

**ประสิทธิผลของการพัฒนาโปรแกรมการติดตามการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกซ้ำทุก 6 เดือน ในกลุ่มหญิง
ติดเชื้อ HIV ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา**

The effect of developing the follow-up - program for repeating cervical cancer screening every 6 months among HIV-infected women with abnormal cervical cancer screening at

Dok Khamtai Hospital Dok Khamtai District, Phayao Province

สาโรจน์ โนศรี

Sarote Nosri

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

บทคัดย่อ

สตรีที่ติดเชื้อ HIV มีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าคนปกติ และมีโอกาสที่โรคมะเร็งจะลุกลามไปสู่ระยะที่รุนแรงขึ้น ในระยะเวลา 6 เดือน มากกว่าสตรีปกติถึง 2 เท่าจากบันทึกการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มนี้ ในโรงพยาบาลดอกคำใต้พบว่า มีผู้มารับการตรวจซ้ำภายใน 6 เดือนเพียงร้อยละ 44.23 วิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมการติดตามดูแลหญิงติดเชื้อ HIV ต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกซ้ำทุก 6 เดือนในรายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยง ผลดีของการมาตรวจซ้ำ อุปสรรคและความรุนแรง ของโรคมะเร็งปากมดลูกและศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง Simple Interrupted Time Series (ITS) ศึกษาในสตรีติดเชื้อ HIV ในรายที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา โดยมีการวัดผลอัตราการมาตรวจตามนัดซ้ำทุก 6 เดือน การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ผลดีของการมาตรวจซ้ำ อุปสรรค ความรุนแรง และความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมที่พัฒนาโดยเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนาตั้งแต่เดือนมกราคม 2564 ถึง ธันวาคม 2564 ติดตามหลังพัฒนาตั้งแต่เดือน มกราคม 2565 ถึง มิถุนายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณานำเสนอ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการมาตรวจตามนัดซ้ำทุก 6 เดือน ด้วยสถิติ Mc Nemar test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วย Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า อัตราการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซ้ำทุก 6 เดือนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44.23 เป็นร้อยละ 96.67 (P-value <0.001) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง ผลดีของการมาตรวจซ้ำ อุปสรรค และความรุนแรง ของโรคมะเร็งปากมดลูกหลังใช้โปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 96.67 มีระดับความพึงพอใจหลังการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นระดับมากควรนำผลงานวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางในการติดตามดูแลหญิงติดเชื้อ HIV ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติให้มารับการตรวจคัดกรองซ้ำทุก 6 เดือน และขยายไปสู่สตรีกลุ่มอื่นๆ

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก, การตรวจคัดกรอง การติดตามดูแลหญิงติดเชื้อ HIV

Abstract

HIV-infected women have a higher incidence of cervical cancer than normal people. There is a chance that the disease will progress to a more severe stage within 6 months than normal women 2 times. According to Dok Khamtai Hospital Data, the women with abnormal cervical cancer screening was revisited only 44.23%. This research aimed at studying the effect of developing a follow-up program for HIV -infected women on repeating cervical cancer screening every 6 months in for patients with abnormal cervical cancer screening results. Also, to compare the perceived of risk opportunities, the benefits of repeating examinations, obstacles and violence of cervical cancer before and after implementation as well as to assess the satisfaction toward the program. This was Simple Interrupted Time Series (ITS). Participants were HIV-infected women with abnormal screening results at Dok Khamtai Hospital Dok Khamtai District. The rate of repeat visits every 6 months was measured. Perceptions based on health belief patterns consist of perceived risk exposures, repeating advantages, obstacles, severity, and satisfaction with using by comparing between the pre-developed program from January 2021 to December 2021, and after implementation from January 2022 to June 2022. Data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation. Comparative analysis of the rate of repeat visits every 6 months with the Mc Nemar test, compared the average perceived scores according to the health belief model with the Paired t-test. The rate of recurrent cervical cancer screening every 6 months increased from 44.23% to 96.67% (P-value <0.001). When comparing the perceived risk score, the mean score of benefits of repeat visits, obstacles and severity of cervical cancer after the program had significant an increased than before implementation (p-value <0.001). The participants had a high level of satisfaction toward the program with 96.67%. Research suggest that this program should be used as a guideline for monitoring HIV - infected women with abnormal cervical cancer screening in order to to repeated screening every 6 months and expand it to other groups of women.

Keywords: cervical cancer, screening Follow-up care for women infected with HIV

1. บทนำ

มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) เป็นมะเร็งที่พบมากอันดับ 4 ของสตรีทั่วโลก(สถาบันมะเร็งแห่งชาติ,2563)และในปีคศ. 2020 มีผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก 604,000 คนและผู้หญิงจำนวน 342,000 คนเสียชีวิตเนื่องจากมะเร็งปากมดลูก ซึ่ง 90% ของผู้ที่เสียชีวิตอาศัยอยู่ในประเทศยากจนหรือประเทศรายได้ปานกลางในปี 2565 ทั่วโลกพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ 569,847 ราย และพบผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก311,365 ราย อัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก (Age Standardized Rate, ASR) พบ 6.9 ต่อประชากรแสนคนต่อปี(World Health Organization cervical cancer, 2022) องค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer, IARC)ได้คาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งทุกชนิดปีละ 7.6 ล้านคน และยังพบว่ามะเร็งปากมดลูกจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวไว้ว่าถ้ากลุ่มสตรีได้รับการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 90.0 ในทุกๆ ปีจะสามารถลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 55.0 (WHO cervical cancer,2022) กลุ่มคนที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น เป็นโรคเอดส์ หากรับเชื้อ HPV นี้มาก็อาจจะทำให้กำจัดออกไม่หมด ทำให้ร่างกายมีการปรับเปลี่ยนเซลล์จนกระทั่งเซลล์กลายเป็นมะเร็ง ผู้หญิงที่มีเชื้อ HIV อยู่แล้วและได้รับเชื้อ HPV ด้วยก็จะทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่าคนปกติ 5-10 เท่า(ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล,2559) ประเทศสหรัฐอเมริกาจึงกำหนดให้มะเร็งปากมดลูกเป็นอาการแสดงของเอดส์และจัดความผิดปกติของรอยโรคของปากมดลูกชนิด Cervical intraepithelial neoplasia (CIN) อยู่ใน category B : สตรีที่ติดเชื้อ HIV มีความชุกผลขึ้นเนื้อที่เป็นรอยโรคโดยรวมสูงกว่าผลขึ้นเนื้อที่มีการอักเสบ หรือผลปกติพบผล LSIL สูงกว่าสตรีที่มีผล HIV เป็นลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(อัญชลี ชัยนวล,2562) ดังนั้นสตรีที่ติดเชื้อ HIV จึงควรได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ เป็นการป้องกันที่จะพบความผิดปกติของเซลล์เยื่อผิวปากมดลูกตั้งแต่ระยะเริ่มแรก สามารถลดอุบัติการณ์ และอัตราการตายจากโรคได้มากกว่าร้อยละ 90 แนวทางมาตรฐานในปัจจุบันที่ประกาศโดย The Centers for Disease Control and Prevention แห่งประเทศสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear ทุก 6 เดือนในช่วง 1 ปีแรกที่พบการติดเชื้อHIV หากผลปกติทั้งสองครั้งแนะนำให้ตรวจอย่างสม่ำเสมอทุกปีจากแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อ HIV ประเทศไทย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่ากลุ่มหญิงที่ติดเชื้อ HIV ประมาณร้อยละ 20 และพบการติดเชื้อ HPV และความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกมากกว่าผู้ไม่ติดเชื้อ รวมทั้งพบมากขึ้นในผู้ที่มีระดับ CD4 ต่ำลง ดังนั้นจึงแนะนำให้ตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาและทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลรักษาและติดตามตั้งแต่ความผิดปกติของเซลล์ระยะเริ่มต้น หากพบว่าผู้ติดเชื้อป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก พิจารณาให้ยาต้านไวรัสทันทีโดยไม่ขึ้นกับระดับ CD4 การเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้ที่พอเพียงเกี่ยวกับวิธีการตรวจอธิบายเรื่องการพบความผิดปกติของเซลล์แนวทางการดูแลรักษา และช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ติดเชื้อต่อการตรวจคัดกรองวิธีการตรวจคัดกรองและความถี่ตรวจ pap smear ครั้งแรกหลังจากพบว่า

ติดเชื้อเอชไอวี และทุก 6 เดือน ในปีแรกที่มาใช้บริการ หลังจากนั้นตรวจซ้ำปีละ 1 ครั้ง ในผู้ติดเชื้อเพศหญิงทุกราย

จากรายงานคลินิกยาด้านไวรัสของโรงพยาบาลดอกคำใต้พบว่ากลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปี 2559,2560,2561,คิดเป็นร้อยละ 68, 72, 81ตามลำดับซึ่งไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายคือร้อยละ 90ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV คือโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิงติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยาขึ้นส่งผลให้ อัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงติดเชื้อHIV ปี 2562,2563,2564 ร้อยละ93.95,98.67,93.23ตามลำดับ(ปี2564 ลดลงเนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดโควิด2019) จากรายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงติดเชื้อHIVที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลดอกคำใต้ในช่วงพ.ศ 2560-2564 หญิงติดเชื้อ HIV ที่มีผลผิดปกติจากการตรวจคัดกรองและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม เคยมีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน3-5 ปีที่ผ่านมาพบการอักเสบเรื้อรังของปากมดลูก ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้เก็บรวบรวมการบันทึกการตรวจPap smear ของโรงพยาบาลดอกคำใต้จำนวน 1609 บันทึกพบว่ามีความผิดปกติถึง 52 คน(ร้อยละ3.23)และพบภาวะการอักเสบของปากมดลูก 29 คน(ร้อยละ55.76) เชื้อราในช่องคลอด 12 คน(ร้อยละ24)ผลผิดปกติจำแนกเป็นรอยโรคชั้นต่ำ(LSIL) 8 คน(ร้อยละ15.38) รอยโรคชั้นสูง(HSIL) 19 คน(ร้อยละ 36.53)และได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม 11 คน(ร้อยละ21.15)และเมื่อนำรายชื่อทั้งหมดมาสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลดอกคำใต้ พบว่ามีผู้มารับการตรวจซ้ำภายใน 6 เดือนเพียง 23คน(ร้อยละ 44.23)โดยทั้งหมดนี้พบผลผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซ้ำจากการตรวจพบการอักเสบของปากมดลูกครั้งที่ผ่านมานานกว่า 12 เดือนขึ้นไปและไม่ได้ติดตามการตรวจคัดกรองซ้ำทุก 6 เดือนและจากการที่จะจูงใจให้หญิงติดเชื้อ HIV เข้ามาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต้องใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้การอธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพซึ่งนำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคต่อมาได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาพยาบาลแต่ประสบปัญหาว่าปัจจุบันประชาชนมารับบริการป้องกันโรคน้อยลง(อาภาพร เฝ้าวัฒนาและคณะ,2554)

จากปัญหาดังกล่าวคณะผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ปัญหาโรคมะเร็งปากมดลูกจึงได้พัฒนาโปรแกรมการติดตามการตรวจคัดกรองซ้ำในหญิงติดเชื้อHIV ที่มีผลตรวจผิดปกติและมาตรวจคัดกรองซ้ำภายใน 6 เดือนเพื่อให้การดำเนินการควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มหญิงติดเชื้อHIVในอำเภอดอกคำใต้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ประเมินอัตราการเปลี่ยนแปลงการตรวจมะเร็งปากมดลูกซ้ำทุก 6 เดือนในหญิงติดเชื้อ HIV ที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมติดตามการตรวจคัดกรองซ้ำในหญิงติดเชื้อ HIV ที่มีผลตรวจผิดปกติและมาตรวจคัดกรองซ้ำภายใน 6 เดือน

2. เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดี และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการติดตามการตรวจคัดกรองซ้ำในหญิงติดเชื้อ HIV ที่มีผลตรวจผิดปกติและมาตรวจคัดกรองซ้ำภายใน 6 เดือน

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

3.ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง Simple Interrupted Time Series (ITS) โดยมีการวัดผลอัตราการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกซ้ำทุก 6 เดือนก่อนการพัฒนาตั้งแต่เดือนมกราคม 2564 ถึง ธันวาคม 2564 หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาโปรแกรมการติดตามหญิงติดเชื้อ HIV ที่พบความผิดปกติของปากมดลูกเปรียบเทียบกับอัตราการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกซ้ำทุก 6 เดือนหลังพัฒนาตั้งแต่เดือน มกราคม 2565 ถึง มิถุนายน 2565 สถานที่คลินิกตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

3.2 สมมติฐานการวิจัย

หลังการใช้โปรแกรมการติดตามหญิงติดเชื้อ HIV ที่มีการตรวจพบความผิดปกติของปากมดลูกจากการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะทำให้มีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซ้ำทุก 6 เดือนเพิ่มขึ้นกว่าเดิม

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร : กลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา จำนวน 383 คนที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลดอกคำใต้

กลุ่มตัวอย่าง : หญิงติดเชื้อ HIV ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสและตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลดอกคำใต้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 30 ธันวาคม 2564 โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจาก Estimated sample size for one-sample comparison of proportions วัดผลก่อนหลังจากอัตราการมาตรวจซ้ำตามนัดจากเดิมร้อยละ 6.5 หลังจากได้ใช้รูปแบบการติดตามคาดว่าจะลดการไม่มาตามนัดเหลือร้อยละ 4.33 กำหนดค่า Alpha= 0.05, ค่าอำนาจในการทำนาย (Power) = 0.80 One –side test Ratio 1:1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยจำนวน 30 คนโดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

- 1.หญิงติดเชื้อ HIV ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสมาไม่น้อยกว่า 1 ปีที่เปิดเผยตนเอง คือ ยอมรับการติดเชื้อ HIV เข้ารับยาต้านไวรัสในคลินิกอย่างเปิดเผย ครอบครัวและสังคมยอมรับและอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปกติ
2. มีอายุ 18 ปีหรือมากกว่า
- 3.สุขภาพร่างกายแข็งแรงและไม่มีอาการป่วยที่ร้ายแรงในรอบปีที่ผ่านมา
- 4.สมัครใจเข้าร่วมโครงการและให้ความร่วมมือในการวิจัย (โดยการสอบถามและสร้างข้อตกลงร่วมกัน เนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคม)
- 5.สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาในการสื่อสารภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการและมาตามนัดหมายได้
2. มีอาการป่วยที่ร้ายแรงระหว่างการวิจัย
3. ยกเลิกเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างการวิจัย
4. เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้รับการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาเลขที่ 017/2565

3.4 ทฤษฎี งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)แบบแผนตามความเชื่อด้านสุขภาพมาได้ อธิบายพฤติกรรมป้องกันของบุคคลคือเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนและจะหนีออกห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในครั้งแรกโดยฮอกบ่า (Hochbaum) และคณะ

โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974 : 34) ได้อธิบายแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควรการปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค

Becker และคณะ ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ จึงได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งพบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค

O' Donnell ได้กล่าวว่าในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมี 4 องค์ประกอบ กล่าวคือ บุคคลจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคนั้น
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น
3. การรับรู้ประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัตินั้น
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้น

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Dunn and Rogers 1986 (Protection motivation theory) โดยทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และ การให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม ปัจจัยที่อาจส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนองอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอกร่างกายบุคคล เช่น 1) ความรุนแรงของโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (noxiousness) 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (perceived probability) 3) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy)

รูปแบบการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ

รูปแบบของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ รายบุคคล และรายกลุ่ม (รวมพร คงกำเนิด, 2543; Rankin, Stalling, & London, 2005)

1. การให้ข้อมูลแบบรายบุคคล การให้ข้อมูลรายบุคคล เป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการแบบตัวต่อตัว โดยคำนึงถึง ความแตกต่างของแต่ละบุคคลในเรื่องความสามารถ ความถนัด ความพร้อม และความสนใจ ซึ่งวิธีการให้ข้อมูลอาจเป็นแบบมีผู้สอนหรือผู้ใช้บริการศึกษาด้วยตนเองตามความต้องการ การเรียนรู้ และ ปัญหาของแต่ละบุคคล การให้ข้อมูลแบบรายบุคคลนี้เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการได้ใช้ความรู้ ความสามารถของตนอย่างเต็มที่ เป็นวิธีที่ได้รับผลดีมาก ซึ่งนอกจากจะทำให้พยาบาลมีโอกาสได้ ซักถาม ปัญหาเป็นรายบุคคลแล้ว ยังสามารถให้คำแนะนำหรือแก้ปัญหาสุขภาพได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความสนิทสนมคุ้นเคยและเป็นกันเองนำไปสู่การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง พยาบาลกับผู้ใช้บริการด้วย ซึ่งการให้ข้อมูลแบบรายบุคคล แบ่งเป็นการให้ข้อมูลที่บ้าน และการให้ ข้อมูลในคลินิก (Rankin, Stalling, & London, 2005)

2. การให้ข้อมูลด้านสุขภาพเป็นกลุ่ม หมายถึงการให้ข้อมูลให้ผู้ใช้บริการตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่มี ความสนใจร่วมกัน พยาบาลสามารถให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่กลุ่มต่างๆได้

วิธีการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ

วิธีการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ง่ายและนำมาใช้บ่อย มี 3 วิธี (Rankin, Stalling, & London, 2005) ได้แก่

1. การให้ข้อมูลด้วยวาจา (verbal information) วิธีการพูด เป็นวิธีที่ง่าย สะดวกในการให้ข้อมูลทั้งผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล โดยเฉพาะ การให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว การให้ข้อมูลลักษณะนี้ถือว่าการสื่อสารแบบสองทาง ผู้รับข้อมูล สามารถตอบโต้ ซักถาม เมื่อเกิดความสงสัยได้

2. การให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร (written information) วิธีการเขียน อาจเป็นใบปลิวหรือคู่มือ ใช้คู่กับการให้ข้อมูลด้วยวิธีการพูด มีประโยชน์ ในการกระตุ้นความจำและสร้างความเข้าใจของข้อมูล ทั้งผู้รับบริการ ครอบครัวและผู้ดูแล

3. การใช้สื่ออื่น ๆ ประกอบการให้ข้อมูล เช่น เทปเสียงหรือวีดีโอ เป็นต้น มีประโยชน์ ในการใช้เหมือนสื่อการเขียน แต่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือเสริมที่มีราคาแพง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหรือ ผู้ใช้บริการอาจจะไม่สะดวกในการซื้อหา

แผนการให้ข้อมูล เป็นรายละเอียดของข้อมูลที่จะดำเนินการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยเนื้อหาข้อมูลสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ เนื้อหาน่าสนใจ เหมาะสมกับสภาพของผู้รับ ข้อมูลมีการเปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลมีส่วนร่วมในขั้นตอนการให้ข้อมูล รวมไปถึงมีการสรุปและ ประเมินผลการให้ข้อมูลในแต่ละครั้ง (Rankin, Stalling, & London, 2005)

การนำเสนอภาพนิ่งโดยใช้คอมพิวเตอร์ เป็นสื่อที่มีภาพและเรื่องราวเดียวกันรวมไว้ด้วยกัน มีเนื้อหาต่อเนื่องสัมพันธ์กัน มีคำอธิบายสั้น ๆ กะทัดรัด ใช้ภาษาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ข้อดีคือ ช่วยชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างเนื้อหา สามารถแสดงลำดับขั้นตอนของเนื้อหาได้ ผลิตได้ง่าย และสามารถเก็บรักษาได้ง่าย และช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการผลิตและเหมาะกับการสอนในรายบุคคล หรือกลุ่มขนาดเล็ก ทำให้มีการย้อนถามจากผู้รับบริการได้ทันทีเมื่อไม่เข้าใจ จึงน่าจะเกิดประสิทธิภาพ ในการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น (Rankin, Stalling, & London, 2005) การให้ข้อมูลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่จะส่งผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น เบคเกอร์ (Becker, 1974) กล่าวว่าควรจะให้ข้อมูลเป็นระยะอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6-8 สัปดาห์

การติดตามทางโทรศัพท์ เนื่องจากโทรศัพท์เป็นสิ่งเร้าใหม่ที่กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางปัญญาที่เชื่อว่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมเมื่อได้รับแรงเสริมจะเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ(โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์,2547:Dobson & Block,1988)

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.5.1.แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนามาจากโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกต่อความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาลดอกคำใต้อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยาจำนวน 46 ข้อประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกการรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูกคำถามเป็นมาตรฐาน 3 ระดับข้อความที่เป็นบวก

(Positive statement)จำนวน32 ข้อ ได้แก่ เห็นด้วย3คะแนน ไม่แน่ใจ2คะแนน ไม่เห็นด้วย1 คะแนนข้อความที่เป็นลบ (Negative statement) 24 ข้อได้แก่ เห็นด้วย1คะแนน ไม่แน่ใจ2คะแนน ไม่เห็นด้วย3 คะแนนจากนั้นนำมาหาค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยมากกว่า $\bar{X}+S.D$ หมายถึง มีการรับรู้ระดับสูง คะแนนเฉลี่ยมากกว่า $\bar{X}+S.D$ หมายถึง มีการรับรู้ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยมากกว่า $<\bar{X}+S.D$ หมายถึง มีการรับรู้ระดับต่ำโดยสอบถาม2ครั้ง คือก่อนให้ความรู้และหลังการให้ความรู้และการทำกิจกรรมกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามได้รับการพิจารณาและตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้ค่าความตรง (Validity) 0.85 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในคลินิกยาด้านไวรัสโรงพยาบาลดอกคำใต้ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คนโดยแบบสอบถามความรู้ใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบัท (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) 0.70

3.5.2โปรแกรมการพัฒนาการติดตามการมาตรวจซ้ำทุก 6 เดือน ได้แก่ประกอบด้วย ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการติดตามหญิงติดเชื้อHIV ประกอบด้วย

1. ตารางรายชื่อที่พบความผิดปกตินัดตรวจซ้ำทุก 6 เดือน
2. การแจ้งผลตรวจ วันนัดตรวจซ้ำทางโทรศัพท์
3. ใบนัดตรวจซ้ำของโรงพยาบาล
4. การให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก
5. การติดตามการมาตรวจทางโทรศัพท์ล่วงหน้า1วันก่อนวันตรวจ
6. การกระตุ้นเตือนของพยาบาลประจำคลินิกยาด้านไวรัสเมื่อมารับยาด้านไวรัสทุก 3 เดือน

3.5.3 รูปแบบการให้ความรู้ประกอบด้วย การสอนด้วยสไลด์เพาเวอร์พอยท์ เอกสารแผ่นพับ วิดิทัศน์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการนัดหมายมาให้ความรู้ตามโปรแกรมและการจัดกระบวนการกลุ่มหลังการได้รับทราบผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ โดยมีแนวคิดทฤษฎี เรื่องความรู้โรคมะเร็งปากมดลูกแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)แบบแผนตามความเชื่อด้านสุขภาพมาได้อธิบายพฤติกรรมป้องกันของบุคคลคือเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนและจะหนีออกห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา O' Donnell ได้กล่าวว่าแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมี 4 องค์ประกอบ กล่าวคือ บุคคลจะมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับ1)การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคนั้น2). การรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น3) การรับรู้ประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัตินั้น4)การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

สไลด์พาวเวอร์พอยท์ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยเนื้อหาสถานการณ์

โรคมะเร็งปากมดลูกของโลก ประเทศไทย ภาคเหนือ จังหวัดพะเยา และในอำเภอดอกคำใต้ สาเหตุ

โรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงและอาการแสดงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเตรียมตัวตรวจ การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

สื่อวีดิทัศน์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ผลิตโดย โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2559) ความยาว 8.21 นาที ซึ่งมีเนื้อหา มะเร็งปากมดลูกคืออะไร สาเหตุมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก อาการมะเร็งปากมดลูก วิธีตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก การรักษามะเร็งปากมดลูก วิธีป้องกันและวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก

เอกสารแผ่นพับความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกศัตรูตัวร้ายของผู้หญิง ประกอบด้วยเนื้อหา มะเร็งปากมดลูกคืออะไร ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก อาการของมะเร็งปากมดลูก การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก การรักษาและการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ผลิตโดย โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2558)

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลการมาตรวจเก็บข้อมูลผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีพบความผิดปกติและการมาตรวจซ้ำทุก 6 เดือนระหว่างเดือนมกราคม 2564-ธันวาคม 2564 หลังจากนั้นได้พัฒนาโปรแกรมการติดตามมาตรวจซ้ำทุก 6 เดือนและนำมาใช้ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2565-มิถุนายน 2565 และนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงติดเชื้อ HIV 5 ปีย้อนหลัง รวมถึงข้อมูลผลตรวจที่ผิดปกติและการมาตรวจซ้ำทุก 6 เดือน
2. เก็บข้อมูลการมาตรวจซ้ำทุก 6 เดือนในรายที่มีผลตรวจผิดปกติระหว่างเดือนมกราคม 2564-ธันวาคม 2564
3. พัฒนาโปรแกรมการติดตามและดำเนินการ ประกอบด้วย ตารางรายชื่อที่พบความผิดปกติ โทรศัพท์แจ้งผลตรวจคัดกรองที่พบความผิดปกติ นัดกลุ่มเป้าหมายเพื่อชี้แจงโปรแกรมและการวิจัยแก่กลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจผิดปกติ นัดกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 30 คนเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ตามโปรแกรมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคมะเร็งปากมดลูก ทำกิจกรรมกลุ่ม การทำแบบสอบถามครั้งที่ 1 และแบบสอบถามความพึงพอใจ ออกใบนัดตรวจซ้ำ 6 เดือน
4. โทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างมาตรวจซ้ำล่วงหน้า 1 วัน
5. ตรวจมะเร็งปากมดลูกซ้ำด้วยวิธี Pap smear พร้อมทำแบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโรคมะเร็งปากมดลูก ครั้งที่ 2 และแบบสอบถามความพึงพอใจครั้งที่ 2
6. การกระตุ้นเตือนของพยาบาลประจำคลินิกยาต้านไวรัสให้มาตรวจซ้ำทุก 6 เดือนเมื่อมารับยาต้านไวรัสตามนัด

3.8 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการไม่มาตรวจตามนัดซ้ำทุก 6 เดือนของหญิงติดเชื้อ HIV ที่พบความผิดปกติ ด้วยสถิติ แมคเนียร์ (McNemar test)

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วย Paired t-test

วิเคราะห์อัตราความพึงพอใจใช้ร้อยละ

4. ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงติดเชื้อ HIV ที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลดอกคำใต้ กลุ่มก่อนและหลังทดลองเป็นกลุ่มเดียวกัน อายุเฉลี่ย 52.40 ปี (SD±7.29) อายุต่ำสุด 37 ปี อายุสูงสุด 71 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.67 จบระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.33 รองลงมา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.33 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50 รองลงมา อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.33 มีรายได้เฉลี่ย 5,966.66 บาทต่อเดือน (SD±1650.14) มีโรคประจำตัวร่วม ร้อยละ 56.67 ระยะเวลาการติดเชื้อ HIV เฉลี่ย 15.76 ปี (SD±4.30) ต่ำสุด 5 ปี สูงสุด 25 ปี ส่วนใหญ่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 60 ผ่านการคลอดอย่างน้อย 2 ครั้ง ร้อยละ 46.67 ส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งปากมดลูก เหตุผลในการตรวจคือมีการมีอาการอักเสบของปากมดลูก และเจอเชื้อราในช่องคลอด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำให้มาตรวจ ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
<60	25	83.33
≥60	5	16.67
Mean ±SD	52.40±7.92	Min=37, max=71
สถานภาพ		
โสด	3	10.00
สมรส	23	76.67
หม้าย/อย่า/แยก	4	13.33
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	13	43.33
มัธยม	16	53.33
อนุปริญญา/ปวส.	1	3.33

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	15	50.00
เกษตรกรกรรม	13	43.33
ค้าขาย	2	6.67
รายได้		
<5000	6	20.00
≥5000	24	80.00
Mean ±SD	5966.67+1650.14	Min=4000, max=10000
โรคประจำตัว		
มี	17	56.67
ไม่มี	13	43.33
ระยะเวลาการติดเชื้อ HIV		
< 10	3	10.00
≥ 10	27	90.00
Mean ±SD	15.76+4.30	Min=5, max=25
ประวัติการคุมกำเนิด		
ยาคุม	18	60.00
ยาฉีด	2	6.67
ถุงยาง	3	10.00
หมั้น	7	23.33
ประวัติการผ่านการคลอด		
ไม่ผ่าน	2	6.67
ผ่านการคลอด 1 ครั้ง	14	46.67
ผ่านการคลอด 2 ครั้ง	13	43.33
ผ่านการคลอด 3 ครั้ง	1	3.33
ประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งปากมดลูก		
มี	6	20.00
ไม่มี	24	80.00
การรับการตรวจมะเร็งในรอบปีที่ผ่านมา		
เคย	30	100
ไม่เคย	0	0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลที่เข้ารับการตรวจ		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ	3	10.00
มีการอักเสบของปากมดลูก	14	46.67
เจอเชื้อราที่ปากมดลูก	13	43.33

ในการพัฒนาโปรแกรมการติดตามดูแลหญิงติดเชื้อ HIV ที่มีผลตรวจคัดกรองผิดปกติและให้มาตรวจคัดกรองซ้ำทุก 6 เดือนมีการให้ความรู้ตามโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการใช้โปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า

ก่อนและหลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันโดยภายหลังใช้โปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม (P-value <0.001) การรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูกโดยภายหลังใช้โปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม (P-value <0.001) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกกันโดยภายหลังใช้โปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม (P-value <0.001) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยภายหลังใช้โปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.006) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดี และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการติดตาม (n=30)

คะแนนการรับรู้	ก่อนใช้โปรแกรม	หลังใช้โปรแกรม	t	df	p-value	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค	Mean ±SD	26.10± 4.03	35.63± 1.13	13.26	29	<0.001*
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	Mean ±SD	23.43± 2.71	26.16± 1.82	4.13	29	<0.001*
การรับรู้ผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูก	Mean ±SD	15.83±2.00	18.70±1.41	6.53	29	<0.001*

การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก	Mean ±SD	12.63±1.71	14.73±0.64	6.73	29	<0.001*
การรับรู้อุปสรรคของการ ปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก	Mean ±SD	23.2±3.68	25.5±3.90	4.08	29	0.006*

เปรียบเทียบอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามนัดทุก 6 เดือนของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนพบว่าก่อนใช้รูปแบบที่พัฒนาการติดตามดูแลหญิงติดเชื้อ HIV ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติมาตรวจตามนัดทุก 6 เดือน จำนวน 14 คนร้อยละ 46.66 ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามนัดจำนวน 16 คน ร้อยละ 53.33 พบผลการตรวจปกติจำนวน 6 คนร้อยละ 42.85 ผิดปกติ 8 คนร้อยละ 57.15 พบเชื้อราในช่องคลอด 3 คน พบการอักเสบของปากมดลูก 5 คน ทั้งหมดได้รับการรักษาตามมาตรฐาน หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาการติดตามการดูแลหญิงติดเชื้อ HIV ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติพบว่ามาตรวจตามนัด จำนวน 29 คนร้อยละ 96.67 (P-value <0.001) ขาดนัด 1 คนเนื่องจากไปทำงานต่างจังหวัด พบผลตรวจคัดกรองปกติจำนวน 23 คน ร้อยละ 76.66 ผิดปกติ จำนวน 7 คนร้อยละ 23.34 โดยพบเชื้อราในช่องคลอด 4 ราย พบการอักเสบของปากมดลูก 4 ราย ทั้งหมดได้รับการรักษาตามมาตรฐานและได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำทุก 6 เดือน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการเปลี่ยนแปลงการตรวจมะเร็งปากมดลูกซ้ำทุก 6 เดือนในหญิงติดเชื้อ HIV ที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการติดตาม (n=30)

