

(ก) ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** ผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจโดยใช้ทฤษฎีของเบคเกอร์ ต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ทัศนศึกษาตำบลธาตุ และตำบลแสนสุข จังหวัดอุบลราชธานี
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** วันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2557
3. **สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ** 100 %
4. **ผู้ร่วมจัดทำผลงาน** -
5. **บทคัดย่อ**

การศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจโดยใช้ทฤษฎีของเบคเกอร์ ต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรค และอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ทัศนศึกษาตำบลธาตุ และตำบลแสนสุข จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษาถึงการทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) แบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pre test-post test two groups design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลธาตุ และตำบลแสนสุข จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มทดลองเป็นสตรีอายุ 30-60 ปี จำนวน 30 คนแรก ที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ ตามรูปแบบที่ผู้ศึกษากำหนด ระยะเวลาการดำเนินการรวม 4 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มสตรีอายุ 30-60 ปี จำนวน 30 คนหลัง ที่ได้รับการสอนตามปกติของการสอนโรคมะเร็งปากมดลูก ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งหมด 2 ครั้ง คือก่อนและหลังการสอน และประเมินการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังการสอน 3 เดือน โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทีคู่ (pair t-test) สถิติทีอิสระ (independent t-test)

ผลการศึกษา พบว่า

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกหลังการสอนดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ($t=0.03$, $p<0.01$) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ($t=0.16$, $p<0.01$) ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ($t=0.22$, $p<0.01$) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($t=0.14$, $p<0.01$) ด้านการมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($t=0.59$, $p<0.01$)

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ

จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าการสอนแบบสร้างแรงจูงใจในสตรี ช่วยเพิ่มทั้งการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ ดังนั้น ควรนำการสอนแบบสร้างแรงจูงใจไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยต่อไป

6. บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาของทุกประเทศทั่วโลก ปัจจุบันการควบคุมโรคมะเร็งมีเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรค ลดความทุกข์ทรมานและการตายจากโรคมะเร็ง องค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ ได้คาดการณ์เมื่อ ปี 2548 ว่าในแต่ละปีในโลกจะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ประมาณ 11 ล้านคน มีคนตายจากโรคมะเร็งปีละ 7 ล้านคน และมีผู้ป่วยที่อยู่กับโรคมะเร็ง 25 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2573 หรือประมาณ 23 ปข้างหน้า จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็นปีละ 27 ล้านคน และมีคนตายจากโรคมะเร็ง ปีละ 17 ล้านคน ซึ่งจะเกิดเพิ่มขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548 : 12) ประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุขด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รวบรวมข้อมูลอัตราป่วยมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2549 พบว่า มีอัตราป่วย และอัตราตายด้วยมะเร็งปากมดลูก มีแนวโน้มมากมากขึ้น โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยแพทย์สามารถตรวจหา “ระยะก่อนเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก” ได้ตั้งแต่ยังไม่มีอาการ วิธีการที่ใช้อยู่คือตรวจหาเซลล์เยื่อเมือกบริเวณปากมดลูกไปตรวจหาเซลล์มะเร็ง เหตุผลที่ต้องใช้วิธีตรวจหาเซลล์เยื่อเมือก (Pap Smear) เป็นการคัดกรองก็เพราะว่าเป็นวิธีที่ได้มาตรฐานที่ทำกันทั่วโลก และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า สามารถลดอัตราการเกิด และอัตราการตายของโรคมะเร็งปากมดลูกได้ เพราะว่าการตรวจหาเซลล์เยื่อเมือก (Pap Smear) สามารถตรวจพบรอยโรคของโรคมะเร็งปากมดลูกที่เป็นระยะก่อนเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก (Precancerous Lesion) หรือเป็น โรคมะเร็งระยะ in situ ได้ ซึ่งถ้ารักษารอยโรคในระยะก่อนเป็นโรคมะเร็งได้ ก็ย่อมทำให้จำนวน ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกลดลง

จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 พบว่า ร้อยละของความครอบคลุมการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีอายุ 15-59 ปี ภายในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา พบร้อยละ 42.5 และมากกว่า 2 ปี พบร้อยละ 18.3 (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ (วารุณี สุตแสง, 2551) พบว่า เหตุผลที่ไม่ไปตรวจ คือ ไม่มีอาการผิดปกติ และอายุเจ้าหน้าที่ การศึกษาของ (สุมาลี ครุฑทิน, 2551) ศึกษาความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพของสุภาพสตรี ที่มาและไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เรื่องมะเร็งปากมดลูก และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมี ค่าเฉลี่ยสูงกว่าสตรี ที่ไม่มารับการตรวจคัดกรอง จากรายงานสถานการณ์ และแนวโน้มการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีอัตราตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของจังหวัดอุบลราชธานี อยู่ใน ลำดับที่ 7 เมื่อเทียบกับผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั้งหมด จากข้อมูลอัตราตายจากมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่ปี 2549-2552 มีอัตราตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนี้ 1.91, 2.24, 2.12, 2.28 อัตราต่อแสนประชากร ตาม ลำดับ จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกในแต่ละปี มีแนวโน้มสูงขึ้น (ที่มา รง.505 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2553) (เนือทิพย์ ศรีอุตร, 2550) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสถานีอนามัยบ้านสร้างดี อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ในสตรีที่แต่งงานแล้วอายุ 35-60 ปี จำนวน 46 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง ดังนั้น ถ้าสตรีมีการรับรู้ ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเป็น โรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ดีและถูกต้องย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมในการเข้ารับการตรวจสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยเช่นกัน จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ ทั้ง 4 ด้าน ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของ โรเจอร์ส สามารถเป็นแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของ

บุคคลใด นอกจากนั้นยังมีกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ ในการกำหนดรูปแบบการสอนซึ่งมีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมป้องกันการโรคของบุคคลอธิบายได้จากการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้มีส่วนช่วยผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีในการปฏิบัติ ที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบ ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสียหรือ อุปสรรคที่เกิดขึ้น และรวมถึงแรงจูงใจด้านสุขภาพ

ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ได้บันทึกข้อมูลผู้มารับบริการตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear ในปี พ.ศ.2554-2556 คือ ร้อยละ 23.77, 20.51 และ 15.0 ตามลำดับ ซึ่งยังมีจำนวนน้อย ดังนั้น ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจากพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม จะต้องมีการบริหารจัดการรวมทั้งการให้คำแนะนำที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อบุคคลที่เปราะบางเป้าหมาย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้และการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเร้งปากมดลูกเพื่อส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเร้งปากมดลูก มีความตระหนักและมีการรับรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น รวมทั้ง เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการวางแผนให้ความรู้ ให้คำแนะนำและให้สุขศึกษาเรื่องมะเร็งเร้งปากมดลูกอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถช่วยลดความอายของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเร้งปากมดลูกได้มาก ตลอดจนเกิดพฤติกรรมในการอยากมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเร้งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

7. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้และการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเร้งปากมดลูก

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอนสูงกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเร้งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ

8. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการ/ขอบเขตงาน

8.1 รูปแบบการศึกษา การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงการทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) แบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pre test-post test two groups design)

8.2 ประชากร คือ สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ใน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มี 16 ตำบล คือ วารินชำราบ ชาติ ท่าลาด โนนโพนน คูเมือง สระสมิง คำน้ำแซบ บึงหวาย คำขวาง โพธิ์ใหญ่ แสนสุข หนองกินเพล โนนผึ่ง เมืองศรีโค ห้วยชะยูง บุ่งไหม

8.3 กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sample Random Sampling) ใช้วิธีการจับฉลากได้ 2 ตำบล คือ ตำบลชาติ และตำบลแสนสุข จากนั้นทำการสุ่มเพื่อเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการจับฉลากอีก ได้กลุ่มทดลอง คือตำบลชาติ กลุ่มควบคุม คือตำบลแสนสุข และทำฉลากจำนวน 2 ใบ จับฉลากครั้งแรกเลือกหมู่บ้านทดลองได้ หมู่ 4 บ้านบัว ตำบลชาติ จับฉลากครั้งที่สองเลือกหมู่บ้านควบคุมได้ หมู่ 2 บ้านแสนสุข ตำบลแสนสุข การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G Power ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากพื้นฐานของ Power analysis (Erdfelder, Faul, & Buchner, 1996) โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญ

ทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ 0.05 ($\alpha=0.05$) และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ปานกลาง คือ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 คน เพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน การวิจัยครั้งนี้ จึงใช้กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน รวมเป็น 60 คน

8.4 ระยะเวลาการวิจัย วันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2557

8.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

8.5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจและสื่อการสอน รายละเอียด ดังนี้

- รูปแบบโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ เป็นรูปแบบโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อลดอุปสรรคในตนเองของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย

1. กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการสอนเป็นกลุ่มย่อยในหมู่บ้าน กลุ่มละ 8-9 ราย สร้างสัมพันธภาพ

2. ประเมินการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนการสอน

3. เสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค ของโรคมะเร็งปากมดลูก 30 นาที

4. กิจกรรมเพื่อลดความรู้สึกกลัว/อายต่อการมารับบริการตรวจ โดยการสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นจำลองที่เหมือนจริงเพื่อช่วยเพิ่มการรับรู้และลดความกลัวในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 30 นาที

5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงของแกนนำสตรีที่มีประสบการณ์ ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการเล่าถึงวิธีการตรวจและเปิดโอกาสให้ซักถาม 60 นาที

6. ประเมินการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังการสอน

- สื่อการสอน ในการสอนสำหรับกลุ่มทดลองประกอบด้วยสื่อการสอนดังนี้

1. เอกสาร/คู่มือเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและขั้นตอนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. ภาพพลิกเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. หุ่นจำลองเหมือนจริงและอุปกรณ์ ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4. แผนการสอนเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

8.5.2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- แบบประเมินเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเติมข้อความและเลือกตอบ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว การวางแผนครอบครัว ความผิดปกติที่เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ การเจ็บป่วยของญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก การมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก เหตุผลที่มารับบริการตรวจและไม่ตรวจมะเร็งปากมดลูก

- แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 20 ข้อ และเป็นข้อความทางลบ 5 ข้อ ได้แก่ 16, 17, 18, 19, 20 แบบประเมินครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ คือ

1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

- 3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก
- 4) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 5) ด้านการมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

โดยในข้อคำถามที่ 1-25 มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็น ในข้อคำถามมีทั้งด้านบวก และด้านลบ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่นั่นใจ ไม่เห็นด้วย (วรพจน์ พรหมสัถยพรต, 2544) มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- ข้อความแบบสอบถาม ด้านบวก ถ้าเลือกตอบ เห็นด้วย = 3 คะแนน ไม่นั่นใจ = 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน
- ข้อความแบบสอบถาม ด้านลบ ถ้าเลือกตอบ เห็นด้วย = 1 คะแนน ไม่นั่นใจ = 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 3 คะแนน

การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ (Bloom and others, 1997: 129) มีเกณฑ์ดังนี้

1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามว่า เห็นด้วย ไม่นั่นใจ ไม่เห็นด้วย (อรุณรัตน์ แสนบุญรัตน์ , 2547: 53 ; อ้างอิงจาก ชินวัฒน์ ชมประเสริฐ, 2540) คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นคะแนนรวมของแบบสอบถาม อยู่ระหว่าง 5 – 15 คะแนน ผู้วิจัยได้ประเมินเป็นระดับคะแนน 3 ระดับ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ (ประยูร สนเท่ห์, 2551 อ้างอิงจาก Bloom and others, 1997 : 129) ดังนี้

- ได้คะแนนร้อยละ 80 – 100 (12 - 15 คะแนน) ระดับการรับรู้สูง
- ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79 (9 - 11 คะแนน) ระดับการรับรู้ปานกลาง
- ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (5 - 8 คะแนน) ระดับการรับรู้ต่ำ

2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นคะแนนรวมของแบบสอบถาม อยู่ระหว่าง 5-15 คะแนน ผู้วิจัยได้ประเมินเป็นระดับคะแนน 3 ระดับ โดยใช้แบบ อิงเกณฑ์ (ประยูร สนเท่ห์, 2551 อ้างอิงจาก Bloom and others, 1997 : 129) ดังนี้

- ได้คะแนนร้อยละ 80 – 100 (12 - 15 คะแนน) ระดับการรับรู้สูง
- ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79 (9 - 11 คะแนน) ระดับการรับรู้ปานกลาง
- ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (5 - 8 คะแนน) ระดับการรับรู้ต่ำ

3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นคะแนนรวมของแบบสอบถาม อยู่ระหว่าง 5-15 คะแนน ผู้วิจัยได้ประเมินเป็นระดับคะแนน 3 ระดับ โดยใช้แบบ อิงเกณฑ์ (ประยูร สนเท่ห์, 2551 อ้างอิงจาก Bloom and others, 1997 : 129) ดังนี้

- ได้คะแนนร้อยละ 80 – 100 (12 - 15 คะแนน) ระดับการรับรู้สูง
- ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79 (9 - 11 คะแนน) ระดับการรับรู้ปานกลาง
- ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (5 - 8 คะแนน) ระดับการรับรู้ต่ำ

4) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นคะแนนรวมของแบบสอบถาม อยู่ระหว่าง 5-15 คะแนน ผู้วิจัยได้ประเมินเป็นระดับคะแนน 3 ระดับ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ (ประยูร สนเท่ห์, 2551 อ้างอิงจาก Bloom and others, 1997 : 129) ดังนี้

ได้คะแนนร้อยละ 80 – 100 (12 - 15 คะแนน) ระดับการรับรู้สูง

ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79 (9 - 11 คะแนน) ระดับการรับรู้ปานกลาง

ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (5 - 8 คะแนน) ระดับการรับรู้ต่ำ

5) ด้านการมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ คะแนนการมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นคะแนนรวมของแบบสอบถาม อยู่ระหว่าง 5-15 คะแนน ผู้วิจัยได้ประเมินเป็นระดับคะแนน 3 ระดับ โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ (ประยูร สนเทห์, 2551 อ้างอิงจาก Bloom and others, 1997 : 129) ดังนี้

ได้คะแนนร้อยละ 80 – 100 (12 - 15 คะแนน) ระดับการรับรู้สูง

ได้คะแนนร้อยละ 60 – 79 (9 - 11 คะแนน) ระดับการรับรู้ปานกลาง

ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (5 - 8 คะแนน) ระดับการรับรู้ต่ำ

8.6 วิธีการดำเนินงาน แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

8.6.1. ก่อนทดลอง : ประสานหัวหน้าสถานีนามัย เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และสำรวจรายชื่อสตรีอายุ 30-60 ปี ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากแฟ้มประวัติครอบครัวในฐานข้อมูล

8.6.2. ระหว่างทดลอง : แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน และดำเนินการดังนี้

กลุ่มทดลอง : สอนเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 8-9 คนในหมู่บ้าน ให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก สาธิตวิธีการตรวจ โดยใช้หุ่นจำลองที่เหมือนจริง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงจากแกนนำสตรีอาสาสมัครที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย แจ็งตารางการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานีนามัย และศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังการสอน

กลุ่มควบคุม : เจ้าหน้าที่สถานีนามัยส่งจดหมายเชิญชวนสตรีให้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้าน สอนกลุ่มใหญ่ครั้งเดียว เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ตามคู่มือการสอนตามปกติ แจ็งตารางการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานีนามัย และศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังการสอน

8.6.3 การติดตามผล หลังจากนั้น 3 เดือน ติดตามการไปรับบริการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก

8.6.4. ขึ้นประเมินผล

1. ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนการสอนของกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ช่วงเดือนเมษายน เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 ช่วงเดือน กรกฎาคม

2. นำคะแนนที่ได้ของผู้รับบริการทั้งสองกลุ่มจากการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มาทำการวิเคราะห์

3. การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี ประเมินจากแบบประเมินความตั้งใจ และจำนวนการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีการสอบถามเดือน กรกฎาคม 2557

8.7 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ คาเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคก่อนและหลัง

การสอนภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ (pair t-test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรีกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองโดยใช้ร้อยละ

9. ผลการดำเนินงาน/ผลการวิจัย

สรุปผลการศึกษา

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการเกิดมะเร็งเรื้องปากมดลูกหลังการสอนดีกว่าก่อนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก ($t=0.03$, $p<0.01$) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก ($t=0.16$, $p<0.01$) ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก ($t=0.22$, $p<0.01$) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก ($t=0.14$, $p<0.01$) ด้านการมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก ($t=0.59$, $p<0.01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรครายด้าน ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
การรับรู้เกี่ยวกับโรครายด้าน						
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก	11.63	1.63	14.80	1.66	0.03	<0.0001*
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก	11.23	1.47	14.75	1.63	0.16	<0.0001*
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก	12.30	1.20	13.67	1.42	0.22	<0.0001*
4. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก	10.50	1.53	13.32	1.67	0.14	<0.0001*
5. การมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก	9.40	1.47	14.57	2.06	0.59	<0.0001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการเกิดมะเร็งเรื้องปากมดลูกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก ($t=9.15$, $p<0.01$) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก ($t=2.33$, $p<0.01$) ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก ($t=4.06$, $p<0.01$) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก ($t=2.55$, $p<0.01$) ด้านการมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก ($t=6.74$, $p<0.01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรครายด้าน หลังการสอนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การรับรู้เกี่ยวกับโรครายด้าน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	14.80	1.66	12.85	1.52	9.15	<0.0001 *
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	14.75	1.63	10.85	1.49	2.33	<0.0001 *
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	13.67	1.42	11.07	1.40	4.06	<0.0001 *
4. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	13.32	1.67	11.82	1.27	2.55	<0.0001 *
5. การมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	14.57	2.06	10.75	1.51	6.74	<0.0001 *

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านการมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 กับก่อนการทดลองดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรครายด้านภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
การรับรู้เกี่ยวกับโรครายด้าน						
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	11.82	1.64	12.85	1.52	-0.12	0.45
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	10.95	1.63	10.85	1.49	-0.14	0.31
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	11.97	1.27	11.07	1.40	0.13	0.31
4. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	10.72	1.53	11.82	1.27	-0.26	0.32
5. การมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	10.62	1.31	10.75	1.51	0.20	0.28

4. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ จำนวน 30 คน มีผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนในกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน พบว่ามีผู้เข้ามารับบริการเพียง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 ไม่มารับบริการ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.67 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละผู้มารับบริการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มารับบริการ	30	100.00	7	23.33
ไม่มารับบริการ	0	0.00	23	76.67

อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรีไทย ผู้ศึกษาสามารถอภิปรายผล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 46.67) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 83.34) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 53.34) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 60.00) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 4,500 บาท (ร้อยละ 56.67) มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ ระหว่าง 21-25 ปี (ร้อยละ 53.34) มีประวัติการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 100) จำนวนการตั้งครรภ์ 3-4 ครั้ง (ร้อยละ 73.33) การวางแผนครอบครัวใช้วิธีคุมกำเนิดชนิด ทำหมันหญิง (ร้อยละ 63.33) อาการผิดปกติเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่มีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 76.67) ไม่มีญาติพี่น้องป่วยเป็นมะเร็ง (ญาติตัวเองไม่รวมสามี) (ร้อยละ 96.67) เคยรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก (ร้อยละ 66.67) สถานที่ตรวจครั้งสุดท้าย รพสต./สถานอนามัย (ร้อยละ 90.00) ผลการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกปกติ (ร้อยละ 100) เหตุผลที่ไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก เพราะตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 55.00) สาเหตุที่ไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกมากที่สุดคือ ไม่มีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 70) ไม่มีเวลาไปตรวจ (ร้อยละ 70) และไม่สะดวกในการเดินทางไปตรวจ (ร้อยละ 70)

ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 50) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.67) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 66.67) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 66.67) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 4,500 บาท (ร้อยละ 36.67) มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ ระหว่าง 21-25 ปี (ร้อยละ 60) มีประวัติการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 96.67) จำนวนการตั้งครรภ์ 3-4 ครั้ง (ร้อยละ 62.07) การวางแผนครอบครัวใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดทำหมันหญิง (ร้อยละ 50) อาการผิดปกติเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่มีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 83.33) ไม่มีญาติพี่น้องป่วยเป็นมะเร็ง (ญาติตัวเองไม่รวมสามี) (ร้อยละ 100) เคยรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก (ร้อยละ 63.33) สถานที่ตรวจครั้งสุดท้าย รพสต./สถานอนามัย (ร้อยละ 73.68) ผลการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกปกติ (ร้อยละ 100) เหตุผลที่ไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกเพราะเจ้าหน้าที่แนะนำ (ร้อยละ 52.63) สาเหตุที่ไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก ไม่มีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 100)

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการเกิดมะเร็งเรื้องปากมดลูก เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า

2.1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก พบว่า สตรีกลุ่มทดลองก่อนดำเนินการทดลองมีการรับรู้เท่ากันคืออยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง (ร้อยละ 50) หลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองทั้งหมดมีการรับรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100) ส่วนสตรีกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.33) หลังการทดลองมีระดับการรับรู้เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 56.67)

2.2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก พบว่า สตรีกลุ่มทดลองก่อนดำเนินการทดลองมีการรับรู้เท่ากันคืออยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง (ร้อยละ 50) หลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองทั้งหมดมีการรับรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100) ส่วนสตรีกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีระดับ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.33) หลังการทดลองมีระดับการรับรู้เท่าเดิมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.33)

2.3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีกลุ่มทดลองก่อนดำเนินการทดลองมีการรับรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 56.67) หลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองทั้งหมดมีการรับรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100) ส่วนสตรีกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53.33) หลังการทดลองมีระดับการรับรู้เท่ากันคืออยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.00)

2.4. ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีกลุ่มทดลองก่อนดำเนินการทดลองมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.33) หลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองทั้งหมดมีการรับรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100) ส่วนสตรีกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.33) หลังการทดลองมีระดับการรับรู้เท่ากันคืออยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.00)

2.5. ด้านการมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีกลุ่มทดลองก่อนดำเนินการทดลองมีแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.67) หลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองทั้งหมดมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100) ส่วนสตรีกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีระดับการมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.33) หลังการทดลองมีระดับการรับรู้เพิ่มขึ้น คืออยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 46.67)

3. ผลการศึกษาตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 หลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอนสูงกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม

จากการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ อาจเพราะการให้ความรู้แก่สตรีกลุ่มทดลองในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการให้ความรู้แบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 8-9 ราย/วัน โดยทำการสอนในหมู่บ้าน มีการสื่อสารสองทาง ทำให้สตรีสามารถซักถามข้อสงสัยได้ อีกทั้งผู้ศึกษาได้ประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker et al., 1977) มาเป็นแนวทางในการสอนซึ่งเป็นการให้สตรีรับรู้ถึงความรุนแรง โอกาสเสี่ยง รับรู้ประโยชน์และวิเคราะห์อุปสรรคได้ ประกอบกับการสร้างแรงจูงใจ เพื่อลดความกลัวและความอาย นอกจากนี้โปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยได้ให้ความรู้อย่างเป็นระบบ มีการใช้แผนการสอนบรรยายประกอบภาพ ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนเพื่อช่วยดึงดูดและกระตุ้นความสนใจ (ธัญยาภรณ์ โพธิ์ถาวร, 2549) การสอนดังกล่าวช่วยให้กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ที่ตรงกับความต้องการ และการให้ความรู้อย่างเป็นระบบทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้ได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (เกวลี ปิงเมือง และคณะ, 2553 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบบเชิงรุกโดยวิธีจิตอาสาและทฤษฎีแรงจูงใจ ในกลุ่มสตรีอายุตั้งแต่ 30-60 ปี ไปในเขตตำบลฝักตบ จ.อุดรธานี พบว่า รูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นโดยยึด 4 กระบวนการ คือ ปรับปรุงระบบบริการ, สร้างแรงจูงใจ, เพิ่มแรงกระตุ้นและเพิ่มช่องทางการรับบริการให้ง่ายต่อการเข้าถึง เมื่อนำผลการดำเนินงานมาเปรียบเทียบกับผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างรูปแบบเดิมในปีงบประมาณ 2551 กับรูปแบบใหม่ ในปีงบประมาณ 2553 พบว่า กลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้นจากเดิมในปีงบประมาณ 2551 ร้อยละ 15.16 เป็นร้อยละ 44.07 ในปีงบประมาณ 2553 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากการวิเคราะห์พบว่า การปรับเปลี่ยนเวลาการให้บริการ การสร้างแรงจูงใจ การเพิ่มแรงกระตุ้นและการมีจิตอาสาาร่วมดำเนินงานทำให้รูปแบบใหม่ที่ได้นี้มีความ

เหมาะสมกับพื้นที่และทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ (เนือทิพย์ ศรีอุตร, 2550) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสถานีนามัยบ้านสร้างดี อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม ในสตรีที่แต่งงานแล้วอายุ 35-60 ปี จำนวน 46 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอนไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับก่อนการทดลอง สามารถอธิบายได้ดังนี้ การสอนตามปกติในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ได้ปฏิบัติกันอยู่นั้นเป็นไปในลักษณะของการให้ความรู้แบบบรรยายตามภาพพลิก สอนปีละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ช่วงเดือนกรกฎาคมของทุกปี ซึ่งการให้ความรู้เป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการสอนสุขภาพ หรือการให้สุขศึกษาหรือการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนหนึ่งในเนื้อหาของการสอนจึงเน้นที่การให้ความรู้เรื่องสุขภาพด้านต่างๆ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และความสำคัญในการตรวจหามะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ โดยเกี่ยวข้องกับความรู้ ความเข้าใจ และเมื่อบุคคลได้รับการสอนที่เป็นระบบ มีอุปกรณ์สื่อการสอนให้เกิดความรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจมีความรู้สึกนึกคิดที่จะตัดสินใจ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในแนวทางที่เหมาะสมได้ รูปแบบที่ดำเนินการอาจยังไม่น่าสนใจมากพอ ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอนไม่แตกต่างกันก่อนการทดลอง

อย่างไรก็ตาม แม้การสอนทั้งสองวิธีจะแตกต่างกัน แต่ต่างก็เป็นการสอนที่มุ่งให้สตรีกลุ่มตัวอย่าง เกิดการรับรู้ มีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนและส่งเสริมให้สตรีมีการรับรู้และเห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีการนำไปสู่การปฏิบัติ เมื่อพิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอนสูงกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

สมมติฐานที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ

จากการติดตามหลังการสอน 3 เดือน เดือนกรกฎาคม 2557 พบว่า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ จำนวน 30 คน มีผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนในกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน พบว่ามีผู้เข้ามารับบริการเพียง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 ไม่มารับบริการ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.67 ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่า สตรีกลุ่มทดลองตรวจมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด 30 คน มีผลการตรวจปกติจำนวน 30 คน (ร้อยละ 100.00) ส่วนสตรีกลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด 7 คน มีผลการตรวจปกติ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 100) อธิบายได้ว่าการสอน โดยใช้โปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ ซึ่งการสอนประกอบด้วย การบรรยายเป็นรายกลุ่ม โดยใช้ภาพพลิก การเล่าประสบการณ์ตรงจากสตรีแกนนำในเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยเล่าถึงวิธี การตรวจและเปิดโอกาสให้ ชักถาม ในขณะที่เข้ากลุ่มจะทำให้ เกิดกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์และทักษะ รวมทั้งวิธีการสาธิตการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้ หุ่นจำลองที่เหมือนจริงทำให้ ผู้รับบริการได้รู้จักเครื่องมือที่ใช้ ในการตรวจ และรู้ขั้นตอนในการตรวจ ทำให้ลดความกลัวและความอายลงได้ ส่งผลให้ผู้รับบริการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ (ธิดารัตน์ พลแสน, 2550 : 60 - 62) พบว่า

หลังการได้รับแรงสนับสนุนจากสามีให้ การกระตุ้นเตือนสตรีกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิ ผลการตอบสนองต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ทำให้มีการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูงซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษา (ของประยูร สนเทท, 2551: บทคัดย่อ) พบว่า หลังการได้รับกิจกรรมอบรมให้ความรู้ การนำเสนอตัวแบบผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก การกระตุ้นเตือนจากผู้นำชุมชนและสามี กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกสูง กว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นเป็น 5.4 เท่าของกลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ (ปราณี แสงทอง, 2553: 56-57) ศึกษากระบวนการจัดการแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้สนับสนุนทางสังคมและการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-60 ปี อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างสตรี อายุระหว่าง 35-60 ปี จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 60 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 60 คน โดยได้รับกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการที่จัดขึ้น จากการบรรยายประกอบสไลด์นำเสนอด้วย Power Point ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้โรคมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้การนำเสนอโมเดลต้นแบบ จากผู้มีประสบการณ์ตรงที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก หรือมีญาติใกล้ชิดเป็นมะเร็งปากมดลูก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การนำเอกสารเผยแพร่ แผ่นพับ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น ด้านการรับรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการตรวจคัดกรอง การรับรู้ปัญหา อุปสรรค ของการมารับการตรวจคัดกรอง และการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$)

10. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการวางแผนให้ความรู้ ให้คำแนะนำและให้สุขศึกษาเรื่องมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางในการรณรงค์ชักชวนให้สตรีมารับการตรวจหา มะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น
2. ได้รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นการสอนแบบสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการมารับบริการ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มที่ไม่เคยมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเลย

11. ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ต้องทำการทดลองเป็นกลุ่มดังนั้นในการทดลองแต่ละครั้ง นัดหมายให้มาพร้อมกัน แต่ปัญหาคือมาไม่ครบตามนัดหมาย ต้องเสียเวลาตามและต้องหารายใหม่ซึ่งทำให้เกิดความยุ่งยากเพิ่มขึ้น

12. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

12.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย : กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมหามาตรการ จูงใจเพื่อให้สตรีมาตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการให้ คำปรึกษาและการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งควรมีการพัฒนากระบวนการควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

12.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ : ในการให้ความรู้ ครอบสอนแบบสร้างแรงจูงใจ โดยการแจกแผ่นพับเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การสาธิตการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นจำลองครึ่งตัว การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านประสบการณ์ตรงจากแกนนำสตรี อาสาสมัครที่มีประสบการณ์ ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การจัดเจ้าหน้าที่มาให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สถานีอนามัย จะส่งผลให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น สนับสนุนให้มีการจัดแผนการสอน ร่วมกับการใช้สื่อการสอนต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการ ขณะทำการสอน/ให้คำแนะนำ ควรให้เวลากับ ผู้รับบริการในการซักถามปัญหา หรือข้อสงสัยต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถคาดการณ์ ถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้เพื่อลดความวิตกกังวล

12.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยติดตามประสิทธิผลของการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระยะยาว และศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาบทบาทของแกนนำสตรีและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองของสตรีในกลุ่มที่ไม่เคยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งพัฒนาชุดความรู้สำหรับสตรีกลุ่มอื่นๆ ในการป้องกันการเป็นมะเร็งปากมดลูกต่อไป

13. กิตติกรรมประกาศ

ผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจโดยใช้ทฤษฎีของเบคเกอร์ต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทย กรณีศึกษาตำบลธาตุ และตำบลแสนสุข จังหวัดอุบลราชธานีครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างดียิ่งจาก นายแพทย์ชัยพร พรหมสิงห์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย และขอขอบคุณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแสนสุข ที่ได้ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง

14. เอกสารอ้างอิง

- จิระพรรณ ศรีหามี. (2552).แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนจากสามี ที่มีต่อการตรวจ และควบคุมมะเร็งเต้านมของสตรีวัย 35-55 ปี ตำบลจันทาร อำเภोजังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เนือทิพย์ ศรีอุดร. (2550). การประยุกต์ & ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเขตสถานี อนามัยสร้างตัว อำเภอ นาแก จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ประยูร สนเทห์. (2551). รูปแบบการจัดการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็ง ปากมดลูกของสตรีที่ใช้ภาษาส่วย ในอำเภอสรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศรีนวล แก้วนเชิงคำ. (2551). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจที่มีต่อการมารับบริการตรวจเซลล์ & มะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลสว่างอารมณ์& จังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- ศิริกาญจน์ ชิวเรื่องโรจน์. (2550). ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการจัดการคุณภาพต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-60 ปี อำเภอธาตุพนม จังหวัด

นครพนม.วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2551). อัตราตายด้วยมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวง
สาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. (2553). สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี 2553. มหาสารคาม: กลุ่มงานพัฒนา
ยุทธศาสตร์ สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.

สุปรียา ตันสกุล และคณะ. (2548). ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์&ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์&
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยุทธินทร์การพิมพ์

สังวร ฉิมมาลา. (2552). การประยุกต์&แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบลห้วย
ขมิ้น อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี .วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชา
การจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

อริญญา สุนทรชัย. (2554). การประยุกต์&ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคม
เพื่อส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตรับผิดชอบ ตำบลบุฤๅษี
อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์& . วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
จัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้เสนอผลงาน

(นางสาวพันพยอม บรรดาตั้ง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่.....เดือน.....ธันวาคม...พ.ศ..2559....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางกาญจนา แสงส่อง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่.....เดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ. 2559.....

(ลงชื่อ).....

(นายสรารุฒิ บุญสุข)

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วันที่.....เดือน.....ธันวาคม.....พ.ศ. 2559....

(ข) ข้อเสนอแนะแนวคิด / วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1. ชื่อผลงานเรื่อง โครงการบูรณาการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีผสมผสานของการตรวจ VIA และ Pap smear ในเขตพื้นที่ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ปีงบประมาณ 2558
3. สรุปเค้าโครงเรื่อง

3.1 หลักการและเหตุผล

การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ได้เริ่มเข้าร่วมรับการอบรมการตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA และรักษาความผิดปกติ โดยการจี้เยินเมื่อปี พ.ศ. 2549 หลังได้รับการอบรมทางศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรี กลุ่มอายุ 30-45 ปี โดยดำเนินร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการค้นหากลุ่มสตรีเป้าหมายในเขตพื้นที่การดำเนินงานต่อเนื่องจนครบ 5 ปี เมื่อปี พ.ศ.2554 ผลการดำเนินงานได้เพียงร้อยละ 61 พบปัญหาอุปสรรคพอสรุปได้ว่ามีผู้รับบริการมาตรวจไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากไม่เล็งเห็นถึงการสนใจดูแลและป้องกันสุขภาพของตนเอง ไม่พร้อมและความไม่สะดวกในการมาตรวจเนื่องจากการตรวจทำได้เฉพาะที่ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี เท่านั้น เพราะสถานที่ที่สถานีอนามัยไม่พร้อมในการให้บริการตรวจ สตรีบางคนกลัว อายุ ไม่เห็นถึงผลดี / ผลเสียของการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีอยู่จริงยังไม่ชัดเจน และผู้รับบริการมาตรวจไม่ตรงกับตัวชี้วัดของส่วนกลาง ทำให้ไม่สามารถสรุปความครอบคลุมเป้าหมายของแต่ละหมู่บ้านได้แน่นอน การเก็บข้อมูลค่อนข้างยาก และข้อมูลซ้ำของการมาตรวจ ต่อมาการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับกระทรวงได้ปรับตัวชี้วัดเป็นกลุ่มเป้าหมายสตรี อายุ 30-60ปี ดังนั้น ทางศูนย์อนามัยได้ปรับกลยุทธ์ ในการดำเนินงานใหม่โดยจัดทำโครงการ หมู่บ้านดีเด่น อสม.ร่วมใจ สตรีปลอดภัยจากมะเร็งปากมดลูก

3.2 แนวความคิด

การดำเนินงานโครงการ หมู่บ้านดี เด่น อสม.ร่วมใจ สตรี ปลอดภัยจากมะเร็งปากมดลูกเป็นการบูรณาการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีผสมผสานของการตรวจ VIA และ Pap Smear ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี จำนวน 5 สถานีอนามัย โดยการสำรวจข้อมูลพื้นฐานงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย กลุ่มเป้าหมายสตรี กลุ่มอายุ 30-60 ปี แยกตามรายกลุ่มหมู่บ้าน เตรียมบุคลากรเพื่อวางแผนร่วมกันในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรี กลุ่มอายุ 30-45 ปี ตรวจด้วยวิธี VIA และสตรี กลุ่มอายุ 46-60 ปี ตรวจด้วยวิธี Pap smear และขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยแกนนำ อสม. (อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน) ซึ่งดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องมะเร็งปากมดลูก และมีความตระหนักในการค้นหาสตรีกลุ่มอายุ 30 - 60 ปี มารับบริการตรวจคัดกรองปากมดลูก แบบบูรณาการการผสมผสานทั้ง 2 วิธี ประสานเจ้าหน้าที่ สถานีอนามัยในการเตรียมสถานที่ ในการให้บริการทุกสถานีอนามัย รวมทั้งการให้บริการที่ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี สตรีกลุ่มเป้าหมายสามารถเลือกสถานที่มารับบริการได้ทุกแห่งตามความต้องการ และเตรียมการจัดการระบบข้อมูลการจัดเก็บและการเชื่อมโยงของฐานข้อมูลการสำรวจสตรี กลุ่มอายุ 30-60 ปี แยกตามรายหมู่บ้านโดยแบ่งสตรี กลุ่มอายุ 30-45 ปี ได้รับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA และสตรีกลุ่มอายุ 46-60 ปี ตรวจด้วยวิธี pap smear ผู้ที่สามารถให้บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งผ่านการอบรมตามมาตรฐานที่สภาการพยาบาลรับรอง ซึ่งทางศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี มีบุคลากรที่ผ่านการอบรมตามมาตรฐานสามารถให้บริการที่สถานีอนามัยได้ทั้ง 5 แห่ง และใช้โปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเป็นโปรแกรมการสอนที่พยาบาลวิชาชีพซึ่งผ่านการอบรม VIA นำมาใช้ในการ

ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อลดอุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย

1. กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการสอนเป็นกลุ่มย่อยในหมู่บ้าน
2. กิจกรรมเพื่อลดความรู้สึกลัว/อายต่อการมารับบริการตรวจ โดยการสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นจำลองที่เหมือนจริงเพื่อช่วยเพิ่มการรับรู้ และลดความกลัวในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านประสบการณ์ ตรงของแกนนำสตรี ที่มีประสบการณ์ ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการเล่าถึงวิธีการตรวจและเปิดโอกาสให้ซักถาม

3. สื่อการสอน ประกอบด้วย

- 3.1 เอกสาร/คู่มือเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและขั้นตอนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากกรอบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี วีไอเอ
- 3.2 ภาพพลิกเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากกรอบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี วีไอเอ และได้ใช้ ภาพพลิกนี้ในการให้ความรู้ก่อนการให้บริการ
- 3.3 หุ่นจำลองเหมือนจริงและอุปกรณ์ ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ใช้ในการสาธิตการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นสื่อที่มีอยู่แล้วและสามารถใช้ในการสาธิตได้
- 3.4 แผนการสอนเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นแผนการสอนจากการอบรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี วีไอเอ โดยจัดทำแผนการให้บริการที่ สถานีอนามัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของอนามัยและผลักดันการพัฒนาศักยภาพแกนนำอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน(อสม.) เพื่อช่วยในการเตรียมสตรีกลุ่มเป้าหมายเพื่อมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและวางระบบการจัดเก็บข้อมูล

3.3 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. หมู่บ้านดีเด่นที่มีผลการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำเร็จตามตัวชี้วัด
2. การจัดระบบข้อมูลที่ได้มาตรฐาน

3.4) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. สตรีกลุ่มอายุ 30-45 ปี ได้รับการตรวจ VIA ร้อยละ 80 ภายในระยะเวลา 5 ปี
2. สตรีกลุ่มอายุ 46-60 ปี ได้รับการตรวจด้วยวิธี Pap smear ร้อยละ 80 ภายในระยะเวลา 5 ปี

3.5) แนวคิดพัฒนางานในอนาคต

พัฒนาระบบฐานข้อมูลและคู่มือการพัฒนาศักยภาพแกนนำอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเพื่อช่วยในการเตรียมสตรีกลุ่มเป้าหมาย ก่อนมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้เสนอผลงาน

(นางสาวพันพยอม บรรดาตั้ง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่.....เดือน...ธันวาคม.....พ.ศ. 2559