

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อระดับความรู้และทัศนคติ ในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ

จันทน์ แต่ไพสิฐพงษ์, พย.ม.*

ณัฐฉา กันทถาวร, พบ.ว.สูติศาสตร์-นรีเวช, วว.มะเร็งนรีเวช**

บทคัดย่อ: วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้

การออกแบบวิจัย การวิจัยเชิงทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง

การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ สตรีไทยอายุ 26-65 ปี ที่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกแนวใหม่ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม 2555 ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ จำนวน 50 ราย โปรแกรมการให้ความรู้ประกอบด้วย 1) การประเมินความรู้ และทัศนคติ 2) การให้ความรู้ร่วมกับการใช้สื่อการสอน 3) การกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรค 4) การเสริมสร้างความคาดหวัง และการสร้างความตั้งใจต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคร่วมกับการแจ้งผลตรวจ และ 5) การกระตุ้นเตือนต่อการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้และแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Mc Nemar test และ Paired t-test

ผลการวิจัย: หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้และมีทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการให้ความรู้ดังกล่าว มาใช้ในสตรีที่มีผลตรวจปกติ เพื่อช่วยเพิ่มระดับความรู้และส่งเสริมให้มีทัศนคติที่ดี อันเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพ

วารสารสภาการพยาบาล 2556; 28(2) 75-87

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้ ความรู้และทัศนคติ มะเร็งปากมดลูก

*ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพโครงการบำเพ็ญพระกุศลฯโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกแนวใหม่ โรงพยาบาลจุฬารัตน์
Email : chanthacheen@yahoo.com

**แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านมะเร็งนรีเวช ประจำโรงพยาบาลจุฬารัตน์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งปากมดลูก จากสถิติของทั่วโลก พบว่าเป็นมะเร็งที่พบในสตรีเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะกว่าร้อยละ 85 พบในประเทศกำลังพัฒนา¹ สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลล่าสุดของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสองในสตรีรองจากมะเร็งเต้านม² การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถช่วยตรวจคัดกรองโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก แต่ในสถานพยาบาลแต่ละแห่งยังมีรูปแบบในการแจ้งผลตรวจที่ต่างกัน เช่น การแจ้งผลทางโทรศัพท์ การส่งผลไปให้ทางไปรษณีย์ และนัดมาฟังผล และส่วนใหญ่ในการแจ้งผลจะไม่มีคำแนะนำเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก หรือการปฏิบัติเพิ่มเติม^{3,4} ซึ่งจากเหตุผลดังกล่าว อาจทำให้ผู้ใช้บริการบางส่วนเข้าใจการแปลผลการตรวจคลาดเคลื่อนไปจากข้อมูลจริงได้ รวมทั้งยังไม่ครอบคลุมในแง่ของการให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองอีกด้วย ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าสตรีเหล่านี้มีความต้องการข้อมูล ความรู้และคำแนะนำต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรค ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะช่วยเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอให้เพิ่มมากขึ้น^{5,6} นอกจากนี้จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการปฏิบัติงานในคลินิก พบว่ายังมีผู้ใช้บริการบางส่วน ที่ให้ประวัติว่าเคยไปรับการตรวจคัดกรองมาก่อนหน้านี้ แต่ไม่ทราบว่าตนเองได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธีใด และ/หรือไม่ทราบผลการตรวจของตนเอง ไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังฟังผลตรวจ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ส่งผลให้ยังมีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านของพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ และการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบผลการวิจัยที่สนับสนุนว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค การป้องกันโรค จะช่วยเพิ่มระดับความรู้แก่สตรี และส่งผลต่อการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันโรคที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการนำสื่อต่างๆ ประกอบการให้ความรู้ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพต่อการรับรู้เนื้อหาที่สอน และเพิ่มระดับคะแนนความรู้มากกว่าการสอนที่พูดเพียงอย่างเดียว รวมทั้งยังช่วยเพิ่มระดับความพึงพอใจในการมาใช้บริการร่วมด้วย⁷⁻⁹ ทั้งนี้การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อเพิ่มระดับความรู้ในสตรียังมีน้อย⁸⁻⁹ และเป็นข้อมูลจากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ ที่ไม่ใช่การศึกษาในบทบาทของพยาบาล และยังไม่พบการศึกษาที่นำการให้ความรู้มาใช้ร่วมกันในการแจ้งผลการตรวจคัดกรอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการแจ้งผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้แก่สตรีที่มาฟังผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโครงการบำเพ็ญพระกุศล โครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกแนวใหม่ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ซึ่งรูปแบบของโปรแกรมดังกล่าว พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) รวมทั้งแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (protection motivation theory) ของโรเจอร์¹⁰⁻¹¹ ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่บุคคลจะเลือกมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร ย่อมขึ้นอยู่กับความรู้ที่มีทัศนคติ ต่อเรื่องนั้นๆ อย่างไร ซึ่งในการให้ความรู้ในโปรแกรมดังกล่าว จะเริ่มจากการประเมินความรู้และทัศนคติเดิมก่อน จากนั้นจึงให้ความรู้เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และความรุนแรงของโรค ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการปกป้องตนเองของโรเจอร์ คือการใช้ความกลัวในการโน้มน้าวใจเพื่อให้บุคคลปฏิบัติ สร้างความรู้

ความเข้าใจให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาที่จะเกิดโรคนั้นได้ และรับรู้ต่อพฤติกรรมในการหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น โดยในการสอนจะมีการนำสื่อการสอนที่หลากหลายมาใช้เพื่อกระตุ้นการรับรู้ร่วมด้วย จากนั้นจึงแจ้งผลการตรวจซึ่งปกติ เพื่อเป็นการเสริมสร้างความคาดหวัง และความตั้งใจต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค และกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของตนเองและร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข การกระตุ้นเตือนให้มีพฤติกรรมที่ต่อเนื่องโดยการให้คู่มือความรู้กลับไปอ่านที่บ้านพร้อมกับบัตรนัด การให้ความรู้ตามโปรแกรมดังกล่าว เชื่อว่าจะสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้และทัศนคติที่ดีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการดูแลและป้องกันตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป รวมทั้งยังส่งเสริมบทบาทของวิชาชีพให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) รวมทั้งแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (protection motivation theory) ของโรเจอร์¹⁰⁻¹¹ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การที่บุคคลจะเลือกมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร ย่อมขึ้นอยู่กับความมีความรู้มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคนั้น ๆ อย่างไรเมื่อพิจารณาจากแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวว่าจะขึ้นอยู่กับ 1) บุคคลนั้นมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) อย่างไร บุคคลที่คิดว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรค มักมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ การที่บุคคลนั้น ๆ จะรับรู้ว่าจะตนเองมีความเสี่ยงต่อโรคนั้นหรือไม่ ยังเกี่ยวข้องกับการมีความรู้ว่าจะปัจจัยใดเสี่ยงต่อการเกิด

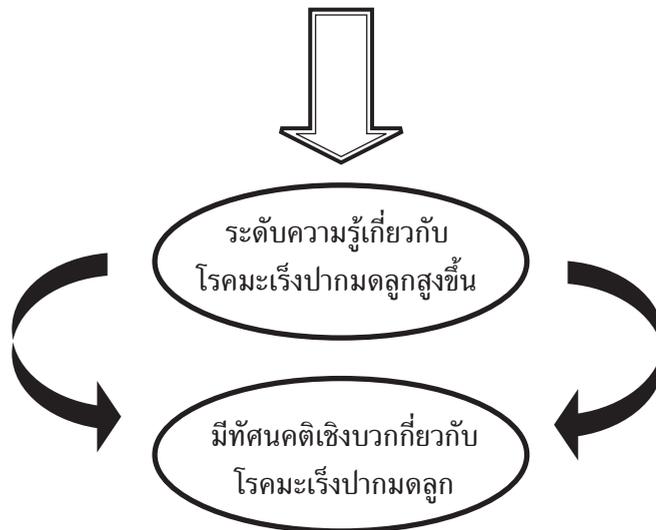
โรคร่วมด้วย 2) บุคคลนั้นมีการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (perceived severity) อย่างไร บุคคลที่ประเมินความรุนแรงของโรคว่ามีผลกระทบต่อตนเองมาก เช่น อาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน การทำหน้าที่ในบทบาทในครอบครัว ย่อมทำให้ปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรคมกกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อความรุนแรงหรือผลกระทบของโรคต่อตนเองต่ำ 3) การที่บุคคลมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (perceived benefits) ย่อมตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อให้เกิดประโยชน์ ในส่วนนี้การให้ความรู้เพื่อให้ทราบถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองว่าจะช่วยในการค้นหาโรคตั้งแต่ในระยะแรก 4) บุคคลนั้นมี การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ (perceived barriers) อย่างไร หากบุคคลนั้น คาดการณ์ล่วงหน้าต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ การมาตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องที่เสียเวลา หรือเป็นเรื่องน่าอาย อาจส่งผลให้ไม่มารับการตรวจ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรม การป้องกันโรค และสามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ และจากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการปกป้องตนเอง (protection motivation theory of fear appeals and attitude change) ของโรเจอร์ คือ การใช้ความกลัวในการโน้มน้าวใจเพื่อให้บุคคลปฏิบัติ ซึ่งจำเป็นต้องให้บุคคลนั้นเกิดการรับรู้อย่างครบถ้วนทั้ง 3 ลักษณะ กล่าวคือ รับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรค สร้างความรู้ความเข้าใจให้บุคคลรับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาที่จะเกิดโรคนั้นได้ และรับรู้ต่อพฤติกรรมในการหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เช่น การมารับการตรวจคัดกรองสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมด้านเพศสัมพันธ์ และเมื่อบุคคลมีระดับความกลัวและความวิตกกังวลต่อการเกิดโรคหรือต่อภาวะสุขภาพ

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่ระดับความรู้และทัศนคติในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ

ของตนเองที่เหมาะสมตามสภาพการณ์จริง ย่อมเป็นการกระตุ้นให้บุคคลนั้นเกิดความใส่ใจต่อการดูแลตนเอง หรือการแสวงหาการป้องกันตนเองที่เหมาะสมซึ่งเป็นการลดภาวะวิตกกังวลของตนให้หมดไป ซึ่งการให้ความรู้ตามโปรแกรมสามารถสรุปเป็นขั้นตอนตามแนวคิดดังกล่าวการให้ความรู้ที่ครอบคลุมโดยการนำสื่อที่หลากหลายมาใช้ การใช้ความกลัวเป็นสิ่งกระตุ้นเพื่อให้เกิดความใส่ใจต่อการดูแลสุขภาพตนเองโดยการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ต่อความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงของโรคจากความรู้เรื่องโรคที่ให้ไป ร่วมกับการแจ้งผลการตรวจซึ่งปกติซึ่งจะ

เป็นการเสริมสร้างความคาดหวังและสร้างความตั้งใจต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดีต่อไปในอนาคต กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของตนเองและร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข การกระตุ้นเตือนให้ มีพฤติกรรมที่ต่อเนื่องโดยการให้คู่มือความรู้กลับไปอ่านที่บ้านพร้อมกับบัตรนัด ดังนั้นการให้ความรู้ตามโปรแกรมดังกล่าว จึงสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ และทัศนคติที่ดีขึ้นได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการดูแลและป้องกันตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป ดังแผนภูมิที่ 1

- 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ร่วมกับการใช้สื่อการสอน
- 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค และโอกาสเสี่ยงของโรค
- 3) ความคาดหวัง และการสร้างความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคร่วมกับการแจ้งผลการตรวจ
- 4) การกระตุ้นเตือนต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีที่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้

สมมติฐานการวิจัย

1. สตรีที่ได้รับโปรแกรมการความรู้ มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. สตรีที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest posttest) กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีไทยที่มีอายุระหว่าง 26-65 ปี จำนวน 50 ราย ที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตามโปรแกรมของโครงการบำเพ็ญพระกุศล โครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกแนวใหม่ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เฉพาะผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ ได้แก่ ไม่พบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ร่วมกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี liquid base cytology ให้ผลลบ คือ ตรวจไม่พบรอยโรคหรือไม่พบเซลล์มะเร็ง (negative for intraepithelial lesion or malignancy) และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้สูตรคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม ต้องการ

ค่าเฉลี่ย 2 ค่าเปรียบเทียบกันและไม่เป็นอิสระกัน dependent groups (paired data)¹² โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษานำร่อง การใช้โปรแกรมการให้ความรู้ต่อระดับความรู้และทัศนคติ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้เท่ากับ 1.45 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนก่อนและหลังให้โปรแกรมเท่ากับ 2.18 และ 1.46 ตามลำดับ เมื่อกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และอำนาจในการทดสอบ 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มโดยการจับสลากจากรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการฯ ที่ทำการนัดหมายไว้ล่วงหน้า ซึ่งมีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ และนัดมาฟังผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในช่วงระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม 2555

เครื่องมือการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ส่วน คือ

1.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนตำรา เอกสารและวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ โดยเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ การให้คะแนนในข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-14 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การตรวจเชื้อเอชพีวี และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก

1.2 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี และการตรวจคัด

กรองมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) รวมทั้งแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (protection motivation theory) ของโรเจอร์¹⁰⁻¹¹ ซึ่งแบ่งแนวคิดของข้อคำถาม ออกเป็น 6 แนวคิด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (perceived benefits), การรับรู้ต่ออุปสรรค (perceived barriers), ความรู้สึกลัว (fear) และวิตกกังวล (anxiety) มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ คือ “ใช่” “ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ” และ “ไม่ใช่” โดยข้อคำถามที่เป็นข้อความทัศนคติที่เป็นทางบวกถ้าผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่า “ใช่” ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่า “ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ” ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน ถ้าผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามที่เป็นข้อความทัศนคติที่เป็นทางลบการให้คะแนนจะกลับกันกับข้อความที่เป็นทางบวกแบบสอบถามทั้งหมดมีค่าคะแนนระหว่าง 9-27 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีทัศนคติเกี่ยวกับเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดี

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (protection motivation theory) ของโรเจอร์¹⁰⁻¹¹ โดยการนำกระบวนการกลุ่มเป็นแนวทางดำเนินการ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ร่วมกับการประเมินความรู้และทัศนคติเดิม
- 2) ขั้นตอนการให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี โรคมะเร็งปากมดลูก และวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สื่อประกอบการสอนได้แก่ power point และ แผ่นภาพ
- 3) ขั้นตอนการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
- 4) ขั้นตอนการเสริมสร้างความคาดหวังและการสร้างความตั้งใจต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกร่วมกับการแจ้งผลตรวจ และ
- 5) ขั้นตอนการกระตุ้นเตือนต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งนรีเวช จำนวน 3 ท่าน อาจารย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกจำนวน 2 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ 0.74 และแบบสอบถามทัศนคติหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้แผนการสอน และสื่อประกอบการสอนต่าง ๆ ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบัน วิจัยจุฬาภรณ์ เลขที่ คคจ 0096/55 เมื่อวันที่ 7 กันยายน 2555 ในขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยสร้าง สัมพันธภาพ แนะนำตัว และอธิบายวัตถุประสงค์ของ การวิจัย โปรแกรมของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม การวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ ผู้วิจัยมีเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมวิจัยที่รายละเอียดต่าง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่าง นำกลับไปอ่านและทำความเข้าใจร่วมด้วย มีการพิทักษ์ สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลที่ได้จากการทำ แบบสอบถาม และการเข้าร่วมโปรแกรมจะถือเป็น ความลับไม่มีการเปิดเผยข้อมูล ผลการวิจัยจะนำเสนอ ในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึง ทำการเก็บข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัว ออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตามต้องการ ซึ่งในการศึกษา ครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรง ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยการจับสลากจากแฟ้มรายชื่อ ผู้ที่นัดมาฟังผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่มีผลการตรวจปกติ ซึ่งทำการนัดหมายไว้ล่วงหน้า โดยสุ่มเลือกครั้งละ 3-5 ราย ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียด ของโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ในกรณีที่กลุ่ม ตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงชื่อยินยอมใน consent form จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาทีต่อคน และจัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตาม โปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้เวลาประมาณ 30-45

นาทีซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ผู้วิจัยสร้าง สัมพันธภาพภายในกลุ่ม ร่วมกับการประเมินความรู้ และทัศนคติเดิม 2) ขั้นตอนการให้ความรู้ โดยมี เนื้อหาความรู้ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัส เอชพีวี โรคมะเร็งปากมดลูก และวัคซีนป้องกันมะเร็ง ปากมดลูก โดยใช้สื่อการสอนที่กระตุ้นการรับรู้ได้แก่ Power point และ แผ่นภาพ 3) ขั้นตอนการกระตุ้นให้ เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก 4) ขั้นตอนการเสริมสร้างความคาดหวัง และการสร้าง ความตั้งใจต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค ร่วมกับการแจ้งผลตรวจ ร่วมกับการแจ้งผลการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ปกติให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และ 5) ขั้นตอนการกระตุ้นเตือนต่อการมีพฤติกรรม ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง โดยการให้แผ่นพับ และคู่มือการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก กลับบ้านไปด้วยพร้อมใบนัด

ภายหลังการเข้ากลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างทำ แบบสอบถามฉบับเดิมอีกครั้ง (post-test) โดยใช้ เวลาประมาณ 5-10 นาทีต่อคน ภายหลังการทำ แบบสอบถาม ได้ให้ใบนัดตรวจในครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้โดยรวมและ รายชื่อ ด้วยสถิติ Mc Nemar test และเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี และการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้ด้วยสถิติ paired t-test กำหนด ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 26 – 65 ปี (\bar{x} = 42.92, SD = 10.30) ร้อยละ 64 มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง รองลงมาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ (ร้อยละ 14 และ 10 ตามลำดับ) ร้อยละ 96 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 50 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมาเป็นระดับปวช./ปวส. และประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 10 และร้อยละ 7 ตามตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 42 ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท รองลงมาคือแม่บ้าน และประกอบธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 18 และร้อยละ 12 ตามลำดับ) ร้อยละ 88 ของกลุ่มตัวอย่างเคยมีเพศสัมพันธ์ และอีกร้อยละ 12 ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 72 เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อนหน้านี้ และมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 ราย (ร้อยละ 2) ให้ประวัติว่ามีคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปากมดลูก (ตารางที่ 1)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน: 20,700 \pm 13,991 ช่วง : 0-60,000)		
ศาสนา		
พุทธ	48	96.00
คริสต์	1	2.00
อิสลาม	1	2.00
การศึกษา		
ประถมศึกษา	7	14.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	8.00
ปวช./ปวส.	10	20.00
ปริญญาตรี	25	50.00
สูงกว่าปริญญาตรี	4	8.00
อาชีพ		
รับราชการ	5	10.00
รัฐวิสาหกิจ	2	4.00
พนักงานบริษัท	21	42.00
เกษตรกร/ประมง	2	4.00
แม่บ้าน	9	18.00
ธุรกิจส่วนตัว	6	12.00
รับจ้าง	5	10.00
ประวัติการมีเพศสัมพันธ์		
เคย	44	88.00
ไม่เคย	6	12.00
เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
ไม่เคย	14	28.00
เคย	36	72.00
มีคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปากมดลูก		
ไม่มี	49	98.00
มี	1	2.00

ด้านระดับความรู้ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	X	SD	ระดับ	p-value
ก่อนการทดลอง	10.80	1.85		< 0.01*
หลังการทดลอง	12.90	1.15		

*p < 0.05

การวิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบข้อความความรู้ได้ถูกต้อง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยพิจารณาเป็นรายข้อ และการทดสอบโดยใช้สถิติ McNemar test พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างที่ตอบข้อความความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกได้ถูกต้อง สูงกว่า

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในข้อคำถามที่ 3, 6, 8, 9, 10, 12 และ 14 (ตารางที่ 3) ด้านทัศนคติ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯในเชิงบวกสูงมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 แสดงสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบข้อความความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกได้ถูกต้อง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯจำแนกเป็นรายข้อ โดยการใช้สถิติ McNemar test

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกเป็นรายข้อ	จำนวน/ ร้อยละ ผู้ที่ตอบถูก		
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม	p-value
1. โรคมะเร็งปากมดลูก เป็นโรคมะเร็งของสตรีที่พบได้บ่อยในอันดับต้น ๆ	47 (94.00)	49 (98.00)	0.63
2. โรคมะเร็งปากมดลูก มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี	41 (82.00)	48 (96.00)	0.07
3. เชื้อไวรัสเอชพีวี สามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์	39 (78.00)	48 (96.00)	0.01*
4. ผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับสามีเพียงคนเดียว ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	40 (80.00)	45 (90.00)	0.30
5. การสูบบุหรี่ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น	36 (72.00)	39 (78.00)	0.51
6. การรับประทานยาคุมกำเนิดติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น	27 (54.00)	46 (92.00)	<0.01*
7. การมีคู่นอนหลายคน เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น	46 (92.00)	50 (100.00)	0.12
8. การมีบุตรหลายคน เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น	21 (42.00)	40 (80.00)	<0.01*
9. การสวนล้างช่องคลอดเป็นประจำหลังมีเพศสัมพันธ์ จะช่วยป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีได้	34 (68.00)	42 (84.00)	0.01*
10. การใช้ถุงยางอนามัย สามารถป้องกันการติดเชื้อ HPV ได้ 100 %	37 (74.00)	46 (92.00)	0.04*
11. การมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	47 (94.00)	48 (96.00)	1.00
12. การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น	43 (86.00)	50 (100.00)	0.02*
13. โรคมะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ด้วยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	49 (98.00)	49 (98.00)	1.00
14. หากผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรายงานว่ามีผิดปกติ หมายถึง การเป็นมะเร็งปากมดลูก	33 (66.00)	45 (90.00)	0.01*

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้

คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	\bar{X}	S.D.	ระดับทัศนคติ	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้	2.24	0.36	ปานกลาง	<0.01*
หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้	2.52	0.28	เชิงบวก	

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า สตรีที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ มีความรู้ ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้งมีทัศนคติในเชิงบวกสูงมากขึ้นกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า รูปแบบของโปรแกรมการให้ความรู้ที่ดำเนินการตามแนวคิด ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์¹⁰⁻¹¹ สามารถช่วยเพิ่มระดับความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติ ของกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจาก การสอนตามโปรแกรม จะเริ่มต้นจากการประเมินความรู้ที่แต่ละคนมีอยู่เดิม จากนั้นจึงให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และ สาเหตุของการเกิดโรครอยครออบคลุม ซึ่งจะเป็นการ ช่วยให้อุปกรณ์ตัวอย่างมีข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีการ ป้องกันตนเองที่ถูกต้อง ในกระบวนการสอนจะใช้ หลักการกระตุ้นที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึก กลัว เพื่อใช้ประโยชน์จากความรู้สึกกลัวนั้นในการ โน้มน้าวใจให้บุคคลปฏิบัติ เพราะเมื่อบุคคลมีระดับ ความกลัวต่อการเกิดโรคหรือมีความวิตกกังวลต่อ ภาวะสุขภาพของตนเองในระดับที่เหมาะสมตาม สภาพการณ์จริง ย่อมเป็นการกระตุ้นให้บุคคลนั้นมีความใส่ใจต่อการดูแลตนเอง หรือการแสวงหาแนวทาง

ในการป้องกันตนเองที่เหมาะสมเพื่อเป็นลดความ กลัวของตนให้หมดไป ซึ่งโปรแกรมได้ใช้การกระตุ้น ตัวแปรต่างๆที่มีผลต่อความรู้สึกกลัวรวมทั้งความ วิตกกังวลตามแนวคิดของโรเจอร์ คือการการรับรู้ต่อ โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเป็นโรค และการรับรู้ ความรุนแรงของโรคผ่านรูปแบบของการให้ความรู้ แบบกลุ่มซึ่งช่วยให้เกิดความหลากหลายในด้าน ประสบการณ์ของแต่ละคน รับรู้ถึงประโยชน์ของการ รักษาและป้องกันโรคที่เหมาะสมกับตนเอง รับรู้ต่อ อุปสรรคในการดูแลป้องกันตนเองจากการเกิดโรค จึงช่วยเสริมสร้างความคาดหวังในความสามารถ ตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ดีจากการมี พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ร่วมกับการนำ สื่อต่างๆมาใช้ประกอบการให้ความรู้ร่วมด้วย ได้แก่ Power point และ รูปภาพประกอบการสอน ซึ่งจะเป็นการช่วยให้สามารถมองเห็นภาพได้ดียิ่งขึ้น ส่งผล ต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการรับรู้ข้อมูลมากขึ้น จึง ส่งผลให้อุปกรณ์ตัวอย่างมีระดับความรู้ที่สูงขึ้นภายหลัง การเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ งานวิจัยของ Greimel E.R. (1997)⁷ ซึ่งได้ศึกษาการ ให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีจำนวน 147 ราย โดยเปรียบเทียบการสอนโดยใช้ การพูดเพียงอย่างเดียว กับกลุ่มที่ได้รับการสอน ร่วมกับการใช้รูปภาพประกอบ และกลุ่มที่ได้รับการ สอนในรูปแบบของ VDO เทียบกับกลุ่มควบคุม ผลการ

วิจัยพบว่า ระดับความรู้ก่อนและหลังการสอนในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมทั้ง สามแบบ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า มีระดับความรู้ที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ การสร้างแรงจูงใจโดยแจ้งผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ปกติให้กลุ่มตัวอย่างทราบร่วมด้วย ซึ่งการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในทางบวกนั้นจะทำให้เกิดความพึงพอใจในสุขภาพของตน และตระหนักถึงความมีคุณค่าแห่งตน ทำให้บุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองก่อให้เกิดแรงจูงใจ ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่องต่อไปได้ โดยในขั้นตอนสุดท้ายจะเป็นการกระตุ้นเตือนในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง โดยการให้แผ่นพับและคู่มือการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกกลับบ้านไปด้วย เพื่อให้สามารถทบทวนความรู้ พร้อมทั้งการเน้นย้ำให้มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ

ในด้านทัศนคติ พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การดูแลป้องกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดโรค รวมทั้งการได้รับการเน้นย้ำให้เห็นถึงอันตรายที่เกิดจากโรคมะเร็งปากมดลูก ก็จะช่วยส่งเสริมให้สตรีมีทัศนคติที่ดีในการใส่ใจต่อการดูแลสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rezaei M. et al.⁸ ได้ทำการศึกษาในกลุ่มครูเพศหญิง ในเมืองตาบรีซ ประเทศอิหร่าน จำนวน 129 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรกมีการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองในรูปแบบที่

ปฏิบัติมาแบบเดิม กลุ่มที่ 2 เป็นการให้ความรู้โดยใช้การบรรยายประกอบการใช้บัตรคำรูปภาพ และกลุ่มที่ 3 เป็นการให้ความรู้โดยการให้แผ่นพับกลับไปอ่านเพียงอย่างเดียว พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้และทัศนคติของ 2 กลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

นอกจากนี้ยัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่า ให้ความรู้สึกเป็นกันเอง ช่วยลดความรู้สึกลอาย ทำให้มีความกล้าที่จะถามในสิ่งที่ตนเองสงสัย รูปแบบสื่อที่ใช้ยังกระตุ้นให้เกิดความสนใจ และช่วยให้เข้าใจได้มากขึ้น ดังนั้นการนำโปรแกรมการให้ความรู้มาใช้ สามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และมีทัศนคติที่เหมาะสมในผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ รวมทั้งมีความพึงพอใจต่อการมาใช้บริการเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ในการนำรูปแบบการให้ความรู้ตามโปรแกรมดังกล่าวไปใช้ ควรให้ความสำคัญกับการประเมินก่อนการให้ความรู้ ที่คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลเป็นจุดสำคัญ เช่น อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รวมทั้งทัศนคติที่มีอยู่เดิม และประยุกต์การสอนให้เข้ากับบริบทของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้การใช้สื่อการสอนที่เห็นภาพจะช่วยกระตุ้นการเรียนรู้และความเข้าใจให้ดียิ่งขึ้น การศึกษาต่อยอดการวิจัยเรื่องนี้ควรมุ่งที่ความยั่งยืน โดยการติดตามประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโรงพยาบาลจุฬารัตน์ภายใต้โครงการบำเพ็ญพระกุศล ในศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬา-

ภรณ์วลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ในโอกาสวันคล้ายวัน
ประสูติ วันที่ 4 กรกฎาคม 2554 “โครงการป้องกัน
และเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก แนวใหม่” ผู้วิจัย
ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารและบุคลากรโรงพยาบาล
จุฬารักษ์ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือใน
การทำวิจัยเป็นอย่างดี รวมทั้งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการให้
ข้อมูลต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ferlay J, Forman D, Mathers C, Parkin DM, Shin HR, Bray F. GLOBOCAN 2008. Cervical Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008 Summary. [cited 2011 March 17]. Available from: URL: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>
2. Khuhaprema T, Srivatanakul P, Attasara T, et al. Cancer in Thailand 2001-2003. Bangkok: Bangkok Medical Publisher; 2010.p. 52-55.
3. Aldrich T, Becker D, Garcia SG, Lara D. Mexican physicians' knowledge and attitudes about the human papillomavirus and cervical cancer: a national survey. *Sex Transm Infect* 2005; 81: 135-41.
4. Nganwai P, Truadpon P, Inpa C, et al. Knowledge, attitude, and practices vis-à-vis cervical cancer among registered nurses at Faculty of Medicine, KhonKaen University, Thailand *APJCP* 2008; 9: 15-8.
5. จิราพร ศรีพิบูลย์สมบัติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2550.
6. Reid J. Women's knowledge of pap smears, risk factors for cervical cancer, and cervical cancer. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001; 30: 299-305.
7. Greimel E. R. , Gappmayer, F. L. and Huber H. P. Increasing women's knowledge and satisfaction with cervical cancer screening. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1997; 18(4): 273-79.
8. Rezaei M. et al. Effects of 2 Educational Methods on the Knowledge, Attitude, and Practice of Women High School Teachers in Prevention of Cervical Cancer. *J Canc Nurs* 2004 Oct ; 27 (5): 364-69.
9. Kietpeerakool C, Phianmongkhon Y, Jitvacharanun K, Siriratwatakul U, Srisomboon J. Knowledge, awareness, and attitudes of female sex workers toward HPV infection, cervical cancer, and cervical smears in Thailand. *Int J Gynecol Obstet* 2009; 107(3): 216-9.
10. Becker, M. H.ed. "The Health Belief Model and Personal Health Behavior." *Health Education Monographs* 1974; 2:324-473.
11. Rogers, R.WA. Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *J Psychol* 1975; 91(1): 93-114.
12. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัทยูแอนดีไอ อินเทอร์เน็ต จำกัด; 2547.
13. ชนากานต์ บุญนุช, ยุวดี เกิดสัมพันธ์, สุทธิพล อุดมพันธุ์รัก, จุฬารักษ์ พูลเอี่ยม, ปรีชญา พลเทพและสมาชิก CoP วิจัย. ขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเชิงปริมาณ. เอกสารชุมชนนักปฏิบัติ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช; 2554.
14. จตุพล ศรีสมบูรณ์. *มะเร็งนรีเวชวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พี.บี.ฟอเรนบ๊คสเซนเตอร์; 2540.
15. Burns, N., Grove, S.K. (1997). *The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization*. 3rd ed. Philadelphia : W.B. Saunders.

Impacts of a Learning Programme on the Attitudes and Levels of Awareness of the Female Patients with Normal Smear Test Results

*Chantanee Taepisitpong, M.N.S. (Adult Nursing)**

*Nuttavut Kantathavorn, MD. (Gynecologic Oncologist)***

Abstract: Objective: To compare female patients' attitudes and levels of awareness of cervical cancer before and after exposure to the learning programme.

Design: Quasi-experimental one-group pretest-posttest research.

Implementation: The sample consisted of 50 Thai female patients, aged 26-65, who underwent smear tests and were diagnosed as normal in the Cervical Cancer Alert and Prevention Project of Chulabhorn Hospital from September to October 2012. The learning programme consisted of (1) awareness and attitude evaluation; (2) education through learning media; (3) stimulation of the awareness of the severity and risk of the disease; (4) using diagnosis as an opportunity to strengthen the patients' hope and determination to prevent the disease; and (5) encouraging proper behaviour. The instruments used to collect data were a questionnaire and a cervical cancer attitude survey. The data were statistically analysed according to percentage, mean, standard deviation, McNemar Test and paired T-Test.

Results: After completing the programme, the subjects displayed a statistically significant increase in their awareness of and attitude towards cervical cancer ($p < 0.05$).

Recommendations: It is recommended that nurses apply this programme to care for female patients having tested normal, in order to increase the patients' awareness and positive attitudes, as this is a direct role of registered nurses.

Thai Journal of Nursing Council 2013; 28(2) 75-87

Keywords: learning programme; awareness and attitudes; cervical cancer

*Registered Nurse, Chulabhorn Hospital.

**MD. Gynecologic Oncologist, Chulabhorn Hospital.