

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการตรวจ
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในผู้รับบริการคลินิกสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

The Effect of cervical cancer screening promotion program on knowledge, attitude
and behavior of cervical cancer screening among patient
in the obstetrics and gynecology clinic, Vachira Phuket

จินตนา เกตุแก้ว

Jintana Katekaew

งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

E-mail: jintaparam@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในผู้รับบริการคลินิกสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และเพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการที่ห้องตรวจสูติ-นรีเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต ในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2568 จำนวน 56 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 28 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสัมภาษณ์ โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และแบบประเมินพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และทัศนคติ ภายในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test และเปรียบเทียบพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทักษะทุกด้านเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีสัดส่วนผู้ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

โปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถเพิ่มความรู้ ปรับทัศนคติ และส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเหมาะสมที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพสตรีในสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก; การตรวจคัดกรอง; โปรแกรมส่งเสริมการคัดกรอง; พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This study was a quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design. The study aimed to examine the effects of a cervical cancer screening promotion program on knowledge, attitudes, and screening behaviors among women attending the Obstetrics and Gynecology Clinic at Vachira Phuket Hospital. It also aimed to compare knowledge, attitudes, and screening behaviors between the experimental group that received the program and the control group. The sample consisted of 56 women aged 30–60 years who attended the outpatient gynecology clinic at Vachira Phuket Hospital between September and November 2025. Participants were randomly assigned to either the experimental group ($n = 28$) or the control group ($n = 28$). Data were collected using structured interviews, including four sections: personal information, assessment of knowledge, attitudes regarding cervical cancer, and screening behaviors. Descriptive statistics were used to present frequencies, percentages, means, and standard deviations. paired t-tests were used to compare mean scores within the experimental group, independent t-tests were used to compare scores between groups, and Chi-square tests were applied to compare screening behaviors.

The results indicated that the experimental group demonstrated significantly higher knowledge and more positive attitudes toward cervical cancer after receiving the program compared to their pretest scores ($p < 0.05$), as well as significantly higher than the control group ($p < 0.05$). Additionally, the proportion of women who underwent cervical cancer screening in the experimental group was significantly higher than in the control group ($p < 0.05$).

The cervical cancer screening promotion program effectively increased knowledge, improved attitudes, and encouraged screening behaviors. Therefore, it is suitable for implementation as a guideline for promoting women's health in other healthcare settings.

Keywords: Cervical cancer; Cervical cancer screening; Screening promotion program; Health behavior

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยในสตรี โดยเฉพาะในช่วงอายุ 30–50 ปี ในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 466,000 คน และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 231,000 คน โดยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 8,000 คนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 4,500 คนต่อปี หรือคิดเป็นสตรีไทยเสียชีวิตวันละ 8–10 ราย (Bangkok Hospital, 2022) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ

มะเร็งปากมดลูกส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ผู้ป่วยจำนวนมากมักมาพบแพทย์ในระยะลุกลาม ทำให้การรักษามีความยุ่งยาก ซับซ้อน ใช้ระยะเวลานาน และมีค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ครอบครัวเกิดความวิตกกังวลและความเครียด รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา (Teerapakawong, 2021) สาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูกคือการติดเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ซึ่งมีมากกว่า 200 สายพันธุ์ โดยประมาณ 15 สายพันธุ์จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (High Risk HPV) โดยเฉพาะสายพันธุ์ 16 และ 18 ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกประมาณร้อยละ 70 และเป็นสาเหตุของรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งประมาณร้อยละ 50 (Kahn, 2009) การติดเชื้อ HPV ส่วนใหญ่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ พบว่าสตรีประมาณร้อยละ 50 มีโอกาสติดเชื้อภายใน 2–3 ปีแรกหลังเริ่มมีเพศสัมพันธ์ โดยการติดเชื้อส่วนใหญ่มักไม่แสดงอาการ และมากกว่าร้อยละ 90 สามารถหายได้เอง อย่างไรก็ตาม การติดเชื้อเรื้อรังในสตรีบางรายอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูกจนพัฒนาไปเป็นมะเร็งในที่สุด การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ คือการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและระยะก่อนเป็นมะเร็ง ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้และมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า องค์การอนามัยโลกระบุว่าการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear ในสตรีอายุ 30–60 ปี สามารถลดอัตราการเกิดและอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองโดยนำการตรวจหาเชื้อ HPV DNA Test มาใช้ ซึ่งมีความแม่นยำสูงกว่าวิธีเดิม โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายให้สตรีอายุ 30–60 ปี เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง ทุก 5 ปี โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกให้เหลือไม่เกิน 1,000 คนต่อปี และลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลงร้อยละ 50 (Leenasmith et al., 2016)

ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2562–2567 อัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear มีแนวโน้มลดลง ขณะที่อัตราการพบความผิดปกติของเซลล์และจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต, 2568) ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองของสตรีกลุ่มเป้าหมาย สาเหตุสำคัญที่ทำให้สตรีไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง ได้แก่ การไม่มีอาการผิดปกติ ความอาย และความเชื่อที่ว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สรिता ธีรวัฒน์สกุล (2562) ที่พบว่าความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้น การ

พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกิจกรรมให้ความรู้ และลดความกลัวหรือความอายในการตรวจคัดกรองจึงมีความสำคัญ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การเข้ารับการตรวจคัดกรองของผู้รับบริการคลินิกสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มอัตราการตรวจคัดกรอง และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีที่มารับบริการในคลินิกสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ก่อนและหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีที่มารับบริการในคลินิกสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต หลังการให้โปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

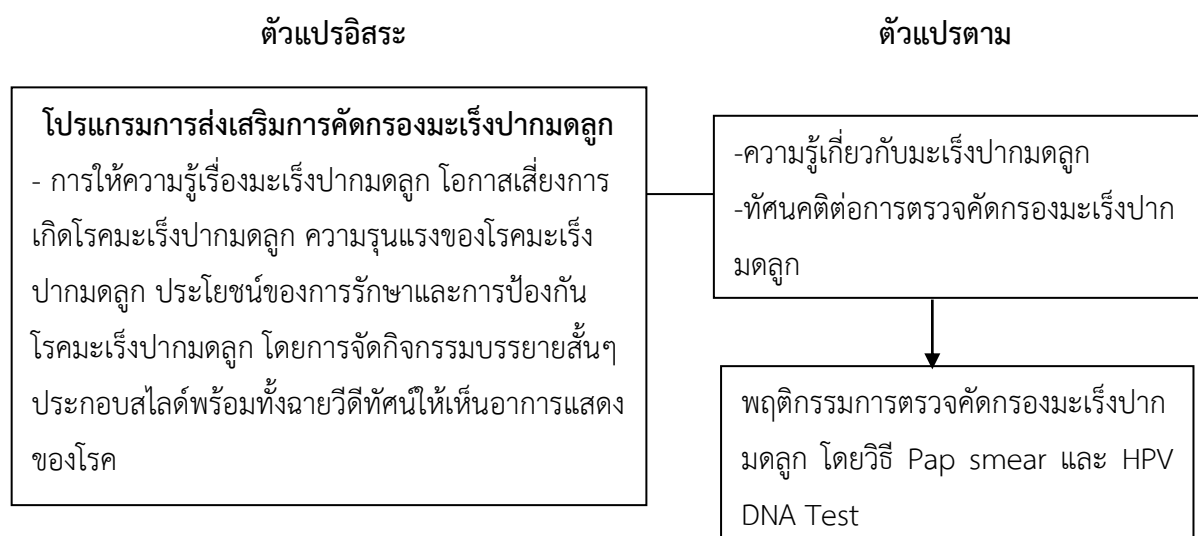
กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Protection Motivation Theory) ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับ การรับรู้และความเข้าใจต่อโรค ตามแนวคิดของ Health Belief Model พฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคล

1. รับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรค
2. รับรู้ความรุนแรง และผลกระทบของโรค
3. รับรู้ประโยชน์ ของการป้องกันและการตรวจคัดกรอง
4. รับรู้อุปสรรค ที่ทำให้ลังเลหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ

ส่วน Protection Motivation Theory เน้นการใช้ “ความกลัวในระดับเหมาะสม” เพื่อกระตุ้นให้บุคคลตระหนักในความเสี่ยง ความรุนแรง และเห็นความสำคัญของการป้องกันตนเอง เช่น การตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ

โปรแกรมให้ความรู้ที่ใช้ในการวิจัยนำแนวคิดทั้งสองมาประยุกต์ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง การลดอุปสรรค รวมถึงการให้คู่มือและการนัดติดตาม เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทัศนคติที่ดีขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Study design) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง

ประชากรในการศึกษา คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการที่ห้องตรวจสูติ-นรีเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องตรวจสูติ-นรีเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในช่วงเดือนกันยายน ถึง เดือนพฤศจิกายน 2568

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ทำการคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างการเปรียบเทียบค่าสัดส่วน 2 กลุ่ม

$$n/gr = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 p(1-p)}{(p_1 - p_2)^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

Z_{α} = ความเชื่อมั่นที่กำหนด $Z_{0.05} = 1.96$

Z_{β} = อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.90 $Z_{0.1} = 1.28$

$P = (p_1 + p_2)/2 = (0.44 + 0.04)/2 = 0.24$

จากผลการวิจัยที่ผ่านมาของพันธุ์ชิดา จันทร์สุหรัย, 2564

p_1 = สัดส่วนการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง 0.44

p_2 = สัดส่วนการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มเปรียบเทียบ 0.04

แทนค่า $n/$ กลุ่ม = $(2(1.96 + 1.28)^2 \times 0.24(1-0.24)) / 0.40^2$

= 23.93 ~ 24 ราย/กลุ่ม

จากการคำนวณต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 ราย เพื่อป้องกันการขาดหายไปหรือการขาดการติดต่อของกลุ่มตัวอย่าง (Loss of follow up) จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 ต่อกลุ่ม เป็นกลุ่มละ 28 ราย

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 56 ราย

ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการสุ่มแบบง่าย (Sample random sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. สตรีที่มารับบริการในห้องตรวจสูติ-นรีเวชกรรมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราชภูมิต์ที่มีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี
2. ยินดีรับการตรวจภายในด้วยวิธี pep smear และ HPV DNA Test
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็นและการพูด
4. สามารถสื่อสารเข้าใจดี และสามารถพูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
5. ไม่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์
6. อาสาสมัครเต็มใจเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. อายุ น้อยกว่า 30 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี
2. ไม่มีภูมิลำเนาในจังหวัดภูเก็ต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

โปรแกรมนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ร่วมกับ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ Rogers โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นแนวทางในการดำเนินงาน โปรแกรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มและการประเมินความรู้และทัศนคติเดิม ผู้เข้าร่วมได้ทำความรู้จักกันและสร้างความไว้วางใจในกลุ่ม พร้อมประเมิน ความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติเดิมต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสร้างพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค

2. ขั้นตอนการให้ความรู้ ผู้เข้าร่วมได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยง อาการ และวิธีการป้องกัน ผ่านการบรรยายและสื่อประกอบการเรียนรู้ ได้แก่ PowerPoint และแผ่นภาพ พร้อมกิจกรรมถามตอบ เพื่อสร้างความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับ ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค

3. ขั้นตอนการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้เข้าร่วมได้อภิปรายกรณีตัวอย่าง และรับฟังข้อมูลสถิติและเรื่องราวผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นให้เกิด ความตระหนักถึงความเสี่ยงของโรคและโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค

4. ขั้นตอนการเสริมสร้างความคาดหวังและความตั้งใจต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ตรวจคัดกรองแต่ละชนิด สัมผัสอุปกรณ์จริง และเข้าใจประโยชน์ของอุปกรณ์ รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจคัดกรองและวิธีการปฏิบัติอย่างถูกต้อง มีการสาธิตขั้นตอนการตรวจคัดกรองให้ผู้เข้าร่วมเห็นภาพรวมของกระบวนการ เพื่อสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจให้ผู้เข้าร่วมตั้งใจเข้ารับการตรวจ และปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันโรคร้อย่างถูกต้อง

5. ขั้นตอนการกระตุ้นเตือนต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง ผู้วิจัยได้ใช้ SMS/LINE แจ้งเตือนนัดตรวจติดตามผลและให้คำปรึกษาเพิ่มเติม เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมรักษาพฤติกรรมป้องกันโรคร้อย่างต่อเนื่อง และเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้น โดยประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) รวมทั้ง แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (protection motivation theory) ของโรเจอร์ โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ การให้คะแนนในข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งชุดอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก ส่วนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ความเสี่ยง ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรค ด้านสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และด้านความเชื่อมั่นในตนเอง ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “ไม่เห็นด้วย” “ไม่แน่ใจ” “เห็นด้วย” และ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยข้อคำถามที่เป็นข้อความทัศนคติที่เป็นทางบวกถ้าผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบว่า “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามที่เป็นข้อความทัศนคติที่เป็นทางลบ การให้คะแนนจะกลับกันกับข้อความที่เป็นทางบวก แบบสอบถามทั้งชุดมีค่าคะแนนแบ่งเป็นรายด้าน แต่ละด้านอยู่ระหว่าง 4-20 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดี ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการให้ความรู้ แผนการสอน และสื่อประกอบการสอนต่างๆ ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งปากมดลูก อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก จากนั้น ผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ ก่อนนำไปใช้จริง ส่วนแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้หาค่าความเชื่อมั่นด้วย

วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามทัศนคติ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต หมายเลขใบรับรอง COA No.033B2025 และมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผู้วิจัยมีการชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างให้ทราบก่อนการตัดสินใจ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมอย่างสมัครใจ ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมก่อนตอบแบบสอบถาม และชี้แจงในส่วนของคุณสมบัติที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ โดยจะเปิดเผยข้อมูลเฉพาะที่เป็นการวิเคราะห์ในภาพรวมและนำมาใช้ในเชิงวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยการจับสลากจากแฟ้มรายชื่อผู้ที่มารับบริการในคลินิกสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต กลุ่มตัวอย่างจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของงานวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงชื่อยินยอมใน consent form จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาทีต่อคน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง จะจัดให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการให้ความรู้ โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ร่วมกับการประเมินความรู้ และทัศนคติเดิม 2) ขั้นตอนการให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาความรู้ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สื่อการสอนที่กระตุ้นการรับรู้ ได้แก่ Power point และ แผ่นภาพ 3) ขั้นตอนการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก 4) ขั้นตอนการเสริมสร้างความคาดหวัง และการสร้างความตั้งใจต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และ 5) ขั้นตอนการกระตุ้นเตือนต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง โดยการให้แผ่นพับ และคู่มือการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม จะได้รับการบริการตามขั้นตอนปกติของคลินิกสูติ-นรีเวช ซึ่งจะมีการแนะนำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามรูปแบบเดิมที่มีอยู่ และสอบถามความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ภายหลังการเข้ากลุ่ม ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามฉบับเดิมอีกครั้ง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาทีต่อคน และให้ใบนัดเพื่อตรวจในครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลคอมพิวเตอร์แบบสำเร็จรูป ดังนี้

- 1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Pair t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบระดับความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-square

3.เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยทัศนคติด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ความเสี่ยง ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรค ด้านสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และด้านความเชื่อมั่นในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

4.เปรียบเทียบพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 41.3 ± 7.4 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 43.9 ± 6.8 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-50 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ประกอบอาชีพรับจ้าง และมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 25,000 บาทต่อเดือน โดยไม่พบความแตกต่างของอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = .557, .332, .063 และ .155 ตามลำดับ) ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสังคม และด้านโรคประจำตัว พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = .212, .783) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 56)

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 28)		กลุ่มควบคุม (n = 28)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					.557
31-40 ปี	14	50.0	10	35.7	
41-50 ปี	11	39.3	14	50.0	
51-60 ปี	3	10.7	4	14.3	
อายุเฉลี่ย ($\bar{x} \pm SD$)	41.3 $\pm$ 7.4		43.9 $\pm$ 6.8		
การศึกษา					.332
ประถมศึกษา	3	10.7	0	0.0	
มัธยมศึกษา	8	28.6	9	32.1	
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	3	10.7	1	3.6	
อนุปริญญา/ปวส.	2	7.1	3	10.7	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	12	42.9	15	53.6	
อาชีพ					.063
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	7.1	0	0.0	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 56) (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 28)		กลุ่มควบคุม (n = 28)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รับจ้าง	13	46.5	12	42.8	.155
ธุรกิจส่วนตัว	6	21.4	8	28.6	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	14.3	4	14.3	
พนักงานบริษัทเอกชน	3	10.7	4	14.3	
รายได้ต่อเดือน					
≥ 10,000 บาท	3	10.7	0	0.0	
10,001-15,000 บาท	7	25.0	7	25.0	
15,001-20,000 บาท	1	3.6	5	17.9	
20,001-25,000 บาท	6	21.4	2	7.1	
> 25,000 บาท	11	39.3	14	50.0	
สิทธิการรักษา					.212
บัตรประกันสุขภาพ	11	39.3	8	28.6	
ประกันสังคม	16	57.1	15	53.6	
เบิกจ่ายตรง	0	0.0	4	14.3	
จ่ายเงินสด	1	3.6	1	3.6	
โรคประจำตัว					.783
ไม่มีโรคประจำตัว	18	64.3	17	60.0	
มีโรคประจำตัว	10	35.7	11	39.3	

เมื่อวิเคราะห์คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการให้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนการให้โปรแกรมเท่ากับ 5.93 ± 0.90 และหลังการให้โปรแกรมเท่ากับ 8.93 ± 0.90 (P-value < .001) ดังตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการให้โปรแกรม คะแนนความรู้เฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (5.93 ± 0.90 และ 5.50 ± 0.96 ตามลำดับ; P-value = .091) ขณะที่หลังการให้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (8.93 ± 0.90 และ 5.71 ± 0.85 ตามลำดับ; P-value < .001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังให้โปรแกรม

	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
ก่อนการโปรแกรม	5.93	0.90	-16.84	< .001
หลังการให้โปรแกรม	8.93	0.90		

ตารางที่ 3 เปรียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังให้โปรแกรม

	กลุ่ม	n	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
ก่อนการโปรแกรม	กลุ่มทดลอง	28	5.93	0.90	1.72	0.091
	กลุ่มควบคุม	28	5.50	0.96		
หลังการให้โปรแกรม	กลุ่มทดลอง	28	8.93	0.90	12.71	< .001*
	กลุ่มควบคุม	28	5.71	0.85		

* นัยสำคัญทางสถิติที่ < .05

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังให้โปรแกรม พบว่าระดับความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .001) โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูง คิดเป็นร้อยละ 96.4 ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังให้โปรแกรม

ระดับความรู้	กลุ่มทดลอง n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	รวม n (%)
น้อย	0 (0.0)	1 (3.6)	28 (50.0)
ปานกลาง	1 (3.6)	16 (57.1)	17 (30.4)
มาก	27 (96.4)	11 (39.3)	11 (19.6)
รวม	28 (100.0)	28 (100.0)	56 (100.0)
χ^2			48.38
P-value			< .001*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ < .05

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติแต่ละด้านเกี่ยวกับโรคเมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ความเสี่ยง ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรค ด้านสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และด้านความเชื่อมั่นในตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยทัศนคติในทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทั้งสองมีลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (19.14 ± 1.01 และ 13.57 ± 0.92 ; $P < .001$), การรับรู้ความเสี่ยง (18.04 ± 1.45 และ 14.86 ± 1.24 ; $P < .001$), การรับรู้ประโยชน์ (19.25 ± 1.14 และ 14.93 ± 1.02 ;

$P < .001$), การรับรู้อุปสรรค (16.57 ± 1.23 และ 11.93 ± 2.46 ; $P < .001$), สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (17.46 ± 2.12 และ 15.87 ± 3.52 ; $P = .005$) และความเชื่อมั่นในตนเอง (18.68 ± 1.74 และ 15.45 ± 3.16 ; $P = .016$) ดังตารางที่ 5 ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติแต่ละด้านเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ค่าคะแนน	n	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	28	12.93	1.245	.10	.917
กลุ่มควบคุม	28	12.89	1.315		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	28	19.14	1.008	21.60	< .001*
กลุ่มควบคุม	28	13.57	.920		
ด้านการรับรู้ความเสี่ยง					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	28	15.29	2.016	1.84	.070
กลุ่มควบคุม	28	14.39	1.571		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	28	18.04	1.453	8.81	< .001*
กลุ่มควบคุม	28	14.86	1.239		
ด้านการรับรู้ประโยชน์					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	28	14.54	.881	1.38	.175
กลุ่มควบคุม	28	14.18	1.056		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	28	19.25	1.143	14.96	< .001*
กลุ่มควบคุม	28	14.93	1.016		
ด้านการรับรู้อุปสรรค					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	28	11.96	2.701	.38	.705
กลุ่มควบคุม	28	11.68	2.919		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	28	16.57	1.230	8.92	< .001*
กลุ่มควบคุม	28	11.93	2.463		

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติแต่ละด้านเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ค่าคะแนน	n	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
ด้านสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	28	14.50	1.622	-.93	.358
กลุ่มควบคุม	28	15.18	3.518		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	28	17.46	2.117	2.95	.005
กลุ่มควบคุม	28	15.87	3.518		
ด้านความเชื่อมั่นในตนเอง					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	28	13.46	2.099	-2.49	.073
กลุ่มควบคุม	28	14.03	3.158		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	28	18.68	1.744	2.09	.016
กลุ่มควบคุม	28	15.45	3.158		

* นัยสำคัญทางสถิติที่ $< .05$

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเข้ารับการตรวจคัดกรองสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองเข้ารับการตรวจคัดกรอง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 96.4 ขณะที่กลุ่มควบคุมเข้ารับการตรวจเพียง 10 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7 ผลต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายหลังการทดลอง

พฤติกรรมเข้ารับการตรวจคัดกรอง	กลุ่มทดลอง (n = 28 คน)		กลุ่มควบคุม (n = 28 คน)		P-value
ตรวจคัดกรอง	27	96.4	10	35.7	$< .001^*$
ไม่ตรวจ	1	3.6	18	64.3	

* นัยสำคัญทางสถิติที่ $< .05$

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการให้โปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (8.93 ± 0.90 เทียบกับ 5.93 ± 0.90 , $P < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (8.93 ± 0.90 เทียบกับ 5.71 ± 0.85 , $P < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ของสตรีเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ระบุว่า การให้ความรู้แบบมีกิจกรรมกลุ่มและสื่อประกอบช่วยเสริมความเข้าใจและความตระหนักในความเสี่ยงของโรค (Leenasmith et al., 2016; พันธุ์ชิตา จันทรสุหรัย, 2564)

ในส่วนของทัศนคติ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติสูงขึ้นในทุกด้านภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (19.14 ± 1.01 และ 13.57 ± 0.92 , $P < .001$), การรับรู้ความเสี่ยง (18.04 ± 1.45 และ 14.86 ± 1.24 , $P < .001$), การรับรู้ประโยชน์ (19.25 ± 1.14 และ 14.93 ± 1.02 , $P < .001$), การรับรู้อุปสรรค (16.57 ± 1.23 และ 11.93 ± 2.46 , $P < .001$), สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (17.46 ± 2.12 และ 15.87 ± 3.52 , $P = .005$) และความเชื่อมั่นในตนเอง (18.68 ± 1.74 และ 15.45 ± 3.16 , $P = .016$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผลนี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถปรับทัศนคติของผู้เข้าร่วมให้ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรอง ลดอุปสรรค และเพิ่มแรงจูงใจ รวมทั้งความเชื่อมั่นในการเข้ารับการตรวจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Health Belief Model และ Protection Motivation Theory ที่เน้นการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ของการป้องกันโรค นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเข้ารับการตรวจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน (ร้อยละ 96.4 เทียบกับ ร้อยละ 35.7, $P < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสามารถกระตุ้นพฤติกรรมการตรวจคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการลดความกลัว ความอาย และให้การติดตามผลช่วยเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองของสตรี (สรีตา อีร์วิณีสกุล, 2562; Teerapakawong, 2021) สำหรับกลุ่มตัวอย่าง 1 คนในกลุ่มทดลองที่ยังไม่ได้เข้ารับการตรวจคัดกรอง เนื่องจากเพิ่งผ่านการผ่าตัดคลอดได้ 1 ปี จึงยังไม่พร้อมเข้ารับการตรวจ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการเข้ารับการตรวจคัดกรองยังขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและสถานการณ์ส่วนบุคคล แม้โปรแกรมส่งเสริมจะช่วยเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองให้สูงขึ้น

จากข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิการรักษาไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำให้สามารถสรุปได้ว่าความแตกต่างของผลการทดลองเกิดจากโปรแกรมที่ใช้ ไม่ใช่ปัจจัยภายนอก สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองของสตรีวัย 30–60 ปี สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิกสูติ-นรีเวชเพื่อเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองและลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลและคลินิกสูติ-นรีเวชควรร่วมโปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปใช้เพื่อเพิ่มความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองแก่สตรีกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการ
2. ใช้เทคโนโลยี เช่น SMS หรือ LINE แจ้งเตือนวันนัดตรวจและให้คำปรึกษา เพื่อกระตุ้นพฤติกรรม การเข้ารับการตรวจอย่างต่อเนื่อง
3. ฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพในการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจ ลดความกังวลหรือความอายของผู้รับบริการ เพื่อให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและกระจายไปยังหลายพื้นที่ เพื่อเพิ่มความทั่วไปของผลการวิจัย
2. ศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามความต่อเนื่องของพฤติกรรม การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. พัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมที่หลากหลาย เช่น ผ่านสื่อดิจิทัลหรือกิจกรรมกลุ่มเสมือนจริง เพื่อประเมินประสิทธิผลในรูปแบบต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง

- Bangkok Hospital. (2022). *Cervical cancer statistics in Thailand*. Bangkok: Bangkok Hospital.
- Kahn, J. A. (2009). HPV vaccination for the prevention of cervical intraepithelial neoplasia. *New England Journal of Medicine*, 361(3), 271–278. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0802094>
- Leenasmith, P., et al. (2016). National policy and cervical cancer screening program in Thailand. *Journal of Public Health Policy*, 37(2), 123–130. <https://doi.org/10.1057/jphp.2016.6>
- Teerapakawong, C. (2021). Impact of cervical cancer on quality of life and family burden. *Thai Journal of Nursing Research*, 25(1), 45–58. <https://doi.org/10.14456/tjnr.2021.5>
- พัฒนัชิตา จันทรสุหรัย, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, & ทิพย์ขัมพร เกษโกมล. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันและการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 27(4), 65–76.
- สรिता ธีรวัฒน์สกุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 37(2), 89–102.
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต. (2568). *รายงานสถิติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต*. ภูเก็ต: โรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต.