00	
10. ท่านได้เข้าตรวจหาเซลล์มะเร็งปาก มดลูก...	ควบคุม	10	2.50	1.43	7.80	78.00	-2.19*
	ทดลอง	10	3.80	0.42	13.20	132.00	
โดยรวม	ควบคุม	10	3.02	0.25	5.55	55.50	-3.76*
	ทดลอง	10	3.63	0.19	15.45	154.50	

*p < 0.05

จากตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านสุขภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือสูงกว่ากลุ่มหลังใช้รูปแบบแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ สูงกว่ากลุ่มหลังใช้รูปแบบแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 5 ข้อใน 10 ข้อ ส่วนอีก 5 ข้อไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ และแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาด้วยความเชื่ออำนาจของบุคลากรจำแนกรายข้อ

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากร	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. พยาบาลแนะนำท่านตรวจหาเซลล์มะเร็ง...	ควบคุม	10	2.60	1.26	7.90	79.00	-2.05*
	ทดลอง	10	3.60	0.70	13.10	131.00	
2. ท่านเรียนรู้วิธีการสังเกตความผิดปกติ.	ควบคุม	10	3.00	0.67	7.00	70.00	-2.80*
	ทดลอง	10	4.10	0.74	14.00	140.00	
3. ท่านเรียนรู้จากคำแนะนำของแพทย์...	ควบคุม	10	3.10	0.99	9.00	90.00	-1.22
	ทดลอง	10	3.50	0.53	12.00	120.00	
4. ท่านใช้วิธีทำงานบ้าน ทำสวน ...	ควบคุม	10	3.20	0.92	8.20	82.00	-1.90
	ทดลอง	10	3.80	0.42	12.80	128.00	
5. พยาบาลได้แนะนำเรื่องการลดโอกาสเสี่ยง...	ควบคุม	10	2.70	0.67	7.50	75.00	-2.47*
	ทดลอง	10	3.50	0.53	13.50	135.00	
6. ท่านกำหนดการปฏิบัติของตัวเอง	ควบคุม	10	3.40	0.70	9.55	95.50	-0.80
	ทดลอง	10	3.70	0.67	11.45	114.50	
7. ท่านเรียนรู้จากคำแนะนำของพยาบาล...	ควบคุม	10	3.30	0.95	9.20	92.00	-1.05
	ทดลอง	10	3.70	0.67	11.80	118.00	
8. ท่านปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง...	ควบคุม	10	2.90	0.74	9.30	93.00	-1.07
	ทดลอง	10	3.20	0.42	11.70	117.00	
9. ท่านทำจิตใจให้สดชื่นแจ่มใสทุกวัน...	ควบคุม	10	3.20	0.79	9.70	97.00	-0.66
	ทดลอง	10	3.50	0.71	11.30	113.00	
10. ท่านจะปรึกษาพยาบาลทุกครั้ง ที่มีปัญหา...	ควบคุม	10	3.50	0.97	9.70	97.00	-0.71
	ทดลอง	10	3.80	0.42	11.30	113.00	
โดยรวม	ควบคุม	10	3.09	0.29	6.25	62.50	-3.23*
	ทดลอง	10	3.64	0.21	14.75	147.50	

*p < 0.05

จากตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากร พบว่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือสูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือสูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 4 ข้อใน 10 ข้อ ส่วนอีก 6 ข้อ ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ และแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา ด้านโอกาสที่จะเกิดปัญหาจำแนกรายข้อ

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านโอกาสที่จะเกิดปัญหา	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ท่านล้างมือด้วยน้ำสบู่ก่อนและหลังการขับถ่าย...	ควบคุม	10	3.60	0.97	8.50	85.00	-1.67
	ทดลอง	10	4.20	0.42	12.50	125.00	
2. ท่านไม่สวมใส่กางเกงยีนที่คับแน่น...	ควบคุม	10	3.00	0.67	6.80	68.00	-3.06*
	ทดลอง	10	4.00	0.47	14.20	142.00	
3. ท่านเข้าใจดีว่าอาหารโปรตีนประเภทปิ้งย่างมี...	ควบคุม	10	2.90	0.57	6.30	63.00	-3.40*
	ทดลอง	10	4.10	0.57	14.70	147.00	
4. การสวมใส่กางเกงชั้นในซ้ำๆ...	ควบคุม	10	3.50	0.85	8.80	88.00	-1.40
	ทดลอง	10	4.00	0.67	12.20	122.00	
5. ท่านใช้ผ้าอนามัยที่สะอาดตลอดเวลา...	ควบคุม	10	2.90	0.88	7.35	73.50	-2.54*
	ทดลอง	10	3.80	0.63	13.65	136.50	
6. เป็นเรื่องน่าอายเมื่อต้องเข้ารับการรักษา...	ควบคุม	10	3.10	1.29	12.50	125.00	-1.60
	ทดลอง	10	2.50	0.53	8.50	85.00	

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ และแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาด้านโอกาสที่จะเกิดปัญหาจำแนกรายข้อ (ต่อ)

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านโอกาสที่จะเกิดปัญหา	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
7. ท่านจะใช้กางเกงชั้นใน...	ควบคุม	10	3.30	0.95	9.20	92.00	-1.05
	ทดลอง	10	3.70	0.67	11.80	118.00	
8. ท่านให้กำลังใจตนเอง...	ควบคุม	10	2.90	0.74	7.35	73.50	-2.52*
	ทดลอง	10	3.90	0.74	13.65	136.50	
9. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อ นม ...	ควบคุม	10	3.10	0.88	7.40	74.00	-2.47*
	ทดลอง	10	4.10	0.74	13.60	136.00	
10. ท่านรับประทานผักทุกมื้ออาหาร...	ควบคุม	10	2.90	0.74	6.10	61.00	-3.48*
	ทดลอง	10	4.40	0.52	14.90	149.00	
โดยรวม	ควบคุม	10	3.12	0.34	5.65	56.50	-3.70*
	ทดลอง	10	3.87	0.18	15.35	153.50	

*p < 0.05

จากตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านโอกาสที่จะเกิดปัญหา พบว่า คะแนนเฉลี่ย กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ย กลุ่มหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ สูงกว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 6 ข้อใน 10 ข้อ ส่วนอีก 4 ข้อไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือด้วยสถิติ Wilcoxon - Signed Ranks Test

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ โดยรวมและรายด้าน

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรี วัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อ การเกิดมะเร็งปากมดลูก	เวลา	N	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ด้านสุขภาพ	ก่อน	10	2.86	0.43	5.50	55.00	-2.83*
	หลัง	10	3.63	0.19	0.00	0.00	
2. ด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากร	ก่อน	10	2.69	0.50	5.50	55.00	-2.80*
	หลัง	10	3.64	0.21	0.00	0.00	
3. ด้านโอกาสที่จะเกิดปัญหา	ก่อน	10	3.17	0.19	5.50	55.00	-2.81*
	หลัง	10	3.87	0.18	0.00	0.00	
โดยรวม	ก่อน	10	2.91	0.30	5.50	55.00	-2.80*
	หลัง	10	3.71	0.13	0.00	0.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 14 เปรียบเทียบความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านสุขภาพก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือจำแนกรายข้อ

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัย เจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการ เกิดมะเร็งปากมดลูกด้านสุขภาพ	กลุ่ม	N	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ทุกครั้งที่ท่านเข้าห้องน้ำเพื่อขับถ่าย...	ก่อน	10	2.20	0.92	5.00	45.00	-2.72*
	หลัง	10	3.70	0.48	0.00	0.00	
2. เมื่อเข้าห้องน้ำสถานที่ใดๆ นอก บ้าน...	ก่อน	10	3.10	0.74	4.00	28.00	-2.53*
	หลัง	10	3.90	0.57	0.00	0.00	
3. ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทุก วัน...	ก่อน	10	3.70	0.82	1.50	3.00	-1.41
	หลัง	10	3.90	0.74	0.00	0.00	
4. ท่านเลือกใช้กางเกงชั้นใน...	ก่อน	10	3.60	0.84	1.50	3.00	-1.34
	หลัง	10	3.90	0.57	0.00	0.00	
5. ท่านซักทำความสะอาดกางเกง...	ก่อน	10	2.20	1.40	4.86	34.00	-2.28*
	หลัง	10	3.40	0.52	2.00	2.00	
6. ท่านสังเกตอาการผิดปกติจากช่อง คลอด...	ก่อน	10	2.60	0.52	3.50	21.00	-2.33*
	หลัง	10	3.30	0.48	0.00	0.00	
7. ท่านไม่สวมใส่กางเกงชั้นในที่อับ ชื้น...	ก่อน	10	3.10	0.74	3.00	15.00	-2.24*
	หลัง	10	3.60	0.52	0.00	0.00	
8. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที...	ก่อน	10	2.20	0.63	3.50	21.00	-2.26*
	หลัง	10	3.10	0.57	0.00	0.00	
9. ท่านสวมใส่กางเกงชั้นในที่สะอาด...	ก่อน	10	3.30	0.82	3.50	17.50	-1.63
	หลัง	10	3.70	0.48	3.50	3.50	
10. ท่านได้เข้าตรวจหาเซลล์มะเร็งเรื้อรังปาก มดลูก...	ก่อน	10	2.60	0.84	4.50	36.00	-2.58*
	หลัง	10	3.80	0.42	0.00	0.00	
โดยรวม	ก่อน	10	2.86	0.43	5.50	55.00	-2.83*
	หลัง	10	3.63	0.19	0.00	0.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 7 ข้อใน 10 ข้อ ส่วนอีก 3 ข้อไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือจำแนกรายข้อ

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากร	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. พยาบาลแนะนำท่านตรวจหาเซลล์มะเร็ง...	ก่อน	10	2.60	0.70	3.00	15.00	-2.06*
	หลัง	10	3.60	0.70	0.00	0.00	
2. ท่านเรียนรู้วิธีการสังเกตความผิดปกติ...	ก่อน	10	2.60	1.07	4.00	28.00	-2.41*
	หลัง	10	4.10	0.74	0.00	0.00	
3. ท่านเรียนรู้จากคำแนะนำของแพทย์...	ก่อน	10	2.60	0.70	4.00	28.00	-2.46*
	หลัง	10	3.50	0.53	0.00	0.00	
4. ท่านใช้วิธีทำงานบ้าน ทำสวน ...	ก่อน	10	2.60	1.17	3.50	21.00	-2.26*
	หลัง	10	3.80	0.42	0.00	0.00	
5. พยาบาลได้แนะนำเรื่องการลดโอกาสเสี่ยง...	ก่อน	10	2.60	0.84	3.50	21.00	-2.25*
	หลัง	10	3.50	0.53	0.00	0.00	
6. ท่านกำหนดการปฏิบัติของตัวเอง	ก่อน	10	3.00	0.67	3.00	15.00	-2.07*
	หลัง	10	3.70	0.67	0.00	0.00	

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือจำแนกรายข้อ (ต่อ)

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากร	กลุ่ม	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
7. ท่านเรียนรู้จากคำแนะนำของพยาบาล...	ก่อน	10	3.10	1.10	2.50	10.00	-1.86
	หลัง	10	3.70	0.67	0.00	0.00	
8. ท่านปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง...	ก่อน	10	2.80	0.79	2.00	6.00	-1.63
	หลัง	10	3.20	0.42	0.00	0.00	
9. ท่านทำจิตใจให้สดชื่นแจ่มใสทุกวัน...	ก่อน	10	2.70	0.82	3.00	15.00	-2.06*
	หลัง	10	3.50	0.71	0.00	0.00	
10. ท่านจะปรึกษาพยาบาลทุกครั้ง ที่มีปัญหา...	ก่อน	10	2.30	0.67	5.00	45.00	-2.71*
	หลัง	10	3.80	0.42	0.00	0.00	
โดยรวม	ก่อน	10	2.69	0.50	5.50	55.00	-2.80*
	หลัง	10	3.64	0.21	0.00	0.00	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากร พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าคะแนนเฉลี่ย ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากร พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 8 ข้อใน 10 ข้อ ส่วนอีก 2 ข้อ ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านโอกาสที่จะเกิดปัญหา ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือจำแนกรายข้อ

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านโอกาสที่จะเกิดปัญหา	เวลา	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z
1. ท่านล้างมือด้วยน้ำสบู่ก่อนและหลังการจับถ่าย...	ก่อน	10	2.50	1.08	4.00	28.00	-2.43*
	หลัง	10	4.20	0.42	0.00	0.00	
2. ท่านไม่สวมใส่กางเกงยีนที่คับแน่น...	ก่อน	10	3.20	0.92	3.00	15.00	-2.06*
	หลัง	10	4.00	0.47	0.00	0.00	
3. ท่านเข้าใจดีว่าอาหารโปรตีนประเภทปิ้งย่างมี...	ก่อน	10	3.50	0.53	3.00	15.00	-2.12*
	หลัง	10	4.10	0.57	0.00	0.00	
4. การสวมใส่กางเกงชั้นในซ้ำๆ...	ก่อน	10	3.60	0.52	2.00	6.00	-1.63
	หลัง	10	4.00	0.67	0.00	0.00	
5. ท่านใช้ผ้าอนามัยที่สะอาดตลอดเวลา...	ก่อน	10	3.00	1.25	2.50	10.00	-1.86
	หลัง	10	3.80	0.63	0.00	0.00	
6. เป็นเรื่องน่าอายเมื่อต้องเข้ารับการรักษา...	ก่อน	10	2.90	0.88	1.50	3.00	-1.24
	หลัง	10	2.50	0.53	4.00	12.00	
7. ท่านจะใช้กางเกงชั้นใน...	ก่อน	10	3.50	0.53	1.00	1.00	-1.00
	หลัง	10	3.70	0.67	0.00	0.00	
8. ท่านให้กำลังใจตนเอง...	ก่อน	10	3.30	0.48	2.50	10.00	-1.86
	หลัง	10	3.90	0.74	0.00	0.00	
9. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อ นม ...	ก่อน	10	3.10	0.32	4.00	28.00	-2.43*
	หลัง	10	4.10	0.74	0.00	0.00	
10. ท่านรับประทานผักทุกมื้ออาหาร...	ก่อน	10	3.10	0.74	4.50	36.00	-2.60*
	หลัง	10	4.40	0.52	0.00	0.00	
โดยรวม	ก่อน	10	3.17	0.19	5.50	55.00	-2.81*
	หลัง	10	3.87	0.18	0.00	0.00	

*p < 0.05

จากตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านโอกาสที่จะเกิดปัญหา พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ย ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้าน โอกาสที่จะเกิดปัญหา พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 5 ข้อใน 10 ข้อ ส่วนอีก 5 ข้อ ไม่แตกต่างกัน



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ Two groups pretest – posttest research designs โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจจากบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล และความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ โดยสร้างรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ นำไปให้พยาบาลวิชาชีพใช้เป็นรูปแบบในการปฏิบัติงาน และศึกษาระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือกับกลุ่มควบคุมที่ปฏิบัติงานโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ที่มีผลการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกปกติ โรงพยาบาลตติยภูมิ โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน กลุ่มควบคุม ได้แก่ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่รับบริการตรวจคลินิกนรีเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ 10 คน ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาและกลุ่มทดลอง 10 คน เป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกและมีผลการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกปกติ คลินิกนรีเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคามิลเลียน กรุงเทพมหานคร ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มี 2 ประเภท คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองเป็นคู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) และแนวคิดความร่วมมือของ Sullivan 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และด้านความเชื่ออำนาจ

โอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยได้ทดลองใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในคลินิกนรีเวชโรงพยาบาลสิงห์บุรี ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82

ด้านจริยธรรมในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติหัวข้อการทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิตของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จากนั้นได้ทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบความเที่ยง ความตรงของเครื่องมือ รวมทั้งขออนุมัติดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลจากสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่คลินิกนรีเวช โดยได้รับการอนุมัติเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

การทดลอง ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือดำเนินการวิจัยทั้งหมด เตรียมสถานที่ทดลอง โดยคัดเลือกสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีผลการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกและมีผลตรวจปกติ ก่อนการดำเนินการ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทุกคนทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย หลังจากนั้นจัดอบรมวิชาการให้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน ตามโครงการอบรมเรื่องการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ ในวันที่ 17 สิงหาคม 2556 หลังการอบรมผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานเพื่อชี้แจง อธิบายรายละเอียดและขั้นตอนการใช้คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ โดยเริ่มทดลองปฏิบัติตามรูปแบบและขั้นตอนที่กำหนดไว้ในคู่มือ ตั้งแต่วันที่ 13 สิงหาคม ถึงวันที่ 17 กันยายน พ.ศ. 2556 รวมระยะเวลาทดลอง 5 สัปดาห์

การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล โดยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ หลังจากนั้นทำการรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถามเดิม ข้อมูลที่รวบรวมได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และสถิติที่ใช้วิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อแสดงระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและรูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ระหว่างกลุ่มใช้รูปแบบการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาและกลุ่มใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ ด้วยสถิติ Non - parametric Statistic

ด้วยวิธี Mann-Whitney U test และใช้สถิติ Wilcoxon- Signed Rank test วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และรูปแบบการบริการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนผลการวิจัย ดังนี้

1) ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มก่อนใช้รูปแบบแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาและรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

2) ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านสุขภาพ กลุ่มก่อนใช้รูปแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมาก 4 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง 3 ข้อ และระดับน้อย 3 ข้อ สำหรับกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมาก 2 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง 5 ข้อ และระดับน้อย 3 ข้อ

3) ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรกลุ่มก่อนใช้รูปแบบแบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมาก 2 ข้อ และระดับปานกลาง 8 ข้อ สำหรับกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากร โดยรวมและรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง

3.1) ค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ และกลุ่มก่อนใช้แบบมุ่งเน้นการปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาด้านโอกาสที่จะเกิดปัญหาจำแนกเป็นรายข้อ

4) ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านโอกาสที่จะเกิดปัญหา พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณา รายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ย ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้านโอกาสที่จะเกิดปัญหา พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 5 ข้อใน 10 ข้อ ส่วนอีก 5 ข้อไม่แตกต่างกัน

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก อภิปรายผลการศึกษาดังนี้

5.2.1 การรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก กลุ่มที่ได้รับการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือสูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า การรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ สูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษา

อธิบายได้ว่า การให้การบริการสตรีวัยเจริญพันธุ์ตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือนี้ สามารถปฏิบัติได้โดยพยาบาลค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีการค้นหาพฤติกรรมในอดีตที่สตรีวัยเจริญพันธุ์ปฏิบัติเป็นกิจวัตรในชีวิตประจำวัน และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนปฏิบัติการพยาบาล ให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มีความเข้าใจในพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และสามารถวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคที่คุกคามตนเองได้ ทำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้รับรู้ประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มุ่งผลลัพธ์ให้สตรีวัยเจริญพันธุ์รับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเอง

ควบคุม ซึ่งการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (Pender, 2011) การรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์จะมีลักษณะแตกต่างกันและสตรีวัยเจริญพันธุ์ยังต้องมีความพร้อมต่อสภาวะแวดล้อมที่นำมาซึ่งความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมดังผลการศึกษาของ (นันท์กิจ สุทธิรักษ์ และกัญญาดา ประจุศิลป์, 2552) หากสตรีวัยเจริญพันธุ์มีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคลได้ดี ดังนั้น การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกมาเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมให้สตรีวัยเจริญพันธุ์รับรู้และเข้าใจตนเองในการดูแลอนามัยส่วนบุคคล การทำความสะอาด การสวมใส่และทำความสะอาดเสื้อผ้า และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยหลีกเลี่ยงอาหารประเภทปิ้งย่าง ที่ไหม้ จะส่งผลต่อสุขภาพของตนเองอย่างไรในการดำเนินชีวิตประจำวันในแต่ละวันและกิจกรรมทุกชนิดที่ทำส่งผลดีต่อสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ได้อย่างไร

5.2.2 การรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า การรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ

อธิบายได้ว่า รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการให้การดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก และเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดสตรีวัยเจริญพันธุ์ก่อนและหลังการเข้ารับการตรวจจากแพทย์ ดังเช่น (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2544) กล่าวว่า พยาบาลเป็นเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจึงเป็นบุคคลที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากกว่าผู้อื่น พยาบาลจะเป็นผู้นำพฤติกรรมสุขภาพและแนะนำถึงกิจกรรมสำคัญที่ต้องกระทำโดยวิเคราะห์ตามปัญหาของสตรีวัยเจริญพันธุ์เป็นรายบุคคลในการเพิ่มความรู้ รู้ถึงปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเองและลดอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ พยาบาลจะกระตุ้น ให้สตรีวัยเจริญพันธุ์เล็งถึงพฤติกรรมในอดีตทั้งหมดที่ผ่านมาในแต่ละวันและ ให้สตรีวัยเจริญพันธุ์เป็นผู้บันทึกกิจกรรมในแบบบันทึก และ

ทบทวนตนเองถึงการกระทำพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการเข้าห้องน้ำ การทำความสะอาด การสวมใส่เสื้อผ้า ชุดชั้นใน การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ จากการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลต้องคำนึงถึงความเชื่ออำนาจทางสุขภาพ (Sullivan, 1998) ซึ่งเป็นความเชื่อที่ว่า ภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้อำนาจควบคุมของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ได้แก่ความเชื่อภายในตน ความเชื่ออำนาจจากบุคลากรทางการแพทย์และความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหา พยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่ให้คำแนะนำ พุดคุยและทบทวนพฤติกรรมและสามารถจัดการกับสิ่งคุกคามได้ด้วยตัวของผู้ป่วยเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ที่ว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีผลโดยตรงต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคลซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไพจิตร ลือสกุลทอง (2545) ซึ่งศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนในกลุ่มต่างๆ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองซึ่งเป็นในแนวทางเดียวกันกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, et al., 2006) จึงส่งผลทำให้ระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกหลังใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือสูงขึ้น

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ด้านการบริหารการพยาบาล

1) จากผลการวิจัยพบว่าระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการการพยาบาลแบบมุ่งปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้บริหารการพยาบาลจึงควรมีนโยบายในการจัดบริการการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกและมีผลการตรวจปกติให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้านพฤติกรรมแสดงออก และนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก

1.1) จัดอบรมให้กับพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าแผนก และพยาบาลวิชาชีพจบใหม่โดยบรรจุเป็นหัวข้อการประเมินรายบุคคล

1.2) หัวหน้าแผนกควรนำรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาพัฒนาและจัดทำจริงที่แผนกผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องและต้องมีการติดตามและกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติจริง

5.3.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) ควรมีการมอบหมายงานโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือประจำวันร่วมกันกับทีมการพยาบาล และเน้นการบันทึกทางการพยาบาลหลังการทำการกิจกรรมทุกครั้งและควรมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างพยาบาลวิชาชีพด้วยกัน

2) ควรมีการปรับบันทึกทางการพยาบาลเพื่อให้ง่ายต่อการให้การดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

5.3.3 ด้านการศึกษา

1) จากผลการวิจัยพบว่า การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือสามารถสร้างผลลัพธ์ที่ดีต่อสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับบริการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก และเมื่อสตรีวัยเจริญพันธุ์มีการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพที่ดี จะสามารถส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์และลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้

2) ควรมีการติดตามการใช้รูปแบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความตระหนักให้กับพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพให้กับสตรีวัยเจริญพันธุ์ ถึงแม้ว่าผลการตรวจจะปกติก็ตาม

5.3.4 ด้านการวิจัย

1) ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น และระยะเวลาในการศึกษาควรกำหนดให้มากขึ้น

2) ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะการสัมภาษณ์ ซึ่งจะสามารถนำพฤติกรรมในอดีตมาวิเคราะห์ เพื่อให้เห็นสาเหตุจริงที่เป็นอุปสรรคที่ไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แท้จริง

บรรณานุกรม

- จิตรา ยอดอินทร์. (2549). *ความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน* โรงพยาบาลรามารับดี. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จิรายุ กาศเจริญ. (2551). *การรณรงค์โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลในจังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิเทศศาสตร์พัฒนาการ. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธิฎฐาศักดิ์ สุขศิรินาคนสกุล และดวงใจ หมั่นสาร. (2555). *มะเร็งปากมดลูก...ภัยเงียบที่ผู้หญิงควรรู้* หญิงไทยเสียชีวิตวันละ 14 คน. วารสารเพื่อนสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5. 6(7). 1-7.
- นันทกิจ สุทธิรักษ์, และกัญญาดา ประจุศิลป์. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในตน คุณลักษณะของงาน การจัดการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย*. วารสารการพยาบาล. 24(2). 88-99.
- นันทนา ธนาโนวรรณ. (2553). *ตำราการพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม)*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. (2550). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปาริชาติ ชาติจันทร์. (2551). *ความร่วมมือระหว่างแพทย์ พยาบาลและความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พวงรัตน์ บุญญา นุรักษ์. (2536). *50 ปีชีวิตและงาน : อาจารย์พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์*. กรุงเทพฯ: วังใหม่ บลูปรินท์. 288-289.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2544). ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล 001. กรุงเทพฯ: วังใหม่บลูปริน.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2546). *ชุมชนปัญหาทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: พระรามสี่ ปรีณดิ้ง.

พิสมัย จันทวิมล (ผู้แปล), และปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (บรรณาธิการ). (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ : ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ดีไซน์.

ไพจิตร ลือสกุลทอง. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มินตรา สารรักษ์, ปณิศา สุขุมลย์, และกาญจนา ชัยวรรณ. (2548). *ความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู : กรณีศึกษา หมู่บ้านก่อตำบลหนองไฮ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ*. สืบค้นจาก: http://www.ubu.ac.th/web/files_up/08f2013040113590740.pdf.

ฤทัยชนก กุลสืบ, และวรัญญา เชื้อทอง. (2550). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลห้วยกระเจา อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี*. งานวิจัยโปรแกรมวิชาสาธารณสุขชุมชน. คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

ลักณา วัฒนะชีวะกุล. (2554). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางประชากร*. เชียงใหม่ : สันติภาพเพ็คพรีนส์.

สุภาวดี เวตติวงษ์. (2552). *ผลการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยโรคโควิด-19*. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2541). *วิวัฒนาการ การส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ*. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.

สุวรรณี โกลนุช, มยุรี นิรัตธราคร, และศิริพร ขัมภลิจิต. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*. 4(2). 79-93.

อนามย์ส่วนบุคคล. (2551). สืบค้นจาก: http://www.aru.ac.th/sirirat/images/01_personal_hygiene.

อภาพร เฝ้าวัฒนา, สิริธร กลัมภกร, สุนีย์ ละกำป็น, และขวัญใจ อำนางสัตว์ชื่อ. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (พย. สสส.) ระยะที่ 2. 193-196.

Awodele, O., Adeyomove, A. A. , Awodele, D. F., Kwashi, V., Awodele, I. O., & Dolapo, D. C. (2011). A Study on Cervical Cancer Screening Amongst Nurses in Lagos University Teaching Hospital, Lagos, Nigeria. *Journal of cancer education*. 26(3) . 497-504. doi: 10.1007/s13187-010-0187-6.

Catherine Ingram Fogel. (1941) . *Health status of incarcerated women*. Ann Arbor : University Microfilms International.

Catherine Ingram Fogel and Nancy Fugate Woods. (2008). *Women's Health Care in Advanced Practice Nursing*. (1st Edition). New York: Springer publishing.

Dillon, M. (2005). A Passion for the (Im)possible: Jacques Rancière, Equality, Pedagogy and the Messianic. *European Journal of Political Theory*. 4(4). 429-452.

Orem, D. E. (1985). *Nursing : Concept of Practice*. (3rd ed.). New York: McGraw - Hill.

Orem, D. E. (1991). *Nursing : Concepts of practice*. (4th ed.). St. Louis, MO: C.V. Mosby.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. (5th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.

Pender, N. J. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.

Rotter, J. (1996) . Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*. 80(1). 1–28.

Sullivan, P. H. (1998). *Profiting from Intellectual Capital Extracting Value from Innovation*. New York: John Wiley & Sons, Inc.,

Thompson, S. C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bullentin*. 90(1). 89-101.

- Wallston, K. A., Wallston, B. S. & Devellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*. 169-170.
- Yu Yun Hsu, Ya-Min Cheng, Keng-Fu Hsu, Susan Jane Fetzer, and Cheng-Yang Chou. (2011). Knowledge and Beliefs about Cervical Cancer and Human Papillomavirus Among Taiwanese Undergraduate Women. *Oncology Nursing Forum*. 38(4). E297-E304.
- Zakowski, S. G., Ramati, A., Morton, C., Johnson, P., & Flanigan, R. (2004). Written emotional disclosure buffers the effects of social constraints on distress among cancer patients. *Health Psychology*. 23(6). 555-563.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือในการวิจัย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นางสุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ

การศึกษา

- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิทยาศาสตร์บัณฑิต คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่ง

- พยาบาลประจำหอผู้ป่วยนรีเวช
โรงพยาบาลรามธิบดี

2. นางสุมิตรา สว่างทุกข์

การศึกษา

- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยการอาชีวศึกษา
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลแม่และเด็ก)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ครุศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต (อุดมศึกษา)
ภาควิชานโยบาย การจัดการและความเป็นผู้นำทางการศึกษา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตำแหน่ง

- อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนวมินทราชินยา
- รองเลขาธิการสภากาชาด
- พนักงานมหาวิทยาลัยนวมินทราชินยา

3. อาจารย์สกวเดือน ไพบุญย์

การศึกษา

- วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร)
มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่ง

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
- อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรม





เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

เลขที่ 24/ 56

คณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ขอให้
การรับรองว่า

โครงร่างงานวิจัยเรื่อง: "ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาตฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ
เพนเดอร์ และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยง
ต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก"

ของ: นางสาวณัฏฐ์ คงคุ้ม

นักศึกษหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยตามกระบวนการของคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการ
วิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และเป็นการวิจัยที่มีลักษณะตรงตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

เรือโทหญิง 

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ภาคผนวก ค

คู่มือ

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
และแนวคิดความร่วมมือในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์
ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก



คู่มือ

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และ
แนวคิดความร่วมมือในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์
ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

โดย

นางสุณี คงคุ้ม



อาจารย์ที่ปรึกษา

รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริการการพยาบาล

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ง
วัตถุประสงค์ของคู่มือ	113
วิธีการใช้คู่มือ	113
คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ	113
ส่วนประกอบของคู่มือ	113
1. รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ	113
1.1 แนวคิด	114
แนวคิดการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์	
แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	
แนวคิดความร่วมมือ	
การบูรณาการแนวคิดรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎี การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ	
1.2 ความหมายของรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือของสตรีวัย เจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก	114
2. การปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์	114
ขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริม สุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือของสตรีวัยเจริญพันธุ์	116
กิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการ ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ	116
3. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ	
3.1 บทบาทหน้าที่ของหัวหน้างาน	
3.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก	

คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ

คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือของสตรีวัยเจริญพันธุ์ หมายถึง เอกสารที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ ประกอบด้วย กิจกรรม และพฤติกรรม การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทของ พยาบาลวิชาชีพ ในการให้บริการสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ

1. เข้าใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ
2. เข้าใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ช่วยให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน
3. ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการการพยาบาลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกและมีผลการตรวจปกติ

วิธีการใช้คู่มือ

1. พยาบาลวิชาชีพอ่านและทำความเข้าใจกับสาระของคู่มือทั้งหมดก่อนที่จะปฏิบัติงานในรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก
2. ทบทวนกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยบูรณาการตามแนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
3. ปรึกษาผู้วิจัย เมื่อพบข้อสงสัยหรือต้องการความชัดเจนในเนื้อหาสาระของคู่มือการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือใช้คู่มือเมื่อต้องการคำอธิบายวิธีปฏิบัติในทุกกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาล

คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเพื่อทำความเข้าใจการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือของสตรีวัยเจริญพันธุ์

ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรม	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วที่มาตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกและมีผลการตรวจปกติ จำนวน 10 คน 2. ผู้ศึกษามอบสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่จะเข้ารับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกและเป็นกลุ่มตัวอย่างให้กับพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก 3. มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกสูติรีเวชให้บริการการพยาบาลต่อสตรีวัยเจริญพันธุ์ตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์			
กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจ ความคุ้นเคยและความรู้จักระหว่างสตรีวัยเจริญพันธุ์และพยาบาลวิชาชีพเพื่อการรวบรวมพฤติกรรมอดีต ความหมาย: ศึกษาลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ส่วนบุคคลในพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องปัจจัยส่วนบุคคลของตามแบบบันทึกพฤติกรรม -กรรมของ Pender มาไว้เป็นข้อมูลเบื้องต้น เพื่อให้ทราบ	พยาบาลวิชาชีพรวบรวมข้อมูลและทำการประเมินสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วโดยเข้ารับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกเป็นรายบุคคลก่อนเข้าตรวจการตรวจมะเร็งปากมดลูกจากแพทย์ โดย - ชักประวัติประเมินพฤติกรรมในอดีต ด้วยการสอบถามตามกรอบทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ด้านข้อมูลทั่วไปและลักษณะส่วนบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมในอดีต	ข้อมูลเบื้องต้นของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ได้มาจากการสร้าง ความคุ้นเคย ได้แก่ 1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล 2. ประสบการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3. ทราบลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับ - พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง	1. ทะเบียนบันทึกรายชื่อสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกพร้อมผลการตรวจ 2. แบบบันทึกพฤติกรรมที่ผ่านมา ด้าน - อนามัยส่วนบุคคล การรักษาความสะอาด

ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพในด้าน - อนามัยส่วนบุคคล - กิจกรรมอนามัยส่วนบุคคลที่ปฏิบัติทุกวัน ความคิดความเข้าใจในการตรวจสุขภาพประจำปี	- ตรวจวัดสัญญาณชีพตามปกติ - รวบรวมข้อมูลจากการพูดคุย สอบถามถึงพฤติกรรมปฏิบัติตัวเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคลในอดีตของสตรีวัยเจริญพันธุ์ย้อนหลังประมาณ 1 สัปดาห์ - เก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมลงในสมุดบันทึกโดยพยาบาลวิชาชีพ - แบบประเมินปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกรู้สึกผิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมสุขภาพตามแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคลที่เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติทุกวัน	- ปัจจัยส่วนบุคคลทางร่างกาย จิตใจ,สังคมและวัฒนธรรม	- การสวมใส่เสื้อผ้า - การรับประทานอาหาร 3. แบบบันทึกพฤติกรรมในอดีตที่ต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมในอดีตของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ความหมาย: การสร้างความตระหนักความเข้าใจในตนเองและสามารถทำการวิเคราะห์พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน	พยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์ถึงสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลอนามัยส่วนบุคคลในตนเองได้	พยาบาลวิชาชีพเสนอแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมและถูกต้องตามลักษณะประสบการณ์ส่วนบุคคลของสตรีวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคล	แบบบันทึกพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและเสนอแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือ
กิจกรรมที่ 3 สร้างความตระหนักและเข้าใจในการวิเคราะห์พฤติกรรมและบอกถึงปัญหาและอุปสรรคที่ไม่ทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ ความหมาย : ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับ	พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกและให้สตรีวัยเจริญพันธุ์แสดงออกถึงการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มีความเชื่ออำนาจในตนเองว่า	- สตรีวัยเจริญพันธุ์รับรู้และเข้าใจปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก - สตรีวัยเจริญพันธุ์รับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับ	- เอกสารแผ่นพับโรคมะเร็งปากมดลูก - แบบประเมินการรับรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
สตรีวัยเจริญพันธุ์จึงต้องเน้นเรื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมพยาบาลวิชาชีพจึงต้องให้ข้อมูล	สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ด้วยตนเองและเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ - สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก - ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	อนามัยส่วนบุคคลและลดพฤติกรรมเสี่ยงได้	
ตัวอย่าง กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ความหมาย: เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้กับสตรีวัยเจริญพันธุ์ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม	พยาบาลวิชาชีพมีการติดตามและประเมินอุปสรรคที่ทำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในอดีตได้โดยวิธีนำเสนอให้สตรีวัยเจริญพันธุ์เล่าถึงอุปสรรคและหาทางเลือกวิธีในการจัดการกับอุปสรรค	- รับรู้ถึงอุปสรรคและสามารถเลือกวิธีในการจัดการกับอุปสรรคเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมได้	- แบบบันทึกอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
แต่อาจพบกับอุปสรรคซึ่งไม่สามารถกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสมได้			
กิจกรรมที่ 5 สตรีวัยเจริญพันธุ์มีพันธะสัญญาในการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเชื่ออำนาจทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ความหมาย : การมีพันธะสัญญาต่อตนเองเป็นการแสดงถึงความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมผลลัพธ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สร้างการเรียนรู้ให้เกิดกระบวนการคิด คิดรู้	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติและกระตุ้นให้สตรีวัยเจริญพันธุ์กำหนดและปฏิบัติพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้จากการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยกำหนดให้	สตรีวัยเจริญพันธุ์สามารถเลือกวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมโดยรับรู้ถึงประโยชน์และจัดการกับอุปสรรคได้เหมาะสมและมีการกลับมาติดตามและพบพยาบาล	แบบบันทึกการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรม

ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และแนวคิดความร่วมมือต่อความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรม	พฤติกรรมปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
ที่ประกอบด้วยความตั้งใจจริง ที่จะกระทำพฤติกรรมภายใต้สภาวะแวดล้อมที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม	- สตรีวัยเจริญพันธุ์กล่าวถึงวิธีการรักษาอนามัยส่วนบุคคลในแบบของตนลงในสมุดบันทึก - กำหนดว่าถ้ามีอาการผิดปกติของการรักษาอนามัยส่วนบุคคลให้มีการบันทึกในสมุดบันทึก	อย่างต่อเนื่องตามนัด พร้อมแสดงการบันทึกการปฏิบัติตามกิจกรรมที่ตนเองเลือกได้ และสามารถมีการซักถามพยาบาลเพื่อติดตามความถูกต้อง	

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล



แบบสอบถาม

การรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริง

1.1 อายุ ปี

- 1.2 ระดับการศึกษา
- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ ไม่ได้เรียน | ☐ อนุปริญญาหรือ ปวส. |
| ☐ ประถมศึกษา | ☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า |
| ☐ มัธยมศึกษา | ☐ สูงกว่าปริญญาตรี |

- 1.3 อาชีพ
- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ ข้าราชการ | ☐ รัฐวิสาหกิจ |
| ☐ ค้าขาย | ☐ เกษตรกร |
| ☐ แม่บ้าน | ☐ รับจ้าง |
| ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ..... | |

1.4 จำนวนการคลอดบุตรทางช่องคลอด.....ครั้ง

1.5 จำนวนครั้งที่สมรส.....ครั้ง

1.6 ความสม่ำเสมอของการตรวจสุขภาพหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกประจำปี

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ ตรวจทุกปี | ☐ ทุก 3 ปี |
| ☐ ทุก 5 ปี | ☐ เมื่อนึกได้ |

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับข้อความที่ท่านรู้สึกหรือได้ปฏิบัติดังตัวอย่าง

หัวข้อ	(5) มากที่สุด	(4) มาก	(3) ปานกลาง	(2) น้อย	(1) น้อยที่สุด
ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ					
1. ทุกครั้งที่ท่านเข้าห้องน้ำเพื่อขับถ่าย ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่ายด้วยน้ำสบู่ทุกครั้งเนื่องจากสบู่สามารถฆ่าเชื้อโรคได้					
2. เมื่อเข้าห้องน้ำสถานที่ใดๆ นอกบ้าน ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำและใช้กระดาษชำระซับจนแห้ง เพราะเมื่อมีการอับชื้นจะมีโอกาสเกิดเชื้อราได้					
3. ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพราะการอาบน้ำและทำความสะอาดร่างกายทุกวัน ช่วยลดโอกาสการติดเชื้อได้					
4. ท่านเลือกใช้กางเกงชั้นในในส่วนรัดตรึงอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกนึ่งและยืดหยุ่นได้ทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดบาดแผลจากการเสียดสี ทำให้เชื้อโรคสามารถแทรกเข้าไปในผิวหนังได้					
5. ท่านซักทำความสะอาดกางเกงชั้นในด้วยน้ำสบู่และตากในที่ที่มีแสงแดดส่องถึงและรีดก่อนใส่ทุกครั้ง					
6. ท่านสังเกตอาการผิดปกติจากช่องคลอดได้ด้วยตนเอง ทุกครั้งหลังเปลี่ยนกางเกงชั้นใน ในทุกๆ วัน เพราะเมื่อพบว่ามีสิ่งผิดปกติติดอยู่ที่กางเกงชั้นใน ท่านรีบไปปรึกษาแพทย์ทันที					

หัวข้อ	(5) มากที่สุด	(4) มาก	(3) ปานกลาง	(2) น้อย	(1) น้อยที่สุด
7. ท่านไม่สวมใส่กางเกงชั้นในที่อับชื้นหรือเปียกเป็นเวลานานไม่ว่าโอกาสใดๆ ก็ตาม เพราะท่านทราบดีว่าการอับชื้น เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดเชื้อโรคที่ช่องคลอด					
8. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาทีต่อเนื่องอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์อย่างสม่ำเสมอ เพราะการออกกำลังกายเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง					
9. ท่านสวมใส่กางเกงชั้นในที่สะอาดเสมอและเปลี่ยนทุกวันเพราะเป็นการรักษาสุขอนามัยของตัวเอง					
10. ท่านได้เข้าตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี เพราะเมื่อตรวจพบระยะเริ่มแรกทั้งที่ยังไม่มีอาการ สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้					
ความเชื่ออำนาจของบุคลากร					
11. พยาบาลแนะนำท่านให้ท่านเข้ารับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก แม้ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ทางช่องคลอด ท่านจึงเข้ารับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปีเนื่องจากท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลอย่างเคร่งครัด					
12. ท่านเรียนรู้วิธีการสังเกตความผิดปกติทางช่องคลอดจากพยาบาลและท่านตั้งใจมั่นว่าเมื่อไรที่เกิดความผิดปกติท่านจะไปพบแพทย์ทันทีเพราะเชื่อมั่นในความรู้ของพยาบาล					

หัวข้อ	(5) มากที่สุด	(4) มาก	(3) ปานกลาง	(2) น้อย	(1) น้อยที่สุด
13. ท่านเรียนรู้จากคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลจึงตั้งใจรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่เป็นประจำทุกวันเพราะท่านเชื่อมั่นในความรู้ความสามารถของแพทย์และพยาบาลอย่างมั่นคง					
14. ท่านใช้วิธีทำงานบ้าน ทำสวน รดน้ำต้นไม้ หรือกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายเกิดเหงื่อ เพื่อเป็นการใช้พลังงาน					
15. พยาบาลได้แนะนำเรื่องการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ท่านจึงปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเสมอตลอดมา					
16. ท่านกำหนดการปฏิบัติของตัวเองไว้ว่าจะปรึกษาแพทย์ทุกครั้ง เมื่อมีอาการตกขาว หรือเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ เนื่องจากแพทย์เป็นผู้ให้ความรู้					
17. ท่านเรียนรู้จากคำแนะนำของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4-6 ชั่วโมงตามปริมาณของประจำเดือนอย่างสม่ำเสมอตลอดมา เพื่อลดการอักเสบ					
18. ท่านปฏิบัติตามพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างอย่างมั่นใจทุกครั้ง เพราะพยาบาลมอบสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อวีดิทัศน์ และเอกสารการปฏิบัติตัวให้					
19. ท่านทำจิตใจให้สดชื่นแจ่มใสทุกวัน เพราะพยาบาลอธิบายให้ท่านเข้าใจว่าความเครียดเป็นสาเหตุที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ และส่งเสริมการเกิดโรคมะเร็ง					

หัวข้อ	(5) มากที่สุด	(4) มาก	(3) ปานกลาง	(2) น้อย	(1) น้อยที่สุด
20. ท่านกำหนดการปฏิบัติของตนเองไว้ว่า จะปรึกษาพยาบาลทุกครั้งที่มีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้					
ความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหา					
21. ท่านล้างมือด้วยน้ำสบู่ก่อนและหลังการขับถ่าย การปฏิบัติเช่นนี้จะช่วยลดโอกาสการติดเชื้อที่อวัยวะสืบพันธุ์					
22. ท่านไม่สวมใส่กางเกงยีนที่คับแน่นในทุกวัน เมื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพราะมีโอกาสเกิดการเสียดสีกับผิวหนังและเกิดการติดเชื้อได้ เนื่องจากผิวหนังเปิด					
23. ท่านเข้าใจดีว่าอาหารโปรตีนประเภทปิ้งย่าง มีสารก่อมะเร็งท่านจึงไม่รับประทานอาหารประเภทนี้					
24. การสวมใส่กางเกงชั้นในซ้ำๆ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่อวัยวะสืบพันธุ์ได้ ท่านจึงเปลี่ยนกางเกงชั้นในทุกครั้งหลังการอาบน้ำ					
25. ท่านใช้ผ้าอนามัยที่สะอาดตลอดเวลา โดยเมื่อเข้าห้องน้ำต้องเปลี่ยนทุกครั้งเพื่อป้องกันการอับชื้นซึ่งส่งผลให้เกิดการกักขังของเชื้อโรคใดๆ ได้					
26. ท่านคิดว่าเป็นเรื่องน่าอายเมื่อต้องเข้ารับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกกับแพทย์ ท่านจึงหลีกเลี่ยงไม่เข้ารับการตรวจ					

หัวข้อ	(5) มากที่สุด	(4) มาก	(3) ปานกลาง	(2) น้อย	(1) น้อยที่สุด
27. ท่านจะใช้กางเกงชั้นใน ในเวลากลางวัน และกางเกงชั้นใน ในเวลากลางคืนคนละตัวกัน และใช้ตัวใหม่ทุกครั้ง เพื่อลดการติดเชื้อที่อวัยวะสืบพันธุ์					
28. ท่านให้กำลังใจตนเองเมื่อท่านสามารถออกกำลังกาย จนร่างกายมีเหงื่อซึม อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์					
29. ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อ นม ไข่ และพืชจำพวกถั่วทุกวัน เพราะมีสารอาหารที่เป็นส่วนประกอบหลักของการสร้างภูมิคุ้มกันต้านโรคในร่างกาย					
30. ท่านเลือกรับประทานผักทุกมื้ออาหาร เพราะผักมีกากใยช่วยให้ขับถ่ายได้ดี ช่วยนำสารพิษที่อาจเป็นสารก่อมะเร็งออกจากร่างกายได้					

ภาคผนวก จ

หนังสือขอความอนุเคราะห์พัฒนาเครื่องมือวิจัย





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนลาซาลใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 6304 (-12) โทรสาร 0 2675 6313
19 South Sathon Rd. Yannawa Sathon Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 6304 (-12) Fax. (662) 675 6313



ที่ 2.ชล.83000/1017

5 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. แบบสอบถาม จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสุณี คงคุ้ม นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล กำลังดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมคุณภาพของเพนเคอร์ และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการนี้ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เข้ารับการรักษาภาวะมะเร็งปากมดลูกและมีผลตรวจปกติ จำนวน 30 คน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2556 ด้วยการตอบแบบสอบถาม การรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก โดยนักศึกษจะเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเอง ทั้งนี้การวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบด้านจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสุณี คงคุ้ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.สมศรี สุนทร)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

หมายเหตุ : ติดต่อนักศึกษาโดยตรงได้ที่ 081-7521962

พนทล



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนลาดพร้าว แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ อ 2675 5304 (-12) โทรสาร อ 2675 5313
19 South Sathorn Rd, Yananawa Sathorn Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304 (-12) Fax. (662) 675 5313



ที่ ว.ชส.83000/(ว)0979

5 สิงหาคม 2556

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย
เรียน สำนักผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรามคำแหง
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ

ด้วย นางสุนี คงคุ้ม นักศึกษาปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
การพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง “ผลการใช้รูปแบบการบริการ
การพยาบาลที่บูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ และแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความแออัดทาง
ทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์
บุญญาภรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการนี้สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษารอเรียนเชิญ คุณสุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ
เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสุนี คงคุ้ม และ
ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร. สมศรี สุ่มสร)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : คุณสุธีรา จักรกุล เหลืองสุขเจริญ

ผู้ประสานงาน : สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ อ 2675 5304 (-12) ต่อ 63117

โทรสาร อ 2675 5313

พน/ธส

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสุณี คงคุ้ม
วัน เดือน ปี เกิด	31 พฤษภาคม 2516
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลศิริราช ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (พ.ศ.2539)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคามิลเลียน กรุงเทพมหานคร

