

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ของสตรีอายุ 30 – 60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอнопพิต้า
จังหวัดนครศรีธรรมราช

The Relationship Between Health Belief Patterns and Cervical Cancer Screening
Among Women Aged 30–60 at Ban Pien Subdistrict Health Promoting Hospital,
Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province

วยุดา ถวาย^{1*}

Wayuda Tawai^{1*}

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน จังหวัดนครศรีธรรมราช

¹Ban Pien Subdistrict Health Promoting Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: September 17, 2025; Revised: October 19, 2025; Accepted: November 14, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีเพื่อศึกษา 1) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มละ 145 คน รวม 290 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ระหว่าง .67 – 1.00 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร ผลการวิจัยพบว่า

1. การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.72) สำหรับด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.83, 73.45 และ 59.31)

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอнопพิต้า จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสตรีมีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับสูงจะมีโอกาสที่จะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 1.74 เท่า เมื่อเทียบกับระดับปานกลาง ($OR= 1.74, 95\%CI= 1.08-2.80$)

ข้อเสนอแนะ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอнопพิต้า จังหวัดนครศรีธรรมราชสามารถนำผลการวิจัยไปวิเคราะห์และสร้างโปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองที่เน้นการลดและจัดการอุปสรรคเพื่อให้สตรีมีความตระหนักและสามารถเอาชนะอุปสรรคในการการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีอายุ 30 – 60 ปี

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wayuda2529@gmail.com)

Abstract

This cross-sectional survey study aimed to investigate: 1) the health beliefs patterns regarding cervical cancer screening, and 2) the relationship between health belief patterns and cervical cancer screening behavior among women aged 30–60 years. The sample consisted of two groups: women who had undergone had undergone cervical cancer screening and those who had not, with 145 participants per group, totaling 290 women. The research instrument was a questionnaire; validated by three experts, with an index of Item-objective congruence (IOC) ranging from 0.67 to 1.00, and the Cronbach's alpha coefficient was 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression. The research findings were as follows:

1. The perceived benefits of cervical cancer screening were mostly at a high level (71.72%). As for perceived susceptibility to cervical cancer, perceived severity of the disease, and perceived barriers to screening, these were mostly at a moderate level (54.83%, 73.45%, and 59.31%, respectively).

2. The health belief pattern concerning perceived barriers was significantly related to participation in cervical cancer screening among women aged 30–60 years in the area of Ban Pian Health Promoting Hospital, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province, at a statistical significance level of .05. Women with a high level of perceived barriers to cervical cancer screening were 1.74 times more likely to undergo screening compared to those with a moderate level ($OR = 1.74, 95\%CI = 1.08-2.80$).

Recommendations: Pien Health Promoting Hospital in Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province, can apply the study findings to analyze and develop a screening promotion program that focuses on reducing and managing barriers, in order to raise awareness and overcome obstacles related to cervical cancer screening.

Keywords: Health Belief Model, Cervical Cancer Screening, Women Aged 30–60 years

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคไม่ติดต่อที่พบมากในสตรี โดยแต่ละปีมีผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมากกว่า 600,000 ราย และเสียชีวิตประมาณครึ่งหนึ่ง ซึ่งสาเหตุของมะเร็งชนิดนี้เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดฮิวแมนแพปพิโลมาไวรัส (Human Papillomavirus; HPV) (World Health Organization; WHO, 2023) และจากการคาดการณ์ พบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยในปี ค.ศ. 2020 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 604,127 คน จากปี ค.ศ. 2018 ซึ่งคิดเป็นอัตราการเกิดโรคประมาณ 15.6 ต่อแสนประชากร (WHO, 2020) สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้รายงานข้อมูลพบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ร้อยละ 13.8 เพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 11.1 ซึ่งพบมากในสตรีเป็นลำดับที่ 2 รองลงมาจากมะเร็งเต้านม กลุ่มอายุที่พบมากอยู่ในช่วง 30 - 60 ปี ในการลดอุบัติการณ์และอัตราตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกจึงควรมีการตรวจคัดกรองในสตรีอายุ 30 - 60 ปี ให้มากที่สุด (WHO, 2014) ทั้งนี้ยังมีการคาดการณ์ไว้อีกว่า อีก 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2583) จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นประมาณ 798,000 คน ในขณะที่จำนวนผู้เสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2563 จำนวนประมาณ 342,000 คน (International Agency for Research on Cancer; IARC, 2020) ฉะนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีมาตรการให้หน่วยบริการสาธารณสุขตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและฉีดวัคซีนป้องกัน HPV เพื่อลดอุบัติการณ์ของโรคนี้นี้ มาตรการที่จะลดอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกภายในปี 2573 คือ 1) ฉีดวัคซีน HPV ให้กับสตรีอายุ 15 ปี

(2/13)

90% 2) การคัดกรองสตรีอายุ 35 - 45 ปี โดยใช้การทดสอบคัดกรองประสิทธิภาพสูง และ 3) การตรวจหารอยโรคที่ปากมดลูกในสตรีที่ได้รับผลกระทบ เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและรักษาได้ (Gynecologic Oncology, 2024)

Stretcher & Rosenstock (1997) ได้พัฒนาแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงหรือความเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคพร้อมกับการปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหรือลดความรุนแรงของโรคได้นั้นจะต้องมีความเชื่อว่า โอกาสที่จะเกิดโรคหรือโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งมีความเชื่อว่า การปฏิบัติตนตามคำแนะนำจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรคนั้น ๆ ได้ โดยมีองค์ประกอบดังนี้ 1) การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) จะส่งผลถึงการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Perceived Threat of Disease) 2) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร 1) ปัจจัยด้านจิตสังคม และ 2) ปัจจัยด้านโครงสร้าง นอกจากนี้ยังรวมถึงสิ่งชักนำหรือจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม (Cues to Action) ซึ่งปัจจัยร่วมเหล่านี้จะไม่มีผลโดยตรง แต่จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล 3) ความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติกิจกรรม (Likelihood of Action) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) และการรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ตัวแปรที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สามารถใช้ในการอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อาทิ ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์, จาริตรี กุลศิริปัญญา, พัชรี ต้นศิริ และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทา, 2562; อรทัย วิเชียรปุ่น และวุฒิชัย จริยา, 2563; กรกฎ วิเชียรเทียบ, รังสันต์ ไชยคำ, ลัดดาวัล พงศ์ และ ชัญญาภักดิ์ วงษ์ษา, 2566; นปภา ทิพย์มงคล, 2566; ชลากร พรหมนิล, 2567 เป็นต้น

สถานการณ์การมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ในปี พ.ศ.2566 สตรีอายุ 30 - 60 ปี มาตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear, VIA. และ HBV DNA Test ร้อยละ 58.09 และในปี พ.ศ. 2567 ร้อยละ 79.67 ส่วนอำเภอหนองปีตา จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ในปี พ.ศ.2566 สตรีอายุ 30 - 60 ปี มาตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear, VIA. และ HBV DNA Test ร้อยละ 48.76 และในปี พ.ศ. 2567 ร้อยละ 30.12 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2568) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอหนองปีตา จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปี พ.ศ.2566 สตรีอายุ 30 - 60 ปี มาตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear, VIA. และ HBV DNA Test ร้อยละ 14.72 และในปี พ.ศ. 2567 ร้อยละ 9.23 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน, 2568) ซึ่งจะเห็นว่าสตรีอายุ 30 - 60 ปี มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่เป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขต้องไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2566) และแนวโน้มไม่เป็นไปตามทิศทางของจังหวัดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอหนองปีตา จังหวัดนครศรีธรรมราช อาจจะมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ไม่ถูกต้อง จากข้อมูลตั้งที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของสตรีในประเทศไทยและทั่วโลก แต่อย่างไรก็ยังสามารถป้องกันและลดอัตราการป่วยตายได้ โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้ ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอหนองปีตา จังหวัดนครศรีธรรมราช จะมีแนวทางในการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาอย่างต่อเนื่อง แต่การดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังไม่บรรลุเป้าหมาย แสดงให้เห็นว่า แม้ผู้ให้บริการจะมีการดำเนินการเพื่อให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่หากไม่ได้รับความร่วมมือจากสตรีกลุ่มเป้าหมาย การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก็ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ใช้กรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาหาความสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี 30 - 60 ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอหนองปีตา จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งนี้ ยังสามารถนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และวางแผนเพื่อกำหนดนโยบายในการพัฒนางาน