การมาตรวจตามนัด	ก่อนใช้ โปรแกรม	ร้อยละ	หลังใช้ โปรแกรม	ร้อยละ	Chi-Square	P-value
มา	14	46.66	29	96.67	14	<0.001
ไม่มา	16	53.34	1	3.33		

ตารางที่ 4 แสดงระดับความพึงพอใจก่อนและหลังใช้โปรแกรมการติดตาม (n=30)

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนใช้โปรแกรม	ร้อยละ	หลังใช้โปรแกรม	ร้อยละ
มาก	1	3.33	30	100
ปานกลาง	21	70.00	0	0
น้อย	8	26.67	0	0

5.อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

ผลของการพัฒนาโปรแกรมการติดตามดูแลหญิงติดเชื้อ HIV ต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกซ้ำทุก 6 เดือนในรายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ พบว่าหลังการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นอัตราการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซ้ำทุก 6 เดือนของหญิงติดเชื้อ HIV ที่พบผลตรวจคัดกรองผิดปกติ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.66 หลังการใช้โปรแกรมที่พัฒนาเป็นร้อยละ 96.67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมการพัฒนาการดูแลติดตามมาตรวจคัดกรองซ้ำทุก 6 เดือนมีระดับความพึงพอใจหลังการใช้โปรแกรมการติดตามพบว่า มีระดับความพึงพอใจระดับมากจำนวน 29 คนร้อยละ 96.67 ซึ่งโปรแกรมการติดตามดูแลหญิงติดเชื้อ HIV ต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกซ้ำทุก 6 เดือนในรายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติประกอบด้วย(1)ตารางรายชื่อที่พบความผิดปกตินัดตรวจซ้ำทุก 6 เดือน (2) การแจ้งผลตรวจ วันนัดตรวจซ้ำทางโทรศัพท์(3)ใบนัดตรวจซ้ำของโรงพยาบาล(4) การให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก(5) การติดตามการมาตรวจทางโทรศัพท์ล่วงหน้า 1 วันก่อนวันตรวจ(6) การกระตุ้นเตือนของพยาบาลประจำคลินิกยาต้านไวรัสเมื่อมารับยาต้านไวรัสทุก 3 เดือนติดเชื้อ HIV ที่มีผลตรวจคัดกรองผิดปกติและการแจ้งเตือนจากพยาบาลประจำคลินิกยาต้านไวรัสให้มาตรวจซ้ำทุก 6 เดือนซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของโรเซนสต็อก(Rosenstock1974)ได้อธิบายแนวคิดว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและมีความรุนแรงถึงแก่ชีวิตจากแนวคิดของโรเซนสต็อก (Rosenstock,1974) สรุปองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลในระยะแรกมีดังนี้คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ O' Donnell (2002) ได้กล่าวว่าในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมี 4 องค์ประกอบกล่าวคือ บุคคลจะมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับ(1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคนั้น (2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น(3) การรับรู้ประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัตินั้น(4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้น องค์ประกอบทั้ง 4 นี้จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งจะชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการติดตามที่พัฒนาขึ้นสามารถให้หญิงติดเชื้อ HIV มาตรวจคัดกรองซ้ำทุก 6 เดือนเพิ่มขึ้นและได้รับการรักษาครบตามมาตรฐานทั้งนี้ เพราะกลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV ส่วนใหญ่ติดเชื้อมานานและได้เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในการตรวจสุขภาพประจำปีและส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสและมีสุขภาพดีสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติอาจจะทำให้ไม่เกิดความตระหนักในผลตรวจที่ผิดปกติประกอบกับการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ซึ่งสอดคล้องกับ

