**CQI ชื่อผลงาน : การส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่สตรีติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านโป่ง**

**Promotion of** behavior of Cervical Cancer screening by **application of Health Belief model among** HIV-infected women in attending Infectious Disease Ban pong Hospital Thailand.

**คำสำคัญ :** สตรีติดเชื้อเอชไอวี **ปัญหา/ความสำคัญ :** โรงพยาบาลบ้าโป่งได้จัดบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ปี 2542 พบกลุ่มสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปี2550 มีการนำร่องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดเพียง ร้อยละ 20 ในปีต่อมามีการเพิ่มการคัดกรองเพิ่มขึ้นดังนี้

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ข้อมูลการPAP smear ของสตรีติดเชื้อเอชไอวี | ปี2552 | ปี 2553 | ปี 2554 | ปี 2555 | ปี2556 |
| ร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก1 | 57.3 | 75.84 | 91.41 | 59.91 | 62.37 |

จากการติดตามข้อมูลการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลดลงและจากการศึกษาการวิเคราะห์ข้อมูลในหลายรายงานทางการแพทย์ (Meta-analysis) พบว่าสตรีที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีมีความเสี่ยงที่จะเกิดเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติระยะแรกจะยังคงอยู่ไม่สามารถดีขึ้นได้เองตามธรรมชาติสูงกว่าสตรีปกติโดยทั่วไปถึง 4 เท่าและมีโอกาสที่โรคจะลุกลามไปสู่ระยะที่รุนแรงขึ้น ในระยะเวลา 6 เดือนมากกว่าสตรีปกติถึง 2 เท่า2

ในปี 2556 พบว่า การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีติดเชื้อไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเพียงร้อยละ62.37 และยังพบปัญหาสตรีติดเชื้อเอชไอวีป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก 9 คน เสียชีวิต 4 คน กำลังอยู่ในระบบการรักษา 4คน ไม่พร้อมเข้ารับการรักษา 1 คนซึ่งย้อนดูประวัติจะพบว่าเป็นกลุ่มที่เคยตรวจPap smearแต่ไม่ต่อเนื่องทุกปี บางรายตรวจครั้งแรกพบว่ามีผลปกติคิดว่าตนเองไม่เป็นจึงมีการละเลยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดมูก และรายที่ไม่เคยตรวจPap smear ยังไม่เข้ารับการตรวจ Pap smear เช่นเดิมถือเป็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขให้สตรีติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับบริการตรวจPap smearมากขึ้น จึงต้องมีการศึกษาเพื่อหาแนวทางให้สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกคน เพื่อลดความรุนแรงจากมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นโรคร้ายแรงที่สามารถป้องกันได้ จึงพัฒนารูปแบบการทำงานประจำไปสู่การดำเนินการวิจัยพัฒนาโดยการ**จัด**โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีติดเชื้อเอชไอวี ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านโป่ง ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model ) ของเบคเกอร์และคณะ3(Becker et al., 1977) มาเป็นกรอบแนวคิดในการทำนาย

**เป้าหมาย :** กลุ่มสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ100

พฤติกรรมการป้องกันโรค

**กิจกรรมการพัฒนา** :- ทบทวนสถานการณ์โรคเอดส์ที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

- ทบทวนแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีที่ติดเชื้อเอชไอโดยกลุ่มสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกราย

- ประชุมหารือในการออกแบบพัฒนางานงานประจำสู่การวิจัยพัฒนางานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีที่ติดเชื้อเอช

- ดำเนินการ**จัด**โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีติดเชื้อเอชไอวี ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านโป่ง  
- ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง  
**วิธีการดำเนินงาน**

1.ศึกษาสถานการณ์โรคเอดส์ที่สัมพันธ์โรคมะเร็งปากมดลูก   
2.กำหนดแนวทางปฏิบัติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้  
 2.1ประสานแกนนำเพื่อติดตามกลุ่มสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพื่อนัดหมายวัน/เวลามาตรวจมะเร็งปากมดลูกที่คลินิกกลุ่มเพื่อนสนม  
 2.2เจ้าหน้าที่นัดหมายกลุ่มสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในวันคลินิกล่วงหน้าก่อน 1 เดือน

3. ดำเนินการวิจัยพัฒนา**การส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่สตรีติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านโป่ง**

**4. ขั้นตอนการดำเนินการ**

ในการศึกษาเพื่อนำรูปแบบการจัดการส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีติดเชื้อเอชไอวีโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านโป่งครั้งนี้ ผู้ศึกษามีกิจกรรมและขั้นตอน ดังนี้

1.ศึกษาปัญหาและข้อมูลการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีติดเชื้อเอชไอวี

2.ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาและเลือกรูปแบบการจัดการส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสม

3.จัดทำโครงร่างงานวิจัย

4.จัดทำใบยินยอมร่วมมือให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามในการวิจัย

5.จัดเตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขให้ครอบคลุม

6.การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

7.จัดโปรแกรมสุขศึกษาให้กลุ่มเป้าหมาย

8.การเก็บรวบรวมข้อมูล

8.1. อบรมและชี้แจงการใช้แบบสอบถามและวิธีการเก็บข้อมูลแก่อาสาสมัครเก็บข้อมูล

8.2. ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลตามจำนวนตัวอย่างที่จะศึกษา ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2556 – 15 ตุลาคม 2557

8.3. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบและรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ต่อไป

9.วิเคราะห์ทางสถิติ

10.สรุปผลการวิเคราะห์

11.จัดทำตารางสถิติ

12.อภิปรายผลและข้อเสนอแนะจากการวิจัย

13.จัดทำบทคัดย่องานวิจัย สรุปผลการปฏิบัติงาน

5. ติดตามสตรีติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลในคลินิกบริการยาต้านไวรัสเอดส์

6. ติดตามและแจ้งผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายหลังการตรวจภายใน 1 เดือน

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้และการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาของกลุ่มทดลอง

2 .เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้และการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

3. สตรีกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

**สมมุติฐานการวิจัย**

1.ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการทำงานประจำไปสู่การวิจัย(Routine to Research) โดยใช้วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านโป่ง ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ทำการศึกษา คือ สตรีติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง และไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปีงบประมาณ2557(นับถึงเดือนพฤษภาคม 2557)ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง(purposive Sampling)ในกลุ่มสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 96 คนกำหนดให้สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารักษาที่คลินิกบริการยาต้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลบ้านโป่งวันอังคารที่ 2 ของเดือนจัดเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 48 คน และวันอังคารที่ 4 ของเดือนจัดเป็นกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 48 คนโดยกลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้ตามปกติ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีเงื่อนไขการคัดเข้าที่สำคัญคือสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีอายุ 15 ปีขึ้นไปและเคยมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 1ครั้ง และเงื่อนไขการคัดออกที่สำคัญคือเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาและยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ไม่มีมดลูกไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

**เครื่องมือที่ใช้**

เครื่องมือที่ใช้ มีทั้งหมด 2 ส่วนใหญ่ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนที่ 3การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลและแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 2.1 วีดีทัศน์ความรู้ เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก 2.2 สไลด์การเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของโรคมะเร็งปากมดลูก 2.3 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง 2.4 แผ่นพับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว นำข้อมูลไปวิเคราะห์ประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองด้วยค่าสถิติ t - test ,paired – test

**ผลการวิจัย**

1.ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35 – 39 ปี รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง10,000–20,000 บาท ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาอาชีพของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ อายุเมื่อแต่งงานครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่างคือ ระหว่าง 20-24 ปีจำนวนบุตร 2 คนระยะการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในช่วงเวลา 3-5 ปีและระดับCD4แรก≤200 เซลล์ต่อไมโครลิตรโดยค่าต่ำสุดในกลุ่มทดลองเท่ากับ 98.27เซลล์ต่อไมโครลิตร และกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 161.48 เซลล์ต่อไมโครลิตร

2.ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05(ตารางที่1)

ตารางที่1การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการดำเนินงานตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ผลการดำเนินงาน** | **ก่อนทดลอง** | | **หลังทดลอง** | | **t** | **p-value** |
|  | **S.D.** |  | **S.D.** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กลุ่มทดลอง** |  |  |  |  |  |  |
| ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก | 6.75 | 2.99 | 12.06 | 2.38 | -9.360 | <0.001 |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยง | 26.42 | 5.43 | 28.9 | 3.42 | -2.780 | 0.008 |
| การรับรู้ความรุนแรง | 20.9 | 4.31 | 23.23 | 1.68 | -3.390 | 0.001 |
| การรับรู้ประโยชน์ของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก | 2.4 | 3.42 | 22.48 | 2.09 | -3.197 | 0.002 |
| การรับรู้อุปสรรคของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก | 36.73 | 9.04 | 44.04 | 4.25 | -5.168 | <0.001 |
| การได้รับข้อมูลและแรงสนับสนุนทางสังคม | 53.62 | 11.85 | 58.91 | 7.37 | -2.461 | 0.018 |

ตารางที่1การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการดำเนินงานตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง(ต่อ)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ผลการดำเนินงาน** | **ก่อนทดลอง** | | **หลังทดลอง** | | **t** | **p-value** |
|  | **S.D.** |  | **S.D.** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **กลุ่มเปรียบเทียบ** |  |  |  |  |  |  |
| ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก | 2.62 | 0.38 | 3.39 | 0.49 | -4.390 | <0.001 |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยง | 25.81 | 4.4 | 26.48 | 4.96 | -0.660 | 0.513 |
| การรับรู้ความรุนแรง | 20.15 | 4.1 | 20.3 | 4.24 | -0.090 | 0.925 |
| การรับรู้ประโยชน์ของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก | 20.68 | 3.14 | 19.31 | 3 | 2.233 | 0.030 |
| การรับรู้อุปสรรคของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก | 39.19 | 8.03 | 36.9 | 7.17 | 1.394 | 0.170 |
| การได้รับข้อมูลและแรงสนับสนุนทางสังคม | 51.52 | 9.43 | 50.71 | 10.09 | 0.392 | 0.696 |

**การอภิปรายผล**

1. กลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้พฤติกรรมความเชื่อด้านสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

สุขศึกษาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

จากการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาผู้วิจัยอธิบายได้ว่าเมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ ความรุนแรง การป้องกันและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกโดยใช้สื่อสไลด์โดยผู้วิจัยได้บรรยายความรู้ประกอบภาพการดำเนินการของโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะต่างๆ ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกเข้าใจที่ถูกต้อง การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงจากตัวแบบในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง และตัวแบบที่ผ่านประสบการณ์ป่วยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้มีการเรียนรู้โดยกลุ่มสตรีติดเชื้อเอชไอวีด้วยกันเองจึงเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น การจัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วมในการค้นหาพบสาเหตุปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของตัวแบบและวิเคราะห์เปรียบเทียบกับตนเองและเพื่อนถึงปัจจัยการเกิดโรมะเร็งปากมดลูก ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจมากขึ้นรวมทั้งการตอบข้อสงสัยแก่กลุ่มทดลองในประเด็นที่ยังไม่แน่ใจหรือไม่เคยรับรู้มาก่อนจนเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ส่งผลให้หลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงจากก่อนการทดลองร้อยละ 6.25 หลังการทดลองเพิ่มเป็นร้อยละ64.58 และมีความแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ของ ชูเกียรติ เพชรสัมฤทธิ์ 2 กล่าวว่า การบรรยายประกอบวีดีทัศน์ การนำเสนอตัวแบบที่เคยป่วยเป็นโรคมาเล่าถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยและวิธีการดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งทำให้ผู้ฟังเกิดความสนใจมากขึ้น และยังทำให้เข้าใจง่าย นอกจากนี้หลังสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยได้แจกแผ่นพับเรื่องโรคเพื่อให้กลุ่มทดลองนำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน จึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญญา บุญถูก(2555) พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ33.33เป็นร้อยละ81.81 และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05เป็นผลจากการประยุกต์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เพิ่มขึ้น

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองพบว่ามีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2553 กำหนดให้มีการตรวจมะเร็งปากมดลูกครั้งแรกหลังพบว่าติดเชื้อเอชไอวี และทุก 6 เดือนในปีแรกที่มารับบริการหลังจากนั้นตรวจซ้ำปีละ 1 ครั้งจำเป็นที่กลุ่มเปรียบเทียบต้องได้รับความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและถูกกระตุ้นด้วยการได้รับเอกสารใบนัดกระตุ้นเตือนตามปกติ ส่งผลให้หลังการทดลองมีระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.25 เป็นร้อยละ 43.75และมีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญญา บุญถูก(2555) พบว่าหลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองพบว่ามีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05เพราะกลุ่มเปรียบเทียบได้รับข้อมูลข่าวสารและกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ การให้ความรู้ผ่านอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ

2. กลุ่มทดลองมีการรับรู้พฤติกรรมความเชื่อด้านสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

สุขศึกษาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

อธิบายได้ว่า จากผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีติดเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีการรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกการรับประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาสตรีกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05สอดคล้องกับงานวิจัยของจรรยา หาสุขและคณะ (2554 :90) พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาสตรีกลุ่มทดลองการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกการรับประโยชน์และค่าใช้จ่ายของการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 สรุปได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถเพิ่มการรับรู้ในการเป็นโรคมะเร็งแก่สตรีทำให้สตรีมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอธิบายได้ว่าการที่กลุ่มทดลองได้รับรู้สถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของตนเองเมื่อผู้วิจัยได้นำภาพมะเร็งปากมดลูกระยะต่างๆ ประกอบกับการให้ตัวแบบซึ่งเป็นสตรีติดเชื้อเอชไอวีเช่นกันได้พูดคุยถึงประสบการณ์ความรู้สึกและความเจ็บป่วยทรมานกับมะเร็งปากมดลูกทำให้กลุ่มทดลองได้รับรู้และตระหนักในความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก หากมีการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกจะยิ่งทำให้ตนเองมีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและร่างกายมากขึ้นสอดคล้องกับคาห์น(Kahn,1979:85) กล่าวว่า การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไป การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง

จากการเปรียบเทียบพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาผู้วิจัยอธิบายได้ว่าหลังการทดลองพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น เป็นผลจากการที่กลุ่มทดลองได้รับความรู้และการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและการได้รับข้อมูลข่าวสารและแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนั้นการที่กลุ่มทดลองได้มีโอการสแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ป่วยและรักษาด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้เกิดการไว้วางใจทำให้รับทราบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(Pap smear)ปกติไม่ใช่ว่าจะไม่มีโอกาสป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก แต่การได้รับการตรวจ Pap smear ซ้ำหลายๆครั้งจะช่วยในการค้นหารอยโรคระยะแรกเริ่มและป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ได้ผลดีสอดคล้องกับการศึกษาของจตุพร ศรีสมบูรณ์;2547 สตรีติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการตรวจ Pap smear ทุก1 ปี ช่วยให้สตรีที่เคยมีผลการตรวจคัดกรองที่เป็นปกติในปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจซ้ำในปีต่อมาและพบผลผิดปกติจากการมารับการตรวจคัดกรองในครั้งที่ 2หรือครั้งที่ 3 สอดคล้องกับทฤษฎีที่ว่าการทำPap smear screening หลายๆครั้งจะช่วยลดโอกาสเกิดผลลบลวงได้ และการตรวจพบรอยโรคขั้นต่ำจะช่วยให้การรักษาได้ผลดีกว่าการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม(พิชัย เจริญพานิช; 2535.)

3.ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลองพบว่า สตรีกลุ่มทดลองมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 72.92 มากกว่าสตรีกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 54.17 ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูก | N | X¯ | SD. | t-value | df | p-value |
| กลุ่มทดลอง |  |  |  |  |  |  |
| ก่อนการทดลอง | 48 | 53.63 | 11.85 | -2.46 | 47 | 0.018 |
| หลังการทดลอง | 48 | 58.92 | 7.37 |  |  |  |
| กลุ่มเปรียบเทียบ |  |  |  |  |  |  |
| ก่อนการทดลอง | 48 | 9.43 | 1.36 | 0.392 | 47 | 0.696 |
| หลังการทดลอง | 48 | 10.09 | 1.45 |  |  |  |

**ผลการดำเนินงาน**

ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกเฉพาะสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่รับการตรวจในโรงพยาบาลบ้านโป่ง พบผลปกติ 27 ราย (ร้อยละ 38.57) ผลผิดปกติ 24 ราย (ร้อยละ 34.28) จำแนกเป็น มีการอักเสบ 5 ราย (ร้อยละ 7.14) มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุผิวปากมดลูกระดับ CIN 1 จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 4.28) ระดับ CIN 2 จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 2.85) ระดับ CIN 3 จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.42)

**บทเรียนที่ได้รับ** :   
1. ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้การทำงานประสบความสำเร็จ การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีครอบคลุมส่งผลให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแล รักษาตามมาตรฐานและเป็นไปตามตัวชี้วัดและการวัดคุณภาพบริการ2. ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการพัฒนาระบบงานและการให้บริการไปในแนวทางที่ดีขึ้น

**ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ**

1. กลุ่มสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ไม่มาตรวจมะเร็งปากมดลูกตามนัด
2. เมื่อส่งไปแผนกวางแผนครอบครัว ต้องให้แพทย์เป็นคนเขียนสั่ง ถึงจะตรวจให้

**โอกาสพัฒนา**

* + เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ควรให้ความรู้ความเข้าใจ เรื่องมะเร็งปากมดลูกและให้กลุ่มสตรีที่ติดเชื้อ

เอชไอวีเอดส์ตระหนักและเห็นความสำคัญของการตรวจมะเร็งปากมดลูก สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์จะมาตรวจตามนัดทุกราย และตรวจต่อเนื่องปีละ 1 ครั้ง

* + ประสานแผนกวางแผนครอบครัวและแพทย์เพื่อหาข้อตกลงในขั้นตอนการตรวจมะเร็งปาก

มดลูก