

การพัฒนาแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซำก่าย จังหวัดสกลนคร
Development of a Cervical Cancer Screening Promotion Model Through the
Participation of Village Health Volunteers at Ban Kuakhai Subdistrict Health
Promoting Hospital, Sakon Nakhon Province

ชื่นฤทัย ไผตาคำ

Chuenrutai Paitacum

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซำก่าย จังหวัดสกลนคร

Ban Khua Kai Health Promoting Hospital, Sakon Nakhon Province

*Corresponding author, e-mail: Chuenrutai2522@gmail.com

Received: March 10, 2026; Revised: May 4, 2026; Accepted: June 6, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุการปฏิเสธการคัดกรอง พัฒนารูปแบบ และ ประเมินผลการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านซำก่าย อำเภอนาคู จังหวัดสกลนคร ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์และสาเหตุการปฏิเสธการคัดกรอง 2) พัฒนารูปแบบ และ 3) ประเมินประสิทธิผลด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ 30–60 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง พ.ศ. 2566–2568 จำนวน 50 คน คัดเลือกแบบ เจาเจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความ พึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ paired-samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) สาเหตุสำคัญของการปฏิเสธการคัดกรอง ได้แก่ ความอาย ความกลัวผลการ ตรวจ การขาดความรู้ และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้ความรู้ การสนับสนุนโดย อสม. การอำนวยความสะดวกในการใช้ชุดเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่อง คลอดด้วยตนเอง และการติดตามกระตุ้นเตือน และ 3) หลังใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มจาก 4.32 เป็น 9.00 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.64, p < 0.001$) การรับรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ชุดตรวจได้ถูกต้อง และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($M = 4.52, SD = 0.38$) สรุปได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ควรนำไปประยุกต์ใช้ในระดับ หมู่บ้านและขยายผลสู่ชุมชน เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คำสำคัญ : มะเร็งปากมดลูก, การเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอดด้วยตนเอง, การตรวจคัดกรอง, อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

This study is a Research and Development (R&D) study aimed at examining the development and evaluation of a model for promoting cervical cancer screening through the participation of village health volunteers (VHVs) in the service area of Ban Khua Kai Tambon Health Promoting Hospital, Wanon Niwat District, Sakon Nakhon Province. The study was conducted in three phases: Phase 1 a situational analysis and identification of reasons for screening refusal; Phase 2 model development; and Phase 3 evaluation of the model's effectiveness. A one-group pre-test and post-test quasi-experimental design was employed. The sample consisted of 50 women aged 30–60 years who had never undergone cervical cancer screening during the period 2023–2025, selected by purposive sampling. Research instruments included questionnaires assessing knowledge, health perception, health behavior, and satisfaction. Data were analyzed using descriptive statistics and the Paired t-test.

The research findings revealed that 1) The primary reasons for refusing cervical cancer screening included shame, fear of test results, lack of knowledge, and limited access to services. 2) The model for promoting cervical cancer screening through self-collected vaginal cell sampling with the participation of village health volunteers consisted of four key components: knowledge provision, support by village health volunteers, facilitation of self-sampling kit use, and follow-up reminders. 3) After implementing the model, the participants' knowledge scores increased significantly, with the mean score rising from 4.32 to 9.00 ($t = 18.64$, $p < 0.001$). Health perception and health behavior also improved significantly ($p < 0.001$). The participants were able to use the self-sampling kits correctly, and their satisfaction with the model was at the highest level (Mean = 4.52, SD = 0.38). In conclusion, the developed model effectively enhanced women's knowledge, health perception, and cervical cancer screening behavior. It is recommended for implementation at the village level and for further scale-up to the community level, in order to increase screening coverage and reduce the long-term risk of cervical cancer.

Keywords : Cervical Cancer, HPV Self-sampling, Cervical Cancer Screening, Village Health Volunteers, Health Promotion

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและของโลก จากสถิติโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2565 พบว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับที่ 2 ในสตรีไทย โดยมีอัตราอุบัติการณ์ 11.1 รายต่อประชากร 100,000 คน และมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 2,713 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.88 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในเพศหญิงทั้งหมด สาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human Papillomavirus (HPV) ซึ่งเป็นการติดเชื้อไวรัสที่พบบ่อยในระบบสืบพันธุ์ของมนุษย์ (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ในระดับโลก องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อเร่งรัดการขจัดมะเร็งปากมดลูก (Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer) โดยตั้งเป้าหมายให้สตรีอย่างน้อยร้อยละ 70 ได้รับการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อย 2 ครั้งในช่วงอายุ 35 และ 45 ปี การติดเชื้อ HPV เป็นปัจจัยสาเหตุหลักของมะเร็งปากมดลูก โดยพบว่ามากกว่า 100 สายพันธุ์ และสายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูง (high-risk HPV) ได้แก่ สายพันธุ์ 16 และ 18 ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั่วโลก (World Health Organization, 2020)

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตั้งเป้าหมายให้สตรีกลุ่มอายุ 30–60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้งทุก 5 ปี (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2567) อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกขั้นสุดท้ายจำเป็นต้องอาศัยการตรวจทางพยาธิวิทยา ซึ่งได้จากการตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก (Colposcopy) เพื่อระบุตำแหน่งของรอยโรคอย่างชัดเจน การใช้การส่องกล้องปากมดลูกร่วมกับการตรวจเซลล์วิทยาจะช่วยให้สามารถตรวจพบรอยโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็งได้ หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชลัยธร นันทสุภา และ จตุพล ศรีสมบุญ, 2564) ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติในช่วงปี พ.ศ. 2558–2560 พบว่า อัตราการป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราร้อยละ 7.26, 7.76 และ 7.90 ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมให้สตรีไทยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการตรวจพบโรคในระยะก่อนมะเร็งหรือระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายได้ และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในระยะยาว (พิทยารัตน์ จิกยอง และคณะ, 2567) กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์และแผนการดำเนินงานด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างเป็นระบบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการรณรงค์ส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง แต่ผลการดำเนินงานในหลายพื้นที่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร พบว่า อัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร คิดเป็นร้อยละ 63.75 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของประชากรหญิงอายุ 30–60 ปี ในจังหวัดสกลนครในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 มีอุบัติการณ์ 179.18, 258.93 และ 245.64 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จากรายงานผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วงปี พ.ศ. 2562–2566 พบว่ามีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองร้อยละ 17.82, 28.83, 16.11, 26.62 และ 38.20 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 80 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร, 2568)

ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขัวก่าย ตำบลขัวก่าย อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร ผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่า มีสตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองร้อยละ 65, 75 และ 78 ตามลำดับ แม้จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้คือร้อยละ 80 อีกทั้งยังพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2565–2567 พบผู้ป่วยจำนวน 0, 1 และ 3 ราย ตามลำดับ แม้จะยังไม่พบผู้เสียชีวิต แต่ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง เพื่อให้สามารถค้นพบผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและเพิ่มโอกาสในการรักษาให้หายได้ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขัวก่าย, 2568) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV Self Sampling เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยช่วยลดข้อจำกัดของการตรวจแบบดั้งเดิม เช่น ความอาย ความไม่สะดวก และความกลัวจากการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม การนำวิธีการดังกล่าวมาใช้ให้เกิดประสิทธิผลจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการสื่อสารและการสนับสนุนจากบุคคลในชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเข้าถึงประชาชนและสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรอง (กุลกานต์ พิศออ่อน, 2567)

แนวคิดทางทฤษฎีที่สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) ของ Rogers (1983) ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเกิดจากกระบวนการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค และการประเมินประสิทธิผลของพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ยังอธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูล ข่าวสาร กำลังใจ และการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง สามารถส่งเสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม งานวิจัยในประเทศไทยหลายการศึกษาพบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม สามารถเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเมื่อมีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนัก การให้ข้อมูล และการกระตุ้นเตือนให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง (วิจิตร ใจดี, 2566) ดังนั้น การศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขัวก่าย อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร โดยประยุกต์ใช้วิธี HPV Self Sampling เป็นทางเลือกในการตรวจคัดกรองสำหรับสตรีที่ปฏิเสธการตรวจแบบดั้งเดิม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพิ่มความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองในชุมชน และเป็นแนวทางในการลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม รวมทั้งลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะยาวต่อไป

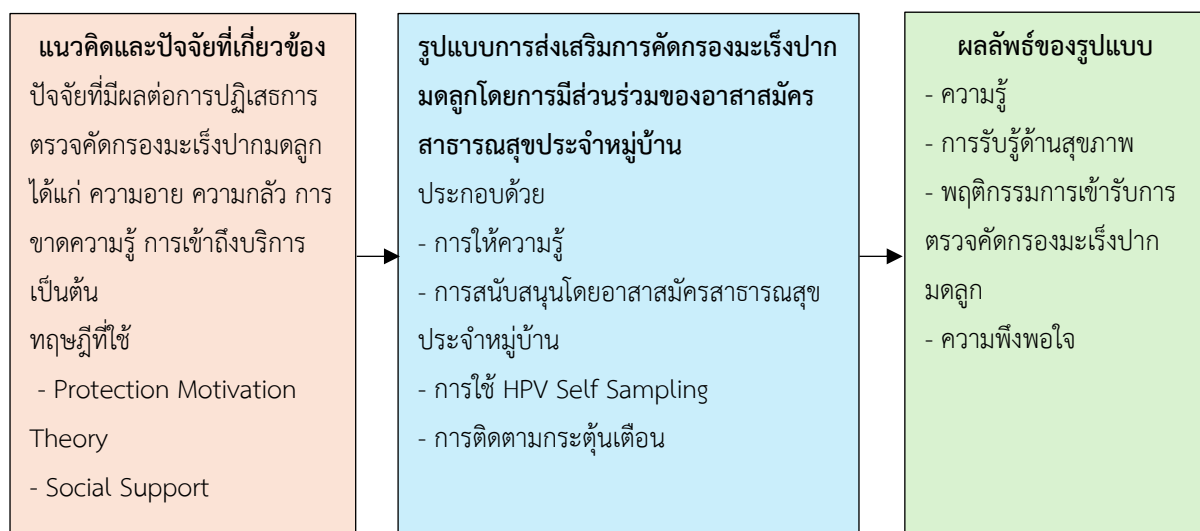
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสาเหตุของการปฏิเสธการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชนพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขัวก่าย จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้ HPV Self Sampling ร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่พัฒนาขึ้นต่อความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรอง และความพึงพอใจของสตรีอายุ 30-60 ปี

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้พัฒนาขึ้นตามแนวทางการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยบูรณาการ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) เพื่ออธิบายพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในการให้ความรู้ สนับสนุน และติดตามกลุ่มเป้าหมาย ร่วมกับการใช้ HPV Self Sampling เพื่อส่งเสริมความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย ดังแสดงในภาพกรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยแบ่งการดำเนินงาน ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสาเหตุของการปฏิเสธการตรวจคัดกรอง (Research Phase: R1)

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และ สาเหตุของการปฏิเสธการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน โดยกลุ่มศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษแบบครอบคลุมประชากรทั้งหมด ประกอบด้วยสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ยังไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูกในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 จำนวน 50 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 คน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขัวก่าย อำเภอนวนนิวาส จังหวัดสกลนคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจ HPV Self Sampling ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 20 ข้อ แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบปลายเปิด เพื่อใช้สำรวจปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อการปฏิเสธการตรวจคัดกรอง เช่น ความอาย ความกลัวต่อผลการตรวจ และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยพบว่ามีความเชื่อมั่นด้วยวิธี Cronbach's alpha เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามความรู้มีความเชื่อมั่นด้วยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสาเหตุของการปฏิเสธการตรวจคัดกรอง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ (Development Phase: D1)

ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้การเก็บตัวอย่างเซลล์ด้วยตนเอง ร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง (2) การสนับสนุนและติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (3) การใช้ชุดตรวจ HPV Self Sampling และ (4) การติดตามกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเกิดความรู้ ความเข้าใจ และตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง

เครื่องมือที่ใช้ในระยะนี้ประกอบด้วย รูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คู่มือการใช้ HPV Self Sampling สำหรับสตรีกลุ่มเป้าหมาย และคู่มือการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการติดตามกลุ่มเป้าหมาย

รูปแบบและเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความเหมาะสม ความสอดคล้อง และความเป็นไปได้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ภายหลังการปรับปรุงได้นำรูปแบบไปทดลองใช้ในวงจำกัด (Try-out Implementation) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น จากนั้นนำผลที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปใช้จริงในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ (Research Phase: R2)

ระยะที่ 3 เป็นการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่พัฒนาขึ้น โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest–Posttest Design) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรอง และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการใช้รูปแบบ

กลุ่มศึกษาเป็นสตรีอายุ 30–60 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 50 คน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขัวก่าย อำเภอนารินวาส จังหวัดสกลนคร ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและ HPV Self Sampling แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรอง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ รวมถึงแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ โดยเครื่องมือดังกล่าวเป็นชุดเดียวกับที่ใช้ในระยะที่ 1 ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) จากนั้นดำเนินการกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ การสนับสนุนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การใช้ HPV Self Sampling และการติดตามกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง และเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรที่ศึกษา นอกจากนี้ ยังมีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสะท้อนความคิดเห็น ประสพการณ์ และข้อเสนอแนะต่อการใช้รูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ t-test แบบจับคู่ (paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองก่อนและหลังการทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro–Wilk test และพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่ออธิบายผลลัพธ์เชิงลึกของการใช้รูปแบบ

ประชากรและกลุ่มศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้การศึกษาแบบครอบคลุมประชากรทั้งหมด เนื่องจากจำนวนประชากรในพื้นที่มีขนาดจำกัด และสามารถเข้าถึงได้ครบถ้วน โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. สตรีอายุ 30–60 ปี ที่ยังไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 จำนวน 50 คน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขัวก่าย อำเภอนารินวาส จังหวัดสกลนคร

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 20 คน ที่รับผิดชอบดูแลสตรีอายุ 30–60 ปี ในพื้นที่ดังกล่าว

ดังนั้น กลุ่มศึกษาในการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นประชากรทั้งหมด โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

สตรีกลุ่มเป้าหมาย มีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี 2) ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วงปี พ.ศ. 2566-2568 3) มีสุขภาพทั่วไปสมบูรณ์ สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ 4) สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) มีประวัติเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก 2) ย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการศึกษา และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบดูแลสตรีอายุ 30-60 ปี 2) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3) สามารถสื่อสารและให้คำแนะนำได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ 5) ผ่านการอบรมเกี่ยวกับ HPV Self Sampling

สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) ลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการศึกษา และ 3) ไม่สามารถปฏิบัติงานตามโครงการได้

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งตามระยะของการดำเนินการวิจัยแบบ Research and Development (R&D) ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

1. เครื่องมือในระยะที่ 1 (Research Phase: R1)

1.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สำหรับเก็บข้อมูลลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส

1.2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและ HPV Self Sampling เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ (Multiple-choice) จำนวน 20 ข้อ ให้คะแนนคำตอบถูก 1 คะแนน และคำตอบผิด 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน ใช้ประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ การป้องกัน และความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง (HPV Self Sampling)

1.3) แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จำนวน 20 ข้อ ให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน ใช้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง และอุปสรรคในการเข้ารับการตรวจ

1.4) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามปลายเปิด ใช้สำหรับสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อสำรวจปัจจัยที่ทำให้สตรีปฏิเสธการตรวจคัดกรอง เช่น ความกลัว ความอาย ข้อจำกัดด้านเวลา หรือการเข้าถึงบริการ

2. เครื่องมือในระยะพัฒนารูปแบบ (Development Phase: D1)

2.1) รูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2) คู่มือการใช้ HPV Self Sampling สำหรับสตรีกลุ่มเป้าหมาย

2.3) คู่มือดังกล่าวจัดทำขึ้นเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเก็บตัวอย่างด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยประกอบด้วยขั้นตอนการใช้อุปกรณ์ วิธีการเก็บตัวอย่าง และคำแนะนำหลังการเก็บตัวอย่าง

2.4) คู่มือการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการติดตามกลุ่มเป้าหมายให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. เครื่องมือในระยะประเมินผลรูปแบบ (Research Phase: R2)

3.1) แบบสอบถามความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Posttest) เป็นแบบสอบถามชุดเดียวกับระยะที่ 1 ใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบ

3.2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ HPV Self Sampling และการสนับสนุนจากอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน

3.3) แบบบันทึกการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้บันทึกกิจกรรมที่ดำเนินการ การติดตามกลุ่มเป้าหมาย ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

3.4) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกหลังการทดลองใช้รูปแบบ เป็นคำถามปลายเปิด ใช้เพื่อสะท้อนความ คิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายและ อสม. ต่อความเหมาะสม ความสะดวก และประโยชน์ของการใช้ HPV Self Sampling

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก เสนอให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย และให้ข้อเสนอแนะใน การปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำผลการประเมินมาคำนวณหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งถือว่า อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ตำบลใกล้เคียง จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หา ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับแบบสอบถามชนิดมาตราประมาณค่า (Rating Scale) พบว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 ซึ่งอยู่ในระดับดีและสามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงได้

แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง ซึ่งเป็นแบบสอบถามชนิดถูก-ผิด ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method: KR-20) พบว่ามีค่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 ซึ่งอยู่ในระดับดี และได้วิเคราะห์ค่าความยากง่ายของข้อคำถาม (Difficulty Index) พบว่า ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.30-0.80 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม แสดงว่าข้อคำถามสามารถจำแนกระดับความรู้ ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ (Preparation Phase)

1. ศึกษาเอกสาร งานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการใช้ HPV Self Sampling รวมทั้งศึกษาสถานการณ์ปัญหาการเข้ารับการตรวจคัดกรองของสตรีในพื้นที่จากข้อมูลบริการและประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ผ่านมา

2. พัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก และคู่มือการเก็บข้อมูล

3. ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ (Try-out) เพื่อประเมินความเชื่อมั่นของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

4. จัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการให้คำแนะนำ การสร้างแรงจูงใจ และการสนับสนุนสตรีกลุ่มเป้าหมายในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

5. ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยให้กับประชาชนในชุมชนผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การเยี่ยมบ้าน การแจกแผ่นพับ และการให้ข้อมูลในกิจกรรมชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บข้อมูลศึกษาสถานการณ์ (Research Phase: R1) ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนนี้นำไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน โดยดำเนินการดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อประเมินความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับสตรีกลุ่มเป้าหมายและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสำรวจปัจจัยที่ทำให้สตรีปฏิเสธการตรวจคัดกรอง เช่น ความอาย ความกลัวต่อผลการตรวจ หรือข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบและการนำรูปแบบไปใช้ (Development Phase: D1)

ขั้นตอนนี้เป็นการพัฒนาและนำรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผลลัพธ์ของการพัฒนาในระยนี้ คือ ได้รูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การให้ความรู้ การสนับสนุน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การใช้ HPV Self Sampling และการติดตามกระตุ้นเตือน

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ความสำคัญของการตรวจคัดกรอง และการใช้ชุดตรวจ HPV Self Sampling แก่สตรีกลุ่มเป้าหมาย ผ่านการสาธิตและการแจกคู่มือการใช้งาน

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่ให้คำแนะนำ ติดตาม และสร้างแรงจูงใจให้สตรีกลุ่มเป้าหมายยินยอมเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4. ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการคัดกรองในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา และการติดตามผลการตรวจคัดกรอง

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลรูปแบบ (Research Phase: R2)

ขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest-Posttest Design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็ง

ปากมดลูกที่พัฒนาขึ้น ข้อมูลที่ได้จะนำไปวิเคราะห์เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ และใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานในอนาคต โดยดำเนินการดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest และ Posttest) โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

2. ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อรวบรวมความคิดเห็น ประสพการณ์ และข้อเสนอแนะต่อการใช้รูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ สถิติพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะพื้นฐานของกลุ่ม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพการสมรส วิเคราะห์ตัวแปรด้านการรับรู้ ความรู้ พฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ t-test แบบจับคู่ (paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกนำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยผู้วิจัยถอดเทปคำสัมภาษณ์อย่างละเอียด จากนั้นจัดหมวดหมู่ข้อมูล วิเคราะห์ประเด็นสำคัญ และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับหรือปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน

จริยธรรมวิจัย

ได้รับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2025-029 วันที่รับรอง 29 เมษายน 2568 การดำเนินกิจกรรมได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ และเพื่อเป็นการปกป้องไม่ให้เกิดผลกระทบในทางลบแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษาโดยไม่เจตนา

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสาเหตุของการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุของการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน ได้แก่ ความรู้สึกลาย ร้อยละ 38.00 รองลงมาคือ ความกลัวผลการตรวจ ร้อยละ 28.00 การขาดความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 20.00 และการไม่สะดวกในการเข้ารับบริการ ร้อยละ 14.00 เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการตรวจคัดกรองเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและยุ่งยาก อยู่ในระดับมาก ($M = 3.86$, $SD = 0.69$) และมีความกังวลเกี่ยวกับผลการตรวจอยู่ในระดับมาก ($M = 3.74$, $SD = 0.72$) ขณะที่ความ

เชื่อมั่นต่อการเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอดด้วยตนเอง (HPV Self Sampling) และการรับรู้บทบาทของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับน้อย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ด้านสุขภาพก่อนการทดลองในประเด็นที่เกี่ยวข้อง
กับการปฏิเสธการตรวจ (n = 50)

รายการ	Mean	SD	ระดับ
ฉันเชื่อว่าฉันมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก	2.98	0.74	ปานกลาง
ฉันคิดว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและยุ่งยาก	3.86	0.69	มาก
ฉันกังวลเกี่ยวกับผลตรวจที่อาจพบความผิดปกติ	3.74	0.72	มาก
ฉันคิดว่าการตรวจด้วยการเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอดด้วยตนเอง สะดวกกว่าการตรวจในโรงพยาบาล	2.18	0.81	น้อย
ฉันมั่นใจในความถูกต้องของผลตรวจจากการเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่อง คลอดด้วยตนเอง	1.96	0.77	น้อย
การที่ อสม. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอดด้วย ตนเองช่วยให้ฉันเข้าใจและมั่นใจมากขึ้น	2.48	0.83	น้อย

**2. รูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน**

ตารางที่ 2 องค์ประกอบและขั้นตอนของรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ขั้นตอน	รายละเอียดแนวทาง	เป้าหมายของขั้นตอน
1. ค้นหาและคัดกรอง กลุ่มเป้าหมายตกค้าง	อสม. สํารวจสตรีอายุ 30–60 ปี ที่ไม่เคยตรวจ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา	ระบุกลุ่มเสี่ยงที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ
2. ให้ข้อมูลเฉพาะรายและกลุ่ม ย่อย	อสม. ให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ประโยชน์การคัดกรอง และแนะนำ HPV Self Sampling (การเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอด ด้วยตนเอง)	ลดช่องว่างความรู้และสร้างการรับรู้ ความสำคัญ
3. สานิตและฝึกใช้คู่มือ	ใช้คู่มือการใช้ชุดตรวจอธิบายขั้นตอนการเก็บ ตัวอย่างด้วยตนเอง	เพิ่มความเข้าใจและความมั่นใจใน การใช้ชุดตรวจ
4. ติดตาม กระตุ้น และ ช่วยเหลือ	อสม. เยี่ยมบ้าน โทรศัพท์ หรือพูดคุย รายบุคคล เพื่อช่วยแก้ปัญหา เช่น ความกลัว ความอาย ความไม่มั่นใจ	ลดอุปสรรคและกระตุ้นให้เกิดการลง มือปฏิบัติจริง
5. รับส่งตัวอย่างและติดตามผล	อสม. ประสานการส่งตัวอย่าง ติดตามผลตรวจ และส่งต่อกรณีผิดปกติ	ทำให้กระบวนการคัดกรองครบวงจร และต่อเนื่อง

รูปแบบดังกล่าวมีลักษณะเด่นคือการบูรณาการการตรวจคัดกรองด้วยตนเอง (HPV Self Sampling) เข้ากับ
กลไกการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทุกขั้นตอนของกระบวนการ ซึ่งช่วยลดอุปสรรคด้าน
ความอาย ความกลัว และการเข้าถึงบริการ

3. การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ภายหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งบูรณาการการให้ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม การใช้ชุดตรวจ HPV Self Sampling
และการติดตามกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ในด้านความรู้ พบว่าคะแนน
เฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง
มีการเปลี่ยนแปลงในทุกองค์ประกอบ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของความเชื่อมั่นต่อการเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอด
ด้วยตนเอง (HPV Self Sampling) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่ง
เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความกังวล ความอาย และอุปสรรคต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง ในด้าน
พฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มการเข้ารับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านความ
ตั้งใจเข้ารับการตรวจในอนาคต การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจ และการแนะนำผู้อื่นให้
เข้ารับการตรวจ

โดยภาพรวม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมทั้งด้านความรู้ การรับรู้ และ
พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความแตกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 50$)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	ก่อนทดลอง Mean $\pm$ SD	หลังทดลอง Mean $\pm$ SD	Mean Difference	t	p-value
ด้านความรู้	10	4.32 $\pm$ 1.67	9.00 $\pm$ 0.96	4.68	18.64	< 0.001*
ด้านการรับรู้ด้านสุขภาพ						
การรับรู้ ประโยชน์และ ความสำคัญ	5	3.34 $\pm$ 0.52	4.53 $\pm$ 0.34	1.19	14.72	< 0.001*
ความเชื่อมั่นต่อ HPV Self Sampling	5	2.09 $\pm$ 0.58	4.39 $\pm$ 0.37	2.30	22.48	< 0.001*
การสนับสนุนทางสังคมจาก อสม.	5	2.48 $\pm$ 0.83	4.68 $\pm$ 0.29	2.20	18.96	< 0.001*
รวมการรับรู้ด้านสุขภาพ	5	2.61 $\pm$ 0.47	4.36 $\pm$ 0.31	1.75	23.41	< 0.001*
ด้านพฤติกรรมสุขภาพ						
ความตั้งใจตรวจในอนาคต	5	2.40 $\pm$ 0.73	4.12 $\pm$ 0.58	1.72	14.62	< 0.001*
การได้รับข้อมูล	5	2.28 $\pm$ 0.81	4.45 $\pm$ 0.51	2.17	16.74	< 0.001*

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Mean	t	p-value
		Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	Difference		
ความเชื่อว่าจะลดความเสี่ยง	5	2.65 $\pm$ 0.77	4.36 $\pm$ 0.55	1.71	13.88	< 0.001*
การแนะนำครอบครัว	5	2.10 $\pm$ 0.82	3.95 $\pm$ 0.66	1.85	15.03	< 0.001*
การลดค่าใช้จ่าย	5	2.35 $\pm$ 0.79	4.28 $\pm$ 0.57	1.93	14.91	< 0.001*
การแนะนำผู้อื่น	5	2.22 $\pm$ 0.76	4.08 $\pm$ 0.60	1.86	14.37	< 0.001*
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	5	2.33 $\pm$ 0.64	4.21 $\pm$ 0.49	1.88	17.26	< 0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ความพึงพอใจต่อรูปแบบ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.44$, $SD = 0.33$) โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อคำแนะนำและการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 50)

รายการ	Mean	SD	ระดับ
1. พอใจกับคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจที่ได้รับจาก อสม.	4.62	0.49	มากที่สุด
2. คู่มือการใช้งานมีความชัดเจนและเข้าใจง่าย	4.48	0.54	มากที่สุด
3. รู้สึกมั่นใจในการเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง	4.30	0.61	มากที่สุด
4. พอใจกับความสะดวกในการใช้ HPV Self Sampling (การเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอดด้วยตนเอง)	4.46	0.58	มากที่สุด
5. รู้สึกว่าผลตรวจมีความน่าเชื่อถือ	4.26	0.60	มากที่สุด
6. รู้สึกว่าการตรวจด้วยตัวเองช่วยลดความอายเมื่อเทียบกับการตรวจในโรงพยาบาล	4.54	0.50	มากที่สุด
7. พอใจกับบทบาทของ อสม. ในการสนับสนุนการตรวจคัดกรอง	4.60	0.49	มากที่สุด
8. รู้สึกว่า HPV Self Sampling (การเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอดด้วยตนเอง) เหมาะสมกับวิถีชีวิตในชุมชนของฉัน	4.40	0.57	มากที่สุด
9. ตั้งใจที่จะตรวจ HPV Self Sampling (การเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอดด้วยตนเอง) อีกในอนาคต	4.28	0.64	มากที่สุด
10. คิดว่าควรมีการสนับสนุน HPV Self Sampling (การเก็บตัวอย่างเซลล์ในช่องคลอดด้วยตนเอง) ในวงกว้างมากขึ้น	4.50	0.54	มากที่สุด
รวม	4.44	0.33	มากที่สุด

5. ผลลัพธ์เชิงปฏิบัติของรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการตรวจคัดกรอง โดยร้อยละ 100.00 ให้คำแนะนำแบบตัวต่อตัวและติดตามผลหลังการตรวจ ซึ่งช่วยลดความกลัว ความอาย และอุปสรรคในการเข้ารับบริการ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการสนับสนุนรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 20)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อสม. ที่ให้คำแนะนำแบบตัวต่อตัว	20	100.00
อสม. ที่แนะนำในกลุ่มย่อย	15	75.00
อสม. ที่แจกคู่มือ/แผ่นพับพร้อมคำอธิบาย	20	100.00
อสม. ที่ติดตามผลหลังการตรวจแล้ว	20	100.00
ใช้วิธีติดตามแบบเยี่ยมบ้าน	16	80.00
ใช้วิธีติดตามทางโทรศัพท์	11	55.00
ปัญหาที่พบระหว่างการแนะนำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ผู้รับบริการมีความกลัวหรือกังวล	16	80.00
ผู้รับบริการไม่เข้าใจวิธีการเก็บตัวอย่าง	9	45.00
อุปกรณ์เก็บตัวอย่างมีปัญหา	2	10.00

อภิปรายผล

อภิปรายผลตามระยะของการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน ได้แก่ ความอาย ความกลัวต่อผลการตรวจ ความไม่มั่นใจในกระบวนการตรวจ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และการรับรู้ว่าการตรวจคัดกรองเป็นกระบวนการที่ยุ่งยากหรือไม่สะดวก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองไม่ได้ขึ้นอยู่กับบริการเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านจิตวิทยา การรับรู้ด้านสุขภาพ และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพของสตรี ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคขึ้นอยู่กับความรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการประเมินอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม หากบุคคลรับรู้อุปสรรคสูง เช่น ความอายหรือความกลัว อาจหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง (Rogers, 1983) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อัสม๊ะ กือนิ และคณะ (2566) และกุลภากร ปัญสวัสดิ์ และคณะ (2563) ที่พบว่าสตรีจำนวนหนึ่งหลีกเลี่ยงการตรวจคัดกรองเนื่องจากความอาย ความกลัว และการรับรู้ความเสี่ยงในระดับต่ำ โดยเฉพาะในบริบทชนบทที่ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น ความเป็นส่วนตัวและความกังวลต่อกระบวนการตรวจ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของสตรี ดังนั้น การเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองจึง

จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยด้านจิตใจและบริบททางสังคมควบคู่กับการพัฒนาทางเลือกในการตรวจคัดกรองที่เหมาะสม เช่น การใช้ชุดตรวจ HPV Self Sampling ซึ่งสามารถลดความอายและเพิ่มความสะดวกในการเข้ารับบริการได้

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการตรวจคัดกรอง (Development Phase: D1) จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้ HPV Self Sampling ร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการตรวจคัดกรอง การสาธิตวิธีใช้ชุดตรวจ HPV Self Sampling การติดตามกระตุ้น และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รูปแบบดังกล่าวมีลักษณะเป็นการดำเนินงานเชิงรุกในระดับชุมชน โดยเน้นการลดอุปสรรคของการตรวจคัดกรองแบบเดิม เช่น ความอาย ความกลัว และความสะดวกในการเดินทาง รวมทั้งเสริมสร้างความมั่นใจในการเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง ในเชิงทฤษฎี รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ซึ่งระบุว่า การเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงของโรค การเสริมสร้างความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพของพฤติกรรม และการลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการป้องกันโรค เมื่อสตรีได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เห็นการสาธิต และได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพและอาสาสมัครในชุมชน จึงเกิดความมั่นใจและพร้อมตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูลีรัตน์ สารรัตน์ และศรีธัญญา เทียนประเสริฐ (2567) และพรรษกาล โลสันเทียะ (2568) ที่พบว่าการให้ความรู้และการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองโดยใช้ HPV Self Sampling ร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ช่วยเพิ่มความรู้ การยอมรับ และการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองได้

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ (Research Phase: R2) ภายหลังจากนารูปแบบไปใช้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีระดับการรับรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกมากขึ้น นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานในระดับมากที่สุด และสตรีส่วนใหญ่สามารถเก็บตัวอย่างด้วยวิธี HPV Self Sampling ได้สำเร็จ ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทั้งในด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการยอมรับนวัตกรรมการตรวจคัดกรองในระดับชุมชน ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ซึ่งระบุว่าแรงสนับสนุนจากเครือข่ายสังคมสามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพผ่านการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ และการปฏิบัติ เมื่อสตรีได้รับการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดในชุมชน จึงเกิดความไว้วางใจและความมั่นใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พรรษกาล โลสันเทียะ (2568) และวิจิตร ใจดี (2566) ที่พบว่าการใช้รูปแบบส่งเสริมพฤติกรรมร่วมกับการติดตามและกระบวนการภาคีเครือข่าย สามารถเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับโรคและส่งเสริมให้สตรีเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

ดังนั้น การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน และช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจของสตรีในการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองอย่างยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรนำรูปแบบการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้ HPV Self Sampling ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มสตรีที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองในช่วง 3-5 ปีที่ผ่านมา โดยควรดำเนินการเชิงรุกผ่านการจัดทำแผนประชาสัมพันธ์ การสนับสนุนด้านจิตใจ และระบบติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในระยะยาว ทั้งนี้ หากผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่ารูปแบบมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ควรมีการขยายผลไปสู่ระดับตำบล อำเภอ หรือจังหวัด รวมถึงบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและนโยบายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองในกลุ่มประชากรที่มีบริบทใกล้เคียงกันอย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เช่น การกลับมาตรวจซ้ำ ความต่อเนื่องของการรับบริการ และการเปลี่ยนแปลงของความครอบคลุมการตรวจคัดกรองในระดับชุมชน เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบ
2. ควรศึกษาการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่หรือบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการขยายผลในวงกว้าง
3. ควรออกแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบ และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2566, 31 สิงหาคม). มะเร็งปากมดลูก ภัยร้ายใกล้ตัวหญิง: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. <https://www.dmsc.moph.go.th/th/detailAll/2564/nw/25>
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2567, 22 เมษายน). แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test. <https://www.dmsc.moph.go.th/th/detailAll/236/nw/25>
- กุลกานต์ พิศอ่อน. (2567). การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการเก็บสิ่งส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA ระหว่างเจ้าหน้าที่และเก็บด้วยตนเองในจังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, 8(1), e268431.
- กุลภากร ปัญสวัสดิ์, อรอนันท์ ไสแสง, และวาสนา แก่นกุล. (2563). การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ในเขตคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลหนองคาย. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 7(2), 40-48.
- ชูลีรัตน์ สารรัตน์, บุญมา ทิพย์เกษร, และนฤมล นามวงษ์. (2566). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้และความพึงพอใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในตำบลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 17(1), 113-124.
- ชลัยธร นันทสุภา และ จตุพล ศรีสมบุรณ์. (2564). *การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับสตรีไทย (Cervical cancer screening for Thais)*. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สืบค้น 28 สิงหาคม 2569, จาก <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/cervical-cancer-screening-for-thais/>
- พรหมกาล โลสันเพียะ. (2568). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารการศึกษาศาสตร์สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม*, 10(4), 206–217.
- พิทยรัตน์ จิกยอง, นภชา สิงห์วีระธรรม, และสินีนาง ขาวตระกูล. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30–60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 17(2), 67–77.
- ภูรินทร์ สีกุด, มะลิวัลย์ บางนันทน้อย, และชาลินี มานะยิ่ง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 36(1), 37–47.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบัวท้าย. (2568). รายงานผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่รับผิดชอบ [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์].
- วิจิตร ใจดี. (2566). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้กระบวนการภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหลวง อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(3), 352–361.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). *ทะเบียนมะเร็งในโรงพยาบาล ปี 2564*. สืบค้น 1 มิถุนายน 2566, จาก https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2564/index.html
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. (2567). รายงานผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จังหวัดสกลนคร ปีงบประมาณ 2567 [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์].
- อัสหม๊ะ กือนิ, อัสมะ แยนนา, เกรียงศักดิ์ สุขใหม่, สมเกียรติยศ วรเดช, และบุญญพัฒน์ ไชย์เมล์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30–60 ปี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 16(3), 27–39.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), *Social psychophysiology: A sourcebook* (pp. 153–176). Guilford Press.
- World Health Organization. (2020). *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>

Online Access

https://he05.tci-thaijo.org/index.php/J_PHR/article/view/7575