นันทนา ศิริวุฒสมัย(2562)พัฒนาระบบเตือนเพื่อป้องกันผู้ป่วยขาดนัด งานผู้ป่วยนอกพบว่า การเตือนนัดก็มีความจำเป็นในการกระตุ้น เตือนว่ามีนัดติดตามหรือนัดรับการรักษาต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ซึ่งในการโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ป่วยทุกครั้งเจ้าหน้าที่ต้องศึกษาข้อมูลผู้ป่วยครอบคลุม ทั้ง ชื่อ-สกุล ที่อยู่ การวินิจฉัยโรค อาการที่มารับการรักษา การรักษาของแพทย์ เหตุผลในการนัดของแพทย์ ผลทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงคำแนะนำของผู้ป่วยแต่ละราย การโทรศัพท์แจ้งเตือนก่อนนัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนในการเตือนผู้ป่วยบางรายที่ลืมนัด ซึ่งมักเกิดในกรณีที่ระยะเวลาในการนัดนาน กระตุ้นให้ผู้ป่วยเตรียมตัวในการมาตามนัด สามารถบริหารจัดการเวลาของตนเองได้ดียิ่งขึ้น โดยการแจ้งผลตรวจและการติดตามมาตรวจซ้ำทางโทรศัพท์รวมถึงการให้ความรู้โดยการทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สอดคล้องกับนางศิริกานต์ ตุงแก้วและคณะ (2556) พัฒนาผลงานCQI ระบบนัดงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง พบว่าการแก้ปัญหาโดยวิเคราะห์จากสาเหตุ ให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วม และให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย มุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการให้มีความรวดเร็ว ไม่ซับซ้อนนับเป็นส่วนสนับสนุนให้ผู้ป่วยนัดมารับบริการตรวจตามนัดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับชุตติมา ชัยมณีและคณะ (2557) ได้ศึกษาระบบการติดตามผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลสันป่าตองจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า หลังการให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย ร่วมกับการพัฒนาระบบการติดตามให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เมื่อสิ้นสุดการวิจัยพบว่า อัตราการกลับมาติดตามการรักษา เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value 0.001) การพัฒนาระบบการติดตามและการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสม สามารถลดอัตราการไม่กลับมาติดตามการรักษาได้ผลดียิ่งขึ้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถติดตามหญิงติดเชื้อได้ง่าย สะดวกเนื่องจากมีตารางรายชื่อของผู้ที่พบผลตรวจที่ผิดปกติมีเบอร์โทรศัพท์สามารถติดต่อได้ซึ่ง การโทรศัพท์แจ้งเตือนก่อนนัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนในการเตือนผู้ป่วยบางรายที่ลืมนัด ซึ่งมักเกิดในกรณีที่ระยะเวลาในการนัดนานและหญิงติดเชื้อHIVก็มารับบริการยาต้านไวรัสทุก 3 เดือน มีการกระตุ้นเตือนจากพยาบาลประจำคลินิกและได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอส่งผลให้ผู้ป่วยเตรียมตัวในการมาตามนัดสามารถบริหารจัดการเวลาของตนเองได้ดียิ่งขึ้นอีกทั้งคนที่มีผลตรวจคัดกรองที่ผิดปกติยังได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน

6. ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวทางในการติดตามดูแลหญิงติดเชื้อ HIV ที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติให้มารับการตรวจคัดกรองซ้ำทุก 6 เดือน และขยายไปสู่สตรีกลุ่มอื่นๆที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและพบผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ.สุรวัฒน์ กุลศรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอกคำใต้คุณวิไลวรรณ นันทาลิต หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลดอกคำใต้ ดร.พัชรินทร์ คำนวล หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลพะเยา ชมรมผู้ติดเชื้อHIV โรงพยาบาลดอกคำใต้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข.(2564). Health Data Center อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี. สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index>.
- ชุตินา ชัยมณีและคณะ.(2557). ระบบการติดตามผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลสันป่าตองจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 3(6)2557, 272-283.
- นันทนา ศิริวุฒิมัยและคณะ.(2562). การพัฒนาระบบเตือนเพื่อป้องกันผู้ป่วยขาดนัดตักผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกงหรา อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง. สืบค้นจาก http://data.ptho.moph.go.th/ptvichakarn62/uploads/30476_0802_20190605160715.pdf.
- รัฐพล เกียรติยศสุนทร.(2554). รอยโรคชั้นสูงในสตรีที่มีผลเซลล์วิทยาแบบ Low-grade squamous intraepithelial lesion ในบริเวณของประเทศไทย ที่มีความชุกของมะเร็งปากมดลูกสูง. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลดอกคำใต้.(2564). แบบบันทึกเวชระเบียนผลการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในหญิงติดเชื้อHIV พ.ศ 2562-2564.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.(2547). การติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ของผู้ป่วยเบาหวาน. สืบค้นจาก http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files//02054/chapter1.pdf.
- ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล.(2559). RamaChannel.Rama.mahidol.ac.th.article/HPV/2559 สืบค้นจาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel>.
- ศิริกานต์ ตู่แก้วและคณะ.(2556). การพัฒนาระบบการขาดนัดงานผู้ป่วยนอก(CQI)โรงพยาบาลเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง. สืบค้นจาก <http://www.kohc.moph.go.th/site/files/admin/CQI007.pdf>.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.(2563). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2559-2563. สืบค้นจาก https://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.(2565) แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (2561-2565). สืบค้นจาก https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index.

อาภาพร เฝ้าวัฒนาและคณะ.(2554).การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน.การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ.แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพระยะที่ 2,2554,34.

อัญชลี ชัยนวลและคณะ.(2562).การเปรียบเทียบความผิดปกติของชั้นเนื้อที่ปากมดลูกที่มีผล Pap Smear เป็น LSIL ในสตรีที่ติดเชื้อ HIV กับสตรีที่ไม่มีผล HIV ลบ.วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์.10(1)2562,16-24.

Becker,M.H.,Drachman,R.H.andKirscht,J.P.(1974).A new Approach toExplaining Sick-Role Behavior in Low-income Population.American Journal of Public Health.64(3).206.

O Donell,M.P.(Ed.) (2002)Health Promotion.in the workplace.Albany,NY:Delmar.

Rosenstock. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 2: 329-335.

Rankin, S. H., Stalling, K. D., & London, F. (2005). Patient education in health and illness (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.

World Health Organization.(2565) Cervical cancer in HIV สืบค้นจาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา