

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมใน ตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ สตรีมุสลิมที่แต่งงานแล้ว ที่มีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี จำนวน 177 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 315 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2551 โดยใช้แบบสอบถามประเภทตนเอง (Self-Administered Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) ของเบคเกอร์ (Becker, 1974) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 0.96 และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.76 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผลการศึกษา

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสตรีมุสลิมที่มีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ในตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ทั้งหมด 177 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ย 42 ปี อายุ 35 ปี มากที่สุด ร้อยละ 28.2 รองลงมาคืออายุ 40 ปี ร้อยละ 22.0 ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 43.5 รับจ้าง ร้อยละ 25.9 ค้าขาย ร้อยละ 23.2 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 87.0 หม้าย ร้อยละ 10.2 แยกกันอยู่ ร้อยละ 1.7 มีวุฒิการศึกษา ระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 48.0 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.9 และมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 13.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาท โดยมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด ร้อยละ 71.2 รองลงมาคือรายได้ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 27.7 ส่วนใหญ่มีบุตรแล้วร้อยละ 92.7 โดยมีบุตรเฉลี่ย 2 คน มีบุตรจำนวน 1-2 คน มากที่สุด ร้อยละ 41.5 รองลงมาคือมีบุตรจำนวน 3-4

คน ร้อยละ 31.7 (ตารางที่ 4.1,4.2) ส่วนประวัติการเจ็บป่วยมะเร็งปากมดลูกของบุคคลในครอบครัว หรือญาติพี่น้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องมีประวัติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 4.5 ไม่มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องมีประวัติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 86.4 และไม่ทราบว่าบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องมีประวัติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 9.1 ส่วนประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าเคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 56.5 และไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 43.5 (ตารางที่ 4.3) กลุ่มตัวอย่างที่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก ให้เหตุผลในการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3 อันดับแรก คือ เนื่องจากการประชาสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ร้อยละ 61.0 แพทย์แนะนำให้ไปตรวจ ร้อยละ 47.0 และตรวจหลังคลอด ร้อยละ 40.0 (ตารางที่ 4.4) สถานที่ไปรับบริการตรวจคือ โรงพยาบาล มากที่สุด ร้อยละ 85.0 ที่คลินิก / โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 11.0 และที่สถานีอนามัย ร้อยละ 4.0 บุคคลที่มีส่วนสนับสนุนให้มาตรวจ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากที่สุด ร้อยละ 74.0 รองลงมา คือ สามี ร้อยละ 10.0 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้เหตุผลที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3 อันดับแรก คือ มีความอายที่จะไปตรวจ ร้อยละ 57.1 ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ร้อยละ 45.5 และไม่มีเวลาไปตรวจ ร้อยละ 40.3 (ตารางที่ 4.5)

ส่วนที่ 2. ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิม โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.64$, S.D= 0.26) เมื่อพิจารณาแต่ละรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูง คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ($\bar{x}=3.80$, S.D=0.46) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ($\bar{x}=4.12$, S.D=0.46) และ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ($\bar{x}=3.74$, S.D=0.70) สำหรับความเชื่อที่อยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ($\bar{x}=3.19$, S.D=0.44) และด้านการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ($\bar{x}=3.33$, S.D=0.40)

การอภิปรายผล

จากการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมในตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี สามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีมุสลิมโดยรวม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.64, 0.26$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เรณู กาวิละ (2537) สุภาพร รั้งมีสุวรรณ (2547) อรศรี สุวิมล (2544) เจษฎา ศรีงาม (2547) และจุฬารัตน์ สุวัชรชัยดิวงส์ (2546) พบว่า ในภาพรวมสตรีมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่กำหนดแนวโน้มของการปฏิบัติหรือกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัติในกิจกรรมนั้นๆ เพื่อให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น เมื่อบุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาดี (Pender, 1987) ซึ่งจากการศึกษารุ่นนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าครึ่งเพียงเล็กน้อย คือ ร้อยละ 56.5 (ตารางที่ 4.3) โดยเหตุผลกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน 5 อันดับแรก คือ มีความอาย ร้อยละ 57.1 ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ร้อยละ 45.5 ไม่มีเวลาไปตรวจ ร้อยละ 40.3 กลัวพบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 29.9 และกลัวคิดหลักศาสนา ร้อยละ 14.3 (ตารางที่ 5) จึงทำให้ผลการรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่บรรลุตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือร้อยละ 60 เพราะความเชื่อที่ถูกต้องเหล่านี้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะกระตุ้นบุคคลให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคได้ (Becker et al., 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของวไลพรรณ ชลสุข (2540) วนิดา เสนะวงษ์ (2535) อรศรี สุวิมล (2544) วนิดา ทางาม (2542), นคร มูลคำ (2541), ยุกาพร ศรีจันทร์ (2548) และจุฬารัตน์ สุวัชรชัยดิวงส์ (2546) พบว่า เหตุผลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ไม่เคยไปตรวจเนื่องจากมีความอาย ไม่มีอาการผิดปกติใดๆจึงคิดว่าตนเองจะเป็นโรค ไม่มีเวลาไปตรวจ กลัวเจ็บ กลัวพบว่าเป็นมะเร็ง กลัวขัดต่อหลักปฏิบัติทางศาสนา กลัวเสียค่าใช้จ่าย เดินทางไม่สะดวก และไม่มีคนไปเป็นเพื่อนหรือพาไปตรวจ รวมทั้งการศึกษาของคิงส์ (King, 1993) บูร์ก และเมเยอร์ (Burak & Meyer, 1997) พบว่า ผู้หญิงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะมีความอายในการตรวจภายในโดยเฉพาะกับแพทย์ผู้ชาย และมีความเชื่อว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้เกิดความเจ็บปวด จึงมีความกลัวที่จะไปตรวจ และสรุปว่าการไม่มีอาการผิดปกติใดๆ หมายถึงมีสุขภาพดี

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูง คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ($\bar{x}=3.80$, S.D=0.46) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ($\bar{x}=4.12$, S.D=0.46) และ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ($\bar{x}=3.74$, S.D=0.70) สำหรับความเชื่อที่อยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ($\bar{x}=3.19$, S.D=0.44) และด้านการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ($\bar{x}=3.33$, S.D=0.40) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=3.80$, S.D=0.46) แสดงให้เห็นว่าสตรีมุสลิมมีความเชื่อต่อภาวะสุขภาพตนเองและรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรศรี สุวิมล (2544) และยุภาพร ศรีจันทร์ (2548) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเชื่อสูงเรียงจากมากไปน้อย (ตารางที่ 4.7) คือ การสำส่อนทางเพศหรือมีสามีสำส่อนทางเพศมีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าคนอื่น ($\bar{x}=4.06$, S.D=0.88) สตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้สูงกว่าบุคคลกลุ่มอื่น ($\bar{x}=4.00$, S.D=0.77) การติดเชื้อมะเร็งหรือหนองในอาจทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ ($\bar{x}=3.96$, S.D=0.86) การมีอาการตกขาวออกมามากผิดปกติ มีกลิ่นเหม็นบ่อยๆ มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ ($\bar{x}=3.93$, S.D=0.81) การทำความสะอาดอวัยวะเพศอยู่เสมอ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ($\bar{x}=3.74$, S.D=0.85) การสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มากๆมีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูก($\bar{x}=3.62$,S.D=1.07)

สอดคล้องกับการศึกษาของ อรศรี สุวิมล (2544) กุลจิตาพร กีฬาแปง (2548) และสุภาพร รังษีสวรรณ (2547) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก คือ สตรีรับรู้ว่าการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคนหรือสามีสำส่อนทางเพศ การติดเชื้อมะเร็ง การติดเชื้อเริม เชื้อซิฟิลิส เชื้อหนองในและหูดหงอนไก่ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง โดยเฉพาะการติดเชื้อหนองในแท้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ชนิดสแควมัส (Squamous) ถึง 2.2 เท่า (จตุพล ศรีสมบูรณ์ , 2547) นอกจากนี้สตรีมุสลิมยังเชื่อว่าสตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้สูงกว่าบุคคลกลุ่มอื่นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Choticavanich C. (1982) พบว่าสตรีที่มีอายุ 35 ปีมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกใน

ระยะเริ่มแรก และพบว่ามะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มการเกิดโรคในคนอายุน้อยลง คือพบได้บ่อยขึ้นในสตรีอายุต่ำกว่า 30 ปี และในระยะลุกลามพบมากในสตรีที่มีอายุระหว่าง 45-55 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาของซีรวูดี คูหะเปรมะ (2548) พบว่าการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเยื่อเมือกปากมดลูก (ระยะก่อนมะเร็ง) ส่วนใหญ่พบที่อายุ 35 ปีขึ้นไปและผู้หญิงเริ่มมีอัตราความเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงเมื่ออายุ 35-60 ปี จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ความเชื่อของสตรีมุสลิมในการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก สตรีจะให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ โดยมองว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดหนึ่ง การสำส่อนทางเพศหรือมีสามีสำส่อนทางเพศจะเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคนิชนิดต่างๆ และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าการสำส่อนทางเพศหรือมีสามีสำส่อนทางเพศมีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าคนอื่นถึงร้อยละ 76.8 (ภาคผนวก ฉ)

สำหรับความเชื่อว่าการมีอาการตกขาวออกมามากผิดปกติ มีกลิ่นเหม็นบ่อยๆ มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับลักษณะของสิ่งแปลกปลอมที่ออกมาจากช่องคลอด และหากมีสิ่งไม่พึงประสงค์ออกมาก็จะกังวลกลัวว่าจะเป็นอันตรายร้ายแรง ซึ่งเป็นการรับรู้ที่ถูกต้องเพราะอาการดังกล่าวเป็นอาการแสดงของมะเร็งปากมดลูกในระยะก่อนลุกลาม คือมีตกขาวเป็นมูกใส จากปฏิกิริยาของเซลล์แต่ละต่อมบนพื้นผิวปากมดลูกคล้ายกับเกิดการอักเสบทั่วไป (ยุพิน เพ็ชรมงคล , 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิดา กีฬาแปง (2548) พบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่จะกังวลเกี่ยวกับสิ่งที่ออกมาจากช่องคลอด โดยเฉพาะตกขาว ร้อยละ 88.0 ส่วนการทำความสะอาดอวัยวะเพศอยู่เสมอ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่ถูกต้อง เนื่องจากศาสนาอิสลามให้ความสำคัญกับการชำระล้างความสะอาดของร่างกาย ถือได้ว่าความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของความศรัทธา คือถ้าผู้ใดยังไม่สะอาดถือว่าการศรัทธาในศาสนาอิสลามของผู้นั้นยังไม่สมบูรณ์ เพราะการทำความสะอาดร่างกาย เช่น จากการอาบน้ำ เลือดจากประจำเดือน เลือดจากการคลอดบุตร และหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ นั้นส่งผลต่อการนมาซ (การละหมาด) ที่ถูกต้องด้วย (มานีชูไทย , 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิดา กีฬาแปง (2548) พบว่า การทำความสะอาดอวัยวะเพศเป็นประจำช่วยป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ ร้อยละ 90.3

ส่วนการสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มากมามีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูก แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งจากการศึกษาของ Ngelangel C, (1998) พบว่าการสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคถึง 1.5-2.3 เท่า เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อเมือก(Mucous) บริเวณปากมดลูกทำให้เซลล์เมือกของปากมดลูกมีภูมิคุ้มกันต่ำลง และการศึกษาของ Winkelstein (1977) พบว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับ

การสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่ มักจะเป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นกับส่วนที่เป็น Squamous cell และคนที่สูบบุหรี่จะมีวิตามินเอ และ วิตามินซี ลดลง ซึ่งมีผลทำให้เกิดการติดเชื้อโรคต่างๆ ที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ เช่น โรคหูดหงอนไก่ ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสสำคัญที่สุดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความผิดปกติของเซลล์เยื่อปากมดลูก ทั้งนี้เนื่องมาจากค่านิยมและวัฒนธรรมของสังคมไทยมุสลิมซึ่งไม่ให้การยอมรับสตรีที่สูบบุหรี่ แต่อย่างไรก็ตามด้านการหลีกเลี่ยงการรับควันหรือนั้นจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าไม่ทราบว่าจะหลีกเลี่ยงอย่างไร เพราะสามีก็สูบบุหรี่ถ้าเดินหนีหรือบอกให้เลิกสูบก็น่าจะมีปัญหาในครอบครัว นอกจากนี้บางสถานการณ์ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น ในสวนสาธารณะ บนรถประจำทาง ร้านอาหาร งานเลี้ยง และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายสามารถอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่ได้ โดยที่ไม่ทราบว่าการได้รับควันบุหรี่ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เพราะเคยทราบจากการรณรงค์หรือคำเตือนจากซองบุหรี่ว่าทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดเท่านั้น

ส่วนความเชื่อที่อยู่ระดับปานกลาง คือการที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งปากมดลูกทำให้มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าคนอื่น ($\bar{x}=3.29$, S.D=1.02) ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าตนเองไม่มีโอกาสเสี่ยง เพราะไม่มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากการศึกษาพบว่าไม่มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องมีประวัติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกมีเพียงร้อยละ 4.5 เท่านั้น (ตารางที่ 4.3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรนนท์ มงคลดี (2548) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี ประวัติบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกทำให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและเป็นการกระตุ้นเตือนให้สตรีเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.19$, S.D=0.44) แสดงให้เห็นว่าสตรีมุสลิมมีความเชื่อในการรับรู้ถึงอันตรายของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกที่มีผลกระทบต่อร่างกาย การดำรงชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคนี้อย่างเพียงพอในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นจริง หรือการเจ็บป่วยดังกล่าวยังเป็นสิ่งที่ไกลตัวเป็นเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้นกับตนเองและอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกอาจจะไม่มีอาการผิดปกติ (จตุพล ศรีสมบุญ , 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรศรี สุวิมล (2544) พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับ

การศึกษาของยูภาพร ศรีจันทร์ (2548) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ส่งเสริมให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของเรณู กาวีละ (2537) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้อุปสรรคของการมารับบริการตรวจหา มะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า สตรีมุสลิมมีความเชื่อระดับสูงตามลำดับคือ (ตารางที่ 4.8) คือ มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ทำให้เจ็บปวดทุกข์ทรมาน ($\bar{x}=4.22$, S.D=0.77) เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก ($\bar{x}=3.88$, S.D=0.98) และการป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้คนอื่นรังเกียจ ($\bar{x}=3.59$, S.D=0.99) จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าสตรีมุสลิมมีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค คือการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้เจ็บปวดทุกข์ทรมานเป็นแล้วยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก ซึ่งสถาบันวิจัยประชากรและสังคม (2551) ประมาณการรักษาอย่างต่ำ 20,000 บาทต่อราย หากคิดต่อปีรวมค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งหมดปีละประมาณ 350 ล้านบาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดาพร กีฬาแปง (2548) อรศรี สุวิมล (2544) และพรหมมาตร์ ปฏิสังข์ (2551) พบว่า ในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค คือ เห็นว่าเมื่อเป็นมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นโรคร้ายแรงทำให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก และรับรู้ว่าการป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้วถูกเพื่อนรังเกียจเกิดการตีตราตีตนกลับหลัง ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงนี้อาจเนื่องมาจากสตรีมุสลิมได้รับรู้ข้อมูลจากสื่อประชาสัมพันธ์ทางโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ แผ่นพับ โปสเตอร์ ซึ่งสื่อเหล่านี้ทำให้บุคคลที่รับสื่อผ่านกระบวนการเรียนรู้ เกิดความกลัว แต่ทั้งนี้ก็อยู่ที่บุคคลว่าเลือกจะเชื่อหรือไม่เชื่อสื่อก็ได้ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับสื่อเพียงอย่างเดียว แต่ถ้าเหตุการณ์ยังไม่เกิดขึ้นกับตนเองหรือตนเองไม่ได้อยู่ในภาวะที่ป่วยก็อาจจะไม่เชื่อถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งสตรีมุสลิมกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4.5 เท่านั้น (ตารางที่ 4.3) ที่มีบุคคลในครอบครัวมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก จึงอธิบายปรากฏการณ์ความรุนแรงของโรคผ่านการเรียนรู้และผ่านประสบการณ์ของบุคคลที่เป็นโรคในระดับปานกลาง

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.12$, S.D=0.46) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริกาญจน์ ชิวเรื่องโรจน์ (2549) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-60 ปี อำเภอลาดพูนม จังหวัดนครพนม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของยูภาพร ศรีจันทร์ (2548) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ส่งเสริมให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

อยู่ในระดับสูง และการศึกษาของเรณู กาวีละ (2537) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเชื่อสูงทุกข้อ (ตารางที่ 4.9) คือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนอกจากจะช่วยค้นหามะเร็งแล้วยังสามารถตรวจดูความผิดปกติอื่นๆของช่องคลอดได้ด้วย ($\bar{x}=4.45$, S.D=0.61) เมื่อเจ้าหน้าที่นัดตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกต้องไปทุกครั้งถึงแม้ว่าร่างกายแข็งแรงดี ($\bar{x}=4.32$, S.D=0.72) การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทุก 5 ปี จะช่วยให้ค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ ($\bar{x}=4.07$, S.D=0.91) การตรวจคัดกรอง ช่วยให้ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกหรือไม่($\bar{x}=3.99$, S.D=0.82) และการไม่ล่าช้าทางเพศช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ($\bar{x}=3.79$, S.D=0.93)แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะนอกจากได้ตรวจหามะเร็งปากมดลูกแล้ว ยังเชื่อว่าได้ตรวจความผิดปกติอื่นๆของช่องคลอดได้อีกด้วย และกลุ่มตัวอย่างได้ตระหนักต่อการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี เห็นได้จากการนัดมาตรวจของเจ้าหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.8 เชื่อว่าถึงแม้สุขภาพกายแข็งแรงดี แต่เมื่อเจ้าหน้าที่นัดก็ต้องมาตรวจมานัดทุกครั้ง ซึ่งรวมไปถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 5 ปีจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและจากการณรงค์ประชาสัมพันธ์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ด้วย (ตารางที่ 4.9) การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของธีรวิภา คุหาเปรมะ (2548) พบว่าในการตรวจทุก 5 ปี สามารถลดอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกในประชากรได้ ร้อยละ 64.1 ดังนั้นจึงให้มีการณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 5 ปี ทั้งนี้ความถี่ของการตรวจไม่สำคัญเท่าความครอบคลุมของกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้การศึกษาของกุลธิดาพร กีฬาแบ่ง (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแรงงานสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูน พบว่า ในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.0 รับรู้ถูกต้องว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ หากมีการตรวจค้นหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เช่นเดียวกับการศึกษาของอรศรี สุวิมล (2544) พบว่า สตรีส่วนใหญ่รับรู้ว่าการตรวจมะเร็งปากมดลูกนอกจากจะช่วยค้นหาพบมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรกแล้วยังสามารถตรวจความผิดปกติของช่องคลอดได้อีกด้วย

ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=3.74$, S.D=0.70) สอดคล้องกับการศึกษาของอรศรี สุวิมล (2544) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้อุปสรรคของการตรวจ

มะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอลำปรางมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อพิจารณาโดยรวมอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริกาญจน์ ชิวเรื่องโรจน์ (2549) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-60 ปี อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม หลังจากการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของกรณิการ์ เกตุทิพย์ (2549) พบว่าระดับการรับรู้อุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงร้อยละ 54.5 เมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเชื่อสูง 3 ลำดับ (ตารางที่ 4.10) คือ การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้เสียเวลา ($\bar{x}=4.10$, S.D=0.73) การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่น่าอาย ($\bar{x}=3.87$, S.D=1.10) และ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้ผิดหลักศาสนา ($\bar{x}=3.76$, S.D=1.00) สอดคล้องกับการศึกษาของเรณู กาวีละ (2537) วไลพรรณ ชลสุข (2540) วนิดา เสนะวงษ์ (2535) อรศรี สุวิมล (2544) วนิดา ทางาม (2542) นครมุลคำ (2541) เจตนา ศรีโส (2540) จุฬารณีย์ สุวัชรชัยดิวงส์ (2546) และหทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2550) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจหา มะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้อุปสรรค คือ เนื่องจากมีความอาย ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ไม่คิดว่า จะเป็นโรค ไม่มีเวลาไปตรวจ กลัวเจ็บ เดินทางไม่สะดวก ไม่มีคนไปเป็นเพื่อนหรือพาไปตรวจ กลัวพบว่าเป็นมะเร็ง และกลัวเสียค่าใช้จ่าย เช่นเดียวกับการศึกษาของคิงส์ (King, 1993) พบว่า สตรีส่วนใหญ่มีความกลัว อายในการตรวจภายในโดยเฉพาะกับแพทย์ผู้ชาย กลัวเจ็บและสรุปว่า การไม่มีอาการผิดปกติใดๆ หมายถึงมีสุขภาพดี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคที่เป็นตัวขัดขวางของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในเรื่องของ เวลา ความอาย ความกลัวว่าจะผิดหลักศาสนา ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคล การรับรู้นี้เป็นตัว บังชี้ของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกซึ่งมีผลต่อความถี่และจำนวนครั้งของการมาตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก เห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกมีเพียงร้อยละ 56.5 เท่านั้น (ตารางที่ 4.3) ส่วนใหญ่ให้เหตุผลที่ไม่มาตรวจเนื่องจากอาย ร้อยละ 57.1 (ตารางที่ 4.5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แมคกี (Mekie, 1993) บูร์ค และเมเยอร์ (Burak & Meyer, 1997) พบว่า ผู้หญิงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้เหตุผลว่าอาย ร้อยละ 74 และเป็นเรื่องที่ไม่สมควรจะเปิดเผยอวัยวะให้บุคคลอื่นเห็น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Pham et al. (1992) พบว่าผู้หญิงชาวเวียดนามที่อาศัยอยู่ในสหรัฐอเมริกาไม่ไปตรวจมะเร็งปาก มดลูกเพราะอาย

อนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงมุสลิม ซึ่งเป็นบริบททางสังคมที่มีการปลูกฝังให้มีความสำนึก ความศรัทธา และมีความยำเกรงต่อพระเจ้า วัฒนธรรมการเปิดเผยเรือนร่างเป็นสิ่งที่ต้องห้าม และถือว่าเป็นหลักของศาสนาที่สตรีมุสลิมต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ทำให้สตรีมุสลิมที่ยึดแนวคิดนี้

ไม่กล้าและกลัวที่จะไปตรวจ ประกอบกับมีความเชื่อว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งที่จะต้องห้ามและเป็นบาปทำให้บุคคลไม่กล้าที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา นอกจากนี้สังคมไทยยังปลูกฝังด้วยการให้ทัศนคติเชิงลบต่อเรื่องเพศ โดยเฉพาะยังมีมาตรฐานเรื่องเพศสำหรับผู้ชายและผู้หญิงที่แตกต่างกัน กล่าวคือ พยายามปิดกั้นการเรียนรู้เรื่องเพศของผู้หญิงทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะเรื่องมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่สั่งสอนให้ผู้หญิงต้อง “เงียบ” ต้องเป็น “ผู้ตาม” ในเรื่องเพศ จนกระทั่งไม่กล้าที่จะเรียนรู้และสัมผัสร่างกายตัวเอง เพราะกลัวจะกลายเป็นผู้หญิงไม่ดี ลามก ทำให้การพูดจาบอกเล่าหรือปรึกษาปัญหาสุขภาพทางเพศของตัวเองเป็นเรื่องลำบากใจ (มานี ชูไทย, 2544)

ส่วนในข้อที่มีความเชื่อที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ไม่สะดวกในการเดินทางไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\bar{x}=3.61$, S.D=0.95) และสามิไม่เห็นด้วยที่จะให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\bar{x}=3.59$, S.D=1.13) สอดคล้องกับการศึกษาของ เจตนา ศรีใส (2540) อรศรี สุวิมล (2544) กุลธิดา กีฬาแบ่ง (2548) และจิรนนท์ มงคลดี (2548) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี เนื่องจากการเดินทางไม่สะดวก ไม่ว่างต้องทำงานและเสียเวลาในการประกอบอาชีพ ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างต้องไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลยะหริ่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนตั้งอยู่ห่างจากตำบลบางปูประมาณ 5 กิโลเมตร ถึงแม้ว่าสถานบริการสุขภาพตั้งอยู่ใกล้ การคมนาคมสะดวก แต่จากการศึกษาพบว่าสถานบริการดังกล่าวยังไม่มียรถประจำทางบริการส่งถึงที่ กลุ่มตัวอย่างต้องเหมารถมอเตอร์ไซด์พ่วงมารับบริการกันหลายคน เพราะถ้ามาคนเดียวอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับรายได้ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด ร้อยละ 71.2 (ตารางที่ 4.2) ซึ่งเป็นรายได้ที่ค่อนข้างต่ำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายทุกครั้งที่ในการมารับบริการ ซึ่งทำให้เกิดความไม่สะดวกสบายในการเดินทางได้ อีกทั้งที่สถานีอนามัยตำบลบางปูเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่ แต่ยังไม่เปิดให้บริการเต็มรูปแบบ ทำหน้าที่เพียงคัดเลือกประสานงานกลุ่มเป้าหมายและตรวจคัดกรองคนไข้ในรายที่ไม่สะดวก เช่น ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และนอกจากนี้สถานีอนามัยดังกล่าว ยังขาดการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์จากส่วนกลางและมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการเมื่อเทียบกับสัดส่วนของประชากรที่ต้องรับผิดชอบ

ส่วนผลการศึกษาที่พบว่า สามิไม่เห็นด้วยที่จะให้ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีเพียงร้อยละ 10.0 (ตารางที่ 4.4)เท่านั้นที่สามิสนับสนุนให้ตรวจ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.0 (ตารางที่ 4.1) มีสถานภาพสมรสคู่อาศัยอยู่กินกับสามิเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสังคมไทยมุสลิมหากสตรีใดที่แต่งงานหรือมีสามิแล้ว การจะทำการใดๆ ต้องได้รับการอนุญาตจากสามิ

เสียก่อน ซึ่งถือว่าเป็นการให้เกียรติและเคารพสามิ รวมทั้งความเชื่อความคิดเกี่ยวกับร่างกายที่สังคมได้อิงกับระบบชายเป็นใหญ่ก็ยังคงมีปรากฏอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ผู้หญิงไม่มีสิทธิตัดสินใจเกี่ยวกับเนื้อตัวร่างกายของตนเอง เช่น ต้องขออนุญาตสามิหรือแอบไปตรวจไม่ให้สามิรู้ ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาพบว่าสามิไม่เห็นด้วยที่ให้กลุ่มตัวอย่างไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 80.2 (ภาคผนวก ฉ) คล้ายกับผลการศึกษาของสุภาพร รังษีสวรรณ (2547) พบว่า ผู้หญิงในชนบทส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากสามิซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นการกระทำให้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีเชล ฟูกอ (Michel Foucault, 1973) กล่าวว่า ร่างกายผู้หญิงถูกวางไว้ในความสัมพันธ์ทางสังคมในภาพลักษณ์ที่ถูกกระทำภายใต้ระบบความรู้ความเชื่อต่างๆ ในสังคมยังปรากฏและเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ดังนั้นปรากฏการณ์ที่ผู้หญิงไม่มีอำนาจต่อรองในเรื่องร่างกายในโครงสร้างทางสังคมก็ยังมีปรากฏให้เห็นอยู่ และจากการศึกษาของพรทิพย์ เนติภรณ์กุล (2549) พบว่า ผู้หญิงถูกสังคมครอบงำจากระบบความคิดแบบชายเป็นใหญ่จนลดทอนการตัดสินใจบางเรื่องที่สำคัญของตัวเองในฐานะที่เป็นเจ้าของร่างกายไม่ได้

ด้านการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.33$, S.D=0.40) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัฐยา พัวทัต (2539) และอรศรี สุวิมล (2544) ที่พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมของสตรีอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเชื่อสูงใน 3 ลำดับแรก (ตารางที่ 4.11) คือ การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากมีการรณรงค์/แนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ($\bar{x}=4.24$, S.D=0.62) การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากสถานที่เหมาะสมมีอุปกรณ์ทันสมัย ($\bar{x}=3.96$, S.D=0.79) และการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากเจ้าหน้าที่บริการดี ($\bar{x}=3.95$, S.D=0.85) แสดงให้เห็นว่าสตรีมุสลิมมีความเชื่อการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพจากการกระตุ้นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มากที่สุดร้อยละ 61.0 ของกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (ตารางที่ 4.4) สอดคล้องกับการศึกษาของอรศรี สุวิมล (2544) พบว่า สตรีในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยถูกแนะนำกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุดร้อยละ 63.3 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในพื้นที่ตำบลบางปูได้มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยการเดินรณรงค์ประชาสัมพันธ์ จัดอบรมให้ความรู้และบรรยายโดยฉายาวิถีทัศน์ประกอบ การกระจายข่าวตามมัสยิดในชุมชน มีบริการรถไปรับและส่งถึงที่ นอกจากนี้ยังมีการพากลุ่มตัวอย่างศึกษาคู

สถานที่ตรวจจริงเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย กับสถานที่ตรวจและอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ เพื่อไม่ให้เกิดความกลัวเวลามารับการตรวจจริงและยังมีการแนะนำบุคลากรทางการแพทย์ที่จะตรวจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคุ้นเคยและมีความศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง เพียงร้อยละ 1.3 เท่านั้นที่ให้เหตุผลว่าเจ้าหน้าที่ให้บริการไม่ดี (ตารางที่ 4.5) ซึ่งการรับรู้ความเชื่อเหล่านี้ ทำให้สตรีมุสลิมเกิดความตื่นตัว มีความกระตือรือร้น และมีแรงจูงใจในการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนุชนารถ ชูเกียรติ (2538) ญัฐยา พัวทัต (2539) พรทิพย์ โดท่าโรง (2541) และวนิดา ทางาม (2542) พบว่าการสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพหลายวิธีร่วมกัน เช่น การประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวของชุมชน การกระตุ้นเตือนด้วยบัตรนัด การจัดสถานที่ให้เหมาะสมมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย การนำเสนอตัวแบบของสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก สามารถกระตุ้นและชักจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรทัย ชนมาสุข (2538) พบว่าการใช้จดหมายกระตุ้นเตือนทำให้สตรีเกิดทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติตัวป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ และมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

สำหรับในรายชื่อที่มีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง คือ การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวแนะนำให้ไปตรวจ ($\bar{x}=3.67$, S.D=0.95) และการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ($\bar{x}=3.42$, S.D=1.13) แสดงให้เห็นว่าสตรีมุสลิมมีความเชื่อว่าบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามี หรือญาติพี่น้อง เป็นปัจจัยกระตุ้นให้สตรีมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมที่จะมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง เห็นได้จากการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีส่วนสนับสนุนให้มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ สามี พ่อแม่และญาติพี่น้อง มีเพียงร้อยละ 10.0 และ 8.0 เท่านั้น (ตารางที่ 4.4) อาจเนื่องมาจากบริบทสังคมไทยมุสลิมสามีต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และต้องทำงานแข่งกับเวลาทำงานเกือบทุกวันไม่มีวันหยุด กว่าจะเลิกงานก็ค่ำ ทำให้กลับมาถึงบ้านมีอาการอ่อนเพลีย อยากพักผ่อนจึงทำให้ไม่มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนหรือพูดคุยความรู้เกี่ยวกับสุขภาพหรือปัญหาด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร รังษีสวรรณ (2547) พบว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในชนบทได้รับการสนับสนุนจากสามีและบุคคลในครอบครัวกระตุ้นเตือนอยู่ในระดับปานกลางรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายนั้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิ์การรักษาจากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ซึ่งไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา เห็นได้จากการศึกษา (ตารางที่ 4.5) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้เหตุผลกลัวเสียค่าใช้จ่ายเพียงร้อยละ 3.9 สอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดา กีพาแปง (2548) พบว่า กลัวเสียค่าใช้จ่าย ร้อยละ 1.1 เท่านั้น

ส่วนข้อความเชื่อที่อยู่ในระดับต่ำ คือ การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากได้รับของขวัญเป็นที่ระลึก ($\bar{x}=2.14$, S.D=0.97) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาด้วยความสมัครใจจริง ถึงแม้จะไม่ได้รับของขวัญเป็นที่ระลึก ซึ่งเป็นการดีทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการมาตรวจคัดกรองมากกว่าของรางวัล แม้ว่าในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในพื้นที่เจ้าหน้าที่อำเภอยะหริ่งได้นำกลยุทธ์การโน้มน้าวใจด้วยของรางวัลให้สตรีมาตรวจคัดกรองแล้วจะได้หางบัตรมาชิงโชคก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร รังษีสวรรณ (2547) พบว่า ปัจจัยกระตุ้นการกระทำสิ่งเร้าจากภายนอก เช่น ค่าตอบแทน มีส่วนทำให้สตรีตัดสินใจมารับบริการตรวจคัดกรองได้บ้างแต่ไม่มาก เบนดูรา (Bendura ,1997) กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการแรงจูงใจจากภายนอก จะกระตุ้นการรับรู้ นำไปสู่การตัดสินใจ ซึ่งจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านการจูงใจของตนเองด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมที่อยู่ระดับกลางๆ เช่นกัน คือร้อยละ 56.5 ซึ่งยังถือว่าต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือร้อยละ 60 จึงมีข้อเสนอแนะที่ควรนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. สำหรับหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถนำข้อค้นพบจากการศึกษา เป็นแนวทางในการวางแผนและกำหนดนโยบายในการหากลยุทธ์และสนับสนุนงบประมาณ ในการดำเนินงานให้สตรีมุสลิมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ได้ตามเป้าหมาย โดยคำนึงถึงวิถีชีวิตและบริบททางวัฒนธรรม และจะช่วยให้พื้นที่บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ต่อไป

2. สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ สามารถนำข้อค้นพบจากการศึกษา ไปเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการในวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่

- มาตรการระยะสั้น คือ ควรปฏิบัติงานในเชิงรุก โดยการออกหน่วยเคลื่อนที่บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และควรมีการสร้างเครือข่ายการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระหว่างสถานบริการอื่นๆ โดยการสลับหมุนเวียนกันทำหน้าที่ในการตรวจคัดกรอง เพื่อไม่ให้กลุ่มเป้าหมายที่รู้จักกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ของตนเองเกิดความชินอาย ลดขั้นตอนที่ยุ่งยาก ตลอดจนอำนวยความสะดวกในการรับบริการ

- มาตรการระยะยาว คือ การปรับเปลี่ยนทัศนคติความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมให้ถูกต้อง เพื่อให้สตรีได้เกิดความตระหนักและเพิ่มสมรรถนะแห่งตนให้เห็นความสำคัญในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรโน้มน้าวใจ ชักจูงใจ เพราะจากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้ที่มีส่วนให้กระตุ้นให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าบุคคลอื่นๆ ตลอดจนนำผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์ เช่น อสม. เกนนำ หรือ ผู้ที่มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมาช่วยกระตุ้น เนื่องจาก เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างมารับบริการ มีหลายเหตุผล ได้แก่ จากการประชาสัมพันธ์จาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แพทย์แนะนำให้ไปตรวจ เคยเห็นหรือรู้จักคนเป็น โรคมะเร็งปากมดลูก และ เนื่องจากเพื่อนชวน

ให้ไปตรวจ ตลอดจนต้องหากลยุทธ์ในการจัดปัญหาที่เป็นอุปสรรค ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีหลายปัจจัย เช่น ความอาย กลัวผิดหลักศาสนา สามิไม่อนุญาต

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ความเชื่อด้านสุขภาพกับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก
2. ควรศึกษาเชิงลึกถึงปัจจัยความเชื่อทางวัฒนธรรม และปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมว่ามีผลต่อการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมในบริบทที่แตกต่างกัน เช่นสตรีมุสลิมในเขตชนบทกับเขตเมือง เป็นต้น
3. ควรศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการให้สตรีมุสลิมมาตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น
4. ควรศึกษาปัจจัยกระตุ้นและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะบทบาทของสามีที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิม