



ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ
ของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก



สุภาภรณ์ ปาสาจะ

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ
ของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก



สุภาภรณ์ ปาสาจะ

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์



**EFFECT OF THE USE OF NURSING SERVICE MODEL THAT
INTEGRATES HEALTH BELIEF MODEL ON HEALTH
LOCUS OF CONTROL PERCEIVED BY WOMEN
WHO ARE AT RISK OF CERVICAL CANCER**



SUPAPORN PASAJA

**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 2013

Copyright Belongs to Saint Louis College

สารนิพนธ์

เรื่อง

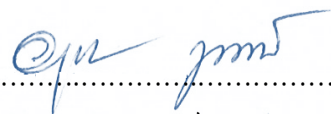
ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้
ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
วันที่ 27 สิงหาคม 2556



.....
สุภาภรณ์ ปาสาจะ

ผู้วิจัย



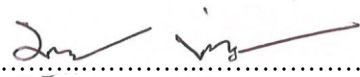
.....
พลเรือตรีหญิงดร. อนงค์นุช ภูยานนท์, ค.ด.

ประธานคณะกรรมการสอบสารนิพนธ์



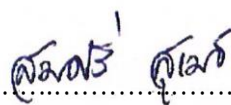
.....
รองศาสตราจารย์ดร. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



.....
ดร. มนสภรณ์ วิฑูรเมธา, ค.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



.....
ดร. สมศรี สุขเมธ, ศ.ด.

รักษาการรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ



.....
เรือโทหญิงดร. แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์, Ph.D.

ประธานหลักสูตร

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ รศ.ดร. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอดจนผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ พลเรือตรีหญิง อนงค์นุช ภูยานนท์ ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์และกรรมการสอบสารนิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาช่วยชี้แนะข้อบกพร่องและให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้มีความน่าเชื่อถือและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ดร.สุภาวী อวสกุลสุทธิ ดร.พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อ และดร.มนสภรณ์ วิฑูรเมธา ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านหม้อ โรงพยาบาลคอนพลู โรงพยาบาลหนองโดน และโรงพยาบาลหนองแซง ที่กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณพี่ๆ ร่วมรุ่น 10/ 1 และพี่ๆ น้องๆ รุ่นพี่หลักสูตรหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ให้ความรัก ความห่วงใยให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจซึ่งกันและกันด้วยดีตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณสามี และบุตรธิดาที่เป็นพลังอันยิ่งใหญ่ ให้กำลังใจสนับสนุนและให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบอบแด่บิดา มารดา ตา ยาย ที่ได้อบรมเลี้ยงดู สั่งสอน ห่วงใยและส่งเสริมความก้าวหน้าตั้งแต่ต้นจนประสบความสำเร็จในวันนี้ คณะอาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาแก่ศิษย์ พี่ๆ น้องๆ ร่วมวิชาชีพ และทุกๆ ท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

สุภาภรณ์ ปาสาจะ

เลขประจำตัวผู้วิจัย	: 010301023; สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล; พย.ม., (การบริหารการพยาบาล)
ชื่อนักศึกษา	: สุภาภรณ์ ปาสาจะ
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาไทย)	: ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก
ชื่อสารนิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ)	: EFFECT OF THE USE OF NURSING SERVICE MODEL THAT INTEGRATES HEALTH BELIEF MODEL ON HEALTH LOCUS OF CONTROL PERCEIVED BY WOMEN WHO ARE AT RISK OF CERVICAL CANCER
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์	: รองศาสตราจารย์ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, Ed.D.
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมสารนิพนธ์	: แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์, ค.ศ.
คำสำคัญ	: รูปแบบการบริการการพยาบาล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก
จำนวนหน้า	: 147 หน้า

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีอายุ 35-55 ปี ที่สมรสแล้วปัจจุบันอยู่กินกับสามี ในเขตจังหวัดสระบุรี ที่คัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงด้วยกำหนดคุณสมบัติลักษณะ จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 10 คน เครื่องมือในการดำเนินการทดลองคือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล โดยจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ส่วนกลุ่มควบคุมใช้รูปแบบการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค และเครื่องมือการรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (Wallston and Wallston, 1978) เครื่องมือทั้งสองอย่างนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Wilcoxon-Signed Ranks Test และ Mann-Whitney U Test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

ผลการวิจัยพบว่า: 1) การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการบริการการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 2) การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับการบริการตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งโดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2

ACADMIC CODE	: 110301023; NURSING ADMINISTRATION; M.N.S., (NURSING ADMINISTRATION)
ACADMIC CODE	: SUPAPORN PASAJA
TITLE OF THEMATIC PAPER	: EFFECT OF THE USE OF NURSING SERVICE MODEL THAT INTEGRATES HEALTH BELIEF MODEL ON HEALTH LOCUS OF CONTROL PERCEIVED BY WOMEN WHO ARE AT RISK OF CERVICAL CANCER
THEMATIC PAPER ADVISOR	: ASSOC. PROF. PUANGRAT BOONYANIRAK, Ed.D.
THEMATIC PAPER CO-ADVISOR	: KAEWTAWAN SIRILUKKANANAN, Ph.D.
KEY WORDS	: NURSING SERVICE MODEL, HEALTH BELIEF MODEL, HEALTH LOCUS OF CONTROL, WOMEN WHO ARE AT RISK OF CERVICAL CANCER
	: 147 PAGES

ABSTARCT

The purpose of this quasi-experiment research were to study and compare means scores of perception of health locus of control perceived by women who are at risk of cervical cancer, who live in Saraburi Province in the control group and the experimental group of 10 people with a specific set of features. Tool in the study were the nursing service model that integrates the concept of health belief model base on Becker (Becker, 1974) in the use of the nursing process in primary health care unit in hospital by providing a practical guide for nurses. In the control group who received nursing service model aimed at disease screening services. Data collection instruments were perception of health locus of control of women who are at risk of cervical cancer (Wallston and Wallston, 1978). The experimental instrument and the questionnaires were test for content validity by 3 experts and coefficient alpha of Cronbach was .93. Analyzed using Wilcoxon-Signed Ranks Test and Mann-Whitney U Test to compare mean scores on the perception of health locus of control of the control group and the experiments group.

The study results indicated as follows: 1) The perception of health locus of control of the control of women who are at risk of cervical cancer after receiving nursing service model of nursing that integrates the concept of health belief model higher than women who are at risk of cervical cancer control group who received nursing service model aimed at disease screening services. Both overall and each aspect, Statistically the 0.05 significant level, according to the hypothesis 1. 2) Their perception of health locus of control of the control of women who are at risk of cervical cancer after received nursing service model that integrated the concept of health belief model higher than before using. Statistically the 0.05 significant level, according to the hypothesis 2.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
สารบัญ.....	ค
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่.....	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	3
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
1.4 แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	5
1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	6
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	9
2.2 การพยาบาลและแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก.....	13
2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ.....	23
2.4 รูปแบบการบริการการพยาบาล.....	26
2.5 การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก...	29
2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก.....	30
2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	32
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	34
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	34

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ (ต่อ).....	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ).....	
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	37
3.3 จริยธรรมการวิจัย.....	60
3.4 วิธีดำเนินการทดลอง.....	61
3.5 การรวบรวมข้อมูล.....	67
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	68
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
ส่วนที่ 1 ระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมก่อน.....	72
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test.....	81
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้วยสถิติ Wilcoxon-Signed Ranks Test.....	87
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	94
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	96
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	97
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	102
บรรณานุกรม.....	103
ภาคผนวก.....	110
ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	111
ข เอกสารรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและแบบบันทึกสถิติของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัย.....	113

สารบัญ (ต่อ)

ภาคผนวก (ต่อ).....	หน้า
ค โครงการอบรมวิชาการ เรื่อง รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก.....	116
ง คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก.....	120
จ (ตัวอย่าง) แบบสอบถาม การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งปากมดลูก.....	139
ฉ (ตัวอย่าง) หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย.....	142
ช (ตัวอย่าง) หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการพัฒนาเครื่องมือการวิจัยและหนังสือขอความ อนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	144
ประวัติผู้วิจัย.....	147



สารบัญตาราง

ตารางที่.....	หน้า
1 แสดงการจัดกลุ่มตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา.....	35
2 แสดงจำนวนและร้อยละของสตรีกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ.....	36
3 แสดงการบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก.....	39
4 แสดงกิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก.....	48
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยรวมและรายด้าน.....	72
6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยรวมและรายข้อ.....	73
7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยรวมและรายด้าน.....	76
8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยรวมและรายข้อ.....	77
9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยรวมและรายด้าน.....	81

สารบัญตาราง

[illegible]

สารบัญตาราง

ตารางที่ (ต่อ).....	หน้า
16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาล ที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ.....	91



สารบัญภาพ

ภาพที่.....	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	33
2 ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง.....	70



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกพบมากที่สุดเป็นลำดับที่สองของโรคมะเร็งในผู้หญิงทั่วโลก โดยคิดเป็นร้อยละ 15 ของการเกิดโรคมะเร็งในผู้หญิงทั้งหมด (WHO, 2010; cited in Yu-Yun Hsu et al, 2011, p. 297) มากกว่าร้อยละ 80 พบในประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในเพศหญิง (วิทยุศาสตร์ก สขศิรินาศสกุล และดวงใจ หมั่นสาร, 2555, น. 1) เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียและผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ แต่ก็เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ด้วยการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค และการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อค้นหาและเริ่มรักษาให้หายขาดได้ (สาคร นันทโกวัฒน์, 2552, น. 1-2) นโยบายการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกในอดีตเน้นการตรวจคัดกรองโรคเป็นหลัก ให้ความสำคัญกับการป้องกันปฐมภูมิน้อย (จิตติ หาญประเสริฐพงษ์ และสายบัว ชี้อริยา, 2554, น. 20) ปัจจุบันความครอบคลุมของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงยังต่ำกว่าเกณฑ์ จำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจพบว่าสตรีที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 63.87 มีความวิตกกังวลกลัวผลการตรวจผิดปกติ ร้อยละ 50 และคิดว่าสตรีที่แต่งงานแล้วไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองถึงร้อยละ 34.61 ส่วนสตรีที่ไม่เคยมาตรวจคัดกรองเลยส่วนใหญ่บอกว่าอายหมอ ร้อยละ 62.21 และกลัวเจ็บ ร้อยละ 21.73 (เสาวลักษณ์ ลัจจา, 2551, น. 3) ปัจจัยเหล่านี้ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเข้าสู่ระบบบริการล่าช้า ตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในระยะที่ลุกลามไปมากแล้ว ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงจึงควรมีแนวทางปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงและสร้างสรรค์ และควรเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่สำคัญของพยาบาล เพราะพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสตรีเป็นเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ย่อมมีความเข้าใจสตรีดีกว่าผู้อื่น จึงเป็นบุคคลที่สามารถช่วยเหลือสตรีได้มากกว่าผู้อื่น (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536, น. 288-289) การจัดรูปแบบการบริการการพยาบาล โดยนำแนวคิด/ทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ในลักษณะที่เข้าใจในมิติด้านสังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณของสตรี (สมจิต ปทุมานนท์ และคณะ, 2538, น. 202) โดยการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพส่วนบุคคลจะเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลในการพัฒนากลยุทธ์การส่งมอบบริการด้านสุขภาพ (Boonyanurak, 1985, p. 114)

ผู้วิจัยพบทวนรูปแบบการบริการการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติต่อสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกพบว่า ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีแป็บสเมียร์ (Pap smear) ด้วยการมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขติดตามสตรีกลุ่มเสี่ยงในละแวกบ้านที่รับผิดชอบเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาล ตามวันและเวลาที่คลินิกตรวจมะเร็งปากมดลูกกำหนด หรือเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้านตามกำหนดวันและเวลาที่ออกหน่วยบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน พร้อมแจกเอกสารความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจแป็บสเมียร์ให้ โดยไม่มีกิจกรรมการพยาบาลที่สร้างความเข้าใจถึงสภาพความเสี่ยงที่คุกคามต่อสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงเฉพาะราย ส่งผลให้สตรีกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก หนทางที่จะแก้ปัญหานี้ให้ประสบความสำเร็จได้นั้น ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

ความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องโดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคเมื่อรับรู้ถึงภาวะคุกคามต่อสุขภาพ (Becker, 1974 cited in Pender et al., 2011, p. 38) ความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ทุกด้านในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ (จำปี ช่างวัฒนา, 2551, น. 147) นอกจากนี้ยังพบว่าความเชื่อในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายการติดตามพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและการจำกัดอาหารที่สำคัญของนักศึกษาจิตวิทยาหญิง (Nejad, Wertheim & Greenwood, 2005, p. 63-74) สอดคล้องกับศรัณยา เพิ่มศิลป์ (2554, น. 112-113) ที่พบว่าหลังการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลต้องคำนึงถึงความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ (Health locus of control) ซึ่งเชื่อว่าภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้อำนาจควบคุมของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น ความเชื่ออำนาจโอกาส (Wallston, K., Wallston, B., & Devellis, 1978, p. 169-170) มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะแสดงพฤติกรรมในทางบวก (Wallston, K., Wallston, B., & Devellis, 1978, p. 110-112) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและการควบคุมมะเร็งเต้านม ทำนายได้ด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการควบคุมมะเร็งเต้านมแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Jennifer L Rowe, et al., 2005, p. 33-39) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (จิตรา ยอดอินทร์, 2549, น. 93)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจการจัดรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) และแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อจัดบริการแก่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Wallston, K., Wallston, B., & Devellis (1978) โดยมีความเชื่อว่าตนเองจะป่วยหรือไม่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของตนเอง จึงปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก

1.2 คำถามการวิจัย

- 1) ระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และรูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค เป็นอย่างไร
- 2) การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค หรือไม่
- 3) การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และรูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค
- 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค
- 3) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1.4 แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการบริการการพยาบาลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก มีเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ที่มุ่งเน้นให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ Wallston, K., Wallston, B., & Devellis (1978) กล่าวว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จะแสดงพฤติกรรมในทางบวก และมีความเชื่อว่าอำนาจควบคุมด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตนเอง การจะมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของตนเอง ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพ จะมีความเชื่อว่า บุคลากรทางการแพทย์หรือการสาธารณสุขจะเป็นผู้ควบคุมภาวะสุขภาพทำให้บุคคลมีสุขภาพดี และผู้ที่มีความเชื่ออำนาจโอกาส จะมีความเชื่อที่ว่า การมีสุขภาพดี หรือการเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเนื่องจากโชคชะตา หรือตามโอกาสโดยที่บุคคลไม่สามารถควบคุม หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้ ดังนั้นสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จะมีความเชื่อว่าอำนาจควบคุมด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตนเองการจะป่วย หรือไม่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของตนเอง จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การศึกษาของสุววิวรรณ กิจสมัคร (2539, น. 158) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของสตรีหลังคลอดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน - ภายนอกตนด้านสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มารับบริการในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลรามารับดี พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน และความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์กันในทางบวก แสดงว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองได้ดี (จิตรา ยอดอินทร์, 2549, น. 93)

การที่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกจะมีความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องและปลอดภัยจากโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น ย่อมมีปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้มีความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพหลายประการ การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการมีความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และเนื่องจากการรับรู้ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจในเรื่องราวต่างๆ ที่ผ่านกระบวนการตีความหรือการแปลความหมายของร่างกายต่อการสัมผัสสิ่งเร้าภายนอกรอบตัวบุคคลโดยอาศัยประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้เป็นเครื่องช่วย ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลเกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกมา (King, 2002; Webster, 1999:

1068; Huffman, 1995 อ้างในสาคร นันทโกวัฒน์, 2552, น. 32-33) สำหรับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยง เป็นความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง เมื่อเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นกับตัวเอง เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก สตรีกลุ่มเสี่ยงบางรายไม่มีอาการผิดปกติจึงคิดว่าตนเองไม่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก จึงไม่ปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก ศรีธนา เพิ่มศิลป์ (2554) และพัสดราภรณ์ แยมเม่น (2554) ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ไปศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกให้ปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก จำเป็นต้องได้รับการบริการการพยาบาลที่ บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงสนใจในการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก มาใช้ในสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ กระทำพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยความเข้าใจถึงคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง สามารถเลือกปฏิบัติและควบคุมการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง จากแนวเหตุผลดังกล่าวจึงกำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้

- 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค
- 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ชนิดที่ศึกษาสองกลุ่มที่มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Two Groups Pretest – Posttest Design) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีการจัดกระทำกับกลุ่มทดลอง คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ในพื้นที่ตำบลบ้านหม้อ อำเภอบ้านหม้อ จังหวัดสระบุรี และกลุ่มควบคุม คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ในพื้นที่ตำบลคอนพุต อำเภอดอนพุต จังหวัดสระบุรี

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัย คือ

ประชากร คือ สตรีอายุระหว่าง 35-55 ปี ที่สมรสแล้ว ปัจจุบันอยู่กินกับสามี จังหวัดสระบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีอายุระหว่าง 35-55 ปี ที่สมรสแล้ว ปัจจุบันอยู่กินกับสามี จำนวน 20 ราย โดย สตรีอายุระหว่าง 35-55 ปี ที่สมรสแล้ว ปัจจุบันอยู่กินกับสามี ตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัด สระบุรี 10 รายเป็นกลุ่มทดลอง และสตรีอายุระหว่าง 35-55 ปี ที่สมรสแล้ว ปัจจุบันอยู่กินกับสามี ตำบลคอนพุท อำเภอคอนพุท จังหวัดสระบุรี 10 รายเป็นกลุ่มควบคุม

2) ตัวแปรในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1) ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และรูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค

2.2) ตัวแปรตาม คือ การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรค มะเร็งปากมดลูก

1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ชุดของ กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติต่อสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปาก มดลูก โดยมุ่งที่การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค จากการค้นหาและสร้างความเข้าใจปัจจัยที่สัมพันธ์กับ การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศของสตรีกลุ่ม เสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของโรค สนับสนุนส่งเสริมด้วยการได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ และคำแนะนำจากบุคคลอื่น เมื่อรับรู้ภาวะคุกคาม ของโรคสูงขึ้นจะไปมีผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ทั้งนี้การรับรู้ประโยชน์ต้องเหนือกว่า การรับรู้อุปสรรคจึงจะเพิ่มพูนพฤติกรรมป้องกันโรค โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) ชุดของกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งระบุวิธีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมที่ 2 สร้างความเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่มีส่งเสริม พฤติกรรมป้องกันโรค

กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค

กิจกรรมที่ 4 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อที่เชื่อมโยงหรือมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมที่ 5 บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค หมายถึง การให้บริการการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยการมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ตามการระบุงานที่รับผิดชอบ ภายใต้นโยบายควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่มุ่งเน้นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีแป็บสเมียร์ การให้บริการการพยาบาลมุ่งพัฒนากระบวนการชักชวนสตรีกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจแป็บสเมียร์เป็นหลัก มีกิจกรรมการให้บริการการพยาบาล ดังนี้

1) ติดตามสตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกโดยมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ติดตามติดตาม พร้อมแจกเอกสารความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และการตรวจแป็บสเมียร์

2) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.1) ชักประวัติตามแบบบันทึกตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.2) ตรวจแป็บสเมียร์ให้กับสตรีกลุ่มเสี่ยง

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก เกี่ยวกับความมั่นใจในความรู้และความสามารถของตนเองในการเลือกกระทำพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก และควบคุมการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ด้วยความเข้าใจถึงคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของ Wallston, K., Wallston, B., & Devellis (1978) ประกอบด้วยความเชื่อ 3 ด้าน ดังนี้

1) **การรับรู้ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ** หมายถึง ความรู้สึกและความคิดของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก เกี่ยวกับความมั่นใจในความรู้ความสามารถที่มีอยู่ในตนเองที่จะไปตัดสินใจการกระทำพฤติกรรมสุขภาพโดยมุ่งหวังที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี ซึ่งจะไปปรากฏที่การดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก

2) **การรับรู้ความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ** หมายถึง ความรู้สึกและความคิดของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก เกี่ยวกับความมั่นใจในความรู้ความสามารถของบุคลากรทางสุขภาพ จึงปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่บุคลากรทางสุขภาพกำหนดให้กระทำด้วยความเชื่อมั่นว่าปฏิบัติตามได้ และเมื่อมีข้อสงสัยหรือปัญหาทางสุขภาพจะปรึกษาบุคลากรทางสุขภาพเสมอ

3) **การรับรู้ความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ** หมายถึง ความรู้สึกและความคิดของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก เกี่ยวกับปัจจัยหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวันที่จะนำตนเองไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพที่จะเกิดผลกับตนเอง

ทั้งทางบวกและทางลบ โดยสามารถเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกเพื่อให้เกิดผลดีกับสุขภาพได้ ด้วยความเข้าใจในสถานการณ์ทางสุขภาพของตนเอง

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลวิชาชีพในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ และสามารถวางแผนการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้ทฤษฎีการพยาบาลในการจัดบริการการพยาบาลแก่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
- 3) เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการการพยาบาลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านหมอ
- 4) เป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิด/ ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญ เสนอเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2.2 การพยาบาลและแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ

2.4 รูปแบบการบริการการพยาบาล

2.5 การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาในปี 1950 เพื่ออธิบายว่าทำไมคนบางคนที่ไม่เจ็บป่วยจึงปฏิบัติการป้องกันการเจ็บป่วยในขณะที่คนอื่นๆ ไม่ทำ (Champion & Skinner, 2008; Rosenstock, 1960) รูปแบบได้รับการพัฒนาในช่วงเวลาที่สาธารณสุขมีความกังวลเกี่ยวกับความไม่เต็มใจที่จะยอมรับการตรวจคัดกรองวัณโรค การตรวจคัดกรองในการตรวจหามะเร็งปากมดลูก การสร้างภูมิคุ้มกันโรค และมาตรการป้องกันอื่นๆ ที่มักจะฟรีหรือเสียค่าใช้จ่ายน้อย แบบแผนถูกมองว่าเป็นประโยชน์มากในการทำนายว่าบุคคลจะใช้หรือไม่ใช้มาตรการป้องกันและคำแนะนำ การปฏิบัติที่อาจเพิ่มความตั้งใจของบุคคลที่ทนต่อการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาจากทฤษฎีความคาดหวัง-คุณค่าของ Lewin และจิตวิทยาสังคม (Lewin, Dembo, Festinger, & Sears, 1944) มีแนวคิดช่วงชีวิตของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยพื้นที่ส่วนต่างๆ มีทั้งส่วนที่เป็นแรงด้านลบ แรงด้านบวก และส่วนที่เป็นกลาง ความเจ็บป่วยเกิดจากส่วนที่เป็นแรงด้านลบพยายามผลักดันให้บุคคลเคลื่อนหนีออกจากส่วนที่เป็นแรงด้านบวก พฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคเป็นกลยุทธ์เพื่อหลีกเลี่ยงแรงด้านลบของความเจ็บป่วย แบบแผนได้รับการแก้ไขโดย Becker มีรายละเอียดดังนี้

(1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคร้ายหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ

(2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค

(3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

(4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

(5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มีมากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker & Mailman (1975) ได้กล่าวว่าเพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้านคือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

(6) **ปัจจัยร่วม (Modifying factors)** เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง บรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

(7) **แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)** หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

มีหลักฐานแสดงให้เห็นว่าบุคคลจะกระทำจาก 2 เงื่อนไข : (1) รับรู้ถึงภาวะคุกคามต่อสุขภาพส่วนบุคคลและ (2) เชื่อมั่นในประโยชน์ของการปฏิบัติการปกป้องสุขภาพมากกว่าอุปสรรคที่พบ ความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยงส่วนบุคคลร่วมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่เฉพาะสร้างระดับของภาวะคุกคามหรือแรงดันลบของความเจ็บป่วย การรับรู้ความเสี่ยงสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ลึกซึ้งของแต่ละบุคคลถึงความเปราะบางส่วนบุคคลหรือความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพที่ได้รับอาจถูกตัดสินโดยระดับของความตื่นตัวทางอารมณ์ที่สร้างขึ้นโดยความคิดของการมีโรค หรือโดยแพทย์ อาการ หรือความยากลำบากทางสังคม (ชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัว) บุคคลเชื่อว่าภาวะสุขภาพที่ได้รับสร้างได้ด้วยตนเอง การรับรู้ประโยชน์เป็นความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการกระทำตามคำแนะนำในการป้องกันภาวะคุกคามสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้เชิงลบที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย อันตราย ความไม่ราบรื่น ความไม่สะดวก ระยะเวลาที่ต้องการ ตัวชี้นำการกระทำกิจกรรมภายในหรือภายนอก สิ่งกระตุ้นการกระทำ เช่น ด้านกายภาพ หรือเหตุการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ เช่น ตัวแปรด้านประชากร สังคม จิตวิทยา และโครงสร้าง เช่นเดียวกับตัวชี้นำการกระทำส่งผลกระทบต่อแนวโน้มการกระทำทางอ้อมผ่านความสัมพันธ์ของพวกเขากับการรับรู้ภาวะคุกคาม อย่างไรก็ตามมีการวิจัยจำนวนน้อยนักที่ดำเนินการเกี่ยวกับความสำคัญของตัวชี้นำการกระทำ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ยังคงถูกนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเช่นเดียวกับพฤติกรรมตามบทบาทของผู้ป่วย ทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Norman & Brain, 2005) การใช้ถุงยางอนามัย (Hounton, Carabin, & Henderson, 2005) การตรวจคัดกรอง (Wai et al., 2005) และความตั้งใจลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Sullivan et al., 2008) การทบทวนก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นมิติแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอำนาจมากที่สุดในการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการป้องกันต่างๆ ตามการรับรู้ความเสี่ยง (Champion & Skinner, 2008) โดยทั่วไปทั้งสองปัจจัยเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดของพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับรู้ความรุนแรง

และอุปสรรคเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดสำหรับบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วย (Armitage & Conner, 2000) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการทดสอบบางส่วนในการศึกษาเชิงปฏิบัติการในผู้สูบบุหรี่ซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงเป็นเป้าหมาย โดยไม่คำนึงถึงความสนใจในการเลิกสูบบุหรี่ (McClure, Ludman, Grothaus, Pabiniak, & Richards, 2009) กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาที่ออกแบบเองโดยใช้การป้อนข้อมูลพื้นฐานทางชีวภาพสั้นๆ ไม่มีแนวโน้มที่จะเลิกสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นไปได้ว่ากลุ่มควบคุมยังได้รับการปฏิบัติที่มุ่งเน้นสุขภาพดังนั้นทั้งสองกลุ่มจึงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

Rosenstock, Stretcher, and Becker (1988) นำเสนอการขยายขององค์ประกอบการรับรู้อุปสรรคที่จะต้องพิจารณาความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของคนที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Self-efficacy) เป็นตัวแปรอธิบายและจะรวมอยู่ในการปฏิบัติตามรูปแบบ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาครั้งแรก มีไว้สำหรับการประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมเพียงครั้งเดียว เช่น การสร้างภูมิคุ้มกันโรค อย่างไรก็ตามการประยุกต์ใช้รูปแบบกับความเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่และการปฏิบัติทางเพศที่ไม่ปลอดภัย จำเป็นต้องสนใจการรับรู้ความสามารถของแต่ละบุคคล สมรรถนะแห่งตน มีส่วนร่วมในพฤติกรรมป้องกันโรคต่างๆเป็นระยะเวลานาน การขาดงาน แนวคิดความรู้ความเข้าใจทางสังคมได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ในรูปแบบ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นโดยรวมสมรรถนะแห่งตนไว้ด้วย เริ่มทดสอบโดย Norman & Brain (2005) ที่ใช้รูปแบบในการทำนายการตรวจเต้านมด้วยตนเองและพบว่าผู้หญิงที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่บ่อยรายงานว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ การรับรู้อุปสรรคทางอารมณ์มากขึ้น และการรับรู้ประโยชน์น้อยกว่า ในการศึกษาอื่นๆ โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้น การรับรู้ประโยชน์ในการออกกำลังกายและสมรรถนะแห่งตนเป็นสองปัจจัยที่สำคัญที่สุดของการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Sullivan et al., 2008) ความตั้งใจที่จะเลือกขนมปังเพื่อสุขภาพได้ศึกษาในสี่ประเทศที่มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มขึ้น (Vassallo et al., 2009) การรับรู้ประโยชน์ เป็นตัวทำนายหลักอย่างมีนัยสำคัญทั้งสี่ประเทศ ตามด้วยการรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนายในสามประเทศ ผลจากการศึกษาเหล่านี้ยืนยันการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันสร้างขึ้นบนแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; เป็นความพยายามที่จะอธิบายแรงจูงใจกับพฤติกรรมสุขภาพตามมุมมองของการป้องกันโรค ในรูปแบบการประเมินภาวะสุขภาพและการประเมินการเผชิญปัญหาเป็นทฤษฎีเพื่อสร้างแรงจูงใจการป้องกันของคน (Rogers, 1983) การประเมินภาวะสุขภาพครอบคลุมถึงการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเปราะบางหรือความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค การประเมินเผชิญปัญหาครอบคลุมถึงสมรรถนะแห่งตนและประสิทธิภาพของการตอบสนอง แนวคิดในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้น (Plotnikoff, Trinh, Coumeya, Karunamunit, & Sigal, 2009) การทำงานต่อไปเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อทดสอบว่ารูปแบบมีประสิทธิภาพมากขึ้นในการอธิบายพฤติกรรมป้องกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ พัสตราภรณ์ แยมเม่น (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของโรคอ้วน การรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคอ้วน การปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีธนา เพิ่มศิลป์ (2554) ที่พบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการมีภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปลี่ยนแปลงค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) ลดลง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาของจำปี ยังวัฒนา (2551) พบว่าปัจจัยนำด้านความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับรู้ทุกด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) และการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆของบุคคลได้เป็นอย่างดี โดยการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค จะผลักดันให้บุคคลเล็งต่อภาวะคุกคามของโรค ทำให้เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัติการป้องกันโรค หรือรู้จักเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด โดยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพยังช่วยสนับสนุนชักนำบุคคลไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง

2.2 การพยาบาลและแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

2.2.1 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก เป็นโรคที่เกิดจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของเซลล์บริเวณปากมดลูกอย่างไม่หยุดยั้งเริ่มจากการระคายเคืองจากสาเหตุปัจจัยต่างๆ ทำให้เซลล์มีการเจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลงรูปร่างจากเซลล์ปกติไปเป็นเซลล์ผิดปกติ (Dysplasia) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ มะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม (Cervical Intraepithelial Neoplasia) และมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม

(Invasive Carcinoma of Cervix) สาเหตุที่แท้จริงของโรคมะเร็งปากมดลูกยังไม่ทราบแน่นอน แต่สาเหตุสำคัญ คือ การติดเชื้อ Human papilloma virus (HPV) (จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2547, น. 4; นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553, น. 202) ส่วนปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ เป็นปัจจัยที่ทำให้มีการติดเชื้อ HPV มากขึ้นหรือง่ายขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

(1) **ปัจจัยเสี่ยงทางนรีเวชวิทยา** เป็นปัจจัยเสี่ยงด้านสตรีที่โดยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ

(1.1) การแต่งงานและการมีเพศสัมพันธ์

(1.1.1) การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (Early sexual intercourse) การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยกว่า 17 ปี โดยเฉพาะในระยะหนึ่งปีแรกหลังจากเริ่มมีระดูมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น เนื่องจากเป็นช่วงที่เซลล์ปากมดลูกมีการกลายรูปจาก Columnar epithelium เป็น Columnar epithelium จึงมีความไวสูงต่อสารก่อมะเร็ง โดยเฉพาะเชื้อเอชพีวี (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531, น. 40; จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2547, น. 5; นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553, น. 202) สอดคล้องกับการศึกษาของ Reeves พบว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 16 ปี มีอัตราเสี่ยงสูงเป็น 2.7 เท่า ของสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกหลังอายุ 22 ปี (ประสิทธิ์ เฟื่องสา, 2536, น. 202; ยุพิน เพียรมงคล, 2547, น. 8)

(1.1.2) พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน (Multiple sexual partners) ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์สูง (High frequency of sexual activity) การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe sex) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553, น. 202) ดังนั้น สตรีที่แต่งงานมากกว่า 1 ครั้ง หรือสตรีที่มีอาชีพบริการทางเพศ จึงมีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกทั้งระยะลุกลามและก่อนลุกลามสูงกว่าสตรีทั่วไป จากการศึกษาของ สิดกานต์ นัดพบสุข และคณะ (2552) ที่พบว่าสตรีที่มีคู่นอนมากกว่า 1 คน มีโอกาสเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่มีคู่นอนเพียง 1 คน หรือไม่มีคู่นอน 4.92 เท่า

(1.1.3) การตั้งครรภ์และการคลอด สตรีที่มีการตั้งครรภ์หลายครั้ง (Multigravida) คลอดบุตรทางช่องคลอดหลายครั้ง (Multiparous) โดยการคลอดบุตรมากกว่า 4 ครั้ง เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก 2-3 เท่า โดยเฉพาะสตรีที่คลอดบุตรมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง ก่อนอายุ 22 ปี ความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจะสูงขึ้นเป็น 4 เท่า (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553, น. 202, จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2547, น. 5-6) ทั้งนี้เนื่องจากกลไกการเกิดมะเร็งอาจเกี่ยวข้องกับการฉีกขาดและการซ่อมแซมปากมดลูกบ่อย (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531, น. 40; จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2547, น. 6; ยุพิน เพียรมงคล, 2547, น. 8)

(1.2) ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สารก่อมะเร็ง (Carcinogens) ที่สำคัญที่สุดของโรคมะเร็งปากมดลูก คือ การติดเชื้อโดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อที่สำคัญได้แก่

(1.2.1) Human Papilloma Virus (HPV) ร้อยละ 99.70 ของมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการติดเชื้อ HPV การติดเชื้อ HPV จัดเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อยที่สุดในโลก (Judson, 1992; Walboomers et. al., 1999) โดยร้อยละ 80 ของมะเร็งปากมดลูกเกิดจาก HPV type 16, 18, 31 และ 45 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุข, 2550, น. 29)

(1.2.2) Herpes Simplex Virus Type 2 (HSV-2) เป็นเชื้อไวรัสที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกหรือลุกลาม โดยเป็นตัวกระตุ้นให้ไวรัสอื่น เช่น HPV ให้มีฤทธิ์ส่งเสริมการเกิดมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้การติดเชื้อยังเกี่ยวข้องกับการสวนล้างช่องคลอดอีกด้วย จากการศึกษาของการ์เดนเนอร์และคณะ (Gardner, et. al., 1991, p. 368-369) พบว่า การสวนล้างช่องคลอดตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้เนื่องจากการสวนล้างช่องคลอดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะกรดด่างในช่องคลอด และทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

(1.2.3) การติดเชื้ออื่นๆ การติดเชื้อคลาไมเดียและเชื้อหนองในแท้เพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อคลาไมเดียเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกชนิดสแควมัส 2.2 เท่า (จุฑพล ศรีสมบูรณ์, 2547, น. 6)

(2) ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย

(2.1) การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ (Circumcision) ในฝ่ายชายจะช่วยลดความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ ทำให้ไม่มี Smegma collection เพราะเชื่อกันว่าใน Smegma มี Infectious organism สำคัญคือ Mycobacteria smegmatis ซึ่งสามารถเปลี่ยน Cholesterol ใน Dead cells เป็น Carcinogen ได้ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531, น. 40; ยูพิน เพ็ชรมงคล, 2547, น. 9)

(2.2) ภรรยาของผู้ชายที่เป็นมะเร็งอวัยวะเพศ (Penile cancer) หรือสตรีที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น (จุฑพล ศรีสมบูรณ์, 2547, น. 7; นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553, น. 203) โดยภรรยาของผู้ชายที่เป็นมะเร็งอวัยวะเพศมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นเป็น 3.6 เท่า ในขณะที่สตรีที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูกมีอัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2 เท่า (ประสิทธิ์ เฟื่องสา, 2536, น. 205; ยูพิน เพ็ชรมงคล, 2547, น. 9)

(2.3) จากการศึกษาลักษณะของสามีผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก (High risk husband) พบว่าสามีผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย

เพื่อหาหญิงบริการทางเพศหรือมีเพศสัมพันธ์กับสตรีหลายคน ภรรยาของชายที่มีคู่นอนมากกว่า 15 คน มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 7.8 เท่า (ประสิทธิ์ เฟื่องสา, 2536, น. 205; ยูพิน เพียรมงคล, 2547, น. 9)

(2.4) หัวของตัวอสุจิ ผู้ชายที่มีลักษณะหัวอสุจิมีโปรตีนชนิดหนึ่ง คือ Protamine ซึ่งมีผลต่อ DNA ของเซลล์ปากมดลูกทำให้เปลี่ยนแปลง Dysplasia ได้ และพบว่า Protamine มีสูงในอสุจิของผู้ชายที่มีเชื้อราทางสัณฐานต่ำ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531, น. 90; ยูพิน เพียรมงคล, 2547, น. 9)

(2.5) ผู้ชายที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์กับสตรีมากกว่า 20 คน ก่อนการแต่งงาน จะทำให้ภรรยามีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงถึง 5.3 เท่าของสตรีทั่วไป (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531, น. 90; ยูพิน เพียรมงคล, 2547, น. 9)

(3) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

(3.1) อายุ มะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของสตรีอายุระหว่าง 35-60 ปี โดยรอยโรคก่อนมะเร็งพบได้บ่อยในสตรีอายุระหว่าง 30-40 ปี พบมากที่สุดในสตรีอายุ 35 ปี (บัณฑิต ชุมวรฐายี, 2550, น. 2) และโรคมะเร็งปากมดลูกพบมากที่สุดในสตรีอายุระหว่างอายุ 45-55 ปี (เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล และคณะ, ม.ป.ป., น. 11)

(3.2) ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มีความชุกของการติดเชื้อ HPV สูงกว่าและมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 5 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547, น. 8; ยูพิน เพียรมงคล, 2547, น. 7; นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553, น. 203) ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะสตรีเหล่านี้ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป รวมทั้งสุขอนามัยทางเพศที่เหมาะสม (ยูพิน เพียรมงคล, 2547, น. 7; นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553, น. 203)

(3.3) การสูบบุหรี่มีสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก โดยความเสี่ยงสูงขึ้น 1.7- 11.2 เท่า ขึ้นกับปริมาณและระยะเวลาที่สูบบุหรี่ สตรีที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่โดยอ้อมก็มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547, น. 7) โดยสตรีที่มีสามีสูบบุหรี่มีความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่สามีไม่สูบบุหรี่ 4.68 เท่า (สิตกานต์ นัคพบสุข และคณะ, 2552, น. 221)

2.2.2 การดำเนินโรค

มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเซลล์เยื่อบุผิวปากมดลูก เรียกว่า เป็น Dysplasia หรือ Atypical dysplasia หรือ Atypical epithelial hyperplasia ซึ่งเกิดขึ้นบริเวณที่เรียกว่า Transformaton zone (T zone) หรือ Squamocolumnar junction คือบริเวณรอยต่อระหว่าง Squamous epithelium กับ Columnar epithelium ที่อยู่โดยรอบ External os เมื่อมีสภาวะที่เหมาะสมจะมีการเปลี่ยนแปลงที่

ผิดปกติต่อไปเป็นคาร์ซิโนมาอินไซตู (Carcinoma in Situ) ดำเนินต่อไปเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (Invasive carcinoma) โดยการเปลี่ยนแปลงจาก dysplasia เป็น CIS ใช้เวลาประมาณ 10 ปี และจาก CIS เป็นระยะลุกลามใช้เวลาประมาณ 14 ปี (จตุพล ศรีสมบุญ, 2547, น. 20)

1) อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยเป็น CIN ไม่มีอาการและอาการแสดงถึงการเกิดโรคหรือความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะ หรืออาจมีอาการแสดงซึ่งเริ่มต้นด้วยมะเร็งในระยะก่อนลุกลามจนถึงมะเร็งระยะลุกลาม ดังนี้ (ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2547, น. 14)

1.1) ไม่มีอาการแสดง เป็นสิ่งที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วย มักพบในระยะก่อนลุกลาม เนื่องจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นยังไม่รุนแรงจึงมักไม่มีอาการแสดง

1.2) มีตกขาวเป็นมูกใส จากปฏิกิริยาของเซลล์แต่ละต่อมบนพื้นผิวปากมดลูกคล้ายกับการอักเสบทั่วๆ ไปและเป็นอาการนำอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ส่วนในระยะลุกลามและระยะท้ายของโรค การแพร่กระจายเกิดจากการติดเชื้อมีการเน่าตายของเซลล์ ทำให้ตกขาวมีกลิ่น

1.3) เลือดออกผิดปกติ หรือการตกเลือดในระยะเริ่มต้น อาจมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดเป็นหยดๆ ในขณะหรือหลังร่วมเพศ เป็นอาการที่เกิดขึ้นจากการฉีกขาดหรือบาดเจ็บของก้อนมะเร็ง แผลถลอกที่ปากมดลูก และในระยะท้ายของโรคจะมีเลือดออกมากกว่าปกติ บางรายอาจออกมากจนซีด ถ้ามะเร็งลุกลามมากจนเกิดการตายของเนื้อเยื่อ ทำให้เลือดออกมามีลักษณะเลือดปนหนอง เนื่องจากการติดเชื้อร่วมด้วย

1.4) การตรวจภายในจะไม่มีลักษณะเฉพาะ แต่อาจพบการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก ลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ได้แก่ ปากมดลูกลักษณะที่เคยมีเพศสัมพันธ์หรือเคยมีบุตรมาแล้ว ปากมดลูกแสดงถึงการมีการอักเสบเรื้อรังและมีแผลถลอก (Erosion) (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531, น. 47)

1.5) อาการเจ็บปวด พบในระยะท้ายของโรค เนื่องจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังเส้นประสาทและอวัยวะต่างๆ เช่น อาการปวดท้องน้อยจากการอักเสบของปากมดลูกจนเกิดการอักเสบของหลอดโลหิตในอุ้งเชิงกราน (Pelvic Thrombophlebitis) หลอดน้ำเหลืองอักเสบ (Lymphagitis)

1.6) อาการมะเร็งระยะสุดท้าย เกิดจากการแพร่กระจายเชื้อของมะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ เช่น กระเพาะปัสสาวะ ต่อม้ำเหลือง กระดูก และปอด เป็นต้น โดยผู้ป่วยจะมีอาการซีด ผอมแห้ง อ่อนเพลีย ปัสสาวะมีเลือดปน เกิดการบวมของขา ไอและเหนื่อยหอบ ต่อม้ำเหลืองบริเวณไหปลาร้า (Supra clavicular node) โต ปัสสาวะอุจจาระเป็นเลือด (นันทนา ธนาโนวรรณ, 2553, น. 208)

2) ผลกระทบจากโรคมะเร็งปากมดลูก

จากลักษณะของโรคที่เป็นโรคร้ายแรง มักจะมีอาการเมื่อโรคลุกลามไปมากแล้ว ทำให้วิธีการรักษายุ่งยาก ต้องใช้เครื่องมือที่ราคาแพง ทั้งยังอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

บางรายเกิดการกลับซ้ำของโรค รักษาไม่หาย ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย ครอบครัว ตลอดจนสังคมและประเทศชาติ

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ไม่ว่าจะอยู่ระยะใดของโรค ไม่ว่าจะมีอาการมากน้อยเพียงใด ผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว ข่มเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากประสบการณ์และความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปว่ามะเร็งเป็นโรคร้ายแรง ที่นำความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายแสง และเคมีบำบัด ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งจากการคาดการณ์เกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงและความตายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต นอกจากจะเกิดความวิตกกังวลและความกลัวดังกล่าวแล้ว ยังเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) อีกด้วย ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนนี้จะเกิดขึ้นในทุกระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ระยะกำลังรักษา และระยะสุดท้ายของโรค จากการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็งปากมดลูกจะเกิดความกลัวการลุกลามของโรคร้อยละ 68.00 กลัวความเจ็บปวดร้อยละ 57.00 กลัวการเสียชีวิตร้อยละ 11.00 (Jirojwong et al., 1994, p. 399-400) ความวิตกกังวลและความกลัวดังกล่าวไม่เพียงแต่จะเกิดขึ้นเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างอีกด้วย ปัญหาสังคมจึงเกิดขึ้นตามมา เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็งปากมดลูกจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสร้อยละ 69.00 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวร้อยละ 26.00 ด้านสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร้อยละ 23.00 (Jirojwong et al., 1994, p. 399-400) นอกจากผลกระทบทางจิตใจและสังคมแล้ว โรคมะเร็งปากมดลูกยังก่อให้เกิดผลกระทบด้านร่างกายโดยตรง

ผลกระทบด้านร่างกายจะมีมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับระยะหรืออาการของโรค ในระยะเริ่มมีอาการ ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50.00 จะมีความสัมพันธ์ทางเพศกับสามีลดลง ร้อยละ 45.00 เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ร้อยละ 35.00 ไม่สามารถออกไปนอกบ้านได้ตามปกติ (Jirojwong et al., 1994, p. 399-400) เมื่อมีอาการมากขึ้นปัญหาความเจ็บปวดข่มเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามมา ซึ่งความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรงและเรื้อรัง บางครั้งเป็นๆ หายๆ แต่ไม่สามารถขจัดความเจ็บปวดให้หายไปโดยเด็ดขาด ความเจ็บปวดในลักษณะนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และนอกจากความเจ็บปวดจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางกายแล้ว ความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากสาเหตุทางจิตใจ ยังเป็นสาเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นอีกด้วย ต่อมาเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็ย่อมมีผลกระทบในด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น

ผลกระทบเนื่องจากวิธีการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยวิธีใดก็อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งสิ้น เช่น การรักษาด้วยรังสีทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อย ส่วนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด อาจประสบปัญหาในเรื่องการตกเลือด

การบาดเจ็บของลำไส้ แผลติดเชื้อหรือแผลแยก ซึ่งความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากขึ้น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดน้อยลง เกิดความรู้สึกรู้สึกขัดแย้งกับจิตใจ มีหน้าที่การรักษาทุกชนิดจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีบุตรหรือมีประจำเดือน ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของการเป็นสตรี ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกด้อยค่าในตนเองร่วมด้วย (Dennerstein et al., 1977; Martin, 1978, p. 305 อ้างใน เรณู พุกบุญมี, 2539, น. 71)

ผลกระทบทางเศรษฐกิจ เมื่อร่างกายอ่อนแอ ประกอบกับสภาพจิตใจที่ไม่เป็นปกติ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวได้ตามปกติ รวมทั้งสามีและญาติของผู้ป่วยต้องเสียเวลาในการประกอบอาชีพจากการพาผู้ป่วยไปรับการรักษาซึ่งต้องใช้เวลาานาน ทำให้รายได้ของครอบครัวลดน้อยลง แต่ต้องเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวตามมา

การสูญเสียสตรีจะทำให้เกิดปัญหาในการดูแลครอบครัว เนื่องจากหญิงไทยเป็นผู้ที่มีความสำคัญทั้งต่อครอบครัวและต่อชาติบ้านเมืองมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ถ้าสตรีในสังคมไทยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจำนวนมาก ย่อมปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทไม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของบุคคลอื่นภายในครอบครัวด้วย (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2551, น. 288)

2.2.3 แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก

แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Control Programmes) ขององค์การอนามัยโลกมีจุดประสงค์เพื่อลดอุบัติการณ์พยาธิภาวะและการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) การป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention) คือ การป้องกันโดยการหลีกเลี่ยงการได้รับสารก่อมะเร็ง การลดหรือการขจัดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก หรือการทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านสารก่อมะเร็งได้ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การหลีกเลี่ยงการมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์แบบปลอดภัย ฯลฯ (จุฑพล ศรีสมบูรณ์, 2547, น. 8) การฉีดวัคซีน HPV โดยเริ่มมีการใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 (ประสงค์ ดันมหาสมุทร และคณะ, 2554, น. 364)

2) การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention) คือ การค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก (Early cancer detection) โดยเน้นการค้นหาในระยะก่อนเป็นมะเร็ง (Preinvasive state) ซึ่งสามารถรักษาได้ผลดี ทั่วโลกได้มีการใช้การตรวจคัดกรองโดยวิธี Papanicolaou Pap smear ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและทำการรักษา Precancerous lesions (จุฑพล ศรีสมบูรณ์, 2547, น. 8; ประสงค์ ดันมหาสมุทร และคณะ, 2554, น. 365)

3) การป้องกันตติยภูมิ (Tertiary prevention) คือ การรักษาโรคมะเร็ง มีจุดหมายตามท้องถ้องการอนามัยโลกกำหนดไว้ คือ เพื่อทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคมะเร็ง มีชีวิตที่ดีอย่างยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แม้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกจะเป็นโรคที่ร้ายแรงและพบบ่อยในสตรีไทย แต่โรคนี้ก็สามารถป้องกันได้ใน 2 ระดับ (จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคณะ, 1995) ดังนี้

(1) การป้องกันมะเร็งปากมดลูกขั้นปฐมภูมิ ได้แก่

(1.1) การปรับปรุงสุขอนามัยส่วนบุคคลโดยการรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศ ของทั้งสามีและภรรยา การทำความสะอาดภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ ในกรณีที่หนังหุ้มปลายอวัยวะเพศของสามีไม่เปิด ควรไปพบแพทย์เพื่อขลิบหนังหุ้มปลายออกเพื่อสะดวกในการทำ ความสะอาด

(1.2) หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย หรือหลีกเลี่ยงการสำส่อนทางเพศ

(1.3) ไม่ควรมีบุตรหลายคน

(1.4) เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มีตกขาวมากหรือมีเลือดออกทางช่องคลอดนอกเหนือจากประจำเดือน เจ็บภายในช่องคลอด ควรรีบปรึกษาแพทย์

(1.5) การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การติดเชื้อเอดส์ (HIV) หรือติดเชื้อไวรัส HPV โดยการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ งดการสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงจากควันบุหรี่

(2) การป้องกันมะเร็งปากมดลูกขั้นทุติยภูมิ

การป้องกันมะเร็งปากมดลูกขั้นทุติยภูมิที่นิยมและแพร่หลายมากที่สุดในปัจจุบัน คือ การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูกหรือการตรวจแป๊ปสเมียร์ เพื่อตรวจค้นหาความผิดปกติของเซลล์ ทำให้สามารถตรวจวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้ (เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล และคณะ, 2547, น. 1)

2.2.4 แนวทางในการดูแลตัวเองให้แข็งแรงและลดปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็ง โดยสมาคมการวิจัยเพื่อป้องกันโรคมะเร็ง (American Institute for Cancer Research)

1) เลือกอาหารที่มาจากพืช

อาหารเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็ง การรับประทานอาหารที่มาจากพืชรวมทั้งการรักษา น้ำหนักที่เหมาะสม และการออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านโรคมะเร็ง เนื่องจาก สารอาหาร วิตามินในพืชสามารถทำให้ร่างกายซ่อมแซมเซลล์ได้ดี ยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง และยังทำลายสารที่จะก่อให้เกิดมะเร็ง นักวิทยาศาสตร์เชื่อว่าการรับประทานผักและผลไม้เพิ่ม 2 หน่วยร่วมกับการออกกำลังกายเพิ่มจะสามารถป้องกันมะเร็งได้ร้อยละ 60-70 เช่น การเปลี่ยนขนมปังธรรมดาเป็นขนมปังธัญพืช

2) รับประทานผักและผลไม้เพิ่ม

อาหารที่รับประทาน ควรจะมาจากพืช 2/3 เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืช ถั่ว ส่วนที่เหลือ 1/3 มาจากเนื้อสัตว์และนม หากรับประทานผักและผลไม้มากจะได้รับสารอาหาร วิตามิน สารต้านอนุมูลอิสระมากขึ้นซึ่งจะต่อสู้กับมะเร็งได้

3) รักษาน้ำหนักที่เหมาะสมและออกกำลังกายเป็นประจำ

น้ำหนักที่เหมาะสมควรอยู่ระหว่างดัชนีมวลกาย 18.5-23.0 บุคคลที่น้ำหนักน้อยก็ต้องรับประทานอาหารเพิ่ม หากรับประทานไม่พอก็ต้องรับประทานอาหารเสริมเพิ่มขึ้น โรคอ้วนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพมากมายสำหรับบุคคลที่มีน้ำหนักเกินต้องรับประทานอาหารน้อยลง วิธีการรับประทานอาหารอย่างฉลาด 1) อ่านฉลากอาหารทุกครั้ง หากปริมาณสารอาหารที่ท่านซื้อมากเกินไปท่านต้องแบ่งอาหารออกมา เพื่อมิให้ได้รับพลังงานเกินไป 2) อย่าอดอาหารเป็นมื้อเพราะจะทำให้รับประทานมากขึ้นในมื้อต่อไป 3) เลือกอาหารว่างอย่างฉลาดควรจะเลือกพวกผักและผลไม้ 4) ให้รับประทานเมื่อท่านหิวเท่านั้น อย่ารับประทานเพราะว่าอร่อย หรือว่ากำลังเหงา ควรหางานอดิเรกทำเพื่อจะได้ไม่รับประทานมากเกินไป

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายแข็งแรง ลดความเครียดได้ ทำให้เจริญอาหาร และการขับถ่ายดีขึ้นวิธีการที่จะเริ่มออกกำลังกายอย่างง่าย ๆ เริ่มที่ละเล็กละน้อยค่อยๆ เพิ่ม อย่าหักโหม เพราะจะทำให้ได้รับบาดเจ็บ การเดินเป็นวิธีที่ดีและง่าย ทำกิจวัตรประจำวันอย่างกระฉับกระเฉง เช่น การขึ้นบันได การเดินทางไปทำงาน การล้างรถหรือถูบ้าน

3) ลดการดื่มสุราและสูบบุหรี่

จากการวิจัยพบว่าการดื่มสุราก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ แต่การดื่มไวน์แดงก็อาจจะให้ประโยชน์ต่อร่างกายเหมือนกับการรับประทานองุ่นเพราะมีสาร Resveratrol หากไม่เคยดื่มสุราก็ไม่มีความจำเป็นต้องเริ่มดื่ม หากจะดื่มสุราก็ให้ดื่มไม่เกิน 1 หน่วยสุรา หากไปงานเลี้ยงก็ไม่ควรใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม

การสูบบุหรี่จะทำให้เกิดมะเร็งได้หลายระบบ การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้ลดการเกิดมะเร็งได้ร้อยละ 30

4) เลือกรับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมันต่ำ

เชื่อว่าอาหารมันและเกลือจะเพิ่มโอกาสเป็นมะเร็งโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัวและไขมัน Transfats (Partially hydrogenated oils) ซึ่งไขมันทั้งสองเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งและโรคหัวใจ แต่มีได้ห้ามรับประทานอาหารมันเพราะอาหารมันก็มีประโยชน์ต่อร่างกายแต่ไม่ควรรับประทานมากเกินไป

5) ปรุงอาหารอย่างถูกต้อง

การปรุงอาหารพวกเนื้อสัตว์โดยเฉพาะการย่างด้วยไฟอุณหภูมิที่สูงจะทำให้เกิดสารก่อมะเร็ง เนื่องจากน้ำมันที่ถูกไฟไหม้จะก่อให้เกิดสาร Polycyclic aromatic hydrocarbons ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง ควรจะเลี่ยงไปใช้วิธีอื่น เช่น การอบ การใช้ Microwave การต้ม การทอดในน้ำ

6) การไม่ล่าส่อนทางเพศ เพราะการมีเพศสัมพันธ์จะทำให้เกิดการติดเชื้อเริ่ม และเชื้อไวรัส โรคเอดส์ ซึ่งทั้งสองโรคดังกล่าวจะทำให้เกิดมะเร็ง

2.2.5 แนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

1) ความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งระบุวิธีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกที่เชื่อมโยงไปสู่การรับรู้ภาวะคุกคามของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยต้องรับรู้ได้ว่าตนเองมีปัจจัยส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศ ที่จะส่งผลไปถึงโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคเฉพาะบุคคล เมื่อมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยใดที่จะส่งผลให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้บ้าง และการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคมอย่างไร จึงจะเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงและคุกคามต่อสุขภาพของตนเอง จึงจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามนั้น โดยต้องเข้าใจว่าการปฏิบัติใดที่จะทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เข้าใจว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสำคัญต่อการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นความรู้ในเชิงการป้องกันที่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกต้องเข้าใจเหตุผลอย่างชัดเจนในการปฏิบัติ และต้องทราบว่าการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นได้แม้เพียงครั้งเดียวที่ละเว้นการปฏิบัติ ดังนั้นสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกต้องเข้าใจเหตุผลการปฏิบัติที่ทำให้ต้องเคร่งครัดต่อการปฏิบัติที่จะไม่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

2) ความเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่มีมุ่งส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง ความเข้าใจเหตุผลอย่างชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมเชิงป้องกันโรคที่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกปฏิบัติ เพื่อลดปัจจัยที่จะส่งเสริมให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และต้องทราบว่าการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา แม้เพียงครั้งเดียวที่ละเว้นการปฏิบัติก็ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ เนื่องจากโรคมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อเอชพีวี ซึ่งมีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อเอชพีวีมากขึ้นหรือง่ายขึ้น สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกควรให้ความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกโดยลดพฤติกรรมเสี่ยง ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศ การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การสังเกตอาการผิดปกติ และการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

ทุกปี โดยเลือกปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองที่มุ่งเน้นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง ความเข้าใจในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และสามารถจัดการกับอุปสรรคเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับสามี

4) ความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อที่เชื่อมโยงหรือมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเข้าใจในปัจจัยส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศที่ส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงร่วมกับความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก จะทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก เลือกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเองตามความรู้และความเข้าใจถึงผลดีของการปฏิบัติ โดยมีสามีร่วมปฏิบัติและผลักดันให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่จะไม่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

2.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ

2.3.1) ความเชื่ออำนาจควบคุม (Locus of control)

ความเชื่อเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ฝังแน่นอยู่ในความคิดและความเข้าใจของบุคคล ความเชื่อมีอิทธิพลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติตามสิ่งที่ตนเชื่อ ทั้งๆ ที่ความเชื่อนั้นอาจไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงก็ตาม ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไป (จิระศักดิ์ เจริญพันธุ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล, 2549, น. 67)

แนวคิดความเชื่ออำนาจควบคุม (Locus of control) มีวิวัฒนาการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย Rotter (1954) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน เนื่องจากความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ อาจจะมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้นๆ ซึ่งไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงก็ได้ Rotter (1966, p. 20-25) ได้สรุปทัศนคติพฤติกรรมเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคน ในเชิงการรับรู้ในผลตอบแทนจากการกระทำของบุคคล โดยแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1.1) ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control) หมายถึง การเสริมกำลังที่มีแหล่งมาจากความประพฤติ และทัศนคติของบุคคลนั้นๆ เป็นความคิดที่ว่าความสำเร็จและความล้มเหลวที่เกิดขึ้นกับตนเป็นผลมาจากความสามารถ ทักษะ หรือการกระทำของตนเอง บุคคลซึ่งมีความเชื่อภายในจะมีความกระตือรือร้น เมื่อประสบความล้มเหลวก็จะมีพยายามเพื่อให้ประสบความสำเร็จ

1.2) ความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External locus of control) หมายถึง การเสริมกำลังที่มีแหล่งมาจากภายนอกบุคคล เป็นความเชื่อที่ว่าความสำเร็จและความล้มเหลวของตนขึ้นอยู่กับโชคกลางความบังเอิญหรือขึ้นอยู่กับอำนาจของบุคคลอื่น บุคคลซึ่งมีความเชื่อภายนอกจะเป็นคนที่เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้น ไม่ค่อยประสบความสำเร็จในชีวิต

Rotter (1966, p. 1) กล่าวว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการกระทำ หรือความสามารถของตนเอง ดังนั้นคนกลุ่มนี้ จะมีความกระตือรือร้นต่อความเป็นไปของสิ่งแวดล้อม มีการแสวงหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External locus of control) นั้น หมายถึง การที่บุคคลรับรู้เหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกที่ตนไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชค ความบังเอิญ หรืออิทธิพลของผู้อื่น คนกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะไม่มีการแสวงหาข้อมูล เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

Rotter (1966, p. 2) ได้อธิบายลักษณะความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนว่า เมื่อบุคคลได้รับผลตอบแทนจากพฤติกรรมอันหนึ่งจะเกิดความคาดหวังว่า จะได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกันจากสิ่งใหม่ในสถานการณ์ที่คล้ายสถานการณ์เดิม ถ้าเหตุการณ์นั้นเป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังไว้ จะทำให้ความคาดหวังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ถ้าผลตอบแทนไม่ได้เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวัง จะทำให้ความคาดหวังของบุคคลลดลง การลดหรือเพิ่มความคาดหวังนี้ จะก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมอย่างหนึ่งก่อน แล้วจึงขยายครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่นๆ ที่คล้ายคลึงกับสถานการณ์เดิมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นบุคลิกภาพที่สำคัญในตัวบุคคล ถ้าประสบการณ์ของบุคคลได้รับการเสริมแรงบ่อยๆ จะทำให้บุคคลเชื่อว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลจากความสามารถหรือทักษะของตนเอง ความเชื่อนี้คือความเชื่ออำนาจภายในตน แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นไม่ได้รับการเสริมแรง จะทำให้บุคคลเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ใช่เป็นผลจากการกระทำของตนเอง แต่เป็นผลจากโชค เคราะห์ ความบังเอิญ หรือสิ่งแวดล้อมบันดาลให้เกิดขึ้น ความเชื่อนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ความเชื่อดังกล่าวจะมีผลย้อนกลับไปสู่ความคาดหวังในผลแห่งพฤติกรรมใหม่ๆ อีก

2.3.2 ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ (Health Locus of Control)

ความเชื่ออำนาจควบคุม (Locus of control) เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาอย่างหนึ่ง ซึ่งได้มีการศึกษาวิจัยทั้งในลักษณะทั่วไป และลักษณะที่สัมพันธ์กับสุขภาพ มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษา

ความเชื่ออำนาจควบคุมกับพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านสุขภาพกับพฤติกรรมบทบาทตามความเจ็บป่วย (Wallston, K., Wallston, B. & Devellis, 1978, p. 107) การศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพนี้ สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมบทบาทตามความเจ็บป่วยได้ พฤติกรรมสุขภาพที่ศึกษา พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจควบคุม โดยผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะแสดงพฤติกรรมในทางบวก (Wallston, K., Wallston, B. & Devellis, 1978, pp. 110-112)

2.3.3 การวัดความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ

นักวิจัยหลายท่านนำแนวคิดความเชื่อควบคุมมาทำนายพฤติกรรมของบุคคลโดยพัฒนาเครื่องมือวัดความเชื่ออำนาจควบคุมมาตั้งแต่ปี 1957 (Phares et al., 1957) มีการศึกษา และดัดแปลงเครื่องมือนี้ มาตลอดจากนักวิจัยหลายท่าน (Jam, 1957; Liverant, 1960; Crown and Marlowe, 1964) แต่การศึกษา ยังไม่สามารถทำนายพฤติกรรมได้แน่ชัด ต่อมา Rotter (1966) ได้ดัดแปลงใหม่เป็น I – E scale (Internal – External Locus of Control Scale) แบ่งความเชื่อเป็น 2 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน และ ความเชื่ออำนาจภายนอกตน เป็นการวัดแบบมิติเดียว (Unidimension) มีเนื้อหาประกอบด้วย ปรชญาณ โยบายการเมือง การปกครอง และสังคมบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน จะมีคะแนนค่อนข้างต่ำ ส่วนบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน คะแนนที่ได้จะค่อนข้างสูง ต่อมา Wallston, Wallston and Devellis (1978, pp. 169-170) ได้ปรับปรุงดัดแปลงเครื่องมือใหม่ เพื่อใช้วัดความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งมีหลายมิติ ชื่อว่า “Multidimensional Health Locus of Control Scale” (MHLC Scale) มี 18 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ คือ 1) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Internal Health Locus of Control) หมายถึงบุคคลมีความเชื่อว่าสุขภาพของตนเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง 2) ความเชื่ออำนาจผู้อื่นในด้านสุขภาพ (Powerful Others Health Locus of Control) หมายถึงบุคคลมีความเชื่อว่าสุขภาพของตนเป็นผลมาจากการควบคุมของผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล และ 3) ความเชื่ออำนาจโอกาส (Chance Health Locus of Control) หมายถึง บุคคลจะมีความเชื่อว่าภาวะสุขภาพของตนเป็นผลมาจากอิทธิพลของโอกาส โชคเคราะห์ หรือความบังเอิญ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจแห่งตนด้านสุขภาพ ได้แก่ จิตรา ยอดอินทร์ (2549) ศึกษาความเชื่ออำนาจภายในตน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของสตรีหลังคลอดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

สรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทางด้านสังคมที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ในการปฏิบัติเพื่อการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดจนการให้ความร่วมมือในการรักษา การปฏิบัติตามคำแนะนำ การแสวงหาความรู้ โดยบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเชื่อว่าการจะมีสุขภาพดี หรือเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของตนเอง บุคคลกลุ่มนี้จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมตามบทบาทผู้ป่วยทางบวกแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตน และสามารถใช้ความรู้ที่ได้มาอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 รูปแบบการบริการการพยาบาล (Nursing Service Model)

การสร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนนั้นผู้รับผิดชอบที่สำคัญยิ่ง คือ บุคลากรพยาบาลทุกระดับซึ่งเป็นผู้ให้บริการการพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการทั้งในโรงพยาบาลในชุมชนและที่บ้าน บุคลากรพยาบาลจึงควรสร้างรูปแบบการบริการการพยาบาลที่สังคมเชื่อมั่นได้ว่าความมีสุขภาพดีของประชาชนจะเกิดขึ้นได้ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2551, น. 103) การบริหารทางการพยาบาลมีความสำคัญในเสริมสร้างอำนาจการหรือจัดให้การบริการการพยาบาลมีคุณภาพยิ่งขึ้น (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2551, น. 89) โดยเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้บริหารทางการพยาบาล (ประพิณ วัฒนกิจ, 2541, น. 78)

2.4.1 รูปแบบการบริการการพยาบาล หมายถึง ชุดของกิจกรรมการปฏิบัติงานที่ออกแบบเป็นคู่มือกำกับให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติในการให้บริการการพยาบาลผู้รับบริการ เพื่อผลลัพธ์ให้ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รูปแบบการบริการการพยาบาลจะต้องตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะสอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ คือ การบริการพยาบาลโดยฐานประชากร (Population-based nursing service) ซึ่งเป็นการบริการแก่ประชาชนที่มีลักษณะเฉพาะกลุ่มทั้งที่มีสุขภาพดี และเจ็บป่วย โดยมีการบริการทั้งในสถานบริการ ในชุมชน และที่บ้านด้วยการมุ่งเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย โดยจัดได้หลายรูปแบบ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2551, น. 261-262) ดังนี้

1) การบริการการพยาบาลแนวส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Nursing Service) เป็นการพัฒนาแบบการบริการการพยาบาลสำหรับผู้ที่มีสุขภาพดี เพื่อการรักษาสุขภาพองค์รวมให้อยู่ใน

สถานะที่มีความสุขสมบูรณ์ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ป้องกันความเสี่ยงและความเจ็บป่วย ทำให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขในครอบครัว ในงาน และในสังคมต่อไป

2) การบริการการพยาบาลแนวป้องกันความเสี่ยง เป็นการให้บริการการพยาบาลแก่กลุ่มเฉพาะในสถานการณ์เฉพาะ เพื่อป้องกันความเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ เช่น กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรมบางชนิด กลุ่มผู้พิการ เป็นต้น

3) การบริการการพยาบาลแนวป้องกันความเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นการให้บริการแก่กลุ่มผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุขโดยสามารถดูแลตนเองด้วยการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานะความเจ็บป่วยโดยไม่ส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วยในทางลบ แต่จะเป็นไปในแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ยาวนานที่สุด ทั้งนี้จะต้องให้บริการการพยาบาลแบบองค์รวมที่มีคุณภาพ

4) การบริการการพยาบาลแนวในระยะพักฟื้น หมายถึง การบริการการพยาบาลหลังระยะวิกฤติ และหลังจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ซึ่งอาจจะเป็นการบริการในสถานบริการหรือที่บ้าน เพื่อช่วยให้สุขภาพได้ฟื้นคืนสภาพสู่สภาวะปกติได้เร็วที่สุดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพให้ตนเองดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

5) สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพรูปแบบเดิมซึ่งมุ่งบริการตรวจคัดกรองโรคยังไม่บรรลุเป้าหมายทางการพยาบาลที่มุ่งหวังให้สตรีกลุ่มเสี่ยงปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรคมีลักษณะดังนี้

5.1) รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค หมายถึง การให้บริการการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยการมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ตามการระบุงานที่รับผิดชอบ ภายใต้นโยบายควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่มุ่งเน้นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีแป็บสเมียร์ การให้บริการการพยาบาลมุ่งพัฒนากระบวนการชักชวนสตรีกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจแป็บสเมียร์เป็นหลัก มีกิจกรรมการให้บริการการพยาบาล ดังนี้

5.1.1) ติดตามสตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกโดยมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ติดตาม ติดตามพร้อมแจกเอกสารความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และการตรวจแป็บสเมียร์

5.1.2) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

(1) ชักประวัติตามแบบบันทึกตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(2) ตรวจแป็บสเมียร์ให้กับสตรีกลุ่มเสี่ยง

การจัดการเรื่องการบริการการพยาบาลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ โดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

5.2 รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ชุดของกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติต่อสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมุ่งที่การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค จากการค้นหาและสร้างความเข้าใจปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกที่ส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของโรค สนับสนุนส่งเสริมด้วยการได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ และคำแนะนำจากบุคคลอื่น เมื่อรับรู้ภาวะคุกคามของโรคสูงขึ้น จะไปมีผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ทั้งนี้ การรับรู้ประโยชน์ต้องเหนือกว่าการรับรู้อุปสรรคจึงจะเพิ่มพูนพฤติกรรมป้องกันโรค โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ชุดของกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งระบุวิธีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามี ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศ เพื่อให้รู้ถึงโอกาสเสี่ยงร่วมกับความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ที่จะไปบ่งชี้ระดับการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเฉพาะบุคคล พร้อมทั้งระบุวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเฉพาะบุคคล

กิจกรรมที่ 2 สร้างความเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ที่มุ่งส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามี สร้างความเข้าใจร่วมกัน ให้ทราบถึงผลของพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน และร่วมกันสร้างการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกจากพฤติกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามี ร่วมกันสร้างความเข้าใจถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และค้นหาวิธีแก้ไขอุปสรรคในการพฤติกรรมป้องกันโรคที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงตามการรับรู้ของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเชิงการป้องกันการนำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมที่ 4 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อที่เชื่อมโยงหรือมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพสร้างความเข้าใจการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และสนับสนุนส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกด้วย

ตนเองอย่างสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ให้สามารถปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการแป๊ปสเมียร์

การจัดรูปแบบการบริการการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการรูปแบบใด ขึ้นอยู่กับ เป้าหมายและนโยบายของหน่วยงาน ความพร้อมของบุคลากรทั้งทางด้านทักษะ ประสิทธิภาพและกลุ่ม ผู้รับบริการที่ให้การดูแล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมุ่งผลลัพธ์ให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกรับรู้ความเชื่อ อำนาจควบคุมด้านสุขภาพ กระทำพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับ โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยความเข้าใจถึงคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง สามารถ เลือกปฏิบัติและควบคุมการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

2.5 การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

2.5.1 การรับรู้ (Perception)

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายการรับรู้ไว้หลายท่าน (สาคร นันทโกวัฒน์, 2552, น. 32-33) ดังนี้

Webster (1999, p. 1068) ให้ความหมาย “การรับรู้” ว่าหมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

Huffman (1995) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเริ่มจากที่มี สิ่งเร้ามากระตุ้นอวัยวะรับสัมผัส สิ่งเร้าเหล่านี้จะถูกเปลี่ยนรูปเป็นกระแสประสาทส่งไปยังระบบ ประสาท ได้แก่ สมอง สมองได้รับกระแสประสาททำให้เกิดความรู้สึกต่างๆ ได้รับการแปลความหมาย จากสมองจนเกิดเป็นการรับรู้และมีพฤติกรรมตอบสนอง

Page (1977) อธิบายว่าการรับรู้ หมายถึง กระบวนการซึ่งแต่ละบุคคลจัด และทำให้มีความหมาย ในการรับประสบการณ์จากการสัมผัส เป็นการจัดสภาพแวดล้อมให้มีความหมายโดยกระบวนการรับรู้

King (2002) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางความคิด และจิตใจของมนุษย์ที่ แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในเรื่องต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาทางระบบประสาทสัมผัส การรับรู้เป็นลักษณะของแต่ละบุคคลและเกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลจะมีความหมายต่อประสบการณ์ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น

สรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และความเข้าใจในเรื่องราวต่างๆ ที่ ผ่านกระบวนการตีความหรือการแปลความหมายของร่างกายต่อการสัมผัสสิ่งเร้าภายนอกรอบตัวบุคคล

โดยอาศัยประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้เป็นเครื่องช่วย ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลเกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกมา

2.5.2 การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก เกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก สามารถเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ด้วยความเข้าใจถึงคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ วัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของ Wallston and Wallston (1978) ประกอบด้วยความเชื่อ 3 ด้าน 1) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ 2) ความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ และ 3) ความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ

2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้คุณค่าความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

การวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและแนวคิดการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย ความเชื่อหรือรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นความรู้สึกนึกคิดของสตรีกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลให้ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกว่าเกิดจากพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ความเชื่อหรือการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค เมื่อสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกนั้นมีความรุนแรงและมีอิทธิพลกระทบต่อการดำรงชีวิต จะช่วยให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกตัดสินใจได้ว่าควรปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหรือไม่ การที่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกนั้นสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกต้องมีความเชื่อว่าเป็นการปฏิบัติที่ดีมีประโยชน์ต่อตนเอง ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ต้องเหนือกว่าการรับรู้อุปสรรค เช่น ความอาย ค่าใช้จ่าย ความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ และคนที่อยู่รอบข้าง เป็นต้น ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถจัดการกับอุปสรรคกีดขวางต่างๆ ในการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยมีแรงจูงใจด้านสุขภาพร่วมกับปัจจัยด้านต่างๆ เป็นสิ่งผลักดันให้เกิดความเชื่อที่ตนเองสามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้โดยพฤติกรรมของตนเอง Janz & Becker (1984) กล่าวว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเมื่อรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงร่วมกับความ

รุนแรงของโรคซึ่งสร้างภาวะคุกคามต่อสุขภาพส่วนบุคคล และเชื่อมั่นในประโยชน์ของการปฏิบัติการปกป้องสุขภาพมากกว่าอุปสรรคที่พบ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุวารีวรรณ กิจสมักร (2539, น. 144) และจำปี ยังวัฒนา (2551, น. 147) ซึ่งพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นความเข้าใจตามความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นในใจของสตรีกลุ่มเสี่ยง ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก มีความเข้าใจเกี่ยวกับอำนาจของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก สามารถเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ด้วยความเข้าใจถึงคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองจะแสดงพฤติกรรมในทางบวก (Wallston, K., Wallston, B., & Devellis, 1978, p. 110-112) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539, น. 145-146) และจิตรา ยอดอินทร์ (2549, น. 93) ที่พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนเอง และความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ

การใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ปฏิบัติโดยพยาบาลพิจารณาพฤติกรรมป้องกันโรคของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกตามความเชื่อของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนปฏิบัติการพยาบาลให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกมีความเข้าใจในปัจจัยที่ก่อให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และสามารถวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคที่คุกคามต่อตนเองได้ ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกรับรู้ประโยชน์หรือผลดีของปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะคุกคาม มุ่งผลลัพธ์ให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ในการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ให้การพยาบาลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งกิจกรรมรายกลุ่มและรายบุคคล โดยให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ความเชื่อแก่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยรวมสตรีกลุ่มเสี่ยงให้มารับบริการร่วมกัน ณ จุดนัดพบใกล้บ้าน คือ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน (ศสมข.) และที่บ้าน ตามชุดของกิจกรรมการให้การบริการการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสะท้อนถึงคุณภาพของผลผลิตทางการพยาบาลที่เกิดจากพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติ เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อ

โรคมะเร็งปากมดลูกเกิดการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก ส่งผลให้ปลอดภัยจากโรคมะเร็งปากมดลูกในที่สุด

จากความสัมพันธ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกขึ้น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพนำไปปฏิบัติการพยาบาลแก่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และใช้แนวคิดทฤษฎีความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของ Wallston, K., Wallston, B., & Devellis, (1978) ประเมินรูปแบบการบริการการพยาบาลแก่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ชนิดที่ศึกษาสองกลุ่มที่มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest – Posttest Design) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและรูปแบบบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีอายุระหว่าง 35-55 ปี ที่สมรสแล้วปัจจุบันอยู่กินกับสามี จังหวัดสระบุรี

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีอายุระหว่าง 35-55 ปี ที่สมรสแล้ว ปัจจุบันอยู่กินกับสามี ในเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี และสตรีอายุระหว่าง 35-55 ปี ที่สมรสแล้ว ปัจจุบันอยู่กินกับสามี ในเขตตำบลคอนพุท อำเภอดอนพุท จังหวัดสระบุรีแห่งละ 10 ราย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด แบ่งเป็น

1) **กลุ่มทดลอง** คือ สตรีอายุระหว่าง 35-55 ปี ที่สมรสแล้วปัจจุบันอยู่กินกับสามี ในเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี จำนวน 10 ราย ที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2) **กลุ่มควบคุม** คือ สตรีอายุระหว่าง 35-55 ปี ที่สมรสแล้วปัจจุบันอยู่กินกับสามี ในเขตตำบลคอนพุท อำเภอ คอนพุท จังหวัดสระบุรี จำนวน 10 ราย ที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค

3.1.3 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากทะเบียนประชากรในเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี และประชากรในเขตตำบลคอนพุท อำเภอดอนพุท จังหวัดสระบุรี โดยคัดเลือกประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ในเขตตำบลบ้านหมอ

อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี จำนวน 10 ราย เป็นกลุ่มทดลอง และคัดเลือกประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในเขตตำบลคอนพุต อำเภอคอนพุต จังหวัดสระบุรี จำนวน 10 ราย เป็นกลุ่มควบคุม

1) เกณฑ์การคัดเลือกสตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- 1.1) สตรีอายุระหว่าง 35-55 ปี
- 1.2) สมรสแล้ว ปัจจุบันอยู่กินกับสามี
- 1.3) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
- 1.4) อ่าน เขียนและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
- 1.5) สามีสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่กำหนดได้ตลอดโครงการวิจัย
- 1.6) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งตลอดงานวิจัย

2) เกณฑ์การคัดเลือกสตรีกลุ่มเสี่ยงออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- 2.1) กลุ่มตัวอย่างขอยกจากการวิจัย
- 2.2) เข้าร่วมกิจกรรมตามที่พยาบาลวิชาชีพนัดหมายได้ไม่ครบ 4 ครั้ง

จับคู่ (Matched Pair) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้แต่ละคู่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด ตามเกณฑ์อายุ ระดับการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงการจับคู่ตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา

คู่ที่	กลุ่มตัวอย่าง	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา
1	กลุ่มทดลอง	53	ประถมศึกษา
	กลุ่มควบคุม	53	ประถมศึกษา
2	กลุ่มทดลอง	50	ประถมศึกษา
	กลุ่มควบคุม	48	ประถมศึกษา
3	กลุ่มทดลอง	43	มัธยมศึกษา
	กลุ่มควบคุม	43	มัธยมศึกษา
4	กลุ่มทดลอง	54	มัธยมศึกษา
	กลุ่มควบคุม	54	มัธยมศึกษา
5	กลุ่มทดลอง	46	ปวช.
	กลุ่มควบคุม	47	มัธยมศึกษา
6	กลุ่มทดลอง	40	มัธยมศึกษา
	กลุ่มควบคุม	39	มัธยมศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงการจัดกลุ่มตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา (ต่อ)

คู่ที่	กลุ่มตัวอย่าง	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา
7	กลุ่มทดลอง	49	ประถมศึกษา
	กลุ่มควบคุม	49	ประถมศึกษา
8	กลุ่มทดลอง	38	ปริญญาตรี
	กลุ่มควบคุม	38	ปริญญาตรี
9	กลุ่มทดลอง	37	มัธยมศึกษา
	กลุ่มควบคุม	36	มัธยมศึกษา
10	กลุ่มทดลอง	54	ประถมศึกษา
	กลุ่มควบคุม	53	ประถมศึกษา

จากตารางที่ 1 พบว่ามี 5 คู่ ที่อายุเท่ากัน อีก 5 คู่อายุแตกต่างกัน 1-2 ปี ส่วนระดับการศึกษามี 9 คู่ที่ระดับการศึกษาเดียวกัน และมี 1 คู่ที่ระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของสตรีกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 10)		กลุ่มควบคุม (n = 10)		รวม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
36-40 ปี	3	30	3	30	6	30
41-45 ปี	1	10	1	10	2	10
46-50 ปี	3	30	3	30	6	30
51-55 ปี	3	30	3	30	6	30
รวม	10	100	10	100	20	100
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	4	40	4	40	8	40
มัธยมศึกษา	4	40	5	50	9	45
ปวช.	1	10	0	0	1	5
ปริญญาตรี	1	10	1	10	2	10
รวม	10	100	10	100	20	100

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของสตรีกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 10)		(n = 10)		(n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
แม่บ้าน	4	40	2	20	6	30
รับจ้าง	5	50	3	30	8	40
ค้าขาย	1	10	2	20	3	15
เกษตรกร	0	0	1	10	1	5
ข้าราชการ	1	10	1	10	2	10
รวม	10	100	10	100	20	100

จากตารางที่ 2 พบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 36-40 ปี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 อายุ 41-45 ปี 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 อายุ 46-50 ปี 3 รายคิดเป็นร้อยละ 30 อายุ 51-55 ปี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 ระดับการศึกษาประถมศึกษา 4 รายคิดเป็นร้อยละ 40 ปวช. 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 มัธยมศึกษา 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 ปริญญาตรี 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 36-40 ปี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 อายุ 41-45 ปี 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 อายุ 46-50 ปี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 อายุ 51-55 ปี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 ระดับการศึกษาประถมศึกษา 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 มัธยมศึกษา 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ปริญญาตรี 1 รายคิดเป็นร้อยละ 10

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ประกอบด้วยชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นคู่มือการปฏิบัติงานการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) และแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1) ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำรา วารสาร งานวิจัย และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) เพื่อใช้ประเมินการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคของสตรี

กลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ

2) ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำรา วารสาร งานวิจัย และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ และแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

3) สรุปสาระสำคัญของแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก บูรณาการแนวคิดทั้งหมด สร้างเป็นตารางที่เรียกว่า ตารางแสดงการบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก รายละเอียดดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 แสดงการบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974)	แนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งปากมดลูก	บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	กิจกรรมการพยาบาล
1. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง บรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น 2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสในการเกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้แตกต่างกันออกไป ถ้าบุคคลมี	1. ความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และวิธีป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกที่เชื่อมโยงไปสู่การรับรู้ภาวะคุกคามของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยต้องรับรู้ได้ว่าตนเองมีปัจจัยส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศ ที่จะส่งผลไปถึงโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคเฉพาะบุคคล เมื่อมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยใดที่จะส่งผลให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้บ้าง และการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกส่งผล กระทบต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว	1. ความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และวิธีป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกต้องเข้าใจตนเองว่ามีปัจจัยส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศซึ่งมีอยู่จริง ณ เวลานั้นๆ ที่เชื่อมโยงไปสู่โอกาสเสี่ยงร่วมกับความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จึงจะสามารถระบุได้ว่าตนเองมีภาวะคุกคามอยู่ในระดับใด เลือกที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดภาวะคุกคามนั้นด้วยความเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติ ซึ่งจะเป็แรงกระตุ้นให้มีความเคร่งครัดกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงต่อการเปิดโอกาสให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	1. สร้างความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งระบุวิธีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 3 แสดงการบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974)	แนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งปากมดลูก	บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	กิจกรรมการพยาบาล
การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็น สูง จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเอาใจใส่ต่อ ตนเองและมีพฤติกรรมในการป้องกันขึ้น 3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง การประเมินการรับรู้ความรุนแรง ของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจาก การเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือ เสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัย ระดับต่างๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความ รุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความ พิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบ ต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้ว จะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ	ความสามารถในการทำงานและบทบาททาง สังคมอย่างไร จึงจะเชื่อว่าตนเองมีโอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคนั้นมีความ รุนแรงและคุกคามต่อสุขภาพของตนเอง จึง จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงจากภาวะ คุกคามนั้น โดยต้องเข้าใจว่าการปฏิบัติใดที่ จะทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เข้าใจว่า การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค มะเร็งปากมดลูกมีความสำคัญต่อการควบคุม และป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็น ความรู้ในเชิงการป้องกันที่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งปากมดลูกต้องเข้าใจเหตุผล อย่างชัดเจนในการปฏิบัติ และต้องทราบว่ การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นได้แม้ เพียงครั้งเดียวที่ละเว้นการปฏิบัติ ดังนั้นสตรี กลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกต้องเข้าใจ		

ตารางที่ 3 แสดงการบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974)	แนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งปากมดลูก	บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	กิจกรรมการพยาบาล
เพื่อการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ การเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของ โรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียง ใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ ปรารถนา และมีแนวโน้มยิ่งที่จะหลีกเลี่ยง	เหตุการณ์การปฏิบัติที่ทำให้ต้องเคร่งครัดต่อ การปฏิบัติที่จะไม่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปาก มดลูก		
1. สุขภาพ หมายถึง รูปแบบของการปรับตัวที่ เปลี่ยนแปลงส่วนทั้งหมดของคน 2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) (ดังรายละเอียดข้างต้น) 3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) (ดังรายละเอียดข้างต้น)	2. ความเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติ พฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่มุ่งส่งเสริม พฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง ความเข้าใจเหตุผลอย่างชัดเจนใน การปฏิบัติพฤติกรรมเชิงป้องกันโรคที่สตรี กลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกปฏิบัติ เพื่อลดปัจจัยที่จะส่งเสริมให้เกิดโรคมะเร็ง ปากมดลูก และต้องทราบว่าการเกิดโรค มะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาแม้ เพียงครั้งเดียวที่ละเว้นการปฏิบัติก็ทำให้เกิด	2. ความเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมใน ชีวิตประจำวันที่มุ่งส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกต้องม ความเข้าใจในสาเหตุ ปัจจัย และพฤติกรรมที่ทำให้ เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและเข้าใจในเหตุผลและ วิธีการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่จะไม่ ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อที่จะสามารถ ปรับวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ที่ไม่เหมาะสม โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผล ดีมากกว่าผลเสียได้ด้วยตนเอง การที่สตรีกลุ่มเสี่ยง	2. สร้างความเข้าใจ เหตุผลของการปฏิบัติ พฤติกรรมใน ชีวิตประจำวันที่มุ่ง ส่งเสริมพฤติกรรม ป้องกันโรค

ตารางที่ 3 แสดงการบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974)	แนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งปากมดลูก	บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	กิจกรรมการพยาบาล
4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived benefits) การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้อายุยืนยาวหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย 5. การพยาบาล คือ ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อมนุษย์ร่วมกับทฤษฎีที่ใช้ในกระบวนการพยาบาล	โรคมะเร็งปากมดลูกได้ เนื่องจากโรคมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อเอชพีวี ซึ่งมีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อเอชพีวีมากขึ้นหรือง่ายขึ้น สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกควรให้ความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกโดยลดพฤติกรรมเสี่ยงปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศ การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การสังเกตอาการผิดปกติ และการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกปี โดยเลือกปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองที่มุ่งเน้นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	ต่อโรคมะเร็งปากมดลูกรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของตนเอง รับรู้ถึงความรุนแรงจากการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และรับรู้ถึงระดับของภาวะคุกคามในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จะส่งผลให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเข้าใจในวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อลดระดับของภาวะคุกคามในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และมีการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก โรคมะเร็งปากมดลูก	

ตารางที่ 3 แสดงการบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974)	แนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งปากมดลูก	บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	กิจกรรมการพยาบาล
1. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived benefits) (ดังรายละเอียดข้างต้น) 2. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนาย	3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง ความเข้าใจในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และสามารถจัดการกับอุปสรรคเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับสามี	3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้ด้านประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นสิ่งกระตุ้นที่จะช่วยส่งเสริมให้การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกต้องมีความเคร่งครัดในการปฏิบัติหรือควบคุมการดำเนินชีวิตประจำวันที่จะไม่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ในด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกจะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตที่สามารถปฏิบัติได้จริงอย่างสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกโดยสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกมีอิสระใน	3. ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค

ตารางที่ 3 แสดงการบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974)	แนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งปากมดลูก	บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	กิจกรรมการพยาบาล
พฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้ การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่ามีวิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุด จะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน จะต้องน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ 3. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) เป็นการเฝ้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยการให้สิ่งเร้าบางอย่างซึ่งเป็นปัจจัยทางบวก (Positive health motivation) ที่ผลักดันให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่จะไม่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การจูงใจที่สัมพันธ์กับ		การตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ด้วยตัวเอง แรงจูงใจทางสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกให้ความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แรงจูงใจในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จะช่วยพัฒนาให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกมีศักยภาพในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้	

ตารางที่ 3 แสดงการบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974)	แนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งปากมดลูก	บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	กิจกรรมการพยาบาล
สุขภาพก็อาจเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้แสดง พฤติกรรมป้องกันโรค แรงจูงใจสามารถวัด ออกมาในรูปของความต้องการหรือความ ตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัว เพื่อการป้องกันโรค 4. การพยาบาล (ดังรายละเอียดข้างต้น)			
1. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) (ดังรายละเอียดข้างต้น) 2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) (ดังรายละเอียดข้างต้น) 3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) (ดังรายละเอียดข้างต้น)	4. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อที่เชื่อมโยง หรือมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเข้าใจในปัจจัยส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศที่ ส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงร่วมกับความรุนแรง ของโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ต่อโรคมะเร็งปากมดลูก จะทำให้สตรีกลุ่ม เสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก เลือกปฏิบัติ	4. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อที่เชื่อมโยงหรือมีผล ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกจะปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เมื่อมีความ เข้าใจแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามองค์ประกอบ ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านได้ด้วย ตนเองแล้วการรับรู้จะส่งผลให้เกิดการเลือกปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูกด้วยตนเอง อย่างสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้ง	4. สร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับความเชื่อที่ เชื่อมโยงหรือมีผลต่อ การปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรคมะเร็งปาก มดลูก 5. บริการตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 3 แสดงการบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974)	แนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งปากมดลูก	บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	กิจกรรมการพยาบาล
4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived benefits) (ดังรายละเอียดข้างต้น) 5. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) (ดังรายละเอียดข้างต้น) 6. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) (ดังรายละเอียดข้างต้น)	พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเองตามความรู้และความเข้าใจถึงผลดีของการปฏิบัติ โดยมีสามีร่วมปฏิบัติและผลักดันให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่จะไม่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	สามารถปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพและไม่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก	

1.4) ผู้วิจัยกำหนดกิจกรรม และพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ระบุผลลัพธ์ที่ต้องการพร้อมทั้งเอกสารใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบในแต่ละกิจกรรม โดยสร้างเป็นตารางที่เรียกว่า ตารางแสดงกิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก รายละเอียดดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรี
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมการพยาบาล	พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาล ที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ ตามรูปแบบ
	1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด 2. ผู้วิจัยมอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองให้พยาบาลหัวหน้างานเพื่อมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพใน โครงการวิจัย 3. พยาบาลหัวหน้างานมอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพในโครงการวิจัยรับผิดชอบให้บริการสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นรายผู้ป่วย (Case assignment) โดยใช้แบบบันทึกการมอบหมายงาน 4. พยาบาลหัวหน้างานจัด Nursing team conference ในทีมพยาบาลที่เน้นการใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	1. พยาบาลวิชาชีพได้รับมอบหมายงานอย่างเหมาะสม 2. ทีมการพยาบาลมีองค์ความรู้ในการให้บริการการพยาบาลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก	1. Family folder 2. ทะเบียนสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก 3. แบบมอบหมายงานผู้ป่วยเฉพาะราย (Case assignment sheet) 4. แฟ้มข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก/ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 5. หนังสือมะเร็งปากมดลูก 6. หนังสือแนวคิดทฤษฎี Health Promotion in Nursing Practice

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรี
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาล ที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ ตามรูปแบบ
ครั้งที่ 1 กิจกรรมรายกลุ่ม ที่ศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน ใช้เวลา 40-50 นาที กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจใน ตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการ เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกพร้อมทั้ง ระบุวิธีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ สตรี กลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามี ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และ พฤติกรรมทางเพศเพื่อให้รู้ถึง โอกาสเสี่ยงร่วมกับความรุนแรง	1. พยาบาลวิชาชีพพูดคุยกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและ สามีเชิงปฏิสัมพันธ์ และรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และ พฤติกรรมทางเพศ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีกลุ่ม เสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก 2. พยาบาลวิชาชีพพูดคุยกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและ สามีเชิงปฏิสัมพันธ์ และรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตประจำ วันโดยใช้แบบรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันตาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก 3. พยาบาลวิชาชีพให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีดู VCD เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิด โรคมะเร็งปากมดลูก อาการ และแนวทางการรักษา และให้สตรีกลุ่ม เสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีพูดคุยกับตัวแทนผู้ป่วยโรคมะเร็ง ปากมดลูกเพื่อให้ทราบถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองเมื่อป่วยด้วยโรคมะเร็ง ปากมดลูก	1. สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งปากมดลูก สามารถระบุข้อมูลส่วน บุคคล จิตสังคม ความรู้และ พฤติกรรมทางเพศตลอดจน การปฏิบัติพฤติกรรมการ ดำเนินชีวิตประจำวันของ ตนเองที่จะส่งเสริมให้เกิด โรคมะเร็งปากมดลูกได้ 2. สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรค มะเร็งปากมดลูกสามารถ ระบุวิธีการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง ปากมดลูกได้	1. สมุดบันทึกประจำตัวสำหรับ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปาก มดลูกซึ่งประกอบด้วย - แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง ปากมดลูก - แบบรวบรวมข้อมูลพฤติกรรม การดำเนินชีวิตประจำวันตาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง ปากมดลูก

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
ของโรคมะเร็งปากมดลูกที่จะไปบ่งชี้ระดับการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเฉพาะบุคคล พร้อมทั้งระบุวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเฉพาะบุคคล	4. พยาบาลวิชาชีพพูดคุยเชิงเปรียบเทียบกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศ และพฤติกรรมประจำวันตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกบันทึกไว้เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของตนเอง และส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีระบุนิปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 5. พยาบาลวิชาชีพมอบคู่มือ “โรคมะเร็งปากมดลูกฉบับประชาชน” VCD เรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก และสมุดบันทึกประจำตัวสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งแนะนำวิธีการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมประจำวันที่บ้านที่เน้นการบันทึกตามความเป็นจริงใน “แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก”		- แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก 2.VCD เรื่องโรคมะเร็ง ปากมดลูก 3. คู่มือ “โรคมะเร็งปากมดลูกฉบับประชาชน” 4. ป้าย “ใกล้บ้าน-ใกล้ใจ” 5. แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย (Nurse’ notes Form) 6. Family folder

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
	6. พยาบาลวิชาชีพนัดหมายเยี่ยมบ้านสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามี (ห่างจากกิจกรรมครั้งแรก 1 วัน) และมอบป้าย “ใกล้บ้าน-ใกล้ใจ” ซึ่งมีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกับพยาบาลวิชาชีพได้ 7. พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงที่ได้รับจากการพูดคุยกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีลงในบันทึกการให้บริการสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเฉพาะราย		
ครั้งที่ 2 กิจกรรมรายบุคคล เยี่ยมบ้านสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ใช้เวลา 30-45 นาที กิจกรรมที่ 2 สร้างความเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่มุ่งส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค	1. พยาบาลวิชาชีพพร้อมกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีทบทวนเนื้อหาที่ได้พูดคุยกันในสัปดาห์ที่ผ่านมา 2. พยาบาลวิชาชีพนำข้อมูลที่ได้จาก “แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก” มาวิเคราะห์ร่วมกับคู่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีถึงการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่ยังคงนำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ 3. พยาบาลวิชาชีพพูดคุยเชิงเปรียบเทียบกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง	สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถระบุการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่จะส่งเสริมให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ และสามารถระบุวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกัน	1. โปสเตอร์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 2. สมุดบันทึกประจำตัวสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งประกอบด้วย - แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยง

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรี
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาล ที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ ตามรูปแบบ
หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ สตรี กลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามี สร้างความเข้าใจร่วมกัน ให้ทราบถึงผลของพฤติกรรมที่ ตนเองปฏิบัติในการดำเนินชีวิต ประจำวันและร่วมกันสร้างการ ป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปาก มดลูกจากพฤติกรรมที่ปฏิบัติใน ชีวิตประจำวัน	ปากมดลูกและสามีถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการรักษาความสะอาดบริเวณ อวัยวะเพศ การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การสังเกตอาการ ผิดปกติ และการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างสิ่งที่ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกปฏิบัติจริงกับสิ่งที่เหมาะสม เพื่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยใช้โปสเตอร์การปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 4. พยาบาลวิชาชีพมอบสมุดบันทึกประจำตัวสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งปากมดลูกพร้อมทั้งชี้แจงให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปาก มดลูกบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเป็นจริงพร้อมทั้ง บันทึกปัญหาและอุปสรรคที่พบลงใน “แบบบันทึกการปรับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก” 5. พยาบาลวิชาชีพนัดหมายเยี่ยมบ้านสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปาก มดลูกและสามี (ห่างจากกิจกรรมครั้งที่ 2 1 วัน) 6. พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนิน	การเกิดโรคมะเร็งปาก มดลูกได้	ต่อโรคมะเร็งปากมดลูก - แบบบันทึกการปรับ พฤติกรรมการดำเนินชีวิต ประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งปากมดลูก 3. แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย (Nurse' notes Form) 4. Family folder

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาล ที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ ตามรูปแบบ
	ชีวิตประจำวันที่ได้รับจากการพูดคุยกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีลงในบันทึกการให้บริการสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเฉพาะราย		
ครั้งที่ 3 กิจกรรมรายบุคคล เยี่ยม บ้านสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง ปากมดลูก ใช้เวลา 30-45 นาที กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมการรับรู้ ประโยชน์และอุปสรรคของการ ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ สตรี กลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามี ร่วมกันสร้างความเข้าใจ ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคและค้นหา	1. พยาบาลวิชาชีพนำข้อมูลที่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก บันทึกจากการปฏิบัติจริงใน “แบบบันทึกการปรับพฤติกรรมการดำเนิน ชีวิตประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก” วิเคราะห์ ร่วมกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามี ระบุนการปรับ พฤติกรรมที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดี ป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ได้ ซึ่งสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกต้องรักษาพฤติกรรมเหล่านี้ ไว้และระบุนอุปสรรคที่ขัดขวางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2. พยาบาลวิชาชีพเปิดโอกาสให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามี อธิบายถึงวิธีการจัดการกับอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในชีวิตประจำวัน พยาบาลร่วมวิเคราะห์การจัดการกับอุปสรรคของสตรี กลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามี ส่งเสริมความเข้าใจใน	สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง ปากมดลูกสามารถบอก ผลดีของการปรับพฤติกรรม ที่ปฏิบัติและวิธีจัดการกับ อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง ปากมดลูกได้	1. สมุดบันทึกประจำตัวสำหรับ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปาก มดลูกซึ่งประกอบด้วย - แบบบันทึกการปรับ พฤติกรรมการดำเนิน ชีวิตประจำวันของสตรีกลุ่ม เสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก - แบบบันทึกการปรับ พฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
วิธีแก้ไขอุปสรรคในการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงตามการรับรู้ของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเชิงการป้องกันการนำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	การปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันให้เกิดการปฏิบัติจริง 3. พยาบาลวิชาชีพมอบสมุดบันทึกประจำตัวสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งชี้แจงให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกบันทึกประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกใน “แบบบันทึกการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกที่เชื่อมโยงกับความเชื่อที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก” 4. พยาบาลวิชาชีพแจ้งนัดหมายสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีทำกิจกรรมรายกลุ่ม (ห่างจากกิจกรรมครั้งที่ 3 1 วัน) 5. พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันแบบใหม่ที่ปฏิบัติจริงและอุปสรรคที่เกิดจากการวิเคราะห์ร่วมกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกลง在本บันทึกการให้บริการสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเฉพาะราย		ปากมดลูกที่เชื่อมโยงกับความเชื่อที่มีผลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 2. แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย (Nurse’ notes Form) 3. Family folder

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
ครั้งที่ 4 กิจกรรมรายกลุ่ม ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้านใช้เวลา 40-60 นาที กิจกรรมที่ 4 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อที่เชื่อมโยงหรือมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพสร้าง ความเข้าใจการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสนับสนุน ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองอย่างสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน	1. พยาบาลวิชาชีพทบทวนความเข้าใจการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกร่วมกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามี 2. พยาบาลวิชาชีพนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกใน “แบบบันทึกการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกที่เชื่อมโยงกับความเชื่อที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก” มาร่วมวิเคราะห์ร่วมกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกว่าพฤติกรรมป้องกันโรคในชีวิตประจำวันที่ได้ปรับนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องสามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้จริงและควรปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง 3. พยาบาลวิชาชีพและสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกทำข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง	1. สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถระบุถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้และปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลมาจากความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก 2. สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1. สมุดบันทึกประจำตัวสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งประกอบด้วย - แบบบันทึกการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกที่เชื่อมโยงกับความเชื่อที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 2. แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย (Nurse' notes Form) 3. Family folder 4. วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจแป๊ปสเมียร์

ตารางที่ 4 แสดงกิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรี
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาล ที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ ตามรูปแบบ
ของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ให้สามารถปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ 5 บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการ แป๊ปสเมียร์	4. พยาบาลวิชาชีพแจ้งช่องทางในการติดต่อเมื่อสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกพบปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 5. พยาบาลวิชาชีพประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลและบันทึกไว้ในแบบบันทึกการให้บริการสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเฉพาะราย 6. พยาบาลวิชาชีพให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการ แป๊ปสเมียร์แก่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก		

1.5) ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการปฏิบัติการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เรียกว่า คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ภายในคู่มือประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ และแนวทางในการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.6) ผู้วิจัยเสนอคู่มือต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ถูกต้องของเนื้อหาตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้สร้างรูปแบบ ปรับปรุงคู่มือตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาและจัดทำเป็นคู่มือฉบับสมบูรณ์

3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ 1 ชุด คือ

แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 6 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาจากคำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของ Wallston, K., Wallston, B., & Devillis (1978) สร้างเป็นข้อคำถามปลายเปิดเชิงบวกทั้งหมด โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ 2) ความเชื่ออำนาจบุคลากรทางสุขภาพ และ 3) ความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ ดังนี้

(1) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-10

(2) ความเชื่ออำนาจบุคลากรทางสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11-19

(3) ความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 20-30

ลักษณะของแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบ ซึ่งผู้ตอบเห็นด้วยกับสิ่งที่กำหนดไว้ตามข้อคำถามทั้งหมด

เห็นด้วยมาก	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบ ซึ่งผู้ตอบเห็นด้วยกับสิ่งที่กำหนดไว้ ตามข้อคำถามมากกว่าครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบ ซึ่งผู้ตอบเห็นด้วยกับสิ่งที่กำหนดไว้ ตามข้อคำถามครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบ ซึ่งผู้ตอบเห็นด้วยกับสิ่งที่กำหนดไว้ ตามข้อคำถามน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อยที่สุด	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบ ซึ่งผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับสิ่งที่กำหนดไว้ตามข้อคำถามเลย

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลจากค่าเฉลี่ยที่กำหนดเป็นช่วงชั้นคะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้	5	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้	4	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	2	คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกโดยนำคะแนนรายข้อของผู้ตอบแต่ละข้อมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผล (ยูวดี ฤาชา และคณะ, 2537) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 - 4.20	มาก
2.61 - 3.40	ปานกลาง
1.81 - 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

3.2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของข้อรายการ และการใช้ภาษา ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิที่มีคุณสมบัติตรงตามคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการบริหารการพยาบาล ด้านวิชาการและด้านบริการ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเนื้อหาตามแนวคิดทฤษฎี ความหมายตามคำจำกัดความที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ โดยใช้เกณฑ์การยอมรับความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 3 ท่าน สรุปผลการตรวจสอบมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไขข้อความให้กระชับ ชัดเจน ถูกต้องตามหลักภาษา ผู้ศึกษาได้ดำเนินการแก้ไขปรับปรุง และนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาทราบ

1.2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสอบถามสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเพื่อตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความถูกต้อง ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับเนื้อหา และขอบเขตการวิจัยครั้งนี้ ความถูกต้องของภาษาที่ใช้ โดยเลือกเกณฑ์ความคิดเห็นตรงกันของผู้เชี่ยวชาญ 2 ใน 3 ท่าน เป็นการตัดสิน สรุปผลการตรวจสอบข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ไม่มีการเพิ่มหรือลดจำนวนข้อคำถาม ได้รับคำแนะนำและข้อเสนอแนะให้ปรับภาษาการเขียนข้อคำถามให้ชัดเจนและถูกต้อง 3 ข้อ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการแก้ไขปรับปรุง และนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาทราบ

2) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

2.1) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลหนองแขง อำเภอหนองแขง จังหวัดธนบุรี และในพื้นที่ตำบลหนองโดน อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี แห่งละ 15 รายรวมทั้ง 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ออกมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยรวมมากกว่า 0.80 (Jacobson, 1988, p. 6; Burns and Grove, 1977, p. 327; Selby-Harrington et al, 1994 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550, น. 232) ได้ค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามโดยรวม เท่ากับ 0.93 และข้อคำถามรายด้าน ดังนี้

ด้านการรับรู้ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	เท่ากับ 0.87
ด้านการรับรู้ความเชื่ออำนาจบุคลากรด้านสุขภาพ	เท่ากับ 0.85
ด้านการรับรู้ความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ	เท่ากับ 0.88

3.3 จริยธรรมการวิจัย

มีขั้นตอนในการขออนุมัติและวิธีการเตรียมดำเนินการวิจัย ดังนี้

1) การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์/ สารนิพนธ์แบบยกเว้น (Exception Category) ตามรายละเอียดที่ปรากฏในคู่มือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ. 2554 (ข้อ 1 หน้า 1-2 และข้อ 2 หน้า 5)

2) นำหนังสือรับรองโครงร่างการศึกษาอิสระ จากคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างสารนิพนธ์ระดับมหาบัณฑิตของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุมัติดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1) โรงพยาบาลหนองแขง อำเภอหนองแขง จังหวัดสระบุรี

2.2) โรงพยาบาลหนองโดน อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี

3) เอกสารประกอบการขออนุมัติ ดังนี้

3.1) ประวัติส่วนตัวของผู้วิจัย

3.2) แบบเสนอโครงร่างการศึกษาอิสระ

3.3) โครงร่างการศึกษาอิสระ

3.4) เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.5) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4) นำโครงร่างการศึกษาอิสระเสนอต่อผู้อำนวยการและคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาล บ้านหมอ และโรงพยาบาลคอนฟุด

5) เมื่อได้รับการอนุมัติดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมอ และโรงพยาบาลคอนฟุดแล้วจึงเริ่มดำเนินการทดลอง วันที่ 10 -25 สิงหาคม 2556 โดย

5.1) ผู้วิจัยขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพ เข้าร่วมวิจัยโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

5.2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นความลับ และไม่มีผลต่อการรักษาหรือการรับบริการใดๆ โดยจะไม่มีความเห็นส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีชื่อกลุ่มตัวอย่างปรากฏในงานวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยก่อนครบกำหนด โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมวิจัยหรือไม่

เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยตามแบบฟอร์มจริยธรรมการวิจัย

3.4 วิธีดำเนินการทดลอง

วิธีดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนย่อยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1) การเตรียมเอกสาร

- 1.1) เตรียมเอกสารแบบฟอร์มแสดงความยินยอมร่วมมือในการวิจัย
- 1.2) จัดทำคู่มือการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก
- 1.3) จัดทำแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

2) การเตรียมบุคลากร

2.1) ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจากสภาการพยาบาล ต้องเป็นผู้สำเร็จการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรีหรือปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรีทางสาขาการพยาบาล และปฏิบัติงานในกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ ให้บริการพยาบาลแก่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ

2.2.1) เตรียมพยาบาลวิชาชีพ โดยมีขั้นตอนดังนี้

- (1) เขียนโครงการอบรมเรื่อง การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก
- (2) นำเสนอโครงการอบรมเรื่อง การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมอ
- (3) นำเสนอโครงการอบรมเรื่อง การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมอและเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิเป็นวิทยากรในการบรรยายวิชาการ

(4) แจ้างพยาบาลวิชาชีพ ในกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านหมอ จำนวนทั้งสิ้น 2 คน ให้ทราบถึงขั้นตอนการเตรียมการและอบรมโดยกำหนดสถานที่ วัน และเวลาที่ชัดเจน

(5) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านหมอ จำนวนทั้งสิ้น 2 คน โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิเป็นวิทยากรบรรยายเรื่อง รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสุขภาพสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก แก่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ในวันที่ 18 สิงหาคม 2556

(6) ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับหัวหน้าหน่วยงาน พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านหมอ ในการดำเนินการวิจัยโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสุขภาพสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก แก่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการวิจัยครั้งนี้มีพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมการวิจัย 2 คน

(7) ดำเนินการฝึกปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสุขภาพสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยผู้วิจัยให้พยาบาลวิชาชีพฝึกปฏิบัติตามคู่มือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก คนละ 1 ราย

(8) ในระหว่างที่ฝึกปฏิบัติการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสุขภาพสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาที่ฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ จนกระทั่งพยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการใช้รูปแบบ

2.2.2) เตรียมกลุ่มตัวอย่าง เลือกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

(1) กลุ่มควบคุม คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ในพื้นที่ตำบลคอนพุด อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียด วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย เครื่องมือที่ใช้วิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมให้ลงนามในแบบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคล เลือกลุ่มตัวอย่างจนครบ 10 คน กำหนดให้เป็นกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค

(2) กลุ่มทดลอง คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ในพื้นที่ตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียด วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย เครื่องมือที่ใช้

วิจัย สอบถามความสนใจในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมให้ลงนามในแบบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคล เลือกกลุ่มตัวอย่างจนครบ 10 คน กำหนดให้เป็นกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสุขภาพสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

การทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและคัดเลือกสตรีกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ส่งมอบให้กับหัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านหมอ ดำเนินการทดลอง ดังนี้

2.1) ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง 1 สัปดาห์ วันที่ 19-25 สิงหาคม สิงหาคม 2556

2.2) ผู้วิจัยแนะนำตัวกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ขอความร่วมมือ และให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.3) ผู้วิจัยส่งมอบสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกให้หัวหน้าหน่วยงาน จากนั้นหัวหน้าหน่วยงานมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน 2 คนๆละ 5 ราย

2.4) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสุขภาพสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยจัดทำรายนัดหมายสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก แต่ละคนจำนวน 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 วัน ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสุขภาพสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้กิจกรรมที่เป็นกระบวนการรายกลุ่มและรายบุคคล ใช้เวลาครั้งละ 30–60 นาที สถานที่ทำการทดลอง คือ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน (ศสมช.) และบ้านของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

ครั้งที่ 1 วันที่ 1 กิจกรรมที่ 1 รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค นัดหมายสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามีที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ประจำหมู่บ้าน (ศสมช.) ใช้กิจกรรมที่เป็นกระบวนการรายกลุ่ม พยาบาลวิชาชีพ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามี ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศเพื่อให้รู้ถึงโอกาสเสี่ยงร่วมกับความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกที่จะไปบ่งชี้ระดับการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเฉพาะบุคคล พร้อมทั้งระบุนิเวศการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเฉพาะบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังนี้

กิจกรรมย่อยที่ 1 พยาบาลวิชาชีพพูดคุยกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีเชิงปฏิสัมพันธ์ และรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมย่อยที่ 2 พยาบาลวิชาชีพพูดคุยกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีเชิงปฏิสัมพันธ์ และรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันโดยใช้แบบรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมย่อยที่ 3 พยาบาลวิชาชีพ ให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีดู VCD เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก อาการ และแนวทางการรักษา และให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีพูดคุยกับตัวแทนผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้ทราบถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองเมื่อป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมย่อยที่ 4 พยาบาลวิชาชีพพูดคุยเชิงเปรียบเทียบกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศ และพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกบันทึกไว้ เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของตนเอง และส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีระบุนิเวศปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมย่อยที่ 5 พยาบาลวิชาชีพมอบคู่มือ “โรคมะเร็งปากมดลูกฉบับประชาชน” VCD เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และสมุดบันทึกประจำตัวสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งแนะนำวิธีการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านที่เน้นการบันทึกตามความเป็นจริงใน “แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันของ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก”

กิจกรรมย่อยที่ 6 พยาบาลวิชาชีพนัดหมายเยี่ยมบ้านสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามี (ห่างจากกิจกรรมครั้งแรก 1 วัน) และมอบป้าย “ใกล้บ้าน-ใกล้ใจ” ซึ่งมีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกับพยาบาลวิชาชีพได้

กิจกรรมย่อยที่ 7 พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงที่ได้รับจากการพูดคุยกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีลงในบันทึกการให้บริการสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเฉพาะราย

ครั้งที่ 2 วันที่ 2 กิจกรรมที่ 2 สร้างความเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ที่มุ่งส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค นัดหมายสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามีที่บ้าน ใช้กิจกรรมที่เป็นกระบวนการรายบุคคล พยาบาลวิชาชีพ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามี สร้างความเข้าใจร่วมกัน ให้ทราบถึงผลของพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน

และร่วมกันสร้างการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกจากพฤติกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังนี้

กิจกรรมย่อยที่ 1 พยาบาลวิชาชีพพร้อมกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามี ทบทวนเนื้อหาที่ได้พูดคุยกันในสัปดาห์ที่ผ่านมา

กิจกรรมย่อยที่ 2 พยาบาลวิชาชีพนำข้อมูลที่ได้จาก “แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรม การดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก” มาวิเคราะห์ร่วมกับคู่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีถึงการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่ยังคงนำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้

กิจกรรมย่อยที่ 3 พยาบาลวิชาชีพพูดคุยเชิงเปรียบเทียบกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการรักษาความสะอาดร่างกาย การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การสังเกตอาการผิดปกติทางช่องคลอด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการตรวจแป็ปสเมียร์ ระหว่างสิ่งที่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกปฏิบัติจริงกับสิ่งที่เหมาะสม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยใช้โปสเตอร์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมย่อยที่ 4 พยาบาลวิชาชีพมอบสมุดบันทึกประจำตัวสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกพร้อมทั้งชี้แจงให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเป็นจริงพร้อมทั้งบันทึกปัญหาและอุปสรรคที่พบลงใน “แบบบันทึกการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก”

กิจกรรมย่อยที่ 5 พยาบาลวิชาชีพนัดหมายเยี่ยมบ้านสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามี (ห่างจากกิจกรรมครั้งที่ 2 1 วัน)

กิจกรรมย่อยที่ 6 พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันที่ได้รับจากการพูดคุยกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีลงในบันทึกการให้บริการสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเฉพาะราย

ครั้งที่ 3 วันที่ 3 กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค นัดหมายสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามีที่บ้าน ใช้กิจกรรมที่เป็นกระบวนการรายบุคคล พยาบาลวิชาชีพ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามี ร่วมกันสร้างความเข้าใจถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และค้นหาวิธีแก้ไขอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงตามการรับรู้ของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเชิงการป้องกันการนำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังนี้

กิจกรรมย่อยที่ 1 พยาบาลวิชาชีพนำข้อมูลที่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกบันทึกจากการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันจริงใน “แบบบันทึกการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก” วิเคราะห์ร่วมกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามี และระบุนการปรับพฤติกรรมที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดี ป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ ซึ่งสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกต้องรักษาพฤติกรรมเหล่านี้ไว้ และระบุนอุปสรรคที่ขัดขวางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมย่อยที่ 2 พยาบาลวิชาชีพเปิดโอกาสให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีอธิบายถึงวิธีการจัดการกับอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน พยาบาลร่วมวิเคราะห์การจัดการกับอุปสรรคของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามี ส่งเสริมความเข้าใจในการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันให้เกิดการปฏิบัติจริง

กิจกรรมย่อยที่ 3 พยาบาลวิชาชีพมอบสมุดบันทึกประจำตัวสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งชี้แจงให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกบันทึกประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกใน “แบบบันทึกการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกที่เชื่อมโยงกับความเชื่อที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก”

กิจกรรมย่อยที่ 4 พยาบาลวิชาชีพแจ้งนัดหมายสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีทำกิจกรรมรายกลุ่ม (ห่างจากกิจกรรมครั้งที่ 3 1 วัน)

กิจกรรมย่อยที่ 5 พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันแบบใหม่ที่ปฏิบัติจริงและอุปสรรคที่เกิดจากการวิเคราะห์ร่วมกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกลงในบันทึกการให้บริการสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเฉพาะราย

ครั้งที่ 4 วันที่ 4 กิจกรรมที่ 4 และ กิจกรรมที่ 5 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อที่เชื่อมโยงหรือมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก นัดหมายสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน (ศสมช.) พยาบาลวิชาชีพสร้างความเข้าใจการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และสนับสนุนส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองอย่างสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ให้สามารถปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ และให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการแป็ปสเมียร์แก่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วยกิจกรรมย่อยดังนี้

กิจกรรมย่อยที่ 1 พยาบาลวิชาชีพพบทวนความเข้าใจการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกร่วมกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามี

กิจกรรมย่อยที่ 2 พยาบาลวิชาชีพนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกใน “แบบบันทึกการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกที่เชื่อมโยงกับความเชื่อที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก” มาร่วมวิเคราะห์ร่วมกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกว่าพฤติกรรมป้องกันโรคในชีวิตประจำวันที่ได้ปรับนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องสามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้จริงและควรที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมย่อยที่ 3 พยาบาลวิชาชีพและสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกทำข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมย่อยที่ 4 พยาบาลวิชาชีพแจ้งช่องทางในการติดต่อเมื่อสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกพบปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมย่อยที่ 5 พยาบาลวิชาชีพประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลและบันทึกไว้ในแบบบันทึกการให้บริการสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเฉพาะราย

กิจกรรมย่อยที่ 6 พยาบาลวิชาชีพให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการแป๊ปสเมียร์

หัวหน้าหน่วยงาน ทีมพยาบาล มีกิจกรรม Pre-Post conference ร่วมกัน ก่อนและหลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกทุกครั้ง และหัวหน้าหน่วยงานเยี่ยมชมตรวจสอบปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นกระบวนการรายกลุ่มทุกครั้ง

3.4 การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยตนเอง โดยอันดับแรกเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลดอนพุด แล้วใช้การจับคู่ให้มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลบ้านหมอ ทำการจับคู่จนครบ 10 คู่ เมื่อกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลบ้านหมอมีลักษณะตรงกับกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลดอนพุด ก็ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลบ้านหมอ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

3.4.1 กลุ่มควบคุม ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ตำบลดอนพุด อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี จำนวน 10 คน โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1) แนะนำตัวกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ขอความร่วมมือ แล้วให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) รวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ในวันแรกที่เข้าร่วมโครงการวิจัย วันที่ 10 สิงหาคม 2556

3) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลตามกิจกรรมโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค ดังที่เคยปฏิบัติ

4) รวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก หลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค ดังที่เคยปฏิบัติ 1 สัปดาห์ คือ วันที่ 17 สิงหาคม 2556

3.4.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี จำนวน 10 คน โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1) แนะนำตัวกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ขอความร่วมมือ แล้วให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) รวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ในวันแรกที่เข้าร่วมโครงการวิจัย วันที่ 19 สิงหาคม 2556

3) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลตามกิจกรรมโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

4) รวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก หลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกครั้งที่ 4 วันที่ 25 สิงหาคม 2556

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีรายละเอียดของการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

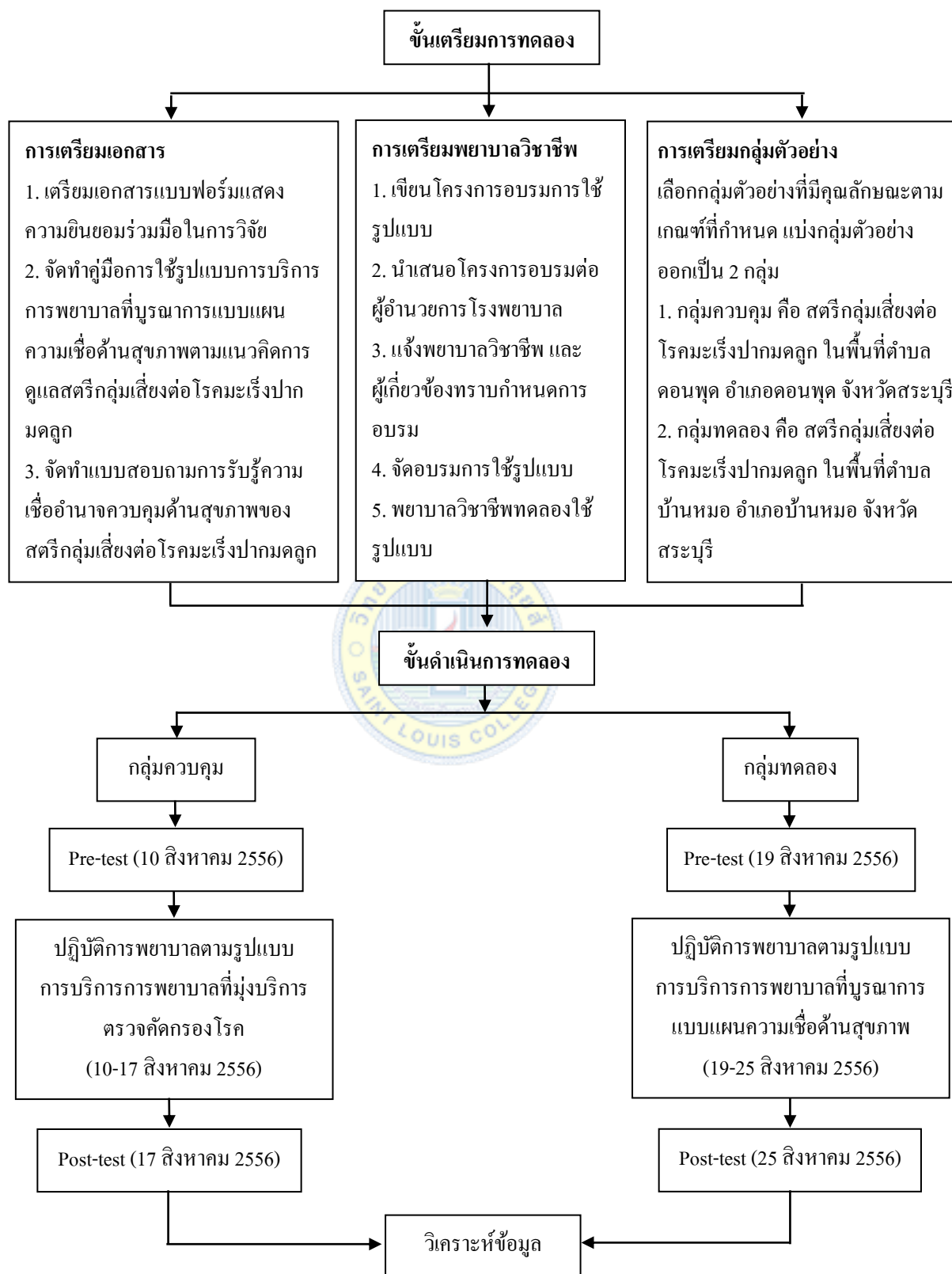
1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

2) ระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง วิเคราะห์โดยสถิติ непараметрический (Nonparametric Statistic) ด้วยค่าสถิติทดสอบ Mann-Whitney U test

4) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์โดยสถิติ непараметрический (Nonparametric statistic) ด้วยค่าสถิติทดสอบ Wilcoxon-Signed Ranks Test





ภาพที่ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ชนิดที่ศึกษาสองกลุ่ม ที่มี การวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest – Posttest Design) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบ การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและรูปแบบการบริการ การพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค

ผลการศึกษานำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจ คัดกรองโรค โดยใช้ค่าเฉลี่ย (ตารางที่ 5-8)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรี กลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการ ตรวจคัดกรองโรค ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test (ตารางที่ 9-12)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรี กลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้วยสถิติ Wilcoxon-Signed Ranks Test (ตารางที่ 13-16)

ส่วนที่ 1 ระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยใช้ค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยรวมและรายด้าน

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=10)			กลุ่มควบคุม (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	3.86	0.157	มาก	3.83	0.784	มาก
ความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ	3.64	0.578	มาก	3.78	0.665	มาก
ความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหา ด้านสุขภาพ	3.92	0.331	มาก	3.87	0.318	มาก
โดยรวม	3.81	0.270	มาก	3.83	0.539	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่าระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกกลุ่มทดลอง ก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน สำหรับกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยรวมและรายข้อ

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=10)			กลุ่มควบคุม (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ						
1) ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และซับให้แห้งทุกครั้งภายหลังการขับถ่าย	4.20	0.422	มาก	3.80	1.033	มาก
2) ท่านชำระล้างอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและซับให้แห้งทุกครั้งที่อาบน้ำ	4.00	0.000	มาก	3.90	1.287	มาก
3) ท่านทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำฟอกสบู่ทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	4.10	0.316	มาก	3.90	1.101	มาก
4) ทางเกงชั้นในที่ท่านนำมาใช้ทุกตัว ท่านซักและตากให้แห้งแล้วจึงนำมาสวมใส่	4.00	0.000	มาก	4.40	0.699	มากที่สุด
5) ท่านเปลี่ยนทางเกงชั้นในที่สะอาดอย่างน้อยทุก 10-12 ชั่วโมง	3.90	0.316	มาก	4.00	0.943	มาก
6) ท่านสังเกตลักษณะการตกขาวทุกครั้ง ที่ถอดทางเกงชั้นใน	3.30	0.483	ปานกลาง	4.00	0.943	มาก
7) ท่านเลือกใช้ทางเกงชั้นในที่ส่วนรัดตึงอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกนุ่มและยืดหยุ่นได้ทุกครั้ง	3.60	0.516	มาก	3.60	1.174	มาก
8) ท่านเลือกสวมทางเกงที่ส่วนรัดตึงอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกนุ่มและยืดหยุ่นได้ทุกครั้ง	4.10	0.568	มาก	3.20	1.033	ปานกลาง
9) ท่านสังเกตอาการเลือดออกทางช่องคลอดหลังการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง	4.00	0.816	มาก	3.50	1.354	มาก
10) ท่านเข้ารับการตรวจแป็บสเมียร์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตลอดมา	3.40	1.713	ปานกลาง	4.00	1.333	มาก
โดยรวม	3.86	0.157	มาก	3.83	0.784	มาก

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยรวมและรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=10)			กลุ่มควบคุม (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ						
11) ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีสารอาหารครบ 5 หมู่ ทุกวัน	4.00	1.155	มาก	3.70	0.949	มาก
12) ท่านเลือกรับประทานผัก ผลไม้ให้ได้ ครึ่งหนึ่งของปริมาณอาหารทุกมื้อ	3.60	0.699	มาก	3.80	0.919	มาก
13) ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆละ 30 นาที	3.00	1.054	ปานกลาง	3.60	0.966	มาก
14) ท่านดื่มน้ำสะอาดทุกวันๆ ละอย่างน้อย 6-8 แก้ว	4.20	0.919	มาก	3.90	0.738	มาก
15) ท่านทำจิตใจให้สดชื่นแจ่มใสทุกวัน	3.80	0.422	มาก	3.90	0.876	มาก
16) ท่านใช้เวลาช่วงกลางคืนเพื่อการนอนหลับสนิทต่อเนื่องอย่างน้อย 8 ชั่วโมง	3.20	0.632	ปานกลาง	3.70	0.949	มาก
17) ท่านกำหนดการปฏิบัติของตัวเองไว้ว่า จะปรึกษาแพทย์ทุกครั้งที่มีอาการตกขาว	3.70	1.059	มาก	3.80	0.789	มาก
18) ท่านกำหนดการปฏิบัติของตัวเองไว้ว่า จะปรึกษาพยาบาลทุกครั้งที่มีปัญหา	4.10	0.876	มาก	4.00	0.816	มาก
19) ท่านปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมั่นใจ	3.20	1.033	ปานกลาง	3.70	0.949	มาก
โดยรวม	3.64	0.578	มาก	3.78	0.665	มาก

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยรวมและรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=10)			กลุ่มควบคุม (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ						
20) ท่านงดการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง เมื่อมีแผลติดเชื้อ ตุ่มหนอง บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก	4.40	0.966	มากที่สุด	4.40	0.516	มากที่สุด
21) ท่านงดการมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือนทุกครั้ง	4.60	0.516	มากที่สุด	4.20	0.632	มาก
22) ท่านงดการมีเพศสัมพันธ์ที่ใช้ความรุนแรงทุกครั้ง	4.30	0.675	มากที่สุด	4.30	0.483	มากที่สุด
23) ท่านเปลี่ยนผ้าอนามัยอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงขณะมีประจำเดือนทุกครั้ง	3.60	0.966	มาก	4.00	0.667	มาก
24) ท่านเข้ารับการตรวจแป็บสเมียร์ทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	3.40	1.075	ปานกลาง	3.50	0.850	มาก
25) ท่านกำหนดการปฏิบัติของตัวเองไว้ว่าจะไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีเลือดออกทางช่องคลอด	4.00	1.247	มาก	3.70	0.823	มาก
26) ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีสารอาหารครบ 5 หมู่ในทุกมื้ออาหาร	3.90	0.876	มาก	3.40	0.516	ปานกลาง
27) ท่านเลือกรับประทานผักผลไม้ทุกมื้ออาหาร เพราะในผักและผลไม้มีวิตามินและเกลือแร่	4.20	0.632	มาก	3.40	0.516	ปานกลาง
28) ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อนม ไข่ และพืชจำพวกถั่วทุกวัน	3.10	0.876	ปานกลาง	3.70	0.823	มาก
29) ท่านเลือกรับประทานผักทุกมื้ออาหาร เพราะผักมีกากใยช่วยให้ขับถ่ายได้ดี	4.10	0.568	มาก	4.10	0.738	มาก
30) ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 8 ชั่วโมงทุกคืน	3.60	0.516	มาก	3.90	0.738	มาก
โดยรวม	3.92	0.331	มาก	3.87	0.318	มาก

จากตารางที่ 6 พบว่าระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก 8 ข้อ และระดับปานกลาง 2 ข้อ ด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ อยู่ในระดับมาก 6 ข้อ และระดับปานกลาง 3 ข้อ และด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด 3 ข้อ ระดับมาก 6 ข้อ และระดับปานกลาง 2 ข้อ สำหรับกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด 1 ข้อ ระดับมาก 8 ข้อ และระดับปานกลาง 1 ข้อ ด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 9 ข้อ และด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 2 ข้อ ระดับมาก 7 ข้อ และระดับปานกลาง 2 ข้อ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยรวมและรายด้าน

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุม ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=10)			กลุ่มควบคุม (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	4.78	0.131	มากที่สุด	3.96	0.691	มาก
ความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ	4.81	0.128	มากที่สุด	3.87	0.681	มาก
ความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ	4.58	0.246	มากที่สุด	4.06	0.437	มาก
โดยรวม	4.72	0.134	มากที่สุด	3.96	0.543	มาก

จากตารางที่ 7 พบว่าระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้ง 3 ด้าน สำหรับกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 3 ด้าน

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยรวมและรายข้อ

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=10)			กลุ่มควบคุม (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ						
1) ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และขับให้แห้งทุกครั้งภายหลังการขับถ่าย	5.00	0.000	มากที่สุด	3.90	0.876	มาก
2) ท่านชำระล้างอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและขับให้แห้งทุกครั้งก่อนอาบน้ำ	4.80	0.422	มากที่สุด	4.10	0.994	มาก
3) ท่านทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำฟอกสบู่ทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	5.00	0.000	มากที่สุด	4.10	0.876	มาก
4) กางเกงชั้นในที่ท่านนำมาใช้ทุกตัว ท่านซักและตากให้แห้งแล้วจึงนำมาสวมใส่	5.00	0.000	มากที่สุด	4.40	0.699	มากที่สุด
5) ท่านเปลี่ยนกางเกงชั้นในที่สะอาดอย่างน้อยทุก 10-12 ชั่วโมง	4.90	0.316	มากที่สุด	4.10	0.738	มาก
6) ท่านสังเกตลักษณะการตกขาวทุกครั้งเมื่อตกกางเกงชั้นใน	4.80	0.422	มากที่สุด	4.00	0.667	มาก
7) ท่านเลือกใช้กางเกงชั้นในที่ส่วนรัดตรงอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกนุ่มและยืดหยุ่นได้ทุกครั้ง	4.80	0.422	มากที่สุด	3.70	1.059	มาก
8) ท่านเลือกสวมกางเกงที่ส่วนรัดตรงอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกนุ่มและยืดหยุ่นได้ทุกครั้ง	4.60	0.516	มาก	3.40	0.843	ปานกลาง
9) ท่านสังเกตอาการเลือดออกทางช่องคลอดหลังการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง	4.50	0.527	มาก	3.70	1.059	มาก
10) ท่านเข้ารับการตรวจแป็บสเมียร์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตลอดมา	4.40	0.516	มากที่สุด	4.20	1.135	มาก
โดยรวม	4.78	0.131	มากที่สุด	3.96	0.691	มาก

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยรวมและรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=10)			กลุ่มควบคุม (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ						
11) ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีสารอาหารครบ 5 หมู่ทุกวัน	5.00	0.000	มากที่สุด	4.00	0.943	มาก
12) ท่านเลือกรับประทานผัก ผลไม้ให้ได้ ครึ่งหนึ่งของปริมาณอาหารทุกมื้อ	4.80	0.422	มากที่สุด	4.00	0.943	มาก
13) ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆละ 30 นาที	4.60	0.516	มากที่สุด	3.50	0.972	มาก
14) ท่านดื่มน้ำสะอาดทุกวันๆ ละอย่างน้อย 6-8 แก้ว	5.00	0.000	มากที่สุด	3.90	0.738	มาก
15) ท่านทำจิตใจให้สดชื่นแจ่มใสทุกวัน	4.60	0.516	มากที่สุด	3.90	0.876	มาก
16) ท่านใช้เวลาช่วงกลางคืนเพื่อการนอนหลับ สนิทต่อเนื่องอย่างน้อย 8 ชั่วโมง	4.90	0.316	มากที่สุด	3.80	0.919	มาก
17) ท่านกำหนดการปฏิบัติของตัวเองไว้ว่าจะปรึกษาแพทย์ทุกครั้งที่มีอาการตกขาว	4.70	0.483	มากที่สุด	3.90	0.738	มาก
18) ท่านกำหนดการปฏิบัติของตัวเองไว้ว่าจะปรึกษาพยาบาลทุกครั้งที่มีปัญหา	4.70	0.483	มากที่สุด	4.20	0.789	มาก
19) ท่านปฏิบัติตามพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมั่นใจ	5.00	0.000	มากที่สุด	3.70	0.949	มาก
โดยรวม	4.81	0.128	มากที่สุด	3.87	0.681	มาก

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยรวมและรายข้อ (ต่อ)

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=10)			กลุ่มควบคุม (n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
20) ท่านงดการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง เมื่อมีแผลติดเชื้อ ตุ่มหนอง บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก	4.70	0.483	มากที่สุด	4.40	0.516	มากที่สุด
21) ท่านงดการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งจะมีประจำเดือนทุกครั้ง	4.90	0.316	มากที่สุด	4.50	0.527	มากที่สุด
22) ท่านงดการมีเพศสัมพันธ์ที่ใช้ความรุนแรงทุกครั้ง	4.80	0.422	มากที่สุด	4.40	0.516	มากที่สุด
23) ท่านเปลี่ยนผ้าอนามัยอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงขณะมีประจำเดือนทุกครั้ง	4.60	0.516	มากที่สุด	4.00	0.667	มาก
24) ท่านเข้ารับการตรวจแป็บสเมียร์ทุกปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	4.70	0.483	มากที่สุด	3.90	1.101	มาก
25) ท่านกำหนดการปฏิบัติของตัวเองไว้ว่าจะไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีเลือดออกทางช่องคลอด	4.60	0.699	มากที่สุด	4.10	0.876	มาก
26) ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีสารอาหารครบ 5 หมู่ในทุกมื้ออาหาร	4.30	0.675	มากที่สุด	3.80	0.789	มาก
27) ท่านเลือกรับประทานผักผลไม้ทุกมื้ออาหาร เพราะในผักและผลไม้มีวิตามินและเกลือแร่	4.50	0.527	มากที่สุด	3.60	0.699	มาก
28) ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อนม ไข่ และพืชจำพวกถั่วทุกวัน	4.30	0.483	มากที่สุด	3.80	0.789	มาก
29) ท่านเลือกรับประทานผักทุกมื้ออาหาร เพราะผักมีกากใยช่วยให้ขับถ่ายได้ดี	4.60	0.516	มากที่สุด	4.10	0.738	มาก
30) ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 8 ชั่วโมงทุกคืน	4.40	0.516	มากที่สุด	4.10	0.738	มาก
โดยรวม	4.58	0.246	มากที่สุด	4.06	0.437	มาก

จากตารางที่ 8 พบว่าระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 8 ข้อ และระดับมาก 2 ข้อ ด้านความเชื่ออำนาจบุคลากรทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ และด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ สำหรับกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค ด้านความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 1 ข้อ ระดับมาก 8 ข้อ และระดับปานกลาง 1 ข้อ ด้านความเชื่ออำนาจบุคลากรทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 9 ข้อ และด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 3 ข้อ และระดับมาก 8 ข้อ



ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยรวมและรายด้าน (n=10)

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	ควบคุม	3.96	0.691	6.15	61.50	-3.313*	0.001
	ทดลอง	4.78	0.131	14.85	148.50		
ความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ	ควบคุม	3.87	0.681	5.50	55.00	-3.798*	0.000
	ทดลอง	4.81	0.128	15.50	155.00		
ความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ	ควบคุม	4.06	0.437	6.95	69.50	-2.703*	0.007
	ทดลอง	4.58	0.246	14.05	140.50		
โดยรวม	ควบคุม	3.96	0.543	5.50	55.00	-3.780*	0.000
	ทดลอง	4.72	0.134	15.50	155.00		

*p < 0.05

จากตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค ด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ (n=10)

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
1) ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และขับให้แห้งทุกครั้งภายหลังการขับถ่าย	ควบคุม	3.90	0.876	7.00	70.00	-3.127*	0.002
	ทดลอง	5.00	0.000	14.00	140.00		
2) ท่านชำระล้างอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและขับให้แห้งทุกครั้งก่อนอาบน้ำ	ควบคุม	4.10	0.994	8.60	86.00	-1.698	0.090
	ทดลอง	4.80	0.422	12.40	124.00		
3) ท่านทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำฟอกสบู่ทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	ควบคุม	4.10	0.876	7.50	75.00	-2.809*	0.005
	ทดลอง	5.00	0.000	13.50	135.00		
4) กางเกงชั้นในที่ท่านนำมาใช้ทุกตัวท่านซักและตากให้แห้ง แล้วจึงนำมาสวมใส่	ควบคุม	4.40	0.699	8.00	80.00	-2.500*	0.012
	ทดลอง	5.00	0.000	13.00	130.00		
5) ท่านเปลี่ยนกางเกงชั้นในที่สะอาดอย่างน้อยทุก 10-12 ชั่วโมง	ควบคุม	4.10	0.738	7.40	74.00	-2.692*	0.007
	ทดลอง	4.90	0.316	13.60	136.00		
6) ท่านสังเกตลักษณะการตกขาวทุกครั้งที่เกิดจากกางเกงชั้นใน	ควบคุม	4.00	0.667	7.30	73.00	-2.684*	0.007
	ทดลอง	4.80	0.422	13.70	137.00		
7) ท่านเลือกใช้กางเกงชั้นในที่ส่วนรัดตรึงอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกนุ่มและยืดหยุ่นได้ทุกครั้ง	ควบคุม	3.70	1.059	7.50	75.00	-2.505*	0.012
	ทดลอง	4.80	0.422	13.50	135.00		
8) ท่านเลือกสวมกางเกงที่ส่วนรัดตรึงอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกนุ่มและยืดหยุ่นได้ทุกครั้ง	ควบคุม	3.40	0.843	6.80	68.00	-2.947*	0.003
	ทดลอง	4.60	0.516	14.20	142.00		
9) ท่านสังเกตอาการเลือดออกทางช่องคลอดหลังการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง	ควบคุม	3.70	1.059	8.25	82.50	-1.863	0.062
	ทดลอง	4.50	0.527	12.75	127.50		

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค ด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ (n=10) (ต่อ)

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
10) ท่านเข้ารับการตรวจแป๊ปสเมียร์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตลอดมา	ควบคุม	4.20	1.135	10.60	106.00	-0.083	0.934
	ทดลอง	4.40	0.516	10.40	104.00		
โดยรวม	ควบคุม	3.96	0.691	6.15	61.50	-3.313*	0.001
	ทดลอง	4.78	0.131	14.85	148.50		

*p < 0.05

จากตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในรายข้อ 1, 3, 4, 5, 6, 7 และ 8 ส่วนในรายข้อ 2, 9 และ 10 ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค ด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ จำแนกรายข้อ (n=10)

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
11) ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มีสารอาหารครบ 5 หมู่ทุกวัน	ควบคุม	4.00	0.943	7.00	70.00	-3.137*	0.002
	ทดลอง	5.00	0.000	14.00	140.00		
12) ท่านเลือกรับประทานผัก ผลไม้ให้ได้ครึ่งหนึ่งของปริมาณอาหารทุกมื้อ	ควบคุม	4.00	0.943	7.80	78.00	-2.293*	0.022
	ทดลอง	4.80	0.422	13.20	132.00		

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่ บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค ด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ จำแนกรายข้อ (n=10) (ต่อ)

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
13) ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วันๆละ 30 นาที	ควบคุม	3.50	0.972	7.30	73.00	-2.556*	0.010
	ทดลอง	4.60	0.516	13.70	137.00		
14) ท่านดื่มน้ำสะอาดทุกวันๆ ละ อย่างน้อย 6-8 แก้ว	ควบคุม	3.90	0.738	6.50	65.00	-3.453*	0.001
	ทดลอง	5.00	0.000	14.50	145.00		
15) ท่านทำจิตใจให้สดชื่นแจ่มใส ทุกวัน	ควบคุม	3.90	0.876	8.10	81.00	-2.012*	0.044
	ทดลอง	4.60	0.516	12.90	129.00		
16) ท่านใช้เวลาช่วงกลางคืนเพื่อการ นอนหลับสนิทต่อเนื่องอย่างน้อย 8 ชั่วโมง	ควบคุม	3.80	0.919	6.85	68.50	-3.070*	0.002
	ทดลอง	4.90	0.316	14.15	141.50		
17) ท่านกำหนดการปฏิบัติของตัวเอง ไว้ว่า จะปรึกษาแพทย์ทุกครั้ง เมื่อมี อาการตกขาว	ควบคุม	3.90	0.738	7.55	75.50	-2.428*	0.015
	ทดลอง	4.70	0.483	13.45	134.50		
18) ท่านกำหนดการปฏิบัติของตัวเอง ไว้ว่า จะปรึกษาพยาบาลทุกครั้งที่มี ปัญหา	ควบคุม	4.20	0.789	8.70	87.00	-1.529	0.126
	ทดลอง	4.70	0.483	12.30	123.00		
19) ท่านปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง กับโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมั่นใจ ทุกครั้ง	ควบคุม	3.70	0.949	6.50	65.00	-3.436*	0.001
	ทดลอง	5.00	0.000	14.50	145.00		
โดยรวม	ควบคุม	3.87	0.681	5.50	55.00	-3.798*	0.000
	ทดลอง	4.81	0.128	15.50	155.00		

*p < 0.05

จากตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในรายข้อ 11-19 ยกเว้นในรายข้อ 18 ที่ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค ด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ (n=10)

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
20) ท่านงดการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งเมื่อมีแผลติดเชื้อ ตุ่มหนองบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก	ควบคุม	4.40	0.516	9.00	90.00	-1.314	0.189
	ทดลอง	4.70	0.483	12.00	120.00		
21) ท่านงดการมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือนทุกครั้ง	ควบคุม	4.50	0.527	8.50	85.00	-1.902	0.057
	ทดลอง	4.90	0.316	12.50	125.00		
22) ท่านงดการมีเพศสัมพันธ์ที่ใช้ความรุนแรงทุกครั้ง	ควบคุม	4.40	0.516	8.50	85.00	-1.780	0.075
	ทดลอง	4.80	0.422	12.50	125.00		
23) ท่านเปลี่ยนผ้าอนามัยอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงขณะมีประจำเดือนทุกครั้ง	ควบคุม	4.00	0.667	8.10	81.00	-2.013*	0.044
	ทดลอง	4.60	0.516	12.90	129.00		
24) ท่านเข้ารับการตรวจแป็ปสเมียร์ทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ควบคุม	3.90	1.101	8.40	84.00	-1.757	0.079
	ทดลอง	4.70	0.483	12.60	126.00		
25) ท่านกำหนดการปฏิบัติของตัวเองไว้ว่า จะไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีเลือดออกทางช่องคลอด	ควบคุม	4.10	0.876	8.85	88.50	-1.384	0.166
	ทดลอง	4.60	0.699	12.15	121.50		
26) ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีสารอาหารครบ 5 หมู่ในทุกมื้ออาหาร	ควบคุม	3.80	0.789	8.70	87.00	-1.460	0.144
	ทดลอง	4.30	0.675	12.30	123.00		

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค ด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ (n=10)

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
27) ท่านเลือกรับประทานผักผลไม้ทุกมื้ออาหารเพราะในผักและผลไม้มีวิตามินและเกลือแร่	ควบคุม	3.60	0.699	7.25	72.50	-2.636*	0.008
	ทดลอง	4.50	0.527	13.75	137.50		
28) ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อ นม ไข่ และพืชจำพวกถั่วทุกวัน	ควบคุม	3.80	0.789	8.60	86.00	-1.594	0.111
	ทดลอง	4.30	0.483	12.40	124.00		
29) ท่านเลือกรับประทานผักทุกมื้ออาหาร เพราะผักมีกากใยช่วยให้ขับถ่ายได้ดี	ควบคุม	4.10	0.738	8.60	86.00	-1.587	0.112
	ทดลอง	4.60	0.516	12.40	124.00		
30) ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 8 ชั่วโมงทุกคืน	ควบคุม	4.10	0.738	9.40	94.00	-0.935	0.350
	ทดลอง	4.40	0.516	11.60	116.00		
โดยรวม	ควบคุม	4.06	0.437	6.95	69.50	-2.703*	0.007
	ทดลอง	4.58	0.246	14.05	140.50		

*p < 0.05

จากตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในรายข้อ 23 และ 27 ส่วนในรายข้อ 20, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 29 และ 30 ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้วยสถิติ Wilcoxon-Signed Ranks Test

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน (n=10)

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ	การทดลอง	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	ก่อน	3.86	0.157	0.00	0.00	-2.831*	0.005
	หลัง	4.78	0.131	5.50	55.00		
ความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ	ก่อน	3.64	0.578	0.00	0.00	-2.803*	0.005
	หลัง	3.64	0.578	5.50	55.00		
ความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ	ก่อน	3.92	0.331	0.00	0.00	-2.810*	0.005
	หลัง	3.92	0.331	5.50	55.00		
โดยรวม	ก่อน	4.06	0.389	0.00	0.00	2.803*	0.005
	หลัง	4.32	0.492	5.50	55.00		

*p < 0.05

จากตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวม และรายด้านทุกด้าน

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ (n=10)

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	การทดลอง	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
1) ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และขับให้แห้งทุกครั้งภายหลังการขับถ่าย	ก่อน หลัง	4.20 5.00	0.422 0.000	0.00 4.50	0.00 36.00	-2.828*	0.005
2) ท่านชำระล้างอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและขับให้แห้งทุกครั้งที่อาบน้ำ	ก่อน หลัง	4.00 4.80	0.000 0.422	0.00 4.50	0.00 36.00	-2.828*	0.005
3) ท่านทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำฟอกสบู่ทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	ก่อน หลัง	4.10 5.00	0.316 0.000	0.00 5.00	0.00 45.00	-3.000*	0.003
4) กางเกงชั้นในที่ท่านนำมาใช้ทุกตัวท่านซักและตากให้แห้ง แล้วจึงนำมาสวมใส่	ก่อน หลัง	4.00 5.00	0.000 0.000	0.00 5.50	0.00 55.00	-3.162*	0.002
5) ท่านเปลี่ยนกางเกงชั้นในที่สะอาดอย่างน้อยทุก 10-12 ชั่วโมง	ก่อน หลัง	3.90 4.90	0.316 0.316	0.00 5.00	0.00 45.00	-2.887*	0.004
6) ท่านสังเกตลักษณะการตกขาวทุกครั้งที่ถอดกางเกงชั้นใน	ก่อน หลัง	3.30 4.80	0.483 0.422	0.00 5.50	0.00 55.00	-2.879*	0.004
7) ท่านเลือกใช้กางเกงชั้นในที่ส่วนรัดตรึงอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกนึ่งมและยืดหยุ่นได้ทุกครั้ง	ก่อน หลัง	3.60 4.80	0.516 0.422	0.00 4.50	0.00 36.00	-2.585*	0.010
8) ท่านเลือกสวมกางเกงที่ส่วนรัดตรึงอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกนึ่งมและยืดหยุ่นได้ทุกครั้ง	ก่อน หลัง	4.10 4.60	0.568 0.516	0.00 2.50	0.00 10.00	-1.890	0.059
9) ท่านสังเกตอาการเลือดออกทางช่องคลอดหลังการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง	ก่อน หลัง	4.00 4.50	0.816 0.527	0.00 3.00	0.00 15.00	-2.236*	0.025

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ (n=10) (ต่อ)

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	การทดลอง	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
10) ท่านเข้ารับการตรวจแป็ปสเมียร์อย่างน้อยปีละ1 ครั้งตลอดมา	ก่อน	3.40	1.713	2.00	2.00	-1.823	0.068
	หลัง	4.40	0.516	3.80	19.00		
โดยรวม	ก่อน	3.86	0.157	0.00	0.00	-2.831*	0.005
	หลัง	4.78	0.131	5.50	55.00		

*p < 0.05

จากตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 8 ใน 10 ข้อ ส่วนอีก 2 ข้อไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ จำแนกรายข้อ (n=10)

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ	การทดลอง	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
11) ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีสารอาหารครบ 5 หมู่ทุกวัน	ก่อน	4.00	1.155	0.00	0.00	-2.271*	0.023
	หลัง	5.00	0.000	3.50	21.00		
12) ท่านเลือกรับประทานผัก ผลไม้ให้ได้ครึ่งหนึ่งของปริมาณอาหารทุกมื้อ	ก่อน	3.60	0.699	0.00	0.00	-2.762*	0.006
	หลัง	4.80	0.422	5.00	45.00		
13) ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที	ก่อน	3.00	1.054	0.00	0.00	-2.701*	0.007
	หลัง	4.60	0.516	5.00	45.00		
14) ท่านดื่มน้ำสะอาดทุกวันๆ ละอย่างน้อย 6-8 แก้ว	ก่อน	4.20	0.919	0.00	0.00	-2.070*	0.038
	หลัง	5.00	0.000	3.00	15.00		
15) ท่านทำจิตใจให้สดชื่นแจ่มใสทุกวัน	ก่อน	3.80	0.422	0.00	0.00	-2.530*	0.011
	หลัง	4.60	0.516	4.00	28.00		
16) ท่านใช้เวลาช่วงกลางวันเพื่อการนอนหลับสนิทต่อเนื่องอย่างน้อย 8 ชั่วโมง	ก่อน	3.20	0.632	0.00	0.00	-2.754*	0.006
	หลัง	4.90	0.316	5.00	45.00		
17) ท่านกำหนดการปฏิบัติของตัวเองไว้ว่า จะปรึกษาแพทย์ทุกครั้ง เมื่อมีอาการตกขาว	ก่อน	3.70	1.059	0.00	0.00	-2.456*	0.014
	หลัง	4.70	0.483	4.00	28.00		
18) ท่านกำหนดการปฏิบัติของตัวเองไว้ว่าจะปรึกษาพยาบาลทุกครั้งที่มีปัญหา	ก่อน	4.10	0.876	0.00	0.00	-2.449*	0.014
	หลัง	4.70	0.483	3.50	21.00		
19) ท่านปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง ปากมดลูกได้อย่างมั่นใจทุกครั้ง	ก่อน	3.20	1.033	0.00	0.00	-2.694*	0.007
	หลัง	5.00	0.000	5.00	45.00		
โดยรวม	ก่อน	3.64	0.578	0.00	0.00	-2.803*	0.005
	หลัง	4.81	0.128	5.50	55.00		

*p < 0.05

จากตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพโดยรวม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้ง 9 ข้อ

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ (n=10)

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ	การทดลอง	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
20) ทำางดการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งเมื่อมีเพศติดเชื่อ ตุ่มหนองบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก	ก่อน	4.40	0.966	3.00	6.00	-1.000	0.317
	หลัง	4.70	0.483	3.75	15.00		
21) ทำางดการมีเพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือนทุกครั้ง	ก่อน	4.60	0.516	0.00	0.00	-1.732	0.083
	หลัง	4.90	0.316	2.00	6.00		
22) ทำางดการมีเพศสัมพันธ์ที่ใช้ความรุนแรงทุกครั้ง	ก่อน	4.30	0.675	4.00	4.00	-1.890	0.059
	หลัง	4.80	0.422	4.00	24.00		
23) ทำานเปลี่ยนผ้าอนามัยอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง ขณะมีประจำเดือนทุกครั้ง	ก่อน	3.60	0.966	0.00	0.00	-2.714*	0.007
	หลัง	4.60	0.516	4.50	36.00		
24) ทำานเข้ารับการตรวจแป็ปสเมียร์ทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	ก่อน	3.40	1.075	0.00	0.00	-2.588*	0.010
	หลัง	4.70	0.483	4.50	36.00		
25) ทำานกำหนดการปฏิบัติของตัวเองไว้ว่า จะไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีเลือดออกทางช่องคลอด	ก่อน	4.00	1.247	0.00	0.00	-1.890	0.059
	หลัง	4.60	0.699	2.50	10.00		

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ (n=10) (ต่อ)

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ	การทดลอง	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
26) ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีสารอาหารครบ 5 หมู่ ในทุกมื้ออาหาร	ก่อน	3.90	0.876	3.50	3.50	-1.633	0.102
	หลัง	4.30	0.675	3.50	17.50		
27) ท่านเลือกรับประทานผักผลไม้ทุกมื้ออาหารเพราะในผักและผลไม้มีวิตามินและเกลือแร่	ก่อน	4.20	0.632	3.00	3.00	-1.342	0.180
	หลัง	4.50	0.527	3.00	12.00		
28) ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อ นม ไข่ และพืชจำพวกถั่ว ทุกวัน	ก่อน	3.10	0.876	0.00	0.00	-2.588*	0.010
	หลัง	4.30	0.483	4.50	36.00		
29) ท่านเลือกรับประทานผักทุกมื้ออาหาร เพราะผักมีกากใยช่วยให้ขับถ่ายได้ดี	ก่อน	4.10	0.568	.00	.00	-1.890	0.059
	หลัง	4.60	0.516	2.50	10.00		
30) ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ทุกคืน	ก่อน	3.60	0.516	0.00	0.00	-2.271*	0.023
	หลัง	4.40	0.516	3.50	21.00		
โดยรวม	ก่อน	3.92	0.331	0.00	0.00	-2.810*	0.005
	หลัง	4.58	0.246	5.50	55.00		

*p < 0.05

จากตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ โดยรวม สูงกว่า

ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 4 ใน 11 ข้อ ส่วนอีก 7 ข้อไม่แตกต่างกัน



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ชนิดที่ศึกษาสองกลุ่ม ที่มี การวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest – Posttest Design) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งปากมดลูก ในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และใน กลุ่มที่ใช้รูปแบบบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค

ประชากร คือ สตรีอายุระหว่าง 35-55 ปี ที่สมรสแล้วปัจจุบันอยู่กินกับสามี จังหวัดสระบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีอายุระหว่าง 35-55 ปี ที่สมรสแล้วปัจจุบันอยู่กินกับสามี โดยคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากทะเบียนประชากรในเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอ บ้านหมอ จังหวัดสระบุรี และประชากรในเขตตำบลคอนพุท อำเภอดอนพุท จังหวัดสระบุรี โดย คัดเลือกประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี จำนวน 10 ราย เป็นกลุ่มทดลอง และคัดเลือกประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในเขตตำบลคอนพุท อำเภอดอนพุท จังหวัดสระบุรี จำนวน 10 ราย เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการ บริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุม ด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย 3 ด้าน เครื่องมือได้ผ่านการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แบบสอบถามการรับรู้ความ เชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกได้ผ่านการตรวจสอบความ เทียง (Reliability) ของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.93

ดำเนินการทดลอง หลังผ่านกระบวนการจริยธรรมวิจัย และจัดอบรมวิชาการให้พยาบาลวิชาชีพที่ อยู่ในโครงการ 2 คน เรื่องรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยได้ชี้แจงความเข้าใจพร้อมกับให้ พยาบาลวิชาชีพฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก คนละ 1 ราย ขึ้น ดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองหน่วยงานที่ใช้ศึกษาได้แก่ กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาล

บ้านหมอ โดยหัวหน้าหน่วยงานมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 คน ดำเนินการตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยได้รับผิชอบดูแลผู้รับบริการคนละ 5 ราย มีการประชุมก่อนและหลังการปฏิบัติ และการเยี่ยมชมตรวจทางพยาบาล ที่สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกกับแนวคิดการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกันจัดบริการทั้งสัปดาห์ จัดให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานวันละ 2 คน นัดหมายผู้รับบริการให้บริการรายกลุ่มที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน และรายบุคคลที่บ้าน แต่ละคนจำนวน 4 ครั้งห่างกันครั้งละ 1 วัน ให้บริการครั้งละไม่เกิน 1 ชั่วโมงต่อคน จนครบ 10 คน ซึ่งได้ดำเนินการทดลองระหว่างวันที่ 19-25 สิงหาคม พ.ศ. 2556 สำหรับกลุ่มควบคุมหน่วยงานที่ใช้ศึกษาได้แก่ กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลดอนพุด ให้บริการตามปกติที่เคยปฏิบัติอยู่เดิมคือแจกเอกสารความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจแป็ปสเมียร์ให้อ่านที่บ้าน พร้อมนัดหมายมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก 1 สัปดาห์ต่อมา ซึ่งได้ดำเนินการทดลองระหว่างวันที่ 10-17 สิงหาคม พ.ศ. 2556

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยตนเองทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยแบบสอบถามชนิดเดียวกัน กลุ่มทดลองเก็บข้อมูลที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน ตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากนั้นพยาบาลวิชาชีพดำเนินการตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นเวลา 1 สัปดาห์ แล้วจึงเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) หลังปฏิบัติกิจกรรมตามที่นัดหมายครั้งที่ 4 สำหรับกลุ่มควบคุมซึ่งเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกัน โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ที่ศูนย์สาธารณสุข มูลฐาน ตำบลดอนพุด อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี ก่อนครั้งที่ 1 (Pre-test) ในวันที่นัดหมายสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกมารับบริการ และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 (Post-test) หลังจากให้บริการการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรคแล้ว 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นนำข้อมูลของทั้ง 2 กลุ่มมาจับคู่ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ แสดงระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon-Signed Ranks Test

5.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

5.1.1 ระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค ผลการวิจัยพบว่า

1) ระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุดโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน สำหรับกลุ่มควบคุมก่อนการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค อยู่ในระดับมากที่สุดโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน

2) ระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุดทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน สำหรับกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค อยู่ในระดับมากที่สุดโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน

5.1.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุม ด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรคทั้งโดยรวม และรายด้านทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1

5.1.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจ

ควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ทั้งโดยรวม และรายด้านทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 2

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก อภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

5.2.1 ในสมมติฐานที่ 1 สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกหลังได้รับการบริการการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของพยาบาลมีการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกหลังได้รับการบริการการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยรวม และรายด้าน กลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีการกำหนดชุดของกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติอย่างมีรูปแบบ ที่มุ่งให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามต่อสุขภาพส่วนบุคคล และเชื่อมั่นในประโยชน์ของการปฏิบัติการป้องกันสุขภาพมากกว่าอุปสรรคที่พบตามแนวคิดของ Becker (1974) ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก คือ สร้างความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งระบุวิธีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก สร้างความเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่มีส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อที่เชื่อมโยงหรือมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยการกระตุ้นให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก เรื่องการดูแลสุขภาพสะอาดร่างกาย การป้องกัน

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การสังเกตอาการผิดปกติทางช่องคลอด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการความเครียด และการตรวจแป็ปสเมียร์ โดยเน้นการให้ความรู้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลผ่านสื่อ เทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเห็นภาพการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น และกระตุ้นให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุม ด้านสุขภาพ จากการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรคจากพฤติกรรมในชีวิตประจำวันตนเอง ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน โดยมั่นใจในความรู้ความสามารถของตนเอง และเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเองตามคำแนะนำของพยาบาล ตลอดจนควบคุมการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เพื่อพัฒนาศักยภาพ การดูแลสุขภาพให้ดีที่สุด ป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ จากการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Becker, 1974 cited in Pender et al., 2011, p. 38) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจำปี ยังวัฒนา (2551, น. 147) ที่พบว่า การรับรู้ทุกด้านในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ศรีธนา เพิ่มศิลป์ (2554) และพัสดราภรณ์ เข้มมน (2554) ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ไปศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น

ส่วนการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยรวม และรายด้านทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการให้บริการเน้นการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแป็ปสเมียร์เป็นหลัก ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ไม่ได้รับการให้บริการที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ จึงไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่สามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน

นอกจากนี้ผลการศึกษาเมื่อพิจารณารายด้านและรายข้อ พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลทำให้ระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทุกด้าน ส่วนในรายข้อพบว่า ด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ผลไม่แตกต่างในรายข้อ “ท่านชำระล้างอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและขับให้แห้งทุกครั้งที่อาบน้ำ” อธิบายได้ว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกทุกคนให้ความสำคัญกับการชำระล้างอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและขับให้แห้ง

ทุกครั้งที่ทำน้ำและปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน “ท่านสังเกตอาการเลือดออกทาง ช่องคลอดหลังการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง” อธิบายได้ว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกทุกคนเห็นว่า อาการเลือดออกทางช่องคลอดหลังการมีเพศสัมพันธ์มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก จึงสังเกตทุกครั้งหลังการมีเพศสัมพันธ์ “ท่านเข้ารับการตรวจ เป๊ปสเมียร์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตลอดมา” อธิบายได้ว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจเป๊ปสเมียร์อย่างสม่ำเสมออยู่แล้ว แสดงให้เห็นว่าสตรีกลุ่มนี้มองเห็นประโยชน์ของการตรวจเป๊ปสเมียร์มากกว่าอุปสรรค ซึ่งตามงานวิจัยของเสาวลักษณ์ สัจจา (2551, น. 3) พบว่าสตรีไม่มาตรวจคัดกรองส่วนใหญ่เพราะอายหมอ และกลัวเจ็บ ส่วนด้านความเชื่ออำนาจของบุคลากรทางสุขภาพ ผลไม่แตกต่างในรายชื่อ “ท่านกำหนดการปฏิบัติของตัวเองไว้ว่า จะปรึกษาพยาบาลทุกครั้งที่มีปัญหา” อธิบายได้ว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกทุกคนมีความเชื่อมั่นในความรู้ความสามารถของพยาบาล และเพราะพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสตรี เป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ย่อมมีความเข้าใจสตรีดีกว่าผู้อื่น (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2536, น. 288) จึงพร้อมที่จะปรึกษาพยาบาลเมื่อมีหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก และด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ผลไม่แตกต่างในรายชื่อที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ อธิบายได้ว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกทุกคนรับรู้ว่าการรับประทานอาหาร การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นไม่ว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกจะมีการปฏิบัติอยู่ในระดับถูกต้องมากน้อยเพียงใดก็ตาม ต่างก็มีความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพในระดับมากที่สุด จึงทำให้ผลการศึกษาไม่แตกต่าง เช่น “ท่านเข้ารับการตรวจเป๊ปสเมียร์ทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง” “ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีสารอาหารครบ 5 หมู่ในทุกมื้ออาหาร” เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางให้การบริการพยาบาลพัฒนายิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Wallston, K., Wallston, B. & Devellis (1978, p. 110-112) ที่ว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ พยาบาลจึงมีบทบาทในการใช้กระบวนการพยาบาลสนับสนุนส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ ทั้งด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจบุคลากรทางสุขภาพ และความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกได้รับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคมะเร็งปากมดลูก จากการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ไปมีผลเพิ่มการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก มากกว่ารูปแบบการบริการการพยาบาลที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค

5.3.2 ในสมมติฐานที่ 2 สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกหลังได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของพยาบาลมีการรับรู้ ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งโดยรวมและรายด้าน สามารถอธิบายการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ จำแนกรายด้านได้ดังนี้

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หลังได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยรวม เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อคำถามที่ไม่แตกต่างกัน คือ “ท่านเลือกสวมกางเกงที่ส่วนรัดตรงอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกนึ่งและยืดหยุ่นได้ทุกครั้ง” อธิบายได้ว่า ในชีวิตประจำวันสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเลือกสวมกางเกงที่ส่วนรัดตรงอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกนึ่งและยืดหยุ่นได้อยู่แล้ว แต่บางครั้งยังสวมใส่กางเกงที่ส่วนรัดตรงอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกแข็งและไม่ยืดหยุ่น ได้แก่ กางเกงยีนส์ “ท่านเข้ารับการตรวจแป๊ปสเมียร์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตลอดมา” อธิบายได้ว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมออยู่แล้ว ส่วนในข้อที่แตกต่างกันอธิบายได้ว่า หลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก รู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถที่มีอยู่ในตนเอง ปฏิบัติและปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกของตนเองตามสภาพปัญหาของตนเอง

ความเชื่ออำนาจบุคลากรทางสุขภาพ พบว่าการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านความเชื่ออำนาจบุคลากรทางสุขภาพ หลังได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวม และรายข้อ อธิบายได้ว่า หลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สตรีกลุ่มเสี่ยงได้รับรู้เหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกในชีวิตประจำวันจากพยาบาล ได้ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ในชีวิตประจำวันของตนเองกับพยาบาล ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก รู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถของพยาบาล จึงปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่พยาบาลกำหนดให้กระทำด้วยความเชื่อมั่นว่าปฏิบัติตามได้ ทั้งในเรื่องที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และ

การจัดการความเครียด และเมื่อมีข้อสงสัยหรือปัญหาทางสุขภาพจะปรึกษาพยาบาลเสมอ หลีกเลี่ยงการพึ่งพาการรักษาวิธีอื่นๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

จากผลการศึกษาการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพ ด้านความเชื่ออำนาจบุคลากรทางสุขภาพหลังได้รับการบริการการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรา ยอดอินทร์ (2549, น. 93) ที่พบว่าความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน

ความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ หลังได้รับการบริการการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับการบริการการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยรวม ในรายข้อที่ไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกรับรู้ว่าการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นไม่ว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกจะมีการปฏิบัติอยู่ในระดับถูกต้องมากน้อยเพียงใดก็ตาม ต่างก็มีความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพในระดับมากที่สุด จึงทำให้ผลการศึกษาไม่แตกต่างกัน ส่วนรายข้อที่แตกต่างกัน “ท่านเปลี่ยนผ้าอนามัยอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงขณะมีประจำเดือนทุกครั้ง” “ท่านเข้ารับการตรวจแป้นสเมียร์ทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง” “ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภทเนื้อ นม ไข่ และพืชจำพวกถั่วทุกวัน” และ “ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง” อธิบายได้ว่า หลังการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกรับรู้ปัจจัยหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวันที่จะนำตนเองไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพที่จะเกิดผลกับตนเองทั้งทางบวกและทางลบ ทั้งเรื่องการป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย การรับประทานอาหาร และการพักผ่อน โดยสามารถเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกเพื่อให้เกิดผลดีกับสุขภาพได้ ด้วยความเข้าใจในสถานการณ์ทางสุขภาพของตนเองมากขึ้นจากการรับรู้เหตุผลของการปฏิบัติ จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่ากิจกรรมการพยาบาลที่สร้างความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งระบุวิธีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยการดูแลสุขภาพสะอาดร่างกาย การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การสังเกตอาการผิดปกติ

ทางช่องคลอด การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การพักผ่อน และการตรวจแป็ปสเมียร์ ด้วยความเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่มีส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค ตลอดจนส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อที่เชื่อมโยงหรือมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งการบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยคิดและให้พยาบาลวิชาชีพนำไปปฏิบัติกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าการบริการการพยาบาลที่มีบริการตรวจคัดกรองโรค ซึ่งทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกได้จริง อย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกต่อไปในโรงพยาบาล และนำไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการการพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนนำไปประยุกต์ใช้กับประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรค ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

5.3.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เชื่อมโยงกับรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องในแผนกที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

5.3.3 ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

ควรสนับสนุนให้มีการวิจัยโดยใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแล้ววัดการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยเพิ่มระยะเวลาในการวิจัยให้ยาวนานขึ้น และศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกร่วมด้วย

บรรณานุกรม

- จตุพล ศรีสมบุรณ์, อภิชาติ โอพารัตนชัย และชนนทร์ วนาภิรักษ์. (ผู้แปล). (1995). *คู่มือสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา*. กรุงเทพฯ: แมคกรอ-ฮิล อินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล.
- จตุพล ศรีสมบุรณ์. (2547). *มะเร็งปากมดลูก : การวินิจฉัยและการรักษา*. กรุงเทพฯ: พี. บี. ฟอเรนบูคส์ เซนเตอร์.
- จิตรา ขอดอินทร์. (2549). *ความเชื่ออำนาจภายในตน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลรามารับดี*. สารนิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จิตติ หาญประเสริฐพงษ์ และสายบัว ชี้อริญ. (บรรณาธิการ). (2554). *วิทยาการร่วมสมัยในมะเร็งนรีเวชวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2549). *พฤติกรรมสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จำปี ยังวัฒนา. (2551). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม*. ปริญญานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ธิฎฐาศักดิ์ สุขศิรินาคนสกุล และดวงใจ หมั่นสาร. (2555). *มะเร็งปากมดลูก...ภัยเงียบที่ผู้หญิงควรรู้* หญิงไทยเสียชีวิตวันละ 14 คน. *วารสารเพื่อนสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5, 6(7), 1-7*.
- นันทนา ธนาโนวรรณ. (บรรณาธิการ). (2553). *ตำราการพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม)*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: วี. พรินท์.
- บัณฑิต ชุมวรฐายี. (2550). *การป้องกันมะเร็งปากมดลูก : แนวทางสำหรับท้องถิ่นที่มีทรัพยากรจำกัด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมอนามัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เขียวลักษณ์ เลาหะจินดา และวิไล ลีสุวรรณ. (2537). *วิจัยทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สยามศิลป์การพิมพ์.

บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย

ประพิณ วัฒนกิจ. (2541). *การบริหารบริการพยาบาล : ระดับหัวหน้างาน/ หัวหน้าหอผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ประสงค์ ดันมหาสมุทร และคณะ. (2554). *สตินรีเวชทันยุค*. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิ่ง.

ประสิทธิ์ เฟื่องสา. (2536). *โรคมะเร็งทางนรีเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: คอมเพรส แอนด์ ดีไซน์.

พัศตราภรณ์ แยมเม่น. (2554). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2536). *50 ปี ชีวิตและผลงานอาจารย์ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์*. กรุงเทพฯ: วังใหม่บลูปรินท์

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2551). *ก้าวใหม่สู่บทบาทใหม่ในการบริหารการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วังใหม่ บลูพริ้นต์.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2551). *ชุมชนปัญหาทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พระราม 4 ปรีณติ้ง.

เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล, ชีรวิติ กูหะเปรมะ และสมยศ ดีรัศมี. (บรรณาธิการ). (2547). *แผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: มปป.

ยุพิน เพียรมงคล. (2547). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก*. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ยุวดี ฤาชา, มาลี เลิศมาลีวงศ์, เขวลักษณ์ เล่าหะจินดา และวิไล ลิ้มสุวรรณ. (2537). *วิจัยทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สยามศิลป์การพิมพ์.

- เรณู พุกบุญมี. (2539). ผู้หญิงกับปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 4(1), 67-75.
- ศรัณยา เพิ่มศิลป์. (2554). ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิตกานต์ นัดพบสุข, สุพัชญ์ สีนะวัฒน์, แจ่มใส เพียรทอง, พิสมัย ยืนยาว และวรรณภา เศรษฐธรรม-อชิระ. (2552). การได้รับควันทูหีทางอ้อมเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ศรีนครินทร์เวชสาร. 25(3), 215-222.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุข. (2550). แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. (บรรณาธิการ). (2531). มะเร็งวิทยานรีเวชรามาชิตี. กรุงเทพฯ: ก.การพิมพ์.
- สมจิต ปทุมมานนท์ และคณะ. (2538). เอกสารประกอบการประชุมพยาบาลแห่งชาติครั้งที่ 10 เรื่องสุขภาพสตรีเพื่อความมั่นคงของประชาชาติ วันที่ 16-20 ตุลาคม 2538 ณ บางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลพลาซ่า. กรุงเทพฯ: มปป.
- สาคร นันทโกวัฒน์. (2552). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเองต่อการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี. ปรินญาณิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

เสาวลักษณ์ สัจจา. (2551). *ประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมสตรีวัย 35-60 ปี เพื่อมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 เทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*

Armitage, C. J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology & Health*, 15(2), 173–189. <https://doi.org/10.1080/08870440008400299>.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-508. <http://dx.doi.org/10.1177/109019817400200407>.

Becker, M. H., & Mailman, L. A. (1975). The health belief model: Origins and correlation in psychological theory. *Health Education Monography*, 2, winter, 336-385.

Boonyanurak, P. (1985). *Use of prenatal clinics by pregnant women in Thailand*. Requirements for the Degree of Doctor of Education in Teachers College, Columbia University.

Cicerone, C. M., Huffman, D. D., Gowdy, P. D., & Kim, J. S. (1995). The perception of color from motion. *Perception & Psychophysics*, 57(6), 761-777. <https://doi.org/10.3758/BF03206792>.

Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In Glanz, K., Rimer, B., & Viswanath, K. (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (p. 45–65). San Francisco: Jossey-Bass.

Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1964). *The approval motive: Studies in evaluative dependence*. New York: Wiley.

Gardner, J. M., Schuman, K. I., Slattery, M. L., Sanbron, J. S., Abbott. T. M., & Overall, J. C. (1991). Is vagina douching related to cervical carcinoma. *American Journal of Epidemiology*, 133(4), 368-375. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a115890.

Hounton, S. H., Carabin, H., & Henderson, N. J. (2005). Towards an understanding of barriers to condom use in rural Benin using the health belief model: A cross sectional survey. *BMC Public Health*, 5, 8. doi: 10.1186/1471-2458-5-8.

- James, W. H. (1957). *Internal versus external control of reinforcement as a basic variable in learning theory*. (Unpublished doctoral dissertation). Ohio State University, Columbus, OH, USA.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1–47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Jirojwong, S., Thassri, J., & Skolnik, M. (1994). Perception of illness and the use of health care gives among cervical cancer patients at Songkla Nagarind Hospital: A study in southern Thailand. *Cancer Nursing*, 17(5), 395-402.
- Judson F.N. (1992). Interactions between human papillomavirus and human immunodeficiency virus infections. *IARC Scientific Publications*, (119), 199-207.
- King, R. (2002). Illness attributions and myocardial infarction: the influence of gender and socio-economic circumstances on illness beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 431-438. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02108.x.
- Lewin, K., Dembo, T., Festinger, L., & Sears, P. S. (1944). Level of aspiration. In J. M. Hunt. (Ed.), *Personality and the behavioral disorders* (pp. 333-378). New York: Ronald Press.
- Liverant, S. (1960). Intelligence: A concept in need of re-examination. *Journal of Consulting Psychology*, 24(2), 101–110. <https://doi.org/10.1037/h0043868>.
- McClure, J. B., Ludman, E. J., Grothaus, L., Pabiniak, C., & Richards, J. (2009). Impact of a brief motivational smoking cessation intervention The get PHIT randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(2), 116-123. doi: 10.1016/j.amepre.2009.03.018. Epub 2009 Jun 12.
- Nejad, L. M., Wertheim, E. H. & Greenwood, K. M. (2005). Comparison of the health belief model and the theory of planned behavior in the prediction of dieting and fasting behavior. *E-Journal of Applied Psychology*, 1(1), 63-74.
- Norman, P., & Brain, K. (2005). An application of an extended health belief model to the prediction of breast self-examination among women with a family history of breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 10(Pt 1), 1-16. doi: 10.1348/135910704X24752..

- Page, G. T. Thomas, J. B. & Marchall, A. R. (1977). *International Dictionary of Education*. London: Kogan Page.
- Phares, E. J. (1957). Expectancy changes in skill and chance situations. *Journal of Abnormal Psychology*, 54(3), 339-342. doi: 10.1037/h0045684.
- Plotnikoff, R. C., Trinh, L., Courneya, K. S., Karunamuni, N., & Sigal, R.J. (2009). Predictors of aerobic physical activity and resistance training among Canadian adults with type 2 diabetes: An application for the protection motivation theory. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(3), 320-328. doi: 10.1016/j.psychsport.2008.10.002.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M.A. (2011). *Health promotion in nursing practice*. (6th ed.). NJ: Pearson Education.
- Rogers, E. M. (1983). *Diffusion of innovations*, (3rd ed.). New York: Free press.
- Rosenstock, I. M. (1960). What research in motivation suggests for public health. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 50(3 Pt 1), 295-302. doi: 10.2105/ajph.50.3_pt_1.295.
- Rosenstock, I. M., Sretcher, V. J., & Becker, M. H. (1998). Social learning theory and Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183. doi: 10.1177/109019818801500203.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. doi:10.1037/10788-000
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>
- Rowe, J. L., Montgomery, G. H., Duberstein, P. R., & Bovbjerg, D. H. (2005). Health locus of control and perceived risk for breast cancer in healthy women. *Behavioral medicine*, 31(1), 33-40. doi: 10.3200/BMED.31.1.33-42.
- Sullivan, K. A., White, K. M., Young, R. M., & Scott, C. J. (2008). Predictors of intention to reduce smoke risk among people at risk of stroke: An application of an extended health belief model. **Rehabilitation Psychology**, 53(4), 505-512. doi: 10.1037/a0013359

- Vassallo, M., Saba, A., Arvola, A., Dean, M., Messina, F., Winkelman, M., et al. (2009). Willingness to use functional breads: Applying the Health Belief Model across four European countries. *Appetite*, 52(2), 452-460. doi: 10.1016/j.appet.2008.12.008.
- Walboomers, J. M., Jacobs, M. V., Manos, M. M., Bosch, F. X., Kummer, J. V., Shah, K. V., Snijders, P. J., Peto, J., ...et al. (1999). Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *The Journal of Pathology*, 189(1), 12-19. doi: 10.1002/(SICI)1096-9896(199909)189:1<12::AID-PATH431>3.0.CO;2-F.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. & Devellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monograph*, 6(2), 160-170. doi: 10.1177/109019817800600107.
- Wai, C-T., Wong, M-L., Ng, S., Cheok, A., Tan, M-H., Chua, W., Mak, B., Aung, M-O., Lim, S-G. (2005). Utility of the Health Belief Model in predicting compliance of screening in patients with chronic hepatitis B. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 21(10), 1255-1262. doi: 10.1111/j.1365-2036.2005.02497.x.
- Webster, J. G. (1999). *The new international Webster's comprehensive dictionary of English language*. Florida: Trident International.
- Yu-Yun Hsu, Ya Min Cheng, Keng-Fu Hsy, Fetzer Susan, & Cheng-Yang, Chou. (2011). Knowledge and beliefs about cervical cancer and human papillomavirus among Taiwanese undergraduate women. *Oncology Nursing Forum*, 38(4), 297-304. doi: 10.1188/11.ONF.E297-E304

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ดร.พนิตนาฎ ชำนาญเสื่อ

การศึกษา

- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
- สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต (การบริหารสาธารณสุข)
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การบริหารการศึกษาและภาวะผู้นำ)
มหาวิทยาลัยเซนต์จอห์น

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

อาจารย์ประจำ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี

2. ดร.สุภาวี อวสกุลสุทธิ

การศึกษา

- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การพัฒนาศาสตร์พยาบาล)
มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

หัวหน้ากลุ่มจัดการความรู้และการศึกษาด้านสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี

3. ดร.มนัสภรณ์ วิฑูรเมธา

การศึกษา

- อนุปริญญา (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล
- พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
- ครุศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต (อุดมศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตำแหน่ง/สถานที่ทำงาน

อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

และหนังสือพิทักษ์สิทธิ





เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

เลขที่ 41/ 56

คณะกรรมการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ขอให้
การรับรองว่า

โครงงานวิจัยเรื่อง: "ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก"

ของ: นางสาวภรณ์ ปาสาจะ

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยตามกระบวนการของคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการ
วิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และเป็นการวิจัยที่มีลักษณะตรงตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

เรื่อโทหญิง

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

แบบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัย

คำชี้แจง

ดิฉัน นางสาวภรณ์ ปาสาจะ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กำลังทำสารนิพนธ์ เรื่อง ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบบริการการพยาบาลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และท่านเป็นบุคคลที่สำคัญท่านหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปพัฒนาระบบบริการด้านการพยาบาลในการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกมีความมั่นใจในความรู้และความสามารถของตนเองในการเลือกกระทำพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก และควบคุมการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ด้วยความเข้าใจถึงคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของท่าน ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมหรือไม่ก็ตามจะไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลของท่านแต่อย่างใด โดยข้อมูลที่ได้รับจากท่าน ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย แล้วภายหลังต้องการยกเลิก ท่านมีสิทธิบอกเลิก โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ

ในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมการวิจัย หากมีข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถสอบถามและดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยตลอดเวลา และขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือไว้ ณ โอกาสนี้

การตอบรับเข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับฟังและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมทั้งรายละเอียดของการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว

☐ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

☐ ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

ภาคผนวก ค

โครงการอบรมวิชาการ เรื่อง รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก



โครงการอบรมวิชาการ

เรื่อง รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด

การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

หลักการและเหตุผล

มะเร็งปากมดลูกพบมากที่สุดเป็นลำดับที่สองของโรคมะเร็งในผู้หญิงทั่วโลก มากกว่าร้อยละ 80 พบในประเทศที่กำลังพัฒนาสำหรับประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในเพศหญิง เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียและผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ แต่ก็เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค และการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อค้นหามะเร็งระยะเริ่มแรก ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ นโยบายการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกในอดีตเน้นการตรวจคัดกรองโรคเป็นหลัก ให้ความสำคัญกับการป้องกันปฐมภูมิน้อย สตรีที่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก มีความวิตกกังวลกลัวผลการตรวจผิดปกติ คิดว่าสตรีที่แต่งงานแล้วไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรอง ส่วนสตรีที่ไม่เคยมาตรวจคัดกรองเลยส่วนใหญ่บอกว่าอายหมอ และกลัวเจ็บ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเข้าสู่ระบบบริการล่าช้า ตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในระยะที่ลุกลามไปมากแล้ว ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การจัดรูปแบบการบริการการพยาบาล โดยนำแนวคิด/ ทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ในลักษณะที่เข้าใจในมิติด้านสังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณของสตรี โดยการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพส่วนสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกจะเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลในการพัฒนา กลยุทธ์การส่งมอบบริการด้านสุขภาพพยาบาลวิชาชีพ

ผู้วิจัยได้ทบทวนรูปแบบการบริการพยาบาลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกแบบเดิมที่มุ่งบริการตรวจคัดกรองโรค โดยมอบหมายให้ อสม. เป็นผู้ติดตามสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกในละแวกบ้านที่ตนเองรับผิดชอบเข้ารับการตรวจแป๊ปสเมียร์ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้บริการตรวจแป๊ปสเมียร์ และนัดฟังผล พบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนน้อยที่เข้ารับการตรวจแป๊ปสเมียร์ ยังมีสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ที่ยังไม่เข้าสู่ระบบบริการและไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกในชีวิตประจำวัน จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลขึ้นมาใหม่ เพื่อใช้เป็นกระบวนการช่วยให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกพัฒนาระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ (Wallston, K., Wallston, B., & Devellis, 1978) ซึ่งจะส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยเลือกใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคเมื่อรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ภาวะคุกคามของโรคมะเร็งปากมดลูกต่อสุขภาพ รับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ในการนี้เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกระดับมีความรู้ความสามารถในการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก จึงจัดโครงการอบรมวิชาการครั้งนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หัวหน้าหน่วยงานและพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดแบบความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เพื่อให้หัวหน้าหน่วยงานและพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก
3. เพื่อให้หัวหน้าหน่วยงานและพยาบาลวิชาชีพสามารถนำแนวทางปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี จำนวน 20 คน

วิธีดำเนินการ

บรรยายแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

วัน เวลา และสถานที่

วันที่ 18 สิงหาคม 2556 เวลา 08.00 – 11.00 น. ณ ห้องประชุมรักสามัคคี
โรงพยาบาลบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี

งบประมาณ

1. เอกสารคู่มือการปฏิบัติงานรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก
2. แบบฟอร์มบันทึกการมอบหมายงาน
3. เครื่องดื่ม และอาหารว่าง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. หัวหน้าหน่วยงานและพยาบาลวิชาชีพสามารถนำแนวทางปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานบริการการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ
2. หัวหน้าหน่วยงานและพยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เพิ่มขึ้น
3. ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ

ผู้รับผิดชอบโครงการ

นางสุภาภรณ์ ปาสาจะ

กำหนดการอบรมวิชาการ
เรื่อง รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด
การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก
วันที่ 18 สิงหาคม 2556
ณ ห้องประชุมรักสามัคคี โรงพยาบาลบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี

08.00 – 08.00 น.	ลงทะเบียน
08.00 – 08.15 น.	พิธีเปิด กล่าวต้อนรับ
	โดยผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านหมอ
08.00 – 08.15 น.	แนะนำโครงการอบรม และ โครงการวิจัย
	โดย นางสุภาภรณ์ ปาสาจะ (ผู้วิจัย)
08.15 – 11.00 น.	บรรยาย เรื่อง แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
	โดย รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์
11.00 น.	กล่าวขอบคุณ โดยกรรมการอำนวยการ โรงพยาบาล ปิดการอบรม

หมายเหตุ: เสิร์ฟอาหารว่างและเครื่องดื่มระหว่างอบรม

ภาคผนวก ง

คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด
การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก



คู่มือ

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

จัดทำโดย

นางสุภาภรณ์ ปาสาจะ



อาจารย์ที่ปรึกษา

รศ.ดร. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์

คู่มือนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

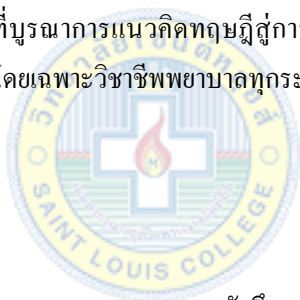
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

คำนำ

คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของวิชาการศึกษาศาสตรบัณฑิต เรื่องผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก หลักสูตรพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ผู้ศึกษาได้จัดทำขึ้นสำหรับพยาบาลวิชาชีพใช้เป็นแนวทางในการให้บริการการพยาบาลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นกรอบแนวคิดในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสนับสนุนส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก รู้สึกมั่นใจในความรู้และความสามารถของตนเองในการเลือกกระทำพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก และควบคุมการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ด้วยความเข้าใจถึงคุณค่าของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนางานบริการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดทฤษฎีสู่การปฏิบัติการพยาบาลจริง ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลทุกระดับ ตลอดจนหน่วยงานต่อไป



สุภาภรณ์ ปาสาจะ

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สารบัญ

	หน้า
วัตถุประสงค์	1
วิธีการใช้คู่มือ	1
คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ	2
ส่วนประกอบของคู่มือ	2
1. รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	2
1.1 แนวคิด/ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	2
1.1.1 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	2
1.1.2 แนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	6
1.2 ความหมายของรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	8
2. ขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผน	9
ความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	
2.1 การบูรณาการแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	9
2.2 การนำแนวคิดทฤษฎีมาใช้ในการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	19
3. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ	28
3.1 บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหน่วยงาน	28
3.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ	28
บรรณานุกรม	30
ภาคผนวก สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ	38
แบบบันทึกการมอบหมายงานผู้ป่วยเฉพาะราย	39
แบบบันทึกทางการพยาบาล	42
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	40
แบบรวบรวมข้อมูลการรับรู้พฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	41
แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	41
แบบบันทึกการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	41
แบบบันทึกการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกที่เชื่อมโยงกับความเชื่อที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	42

คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง เอกสารที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ตามพฤติกรรมกรรมการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ที่บูรณาการ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย กิจกรรม และพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทของพยาบาลหัวหน้าหน่วยงาน พยาบาลวิชาชีพ ในการให้บริการสตรี กลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ

1. เข้าใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก
2. เข้าใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามบทบาทของพยาบาลหัวหน้าหน่วยงานและพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้องครบถ้วน
3. ใช้คู่มือเป็นแนวทางในการให้บริการการพยาบาลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

วิธีการใช้คู่มือ

1. พยาบาลวิชาชีพอ่านและทำความเข้าใจกับสาระของคู่มือทั้งหมดก่อนที่จะปฏิบัติงานในรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก
2. ทบทวนกิจกรรมการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก
3. ปกษาผู้วิจัย เมื่อพบข้อสงสัยหรือต้องการความชัดเจนในเนื้อหาสาระของคู่มือการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก
4. ใช้คู่มือเมื่อต้องการคำอธิบายวิธีปฏิบัติในทุกกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาล ที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

คุณลักษณะของผู้ใช้คู่มือ

เป็นพยาบาลวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเพื่อทำความเข้าใจการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนประกอบของคู่มือ

คู่มือรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกนี้ ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

1. รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 1.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้อง
 - 1.1.1 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1.1.2 แนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

1.2 ความหมายของรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2. ขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2.1 การบูรณาการแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2.2 การนำแนวคิดทฤษฎีมาใช้ในรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

3. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1.1 แนวคิด/ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1.1.1 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แนวคิดพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานจากกลุ่มพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จากการวิจัยแบบปรากฏการณ์นิยม (Phenomenologic orientation) และได้รับอิทธิพลจากกลุ่มนักจิตวิทยาสังคม (Social psychologist) โดยเฉพาะ Lewin แนวคิดทฤษฎีของ Lewin กล่าวถึงช่องว่างของชีวิต (Life space) ซึ่งประกอบด้วยอาณาเขต 3 ส่วน บางบริเวณเป็นประจวบ (Positive valent) บางบริเวณเป็นประจวบ (Negative valent) และบางบริเวณจะเป็นกลาง เมื่อใดมีสุขภาพดีจะเกิดบริเวณประจวบมากซึ่งจะดึงดูดให้อยู่ในช่องว่างของชีวิต แต่เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือเป็นโรคระยะเกิดบริเวณประจวบมาก จะผลักดันให้บุคคลออกจากช่องว่างของชีวิตได้ นอกจากนี้แนวคิดทฤษฎีของ Lewin เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลมาจากพื้นฐานการรับรู้ตนเองสถานการณ์ที่ตนประสบ โดยพฤติกรรมถูกกำหนดจากค่านิยม ที่บุคคลมีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และจากการคาดหวังว่าพฤติกรรมที่ตนจะกระทำจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มุ่งหวังได้

จากแนวคิดทฤษฎีของ Lewin จึงเป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่ง Rosenstock เป็นผู้ริเริ่มนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีแนวคิดว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลมีความเชื่อว่า 1) ตนเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น 2) โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และ 3) การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือลดความรุนแรงของโรคการปฏิบัติตนนั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบากและอุปสรรค เป็นต้น

ต่อมา Becker (1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมในรูปแบบของการรับรู้และความเชื่อ เพื่อใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลโดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) และปัจจัยร่วม (Modifying factor) ตัวแปรด้านแรงจูงใจในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ (Cue to action) และตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์เป็นปัจจัยร่วม ดังนั้นองค์ประกอบในการอธิบายและการทำนายพฤติกรรมของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) คือ

1. การรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat)

2. ตัวแปรที่เป็นปัจจัยร่วม (Modifying factors) ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic factors) เป็นลักษณะของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ฐานะทางด้านเศรษฐกิจ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ เป็นต้น ปัจจัยด้านจิตสังคม (Sociopsychologic variables) ได้แก่ บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม แรงผลักดันจากกลุ่มเพื่อนหรือผู้ที่บุคคลมีความเชื่อ สัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติ แหล่งที่ให้คำแนะนำ และปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structural variables) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค ระยะเวลาของการเป็นโรค การสัมผัสหรือการรับเชื้อมาก่อน เป็นต้น

3. ปัจจัยที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) เป็นปัจจัยชักนำให้บุคคลแสดงพฤติกรรม ซึ่งจะมีทั้งปัจจัยภายใน (Internal cues) เช่น การรับรู้สุขภาพของร่างกาย และความไม่สบาย ความรู้สึกเมื่อล่า การรับรู้และตระหนักถึงสุขภาพของบุคคลที่ใกล้ชิดที่เจ็บป่วย เป็นต้น และปัจจัยภายนอก (External cues) เช่น การรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ การได้รับคำปรึกษาจากบุคคลอื่น ไปรษณียบัตร หรือสื่อต่างๆ บทความทางหนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง เป็นต้น

4. ปัจจัยแนวโน้มต่อการกระทำพฤติกรรม (Likelihood of action) ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers)

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) ประกอบด้วย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสในการเกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้แตกต่างกันออกไป ถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูง จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเอาใจใส่ต่อตนเอง และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกขึ้น

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการประเมินผลการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกต่อตนเอง บุคคลต้องรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคมด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดการกระทำหรือการเลือกวิธีการที่จะป้องกัน ผลกระทบหรืออันตรายที่เกิดขึ้น การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค จะไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแต่ไม่รับรู้ความรุนแรงของโรค หากการรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคสูง จะทำให้มีการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสูงขึ้นด้วย

3. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรค การที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การรับรู้ด้านอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของบุคคล ที่มีอุปสรรคหรือตัวขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยบุคคลจะมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับอุปสรรคในการปฏิบัติ เช่น การกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ไม่สะดวก ทำให้เสียเวลาสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สบายกาย ไม่สบายใจ รู้สึกอาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวรื้อให้เกิดการ

หลักเล็งการแสดงผลพฤติกรรม ดังนั้นการรับรู้ด้านอุปสรรคในการปฏิบัติป้องกัน จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมในการปฏิบัติป้องกันโรคได้

5. แรงจูงใจทางสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นการเร้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยการให้สิ่งเร้าบางอย่างซึ่งเป็นปัจจัยทางบวก (Positive health motivation) ที่ผลักดันให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่จะไม่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การจูงใจที่สัมพันธ์กับสุขภาพก็อาจเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้แสดงพฤติกรรมป้องกันโรค แรงจูงใจสามารถวัดออกมาในรูปของความต้องการหรือความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค

6. ปัจจัยร่วมต่างๆ เป็นปัจจัยตามสภาพความเป็นจริงที่มีผลส่งเสริมหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยร่วมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่

6.1 ปัจจัยด้านประชากร เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของบุคคล ได้แก่

6.1.1 อายุ เป็นองค์ประกอบหรือปัจจัยทางด้านลักษณะประชากรที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้งนี้เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตและเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะสูงขึ้นย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ ขอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อดูแลสุขภาพได้ดีกว่าเดิม

6.1.2 ระดับการศึกษา โดยทั่วไปบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ทั้งนี้เพราะการศึกษาจัดเป็นประสบการณ์ชีวิต ทำให้บุคคลรู้จักคิดไตร่ตรองและใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา รวมทั้งบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาสได้รับข่าวสาร มีความเข้าใจเรื่องสุขภาพอนามัย รู้จักแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ รวมทั้งรู้จักใช้บริการทางการแพทย์

6.1.3 ฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพ และรายได้เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการแสดงผลพฤติกรรม ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสแสวงหาในสิ่งที่ประ โยชน์ต่อสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำกว่า นอกจากนี้ อาชีพและรายได้ ☐ ยังมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองทางสุขภาพอีกด้วย

6.2 ปัจจัยทางด้านจิตสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล การผลักดันจากกลุ่มบุคคลในสังคม เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต การตัดสินใจของบุคคลส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลอื่น โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวและเพื่อนผู้ใกล้ชิด

6.3 ปัจจัยด้านโครงสร้าง ได้แก่

6.3.1 ระยะเวลาที่รับรู้การเป็นโรค ระยะเวลาที่เป็นโรคและระยะเวลาในรักษาโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษาและผลของความเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ผู้ที่ได้รับการรักษานานๆ จะหยุดปฏิบัติตามคำแนะนำ

6.3.2 ความรู้เรื่องโรค เป็นปัจจัยร่วมสำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค และส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง

สรุปได้ว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) อธิบายว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคนั้นบุคคลจะต้องรู้ว่าตนเองอยู่ในภาวะอันตราย การที่จะรับรู้ว่าจะตนเองอยู่ในภาวะอันตรายนั้น บุคคลจำเป็นต้องรู้ว่าตนเองมีปัจจัยใดบ้างที่จะส่งผลทำให้เกิดโรค รู้ว่าโรคนั้นมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเองอย่างไร และรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคว่าจะช่วยลด

ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นของโรคได้ โดยที่ไม่มีข้อจำกัดใดใดเกิดขึ้น เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงสามารถนำมาใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆของบุคคลได้เป็นอย่างดี โดยการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค จะผลักดันให้บุคคลเล็งต่อภาวะคุกคามของโรค ทำให้เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัติการป้องกันโรค หรือรู้จักเลือกวิธีการปฏิบัติที่ดีที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด โดยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับ จากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพยังช่วยสนับสนุนชักนำบุคคลไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง

1.1.2 แนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียและผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ แต่ก็เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค และการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อค้นหาและเริ่มรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ ตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Control Programmes) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อลดอุบัติการณ์พยาธิภาวะและการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีจำเป็นต้องมีความเข้าใจถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกจะเกิดประสิทธิผลได้ พยาบาลต้องเข้าใจแนวคิดในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับผู้รับบริการที่มีความเฉพาะเจาะจง ในแต่ละรายได้ ดังนี้

1) ความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งระบุวิธีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกที่เชื่อมโยงไปสู่การรับรู้ภาวะคุกคามของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยต้องรับรู้ได้ว่าตนเองมีปัจจัย ส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศที่จะส่งผลไปถึงโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคเฉพาะบุคคล เมื่อมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ว่าปัจจัยใดที่จะส่งผลให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้บ้าง และการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพ ในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคมอย่างไร จึงจะเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงและคุกคามต่อสุขภาพของตนเอง จึงจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามนั้น โดยต้องเข้าใจว่าการปฏิบัติใดที่จะทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เข้าใจวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ว่ามีความสำคัญต่อการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นความรู้ในเชิงการป้องกันที่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกต้องเข้าใจเหตุผลอย่างชัดเจนในการปฏิบัติ และต้องทราบว่าการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นได้แม้เพียงครั้งเดียวที่ละเว้นการปฏิบัติ ดังนั้นสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกต้องเข้าใจเหตุผลการปฏิบัติที่ทำให้ต้องเคร่งครัดต่อการปฏิบัติที่จะไม่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

2) ความเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่มีมุ่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง ความเข้าใจเหตุผลอย่างชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมเชิงป้องกันโรคที่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกปฏิบัติ เพื่อลดปัจจัยที่จะส่งเสริมให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และต้องทราบว่าการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา แม้เพียงครั้งเดียวที่ ละเว้นการปฏิบัติก็ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ เนื่องจากโรคมะเร็งปาก

มดลูกเกิดจากการติดเชื้อเอชพีวี ซึ่งมีปัจจัยต่างๆที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อเอชพีวีมากขึ้นหรือง่ายขึ้น สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกควรให้ความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกโดยลดพฤติกรรมเสี่ยง ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรักษาความสะอาดร่างกาย การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การสังเกตอาการผิดปกติทางช่องคลอด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการตรวจแปปสเมียร์ โดยเลือกปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองที่มุ่งเน้นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง ความเข้าใจในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และสามารถจัดการกับอุปสรรคเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับสามี

4) ความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อที่เชื่อมโยงหรือมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเข้าใจในปัจจัยส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศ ที่ส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงร่วมกับความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก จะทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก เลือกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเองตามความรู้และความเข้าใจถึงผลดีของการปฏิบัติ โดยมีสามีร่วมปฏิบัติและผลักดันให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่จะไม่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

1.2 ความหมายของรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ชุดของกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติต่อสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมุ่งที่การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค จากการค้นหาและสร้างความเข้าใจปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของโรค สนับสนุนส่งเสริมด้วยการได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ และคำแนะนำจากบุคคลอื่น เมื่อรับรู้ภาวะคุกคามของโรคสูงขึ้น จะไปมีผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ทั้งนี้การรับรู้ประโยชน์ต้องเหนือกว่าการรับรู้อุปสรรคจึงจะเพิ่มพูนพฤติกรรมป้องกันโรค โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ชุดของกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งระบุวิธีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามี ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศ เพื่อให้รู้ถึงโอกาสเสี่ยงร่วมกับความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ที่จะไปบ่งชี้ระดับการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเฉพาะบุคคล พร้อมทั้งระบุวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเฉพาะบุคคล

กิจกรรมที่ 2 สร้างความเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่มุ่งส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามี สร้างความเข้าใจร่วมกัน ให้ทราบถึงผลของพฤติกรรมที่ตนเองปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันและร่วมกันสร้างการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกจากพฤติกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามี ร่วมกันสร้างความเข้าใจถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และค้นหาวิธีแก้ไขอุปสรรคในการพฤติกรรมป้องกันโรคที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงตามการรับรู้ของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก เชิงการป้องกันการนำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมที่ 4 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อที่เชื่อมโยงหรือมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพสร้างความเข้าใจการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และสนับสนุนส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองอย่างสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ให้สามารถปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการแปปสเมียร์

2. ขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

2.1 การบูรณาการแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

การสร้างรูปแบบการบริการการพยาบาลนี้มีการบูรณาการแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เข้าด้วยกันเพื่อใช้เป็นฐานและทิศทางในการปฏิบัติในการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก 4 แนวคิด คือ

1) ความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และวิธีป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเข้าใจตนเองว่ามีปัจจัยส่วนบุคคล สังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศซึ่งมีอยู่จริง ณ เวลานั้นๆ ที่เชื่อมโยงไปสู่โอกาสเสี่ยงร่วมกับความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งคุกคามต่อสุขภาพ และเข้าใจวิธีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

2) ความเข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่มุ่งส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกมีความเข้าใจเหตุผลและความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มีความเข้าใจในวิธีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และสามารถเลือกปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง

3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค เพื่อค้นหาสิ่งที่ปฏิบัติได้จริงอย่างสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามารถค้นหาวิธีแก้ไขอุปสรรคและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้ถูกต้องและเหมาะสม

4) ความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อที่เชื่อมโยงหรือมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกมีความเข้าใจการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองอย่างสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้สามารถปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (ดังรายละเอียดในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974)	แนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยง ต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	บูรณาการแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพตามแนวคิด การดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งปากมดลูก	กิจกรรมการ พยาบาล
1. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง บรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น.....	1. ความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และวิธีป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด โรคมะเร็งปากมดลูกที่เชื่อมโยงไปสู่การรับรู้ภาวะคุกคามของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยต้องรับรู้ได้ว่าตนเองมีปัจจัยส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศ ที่จะส่งผลไปถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเฉพาะบุคคล	1. ความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และวิธีป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกต้องเข้าใจตนเองว่ามีปัจจัยส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งมีอยู่จริง ณ เวลานั้นๆ ที่เชื่อมโยงไปสู่โอกาสเสี่ยงร่วมกับความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จึงจะสามารถระบุได้ว่าตนเองมีภาวะคุกคามอยู่ในระดับใด	1. สร้างความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งระบุวิธีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

2.2 การนำแนวคิดทฤษฎีมาใช้ในรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นชุดของกิจกรรมการปฏิบัติ การพยาบาล สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติต่อสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมุ่งที่การรับรู้ภาวะคุกคาม ของโรค จากการค้นหาและสร้างความเข้าใจปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล จิต สังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของโรค สนับสนุนส่งเสริมด้วยการได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ และคำแนะนำจากบุคคลอื่น เมื่อรับรู้ภาวะคุกคามของโรคสูงขึ้น จะไปมีผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ทั้งนี้การรับรู้ประโยชน์ต้อง เหนือกว่าการรับรู้อุปสรรคจึงจะเพิ่มพูนพฤติกรรมป้องกันโรค โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ประกอบด้วยกิจกรรมดังรายละเอียดในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมการพยาบาล	พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
	1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด 2. ผู้วิจัยมอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองให้พยาบาลหัวหน้างานเพื่อมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพในโครงการวิจัย 3. พยาบาลหัวหน้างานมอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพในโครงการวิจัยรับผิดชอบให้บริการสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นรายผู้ป่วย (Case assignment) โดยใช้แบบบันทึกการมอบหมายงาน 4. พยาบาลหัวหน้างานจัด Nursing team conference ในทีมพยาบาลที่เน้นการใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	พยาบาลวิชาชีพได้รับมอบหมายงานอย่างเหมาะสม ทีมการพยาบาลมีองค์ความรู้ในการให้บริการการพยาบาลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก	1. Family folder 2. ทะเบียนสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก 3. แบบมอบหมายงานผู้ป่วยเฉพาะราย (Case assignment sheet) 4. เพิ่มข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก/ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 5. หนังสือมะเร็งปากมดลูก 6. หนังสือแนวคิดทฤษฎี Health Promotion in Nursing Practice

ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมและพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	พฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สิ่งที่ใช้ประกอบการปฏิบัติตามรูปแบบ
ครั้งที่ 1 กิจกรรมรายกลุ่ม ที่ศูนย์ สาธิตสุขมูลฐาน ประจำหมู่บ้านใช้เวลา 40-50 นาที กิจกรรมที่ 1 สร้างความเข้าใจในตนเองถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกพร้อมทั้งระบุวิธีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามีร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศ เพื่อให้รู้ถึงโอกาสเสี่ยงร่วมกับ.....	1. พยาบาลวิชาชีพพูดคุยกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีเชิงปฏิสัมพันธ์ และรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก 2. พยาบาลวิชาชีพพูดคุยกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีเชิงปฏิสัมพันธ์ และรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมประจำวันโดยใช้แบบรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก 3. พยาบาลวิชาชีพ ให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีดู VCD เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และพูดคุยกับตัวแบบผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก อาการ และผลกระทบของ การป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก และวิธีการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 4. พยาบาลวิชาชีพพูดคุยเชิงเปรียบเทียบกับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและสามีเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศ และพฤติกรรมประจำวัน	1. สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถระบุข้อมูลส่วนบุคคล จิตสังคม ความรู้และพฤติกรรมทางเพศตลอดจนการปฏิบัติพฤติกรรมประจำวันของตนเองที่จะส่งเสริมให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ 2. สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถระบุวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้	1. สมุดบันทึกประจำตัวสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งประกอบด้วย - แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก - แบบรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมประจำวันตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก.....

3. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ขึ้นหนึ่งจากสภาการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องในการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก มีหน้าที่แยกตามบทบาทในรูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

3.1 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลหัวหน้าหน่วยงาน

1) ศึกษาสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและศึกษาพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการมอบหมายงานแก่พยาบาลวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม ตามสภาพปัญหาและความต้องการการพยาบาลของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกตามแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2) มอบหมายสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกให้กับพยาบาลวิชาชีพเป็นรายบุคคล (Case assignment) คอยพิจารณาตามความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ

3) ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อความสมบูรณ์และประเมินผลการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

4) ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ วิธีหรือแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกับพยาบาลวิชาชีพ ด้วยความรู้ความสามารถและประสบการณ์อย่างเต็มกำลังและเต็มที่

5) รวบรวมข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานไว้ประกอบการประเมิน และหาแนวทางแก้ไขปัญหา

6) จัดให้มีการอบรม ประชุม ร่วมกันภายในหน่วยงานเป็นประจำ

7) จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่จะช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยดี และมีคุณภาพ เป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงาน ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา และส่งเสริมการปฏิบัติงาน

8) จัดให้พยาบาลวิชาชีพได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพ โดยให้เข้าร่วมประชุมวิชาการทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

3.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

1) รับมอบหมายรายสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกตามความรู้ความสามารถที่เหมาะสม

2) ศึกษาข้อมูลและประเมินการรับรู้พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

3) สร้างสัมพันธภาพในแต่ละขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่กำหนด และส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเลือกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สามารถปฏิบัติได้จริงด้วยตนเอง

4) ให้การพยาบาลตามรูปแบบการบริการการพยาบาลที่กำหนดด้วยความตั้งใจอย่างเต็มความรู้ ความสามารถ และรับผิดชอบงานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ได้ตั้งเป้าหมายร่วมกันไว้

5) บันทึกทางการพยาบาลให้สะท้อนถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาการที่ต่อเนื่อง อย่างครบถ้วนขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

6) รายงานการปฏิบัติการพยาบาล ผลการดำเนินงานให้กับหัวหน้าหน่วยงานทราบ เพื่อขอคำปรึกษา

7) ร่วมประชุมปรึกษาทางการพยาบาลกับทีมพยาบาล เกี่ยวกับปัญหาของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา

8) ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ให้สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

9) ปฏิบัติบทบาทในการประสานข้อมูลซึ่งกันและกัน ทั้งจากแพทย์ พยาบาล ไปสู่สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งปากมดลูกและสำมี และจากสำมีหรือสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคมะเร็งปากมดลูก มาสู่แพทย์ พยาบาล



แบบฟอร์มที่ใช้ประกอบการปฏิบัติ

1. แบบบันทึกการมอบหมายงานผู้ป่วยเฉพาะราย (CASE ASSIGNMENT SHEET)
2. แบบบันทึกทางการพยาบาล (NURSE' NOTES FORM)
3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก
4. แบบรวบรวมข้อมูลการรับรู้พฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก
5. แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก
6. แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก
7. แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกที่เชื่อมโยงกับความเชื่อที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก



ภาคผนวก จ

(ตัวอย่าง) แบบสอบถาม การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของ
สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก



ชุดที่.....

แบบสอบถาม

การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อมูลใน..... ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. อายุของท่าน ปี เดือน

2. ระดับการศึกษา

☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ☐ 4. ปวช./ ปวส./ อนุปริญญา☐ 2. ประถมศึกษา☐ 5. ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า☐ 3. มัธยมศึกษา☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี

3. อาชีพ

☐ 1. ข้าราชการ/ พนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ☐ 2. ค้าขาย☐ 3. เกษตรกร☐ 4. พนักงานบริษัท☐ 5. รับจ้างทั่วไป☐ 6. แม่บ้าน☐ 7. อื่นๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อรายการอย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์การเลือกคำตอบดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน ซึ่งท่านเห็นด้วยกับสิ่งที่กำหนดไว้ตามข้อรายการทั้งหมด ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน ซึ่งท่านเห็นด้วยกับสิ่งที่กำหนดไว้ตามข้อรายการเกินครึ่งหนึ่ง ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน ซึ่งท่านเห็นด้วยกับสิ่งที่กำหนดไว้ตามข้อรายการครึ่งหนึ่ง ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน ซึ่งท่านเห็นด้วยกับสิ่งที่กำหนดไว้ตามข้อรายการน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน

เห็นด้วยน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน ซึ่งท่านไม่เห็นด้วยกับสิ่งที่กำหนดไว้ตามข้อรายการเลย ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

ลำดับ	ข้อความ	ระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ				
		เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
		(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1.	ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และขับให้แห้งทุกครั้งภายหลังการขับถ่าย เพราะการรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ช่วยป้องกันการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้	✓				

ลำดับ	ข้อความ	ระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ				
		เห็นด้วยมากที่สุด (5)	เห็นด้วยมาก (4)	เห็นด้วยปานกลาง (3)	เห็นด้วยน้อย (2)	เห็นด้วยน้อยที่สุด (1)
	ความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพ					
1.	ท่านทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และขับให้แห้งทุกครั้งภายหลังการขับถ่าย เพื่อป้องกันการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้					
2.						
10.	ท่านเข้ารับการตรวจแป็ปสเมียร์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตลอดมา เพื่อคัดหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกที่สามารถรักษาให้หายขาดได้					
	ความเชื่ออำนาจของบุคลากรด้านสุขภาพ					
11.	ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีสารอาหารครบ 5 หมู่ทุกวัน เพราะพยาบาลให้คำแนะนำแก่ท่าน					
12.						
19.	ท่านปฏิบัติตามพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างอย่างมั่นใจทุกครั้ง เพราะพยาบาลมอบสื่อประกอบการปฏิบัติตัวให้แก่ท่าน					
	ความเชื่ออำนาจโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ					
20.	ท่านงดการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง เมื่อมีเพศสัมพันธ์คู่นอนสวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคและการอักเสบของอวัยวะสืบพันธุ์					
21.						
30.	ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 8 ชั่วโมงทุกคืน เพราะการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ทำให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันโรค ลดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งได้					

ภาคผนวก น

(ตัวอย่าง) หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) โทรสาร 0 2675 5313
19 South Sathon Rd, Yannawa Sathon Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304 (-12) Fax. (662) 675 5313



ที่ ว.ชล.83000/(ว)0830

1 กรกฎาคม 2556

ศูนย์อนามัยที่ 2
รับที่ 1830
วันที่ 11 ก.ค. 56
เวลา 13.30

เรื่อง เชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 2 ฉบับ

ด้วย นางสาวภรณ์ ปาสาจะ นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบ บริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจแห่งตนด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการนี้ สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษาขอเรียนเชิญ ดร.สุภาว อวสกุลสุทธิ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวภรณ์ ปาสาจะ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ฯ

- เพื่อโปรดทราบ

- เห็นควรมอบ ดร.จก

Pl

(นางสาวเบญจวรรณ ชวงศ์วิทยา)

นักจัดการงานทั่วไป ระดับชำนาญการ

11 กค 56

ขอแสดงความนับถือ

สมศรี สุขเมธ

(ดร. สมศรี สุขเมธ)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

Pl

11/7/56

สำเนาเรียน : ดร.สุภาว อวสกุลสุทธิ

ผู้ประสานงาน: สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) ต่อ 63121

โทรสาร 0 2675 5313

พป/ธล

ภาคผนวก ข

(ตัวอย่าง) หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการพัฒนาเครื่องมือการวิจัย และ
ตัวอย่างหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล





วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) โทรสาร 0 2675 5313
19 South Sathon Rd, Yannawa Sathon Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304 (-12) Fax. (662) 675 5313



ที่ว.ชล.83000/ว)0996

30 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองแขง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิจัย จำนวน 1 ฉบับ

2. แบบสอบถาม จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวภรณ์ ปาสาจะ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล กำลังดำเนินการทำการศึกษาอิสระ เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการนี้ใคร่ขออนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกจำนวน 15 คน ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2556 ด้วยการตอบแบบสอบถาม การรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกโดยนักศึกษาจะเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเอง ทั้งนี้การวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบด้านจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวภรณ์ ปาสาจะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว สำนักงานวิชาการและบัณฑิตศึกษาวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.สมศรี สุ่มธ)

อธิการบดีวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

สำเนาเรียน : หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

หมายเหตุ : ติดต่อนักศึกษาโดยตรงได้ที่ 087-1011218

พป/ธล



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทรศัพท์ 0 2675 5304 (-12) โทรสาร 0 2675 5313
19 South Sathon Rd, Yannawa Sathon Bangkok Thailand 10120 Tel. (662) 675 5304 (-12) Fax. (662) 675 5313



ที่ บพ.1บพ. 212/56

สำนักงานบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

26 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมอ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงการวิจัย
 2. เครื่องมือวิจัย
 3. จดหมายอนุมัติจริยธรรมการวิจัย

ด้วย นางสุภาภรณ์ ปาสาจะ นักศึกษานักศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้ดำเนินการทำสารนิพนธ์เรื่อง "ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก" โดยมี รศ.ดร.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและอยู่ระหว่างการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ในการนี้ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พิจารณาเห็นว่าโรงพยาบาลบ้านหมอเป็นสถานที่ที่เหมาะสมต่อการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในหัวข้อดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงใคร่ขออนุญาตให้นักศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในหน่วยงานของท่าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรือโทหญิง

(ดร.แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

สำนักงานบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ 0-2675-5304-12 ต่อ 63115, 63116, 63117

โทรสาร 0-2675-5313

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อผู้วิจัย

นางสุภาภรณ์ ปาสาจะ

วัน เดือน ปี เกิด

18 สิงหาคม 2516

สถานที่เกิด

จังหวัดสระบุรี ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
วิทยาลัยบรมราชชนนี สระบุรี

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

พ.ศ. 2539-2544

พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี

พ.ศ. 2544-2554

พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี

พ.ศ. 2554-ปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ
โรงพยาบาลบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี