

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยทำงาน

Health Promoting Model of Cervix Cancer Prevention Among Working Women

บทความวิจัย

สุคนธ์ ไช้แก้ว* ชูชื่น ชีวพูนผล** คณิตรา พทุธสาโรช***

Sukhon Khaikew, R.N., M.S., D.N.Sc.*

Chuchen Cheewapoonphon, R.N., M.E.d., Ph.D.**

Kanitra Pruttasarote, R.N., M.S.***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยทำงานในชุมชนแห่งหนึ่งเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร โดยใช้กรอบแนวคิดของเพนเดอร์เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะ 1 ใช้การวิจัยเชิงปริมาณศึกษาหาผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยการทำสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์แบบเจาะลึก และใช้กระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ประเมินความรู้และทัศนคติต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังการวิจัยเชิงปฏิบัติการผลการวิจัยพบว่าสตรีวัยทำงานที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด 220 ราย ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน อาชีพรับจ้างรายวันรายได้ต่ำ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลางและสูงมากกว่าร้อยละ 80 ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกและไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ขาดปัจจัยสำคัญหลายประการเข้าไม่ถึงแหล่งให้บริการ ภายหลังกระบวนการกลุ่ม พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้และทัศนคติดีขึ้น มากกว่าร้อยละ 80 กระตือรือร้นไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเพราะตระหนัก มองเห็นความสำคัญ และประโยชน์การป้องกันโรค กลุ่มมีการกำหนดนัดเพื่อตรวจซ้ำในครั้งต่อไปซึ่งแสดงถึงความยั่งยืนของโครงการ สรุปรูปแบบการส่งเสริมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกสำหรับสตรีวัยทำงานกลุ่มนี้ ได้แก่ การให้ความรู้ความตระหนักในความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการป้องกันโดยกระบวนการกลุ่มและกระบวนการ AIC ที่ทุกคนร่วมเรียนรู้มีส่วนร่วมในการมองปัญหาอุปสรรค การแก้ไขปัญหาและการประเมินผล การสร้างเครือข่ายความต้องการอำนวยความสะดวกในการตรวจมะเร็งปากมดลูกแบบกลุ่ม และติดตามแจ้งผลให้ทราบ มีระบบการประสานงานโดยภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทุกระดับที่มีการสานสัมพันธ์เป็นอันดี (mutual collaboration)

ข้อเสนอแนะ ควรใช้รูปแบบนี้อย่างต่อเนื่องเพื่อการคงพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีวัยทำงานของชุมชนลักษณะนี้ไว้ได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ, การป้องกันมะเร็งปากมดลูก, สตรีวัยทำงาน

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding Author: *รองศาสตราจารย์ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ม.มหิดล

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ ม.มหิดล

***อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล

Abstract

This participatory action research was aimed to study health behavior promoting model for cervix cancer prevention among working women by applying Pender's conceptual framework (1996). The 2 phases research were used. In the first phase, risk health behaviors was studied by questionnaires. For the second phase, the Participatory Action Research (PAR) was used as focus group in depth interviews and AIC (Appreciation Influence Control) including home visit. Cervix cancer assessment knowledge and attitude detection before and after PAR by questionnaires. This research process was based on mutual approach among the researchers, community volunteer leaders and working women.

The results revealed that the 220 women with moderate and high risk behavior were selected by purposive sampling. The almost of them were in middle age with low socio-economy, never has pap's smear nor yearly health assessment caused by lack of knowledge, can not access pap's smear service, and poor attitude. At the end of study, more than 80% had increased knowledge and improved attitude on cervix cancer examination. Furthermore, there was commitment to set an appointment for the next pap's smear together.

In conclusion, the successful strategies for promoting health behavior among these working women were establishing mutual collaborative participation, forming peer group learning, home visiting education, repeated health education, providing encouragement, and supporting health care facilitating system to access for them. Therefore, health care team need to strengthen their roles in health education, coordination and appropriate referring to health care institute for further management.

Keywords: health promoting model, pap's smear, working women

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับสตรีทั่วโลกจากการคาดประมาณพบว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 500,000 รายต่อปีและจะเสียชีวิตมากกว่าปีละ 270,000 คน หรือเฉลี่ยวันละ 650 คน (ณัฐยา บุญภักดี 2553) ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยพบได้ในประเทศกำลังพัฒนา ประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่พบได้มากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในสตรีกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีการคาดประมาณว่าทั่วประเทศจะมีผู้ป่วยทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่ต้องติดตามดูแลไม่น้อยกว่า 60,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข 2554) มะเร็งปากมดลูกสาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิโลมา (human papilloma virus) ร้อยละ 99.7 เชื้อจะฝังตัวอยู่อย่างเงียบ ๆ ในร่างกายโดยไม่แสดงอาการใด ๆ และจะพัฒนาเป็นมะเร็งปากมดลูกภายในระยะเวลา 10 - 15 ปี (จตุพล ศรีสมบูรณ์ 2551) ปัจจัยเสริมทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายยิ่งขึ้น ได้แก่การมีคู่นอนหลายคน

มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย (น้อยกว่า 17 ปี) เคยตั้งครรภ์และคลอดบุตรมากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป มีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รับประทานยาคุมกำเนิดติดต่อกันเป็นเวลานาน สูบบุหรี่และมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นต้น (ปริยานาถ กำจรฤทธิ์ 2553) โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นแล้วรักษาหายยาก อาจจะต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาล ทั้งต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ แต่อย่างไรก็ตามมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีเพียงโรคเดียวที่จะสามารถป้องกันได้ วิธีการป้องกันที่ดีที่สุดนิยมทำกันมากและประหยัดที่สุดคือการตรวจคัดกรองมะเร็งที่เรียกแปปสเมียร์ (ชาญชัย วันทนาศิริ 2553)

สตรีอายุ 30 - 60 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน นับเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง เนื่องจากไม่มีเวลาดูแลตนเอง ต้องรับผิดชอบทั้งเรื่องครอบครัวและหน้าที่การงาน พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม มีความเครียด ความเชื่อไม่ถูกต้อง และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตรวจแปปสเมียร์ ไม่ตระหนักและไม่เห็นประโยชน์ของการตรวจ แม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีโครงการการตรวจคัดกรองมะเร็ง

ปากมดลูก (แปปสเมียร์) ทั่วประเทศ 76 จังหวัด มีการประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้ไปตรวจทุกรูปแบบ แต่ก็ยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนยังขาดความรู้และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตรวจ และไม่ได้รับความร่วมมือจากหลาย ๆ ฝ่าย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษารูปแบบการส่งเสริมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยทำงานในชุมชนเพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมและยั่งยืนต่อไป.

วัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาสถานการณ์ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยทำงาน
2. ศึกษาแบบการส่งเสริมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยทำงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและยั่งยืน.

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เป็นการศึกษาสถานการณ์ พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสตรีวัยทำงานโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองซึ่งผ่านการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านและทดลองใช้ (try out)

ระยะที่ 2 การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research=PAR) เป็นการศึกษาแบบการส่งเสริมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกสตรีวัยทำงานโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) สนทนากลุ่ม (Focus group) การเยี่ยมบ้าน (Home visit) และกระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นสตรีในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานครจำนวน 420 คน เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นสตรีวัยทำงานอายุ

30 - 60 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพเป็นกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูกจำนวน 220 คน ซึ่งประเมินโดยแบบสอบถามวัดพฤติกรรมเสี่ยงการเป็นมะเร็งปากมดลูก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมเสี่ยงเกิดมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษา ทบทวนตำรา วรรณกรรม และรายงานการวิจัยต่าง ๆ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

2. แบบประเมินความรู้ และทัศนคติ ก่อนและหลังการตรวจมะเร็งปากมดลูกหาความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง 0.87 และ 0.73 ตามลำดับ

3. ประเด็นคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มย่อย และแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interviews) การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารหนังสือเลขที่ MU-IRB 2008/368.1811 และ MU-IRB COA. NO2008/228. 0912 และ COA. NOMU IRB2009/232.1410. 2553.

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. สํารวจพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงมะเร็งปากมดลูกสตรีในชุมชนที่มีอายุ 30 - 60 ปีจำนวน 420 คน เลือกกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงได้ 220 คน โดยใช้แบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมผู้วิจัยแบ่งกลุ่มเป้าหมาย เป็น 3 กลุ่มตามคะแนนพฤติกรรมความเสี่ยง คือกลุ่มเสี่ยงสูง เสี่ยงปานกลาง และกลุ่มเสี่ยงต่ำแบ่งกลุ่มเป้าหมาย แต่ละกลุ่มเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 - 12 คน ทำสนทนากลุ่ม 1 - 2 วงรอบซึ่งบางกลุ่มต้องทำถึง 3 วงรอบจึงจะบรรลุตามวัตถุประสงค์ ใช้เวลาทำกลุ่มทั้งหมด 8 เดือน สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ไม่สามารถมาเข้าร่วมทำกลุ่มได้ใช้การเยี่ยมบ้านและกระบวนการ AIC

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 จากการสำรวจสตรีในชุมชนที่มีอายุ 30 - 60 ปีพบว่าประชากร 420 คนมีพฤติกรรมเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูก 220 คนคิดเป็นร้อยละ 52.38 กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีอายุ 40 - 60 ปี (46.35%) อาชีพรับจ้างรายวันและค้าขาย (41.84% และ 34.20%) รายได้ต่ำกว่า 6,000 บาท/เดือนและรายได้ไม่แน่นอน (63%) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

และต่ำกว่า (62.1%) สถานะภาพสมรสคู่ (67.95%) มีสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งปากมดลูก 3 คน (1.35%) ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีและไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกมาก่อนจำนวนเท่ากัน 189 คน (85.08%) กลุ่มเป้าหมาย แบ่งตามระดับความเสี่ยงตามแบบประเมินความเสี่ยงเป็น 3 กลุ่มคือกลุ่มเสี่ยงสูง 28 คน (12.60%) เสี่ยงปานกลาง 146 คน (66.37%) และเสี่ยงต่ำ 46 คน (20.91%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมายจำแนกตามระดับความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
เสี่ยงสูง	28	12.73
เสี่ยงปานกลาง	146	66.37
เสี่ยงต่ำ	46	20.91
รวม	220	100

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจำนวน 220 คนเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงร้อยละ 12.73 กลุ่มเสี่ยงปานกลางร้อยละ 66.37 และกลุ่มเสี่ยงต่ำร้อยละ 20.91

ระยะที่ 2 ก่อนการทำสนทนากลุ่มพบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ไม่สนใจการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแต่ภายหลังทำกลุ่ม 1 - 2 วนรอบพบว่ากลุ่มเป้าหมายมีการตื่นตัวและกระตือรือร้นไปตรวจมากขึ้นอีกทั้งยังเห็นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องธรรมดาไม่ใช่เรื่องน่าอายและยุ่งยากอย่างที่คิด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

แหล่งที่ตรวจคัดกรอง	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลศิริราช (ตึกผู้ป่วยนอก)	61	33.5
หน่วยปฐมภูมิโรงพยาบาลศิริราช	38	21.30
ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนวัดเจ้าอาม (ศูนย์บริการตรวจสุขภาพ 30)	62	34.10
โรงพยาบาลวชิระ	2	1.11
คลินิกเอกชนใกล้บ้าน (สูติ-นรีแพทย์คลินิก)	18	9.90
รวม	181	100

จากตารางที่ 2 กลุ่มเสี่ยงทั้งหมด 181 คนจาก 220 คนคิดเป็นร้อยละ 82.29 ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลใกล้บ้านมากที่สุดร้อยละ 54.8 รองลงมาคือตรวจที่ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนวัดเจ้าอาม (ศูนย์บริการตรวจสุขภาพ 30) ร้อยละ 34.10 และน้อยที่สุดที่ไปตรวจโรงพยาบาลวชิระซึ่งอยู่ใกล้บ้านภายหลังทำสนทนากลุ่ม 1 - 2 วนรอบกลุ่มเป้าหมายมีความรู้และทัศนคติเพิ่มขึ้นดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละที่เพิ่มขึ้นของความรู้ และทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ก่อนเข้ากลุ่ม (%)	หลังเข้ากลุ่ม (%)	เพิ่มขึ้น (%)
ความรู้	34.6	71.2	36.6
ทัศนคติ	29.3	68.9	39.6

n = 220 คน

จากตารางที่ 3 ก่อนทำสนทนากลุ่มพบว่ากลุ่มเป้าหมายมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 34.6 หลังทำสนทนากลุ่ม 1 - 3 วนรอบมีความรู้เพิ่มเป็น 71.2 เพิ่มขึ้นร้อยละ 36.6 และก่อนทำกลุ่มมีคะแนนทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 29.3 หลังทำสนทนากลุ่มกลุ่มเป้าหมายมีคะแนนทัศนคติดีขึ้นเป็น 68.9 เพิ่มขึ้นร้อยละ 39.6

ปัญหาและอุปสรรคของการไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เรียงตามลำดับความสำคัญดังนี้ ขาดความรู้เรื่องโรค มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตรวจ รู้สึกอาย กลัวการตรวจ ไม่สะดวก ไม่มีเวลา ไม่มีเงิน ไม่รู้แหล่งให้บริการ เป็นต้น.

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยระยะที่ 1 พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง (79.10%) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย (16 ปี) ขณะมีเพศสัมพันธ์ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ชอบรับประทานอาหารประเภทปิ้งย่าง รสชาติหวาน มัน เค็ม ไม่ออกกำลังกาย, พักผ่อนน้อย ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษาปีที่ 6 และต่ำกว่า (62.1%) การมีเวลาว่างมากหลังจากจบโรงเรียนทำให้ต้องแต่งงานเร็ว จึงมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ การมีรายได้ต่ำทำให้สนใจแต่เรื่องการประกอบอาชีพซึ่งมีความจำเป็นต่อชีวิตมากกว่าการดูแลสุขภาพ “ฉันก็กินของฉันทนแบบนี้เองเป็นสิบ ๆ ปี ไม่เห็นเป็นอะไร ให้ไปกินอย่างอื่นที่หอมฉ่ำน่า ของมันไม่ชอบ กินข้าวได้น้อยไม่มีแรงทำงาน ตอนนี้ก็แข็งแรงดี ไม่จำเป็นต้องไปตรวจ”

จากการวิจัยระยะที่ 2 พบว่า

1. กลุ่มเป้าหมายขาดความรู้ มีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก “ไม่รู้มะเร็งปากมดลูกเกิดจากอะไร ไม่รู้ว่าป้องกันได้ คิดว่าเป็นโรคที่พวกผู้ชายพาให้ มะเร็งปากมดลูก ไม่เคยไปตรวจ ไม่เคยยุ่งกับแฟนมานานหลายปีแล้ว แฟนเป็นอัมพาต ในบ้านก็ไม่มีใครเป็นโรคนี้ มะเร็งเกิดจากการร่วมเพศที่ใช้ความรุนแรง หลังร่วมเพศไม่ทำความสะอาด ควรตรวจเฉพาะคนหลังคลอดลูกเท่านั้น คนที่ไม่ได้แต่งงานไม่จำเป็นต้องไปตรวจ”

2. มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง” มะเร็งเป็นแล้วต้องตาย ลูกเดียว รักษาไม่ได้ แข็งแรงดีอยู่ ไม่จำเป็นต้องไปตรวจ”

3. กลัวเจ็บจากการตรวจและกลัวทำใจไม่ได้ถ้าผลการตรวจผิดปกติ “พี่สาวเคยไปตรวจบอกว่าเจ็บมาก และเพื่อนเคยไปตรวจหลังคลอดลูกก็บอกว่าเจ็บ กลัวพบความผิดปกติแล้วจะทำใจไม่ได้”

4. ไม่สะดวกไปตรวจ “ในชุมชนรถเมล์เข้าไม่ถึง มีแต่มอเตอร์ไซด์รับจ้าง ค่าจ้างแพงไม่ไปเพราะเสียต๋ายเงิน”

5. ไม่มีเวลาไปตรวจ “ให้ไปตรวจมะเร็งปากมดลูกก็อยากจะไป แต่ไม่มีเวลา ต้องไปขายของทุกวัน ยืมเงินเขามาทำทุนวันต่อวัน ตอนเย็นจะมีมอเตอร์ไซด์มาตามเก็บเงิน ถ้าไม่มีคืนให้ เสียต้องเจ็บตัว หยุดยายไม่ได้ ไม่มีกินและหลานก็จะไม่มีเงินไปโรงเรียน” ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีเศรษฐกิจต่ำ ต้องหาเช้ากินค่ำ ไม่มีเงินทุนสำรองของตนเอง มีหนี้สิน จึงสนใจแต่เรื่องทำมาหากินมากกว่าเรื่องการดูแลสุขภาพ

6. ไม่มีเงินใช้จ่ายค่าตรวจ “ไม่รู้ว่าจะต้องเสียเงินเท่าไร เก็บเงินไว้ให้หลานไปโรงเรียนดีกว่า”

7. เข้าไม่ถึงแหล่งให้บริการ “ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์บ่อย ๆ ก็นึกกลัว แต่ไม่รู้จะไปตรวจที่ไหน เสียเงินเท่าไร และต้องเตรียมตัวอย่างไร” ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่กลุ่มเป้าหมายขาดความรู้เรื่องสถานที่ตรวจ วิธีการตรวจ และสิทธิการตรวจของตนเอง

8. ขาดแรงจูงใจและการได้รับการสนับสนุน กลุ่มเป้าหมายไม่คิดไปตรวจด้วยตนเองต้องอาศัยแรงกระตุ้น โดยการชักชวนจากบุคคลอื่น “เกรงใจเด็ก 2 คนนี้ (แกนนำชุมชน) มาชวนบ่อย ๆ จึงจำใจต้องไปตรวจ” ทั้งนี้เนื่องจากในชุมชนผู้ที่เป็แกนนำชุมชนจะเป็นที่เชื่อถือ ศรัทธาของคนในชุมชน เมื่อถูกชักชวนบ่อย ๆ กลุ่มเป้าหมายจึงไปตรวจเพราะความ

เกรงใจ ไม่ได้ไปเพราะตระหนักรู้และเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคด้วยตนเอง

9. ไม่รู้จักแหล่งให้บริการ การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง “ไม่เคยรู้ว่าต้องไปตรวจที่ไหนไม่รู้ว่าคลินิกตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ศูนย์ก็มีด้วย”

ข้อเสนอแนะรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วย

1. การจัดโครงการให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจ
2. ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคและ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมใช้ประโยชน์และร่วมประเมินผล เพื่อเป็นชุมชนปลอดจากผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
3. การสร้างแรงจูงใจโดย แกนนำ เจ้าหน้าที่ของรัฐ และเครือข่าย
4. การเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงเป็นการให้บริการเชิงรุก มากกว่าเชิงรับ
5. จัดโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน (Self Help Group)
6. พัฒนาแหล่งให้บริการให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น
7. ให้การสนับสนุนและให้คำแนะนำการใช้สิทธิการรักษาที่ถูกต้อง
8. อำนวยความสะดวกโดยจัดให้บริการเชิงรุก หรือ บริการเคลื่อนที่ในชุมชน
9. มีการติดตามผลอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

1. ควรศึกษาวิถีชีวิตและความต้องการของคนในชุมชนที่แท้จริงเพื่อวางแผนดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ
2. แกนนำชุมชนเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดต่อความสำเร็จของโครงการ ดังนั้นแกนนำต้องมีความเข้มแข็ง มุ่งมั่นในการทำงาน เป็นที่ไว้วางใจของคนในชุมชนอย่างแท้จริง
3. เครือข่ายต้องมีความเข้มแข็ง ตามแนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” การพัฒนาสังคมต้องมีการร่วมแรงร่วมใจ อย่างเข้มแข็งของ 3 ภาคี คือพลังนักวิชาการ, พลังการเมืองท้องถิ่น, และพลังประชาชน
4. การพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพ ต้องใช้กลวิธีที่หลากหลาย เน้นการเสริมพลัง (Empowerment) มากกว่าการให้บริการ

5. การให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย ควรทำอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบัน

6. รัฐควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกและให้การสนับสนุนทั้งปัจจัยเอื้อ ปัจจัยนำ และปัจจัยเสริม

เอกสารอ้างอิง

- นิตยา ภาณุมัย (2552). *การส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2551). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- ประเวศ วะสี (2540). *ยุทธศาสตร์เขยื้อนสังคมไทยออกจากโครงสร้างมรณะ*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ, ปณิตดา ปรียาพฤษ และ ญาณิศา โชติเกศคาม. (2555). *กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลมาบแค*. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 13(2) : 8-17.
- มะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ, สุพจน์ พันธนิยะ และนรินทร์ สังข์รักษา. *รูปแบบมาตรฐานรหัสบริการปฐมภูมิสำหรับใช้ในศูนย์สุขภาพชุมชนของประเทศไทย*. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 11(2): 9-16.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ (2553). *นโยบายการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก*.
- สุเทพ พลอยพลายแก้ว และคณะ. (2556). *การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนจังหวัดลพบุรี*. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 14(1): 61-70.
- Pender NJ. (1996) *Health promotion nursing practice*. 3rd ed. New York : Appleton.
- Rosenstock, Irwin M. (1974) The health belief model and prevention health behavior. *health education*. Monographs, 2, (b) 355-385.