



วิทยานิพนธ์

การใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจ
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีตำบลบ้านแพ้ว
จังหวัดสมุทรสาคร

นางไพไลรัตน์ บุญวิวัฒน์

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
วันเดือนปี..... 13 ส.ค. 2551
เลขทะเบียน..... 00211970
เลขเรียกหนังสือ..... จน
๒๖-๑๑๔



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขายุทธศาสตร์การพัฒนา

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

Marketing Strategy for the Promotion of Access to
Cervical Cancer Screening for The Women in
Tambon Ban Phaoe, Samut Sakhon Province

Mrs. Pilairat Boonwiwat

A Thesis Submitted in Partial fulfillment of the Requirements for
The Master of Arts (Strategy of Development)

Academic Year 2006

Bansomdejchaopraya Rajabhat University's Copyright

วิทยานิพนธ์	การใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีตำบลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร
โดย	นางพิไลรัตน์ บุญวิวัฒน์
สาขาวิชา	ยุทธศาสตร์การพัฒนา
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณี ฤกษ์ไพบูลย์
กรรมการ	ดร.ทวิษ บุญธิรัตน์
กรรมการ	ดร.วราภรณ์ พันธุ์วงศ์ล้อม

มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา อนุมัติให้วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้า
หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

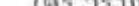
..... ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายงานบัณฑิตศึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สราวุธ เทพรูจจระ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประชานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.สายหยุด จำปาทอง)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณี คุโณปการ)

(ดร.ทวิช บุญธีรธรรม)


(ดร.วราภรณ์ พันธุ์ชุกต์อม) กรรมการ

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนอนเมือง สุทัศน์ ณ อยุธยา)


 (อาจารย์เมรุตี แท่นนิล)

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์เรื่อง การใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีตำบลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณี คุโณปการ ที่ให้ความกรุณาให้คำปรึกษารวมทั้งแนะแนวทาง ด้วยความปรารถนาดี อุตุน และเสียสละซึ่งผู้วิจัยรู้สึกและสัมผัสได้มาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณดร.ทวิช บุญธิวิศรี และ ดร.วราภรณ์ พันธุ์วงศ์ล้อม ที่กรุณาให้คำแนะนำ ทำให้ผู้วิจัยเกิดกระบวนการเรียนรู้ สามารถนำมาปรับใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) น.พ.วิฑิต อรรถเวชกุล เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และมีส่วนช่วยเหลือในการทำวิจัยในครั้งนี้

และขอขอบคุณ ดร.พรเลิศ อ่วมพ่วง คุณวัศพล บุญวิวัฒน์ นายณภัทร บุญวิวัฒน์ และนางสาวปณิสรา บุญวิวัฒน์ บุคคลในครอบครัวซึ่งให้กำลังใจและช่วยเหลือจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้วเสร็จ

คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ที่ได้ปลูกฝังและวางรากฐานทางการศึกษา รวมถึงคณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัยตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบัน

พิไลรัตน์ บุญวิวัฒน์

พิไลรัตน์ บุญวิวัฒน์. (2549). การใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีตำบลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา.
คณะกรรมการควบคุม : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชณี คุโณปการ ดร.ทวิช บุญธีรศรี ดร.วราภรณ์ พันธุ์วงศ์กล่อม.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้กลยุทธ์ทางการตลาดในการส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งได้ประยุกต์วิธีการของการส่งเสริมการตลาดมาเป็นแนวทางในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่สอดคล้องกับกระบวนการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และสร้างแรงจูงใจให้สตรีเป้าหมายปรับเปลี่ยนทัศนคติอันจะนำไปสู่การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ การรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และอัตราการเปลี่ยนแปลงในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมาย โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์สตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มละ 83 คน และจากรายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประจำเดือนของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว(องค์การมหาชน) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่าสถิติทดสอบ t-test

ผลการวิจัย พบว่า สตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและระดับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูงในขณะที่สตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบอยู่ในระดับปานกลางและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งยังพบว่าอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประชากรในกลุ่มทดลองสูงกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบด้วยเช่นกัน จากผลการประเมินด้วยตัวบ่งชี้ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กลยุทธ์ทางการตลาดสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมายได้ ซึ่งเห็นควรให้นำรูปแบบของการดำเนินงานไปขยายผลใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

Pilairat Boonwiwat. (2006). Marketing Strategy for the Promotion of Access to Cervical Cancer Screening for The Women in Tambon Ban Phaoe, Samut Sakhon Province. Master's Thesis, Bangkok: Graduate School, Bansomdejchaopraya Rajabhat University. Advisory Committee : Assistant Professor Dr. Rachanee Kunopakarn, Dr. Tawit Bunthirasami Dr. waraporn Panwongklom.

The objective of this research is to study the result of the implementation of The Marketing Strategy for the Promotion of Access to Cervical Cancer Screening for The Women in Tambon Ban Phaoe, Ban Phaoe District, Samut Sakhon Province. Applied marketing promotion strategy is employed as a guideline for enhancing perception in accordance with Health Belief Model and creating motive factors to increase intention in access to cervical cancer screening in the targeted group. The Health Belief Model perception on cervical cancer, an intention in access to screening, and the change of screening access rates are investigated in this study. Data from both Cervical Cancer Screening monthly reports of Ban Phaoe Hospital (Public Organization) and interview of 83 samples in the control group and the same number in the experimental group. Statistics including Frequency Distribution, Percentage, Mean, Standard Deviation and t-test were employed

The study result shows that Health Belief Model perception on cervical cancer and intention in access to cervical cancer screening of sample in the experimental group is at high level, while that of the control group is at medium level. Also, statistically, it is found that perception and intention of the experimental group and the control group are significantly different. Besides, the Cervical Cancer screening access rate of the experimental group population is higher than that of the control group. The study result confirms that Marketing Strategy could be applied and used in increasing Cervical Cancer screening access rate in the targeted group. Hence, it is recommended that the model in this study to be used in areas other than Tambon Ban Phaoe, Samut Sakhon Province.

สารบัญ

หน้า

ประกาศนุญการ.....	ง
บทคัดย่อภาษาไทย.....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
สารบัญตาราง.....	ฎ

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมติฐานของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย.....	4
คำนิยามศัพท์ในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการควบคุมป้องกันโรค.....	8
1.1 สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก.....	9
1.2 อาการและระยะของมะเร็งปากมดลูก.....	10
1.3 การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก.....	10
1.4 การรักษา มะเร็งปากมดลูก.....	11
1.5 การป้องกันมะเร็งปากมดลูก.....	11
ส่วนที่ 2 แผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรค มะเร็งปากมดลูก ที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย.....	12
ส่วนที่ 3 แนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ.....	14
ส่วนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้.....	17
4.1 ความหมายของการรับรู้.....	17
4.2 กระบวนการรับรู้.....	17

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ส่วนที่ 5 แนวคิดเกี่ยวกับการรู้จัก.....	18
ส่วนที่ 6 แนวคิดด้านการส่งเสริมการตลาด.....	18
6.1 วัตถุประสงค์ของการส่งเสริมการตลาด.....	19
6.2 วิธีการส่งเสริมการตลาด.....	19
ส่วนที่ 7 แนวคิดเรื่องยุทธศาสตร์การพัฒนาและตัวแบบทางความคิด	
เรื่องยุทธศาสตร์การพัฒนา.....	21
7.1 ความหมายของยุทธศาสตร์การพัฒนา.....	21
7.2 ตัวแบบทางความคิดเรื่องยุทธศาสตร์การพัฒนา.....	22
ส่วนที่ 8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	25
8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก	
และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	25
8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์ทางการตลาดที่เกี่ยวกับงานด้าน	
สาธารณสุข.....	26
ส่วนที่ 9 การพัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัย.....	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	31
ขั้นตอนกระบวนการวิจัย.....	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	36
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	37
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประชากรของสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและ	
สตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ.....	40
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับการรับรู้และเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับ	
การรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็ง	
ปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมาย	
กลุ่มเปรียบเทียบ.....	43

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ระดับความตั้งใจและเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ.....	52
--	----

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์อัตราการใช้การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการใช้การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของประชากรสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ.....	54
--	----

บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย.....	56
-------------------------------	----

ข้อเสนอแนะ.....	59
-----------------	----

บรรณานุกรม.....	60
-----------------	----

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก.....	64
---	----

ภาคผนวก ข แบบรายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน).....	70
---	----

ภาคผนวก ค สื่อและเอกสารที่ใช้ในการวิจัย.....	72
--	----

ประวัติผู้วิจัย.....	77
----------------------	----

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบและสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลอง.....	32
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ.....	40
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการศึกษา.....	41
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ.....	41
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้.....	42
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้อรังปากมดลูก.....	42
7 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง.....	43
8 ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเรื้อรังปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่าง.....	44
9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลอง และสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ.....	45
10 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง.....	45
11 ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเรื้อรังปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่าง.....	46
12 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเรื้อรังปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลอง และสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ.....	47
13 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองและโทษของการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง.....	47
14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองและโทษของการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง.....	48

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า	
15	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองและโทษของการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ.....	49
16	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง.....	50
17	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง.....	51
18	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ.....	51
19	จำนวนและร้อยละของระดับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
20	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่าง.....	53
21	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ.....	54
22	จำนวนและร้อยละของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและค่าความต่างของอัตราร้อยละการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของประชากรสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ.....	55

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
1.2 แผนภาพแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	16
1.3 แผนภาพกระบวนการรับรู้.....	17
1.4 แผนภาพตัวแบบทางความคิดเรื่องยุทธศาสตร์การพัฒนา.....	24
1.5 แผนภาพความสัมพันธ์ของแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา..	28
1.6 แผนภาพการประยุกต์ระบบการทำงานโดยวิธีการส่งเสริมการตลาด.....	29
1.7 แผนภาพตัวแบบทางความคิดเรื่องยุทธศาสตร์การพัฒนา การใช้กลยุทธ์ ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.....	30

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรีที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของประชากรและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก สำหรับประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของสตรี (กระทรวงสาธารณสุข สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2547: 1) โดยมีการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ประมาณปีละ 5,600 คน ส่วนอุบัติการณ์การเกิดโรคนั้นมีแนวโน้มต่างกันไปในแต่ละท้องที่ ตั้งแต่อัตราต่ำสุดประมาณ 15 ต่อประชากรสตรีแสนคน และ สูงสุดประมาณ 25 ต่อประชากรสตรีแสนคน พบได้ทั้งในสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีหรือมากกว่า แต่จะพบมากในช่วงอายุระหว่าง 45-50 ปี (กระทรวงสาธารณสุข สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2547 : 11-12) โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตเฉลี่ยปีละประมาณ 3,000 คน และมีแนวโน้มของอัตราการตายสูงขึ้นจาก 68.4 ต่อประชากรสตรีแสนคนในปี 2544 เป็น 73.3 ต่อประชากรสตรีแสนคนในปี 2545 (กระทรวงสาธารณสุขสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ 2547 : 1)

ปัจจุบันมะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจคัดกรองและพบโรคได้ตั้งแต่ในระยะก่อนแสดงอาการ ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ และผลของการรักษาจะทำให้มีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ในอัตราที่ต่างกัน ขึ้นอยู่กับระยะของโรค กล่าวคือ ระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลามมักจะรักษาได้ผลดีเกือบร้อยละ 100 ส่วนในระยะลุกลามจะมีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ลดลงไปตามลำดับ ได้แก่ ระยะที่ 1 ประมาณร้อยละ 80-95 ระยะที่ 2 ประมาณร้อยละ 60-70 ระยะที่ 3 ประมาณร้อยละ 40-50 และ ระยะที่ 4 มีอัตราการอยู่รอด 5 ปี น้อยมากเพียงประมาณร้อยละ 10-20 จากเหตุผลดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำแผนการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเพื่อลดอัตราการตายและอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ในเรื่องมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ มุ่งเน้นให้สตรีเป้าหมายอายุ 35-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้ง ทุก 5 ปี ภายใต้แผนการดำเนินงานที่มีความเป็นไปได้ง่ายต่อการปฏิบัติ และเหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ของประเทศ จึงได้กำหนดให้สตรีอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี เป็นสตรีเป้าหมายในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องทุก 5 ปี หากตรวจพบอาการที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือมีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติจะได้รับการส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยโรค และกรณีที่ตรวจพบเป็นมะเร็งปากมดลูก

จะได้รับการรักษาโดยมีระบบส่งต่ออย่างครบวงจร (กระทรวงสาธารณสุข สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2547 : 2-3)

จากรายงานผลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูกของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ในช่วงเวลา 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่สามารถผลักดันให้สตรีเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่างน้อยร้อยละ 50 ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ กล่าวคือ มีจำนวนผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองเพียง 3,635 คน จากสตรีเป้าหมาย 16,938 คน (ร้อยละ 21.43) ในปีงบประมาณ 2546 4,226 คน จากสตรีเป้าหมาย 18,106 คน (ร้อยละ 23.34) ในปีงบประมาณ 2547 และ 6,154 คน จากสตรีเป้าหมาย 17,131 คน (ร้อยละ 35.92) ในปีงบประมาณ 2548 ถึงแม้ข้อมูลดังกล่าวจะบ่งชี้ให้เห็นถึงอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปีก็ตาม แต่ก็ยังเป็นข้อวิตกกังวลว่าอาจมีสตรีอีกจำนวนไม่น้อยกำลังถูกคุกคามอยู่ด้วยมะเร็งปากมดลูกและ ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองค้นหาโรคเสียตั้งแต่ระยะแรก ๆ ซึ่งหากมีการตรวจพบโรคในระยะลุกลามในเวลาต่อมาทำให้ยากต่อการรักษาให้หายขาดได้อันเป็นสาเหตุของการตายในเวลาอย่างรวดเร็ว

ด้วยความตระหนักในปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูกของจังหวัดสมุทรสาคร ได้ทำการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นถึงสาเหตุที่ทำให้สตรีไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีอายุ 35-60 ปี ของจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 120 คน พบว่า มีสาเหตุต่าง ๆ กัน ดังนี้ คือ ร้อยละ 72 กว่าการตรวจ ร้อยละ 64 กลัวพบโรค ร้อยละ 57 ไม่รู้สึกรว่ามีปัญหาทางสุขภาพและไม่เห็นความจำเป็นของการตรวจ ร้อยละ 46 อายุที่จะเข้ารับการตรวจ ร้อยละ 22 ไม่เคยได้รับข้อมูลเรื่องการตรวจ และร้อยละ 7 ไม่มีเวลาไปตรวจหรือไม่สะดวกในการไปตรวจ จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบถึงปัญหาและเห็นความจำเป็นที่จะต้องพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาค่าการ ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมาย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดแนวทางแก้ไขและพัฒนาการดำเนินงานโดยมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยสาเหตุสำคัญที่ว่า “สตรีไม่รู้สึกรว่ามีปัญหาทางสุขภาพและขาดแรงจูงใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก” ทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำที่เกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพของตนเอง ได้นั้นจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคที่สามารถแปลผลได้ในลักษณะของความกลัวต่อการเจ็บป่วยหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเสี่ยง เพราะความกลัวจะเป็นแรงจูงใจที่เข้มแข็งที่อยู่ในลักษณะความวิตกกังวล และการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำและโทษของการ ไม่กระทำตามคำแนะนำที่ได้รับการเสนอแนะรวมถึงการ ได้รับการ

กระตุ้นเตือนหรือจูงใจให้กระทำ (วสันต์ ศิลปสุวรรณ และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ)

ในขณะที่ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดของการส่งเสริมการตลาดซึ่งเป็นองค์ประกอบของกลยุทธ์ทางการตลาดที่ทำหน้าที่ในการบอกกล่าวให้ผู้บริโภคทราบถึงรายละเอียดของผลิตภัณฑ์หรือบริการที่เสนอขาย รวมถึงชักชวนและสร้างสิ่งจูงใจที่ทำให้กลุ่มผู้บริโภคเกิดความสนใจในตัวผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้นๆ จนเกิดการตัดสินใจซื้อสินค้าหรือบริการในภาคธุรกิจโดยทั่วไป (สุดา ดวงเรืองจิระ 2543 : 266) จึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้เป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมายเพื่อนำเสนอข้อมูลรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกให้สตรีเป้าหมายได้มีการรับรู้ความโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ความรุนแรงที่เกิดจากการเป็นมะเร็งปากมดลูก ประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองและโทษของการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอันจะนำไปสู่การยอมรับจนเกิดความตั้งใจที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้ตัวชี้วัดดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ความโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมาย
2. ความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมายซึ่งเป็นผลจากการได้รับแรงจูงใจจากการทดลองใช้กลยุทธ์ทางการตลาด
3. อัตราการเปลี่ยนแปลงในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมาย

ขอบเขตของการวิจัย

การทดลองใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในครั้งนี้ได้กำหนดเขตพื้นที่ตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร เป็นพื้นที่ดำเนินการซึ่งประกอบด้วย 10 หมู่บ้าน คือ หมู่ 1 บ้านแพ้ว หมู่ 2 บ้านรางตัน หมู่ 3 บ้านดอนไผ่ หมู่ 4 บ้านธรรมเจดีย์ หมู่ 5 บ้านคลองตาปลั่ง หมู่ 6 บ้านคลองใหม่ หมู่ 7 บ้านรางปากกล้วย หมู่ 8 บ้านไทรทอง หมู่ 9 บ้านศรีพิพัฒน์ และ หมู่ 10 บ้านใหม่คลองดำเนิน โดยกำหนดให้สตรีที่มีช่วง

อายุที่ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี ในปี พ.ศ. 2549 เป็นประชากรกลุ่มทดลอง และสตรีที่มีช่วงอายุที่ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี ในปี พ.ศ. 2548 เป็นประชากรกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

การใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อให้เกิดผลด้านการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ส่งเสริมความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองให้สูงกว่าสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ

1. ตัวแปรกระทำการ ได้แก่ กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งประกอบด้วย ระบบการทำงาน 3 ระบบ คือการบริหารจัดการองค์การ โฆษณาประชาสัมพันธ์ และการขายโดยบุคคล

2. ตัวแปรพัฒนาการ ที่มีตัวแปรหลัก คือ อัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมายโดยมีตัวแปรรองหรือตัวแปรสนับสนุน 2 ตัวแปร คือ

2.1 การรับรู้ตาม โครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมาย ที่ประกอบด้วยการรับรู้เป็นรายด้าน ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองและโทษของการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.2 ความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมาย

กำนิยามศัพท์ในการวิจัย

กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง แบบแผนการส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมาย ที่นำรูปแบบวิธีทางการตลาด คือ การส่งเสริมการตลาดมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาระบบการทำงานและกระบวนการทำงานในการส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมายให้สูงขึ้น ภายใต้การจัดระบบงานเป็น 3 ระบบ ดังนี้ คือ ระบบการบริหารจัดการองค์การ ระบบการโฆษณาประชาสัมพันธ์ และระบบการขายโดยบุคคลโดยกำหนดเป้าหมายไว้ 3 ประการ คือสตรีเป้าหมาย

ได้พัฒนาการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มีแรงจูงใจที่ทำให้เกิดความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การตรวจเพื่อค้นหามะเร็งปากมดลูกของสตรีโดยใช้วิธีแป็บ smear ซึ่งมีการตรวจโดยการป้ายเซลล์ที่บริเวณปากมดลูก(Ectocervix และ Endocervix) นำมาป้ายบนแผ่นสไลด์ทำการย้อมสีและอ่านผลโดยนักเซลล์วิทยา

การรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความถี่รอบขอบเขตที่เชื่อมโยงการรับรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ความรุนแรงที่เกิดจากการเป็นมะเร็งปากมดลูก และประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองและโทษของการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การรับรู้ของสตรีเป้าหมายว่าตนเองมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้

การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากการเป็นมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การรับรู้ของสตรีเป้าหมายว่ามะเร็งปากมดลูกทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตและมีผลต่อชีวิตครอบครัวได้

การรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองและโทษของการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การรับรู้ของสตรีเป้าหมายว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นวิธีการที่สามารถตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกได้ตั้งแต่ระยะก่อนการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งในระยะแรกซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้หากไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามระยะเวลาอาจส่งผลกระทบต่อการรักษาให้หายขาดและเสียชีวิตภายในเวลาอันรวดเร็วได้ในกรณีที่ตรวจพบมะเร็งปากมดลูกถูกถามอยู่ในระยะที่รุนแรง

ความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นผลเกิดขึ้นจากการได้รับโน้มน้าวชักจูงหรือจูงใจจนนำไปสู่การยอมรับและตั้งใจที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

อัตราการเปลี่ยนแปลงการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สัดส่วนเปรียบเทียบจากจำนวนที่คิดเป็นร้อยละของสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอันเป็นผลจากการใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ

สตรีเป้าหมาย หมายถึง สตรีอายุระหว่าง 35-60 ปี ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้ง ทุก 5 ปี ซึ่งจะตรงกับทุกช่วงอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี ของแต่ละคน

สตรีเป้าหมายกลุ่มทดลอง หมายถึง สตรีที่มีอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี ในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งครอบคลุมถึงสตรีที่เกิดใน พ.ศ. 2514 2509 2504 2499 2494 และ 2489

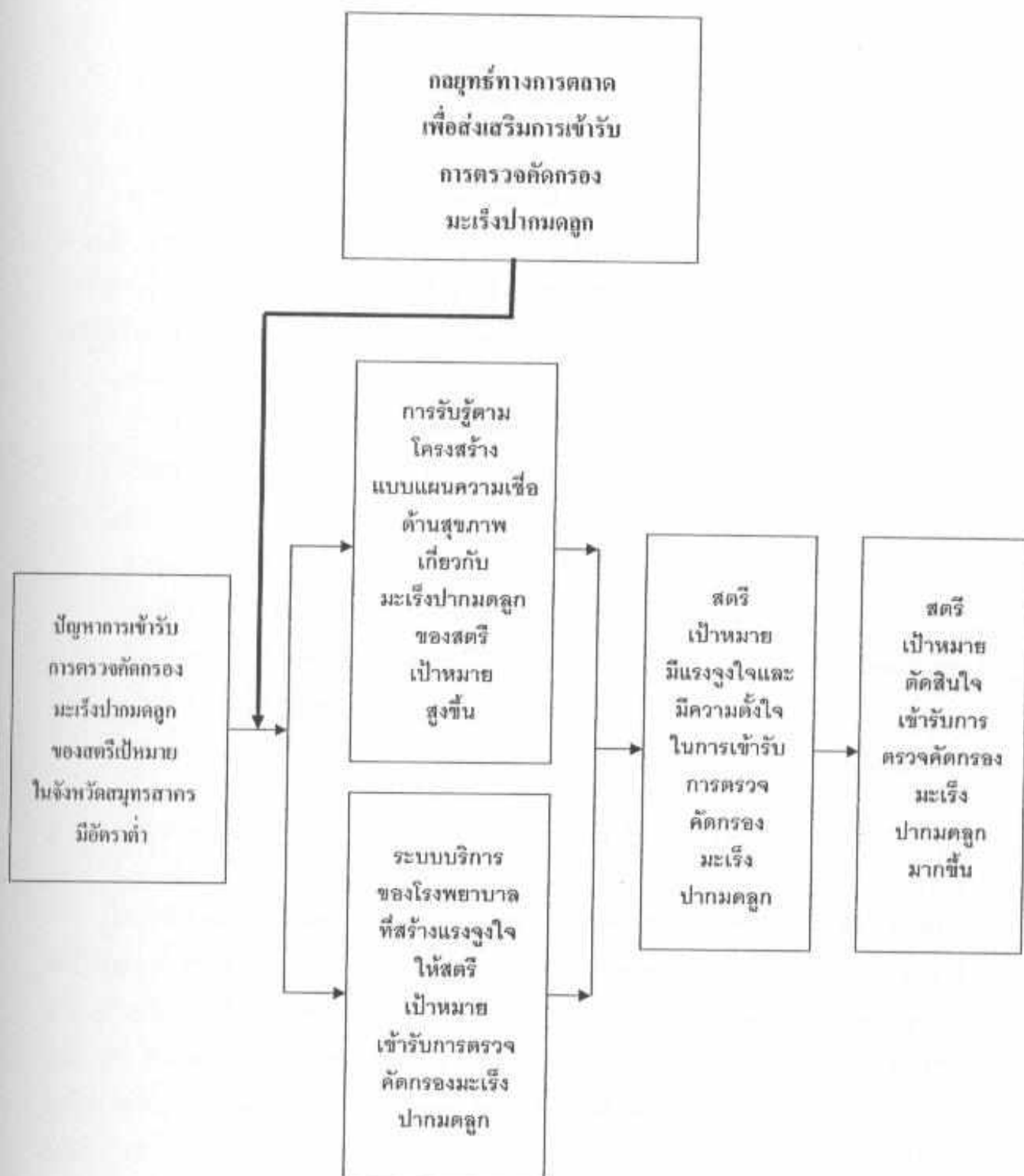
สตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ หมายถึง สตรีที่มีอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี ในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งครอบคลุมถึงสตรีที่เกิดใน พ.ศ. 2513 2508 2503 2498 2493 และ 2488

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลที่ได้จากการวิจัยทดลองใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมายในครั้งนี้ จะเป็นองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจนำรูปแบบของการดำเนินงาน ไปขยายผลเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมายในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

สืบเนื่องจากจังหวัดสมุทรสาครมีปัญหาสตรีเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอัตราที่ต่ำกว่าเป้าหมายในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นข้อที่นำวิกฤตต่อการดำเนินงานควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูกของหน่วยงานสาธารณสุขที่ผู้วิจัยมีส่วนรับผิดชอบอยู่ในขณะนี้ จึงได้นำมาสู่การแสวงหากลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาให้บรรเทาเบาบางลง จากการศึกษาองค์ความรู้ต่างๆ ผู้วิจัย พบว่า การส่งเสริมการตลาดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของส่วนประสมทางการตลาดเป็นวิธีการที่สามารถทำการสื่อสารให้กลุ่มเป้าหมายได้รับรู้และเข้าใจถึงผลิตภัณฑ์หรือบริการ มีกระบวนการชักชวนและจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายสนใจในตัวผลิตภัณฑ์หรือบริการอื่นจะนำไปสู่การตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์หรือบริการในที่สุด ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าควรที่จะนำกลยุทธ์ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสตรีเป้าหมายให้เกิดการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และแรงจูงใจที่ทำให้เกิดความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่จะนำไปสู่การตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในที่สุด ซึ่งสามารถสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แผนภาพกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาทดลองใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อการส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมายเขตพื้นที่ตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร โดยผู้วิจัยได้ศึกษาองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัย ดังสาระสำคัญและรายละเอียดดังต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการควบคุมป้องกันโรค
- ส่วนที่ 2 แผนการการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย
- ส่วนที่ 3 แนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- ส่วนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้
- ส่วนที่ 5 แนวคิดเกี่ยวกับการจูงใจ
- ส่วนที่ 6 แนวคิดและทฤษฎีด้านการส่งเสริมการตลาด
- ส่วนที่ 7 แนวคิดเรื่องยุทธศาสตร์การพัฒนาและตัวแบบทางความคิดเรื่องยุทธศาสตร์การพัฒนา
- ส่วนที่ 8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- ส่วนที่ 9 การพัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัย

ส่วนที่ 1. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการควบคุมป้องกันโรค

มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) เป็นโรคมะเร็งชนิดหนึ่งที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของสตรีไทยมากที่สุดในปัจจุบัน จากรายงานของสำนักงานวิจัยมะเร็งนานาชาติโดยพบว่าในปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ 6,192 รายและเสียชีวิต 3,166 ราย หรือประมาณร้อยละ 50 ซึ่งสามารถประมาณการได้ว่ามีสตรีไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกวันละเกือบ 9 ราย มะเร็งปากมดลูกถึงแม้จะเป็นโรคที่ร้ายแรงแต่ก็สามารถป้องกันหรือตรวจคัดกรองหาความผิดปกติได้ตั้งแต่ในระยะแรกอันจะทำให้การรักษาได้ผลดี ซึ่งมีรายละเอียดความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางในการป้องกันรักษา ดังนี้ (จตุพล ศรีสมบูรณ์ 2548 :ออนไลน์เข้าถึงได้จาก (<http://www.rtcog.or.th>.)

1.1 สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุสำคัญของมะเร็งปากมดลูกที่วิทยาการทางการแพทย์ตรวจพบได้ในปัจจุบัน คือ เกิดจากการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา หรือเชื้อเอชพีวีบริเวณอวัยวะเพศที่ปากมดลูก โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสดติดเชื้อไวรัสเอชพีวี หรือเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายขึ้น มีดังนี้

1.1.1 ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายหญิง ประกอบด้วยปัจจัยหลาย ๆ ประการ ได้แก่

1) การมีคู่นอนหลายคน ความเสี่ยงจะสูงขึ้นตามจำนวนคู่นอนที่เพิ่มขึ้นการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยกว่า 17 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีการกลายรูปของเซลล์ปากมดลูกมาก ช่วงนี้จึงมีความไวต่อการก่อมะเร็งสูงมากโดยเฉพาะเชื้อเอชพีวี

2) การตั้งครรภ์และการคลอดลูก จำนวนครั้งของการคลอดลูกมากกว่า 4 ครั้ง จะมีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 2-3 เท่า

3) มีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เริม ซิฟิลิส และหนองใน เป็นต้น

4) การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานๆ ถ้านานกว่า 5 ปี และ 10 ปี จะมีความเสี่ยงสูงขึ้น 1.3 เท่า และ 2.5 เท่า ตามลำดับ

1.1.2 ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย เนื่องจากส่วนใหญ่ของการติดเชื้อเอชพีวีบริเวณอวัยวะเพศได้มาจากการมีเพศสัมพันธ์ จึงกล่าวได้ว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่มีเชื้อเอชพีวีแม้เพียงครั้งเดียวก็มีโอกาสดติดเชื้อเอชพีวีและเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย ได้แก่

- 1) สตรีที่มีสามีเป็นมะเร็งองคชาติ
- 2) สตรีที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก
- 3) ผู้ชายที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 4) ผู้ชายที่มีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุน้อย
- 5) ผู้ชายที่มีคู่นอนหลายคน

1.1.3 ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ส่งเสริมให้เป็นมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายหรือเร็วขึ้น ได้แก่

- 1) การสูบบุหรี่
- 2) ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น โรคเอดส์ และการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน
- 3) สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ

1.2 อาการและระยะของมะเร็งปากมดลูก

อาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมากหรือน้อยขึ้นกับระยะของมะเร็ง ซึ่งในระยะแรกอาจไม่มีอาการผิดปกติเพียงตรวจพบได้จากการตรวจคัดกรองหรือการตรวจด้วยกล้องขยาย ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจทางพยาธิวิทยา อาการที่อาจจะพบในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การตกเลือดทางช่องคลอดซึ่งเป็นอาการที่พบได้มากที่สุดประมาณร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยอาจมี ลักษณะเลือดออกกะปริบกะปรอยระหว่างรอบเดือนเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ตกขาวปนเลือด หรือ เลือดออกหลังวัยหมดประจำเดือนและอาการในระยะหลังเมื่อมะเร็งลุกลามมากขึ้น ได้แก่ ขาบวม ปวดหลังรุนแรง ปวดก้นกบและต้นขา ปัสสาวะเป็นเลือด หรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด โดยมะเร็งปากมดลูกแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะใหญ่ ๆ คือ

1.2.1 ระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม ระยะนี้เซลล์มะเร็งยังอยู่ภายในชั้นเยื่อหุ้มปากมดลูกไม่ลุกลามเข้าไปในเนื้อปากมดลูก ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติแต่ตรวจพบได้จากการตรวจคัดกรองโดยการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกที่เรียกว่า “แป๊ปสเมียร์”

1.2.2 ระยะลุกลาม แบ่งออกเป็น 4 ระยะย่อย คือ

- 1) ระยะที่ 1 มะเร็งลุกลามอยู่ภายในปากมดลูก
- 2) ระยะที่ 2 มะเร็งลุกลามไปที่เนื้อเยื่อข้างปากมดลูกและ / หรือผนังช่องคลอดส่วนบน
- 3) ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามไปที่ด้านข้างของเชิงกราน และ / หรือผนังช่องคลอดส่วนล่าง หรือคrotch ไตจนเกิดภาวะไตบวม
- 4) ระยะที่ 4 มะเร็งลุกลามไปที่กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ตรง หรืออวัยวะอื่นๆ เช่น ปอด กระดูก และต่อมน้ำเหลืองนอกเชิงกราน เป็นต้น

1.3 การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

1.3.1 การตรวจภายใน เป็นการตรวจทางช่องคลอดและปากมดลูกซึ่งต้องตรวจยืนยันโดยการตัดชิ้นเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา

1.3.2 การตรวจแป๊ปสเมียร์ เป็นการตรวจทางเซลล์วิทยา (Cytologic screening program) โดยการป้ายเซลล์ที่บริเวณปากมดลูก (Ectocervix และ Endocervix) แล้วนำมาป้ายบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสี และ อ่านผลโดยนักเซลล์วิทยา

1.3.3 การตรวจด้วยกล้องขยายคอลโปสโคป เป็นการตรวจสอบทางช่องคลอดด้วยกล้องขยายร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา

1.3.4 การตรวจอื่นๆ ได้แก่ การตรวจภายในปากมดลูก การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยด้วยมีด เป็นต้น

1.4 การรักษามะเร็งปากมดลูก

วิธีการรักษามะเร็งปากมดลูกขึ้นอยู่กับระยะของมะเร็งปากมดลูกเป็นสำคัญ โดยต้องคำนึงถึงการข้างไว้ซึ่งภาวะเจริญพันธุ์และโรคทางนรีเวชที่เป็นร่วมด้วย แบ่งวิธีการรักษาตามระยะของมะเร็งได้ดังนี้

1.4.1 ระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม รักษาได้หลายวิธี ได้แก่

1) การตรวจติดตามอย่างใกล้ชิดโดยการตรวจภายในทำเป็นปกติเมียร์ และการตรวจด้วยกล้องขยาย ทุก 4 – 6 เดือน รอยโรคขั้นต่ำบางชนิดสามารถหายไปได้เองภายใน 1-2 ปี ภายหลังการตัดเนื้อออกตรวจ

2) การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า

3) การจี้ปากมดลูกด้วยความเย็น

4) การจี้ด้วยเลเซอร์

5) การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยด้วยมีด

1.4.2 ระยะลุกลาม การเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับโรคประจำตัวของผู้ป่วย ระยะของมะเร็ง และความพร้อมของโรงพยาบาลหรือแพทย์ผู้ดูแลรักษา ดังนี้

1) ระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 บางรายรักษาโดยการตัดมดลูกออกแบบกว้างร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองเชิงกรานออก

2) ระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 4 รักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด

การรักษามะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันได้ผลดีมากกว่าในสมัยก่อนซึ่งในระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลามสามารถรักษาได้ผลดีเกือบร้อยละ 100 สำหรับในระยะลุกลามผลการรักษาจะมีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ดังนี้ คือ ระยะที่ 1 ร้อยละ 80 – 95 ระยะที่ 2 ร้อยละ 60 – 70 ระยะที่ 3 ร้อยละ 40 – 50 และ ระยะที่ 4 ร้อยละ 10 – 20

1.5 การป้องกันมะเร็งปากมดลูก

การป้องกันมะเร็งปากมดลูกสามารถแบ่งออกตามระดับของการเกิดโรคได้เป็น 3 ระดับ คือ

1.5.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ คือ การป้องกันโดยการหลีกเลี่ยงการได้รับสารก่อมะเร็งการลดหรือขจัดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกหรือการทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านสารก่อมะเร็ง ได้แก่ หลีกเลี่ยงการมีคู่นอนหลายคน หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์

เมื่ออายุ น้อยกว่ากำเนิดโดยใช้อวัยวะของอวัยวะหลักเสี่ยงการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะ การติดเชื้อ เอช พี วี งดสูบบุหรี่ และ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ เอช พี วี ซึ่งจะมีการนำมาใช้ใน อนาคต

1.5.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ คือ การค้นหาและเฝ้าระวังในระยะเริ่มแรกโดยการตรวจคัดกรองซึ่งทำได้ 2 วิธี คือ การทดสอบแพป หรือ แป๊ปสเมียร์ และการตรวจหาเชื้อเอชพีวี

1.5.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ คือ การรักษาโรคมะเร็งที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากมะเร็งมีชีวิตรอดยาวนานและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 2 แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญของโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของประชาชนและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก ในปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย คือ มะเร็งตับ รองลงมา คือ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม ตามลำดับ

จากการพิจารณาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งที่พบบ่อยในแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Control Programmes) ขององค์การอนามัยโลก แสดงให้เห็นถึงลำดับความสำคัญ และแผนการดำเนินงานการควบคุมโรคมะเร็งที่พบบ่อยในแต่ละชนิดว่าจะดำเนินการในด้านใดสำหรับมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งของสตรีไทย ในการพิจารณาดังกล่าวได้ข้อสรุปว่า ควรจะดำเนินการในด้านการตรวจหาและเฝ้าระวังตั้งแต่อยู่ในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งในระยะเริ่มแรกซึ่งสามารถรักษาให้หายได้และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยกว่าในระยะลุกลาม ทำให้ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคและอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะต้องมีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติและสามารถทำการวัดผลได้

ในการดำเนินงานให้ได้ผลดีและมีความเป็นไปได้ ต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมจากการให้บริการนั้น ๆ ด้วย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคม จึงได้จัดทำแผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกเพื่อให้ชุมชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงที่ดีที่สุดด้วยต้นทุนที่ต่ำโดยคำนึงถึงตัวผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และสังคมโดยรวม ซึ่งแผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ (กระทรวงสาธารณสุข สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2547 : 1-4)

3.1 เป้าประสงค์

เพื่อลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยร้อยละ 50 ในระยะเวลา 5 ปี

3.2 วัตถุประสงค์

ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูกของกระทรวงสาธารณสุข ได้ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ 4 ประการ คือ

3.2.1 เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ในเรื่องมะเร็งปากมดลูก

3.2.2 เพื่อค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งในระยะเริ่มแรกโดยมีระบบส่งต่อการวินิจฉัยและการรักษาอย่างครบวงจร

3.2.3 เพื่อให้มีการพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆของกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งหน่วยงานอื่นๆในภาครัฐและเอกชนในการดำเนินงานตามแผนที่ได้กำหนดไว้

3.2.4 เพื่อให้มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้สามารถดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้และมีความเป็นไปได้ในการที่จะปฏิบัติ

3.3 เป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน คือ สตรีอายุ 35-60 ปี มีเป้าหมายให้ได้รับการตรวจแป็บเสมียร์ 1 ครั้ง ทุก 5 ปี ซึ่งกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนการดำเนินงานให้สะดวกต่อการปฏิบัติและเหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ โดยกำหนดให้สตรีอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี ทุกคนได้รับการตรวจแป็บเสมียร์ รายใดที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติจะได้รับการตรวจวินิจฉัยโรค และผู้ที่เป้นมะเร็งปากมดลูกจะได้รับการรักษา โดยมีระบบการส่งต่ออย่างครบวงจร การกำหนดทำแป็บเสมียร์ 1 ครั้ง ทุก 5 ปี สืบเนื่องมาจากข้อมูลทางวิชาการ พบว่า ขบวนการเกิดมะเร็งปากมดลูกหลังจากที่มีการติดเชื้อ Human Papilloma Virus ชนิด High-risk types จะใช้เวลานานกว่า 10 ปีในการทำให้เกิดเป็น Invasive Cancer และจากผลการศึกษาของ International Agency for Research on Cancer (IARC/WHO) ในกลุ่มสตรีอายุ 35-64 ปีพบว่าถ้าทำแป็บเสมียร์ 1 ครั้งทุก 1 ปี 1 ครั้งทุก 2 ปี หรือ 1 ครั้งทุก 3 ปี จะมีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 91-93 และถ้าทำแป็บเสมียร์ 1 ครั้ง ทุก 5 ปี จะลดลงร้อยละ 84 จากผลของการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการทำแป็บเสมียร์ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดมีความสำคัญต่อการลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกมากกว่าความถี่ที่ได้รับการตรวจแต่ไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด

3.4 หลักการควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูก

ในการกำหนดแผนการควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ของประเทศและให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้กำหนดให้มีหลักการในการดำเนินงานไว้ ดังนี้

3.4.1 หลักเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีชั้นสูง (High Technology) สำหรับประเทศที่ขาดพื้นฐานโครงสร้างและทรัพยากร

3.4.2 ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมที่มีอยู่และสามารถปฏิบัติงานครอบคลุมประชากรของประเทศ

3.4.3 อุบัติการณ์ความชุกของมะเร็งปากมดลูกต้องสูงมากพอที่จะทำให้การตรวจคัดกรองมีความคุ้มค่า

3.4.4 บุคลากรต้องมีมากเพียงพอที่จะทำการตรวจคัดกรอง และต้องส่งเสริมให้มีความสะดวกและง่ายในการที่จะทำการวินิจฉัยโรค รักษาและ ตรวจติดตามผู้ป่วย

3.5 วิธีการควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูก

การควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูกสามารถทำได้ในระยะต่างๆ ดังแต่ยังไม่เกิดโรคนั้นเกิดอาการของโรคได้ ดังนี้

3.5.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีทั่วไป

3.5.2 ตรวจคัดกรองค้นหาความผิดปกติของโรคตั้งแต่ยังไม่แสดงอาการให้เห็น

3.5.3 ผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองต้องได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคและผู้ที่เป็นมะเร็งปากมดลูกต้องได้รับการรักษาอย่างครบวงจร

ส่วนที่ 3 แนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model:HBM)เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกนำมาใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค(Preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้การดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย(Illness behavior)และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์(Sick-role behavior) (Rosenstock,1974 อ้างใน อัญชลี จูฑิตำรงค์พันธ์ 2539 : 17-18)

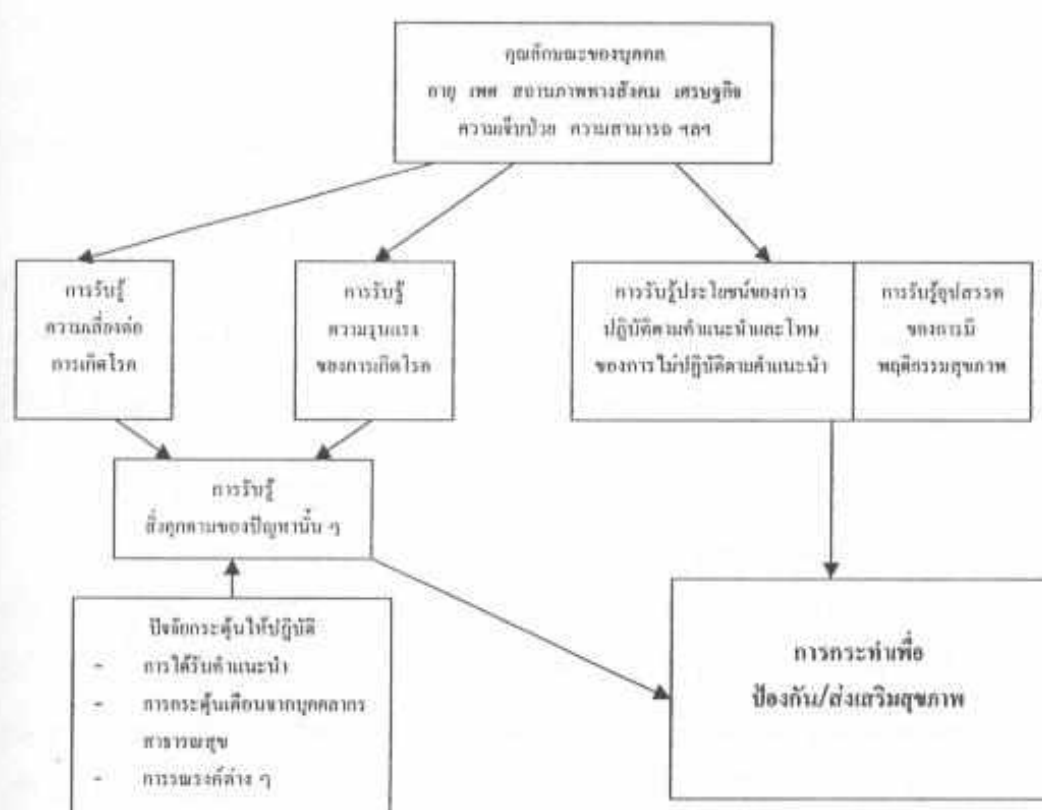
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผนที่ได้ระบุเอกลักษณ์ของแนวคิดรวบยอดที่เชื่อมโยงสนับสนุนการวัดในระดับบุคคลในการวางแผนโครงการหรือจัดยุทธวิธีเพื่อลดระดับ

ความเสี่ยงทางสุขภาพของบุคคล ความเชื่อจะเป็นการตัดสินใจที่บุคคลที่มีต่อการกระทำหรือใด ๆ ก็ตาม ว่าเป็นจริงถูกต้องหรือไม่ ความศรัทธา ความไว้วางใจ และความจริงจะเป็นสิ่งที่ใช้แสดงออก เพื่อเป็นนัยแห่งความเชื่อถือต่าง ๆ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาและประเมินจากผู้เขียนหลายคนได้ถูกนำไปใช้ทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในลักษณะของความเชื่ออย่างแท้จริงของบุคคล แบบแผนนี้ได้มีข้อสันนิษฐานเบื้องต้นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังนี้

1. บุคคลต้องเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคถึงแม้ว่าจะเป็นโรคที่ไม่ปรากฏอาการชัดเจน เช่น มะเร็ง ความดันโลหิตสูง บุคคลจะต้องเชื่อว่าเขาสามารถเป็นได้โดยที่ยังไม่รู้ตัวว่ามีอาการ
2. บุคคลต้องรับรู้ถึงศักยภาพความรุนแรงของอาการที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นโรคในลักษณะของการเจ็บป่วย ความไม่สุขสบาย เสียเวลาทำงาน เสียเงินทอง เสียหน้า อับอาย และอื่น ๆ ตามความกลัวของตนเองซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความรุนแรงในเชิงทฤษฎีก็ได้
3. จากการประเมินสภาพแวดล้อมบุคคลต้องเชื่อว่าถ้าได้กระทำพฤติกรรมตามที่ได้รับการเสนอแนะจะเกิดประโยชน์ขึ้นแก่ตนเองแน่นอน ซึ่งหมายถึงว่า บุคคลจะตัดสินใจทำตามเหตุผลที่ได้ไตร่ตรองถึงผลดีผลเสียแล้วอย่างรอบครอบไม่ได้เป็นการปฏิบัติเพราะถูกบังคับหรือทำตามกลุ่มบุคคลสมัยนิยม โดยไม่มีเหตุผลของตนเอง
4. จำเป็นต้องมี “การกระตุ้นให้เกิดการกระทำ” ซึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันเป็นเหตุให้บุคคลต้องการที่จะแสดงการกระทำออกมา

ข้อตกลงเบื้องต้นเหล่านี้เป็นพื้นฐานสำคัญของแบบแผนนี้ ผู้นำแบบแผนฯ ไปประยุกต์ใช้ ต้องยอมรับข้อตกลงนี้ก่อนโดยไม่ต้องพิสูจน์อีกแล้วว่า โดยทั่วไปบุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพอยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริงเหล่านี้ จึงจะใช้ทฤษฎีหรือแบบแผนอธิบาย ทำนาย พฤติกรรมทางสุขภาพที่เกิดขึ้น มิติสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่รับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ดังกล่าวจะมีผลสืบเนื่องตามมาที่สามารถแปลผลได้ในลักษณะของความกลัวการเจ็บป่วยหรือสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองเกิดความเสี่ยง ความกลัวจะเป็นแรงจูงใจที่มีพลังเข้มแข็งอยู่ในลักษณะของความวิตกกังวล นอกเหนือไปจากความเชื่อที่มีอยู่แหล่งของความวิตกกังวลเหล่านี้อาจจะประกอบกันขึ้นมาเป็นความรู้สึกที่สิ้นหวังหรือจะเป็นพลังอำนาจที่จะกระทำสิ่งใด ๆ ก็ตามเพื่อจัดการสถานการณ์ที่สร้างความคุกคามให้ตนเองรู้สึกสะพรึงกลัวอยู่ให้หมดไป ผลลัพธ์ของการกระทำจากการต่อสู้เพื่อสนองตอบต่อสิ่งคุกคามนี้บ่อยครั้งอาจปรากฏออกมาในลักษณะของการที่บุคคลนั้นปฏิเสธให้เหตุผลว่าไม่เป็นปัญหาของตนเองได้ ดังนั้นการจัดการศึกษาอบรมทางสุขภาพให้แก่บุคคล โดยการใช้ข้อมูลข่าวสารกระตุ้นให้บุคคลกลัวควรจะมีเนื้อหาสาระที่ชี้แนะว่าถ้าจะให้ความกลัวลดลงหรือหมดสิ้นไปบุคคลควรทำหรือมีหนทางเลือกที่จะทำอย่างไรบ้าง

ควบคู่ไปด้วยจุดเด่นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก็คือ จะช่วยวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรมและการค้นหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลเป็นกรอบแนวความคิดที่มีประโยชน์ในการออกแบบกลวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยให้บุคคลตัดสินใจกระทำอย่างถูกต้องในเรื่องสุขภาพกรอบแนวคิดดังกล่าวสามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ ดังแผนภาพที่ 2 (Rosen stock, 1974, อ้างใน วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และ พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ 2542 : 70)



แผนภาพ ที่ 2 แผนภาพโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

4.1 ความหมายของการรับรู้ มีผู้กล่าวถึงการรับรู้ไว้มากมายหลายท่าน แต่โดยทั่วไปมีความหมายที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังตัวอย่าง เช่น

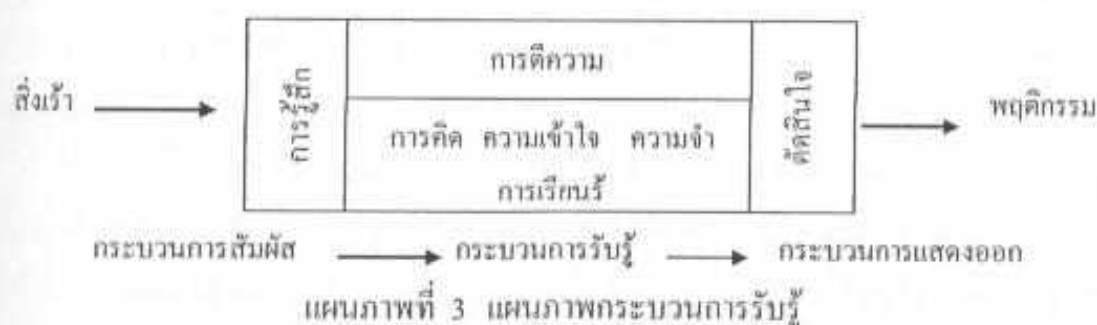
โรเบิร์ต (Robert E. Silverman, 1975 อ้างใน สุปราณี สนธิรัตน์ และ คณะ 2541 : 123) ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึง การที่บุคคลตระหนักและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ผ่านระบบประสาทสัมผัสไปยังสมอง สมองจะตีความการรับรู้ว่าเป็นอะไรและอย่างไร

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 173) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดแสดงออกถึงความรู้สึกรู้สึกและความคิดเห็น ความเข้าใจ ต่อสิ่งเร้าที่ผ่านมาโดยใช้อวัยวะสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ หู ตา จมูก ปาก และผิวหนัง มีการตัดสินใจโดยอาศัยความรู้และประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคลทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่างกันแม้ว่าจะมีสิ่งเร้าเดียวกัน

กล่าวโดยสรุป การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางความคิดที่แสดงออกถึงความรู้สึกรู้สึกและความคิดเห็น ความเข้าใจ ต่อสิ่งเร้าที่ผ่านมาสัมผัสอวัยวะทั้ง 5 ได้แก่ หู ตา จมูก ปาก และผิวหนัง ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองหรือพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความตระหนักที่อาจนำไปสู่การตัดสินใจในระดับที่แตกต่างกันตามความรู้และประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล

4.2 กระบวนการรับรู้

กันยา สุวรรณแสง (2540 : 45) กล่าวว่า กระบวนการรับรู้เป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวระหว่างการรู้สึก การคิด ความเข้าใจ ความจำ การเรียนรู้ และการตัดสินใจ โดยกระบวนการสัมผัสเป็นบันไดขั้นแรกของการรับรู้จากการสัมผัสกับสิ่งเร้าอวัยวะสัมผัสจะเกิดความรู้สึก แล้วส่งไปยังสมอง สมองจะเกิดการคิด การเข้าใจ ความจำ และการเรียนรู้ที่ต่างกันโดยอาศัยความรู้และประสบการณ์เดิมในการแปลความหมายและตีความซึ่งเป็นบันไดขั้นที่ 2 และภายหลังการแปลความหมายและตีความแล้วสมองจะส่งคำสั่งไปยังอวัยวะต่าง ๆ ให้แสดงปฏิกิริยาตอบสนองเป็นพฤติกรรมในรูปแบบต่าง ๆ ในทางจิตวิทยาเรียกว่า “พฤติกรรมที่มีความมุ่งหมาย” เป็นบันได ขั้นที่ 3 ซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภาพกระบวนการรับรู้ได้ ดังแผนภาพที่ 3



ส่วนที่ 5 แนวคิดเกี่ยวกับการจูงใจ

การจูงใจ (Motivation) หมายถึง วิธีการการนำปัจจัยต่างๆ ที่เป็นแรงจูงใจ(Motive) มาผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างมีทิศทาง เพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายหรือเงื่อนไขที่ต้องการ ปัจจัยต่างๆ ที่นำมาเป็นแรงจูงใจอาจเป็นเครื่องล่อ รางวัล การลงโทษ การทำให้เกิดความตื่นตัว รวมทั้งทำให้เกิดความหวัง เป็นต้น จุดเริ่มต้นของกระบวนการจูงใจ คือ ความต้องการ (Need) เมื่อมนุษย์มีความต้องการก็จะเกิดแรงจูงใจผลักดันให้เกิดพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อตอบสนองความต้องการนั้น พฤติกรรมมนุษย์จึงถูกกำหนดและควบคุมโดยแรงจูงใจ ซึ่งการจูงใจแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ (สุชา จันทน์เอม 2539 : 101)

1.1 การจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation) หมายถึง สภาวะที่บุคคลกระทำหรือแสดงพฤติกรรมอย่างหนึ่งอย่างใดออกมา เพราะคาดหวังรางวัลหรือสิ่งตอบแทนจากภายนอก เช่น ตั้งใจเรียนเพราะต้องการรางวัล เป็นต้น

1.2 การจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) หมายถึง สภาวะที่บุคคลกระทำหรือแสดงพฤติกรรมอย่างหนึ่งอย่างใดออกมา เพราะต้องการที่จะกระทำหรือเรียนรู้อะไรบางอย่างด้วยตนเอง เป็นไปด้วยความสมัครใจไม่ต้องอาศัยการชักจูงจากสิ่งเร้าภายนอก เช่น การอาสาสมัครทำงานด้วยใจรัก เป็นต้น

1.3 การจูงใจภายในร่างกาย (Internal Motivation) หมายถึง สภาวะที่บุคคลกระทำหรือแสดงพฤติกรรมอย่างหนึ่งอย่างใดออกมาเพราะความต้องการด้านสรีระที่เกิดขึ้นภายในร่างกายของตน เช่น ความหิว ความต้องการขับถ่าย เป็นต้น

ส่วนที่ 6 แนวคิดด้านการส่งเสริมการตลาด (Promotion)

“การตลาด” หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่ปฏิบัติเป็นกระบวนการอันมีผลให้เกิดการนำสินค้าจากผู้ผลิตหรือบริการจากผู้ให้บริการไปสู่ผู้บริโภคหรือผู้ใช้บริการนั้น ๆ ให้ได้รับความพอใจและบรรลุวัตถุประสงค์ของกิจการในเวลาเดียวกัน ซึ่งในการดำเนินงานทางการตลาดจะมีองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 4 อย่าง (4’Ps) หรือที่เรียกว่า “ ส่วนประสมทางการตลาด ” ที่ประกอบด้วย ผลิตภัณฑ์หรือบริการ (Product) การจัดจำหน่าย (Place) การกำหนดราคา (Price) และ การส่งเสริมการตลาด (Promotion)

การส่งเสริมการตลาด เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของส่วนประสมทางการตลาดที่มุ่งเน้นด้านการติดต่อสื่อสาร ไปยังลูกค้ากลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างความสนใจในผลิตภัณฑ์หรือบริการที่เสนอขาย ซึ่งจะส่งผลให้ลูกค้าหรือผู้รับบริการซื้อผลิตภัณฑ์สินค้าหรือเลือกใช้บริการได้ในที่สุด

การส่งเสริมการตลาดมีคุณค่าต่อธุรกิจการขายและการให้บริการด้วยก่อให้เกิดผลประโยชน์ ดังนี้ (สุดาควง เรืองรุจิระ 2543 : 1-2)

1. ทำให้จำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือขายบริการได้เพิ่มขึ้น
2. สามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ซื้อทำให้ยอมรับสิ่งใหม่ ๆ ได้เร็วขึ้น
กิจการธุรกิจไม่ต้องใช้เวลานานในการแนะนำสินค้าทำให้ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการจะลดลง
3. ช่วยสร้างความพอใจในตัวสินค้าหรือบริการได้รวดเร็วขึ้น ทำให้การตัดสินใจเลือกซื้อหรือใช้บริการของผู้บริโภครวดเร็วขึ้นในปริมาณมากขึ้นเพราะอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อถือ

วัตถุประสงค์ของการส่งเสริมการตลาด

ในการดำเนินงานการส่งเสริมการตลาด โดยทั่วไปมีวัตถุประสงค์ขั้นพื้นฐานอยู่ 3 ประการ ได้แก่ การบอกกล่าว (Informing) การจูงใจและการชักชวน (Motivating) และการเตือนความจำ (Reminding) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การบอกกล่าว (Informing) เป็นวัตถุประสงค์ขั้นต้น คือ ต้องการบอกกล่าวให้ผู้บริโภคทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของผลิตภัณฑ์ที่เสนอขาย เพื่อให้ผู้บริโภครู้จักและเข้าใจถึงคุณประโยชน์ต่าง ๆ ของผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ผลิตขึ้นมา
2. การจูงใจและการชักชวน (Motivating and Persuading) หลังจากได้ชี้แจงให้ผู้บริโภคได้มีความเข้าใจผลิตภัณฑ์แล้วนักการตลาดจะต้องอาศัยการสื่อสารเพื่อกระตุ้นความสนใจของผู้บริโภค ให้ผู้บริโภคเกิดความต้องการ และคิดว่าสินค้านั้นน่าจะใช้ประโยชน์ได้รวมถึงพยายามชักชวนให้ผู้ซื้อเกิดความรู้สึกถ้อยตามเพื่อจะนำไปสู่การซื้อ
3. การเตือนความทรงจำ (Reminding) เป็นการใช้ข้อมูลติดต่อสื่อสารเพื่อจะทำให้เกิดการเน้นย้ำถึงสินค้าที่จะทำให้ผู้บริโภคนึกถึงสินค้านั้นอยู่ตลอดเวลาเมื่อผู้บริโภคเกิดความต้องการในสินค้านั้น เช่น การโฆษณาผงชักฟอก หรือน้ำอัดลม

วิธีการส่งเสริมการตลาด

ในการทำให้ข่าวสารต่าง ๆ ถึงลูกค้าเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารการตลาดจะต้องให้ความสำคัญในการสื่อสาร ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีสูงมากมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เทคโนโลยีสื่อสารที่เจริญขึ้นเหล่านี้เข้าไปในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้บริโภคมากขึ้น ดังนั้นการเลือกวิธีการส่งเสริมการตลาดจึงต้องให้ทันกับความก้าวหน้าของเครื่องมือสื่อสารและเหมาะสมกับสภาพการดำรงชีวิตประจำวันของผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมายด้วย วิธีการส่งเสริมการตลาดประกอบด้วย 4 วิธี คือ การประชาสัมพันธ์ (Public Relation) การโฆษณา

(Advertising) การขายโดยบุคคล (Personal Selling) และ การส่งเสริมการขาย (Sales Promotion) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. **การประชาสัมพันธ์ (Public Relations)** เป็นเครื่องมือการส่งเสริมการตลาดที่ได้รับความนิยมใช้มากใช้ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นจริงและความเป็นมาของธุรกิจ เป็นการบอกความเจริญเติบโตขององค์การธุรกิจมากกว่าการเสนอขายทำให้ผู้บริโภคไม่ต้องระมัดระวังต่อข่าวสารที่ได้รับมากนัก อย่างไรก็ตามผู้บริหารการตลาดก็สามารถอาศัยการประชาสัมพันธ์สร้างการยอมรับให้ตัวผลิตภัณฑ์และสถาบันองค์กรธุรกิจจากผู้บริโภคได้ ดังนั้นการประชาสัมพันธ์จึงเป็นการกระตุ้นให้เกิดการซื้อด้วยการสร้างข่าวที่ใช้สื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น ไปถึงผู้บริโภคซึ่งเป็นวิธีที่ธุรกิจเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด

2. **การโฆษณา (Advertising)** เป็นการสื่อสารถึงกลุ่มผู้บริโภคจำนวนมากที่อยู่กระจัดกระจายได้ในระยะเวลาอันรวดเร็วโดยผ่านสื่อมวลชนต่าง ๆ ช่วยในการจูงใจกลุ่มลูกค้าเป้าหมายให้เกิดความต้องการในสินค้าหรือบริการ การโฆษณาอาจจัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนการเสนอขายของพนักงานขายเพื่อสร้างความรู้จักให้เกิดขึ้นก่อนการเสนอขายจริง ช่วยให้ร้านค้าคนกลางที่รับสินค้าไปจำหน่ายเกิดความมั่นใจในการสนับสนุนการขายของเจ้าของสินค้าโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลิตภัณฑ์ใหม่ในตลาด การโฆษณาจะช่วยขยายการใช้ประโยชน์ของผลิตภัณฑ์ได้มากขึ้น ดังเช่นการเสนอรายการประกอบอาหารต่าง ๆ จากผลิตภัณฑ์อาหารบางชนิดที่จำหน่ายอยู่ในตลาดของผู้ผลิตบางรายไม่ว่าจะเป็นน้ำมันพืช หรือ ซอสปรุงรส เป็นต้น โดยการโฆษณาที่มีสื่อในการโฆษณาหลาย ๆ รูปแบบ ดังเช่น โทรทัศน์ (Television) วิทยุ (Radio) หนังสือพิมพ์ (Newspaper) นิตยสาร (Magazine) สื่อโฆษณากลางแจ้ง (Outdoor Advertising) การใช้ส่งตรงทางไปรษณีย์ (Direct mail) หรือ การโฆษณาตามยานพาหนะ (Transit Advertising) เป็นต้น

3. **การขายโดยบุคคล (Personal Selling)** เป็นวิธีการส่งเสริมการตลาดโดยการใช้พนักงานขาย การเสนอขายโดยวิธีนี้ถือได้ว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดเพราะเป็นการสื่อสารสองทาง (two-way communication) มีการพบหน้ากันระหว่างผู้ขายกับผู้ซื้อทำให้สามารถสังเกตเรียนรู้และเข้าใจความรู้สึกของอีกฝ่ายหนึ่งได้ สามารถทราบปฏิกิริยาตอบสนองจากผู้ซื้อโดยทันทีทันใดว่าสนใจจะซื้อสินค้านั้นหรือไม่ ผู้ขายสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ซื้อได้ สร้างความคุ้นเคยให้เกิดความสัมพันธ์ส่วนตัวขึ้นมา ทำให้พนักงานขายสามารถขายสินค้าได้มากขึ้นกว่าเดิม การขายโดยบุคคลมีข้อเสีย คือ ค่าใช้จ่ายสูง การขายโดยบุคคลสำหรับสินค้าอุปโภคบริโภคที่ราคาต่อหน่วยต่ำเข้าสู่กลุ่มลูกค้าคนสุดท้าย (Final consumer) จึงไม่คุ้มค่าใช้จ่าย และไม่สามารถกระจายตลาดได้อย่างทั่วถึง ดังนั้น การขายโดยบุคคลจึงมักใช้กับผู้ซื้อในตลาดธุรกิจเป็นส่วนใหญ่

4. การส่งเสริมการขาย (Sales Promotion) ถือเป็นกิจกรรมการส่งเสริมการตลาดอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้บริโภคเกิดความสนใจในตัวสินค้ามากยิ่งขึ้น การส่งเสริมการขายเป็นรูปแบบที่องค์กรธุรกิจเสนอผลประโยชน์พิเศษให้กลุ่มลูกค้าเป็นครั้งคราว เพื่อกระตุ้นให้ลูกค้าซื้อสินค้าในช่วงเวลานั้น เป็นกิจกรรมที่เข้ามาทำหน้าที่ส่งเสริมการตลาดโดยใช้ร่วมกับการโฆษณาและการขายโดยบุคคล ซึ่งมีเทคนิคในการส่งเสริมการขายหลายวิธีแล้วแต่ต้องการจะส่งเสริมการขายที่มุ่งเข้าสู่ผู้บริโภค ผู้จัดจำหน่าย หรือพนักงานขาย ดังเช่น การจัดแสดงสินค้า (Exhibition) การสาธิต (Demonstration) การแจกของตัวอย่าง (Sample) การให้คูปอง (Coupon) การให้ของแถม (Premium) การใช้แสตมป์การค้า (Trading Stamp) การลดราคา (Price-offs) การส่งชิ้นส่วนไปชิงโชค (Sweepstakes) เป็นต้น

จากประเด็นต่าง ๆ ของการส่งเสริมการตลาดสามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้ คือ การส่งเสริมการตลาดเป็นองค์ประกอบหนึ่งของส่วนประสมทางการตลาด เป็นวิธีการที่นำการสื่อสารมาใช้โดยมีวัตถุประสงค์พื้นฐาน 3 ประการ คือ เพื่อบอกกล่าว ชักชวนจูงใจ และเตือนความจำ ประกอบด้วยวิธีการ 4 วิธี คือ การประชาสัมพันธ์ การโฆษณา การขายโดยบุคคล และการส่งเสริมการขาย ทำให้เกิดคุณค่า คือ การเปลี่ยนทัศนคติของผู้บริโภค เกิดการยอมรับในตัวผลิตภัณฑ์หรือบริการ และตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์หรือใช้บริการ ได้เร็วและมากขึ้น

ส่วนที่ 7 แนวคิดเรื่องยุทธศาสตร์การพัฒนาและตัวแบบทางความคิดเรื่องยุทธศาสตร์การพัฒนา

7.1 ความหมายของยุทธศาสตร์การพัฒนา

“ยุทธศาสตร์” เป็นคำที่ใช้ในทางการทหารในการทำศึกสงครามที่มุ่งเอาชนะเหนือข้าศึกให้ได้อย่างรวดเร็ว ถ้าสงครามนั้นกระทำกันในภูมิประเทศหรือสมรภูมิที่ยากลำบากศัตรูอยู่ในทำเลที่ได้เปรียบและมีจำนวนทหารรวมทั้งยุทธโศปกรณ์ที่เหนือกว่าการสงครามย่อมจะมีความยุ่งยากและซับซ้อนยิ่งขึ้น ดังนั้นหากต้องการเอาชนะสงครามดังกล่าวต้องมีการวางแผนและกำหนดขั้นตอนหลัก ๆ ในการทำสงครามที่กระชับและชัดเจน เมื่อมีการพัฒนาเกิดขึ้นในโลกโดยเฉพาะเมื่อสังคมมีความสลับซับซ้อนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เรื่องต่าง ๆ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา การสาธารณสุข และประเพณีวัฒนธรรม เป็นต้น ล้วนมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงซึ่งกันและกัน สภาพปัญหาและความต้องการต่าง ๆ ของสังคมก็ทวีความซับซ้อนและซับซ้อนมากขึ้นตามไปด้วย จึงเริ่มมีการนำแนวคิดเกี่ยวกับยุทธศาสตร์มาใช้ในการพัฒนาประเทศมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันนี้ยุทธศาสตร์ได้ถูกนำไปใช้ในการพัฒนาทุกระดับและทุกวงการ เช่น มีการใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนาในระดับโลก ภูมิภาค ประเทศ ภาควิชา จังหวัด อำเภอ ตำบล ไปถึงระดับชุมชนท้องถิ่นหมู่บ้านหรือแม้กระทั่งระดับ

ครอบครัวและปัจเจกบุคคล และยุทธศาสตร์ก็ถูกนำไปใช้ในการพัฒนาแทบทุกวงการ เช่น ยุทธศาสตร์การพัฒนาโดยภาคราชการ ภาคธุรกิจ ภาคอุตสาหกรรม การท่องเที่ยว เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่ทำการพัฒนาด้านต่าง ๆ ไม่เพียงแต่มุ่งหวังให้เกิดผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างรวดเร็วเท่านั้น หากแต่ต้องการให้พ้นจากสภาพปัญหาหรือภาระกิจการพัฒนาดัง ๆ ที่มีความซับซ้อนยิ่งขึ้นด้วย (ชุมชน รุ่งปัจฉิม ชำนาญ วัฒนศิริ และ ปรีชา เปี่ยมพงษ์สานต์ 2545 : 84-85) ในขณะที่ เฉลียว บุรีภักดี (2548 : 1) ได้ให้ความหมายของ “ยุทธศาสตร์การพัฒนา” ว่าเป็นคำที่รวมเอาคำว่า “ยุทธศาสตร์” และ คำว่า “พัฒนา” มาต่อกัน จึงมีความหมายว่า แผนการอันชาญฉลาดสำหรับใช้ทำงานพัฒนาเรื่องหนึ่งเรื่องใดที่มีความยากเป็นพิเศษซึ่งไม่อาจทำให้บรรลุด้วยวิธีปกติธรรมดา เป็นแผนที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของ หลักวิชา ทฤษฎี แนวคิด และข้อมูลสภาพความจริงที่ถูกต้องเหมาะสมกับเรื่องที่จะทำการพัฒนา

7.2 ตัวแบบทางความคิดเรื่องยุทธศาสตร์การพัฒนา

การสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนา เพื่อแก้ปัญหาทุกข์ร้อนหรือการพัฒนามีกระบวนการให้ได้มาที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

7.2.1 การระบุและวิเคราะห์ปัญหาทุกข์ร้อน

1) ปัญหาทุกข์ร้อน หมายถึง สภาพอันไม่พึงประสงค์ของผู้เป็นเจ้าของทุกข์คนหนึ่งคนใดหรือกลุ่มหนึ่งกลุ่มใดที่มีตัวตนแน่นอน เจ้าของทุกข์นั้นสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความทุกข์ร้อนหรือสภาวะอันไม่พึงประสงค์นั้นได้

2) การระบุปัญหาทุกข์ร้อน ได้แก่ การระบุจำนวนและขอบเขตของผู้มีความทุกข์ร้อนหรือ “เจ้าทุกข์” ระบุนิคม และ อาการของความทุกข์ร้อน ตลอดจนความรุนแรง เวลา สถานที่ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3) การวิเคราะห์ปัญหาทุกข์ร้อน คือ การจัดหมวดหมู่หรือจำแนกประเภทลำดับขั้นตอนหรือแหล่งของปัญหาทุกข์ร้อน แล้วแสดงความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มปัญหาหรือระหว่างหน่วยปัญหาเหล่านั้น เช่น แสดงให้เห็นว่ามีบางหน่วยปัญหาที่เป็นเหตุปัจจัยให้เกิดปัญหาอื่นและมีบางหน่วยปัญหาที่เป็นสืบเนื่องมาจากปัญหาอื่น หรือจะจำแนกปัญหาเหล่านี้ในลักษณะอื่นก็ได้ วัตถุประสงค์ของการจำแนกปัญหาออกเป็นหน่วยปัญหาย่อย ๆ คือ เพื่อสะดวกในการเลือกปัญหาใดปัญหาหนึ่งมาเป็นปัญหาเป้าหมายสำหรับยุทธศาสตร์การพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาหนึ่ง

7.2.2 การกำหนดและวิเคราะห์ปัญหาเป้า

1) การกำหนดปัญหาเป้า การจะกำหนดเลือกหน่วยปัญหาใดที่ได้มาจากปัญหาทุกข้อขึ้นมาเป็นปัญหาเป้าในกรณีที่มีหน่วยปัญหาหลายรายการให้เลือก อาจใช้เกณฑ์ในการเลือกดังนี้ คือ หน่วยปัญหาเป้านี้ถ้าได้รับการแก้ไขจะสนองความต้องการของเจ้าทุกข์ได้มาก หน่วยปัญหาเป้านี้ถ้าได้รับการแก้ไขจะนำความคลี่คลายมาสู่หน่วยปัญหาอื่นได้ด้วย ผู้ที่รับผิดชอบการแก้ไขปัญหานี้มีความสามารถพอที่จะสร้างยุทธศาสตร์ขึ้นมาแก้ปัญหาก็ได้ และการจะสร้างยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหานี้จะต้องใช้ทรัพยากร ไม่มากเกินไปจนไม่ต้องการลงทุน

2) การวิเคราะห์ปัญหาเป้า ในการเลือกปัญหาเป้าอาจจะเลือกปัญหาเดียวหรือมากกว่านั้นได้สำหรับการสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนาแต่ละครั้ง อย่างไรก็ตามควรคำนึงว่าหน่วยปัญหาเป้าแต่ละหน่วยมักต้องใช้ยุทธศาสตร์ที่มีลักษณะเฉพาะซึ่งเหมาะสมกับปัญหานั้น การเลือกปัญหาเป้ามากกว่าหนึ่งปัญหาในคราวเดียวกัน จะนำไปสู่ความยากลำบากในการสร้างยุทธศาสตร์ แต่ถ้าเป็นกรณีที่มีความเหมาะสมด้วยเหตุผลอย่างอื่นการเลือกปัญหาเป้าที่ได้เลือกแล้ว คือ การจำแนกองค์ประกอบภายในกรอบปัญหาลดจนจำแนกเหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหานั้น ซึ่งในการนี้สามารถนำเอาทฤษฎีระบบมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ได้โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ปัญหาเป้า คือ เพื่อให้เข้าใจชัดเจนว่าการจะแก้ไขปัญหานั้นให้หมดไปจะต้องกำหนด เป้าหมายของยุทธศาสตร์เป็นอย่างไรและจะต้องใช้ทรัพยากรมากน้อยเพียงใด

7.2.3. การกำหนดเป้าหมายของยุทธศาสตร์

การกำหนดเป้าหมายของยุทธศาสตร์ คือ การถิ่คอนุมานจากผลการวิเคราะห์ปัญหาเป้า สิ่งที่ต้องตัดสินใจในขั้นนี้ คือ จะกำหนดเป้าหมายของยุทธศาสตร์ในคุณภาพระดับใดทั้งนี้เพราะว่าแต่ละระดับของคุณภาพจะหมายถึงการใช้ทรัพยากรหรือทุนที่แตกต่างกัน

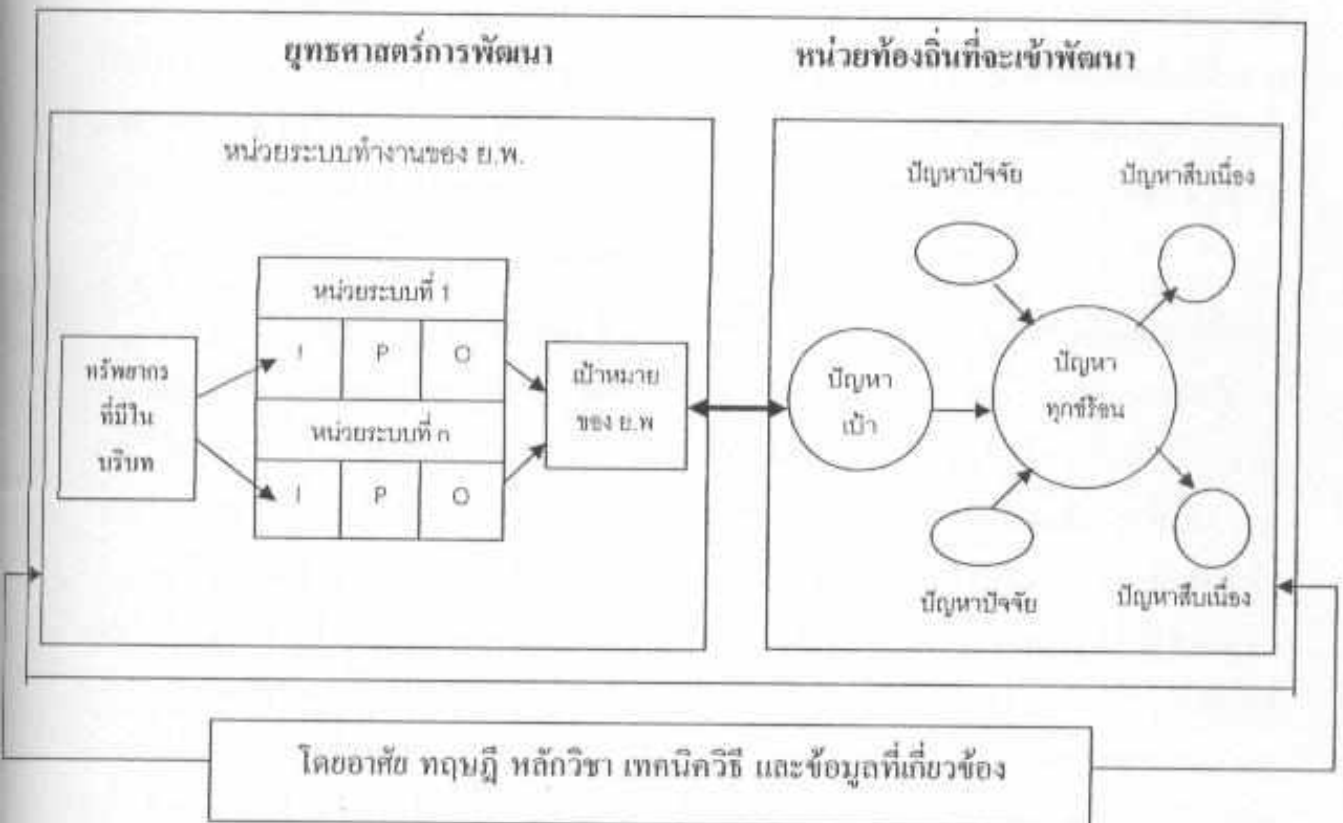
7.2.4 การสร้างหน่วยระบบทำงาน

หน่วยระบบทำงานแต่ละหน่วย คือ “หน่วยระบบ” ที่เราสร้างขึ้นตามหลักของทฤษฎีระบบนั่นเอง กล่าวคือ เรากำหนดว่าจะให้ได้ผลผลิต (O) เป็นเช่นไร จากนั้นจึงกำหนดกระบวนการ (P) และกำหนดปัจจัยนำเข้า (I) ที่จะทำให้เกิดผลผลิตที่ต้องการ หน่วยระบบทำงานอาจจะมีมากกว่าหนึ่งหน่วยและอาจจะเชื่อมโยงกันในลักษณะที่เป็นลำดับก่อนหลังแก่กันหรือในลักษณะที่เป็นคู่ขนานก็ได้ คือ บรรดาผลผลิต (O) ที่ได้มาจากหน่วยระบบทำงานทั้งหลายรวมกันทำให้บรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้แล้ว

7.2.5 การจัดหาทรัพยากร

ทรัพยากรที่จะนำมาใช้เป็นปัจจัยนำเข้าย่อมได้มาจากบริบทภายนอกและบริบทภายในของหน่วยระบบทำงานแต่ละหน่วยโดยที่ควรได้รับการเลือกสรรอย่างเหมาะสมและมีความคุ้มค่า ได้แก่ กำลังคน เงิน วัสดุสิ่งของ เวลาดำเนินการ ตลอดจนสิ่งที่เป็นนามธรรม เช่น สถิติปัญหา ความรู้ความสามารถ ค่านิยม ความเชื่อ ความศรัทธา และอื่นๆ ความขาดแคลนที่สำคัญยิ่งอย่างหนึ่งของแผนการแก้ปัญหาหรือของยุทธศาสตร์การพัฒนาคือการเลือกใช้ทรัพยากร

จากขั้นตอนต่าง ๆ ของการสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนาศาสนาสามารถสรุปเป็นแผนภาพตัวแบบทางความคิด เรื่อง ยุทธศาสตร์การพัฒนา ได้ดังแผนภาพที่ 4



แผนภาพที่ 4 แผนภาพตัวแบบทางความคิด เรื่องยุทธศาสตร์การพัฒนา

ส่วนที่ 8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์ทางการตลาดที่เกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุข ดังนี้

8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ประดัย ทองใส (2541 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตปริมณฑล จำนวน 400 คน พบว่า สตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 87.5 มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิที่ไม่พึงประสงค์โดยร้อยละ 88 มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด และมีเพียงร้อยละ 16 เท่านั้นที่ไปรับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก รวมทั้งร้อยละ 92.8 มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ไม่ถูกต้อง และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับทุติยภูมิ

นอร์ดิน บิน ซาเล และ กนิษฐา นิตศัมพัฒนา (2537 : 45-46) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดชลบุรี พบว่า สตรีที่มีระดับการรับรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกสูงมีโอกาที่จะตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่มีการรับรู้ต่ำประมาณ 7.2 เท่า สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ พบว่า การได้รับสื่อเผยแพร่ความรู้ทางด้านสุขภาพ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ เอกสารแจกการปฏิบัติในการให้บริการวางแผนครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของสตรีเรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการแนะนำเป็นรายบุคคลจึงเป็นวิธีที่เหมาะสมและควรเน้นที่การถ่ายทอดข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกไปยังกลุ่มสตรีโดยตรง โดยการผสมผสานยุทธการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเนื้อหา หรือ บุคลากรที่รับผิดชอบเพื่อให้ระดับการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมายดีขึ้นจะช่วยให้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะตรวจมะเร็งปากมดลูกในระยะต่อมา

เจริญ อัสวประพล (2533 :101-102) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ จังหวัดสระบุรี จำนวน 125 คน โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม โดยใช้สื่ออัดประกอบคำบรรยาย การใช้ตัวแบบ การสนทนากลุ่มย่อย การจัดนิทรรศการ และสติ๊กเกอร์ พบว่า ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษามีส่วนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคทั้งด้าน

ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและการรับรู้ผลดีต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมกาป้องกันโรค

วนิดา เสนะวงษ์ (2535 :84) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการสนับสนุนของสามีในการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งเรืงปากมดลูกของคณงานสตรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 113 คน โดยการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาด้วยการนำเสนอตัวแบบในทางลบ การบรรยายประกอบสไลด์ และการกระตุ้นเตือนจากสามีและ อสม.ในโรงงาน พบว่า ภายหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเรืงปากมดลูกถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์ทางการตลาดที่เกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุข

นราวดี สันสยะ (2539 : บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์แนวคิดการตลาดขายตรงแบบหลายชั้น เพื่อส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงวิทยาลัยเทคนิคจังหวัดชุมพร จำนวน 261 คน พบว่า ตัวแทนนักศึกษาสามารถขยายเครือข่ายเครือข่ายได้ 3 ระดับเครือข่าย ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 12.7 วัน นักศึกษามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเรืงเต้านม ความรุนแรงของมะเร็งเรืงเต้านม มีความคาดหวังในความสามารถและประสิทธิผลการตอบสนองต่อพฤติกรรมกาตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมถึงมีความมั่นใจในการขยายเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น และมีพฤติกรรมกาตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรณิ สุรินทร์ (2536 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาวิธีการตลาดทางสังคมในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งเรืงปากมดลูกในสตรีชนบท จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ภายหลังการจัดกิจกรรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งเรืงปากมดลูก สตรีกลุ่มเป้าหมายในกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเรืงปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเรืงปากมดลูก การรับรู้ต่อค่าใช้จ่ายและผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการตรวจเซลล์มะเร็งเรืงปากมดลูก รวมถึงความตั้งใจที่จะตรวจเซลล์มะเร็งเรืงปากมดลูก ดีกว่าก่อนการจัดกิจกรรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้รับบริการในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ ปัจจัยด้าน อายุ รายได้ครอบครัว ประสพการณ์การตรวจเซลล์มะเร็งเรืงปากมดลูก การสื่อสารระหว่างสามีภรรยาไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งเรืงปากมดลูก

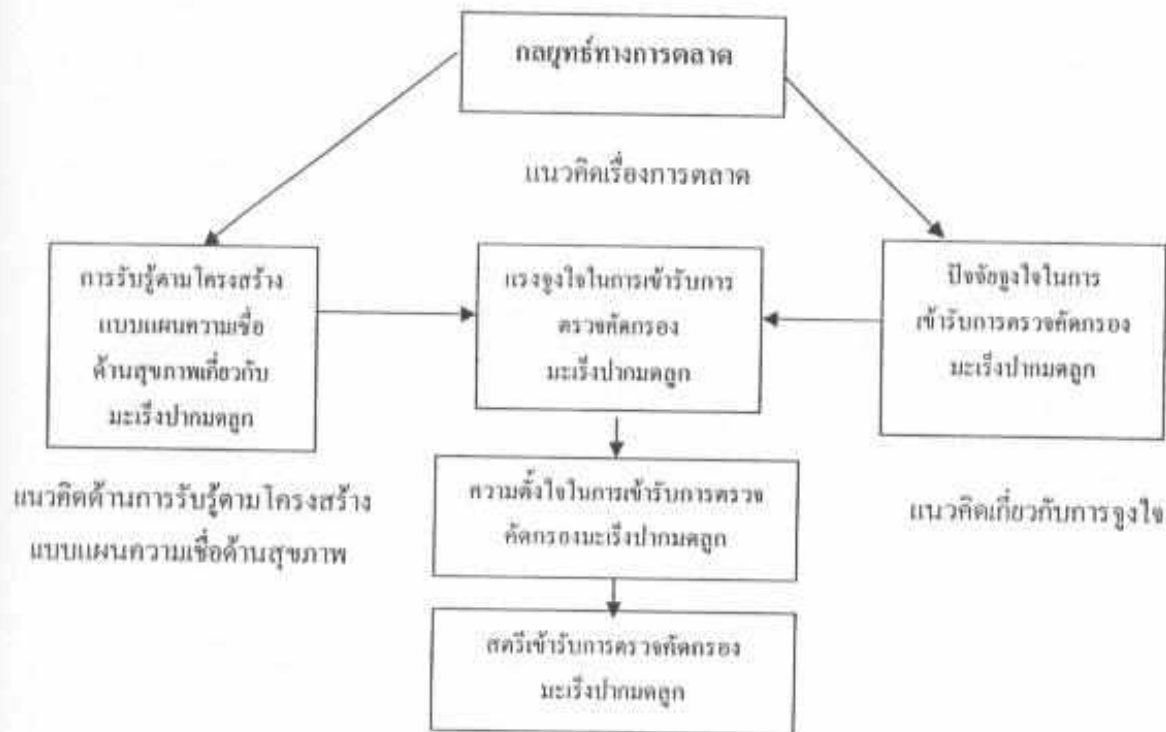
เพ็ญศิริ เมฆโหรา (2533 : 92-95) ศึกษาการใช้การกระตุ้นเตือนโดยจดหมายในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในทหารเกณฑ์ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ และการปฏิบัติตัวดีขึ้น

ถาว์ลย์ นัสโอดี (2532 : 92-95) ศึกษาการใช้การกระตุ้นเตือนทางไปรษณียบัตรในนักศึกษาสตรีวิทยาลัยครูเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า นักศึกษามีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้และความสม่ำเสมอในการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้น

ส่วนที่ 9 การพัฒนารอบแนวคิดในการสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนา

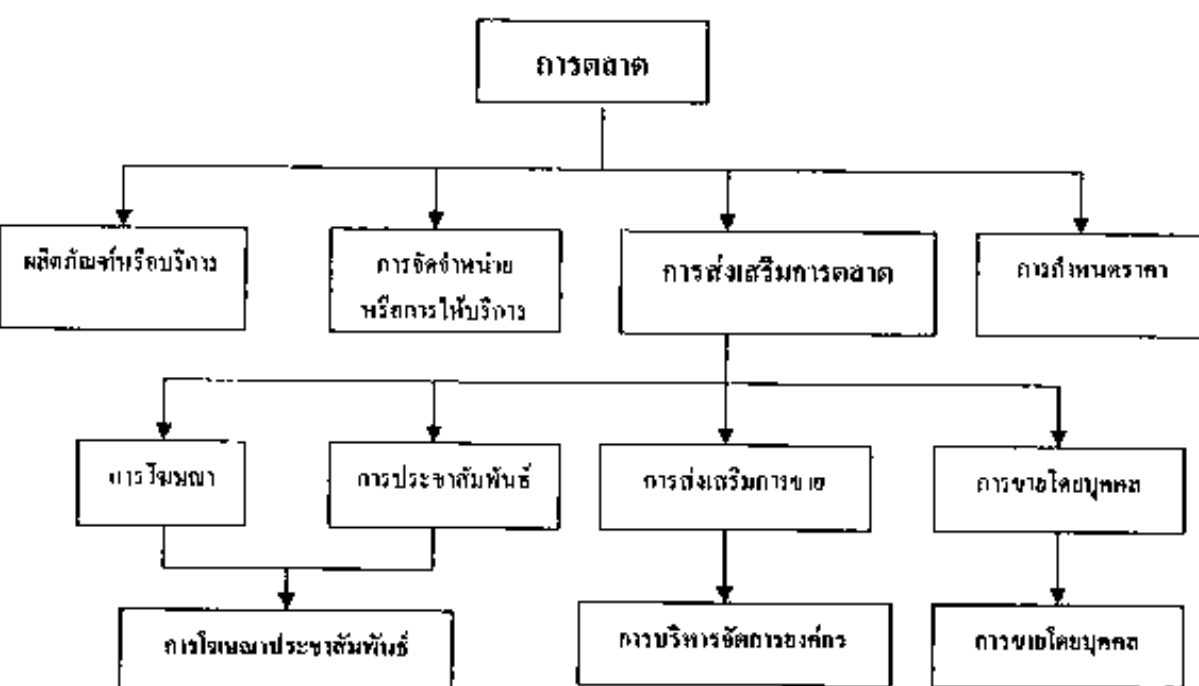
จากปัญหาการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดสมุทรสาครที่สตรีเป้าหมายยังเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวนน้อย ส่งผลให้การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกของสตรีมักอยู่ในระยะรุนแรงและลุกลามไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จนเป็นสาเหตุการตายที่มีอัตราสูงอยู่ในปัจจุบัน นำมาสู่การสนใจในการทำวิจัยทดลองใช้ยุทธศาสตร์เพื่อการแก้ไขปัญหา ซึ่งกรอบคิดของยุทธศาสตร์ได้ถูกสร้างขึ้นตามแนวคิดในการสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนาของเจเลียว บุรีภักดี เริ่มตั้งแต่การระบุและวิเคราะห์ปัญหาทุกข้อรอบการกำหนดและวิเคราะห์ปัญหาเป้า การกำหนดเป้าหมายของยุทธศาสตร์ การสร้างหน่วยระบบการทำงาน และ การจัดสรรทรัพยากร ภายใต้นแนวคิดทฤษฎีที่กล่าวไว้ข้างต้น กล่าวคือ เป้าหมายของยุทธศาสตร์ถูกกำหนดขึ้นให้สตรีเป้าหมายมีแรงจูงใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจนเกิดความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ตาม โครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosen Stock ที่กล่าวว่า “โดยทั่วไปบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำได้ต้องมีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ถึงศักยภาพความรุนแรงของอาการที่เกิดจากโรค และรับรู้ว่าคุณได้กระทำพฤติกรรมตามที่ได้รับการเสนอแนะจะเกิดประโยชน์ขึ้นแก่ตนเองและการไม่กระทำพฤติกรรมตามตามที่ได้รับการเสนอแนะจะทำให้เกิดโทษแก่ตนเอง” ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวจะมีผลสืบเนื่องตามมาที่สามารถแปลผลได้ในลักษณะของความกลัวต่อการเจ็บป่วย ความกลัวจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่เข้มแข็งที่ทำให้เกิดการกระทำการใด ๆ เพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่สร้างความทุกข์ทรมานนั้นให้หมดไป และแนวคิดเกี่ยวกับการจูงใจของ สุชา จันทน์เอม ที่ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมของมนุษย์ถูกกำหนดและควบคุมด้วยแรงจูงใจ ซึ่งแรงจูงใจจะเกิดได้จากการนำปัจจัยต่าง ๆ มาเป็นเครื่องจูงใจ ที่อาจเป็นเครื่องล่อ รางวัล การลงโทษ การทำให้เกิดความตื่นตัว หรือการทำให้เกิดความหวัง โดยยุทธศาสตร์ ที่นำมาใช้ในการพัฒนารั้งนี้ คือ กลยุทธ์ทางการตลาด

ที่สามารถสรุปเป็นแผนภาพความสัมพันธ์ของแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา ได้ดังแผนภาพที่ 5



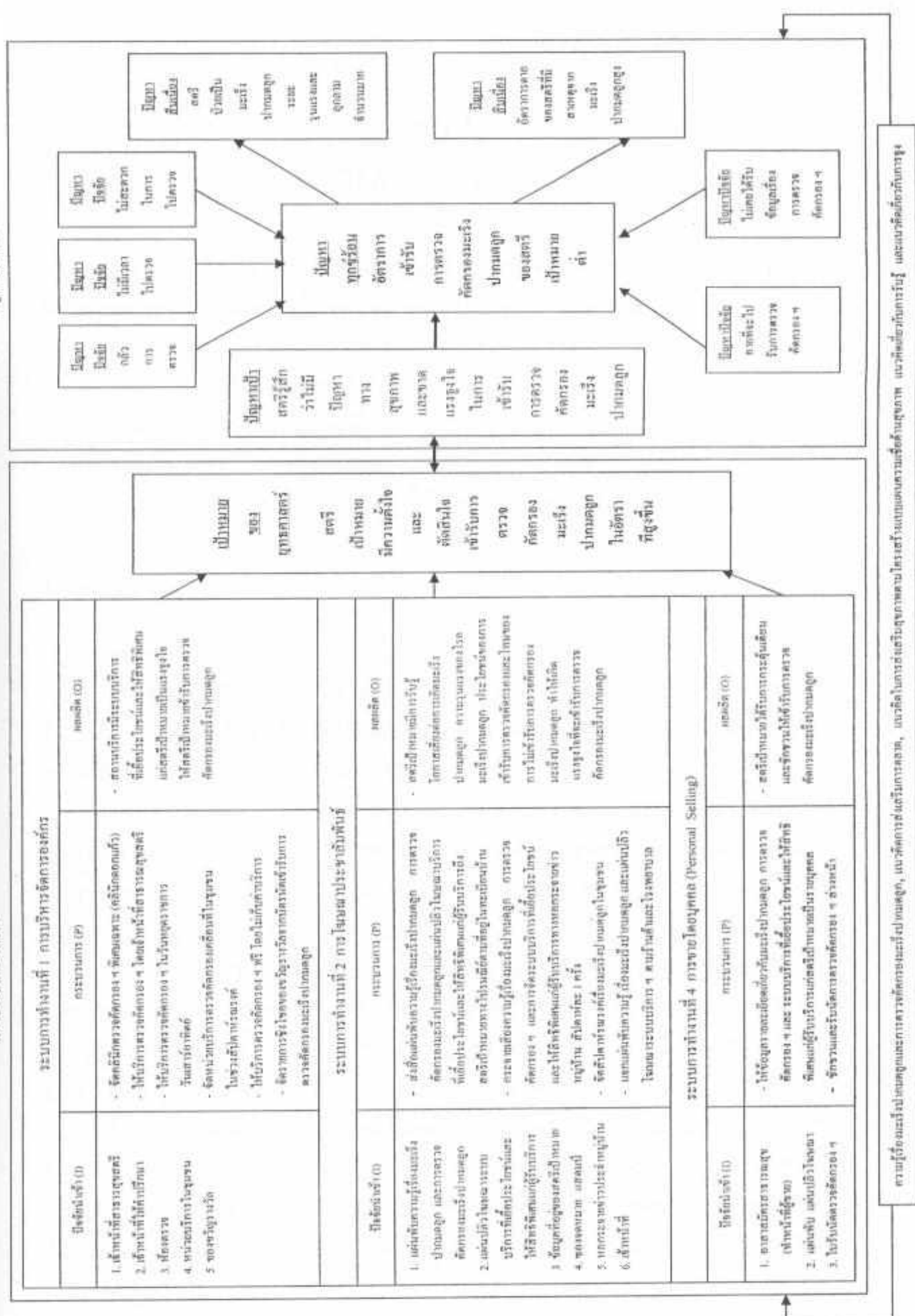
แผนภาพที่ 5 แผนภาพความสัมพันธ์ของแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา

สำหรับกลยุทธ์ทางการตลาด ได้กำหนดระบบการทำงานขึ้นโดยการประยุกต์วิธีการส่งเสริมการตลาดมาเป็นระบบการทำงาน 3 ระบบ คือ ระบบการทำงานบริหารจัดการองค์กร มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการจัดบริการที่เอื้อประโยชน์และให้สิทธิพิเศษในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นแรงจูงใจให้สตรีเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระบบการทำงานการโฆษณาประชาสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการจัดบริการที่เอื้อประโยชน์และให้สิทธิพิเศษในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานบริการสาธารณสุข และระบบการทำงานการขายโดยบุคคลที่ใช้อาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้ขายทำการเน้นย้ำข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการจัดบริการที่เอื้อประโยชน์และให้สิทธิพิเศษในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานบริการสาธารณสุขแก่สตรีเป้าหมาย พร้อมทั้งรณรงค์เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกล่วงหน้า ซึ่งสามารถแสดงเป็นแผนภาพระบบการทำงานจากการประยุกต์วิธีการส่งเสริมการตลาดได้ ดังแผนภาพที่ 6



แผนภาพที่ 6 แผนภาพการประยุกต์ระบบการทำงานโดยวิธีของการส่งเสริมการตลาด

จากระบบการทำงานทั้งหมดจะช่วยให้สตรีเป้าหมายมีการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความซื่อสัตย์สุจริตเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และสถานบริการสาธารณสุขมีระบบบริการที่สร้างแรงจูงใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งความสอดคล้องของแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ดังกล่าวทำให้เชื่อได้ว่าจะส่งผลให้สตรีเป้าหมายมีแรงจูงใจเกิดการยอมรับและมีความตั้งใจที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในที่สุดซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภาพตัวแทนทางความคิดเรื่องยุทธศาสตร์การพัฒนากาใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้ดังแผนภาพที่ 7



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยทดลองใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมายในครั้งนี้มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ขั้นตอนกระบวนการวิจัย

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นสตรีเป้าหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเขตตำบลบ้านแพ้ว อัมเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านจริงตามการสำรวจ ณ เดือนธันวาคม 2548 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 ประชากรกลุ่มทดลอง คือ สตรีที่มีอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี ในปี พ.ศ. 2549 (สตรีที่เกิด พ.ศ. 2514 2509 2504 2499 2494 และ 2489) จำนวนทั้งสิ้น 382 คน ประกอบด้วย หมู่ 1 95 คน หมู่ 2 20 คน หมู่ 3 18 คน หมู่ 4 25 คน หมู่ 5 40 คน หมู่ 6 38 คน หมู่ 7 34 คน หมู่ 8 47 คน หมู่ 9 37 คน และ หมู่ 10 28 คน

1.2 ประชากรกลุ่มเปรียบเทียบ คือ สตรีที่มีอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี ในปี พ.ศ. 2548 (สตรีที่เกิด พ.ศ. 2513 2508 2503 2498 2493 และ 2488) จำนวนทั้งสิ้น 372 คน ประกอบด้วย หมู่ 1 98 คน หมู่ 2 19 คน หมู่ 3 22 คน หมู่ 4 23 คน หมู่ 5 34 คน หมู่ 6 33 คน หมู่ 7 34 คน หมู่ 8 29 คน หมู่ 9 47 คน และ หมู่ 10 33 คน

ในการกำหนดประชากรกลุ่มทดลองและประชากรกลุ่มเปรียบเทียบให้เป็นสตรีเป้าหมายต่างปีกันเนื่องจากตามแผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายในการส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นสตรีที่มีอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี ของแต่ละปี ทำให้สตรีเป้าหมายในการดำเนินงานมีการเปลี่ยนกลุ่มไปในทุก ๆ ปี

กลุ่มตัวอย่าง

ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เพื่อการศึกษาข้อมูล ผู้วิจัยใช้ตารางสำเร็จรูปของ ทาโร ยามาเน ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 ความคลาดเคลื่อนร้อยละ ± 10 (Taro Yamane, 1970 : 580-581) ได้กลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มละ 83 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามสัดส่วนประชากรของแต่ละหมู่บ้าน ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบและสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองที่ใช้ในการศึกษา

เขตพื้นที่การศึกษา	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง			
	กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง	
	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
หมู่ 1 บ้านแพ้ว	98	22	95	21
หมู่ 2 บ้านรางคัน	19	4	20	4
หมู่ 3 บ้านคอนโง	22	5	18	4
หมู่ 4 บ้านธรรมเจดีย์	23	5	25	5
หมู่ 5 บ้านคลองคาปลั่ง	34	8	40	9
หมู่ 6 บ้านคลองใหม่	33	7	38	8
หมู่ 7 บ้านรางปากกล้วย	34	8	34	7
หมู่ 8 บ้านไทรทอง	29	6	47	10
หมู่ 9 บ้านศรีพิพัฒน์	47	10	37	8
หมู่ 10 บ้านใหม่คลองดำเนิน	33	7	28	6
รวม	372	83	382	83

2. ขั้นตอนกระบวนการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งขั้นตอนกระบวนการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน คือ

2.1 **สำรวจข้อมูลเพื่อยืนยันปัญหา** โดยการสำรวจข้อมูลจากสตรีอายุ 35-60 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลของจังหวัดสมุทรสาครและไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง 5 ปี จำนวน 120 ตัวอย่าง ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2548

2.2 **วางแผนกลยุทธ์ในการดำเนินงาน** โดย

2.2.1 กำหนดปัญหาปัจจัยในการพัฒนาและเป้าหมายของการพัฒนา

2.2.2 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2.3 พัฒนารอบแนวคิดในการสร้างกลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.3 **ดำเนินการวิจัย** โดย

2.3.1 **ขั้นเตรียมการ** ประกอบด้วย

1) เตรียมและพัฒนาสื่อทั้งในส่วนของสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วและสื่อที่สร้างขึ้นให้เพิ่มเติมในระบบการทำงานตามแผนการวิจัย

2) กำหนดอาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้ขายตรงให้ข้อมูลข่าวสารสตรีเป้าหมายในหมู่บ้านจำนวน 20 คน

3) กำหนดสตรีเป้าหมาย 18 - 20 คน ในความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขหนึ่งคนให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มทดลอง

4) สร้างแบบสัมภาษณ์เพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

5) ดำเนินการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ และรวบรวมข้อมูลรายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประชากรสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2549

2.3.2 **ขั้นทดลอง** ดำเนินการตามขั้นตอนของแผนการใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในแต่ละระบบการทำงานเป็นเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนเมษายน - กันยายน พ.ศ. 2549 ดังนี้

ระบบการทำงานบริหารจัดการองค์กร ทำการจัดระบบบริการของสถานบริการ สาธารณสุขที่เอื้อประโยชน์และให้สิทธิพิเศษในการเข้ารับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อลดปัญหาและสร้างแรงจูงใจที่ทำให้สตรีเป้าหมายสนใจและตั้งใจที่จะเข้ารับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดย

1) จัดคลินิกบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพิเศษเฉพาะในโรงพยาบาล (คลินิกดอกแก้ว)

2) ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยเจ้าหน้าที่สตรี

3) ให้บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในวันหยุดราชการ (วันเสาร์และอาทิตย์)

4) จัดหน่วยบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเคลื่อนที่ในชุมชนช่วง สัปดาห์ณรงค์

5) ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกฟรีโดยไม่เก็บค่าบริการ

6) จัดรายการชิงโชคของขวัญรางวัลสำหรับผู้รักสุขภาพจากบัตรนัดเข้ารับ

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ระบบการทำงานการโฆษณาประชาสัมพันธ์ ทำการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ มะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการ เกิดมะเร็งปากมดลูก ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจ คัดกรองและโทษของการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งได้รับทราบการจัดระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขที่เอื้อประโยชน์และให้สิทธิพิเศษในการเข้ารับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้เกิดแรงจูงใจและเพิ่มความต้องการที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมายโดย

1) ส่งสื่อผ่านพับความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ แผ่นปลิวโฆษณาการจัดบริการที่เอื้อประโยชน์และให้สิทธิพิเศษของโรงพยาบาลถึงสตรีเป้าหมาย โดยตรงเป็นรายบุคคลตามที่อยู่ในทะเบียนบ้าน

2) กระจายเสียงประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก และ โฆษณาการจัดบริการที่เอื้อประโยชน์และให้สิทธิพิเศษของโรงพยาบาลทาง หอกระจายข่าวหมู่บ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3) จัดสัปดาห์ณรงค์เรื่องมะเร็งปากมดลูกในชุมชน

4) แจกแผ่นพับความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแผ่นปลิวโฆษณาการจัดบริการที่เอื้อประโยชน์และให้สิทธิพิเศษของโรงพยาบาลตามร้านค้า และ โรงพยาบาล

ระบบการทำงานการขยายโดยบุคคล ทำการเน้นย้ำให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับ มะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การจัดระบบบริการของสถานบริการ สาธารณสุขที่เอื้อประโยชน์และให้สิทธิพิเศษในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ โรงพยาบาล ชักชวนสตรีเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งรับลงทะเบียนนัด ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกล่วงหน้ากับสตรีเป้าหมายโดยตรงที่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้สตรีเป้าหมายได้รับการกระตุ้นเตือนและชักชวนเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.3.3 ขั้นประเมินผลการดำเนินงาน ดำเนินการประเมินโดยสำรวจการรับรู้ตาม โครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและความตั้งใจในการเข้ารับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลอง และรวบรวมข้อมูลการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประชากรสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองหลังการทดลองในเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2549

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือหลัก 2 ชนิด คือ

3.1 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็ง ปากมดลูกและความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปึงจัยด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และ รายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 การรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย 3 หมวด คือหมวดที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกจำนวนข้อ คำถาม 10 ข้อ หมวดที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงที่ของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน ข้อคำถาม 7 ข้อ และ หมวดที่ 3 การรับรู้ประโยชน์และโทษของการเข้าหรือไม่เข้ารับการตรวจ คัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก จำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นการวัดระดับการรับรู้ที่กำหนด มาตรฐานประเมินไว้ 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย หมายถึง มีความความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้น ก่อนข้างเห็นด้วย หมายถึง มีความความคิดเห็นที่ค่อนข้างไปทางสอดคล้องกับข้อความนั้น ไม่ค่อยเห็นด้วย หมายถึง มีความคิดเห็นที่ค่อนข้างไปทางไม่สอดคล้องกับข้อความนั้น และ ไม่เห็นด้วย หมายถึง มีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับข้อความนั้น โดยกลุ่มตัวอย่างต้องเลือกตอบใน แต่ละประเด็นข้อคำถามตามการรับรู้ของตนเพียง 1 ตัวเลือก ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน

ตามลำดับ คือ เห็นด้วย ก่อนข้างเห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย และไม่เห็นด้วย เท่ากับ 4 3 2 และ 1 ในกรณีข้อคำถามเชิงบวก และ 1 2 3 และ 4 ในกรณีข้อคำถามเชิงลบ

ส่วนที่ 3 ความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวนคำถาม 4 ข้อ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นการวัดระดับความตั้งใจที่กำหนดมาตรฐานประเมินไว้ 4 ระดับ ได้แก่ เข้าตรวจแน่นอน หมายถึง มีความมุ่งมั่นที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแน่นอน ก่อนข้างแน่นอน หมายถึง มีโอกาสสูงที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่แน่ใจ หมายถึง มีโอกาสน้อยที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และไม่ตรวจแน่นอน หมายถึง ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างแน่นอน โดยกลุ่มตัวอย่างต้องเลือกตอบในแต่ละประเด็นข้อคำถามตามความตั้งใจของตนเพียง 1 ตัวเลือก ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามลำดับ คือ เข้าตรวจแน่นอน ก่อนข้างแน่นอน ไม่แน่ใจ และไม่ตรวจแน่นอน เท่ากับ 4 3 2 และ 1

การสร้างแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ข้อคำถามมาจากแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและ ความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ ภรณี สุรินทร์ (2535 : 185-190) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหา (Validity) เพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้กับกับประชากรสตรีเป้าหมายที่มีใช้สตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน รวมทั้งได้หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 ซึ่งถือว่ายอมรับได้ จากนั้นจึงนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

3.2 แบบรายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว(องค์การมหาชน)

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้มีวิธีการเก็บข้อมูล 2 รูปแบบ คือ

4.1 การตรวจการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมาย กลุ่มเปรียบเทียบและสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลอง ด้วยการสัมภาษณ์โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามแบบสัมภาษณ์การรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนการทดลองในเดือนธันวาคม พ.ศ.2548 ในกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบและหลังการทดลองในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2549 ในกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลอง

4.2 รวบรวมข้อมูลการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประชากรสตรีเป้าหมาย กลุ่มเปรียบเทียบและประชากรสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลอง จากรายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายและจากรายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประชากรสตรีเป้าหมาย ผู้วิจัยได้นำมาจัดระเบียบข้อมูลและทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) โดยขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละส่วน ดังนี้

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงประชากรของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ ในกลุ่มตัวแปรด้าน อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และ ประวัติการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยค่า ความถี่ และ ร้อยละ

5.2 วิเคราะห์ระดับการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและระดับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย โดยกำหนดเกณฑ์เพื่อแปลความหมายระดับการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีการจัดอันดับภาคชั้นจากฐานค่าคะแนนเฉลี่ยที่แบ่งเป็น 3 ช่วงชั้นตามสูตรการคำนวณ ดังนี้ (แก้ว สายยศ และ อังคณา สายยศ 2540 : 157-160)

$$\text{อันดับภาคชั้น} = \frac{\text{ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

5.2.1 เกณฑ์ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

$$\text{อันดับภาคชั้น} = \frac{40 - 10}{3} = 10$$

การแปลความหมายระดับการรับรู้ใช้เกณฑ์ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 10.00 - 20.00	มีระดับการรับรู้ต่ำ
- คะแนนเฉลี่ย 20.01 - 30.00	มีระดับการรับรู้ปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 30.01 - 40.00	มีระดับการรับรู้สูง

5.2.2 เกณฑ์ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{28 - 7}{3} = 7$$

การแปลความหมายระดับการรับรู้ใช้เกณฑ์ดังนี้

- | | | |
|---------------|---------------|-------------------------|
| - คะแนนเฉลี่ย | 7.00 – 14.00 | มีระดับการรับรู้ต่ำ |
| - คะแนนเฉลี่ย | 14.01 – 21.00 | มีระดับการรับรู้ปานกลาง |
| - คะแนนเฉลี่ย | 21.01 – 28.00 | มีระดับการรับรู้สูง |

5.2.3 เกณฑ์ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองและ
โทษของการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{40 - 10}{3} = 10$$

การแปลความหมายระดับการรับรู้ใช้เกณฑ์ดังนี้

- | | | |
|---------------|---------------|-------------------------|
| - คะแนนเฉลี่ย | 10.00 – 20.00 | มีระดับการรับรู้ต่ำ |
| - คะแนนเฉลี่ย | 20.01 – 30.00 | มีระดับการรับรู้ปานกลาง |
| - คะแนนเฉลี่ย | 30.01 – 40.00 | มีระดับการรับรู้สูง |

5.2.4 เกณฑ์ระดับการรับรู้ตามโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกโดยรวม

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{108 - 27}{3} = 27$$

การแปลความหมายระดับการรับรู้ใช้เกณฑ์ดังนี้

- | | | |
|---------------|----------------|-------------------------|
| - คะแนนเฉลี่ย | 27.00 – 54.00 | มีระดับการรับรู้ต่ำ |
| - คะแนนเฉลี่ย | 54.01 – 81.00 | มีระดับการรับรู้ปานกลาง |
| - คะแนนเฉลี่ย | 81.01 – 108.00 | มีระดับการรับรู้สูง |

5.2.5 เกณฑ์ระดับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 อันตรภาคชั้น $= \frac{16 - 4}{3} = 4$

การแปลความหมายระดับความตั้งใจใช้เกณฑ์ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.00 – 8.00 มีระดับความตั้งใจต่ำ
- คะแนนเฉลี่ย 8.01 – 12.00 มีระดับความตั้งใจปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 12.01 – 16.00 มีระดับความตั้งใจสูง

5.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผน
 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรี
 เป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ค่าสถิติทดสอบ t-test

5.4 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับของความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจ
 คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่ม
 เปรียบเทียบ โดยใช้ค่าสถิติทดสอบ t-test

5.5 วิเคราะห์อัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประชากรสตรีเป้าหมาย
 กลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ค่าสถิติ ความถี่ และ ร้อยละ

5.7 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง
 ปากมดลูกของประชากรสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้
 ค่าร้อยละ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทดลองใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อศึกษาการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายในครั้งนี้ สามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์ ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประชากรของสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นสตรีเป้าหมายที่มีอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี ของเขตตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร จำนวนกลุ่มละ 83 คน เท่า ๆ กัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประชากร ดังนี้

1.1 อายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.1 มีอายุ 35 40 และ 45 ปี รวมกัน มีเพียงร้อยละ 28.9 ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 50 55 และ 60 ปี รวมกัน ซึ่งไม่แตกต่างกันมากนักกับสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบที่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.1 มีอายุ 35 40 และ 45 ปี รวมกัน โดยมีเพียงร้อยละ 16.9 อยู่ในกลุ่มอายุ 50 55 และ 60 ปี รวมกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ

อายุ (ปี)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
35	19	22.9	24	28.9
40	23	27.7	21	25.3
45	17	20.5	24	28.9
50	14	16.9	6	7.2
55	8	9.6	5	6.1
60	2	2.4	3	3.6
รวม	83	100.00	83	100.00

1.2 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.7 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาลงมา มีเพียงร้อยละ 32.3 ที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา หรือ ปวส. ปวช. ขึ้นไป ส่วนสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะเช่นเดียวกัน คือ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาลงมา และมีเพียงร้อยละ 27.7 มีระดับการศึกษาอนุปริญญา หรือ ปวส. ปวช. ขึ้นไป ดังรายละเอียด ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการศึกษา

ระดับการศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	26	30.3	27	32.5
มัธยมศึกษา	31	37.4	33	39.8
อนุปริญญาหรือ ปวส. ปวช.	17	20.5	16	19.3
ปริญญาตรีขึ้นไป	9	10.8	7	8.4
รวม	83	100.00	83	100.00

1.3 อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 30.1 มีอาชีพเกษตรกร รองลงมา ร้อยละ 27.7 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 19.3 รับจ้างเอกชน ร้อยละ 13.3 รับราชการ และ ส่วนน้อย ร้อยละ 9.6 มีอาชีพค้าขาย ส่วนสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ร้อยละ 27.7 มีอาชีพเกษตรกร รองลงมา ร้อยละ 25.3 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 22.9 รับจ้างเอกชน ร้อยละ 14.5 อาชีพค้าขาย และ ส่วนน้อย ร้อยละ 9.6 รับราชการ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกร	25	30.1	23	27.7
ค้าขาย	8	9.6	12	14.5
รับจ้างเอกชน	16	19.3	19	22.9
รับราชการ	11	13.3	8	9.6
แม่บ้าน	23	27.7	21	25.3
รวม	83	100.00	83	100.00

1.4 รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.1 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทลงมา และส่วนน้อย ร้อยละ 22.9 มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป ในขณะที่สตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะที่ไม่แตกต่างกันมากนัก คือ ส่วนใหญ่ร้อยละ 73.5 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทลงมา และส่วนน้อย ร้อยละ 26.5 มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้

รายได้ต่อเดือน (บาท)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1,000 – 5,000	22	26.5	25	30.1
5,001 – 10,000	42	50.6	36	43.4
10,001 – 15,000	11	13.3	12	14.5
มากกว่า 15,000	8	9.6	10	12.0
รวม	83	100.00	83	100.00

1.5 ประวัติการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งร้อยละ 68.7 มีประวัติไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองและเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่า 5 ปี/ครั้ง มีจำนวนน้อย ร้อยละ 24.1 ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองไม่เกิน 5 ปี/ครั้ง และน้อยมากเพียงร้อยละ 7.2 มีประวัติเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกปี สำหรับสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.9 ซึ่งมีอัตราสูงกว่าสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลอง มีประวัติไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองและเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่า 5 ปี/ครั้ง และมีจำนวนน้อย ร้อยละ 19.3 ซึ่งน้อยกว่าสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลอง มีประวัติเข้ารับการตรวจคัดกรองไม่เกิน 5 ปี/ครั้ง ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามประวัติการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ประวัติการเข้ารับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตรวจอย่างน้อยปีละครั้ง	6	7.2	4	4.8
ไม่เกิน 5 ปี/ครั้ง	20	24.1	16	19.3
มากกว่า 5 ปี/ครั้ง	36	43.4	35	42.2
ไม่เคยตรวจ	21	25.3	28	33.7
รวม	83	100.00	83	100.00

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับการรับรู้และเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการรับรู้ ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกของ กลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ

ในการวิเคราะห์ระดับการรับรู้และเปรียบเทียบระดับการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบได้ทำการวิเคราะห์จำแนกตามรายด้านของการรับรู้ ดังนี้

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

ผลจากการวิเคราะห์ พบว่า ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมายทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ กว่าครึ่งหนึ่งทั้งในสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 50.6) และสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 56.63) มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อทำการทดสอบทางสถิติด้วยค่าเฉลี่ยการรับรู้ของสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) โดยสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ ($\bar{X} = 29.64$ $SD = 2.92$) สูงกว่าสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 26.58$, $SD = 3.01$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 7 8 และ 9

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกของ
กลุ่มตัวอย่าง

ระดับการรับรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ระดับการรับรู้ต่ำ (ค่าคะแนน 10.00 - 20.00)	5	6.03	7	8.43
- ระดับการรับรู้ปานกลาง (ค่าคะแนน 20.01 - 30.00)	42	50.60	47	56.63
- ระดับการรับรู้สูง (ค่าคะแนน 30.01 - 40.00)	36	43.37	29	34.94
รวม	83	100.00	83	100.00

ตารางที่ 8 ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด
มะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่าง

ประเด็นการรับรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
1. ผู้หญิงที่สุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ จะไม่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก (-)	1.97	1.07	1.90	1.10
2. ผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย มีโอกาเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มาก (+)	3.33	0.85	2.88	1.01
3. ผู้หญิงที่มีบุตรแล้วเท่านั้นที่จะเป็นมะเร็ง ปากมดลูก (-)	3.37	0.68	3.36	0.92
4. ผู้หญิงที่มีแม่หรือพี่สาวเป็นมะเร็งปากมดลูก จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง (-)	2.69	0.91	2.51	1.17
5. ผู้หญิงที่เป็นเริ่มที่อวัยวะเพศจะเพิ่มโอกาส การเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ (-)	3.00	1.04	2.67	1.16
6. การติดเชื้อทางโรคมีความเกี่ยวข้องกับต่อ การเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ (+)	3.27	0.86	3.03	1.15
7. ผู้หญิงสามารถเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ ถึงแม้ มีอายุน้อยกว่า 35 ปี	3.44	0.77	3.00	1.14
8. ถ้าไม่มีเลือดตกผิดปกติทางช่องคลอด แสดงว่ายังไม่เป็นมะเร็งปากมดลูก (-)	1.84	0.79	1.85	0.91
9. การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดนานๆ ทำให้มี ความเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ (+)	3.23	0.87	2.69	1.22
10. ผู้หญิงที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาเป็น มะเร็งปากมดลูกทำให้เพิ่มโอกาสเป็นมะเร็ง ปากมดลูกได้ (+)	3.1	0.88	2.90	1.08
รวม	29.64	2.92	26.58	3.01

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD	Difference mean	t-value	P-value
กลุ่มทดลอง	29.64	2.92	3.06	2.35	0.011*
กลุ่มเปรียบเทียบ	26.58	3.01			

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

ผลจากการวิเคราะห์ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ กว่าครึ่งหนึ่งของสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 55.42) และสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 57.83) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อทำการทดสอบทางสถิติด้วยค่าเฉลี่ยการรับรู้ของสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) โดยสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ ($\bar{X} = 22.18$ SD = 2.38) สูงกว่าสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 20.23$ SD = 2.45) ดังรายละเอียดในตารางที่ 10 11 และ 12

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของระดับรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการรับรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ระดับการรับรู้ต่ำ (ค่าคะแนน 7.00 - 14.00)	3	3.62	5	6.03
- ระดับการรับรู้ปานกลาง (ค่าคะแนน 14.01 - 21.00)	46	55.42	48	57.83
- ระดับการรับรู้สูง (ค่าคะแนน 21.01 - 30.00)	34	40.96	30	36.14
รวม	83	100.00	83	100.00

ตารางที่ 11 ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความรุนแรงของโรค
มะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

ประเด็นการรับรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
1. ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งปากมดลูกจะเสียชีวิต ทุกราย (-)	3.50	0.89	2.64	0.96
2. มะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการตาย อันดับ 1 ของผู้หญิงไทยในปัจจุบัน (-)	2.96	0.77	2.85	0.97
3. การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกทำได้ เมื่อนี้อาการผิดปกติแล้วเท่านั้น (-)	3.28	0.68	2.69	0.84
4. มะเร็งปากมดลูกในรายที่เป็นมาก มีโอกาสรักษาให้หายได้น้อย และต้อง ทุกข์ทรมาน (+)	3.12	0.74	3.16	0.84
5. การป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกอาจทำให้มี ผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว และ เศรษฐกิจรายได้ของครอบครัวได้ (+)	3.41	0.67	3.14	0.91
6. มะเร็งปากมดลูกสามารถถูกถามไปยัง อวัยวะอื่นๆ เช่น ลำไส้ ปอด ของร่างกายได้ (+)	3.34	0.58	3.14	0.67
7. ค่าใช้จ่ายในการรักษามะเร็งปากมดลูกสูง เท่าๆ กันในทุกระยะของการเป็น (-)	3.57	0.60	3.36	0.75
รวม	22.18	2.38	20.23	2.45

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความความรุนแรงของโรค
มะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมาย
กลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD	Difference mean	t-value	P-value
กลุ่มทดลอง	22.18	2.38	1.95	6.07	< 0.0001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	20.23	2.45			

2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองและโทษของการไม่เข้ารับการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผลจากการวิเคราะห์ การรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองและ โทษของการไม่
เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่ม
เปรียบเทียบอยู่ในระดับที่แตกต่างกัน กล่าวคือ กว่าครึ่งหนึ่งของสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลอง
(ร้อยละ 55.43) มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 31.46$ SD = 3.46) ในขณะที่สตรีเป้าหมาย
กลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 50.60) มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 27.95$ SD = 3.04) ซึ่งเมื่อ
ทำการทดสอบทางสถิติด้วยค่าเฉลี่ยการรับรู้ของสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมาย
กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) ดังรายละเอียดใน
ตารางที่ 13 14 และ 15

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรอง
และโทษของการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการรับรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ระดับการรับรู้ต่ำ (ค่าคะแนน 10.00 – 20.00)	0	0.00	0	0.00
- ระดับการรับรู้ปานกลาง(ค่าคะแนน 20.01 – 30.00)	37	44.57	42	50.60
- ระดับการรับรู้สูง (ค่าคะแนน 30.01 – 40.00)	46	55.43	41	49.40
รวม	83	100.00	83	100.00

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองและโทษของการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

ประเด็นการรับรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
1. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนอกจาก จะช่วยค้นหา มะเร็งปากมดลูกแล้วยังสามารถ ตรวจพบการอักเสบอื่น ๆ ของอวัยวะสืบพันธุ์ ด้วย (+)	2.94	0.87	2.40	0.78
2. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งที่ ไม่จำเป็นเพราะว่าหากพบว่าเป็นมะเร็ง ปากมดลูกจะทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น (-)	2.74	0.98	2.29	0.96
3. เมื่อท่านตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ผลปกติ ดีกว่าปล่อยภัยไม่ต้องตรวจอีก ตลอดไป (-)	3.58	0.52	3.34	0.64
4. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่าง สม่ำเสมอทุก 5 ปี จะสามารถค้นหา มะเร็ง ปากมดลูกได้ตั้งแต่ในระยะแรก ๆ (+)	3.48	0.50	3.37	0.64
5. การค้นหา มะเร็งปากมดลูกในระยะแรกจะเป็น ผลดีต่อการรักษาและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา น้อย (+)	3.28	0.75	3.03	0.81
6. การไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกทำให้พบการเป็นมะเร็งปากมดลูก ในระยะรุนแรงยากต่อการรักษา (+)	3.79	0.48	3.43	1.08
7. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถ ป้องกันการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้ (+)	2.83	0.86	2.60	0.96

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองและโทษของการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ประเด็นการรับรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
8. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความจำเป็นเฉพาะในคนที่มีความผิดปกติเท่านั้น (-)	3.10	0.72	2.71	0.86
9. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้เจ็บและด้านเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้เป็นมากขึ้นได้ (-)	3.20	0.78	2.91	0.87
10. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแป็บเสมียร์เป็นวิธีตรวจคัดกรองโรคที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งในขณะนี้ (+)	3.05	0.84	2.50	1.04
รวม	31.46	3.46	27.95	3.04

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองและโทษของการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD	Difference mean	t-value	P-value
กลุ่มทดลอง	31.46	3.46	3.51	7.81	< 0.0001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	27.95	3.04			

2.4 การรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกโดยรวม

ผลจากการวิเคราะห์ พบว่า การรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ มะเร็งปากมดลูกโดยรวมของสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับ ที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ถ้าวัดสิ่งหนึ่งของสตรีเป้าหมายในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 51.81) มีการรับรู้อยู่ใน ระดับสูง ($\bar{X} = 83.28$ $SD = 5.15$) ในขณะที่สตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 57.83) มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 74.76$ $SD = 6.95$) ซึ่งเมื่อทำการทดสอบทางสถิติด้วยค่าเฉลี่ยการรับรู้ของสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 16 17 และ 18

ตารางที่ 16. จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการรับรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ระดับการรับรู้ต่ำ (ค่าคะแนน 27.00 – 54.00)	0	0.00	0	0.00
- ระดับการรับรู้ปานกลาง (ค่าคะแนน 54.01 – 81.00)	40	48.19	48	57.83
- ระดับการรับรู้สูง (ค่าคะแนน 81.01 – 108.00)	43	51.81	35	42.17
รวม	83	100.00	83	100.00

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

ประเด็นการรับรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก	29.64	2.92	26.58	3.01
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	22.18	2.83	20.23	2.54
- การรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองและโทษของการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	31.46	3.46	27.95	3.04
- การรับรู้ตาม โครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกโดยรวมทุกด้าน	83.28	5.15	74.76	6.85

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมาย
กลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD	Difference mean	t-value	P-value
กลุ่มทดลอง	83.28	5.15	8.52	8.71	< 0.0001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	74.76	6.85			

๓๖
๖๖.๙๙๔
๖๖.๙๙๔
๖๖.๙๙๔
๖๖.๙๙๔

สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

00211970

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ระดับความตั้งใจและเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลจากการวิเคราะห์ พบว่า ระดับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่ของสตรีเป้าหมายในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 69.88) มีความตั้งใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=13.35$ $SD=3.05$) ในขณะที่สตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 51.81) มีความตั้งใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 10.53$ $SD = 3.46$) ซึ่งเมื่อทำการทดสอบทางสถิติด้วยค่าเฉลี่ยความตั้งใจของสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 19 20 และ 21

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของระดับความตั้งใจ ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความตั้งใจ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ระดับความตั้งใจต่ำ (ค่าคะแนน 4.00 – 8.00)	0	0.00	2	2.46
- ระดับความตั้งใจปานกลาง (ค่าคะแนน 8.01 - 12.00)	25	30.12	43	51.81
- ระดับความตั้งใจสูง (ค่าคะแนน 12.01 - 16.00)	58	69.88	38	45.78
รวม	83	100.00	83	100.00

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความตั้งใจในการเข้ารับการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่าง

ประเด็นความตั้งใจ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
1. ท่านมีความตั้งใจที่จะเข้ารับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะรู้สึกว่ ทุกคนมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้	3.12	1.00	3.01	1.09
2. ท่านมีความตั้งใจที่จะเข้ารับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะกลัวพบโรค ในระยะรุนแรง	3.34	0.81	3.28	0.92
3. ท่านมีความตั้งใจที่จะเข้ารับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะรู้สึกว่ การพบมะเร็งในระยะแรก ๆ จะเป็นผลดี ต่อการรักษา สามารถช่วยชีวิตได้	3.30	0.81	3.08	0.97
4. ท่านมีความตั้งใจที่จะเข้ารับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะมีบริการที่ดี เอื้อต่อการเข้ารับบริการ	3.23	0.82	2.86	0.96
รวม	13.35	3.05	10.53	3.45

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD	Difference mean	t-value	P-value
กลุ่มทดลอง	13.35	3.05	2.82	5.23	< 0.0001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.53	3.46			

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์อัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความแตกต่างของอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประชากรสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลจากการวิเคราะห์ที่ได้จากรายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) พบว่า ประชากรสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองมีการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอัตราเฉลี่ยโดยรวม ร้อยละ 51.05 โดยมีประชากรสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองในเขตพื้นที่หมู่ 3 บ้านคอนโง มีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงสุด ร้อยละ 72.22 รองลงมา ได้แก่ ประชากรกลุ่มทดลองในหมู่ 4 บ้านธรรมเจดีย์ (ร้อยละ 64.00) และหมู่ 7 บ้านรางป่ากล้วย (ร้อยละ 58.82) ตามลำดับ รวมทั้งอีก 4 หมู่บ้านที่มีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองเกินร้อยละ 50 จะยังคงมีเพียง 3 หมู่บ้านเท่านั้นที่ประชากรสตรีเป้าหมายมีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองไม่ถึงร้อยละ 50 ซึ่งได้แก่ หมู่ 5 บ้านคลองตาปลั่ง ร้อยละ 47.36 หมู่ 8 บ้านไทรทอง ร้อยละ 46.80 และหมู่ 1 บ้านแพ้ว ร้อยละ 42.21 ตามลำดับ ในขณะที่ประชากรสตรีกลุ่มเปรียบเทียบมีการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอัตราเฉลี่ยโดยรวมเพียงร้อยละ 23.12 และทุกหมู่บ้านมีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองไม่ถึงร้อยละ 50 โดยมีอัตราสูงสุดที่หมู่ 6 บ้านคลองใหม่เพียงร้อยละ 30.30 และต่ำสุดที่หมู่ 8 บ้านไทรทอง ร้อยละ 17.24 แต่เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าความต่างของอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประชากรสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หมู่ 4 บ้านธรรมเจดีย์เป็นเขตพื้นที่มีอัตราการเปลี่ยนแปลงการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงสุด (ค่าความต่างของอัตราร้อยละ = + 46.61) รองลงมา ได้แก่ หมู่ 3 บ้านคอนโง (ค่าความต่างของอัตราร้อยละ = + 44.95) โดยมีหมู่ 6 บ้านคลองใหม่เป็นเขตพื้นที่มีอัตราการเปลี่ยนแปลงการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำสุด (ค่าความต่างของอัตราร้อยละ = +19.70) ดังรายละเอียดในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและ ค่าความต่าง
ของอัตราร้อยละการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประชากร
สตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองและสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบ

หมู่บ้าน ของตำบลบ้านแพ้ว	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			ค่าความ ต่างของ อัตรา ร้อยละ + (สูงกว่า) - (ต่ำกว่า)
	เป้าหมาย	จำนวน เข้ารับ การ ตรวจ	ร้อยละ	เป้าหมาย	จำนวน เข้ารับ การ ตรวจ	ร้อยละ	
หมู่ 1 บ้านแพ้ว	95	42	42.21	98	21	21.42	+ 22.79
หมู่ 2 บ้านรางคัน	20	10	50.00	19	4	21.05	+ 28.95
หมู่ 3 บ้านดอนไผ่	18	13	72.22	22	6	27.27	+ 44.95
หมู่ 4 บ้านธรรมเจดีย์	25	16	64.00	23	4	17.39	+ 46.61
หมู่ 5 บ้านคลองตาปลั่ง	40	18	47.36	34	7	20.58	+ 26.78
หมู่ 6 บ้านคลองใหม่	38	19	50.00	33	10	30.30	+ 19.70
หมู่ 7 บ้านรางปากสวาย	34	20	58.82	34	9	26.47	+ 32.35
หมู่ 8 บ้านไทรทอง	47	22	46.80	29	5	17.24	+ 29.56
หมู่ 9 บ้านศรีพิพัฒน์	37	20	54.05	47	12	25.53	+ 28.52
หมู่ 10 บ้านใหม่คลอง ดำเนิน	28	15	53.57	33	8	24.24	+ 29.33
รวม	382	195	51.05	372	86	23.12	+ 27.93

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลองใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้กลยุทธ์ดังกล่าว โดยใช้ตัวชี้วัด คือ การรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และอัตราการเปลี่ยนแปลงในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกระหวางประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นสตรีเป้าหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มทดลอง คือ สตรีเป้าหมายที่มีอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี ในปี พ.ศ. 2549 และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ สตรีเป้าหมายที่มีอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี ในปี พ.ศ. 2548 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของทาโร ยามาเน่ ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ความคลาดเคลื่อนร้อยละ ± 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มละ 83 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนประชากรของแต่ละหมู่บ้าน โดยมีแบบสัมภาษณ์การรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกและรายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่าสถิติทดสอบ t-test

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองมีข้อมูลเชิงประชากรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.1) อยู่ในกลุ่มอายุ 35-40 และ 45 ปี กว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 67.7) มีระดับการศึกษา ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.8 มีอาชีพเกษตรกรกรรมและแม่บ้าน ร้อยละ 64 มีรายได้ครอบครัวไม่เกิน 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 25.3 ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และร้อยละ 43.4 มีช่วงระยะเวลาการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนานมากกว่า 5 ปี/ครั้ง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลเชิงประชากรที่ไม่แตกต่างกันมากนัก กล่าวคือ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.1) อยู่ในกลุ่ม อายุ 35-40 และ 45 ปี ร้อยละ 72.3 มีระดับการศึกษา ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.0 มีอาชีพเกษตรกรกรรมและแม่บ้าน ร้อยละ 73.5 มีรายได้

ครอบครัวไม่เกิน 10,000 บาท/เดือน มีถึงร้อยละ 33.7 ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และร้อยละ 42.2 มีช่วงระยะเวลาเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนานมากกว่า 5 ปี/ครั้ง ย่อมสะท้อนให้เห็นว่าสตรีเป้าหมายยังมีพฤติกรรมในการเฝ้าระวังตนเองจากมะเร็งปากมดลูกไม่เหมาะสม ที่เห็นได้จากอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองที่ค่อนข้างต่ำและมีระยะเวลาของการตรวจคัดกรองนานมากกว่า 5 ปี/ครั้งเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ามีผลสืบเนื่องมาจากปัจจัยทางด้านการศึกษา อาชีพ และ รายได้ เป็นสำคัญ

จากการศึกษาทดลองใช้กลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ได้ดำเนินการกับสตรีเป้าหมายในครั้งนี้ พบว่า ได้ผลสัมฤทธิ์เป็นที่น่าพอใจและ เป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ประชากรสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองมีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ยโดยรวมในทุกพื้นที่เขตตำบลบ้านแพ้วสูงถึง ร้อยละ 51.05 สามารถบรรลุเป้าหมายในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าในประชากรสตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบที่มีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ยโดยรวมในทุกพื้นที่เขตตำบลบ้านแพ้วเพียง ร้อยละ 23.12 เมื่อพิจารณาถึงตัวแปรองค์ประกอบในการรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก พบว่า การรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกโดยรวมของสตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองเฉลี่ยมีการรับรู้อยู่ในระดับสูง ในขณะที่สตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อทำการทดสอบทางสถิติด้วยค่าเฉลี่ยการรับรู้ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.01$) ในส่วนของความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีเป้าหมายกลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ในขณะที่สตรีเป้าหมายกลุ่มเปรียบเทียบมีความตั้งใจอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อทดสอบทางสถิติด้วยค่าเฉลี่ยความตั้งใจ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.01$)

จากผลที่ได้พอที่จะสรุปเป็นเบื้องต้นได้ว่า การนำกลยุทธ์ทางการตลาดมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถส่งผลให้สตรีเป้าหมายตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองในอัตราที่สูงขึ้นจนบรรลุเป้าหมายตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นอร์ดิน บินฮาเล และกนิษฐา นิตส์พัฒนา (2537 : 45-46) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดชลบุรี โดยพบว่า สตรีที่มีระดับการรับรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกสูงมีโอกาที่จะตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่า สตรีที่มีการรับรู้ต่ำประมาณ 7.2 เท่า สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ พบว่า การได้รับสื่อเผยแพร่ความรู้ทางด้านสุขภาพ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ และเอกสารแจก มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของ

สตรีเรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการแนะนำเป็นรายบุคคลจึงเป็นวิธีที่เหมาะสมและควรเน้น ที่การถ่ายทอดข่าวสารเกี่ยวกับ มะเร็งปากมดลูกในระยะแรกไปยังกลุ่มสตรีโดยตรงด้วยการผสมผสานวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ระดับการ รับรู้ของกลุ่มเป้าหมายดีขึ้นจะช่วยให้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะตรวจมะเร็งปากมดลูกในระยะเวลา ค่อมา และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ภรณี สุรินทร์(2536 : ข) ที่ทำการศึกษาวិธีทางการตลาด ทางสังคมในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีชนบท จังหวัดสุรินทร์ พบว่า หลังการจัดกิจกรรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกสตรีเป้าหมายในกลุ่ม ทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และค่าใช้จ่ายและประ โยชน์ที่จะได้รับจากการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก รวมถึงความตั้งใจที่จะ ตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนการจัดกิจกรรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ อีกทั้งยังสอดคล้องและเป็น ไปตามแนวคิดของการรับรู้ตาม โครงสร้างแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพของ Rosen stock (Rosen stock, อ้างในวสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรณ ศิลปสุวรรณ 2542 : 70) ที่กล่าวว่า “การทำให้บุคคลมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ความรุนแรง ของโรคจะมีผลสืบเนื่องความมาที่สามารถแปลผลได้ในลักษณะของความกลัว การเจ็บป่วยหรือ สถานการณ์ที่ทำให้ตนเองเกิดความเสี่ยง ความกลัวจะเป็นแรงจูงใจที่มีพลังเข้มแข็งอยู่ในลักษณะของ ความวิตกกังวล รวมทั้งการได้รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำและโทษของการไม่ ปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นพลังอำนาจที่ทำให้มีการกระทำใด ๆ ก็ตามเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่ ถูกถามหรือทำให้ตนเองรู้สึกสะพรึงกลัวอยู่นั้นให้หมดไป” และแนวคิดเกี่ยวกับการจูงใจของ สุชา จันทน์เอม (2539 : 101) ที่กล่าวว่า “ การจูงใจ (Motivation) หมายถึง สภาวะที่ร่างกาย ถูกกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมอย่างหนึ่งอย่างใดออกมาเพื่อบรรลุสู่จุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้โดยการนำปัจจัย ต่างๆ ที่เป็นแรงจูงใจ (Motive) มาผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างมีทิศทางเพื่อบรรลุ จุดมุ่งหมายหรือเงื่อนไขที่ต้องการ”

อย่างไรก็ตามถึงแม้อัตราการเปลี่ยนแปลงในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของประชากรกลุ่มทดลองในภาพรวมทั้งตำบลบ้านแพ้นั้นจะสูงเพิ่มขึ้นและเป็นอัตราที่บรรลุ ตามเป้าหมายในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาอัตราการเข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแยกเป็นรายหมู่บ้านยังมีความแตกต่างของอัตราการเปลี่ยนแปลง ที่ต่างกันสูงบ้างต่ำบ้างหรือยังไม่เป็น ไปตามเป้าหมายในการดำเนินงาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในช่วง ระยะเวลาของการเก็บข้อมูลยังมีสตรีเป้าหมายบางส่วนที่ยังไม่ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกซึ่งมีกระจายอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ มากน้อยแตกต่างกันไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะใน 2 ด้าน คือ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 จากผลของการวิจัย พบว่า ในการสื่อสารให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการรับรู้ของบุคคลนั้น จำเป็นต้องทำหลาย ๆ รูปแบบในเวลาเดียวกันและเน้นการเจาะกลุ่มเป้าหมายโดยตรงเป็นการเฉพาะ จะมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างการรับรู้ได้สูง ซึ่งในการวางแผนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรคของสถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกหรือเรื่องอื่นๆ ก็ตามที่ต้องการผลลัพธ์ให้ประชาชนมีการรับรู้ที่ถูกต้องและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น ควรพิจารณาถึงรูปแบบที่ใช้ในการปฏิบัติให้มีความหลากหลายและสามารถเจาะตรงไปยังกลุ่มเป้าหมายได้เพื่อให้เกิดรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 นอกจากการคำนึงถึงการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพแล้วการจัดทำแผนงานโครงการในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคควรมีการค้นหาปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของปัญหาในการดำเนินงานให้ครอบคลุมในทุกๆ ด้านทั้งปัจจัยด้านส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมและสังคมต่างๆ ไปเพื่อประกอบการพิจารณาแนวทางในการให้บริการให้ตรงกับความต้องการและปัญหาให้มากที่สุด

1.3 การจัดกิจกรรมในลักษณะการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพนั้นต้องคำนึงให้อยู่บนพื้นฐานของการเอื้ออำนวยความสะดวกและประโยชน์ในทางสุขภาพมากกว่าการให้สิ่งล่อใจ เพราะแรงจูงใจควรเกิดจากการที่บุคคลรู้สึกว่าได้รับการแก้ไข ปัญหาหรือข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคในการมีพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาทดลองใช้กลยุทธ์ทางการตลาดนี้ซ้ำกับกลุ่มประชากรที่มากขึ้น เพื่อยืนยันผลของการวิจัยทดลองในครั้งนี้

2.2 ควรนำรูปแบบของการดำเนินงานนี้ไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆ และศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ในพื้นที่ที่มีภูมิสังคมต่างกัน

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรค
มะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ร้าไฟ เพรส จำกัด,
2547.
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูกและการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูก. กรุงเทพมหานคร:
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2547.
- กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: อักษรพิทยา, 2540.
- เจริญ อัสวประพล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมกำหนัดการป้องกันโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล 2533.
- เฉลิม นริภักดี. กรอบความคิดสำคัญในการทำวิทยานิพนธ์ สาขาพุทธศาสตร์การพัฒน.
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. 2548. (อัคราณา)
- ชอุ่ม รุ่งปัจฉิม, ชำนาญ วัฒนศิริ และ ปรีชา เปี่ยมพงษ์สานต์. ประมวลสาระชุดวิชา
การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการบริหารการพัฒนา. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2545.
- นราวดี สันยะ. การประยุกต์การตลาดหลายชั้น เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกำหนัดการตรวจดำนม
ด้วยตนเอง ของนักศึกษาหญิงวิทยานเทคนิค จังหวัดชุมพร. นนทบุรี.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล 2539.
- นอร์ดิน บิน ซาเล และ กนิษฐา นิทัศน์พัฒนา. "ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการตรวจมะเร็ง
ปากมดลูกของสตรีในจังหวัดชลบุรี." วารสารสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนา 7,
(มกราคม-มิถุนายน 2532) : 45-46.
- ประดับ ทองใส. พฤติกรรมกำหนัดการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ทำงานในโรงงาน
อุตสาหกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล 2541.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "พฤติกรรมสุขภาพ" ในเอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7.
กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ป. สัมพันธ์พานิช, 2527.

- เพ็ญศิริ เมฆโหรว. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคในพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในทหารเกณฑ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล 2532.
- กรณี สุรินทร์. การประยุกต์วิธีทางการตลาดทางสังคมในการส่งเสริมการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก ในสตรีชนบท จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล 2535.
- ลาวัลย์ มัสโอติ. การใช้การกระตุ้นเตือนโดยจดหมายในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในทหารเกณฑ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล 2532.
- ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. สถิติวิทยาทางการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น. 2540.
- วนิดา เสนะวงษ์. ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของสามีในการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของคณงานสตรีจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล 2535.
- วลันต์ ศิลปสุวรรณ และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. การวางแผนและประเมินผล โครงการส่งเสริมสุขภาพ : ทฤษฎีและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- สุชา จันทร์เยม. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร : บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด. 2539.
- สุดาฉวง เรืองรุจิระ. หลักการตลาด. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ประกายพฤษย์, 2540.
- สุปรานี สมนิธิรัตน์ และ คณะ. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : เมติกุลการพิมพ์, 2541.
- อัญชลี จุติคำรงค์พันธ์. การประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมพฤติกรรมการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล 2539.

ข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต (ออนไลน์)

จตุพล ศรีสมบูรณ์. “มะเร็งปากมดลูก.” (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก <http://www.rtcog.or.th>. 2548.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์

**การรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก
และความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก**

หมู่บ้านที่เลขที่.....

แบบสัมภาษณ์

การรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก
และความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับสตรีเป้าหมาย

ตำบลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

คำชี้แจง ข้อคำถามในส่วนที่ 1 ให้เติมข้อความในช่องว่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1) ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบลบ้านแพ้ว
- 2) ปีเกิด พ.ศ.....อายุ.....ปี
- 3) ระดับการศึกษา.....(ประถม/มัธยม/อนุปริญญาหรือปริญญาตรีขึ้นไป)
- 4) อาชีพ.....
- 5) รายได้.....บาท (เฉลี่ยต่อเดือน)

คำชี้แจง ข้อคำถามส่วนที่ 2 ให้ใส่เครื่องหมาย / ในช่องว่างตามความคิดเห็นหรือความตั้งใจ
โดยมีความหมายของข้อคำตอบ ดังนี้

ข้อคำตอบ ในหมวดที่ 1 หมวดที่ 2 และ หมวดที่ 3

- เห็นด้วย หมายถึง มีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้น
- ค่อนข้างเห็นด้วย หมายถึง มีความคิดเห็นค่อนข้างไปทางสอดคล้องกับข้อความนั้น
- ไม่ค่อยเห็นด้วย หมายถึง มีความคิดเห็นค่อนข้างไปทางไม่สอดคล้องกับข้อความนั้น
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง มีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับข้อความนั้น

ข้อคำตอบ ในหมวดที่ 4

- เข้าตรวจแน่นอน หมายถึง มีความมุ่งมั่นที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแน่นอน
- ค่อนข้างแน่นอน หมายถึง มีโอกาสสูงที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- ไม่แน่ใจ หมายถึง มีโอกาสน้อยที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- ไม่ตรวจแน่นอน หมายถึง ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างแน่นอน

แน่นอน

ส่วนที่ 2 การรับรู้ตามโครงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก
และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หมวดที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

ข้อความ	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ไม่ค่อยเห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1. ผู้หญิงที่สุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์จะไม่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก (-)				
2. ผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มาก (+)				
3. ผู้หญิงที่มีบุตรแล้วเท่านั้นที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก (-)				
4. ผู้หญิงที่มีแม่หรือพี่สาวเป็นมะเร็งปากมดลูกจะมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง (-)				
5. ผู้หญิงที่เป็นโรคที่อวัยวะเพศจะเพิ่มโอกาสการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ (-)				
6. การติดเชื้อจากโรคมีความเกี่ยวข้องต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ (+)				
7. ผู้หญิงสามารถเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ ถึงแม้มีอายุน้อยกว่า 35 ปี				
8. ถ้าไม่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด แสดงว่ายังไม่เป็นมะเร็งปากมดลูก (-)				
9. การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดนาน ๆ ทำให้มีความเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ (+)				
10. ผู้หญิงที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก ทำให้เพิ่มโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ (+)				

หมวดที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

ข้อความ	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ไม่ค่อยเห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1. ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งปากมดลูกจะเสียชีวิตทุกราย (-)				
2. มะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของผู้หญิงไทยในปัจจุบัน (+)				
3. การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกทำให้มีอารมณ์เสีย ผิดปกติแล้วเท่านั้น (-)				
4. มะเร็งปากมดลูกในรายที่เป็นมากมีโอกาสรักษาให้หายได้น้อย และต้องทุกข์ทรมาน (+)				
5. การป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกอาจทำให้มีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว และเศรษฐกิจรายได้ของครอบครัวได้ (+)				
6. มะเร็งปากมดลูกสามารถถูกถามไปยังอวัยวะอื่น ๆ เช่น ตับ ปอด ของรังไข่ได้ (+)				
7. ค่าใช้จ่ายในการรักษามะเร็งปากมดลูกสูงเท่า ๆ กันในทุกระยะของการเป็น (-)				

หมวดที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองและโทษของการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อความ	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ไม่ค่อยเห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนอกจากจะช่วยค้นหามะเร็งปากมดลูกแล้วยังสามารถตรวจพบการอักเสบอื่น ๆ ของอวัยวะสืบพันธุ์ด้วย (+)				
2. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งไม่จำเป็น เพราะว่าหากพบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกจะทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น (-)				
3. เมื่อท่านตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ผลปกติ ถือว่าปลอดภัยไม่ต้องตรวจอีกตลอดไป (-)				
4. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ทุก 5 ปี จะสามารถค้นหามะเร็งปากมดลูกได้ตั้งแต่ในระยะแรก ๆ (+)				
5. การค้นพบมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกจะเป็นผลดีต่อการรักษาและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อย (+)				
6. การไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้พบการเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะรุนแรง ยากต่อการรักษา (+)				
7. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้ (+)				
8. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความจำเป็นเฉพาะในคนที่มีความผิดปกติเท่านั้น (-)				
9. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้เจ็บและถ้าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้เป็นมากขึ้นได้ (-)				
10. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแป็บเสมียร์เป็นวิธีตรวจคัดกรองโรคที่ดีที่สุดในขณะนี้ (+)				

หมวดที่ 4 ความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อความ	เข้าตรวจ แน่นอน	ค่อนข้าง แน่นอน	ไม่แน่ใจ	ไม่ตรวจ แน่นอน
1. ท่านมีความตั้งใจที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก เพราะรู้ดีว่าทุกคนมีโอกาส เป็นมะเร็งปากมดลูกได้				
2. ท่านมีความตั้งใจที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก เพราะกลัวพบโรคใน ระยะรุนแรง				
3. ท่านมีความตั้งใจที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก เพราะรู้ดีว่าการพบโรค ในระยะแรก ๆ จะเป็นผลดีต่อการรักษา สามารถช่วยชีวิตได้				
4. ท่านมีความตั้งใจที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก เพราะมีบริการที่ต่อเนื่องต่อ การเข้ารับบริการ				

ภาคผนวก ข

แบบรายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

ตำบลบ้านแพ้ว ปึงบประมาณ.

[illegible]

ภาคผนวก ค
สื่อและเอกสารที่ใช้ในการวิจัย

อาการผิดปกติ ที่ควรได้รับการตรวจ

ผู้หญิงส่วนใหญ่ ที่มีเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ ไม่มีการ ะโรคภัย แต่อาการที่ควรสงสัย และ
ต้องรีบปรึกษาแพทย์ คือ

- มีเลือดออกจากช่องคลอดกระปรี้กระปรอย
 - มีเลือดออกกระหว่างหรือหลังการมีเพศสัมพันธ์
 - มีอาการตกขาวผิดปกติ
- ส่วนอาการปวดท้องเฉียบพลัน ตกเลือด หนอง หรือปวดหลังจะพบในระยะเวลาที่ยาว

ควรเริ่มตรวจเป็นประจำเมื่อใด

- เมื่อมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว 1-2 ปี (เมื่ออายุยังไม่ถึง 35 ปี)
 - หญิงที่อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
- การนี้ไม่มีเซลล์ผิดปกติ และไม่ได้รับการรักษาอย่างทันเวลา เซลล์เหล่านี้ อาจเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งได้



ดังนั้นหญิงทุกคนที่อายุ 35 ปี ขึ้นไป
จึงควรตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก
โดยการตรวจภายในและทำเป็นสเมียร์

ใครบ้างที่ควรตรวจเป็นประจำเมื่อไร

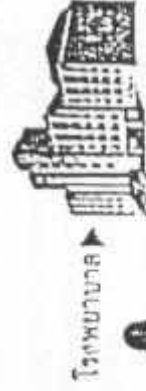
- หญิงเมื่อครบอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ควรได้รับการตรวจเป็นสเมียร์ เพื่อค้นหาและรีบกำจัดในระยะเริ่มแรกและในระยะก่อนเป็นมะเร็ง
- หญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์ มาแล้วทุกคน (ถึงแม้ว่าจะมีน้อยกว่า 35 ปี)
- ผู้ที่มีเลือดออกทางช่องคลอดอย่างผิดปกติหรือมีตกขาวผิดปกติ

หมายเหตุ

- หญิงที่คิดมดลูกแล้ว
- หญิงที่ยังไม่เคยจะตั้งครรภ์
- หญิงที่ไปเคยมีเพศสัมพันธ์
- กลุ่มเสี่ยง (หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับพหุสมันชาย)

ทั้ง ๔ กลุ่มนี้คงต้องได้รับการตรวจ
เป็นประจำ

จะไปตรวจใช้สเมียร์ได้ที่ไหน



สถานอนามัย

มีบริการตรวจใช้สเมียร์
ฟรีสำหรับสตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป
และ 60 ปีขึ้นไป

ที่นี่บริการ
ตรวจใช้สเมียร์
ฟรี



ได้ สปช.

บริการตรวจใช้สเมียร์เป็นประจำ

76 จังหวัด

หญิง!

อายุ 35-60 การตรวจใช้สเมียร์
จะช่วยให้รู้ถึงความเสี่ยงปากมดลูก
จากการพบเซลล์ผิดปกติ ไม่ควร
ชะล่าใจ ปกติไม่มีอาการผิดปกติใดๆ
และสามารถรักษาให้หายได้

แล้วคุณจะได้ตรวจใช้สเมียร์

แบบสบายๆ...
ไม่ต้องตกใจ



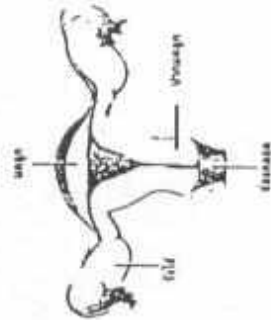
การตรวจใช้สเมียร์
เป็นวิธีที่ง่ายและไม่เจ็บปวด
และรู้ถึงความเสี่ยง
ก่อนที่จะเกิดเป็นมะเร็งปากมดลูก
และสามารถรักษาให้หายได้

มะเร็ง คืออะไร?

มะเร็ง คือ โรคของเซลล์ของร่างกาย ซึ่งปกติเซลล์ของร่างกายจะมีการเจริญเติบโต และแบ่งตัวภายใต้การควบคุมของยีนส์ ทำให้เซลล์ของร่างกายเจริญเติบโต ถ้าเซลล์มีการแบ่งตัว และเจริญเติบโตผิดปกติอย่างรวดเร็ว เป็นก้อน เรียกว่า เนื้องอก ซึ่งเนื้องอก เป็นอันตราย (Benign) และมะเร็ง (Malignant)

ปากมดลูกอยู่ที่ไหน

ปากมดลูกเป็นช่องทางเปิดเข้าสู่มดลูก ปากมดลูก อยู่ส่วนล่างสุดของมดลูก โดยมดลูกจะอยู่ในอุ้งเชิงกราน และส่วนที่เป็นปากมดลูก คือส่วนที่ยื่นลงมาอยู่ในช่องคลอด



มะเร็งปากมดลูก: พบบ่อยหรือไม่

ในประเทศไทย พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น ปีละประมาณ ๑,๐๐๐ ราย และเสียชีวิตประมาณ ๓,๐๐๐ ราย ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยประมาณ 45 ปี โดยธรรมชาติของโรค จะเริ่มจากการมีเซลล์เปลี่ยนแปลง จนกลายเป็นเซลล์มะเร็งปากมดลูก จะใช้เวลาเกือบ 10 ปี ซึ่งทำให้การคัดกรองหาความผิดปกติของปากมดลูก มีประโยชน์ สามารถลดอัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้

แบบสเมียร์คืออะไร

แบบสเมียร์ เป็นการตรวจหาความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก ซึ่งการตรวจนี้เป็นการค้นหาค่าความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก ได้ตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็ง

ทำไมต้องทำแบบสเมียร์?

การทำแบบสเมียร์ สามารถตรวจเซลล์ปากมดลูก ที่เริ่มเปลี่ยนแปลงเป็นระยะก่อนเป็นมะเร็ง ซึ่งถ้าทำการรักษาและติดตามอย่างมีประสิทธิภาพ จะลดอัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้



จวินคิม/สำนักพิมพ์

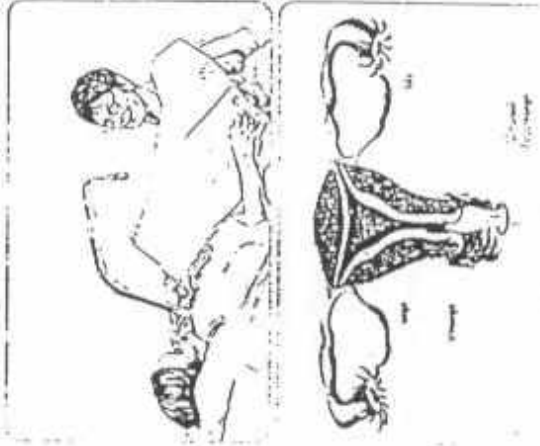
การตรวจแบบสเมียร์ทำอย่างไร

การตรวจแบบสเมียร์ เป็นการตรวจที่ง่าย และรวดเร็วใช้เวลาเพียง 3-5 นาที โดย

1. คุณยืนบนเบาะเตียง และยื่นขาขึ้น
2. แพทย์ หรือพยาบาลจะสอดเครื่องมือ

ที่เรียกว่าปากเปิดอ้า (Speculum) เข้าไปในช่องคลอด เพื่อให้มองเห็นปากมดลูกชัดเจน

3. แพทย์ หรือพยาบาล จะป้ายเซลล์ที่ปากมดลูก โดยใช้ไม้เล็ก เก็บเซลล์ที่คอมมดลูก และมดลูก ป้ายบนแผ่นใส (Glass slide) ทำให้เซลล์ติดกระจกแผ่น และส่งไปตรวจที่ห้องปฏิบัติการ



ผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

การเกิดมะเร็งปากมดลูก ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่จากการศึกษาพบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- หญิงที่ติดเชื้อไวรัสห่อนก (HPV) ไวรัสตัวนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อปากมดลูก และมีโอกาสกลายเป็นมะเร็งได้โดยไวรัสตัวนี้สามารถติดต่อผ่านทางเพศสัมพันธ์
- หญิงที่มีคู่นอนหลายคน หรือ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อย
- หญิงที่สูบบุหรี่ เพราะสารในบุหรี่สามารถกระตุ้นให้เซลล์ที่ปากมดลูกมีการแบ่งตัวผิดปกติ และมีการตรวจพบสารนี้ในน้ำเมือกที่ปากมดลูกของหญิงที่สูบบุหรี่
- หญิงที่ไม่เคยตรวจแบบสเมียร์ หรือตรวจแต่ตรวจไม่สม่ำเสมอ (สม่ำเสมอ หมายถึง ตรวจอย่างน้อยทุก 3-5 ปี หากผลการตรวจครั้งล่าสุดที่พบปกติ)

การรักษามะเร็งปากมดลูก

การรักษามะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย
นิยมใช้กัน คือ

- จี้ด้วยความเย็น (Cryosurgery)
- ตัดด้วยขดลวดความถี่สูง (Leep)
- ตัดด้วยมีดเป็นรูปกรวย (Cone Biopsy)

การตัดด้วยมีดเป็นรูปกรวย ยังมีความ
จำเป็นอยู่ แต่จะทำให้การผ่าตัดที่แพทย์ตรวจเห็น
เซลล์ผิดปกติไม่ชัดเจนหรือไม่เห็นหมดด้วย
กล้องขยาย (Colposcope)

การตัดปากมดลูกด้วยวิธีนี้จะต้องทำใน
ห้องผ่าตัดและต้องใช้ยาชาหรือยาสลบและจำเป็นต้อง
นอนอยู่ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 คืน

หลังการรักษาเซลล์ผิดปกติ
จะมีอะไรเกิดขึ้นบ้าง

บางรายอาจจะมีอาการปวดท้องหลังการ
รักษาซึ่งจะมีอาการเหมือนมีประจำเดือน และ
อาจจะมีน้ำสีใสๆ จนกระทั่งตกขาวออกทาง
ช่องคลอดอีก 2-3 วัน บางรายอาจจะนานถึง 3
สัปดาห์ก็ได้

บางทีคุณอาจจะต้องหยุดการมีเพศสัมพันธ์
ประมาณ 1 เดือน เพื่อให้แผลหายดี

คำถามที่ควรทราบ

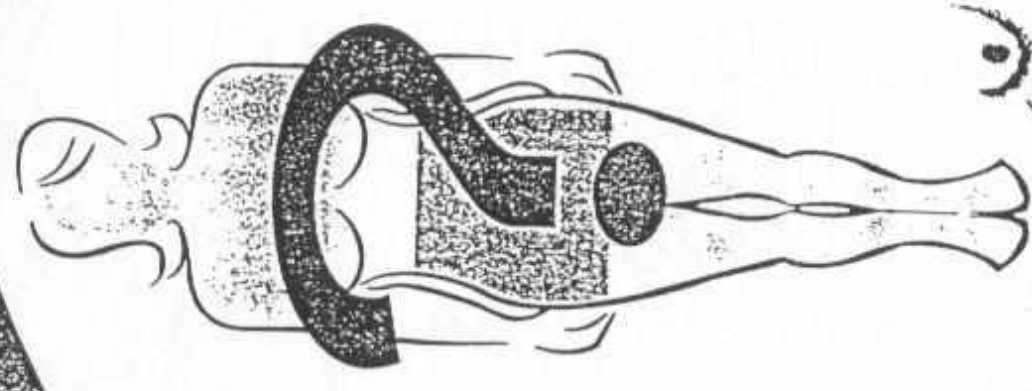
- ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นอะไร?
- ผลการตรวจชิ้นเนื้อเป็นอะไร?
- จะรักษาอย่างไร?
- ต้องพักก่อนหลังรักษาหรือไม่?
- ต้องหยุดงานหรือเปล่า?
- น้ำที่ไหลจากช่องคลอดจะหยุดเมื่อไหร่?
- จะดูแลตัวเองอย่างไร?
- จะต้องตรวจมะเร็งปากมดลูกบ่อย
เท่าไร?

สรุป

ผลตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติส่วน
ใหญ่จะไม่ไ่มะเร็ง และมีบางรายเท่านั้นที่จะ
ต้องรักษา

ถ้าอยากได้ข้อมูลเพิ่มเติม กรุณา
และขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สถานีอนามัย และ
โรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศ

“ถ้าพบเซลล์ผิดปกติปากมดลูก
ขอพบแพทย์เพื่อปรึกษาปรึกษา
ก่อนจะรักษาต่อไป”



ฉันจะต้องทำอย่างไร

ภาพผลการตรวจ

มะเร็งปากมดลูกพบปกติ

อย่าตกใจกับผลของการตรวจมะเร็งปากมดลูก และโปรดจำไว้ว่าผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ไม่ได้หมายความว่าจะเป็นมะเร็ง กุณณาถามหมอหรือเจ้าหน้าที่ว่าผลของการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นอย่างไร

ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ อาจะบอกได้หลายอย่าง ดังนี้

การคัดป๊อ : อาจะติดเชื้อรา แบคทีเรีย หรือเชื้อพยาธิ

เอ็อไวรัส (HPV) : การติดเชื้อไวรัสชนิดนี้ พบได้บ่อย แต่มักไม่มีอาการแต่จะตรวจพบเมื่อตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) บางรายไวรัสตัวนี้อาจจะทำให้เกิดหงอนไก่ หรือบางรายเชื้อตัวนี้อาจจะกระตุ้นเซลล์เยื่อที่หุ้มปากมดลูกให้มีการแบ่งตัวผิดปกติ และกลายเป็นมะเร็งได้

เซลล์ผิดปกติ : เซลล์ผิดปกติเหล่านี้ (HSIL, LSIL) ไม่ได้เป็นมะเร็ง แต่ถ้าปล่อยทิ้งไว้จะกลายเป็นมะเร็งได้

การขาดเอสโตรเจน : เอสโตรเจน (ESTROGEN) จะกระตุ้นให้เซลล์เยื่อปากมดลูกมีความสมบูรณ์มาก ดังนั้นถ้าขาดฮอร์โมนตัวนี้จะทำให้ผนังเยื่อปากมดลูกบางลง

โปรดจำไว้ว่า

ผลของการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติเป็นส่วนน้อยที่จะเป็นมะเร็ง

ขึ้นอยู่กับว่าผลการตรวจเป็นอย่างไร เช่น ถ้าเป็น

การคัดป๊อ : พบได้บ่อยมาก หมออาจตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติมว่าเป็นเชื้ออะไร ก่อนที่จะรักษาต่อไป หลังจากนั้นแพทย์อาจจะตรวจมะเร็งปากมดลูกซ้ำใหม่อีกครั้ง

เอ็อไวรัส (HPV) : ถ้ามีติดเชื้อไวรัสเอ็อไวรัสชนิดอย่างเดียวโดยที่ไม่พบหงอนไก่ ก็ไม่จำเป็นต้องรักษา แต่ต้องตรวจมะเร็งปากมดลูกบ่อยขึ้น คือ ทุก 6 เดือน จนกระทั่งเชื้อไวรัสหายไป ซึ่งอาจจะใช้เวลาประมาณ 1 ปี แต่ถ้าพบทั้งเชื้อไวรัส และมีเซลล์ผิดปกติก็ต้องรักษาต่อไป

ภาพพบเซลล์ผิดปกติ : จำเป็นต้องตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติม เช่น ตรวจด้วยกล้องขยายเฉพาะเรียกว่า Colposcope

อะไรเอ่ย! (Colposcopy)

เป็นกล้องขยายที่ติดตั้งไว้บนพื้นมักจะติดตั้งไว้ในห้องแพทย์ภายในโรงพยาบาล ใช้เวลาในการตรวจประมาณ 15 นาที ไม่ใช้การผ่าตัด แต่เป็นการดูที่ผิวของเยื่อปากมดลูก โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ บางครั้งอาจจะต้องตัดชิ้นเนื้อ บริเวณปากมดลูกที่มีผิดปกติออกไปเล็กน้อย ขนาดเท่าเม็ดไข่ปลา (เล็กยิ่งเป็นทรงกลมยิ่งดี) ผลของเอ็อไวรัสที่คัดออกไปจะประมาณ 1-3 สัปดาห์ และทันทีที่มีเอ็อไวรัสคุณหมอมองดูที่รอยแผลและแนวที่มีเอ็อไวรัสที่ผิดปกติสำหรับคุณ

มะเร็งปากมดลูกรักษาหาย
ถ้าพบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

หันมาดูแลสุขภาพร่างกายตัวเองบ้างนะ ! (ท่านอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง)

ขอเรียนเชิญ.....อายุ.....ปี

บ้านเลขที่ หมู่ ต. บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร

เข้ารับการตรวจ มะเร็งปากมดลูก และตรวจมะเร็งเต้านม กับทางฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ได้ ฟรี ไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

วันอาทิตย์ สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน เวลา 8.00 – 12.00 น. ที่ คลินิกดอกแก้ว ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

โทร. (034) 419542 โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ชั้น G คีตกาญจนภิเษก

รู้ก่อน รักษาได้ ไม่น่ากลัว !

(ผู้ที่มีรายชื่อนี้ ตรวจฟรี พร้อมรับของรางวัล และมีสิทธิลุ้นชิงโชครับของรางวัลใหญ่ สัปดาห์นี้)

หันมาดูแลสุขภาพร่างกายตัวเองบ้างนะ ! (ท่านอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง)

ขอเรียนเชิญ.....อายุ.....ปี

บ้านเลขที่ หมู่ ต. บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร

เข้ารับการตรวจ มะเร็งปากมดลูก และตรวจมะเร็งเต้านม กับทางฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ได้ ฟรี ไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

วันอาทิตย์ สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน เวลา 8.00 – 12.00 น. ที่ คลินิกดอกแก้ว ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

โทร. (034) 419542 โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ชั้น G คีตกาญจนภิเษก

รู้ก่อน รักษาได้ ไม่น่ากลัว !

(ผู้ที่มีรายชื่อนี้ ตรวจฟรี พร้อมรับของรางวัล และมีสิทธิลุ้นชิงโชครับของรางวัลใหญ่ สัปดาห์นี้)

หันมาดูแลสุขภาพร่างกายตัวเองบ้างนะ ! (ท่านอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง)

ขอเรียนเชิญ.....อายุ.....ปี

บ้านเลขที่ หมู่ ต. บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร

เข้ารับการตรวจ มะเร็งปากมดลูก และตรวจมะเร็งเต้านม กับทางฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ได้ ฟรี ไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

วันอาทิตย์ สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน เวลา 8.00 – 12.00 น. ที่ คลินิกดอกแก้ว ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

โทร. (034) 419542 โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ชั้น G คีตกาญจนภิเษก

รู้ก่อน รักษาได้ ไม่น่ากลัว !

(ผู้ที่มีรายชื่อนี้ ตรวจฟรี พร้อมรับของรางวัล และมีสิทธิลุ้นชิงโชครับของรางวัลใหญ่ สัปดาห์นี้)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางพิไกรรัตน์ บุญวิวัฒน์
วัน เดือน ปี เกิด	20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2500
สถานที่เกิด	จังหวัดเพชรบุรี
ประวัติการศึกษา	ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2523 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2532
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	นักวิชาการสาธารณสุข 8 ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ตำบลบางหญ้าแพรก อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร-ปัจจุบัน