(3/13)

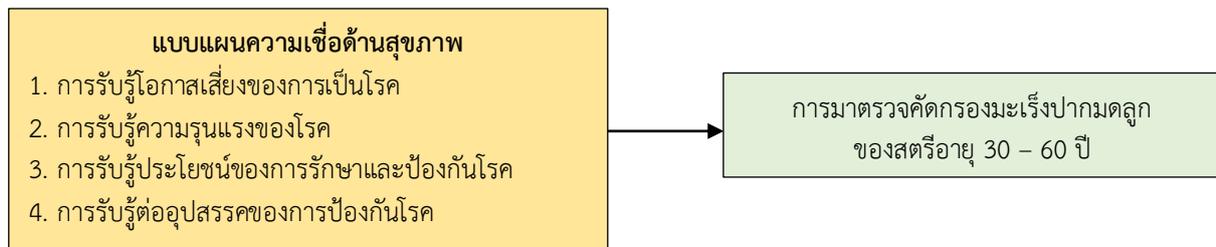
ในการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก นำไปสู่การลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอหนองพิกัด จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอหนองพิกัด จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher & Rosenstock (1997) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30–60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอหนองพิกัด จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังกรอบแนวคิดในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ดำเนินการวิจัยช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในการศึกษานี้ คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอหนองพิกัด จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 856 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก Exact, Statistical test เลือก Correlation: Bivariate Normal Model กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.3 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 138 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 5% จำนวน 7 คน จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 145 คน ทั้งนี้ในการศึกษานี้ได้ศึกษา 2 กลุ่ม และเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เท่า ๆ กัน จึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 145 คน รวม 290 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ดังนี้

1. นำรายชื่อสตรีอายุ 30-60 ปี ของแต่ละหมู่บ้าน แยกเป็น 2 กลุ่ม มาเรียงลำดับตามบ้านเลขที่จากน้อยไปหามาก
2. คำนวณหาระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรในการคำนวณ $I = N/n$ ได้ระยะห่าง 5.9 หรือเท่ากับ 6
3. จากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยการสุ่มบ้านเลขที่ ที่เรียงลำดับจากน้อยไปหามากแล้ว 10 อันดับแรกของแต่ละหมู่บ้าน ทำเช่นเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม หยิบฉลากอย่างง่ายเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างรายแรกจากบ้านเลขที่ 10 อันดับแรก และนับวนไปตามระยะห่างที่คำนวณได้จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนตัวอย่าง ทั้งหมด 145 คน
4. สำหรับบ้านที่มีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป ให้เรียงลำดับตามพยัญชนะของแต่ละบ้านนั้น

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นสตรีอายุ 30 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่น้อยกว่า 5 ปี ติดต่อกัน 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทย และ 3) ยินดีตอบแบบสอบถามการวิจัยและเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ได้แก่ เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดของสเตซเซอร์และโรเซนสตอก (Stretcher & Rosenstock, 1997) ซึ่งมีจำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการตั้งครรภ์ และการคุมกำเนิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 9 ข้อ และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งสิ้น 39 ข้อ

โดยลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1932) มีคำตอบแบบ 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) สำหรับคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน

การแปลผลคะแนน แบ่งระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00)

ส่วนที่ 3 การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 2 ข้อ คือ การมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเหตุผลในการมาตรวจและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์และสถิติวิจัย จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย จากผลการตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้นำไปหาความสอดคล้องของวัตถุประสงค์รายข้อ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การวิจัยรายข้ออยู่ระหว่าง .67 - 1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ ตำบลกรุงชิง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbrach'alpha Coefficient) ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก	เท่ากับ .84
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	เท่ากับ .83
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	เท่ากับ .94
การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	เท่ากับ .72
ทั้งหมด	เท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2568 รายละเอียดดังนี้

1. จัดทำหนังสือถึงประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช จัดส่งหนังสือด้วยตัวเองเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ติดต่อประสานงานกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยให้ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ เป็นผู้แจกแบบสอบถาม

3. ผู้รับผิดชอบงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

4. รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไปนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วน ลงตามรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีตัวแปรตาม คือ การเคยไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นชนิดแจกแจง (Categorical Variable) ชนิด 2 กลุ่ม (Dichotomous Variable) จำแนกเป็นเคยไปตรวจ (1) และไม่เคยไปตรวจ (0) วิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ (Univariate Analysis) ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี ด้วยสถิติอย่างง่าย (Simple Logistic Regression) เพื่อพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value ของ Wald's test น้อยกว่าหรือเท่ากับ .25 ในการวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression) และทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value มากกว่า .05 ออก จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอผลการศึกษาค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Odds Ratio: OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงความเชื่อมั่น (95%CI Confidence Interval: 95%CI) การแปลโดยพิจารณาจากค่า OR ในกรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี และในกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี

จริยธรรมวิจัย

บทความวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการวิจัยที่ 142/2568 รับรองตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2568 – 30 มิถุนายน 2569 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าสตรีที่ไม่เคยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประมาณ 2 ใน 3 มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี และมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 65.56 และ 64.14) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) ประมาณ 1 ใน 3 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 35.17) เกือบ 2 ใน 3 มีอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 63.45) ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้พอกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 51.72) เกือบ 3 ใน 4 เคยตั้งครรภ์ (ร้อยละ 73.10) โดยมีการตั้งครรภ์ที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 47.17) มากกว่าครึ่งมีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 51.72) โดยการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด (ร้อยละ 34.67)

สำหรับสตรีที่เคยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า เกือบครึ่งมีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี (ร้อยละ 48.97) เกือบ 4 ใน 5 มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 79.31) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) ประมาณ 1 ใน 3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 33.10) เกือบ 2 ใน 3 มีอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 64.83) ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้พอกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 51.72) มากกว่า 4 ใน 5 เคยตั้งครรภ์ (ร้อยละ 89.66) โดยมีการตั้งครรภ์ที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 47.96) มากกว่าครึ่งมีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 53.10) โดยการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด (ร้อยละ 48.05) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยไปตรวจ มีสาเหตุที่ไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า 3 อันดับแรก คือ ไม่มีเวลาไปตรวจ (ร้อยละ 56.68) รองลงมาคือ ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ และอายุ (ร้อยละ 20.28 และ 11.98) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เคยไปตรวจ พบว่าตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด (ร้อยละ 71.07) และสาเหตุที่ไม่ไปตรวจมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ กลัวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 22.39) รองลงมาคือ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และเจ้าหน้าที่บริการดี (ร้อยละ 19.34 และ 18.32) ตามลำดับ

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละระดับความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 290)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ		M	SD
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก	131	45.67	159	54.83	0	0.00	3.66	0.30
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	77	26.55	213	73.45	0	0.00	3.51	0.25
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	208	71.72	82	28.28	0	0.00	3.85	0.36
การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	118	40.69	172	59.31	0	0.00	3.58	0.34

จากตาราง 1 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.72) สำหรับด้านกรรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.83, 73.45 และ 59.31) ตามลำดับ พิจารณาเป็นรายข้อได้ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ โรคมะเร็งปากมดลูกสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ($M = 4.23, SD = 0.63$) รองลงมาคือ ผู้ที่เป็นมะเร็งปากมดลูกควรได้รับการรักษาทุกคนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ($M = 3.94, SD = 0.71$) และโรคมะเร็งปากมดลูกหากตรวจพบในระยะแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นจะทำให้การรักษายากขึ้น ($M = 3.92, SD = 0.62$) ตามลำดับ

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนอกจากจะช่วยค้นหามะเร็งแล้ว ยังสามารถตรวจดูความผิดปกติอื่น ๆ ของช่องคลอดได้ด้วย ($M = 4.09, SD = 0.64$) รองลงมาคือ วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ผลการตรวจถูกต้องและแม่นยำ ($M = 4.05, SD = 0.56$) และท่านสามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้โดยการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี และการตรวจมะเร็งปากมดลูกสามารถทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก และใช้เวลาตรวจไม่เกิน 20 นาที ($M = 4.02, SD = 0.90$ และ $M = 4.02, SD = 0.62$) ตามลำดับ

การรับรู้อุปสรรคการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ทำให้ผิดหลักของศาสนาที่ท่านนับถือ ($M = 4.15, SD = 0.69$) รองลงมาคือ ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะหลังจากตรวจยังสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะหลังจากตรวจยังสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ ($M = 4.06, SD = 0.69$) และสามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ โดยการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี การตรวจมะเร็งปากมดลูกสามารถทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก และใช้เวลาตรวจไม่เกิน 20 นาที ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบริการดี ($M = 4.05, SD = 0.80$) ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ไม่เคยไปตรวจ จำนวน (ร้อยละ)	เคยไปตรวจ จำนวน (ร้อยละ)	OR (95%CI)	p-value	Adj.OR (95%CI)	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก						
ระดับปานกลาง	78 (49.06)	81 (50.94)	Ref.	Ref.	-	-
ระดับสูง	67 (51.15)	64 (48.85)	0.92 (0.55-1.46)	0.72	-	-
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก						
ระดับปานกลาง	102 (47.89)	111 (52.11)	Ref.	Ref.	-	-
ระดับสูง	43 (55.84)	34 (44.16)	0.72 (0.43-1.23)	0.23	-	-
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก						
ระดับปานกลาง	48 (58.54)	34 (41.46)	Ref.	Ref.	-	-
ระดับสูง	97 (46.63)	111 (53.37)	1.61 (0.96-2.71)	0.07	-	-
การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก						
ระดับปานกลาง	96 (55.81)	76 (44.19)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
ระดับสูง	49 (41.53)	69 (58.47)	1.78 (1.11-2.86)	0.02	1.74 (1.08-2.80)	0.02

จากตาราง 2 พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอหนองพิกัด จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเมื่อสตรีอายุ 30 – 60 ปี มีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับสูงจะมีโอกาสที่จะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 1.78 เท่า เมื่อเทียบกับระดับปานกลาง ($OR = 1.78, 95\%CI = 1.11-2.86$) และเมื่อวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression) พบว่า เมื่อสตรีอายุ 30 – 60 ปี มีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับสูงจะมีโอกาสที่จะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 1.74 เท่า เมื่อเทียบกับระดับปานกลาง ($OR = 1.74, 95\%CI = 1.08-2.80$)

การอภิปรายผล

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 – 60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอหนองพิกัด จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจะเน้นการควบคุมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเพื่อค้นหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมากกว่าการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาโรคได้ ซึ่งจะทำให้สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกสามารถเข้ารับการรักษาได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และการตรวจพบมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะเพิ่มโอกาสในการรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคได้มากขึ้น โดยผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงเป็น 3 อันดับแรก คือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนอกจากจะช่วยค้นหาโรครังแล้ว ยังสามารถตรวจดูความผิดปกติอื่น ๆ ของช่องคลอดได้ด้วย ($M = 4.09, SD = 0.64$) รองลงมาคือวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ผลการตรวจถูกต้องและแม่นยำ ($M = 4.05, SD = 0.56$) และท่านสามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้โดยการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี และการตรวจมะเร็งปากมดลูกสามารถทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก และใช้เวลาตรวจไม่เกิน 20 นาที ($M = 4.02, SD = 0.90$ และ $M = 4.02, SD = 0.62$) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher & Rosenstock (1997) ที่กล่าวไว้ว่า การที่สตรีจะยอมรับและปฏิบัติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้น เชื่อว่าผลที่ได้จะเป็นทางที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุด ซึ่งจะไม่ทำให้จะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสอดคล้องกับการศึกษาของกรกฎ วิเชียรเทียบ, รังสันต์ ไชยคำ, ลัดดาวัล พงศ์ และชญัญญภัค วงษ์ษา (2566) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของกุนนที พุ่มสงวน และองค์อร ประจันเขตต์ (2560) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับดี

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า สตรียังมีการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะความเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสตรีอาจจะมีการรับรู้ที่เพิ่มขึ้นด้วยตัวฝ่ายหญิงเอง แต่ในความเป็นจริงโรคมะเร็งปากมดลูกฝ่ายชายหรือผู้เป็นสามียังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก อีกทั้งยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการติดเชื้อเอชพีวี หรือ ฮิวแมนแพปพิลโลมาไวรัส (HPV or Human Papillomavirus) ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างไม่ตระหนักถึงปัจจัยทางอ้อม เช่น การสูบบุหรี่ การมีบุตรยาก ย่อมทำให้มีการรับรู้ว่าตนเองไม่มีความเสี่ยง จึงส่งให้การรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการวิจัยพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับแรก คือ การรับประทานยาคุมกำเนิดนานหลายปี มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น ($M = 3.22, SD = 0.68$) รองลงมาคือ การสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่จะทำให้มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกด้วย ($M = 3.11, SD = 0.92$) และการมีบุตรมากทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มาก ($M = 2.97, SD = 0.72$) ฉะนั้น การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นการคาดคะเนของสตรีต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกที่จะรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสได้ง่ายหรือยากเพียงใด สอดคล้องกับของกุนนที พุ่มสงวน และองค์อร ประจันเขตต์ (2560) ที่พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับพอใช้ ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างกับ

(9/13)

การศึกษาของกรกฎ วิเชียรเทียบ, รังสรรค์ ไชยคำ, ลัดดาวัล พงศ์ และชญัญญภัค วงษ์ษา (2566) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ซึ่งอาจจะเป็นเพราะพื้นที่ ๆ ศึกษาอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่มีความแตกต่างกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่า ในชุมชนที่ กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ไม่มีผู้ป่วยที่ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกและยังไม่เห็นอาการของผู้ป่วยที่ชัดเจน จึงทำให้สตรียังไม่มี การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกมากนัก โดยผลการวิจัยพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับแรก คือ การป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกทำให้เป็นภาระครอบครัว เช่น มีค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา มีภาระคน ในครอบครัวที่ต้องดูแล เป็นต้น ($M = 3.20, SD = 0.98$) รองลงมาคือ โรคมะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจพบได้เมื่อมี อาการผิดปกติเกิดขึ้นแล้วเท่านั้น ($M = 3.18, SD = 0.95$) และผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้เสียชีวิตทุกคน ($M = 2.72, SD = 0.77$) นั้นแสดงให้เห็นว่า สตรียังไม่มีความตระหนักเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษา ของอัสหะมะ กือนิ, อัสมะ แยนนา, เกรียงศักดิ์ สุขใหม่, สมเกียรติยศ วรเดช และปัญญาพัฒนา ไชยเมล์ (2566) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางแตกต่างกับการศึกษาของกรกฎ วิเชียรเทียบ, รังสรรค์ ไชยคำ, ลัดดาวัล พงศ์ และชญัญญภัค วงษ์ษา (2566) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับมาก ซึ่งอาจจะเป็นเพราะพื้นที่ที่ศึกษา อยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่มีความแตกต่างกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่นเดียวกับการศึกษาของกุนนที พุ่มสงวน และองค์อร ประจันเขตต์ (2560) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับดี

การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยพบว่า สตรีที่ไม่มาตรวจมะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุมาจาก 3 อันดับแรก คือ ไม่มีเวลาไปตรวจ (ร้อยละ 56.68) รองลงมาคือ ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ และอายุ (ร้อยละ 20.28 และ 11.98) ทั้งนี้สอดคล้องความคิดเห็นการรับรู้อุปสรรคใน การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีค่าเฉลี่ยน้อย 3 อันดับแรก คือ การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้เสียเวลา ($M = 2.02, SD = 0.81$) รองลงมาคือ ส่วนใหญ่ไม่กล้าไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะกลัวเจอ ความผิดปกติ ($M = 2.88, SD = 0.99$) และกังวลกับผลการตรวจถึงจะมีความลังเลในการที่จะไปรับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ($M = 3.31, SD = 1.05$) นั้นแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ที่คาดว่าเป็นอุปสรรคในการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของสตรีที่มีต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นไปใน ทิศทางลบ สอดคล้องกับการศึกษาของอัสหะมะ กือนิ, อัสมะ แยนนา, เกรียงศักดิ์ สุขใหม่, สมเกียรติยศ วรเดช และ ปัญญาพัฒนา ไชยเมล์ (2566) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลางแตกต่างกับการศึกษาของกุนนที พุ่มสงวน และองค์อร ประจันเขตต์ (2560) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับดี ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า การศึกษานี้พื้นที่อยู่ใน เขตเทศบาลซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกับอำเภอนบพิตำ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30 – 60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช จากผลการวิจัย พบว่า สตรีอายุ 30 – 60 ปี ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับสูงจะมีโอกาสที่จะ ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่มีการรับรู้อุปสรรคต่ำ จากผลการวิจัยพบว่า มากกว่าครึ่งของสตรีที่มี การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูงเคยไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 58.47) ในขณะที่สตรีที่มีการรับรู้ อุปสรรคระดับปานกลางไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.19) อธิบายได้ว่า ถึงแม้สตรี จะมีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น ไม่มีเวลา ไม่มีอาการผิดปกติ กลัวเป็นโรค หรือ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ไม่เพียงพอ แต่สตรียังไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่อยู่ในพื้นที่ ซึ่งมีความสะดวกและเห็นว่าเจ้าหน้าที่เป็นกันเองและให้บริการดี อีกประเด็นหนึ่งซึ่งอาจจะ เป็นไปได้ว่า จากนโยบายของรัฐบาลที่สนับสนุนให้สตรีเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย อีกทั้งยัง รมรงค์ให้ความรู้ ความเข้าใจ ทำให้กลุ่มสตรีกลุ่มเป้าหมายรับรู้และตระหนักในความรุนแรงและความเสี่ยง และ พิจารณาแล้วว่าถึงแม้จะมีอุปสรรคอยู่ในระดับสูงแต่ยังคงไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษา ของณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, พัชรีย์ ตันศิริ และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทา (2562) ที่พบว่า การรับรู้

อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่นเดียวกับมานะ เปาพุย, ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์, ฐาปกรณ์ เรือนใจ (2568) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกับการศึกษาของชลากร พรหมนิล (2567) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 83.87)

สำหรับการรับรู้ความเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์ที่จะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจจะเป็นเพราะว่า สตรีเชื่อว่าได้รับรู้ว่าการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีความสำคัญ และสามารถที่จะลดความเสี่ยงของการเป็นโรครหากได้รับการคัดกรอง ซึ่งหากพบจะสามารถรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกได้ในระยะเริ่มแรก ส่งผลต่อความตระหนักและเคยไปตรวจคัดกรอง ค้นหาโรคตั้งแต่เนิ่น ๆ โดยไม่ต้องรอให้เกิดอาการขึ้นมา สอดคล้องกับการศึกษาของสุนิสา สุขชูศรี และวิราสิริรี วสีวีรสิริ (2567) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกับการศึกษาของชลากร พรหมนิล (2567) ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่นเดียวกับการศึกษาของณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, พัชรี ตันศิริ และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทา (2562) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สรุปผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะมีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ฉะนั้น การนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเข้ามาพิจารณาในการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ควรจะต้องประชาสัมพันธ์ให้สตรีอายุ 30 - 60 ปี เกิดการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

การนำผลวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอหนองปีทา จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถนำผลการวิจัยไปวิเคราะห์และสร้างโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อให้สตรีมีความตระหนักเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยและพัฒนาเพื่อหารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน อำเภอหนองปีทา จังหวัดนครศรีธรรมราช

รายการอ้างอิง

- กรกฎ วิเชียรเทียบ, รังสรรค์ ไชยคำ, ลัดดาวัล พงศ์ และชัยัญญัก วังษ์ษา. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 33*(2), 124-137.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *การควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม : แนวทางปฏิบัติที่สำคัญ*. กรุงเทพฯ ฯ: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กุนนที พุ่มสงวน และองค์อร ประจันเขตต์. (2560). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในเขตเทศบาลเมืองไร่ขิง จังหวัดนครปฐม. *วารสารพยาบาลทหารบก, 18*(3), 209-216.
- ชลากร พรหมนิล. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพปทุมธานีและสาธารณสุข, 2*(1), 79-96.

- ณัฐธยาน์ ภิมรัมย์สิทธิ์, จาริตรี กุลศิริปัญญา, พัชรี ต้นศิริ และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทา. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(2), 95-108.
- นปภา ทิพย์มิ่งคล. (2566). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 3(2), 1-12.
- มานะ เปาทุย, ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์, ธฐาปกรณ์ เรือนใจ. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขชุมชน*, 8(1), 55-67.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียน. (2568). *ทะเบียนสตรีกลุ่มเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนบพิตำ. นครศรีธรรมราช*
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2566). *นิยามตัวชี้วัด 2566-2570 สาขามะเร็ง. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.*
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2568). *ข้อมูล HDC. จังหวัดนครศรีธรรมราช. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2568 จาก https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php*
- สุนิสา สุขชูศรี และวิราสิริ วสิริวิสิ. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลกฤษณา อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารมหาคุหาศสาร*, 15(1), 117-137.
- อรัญญ์ วิเชียรปุ่น และวุฒิชัย จริยา. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี อำเภอสามโก้ จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(2), 250-258.
- อัสหม๊ะ กือนิ, อัสมะ แยนนา, เกรียงศักดิ์ สุขใหม่, สมเกียรติยศ วรเดช และบุญญพัฒน์ ไชยเมธ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 16(3), 27-39.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education. (3rded)*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for The Behavioral Sciences. (2nd)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Gynecologic Oncology. (2024). Cervical Cancer in Thailand: 2023 update. *Obstetrics & Gynecology Science*, 67(3), 261-269.
- International Agency for Research on Cancer. (2020). *Cancer Tomorrow*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2568 จาก https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/trends?sexes=2&single_unit=50000&cancers=23&types=0.
- Likert, R. (1932). *A technique for the measurement of attitude*. Archives of Psychology, 140, 1-55
- Stretcher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The Health Belief Model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B.K. Rimer (Eds). *Health behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice (2nd ed., pp. 41-59)*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- World Health Organization. (2014). *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice 2nd ed*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2568. จาก <https://apps.who.int/iris/handle/10665/144785>

World Health Organization. (2020). *Estimated Number of New Cases in 2020, World, Females, All Ages (excl. NMSC)*. เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2568 จาก

https://gco.iarc.fr/today/onlineanalysistable?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=1&include_nmssc=0&include_nmssc_other=1.

World Health Organization. (2023). *Cervical Cancer Elimination: The Progress Made and What More Needs to be done*. เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2568 จาก

<https://www.weforum.org/stories/2023/11/cervical-cancer-elimination-day-2023-progress-action/>