ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

The Effectiveness of Self-efficacy Enhancing Program for Prevention of Cervical Cancer among Women at Risk with Health Volunteer's Participation, Kantaralak District Sisaket Province.

ปิยะพร สิงห์กลาง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว* ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล
Piyaporn Singklang Duangkamon Pinchaleaw* Thipkhumporn Keskomon
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 22000
Sukhothai Thammathirat Open University Nonthaburi Thailand 11120

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .89 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 และ 3) แบบบันทึกการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 และการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 100) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 52)

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ, การตรวจคัดกรอง, พฤติกรรมป้องกัน, มะเร็งปากมดลูก, อาสาสมัครสาธารณสุข

Abstract

Quasi-experimental research with the objective of comparing the cervical cancer prevention behaviors of at-risk women between the experimental group and the control group before and after participating in the program, in order to compare the proportion of at-risk women receiving cervical cancer screening services in the experimental and control groups after participating in the program. The sample group consisted of 50 women aged 30-60 years from Kantaralak District, Sisaket Province, divided into an experimental group and a

Corresponding Author: *E-mail: duangkamolpinchaleaw@gmail.com

วันที่รับ (Received) 29 ต.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 25 ธ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) d27 ธ.ค. 2568

control group, each with 25 participants. The research tools were: 1) a program to promote self-efficacy thru the participation of village health volunteers, 2) a questionnaire on cervical cancer prevention behaviors, with a content validity of .89 and reliability of .81, and 3) a record of cervical cancer screening service utilization. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The research findings showed that after the intervention, the average score for cervical cancer prevention behaviors of women in the intervention group was higher than before the intervention and significantly higher than the control group at a statistical level of .000. Additionally, the rate of cervical cancer screening among the intervention group (100%) was higher than that of the control group (52%).

Keywords: Self-efficacy, participation in cervical cancer screening, and preventive behaviors. Cervical cancer, Village Health Volunteers

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศทั่วโลก เป็นสาเหตุการตายของสตรีใน 10 อันดับ[1] จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2563 พบอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในสตรีถึง 11 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการตาย 6.9 ต่อประชากรแสนคน[2] ในแต่ละปีประเทศไทยจะพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ปีละ 9,999 ราย และเสียชีวิตประมาณ 5,216 ราย อัตราการเสียชีวิตของสตรีไทยเพิ่มขึ้นจาก 7 คน/วัน เป็น 14 คน/วัน คาดการณ์ว่าปี พ.ศ.2568 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่จะสูงขึ้นปีละ 13,082 คน เสียชีวิต 7,871 คน หรือวันละ 21 คน[3] จังหวัดศรีสะเกษในปี พ.ศ. 2564-2566 พบอัตราป่วยของมะเร็งปากมดลูกต่อแสนประชากร เท่ากับ 16.8, 18.2 และ 19.4 ตามลำดับ โดยเฉพาะอำเภอกันทรลักษ์ พบอัตราป่วยของมะเร็งปากมดลูกต่อแสนประชากร เท่ากับ 18.2, 20.1, และ 21.5 และอัตราเสียชีวิต เท่ากับ 6.7, 7.6, และ 8.4 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้สตรี อายุ 30-60 ปี ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองแบบ Primary HPV Testing เนื่องจากหลายการศึกษาพบว่า สาเหตุที่สตรีไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ เขินอาย กลัวเจ็บ และความไม่สะดวกที่ต้องลางานมาตรวจ ซึ่งการตรวจวิธีนี้มีความไวในการตรวจร้อยละ 97 สามารถตรวจแยกสายพันธุ์ก่อมะเร็งที่มีความเสี่ยงสูงได้ 14 สายพันธุ์ และยังพบว่าประสิทธิภาพการตรวจคัดกรองด้วยวิธีการตรวจด้วยตนเอง (HPV Self-sampling) เมื่อเปรียบเทียบการการตรวจโดยเจ้าหน้าที่ (clinician-collected) แล้วไม่มีความแตกต่างกัน การตรวจคัดกรองฯ ด้วยตนเอง (HPV Self-sampling) จึงเป็นทางเลือกสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงลในการเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มากยิ่งขึ้น (ศุภกร พิทักษ์การกุล, 2565) ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จึงดำเนินนโยบายมะเร็งครบวงจรและกำหนดแนวทางการดำเนินงานควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยกำหนดให้สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 เพื่อสืบค้นโรคในระยะแรกเริ่มและเข้ารับการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งที่ตรวจพบก่อนที่จะดำเนินต่อไปกลายเป็นมะเร็ง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จึงดำเนินนโยบายมะเร็งครบวงจรและกำหนดแนวทางการดำเนินงานควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยกำหนดให้สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 เพื่อสืบค้นโรคในระยะแรกเริ่มและเข้ารับการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งที่ตรวจพบก่อนที่จะดำเนินต่อไปกลายเป็นมะเร็ง[4] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แนวทาง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะทำได้ 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) หรือตัวแบบมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และได้รับประสบการณ์ จะทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะประสบความสำเร็จ 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) ด้วยการพูดชักจูงให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเชื่อว่า ตนเองมีความสามารถในการ

ป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ 4) การกระตุ้นอารมณ์ (Emotional arousal) เป็นการกระตุ้นอารมณ์ทางบวก เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเกิดความรู้สึกที่เป็นพลังในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูก[5] ดังนั้นการวิจัยที่ส่งเสริมถึงการป้องกันโดยการให้ความรู้ตามความสามารถและศักยภาพของตนเองในการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง จะทำให้ผลของการดูแลด้านสุขภาพในแต่ละบุคคลมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากมะเร็งได้ สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรอง สร้างความรู้ความตระหนัก และมีความยั่งยืน[6]

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของแบนดูรา[5] มาใช้ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยเชื่อว่าบทบาทหน้าที่ในการสื่อสาร การให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ การพูดจาโน้มน้าวใจสตรีกลุ่มเสี่ยงให้มารับการตรวจคัดกรอง การให้กำลังใจ และการกระตุ้นเตือนและร่วมตัดสินใจในการเลือกกิจกรรมที่จะใช้ในการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ดีและเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยมีผลการกระทำร่วมกัน คือ การติดตามเยี่ยมบ้าน กระตุ้นเตือนให้มารับการตรวจ อธิบายการเตรียมตัวก่อนตรวจ และให้ความช่วยเหลือกรณีสตรีไม่สามารถมารับการตรวจได้ ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ดีและเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงควรส่งเสริมให้มีการรับรู้และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของแบนดูรา ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรม

เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

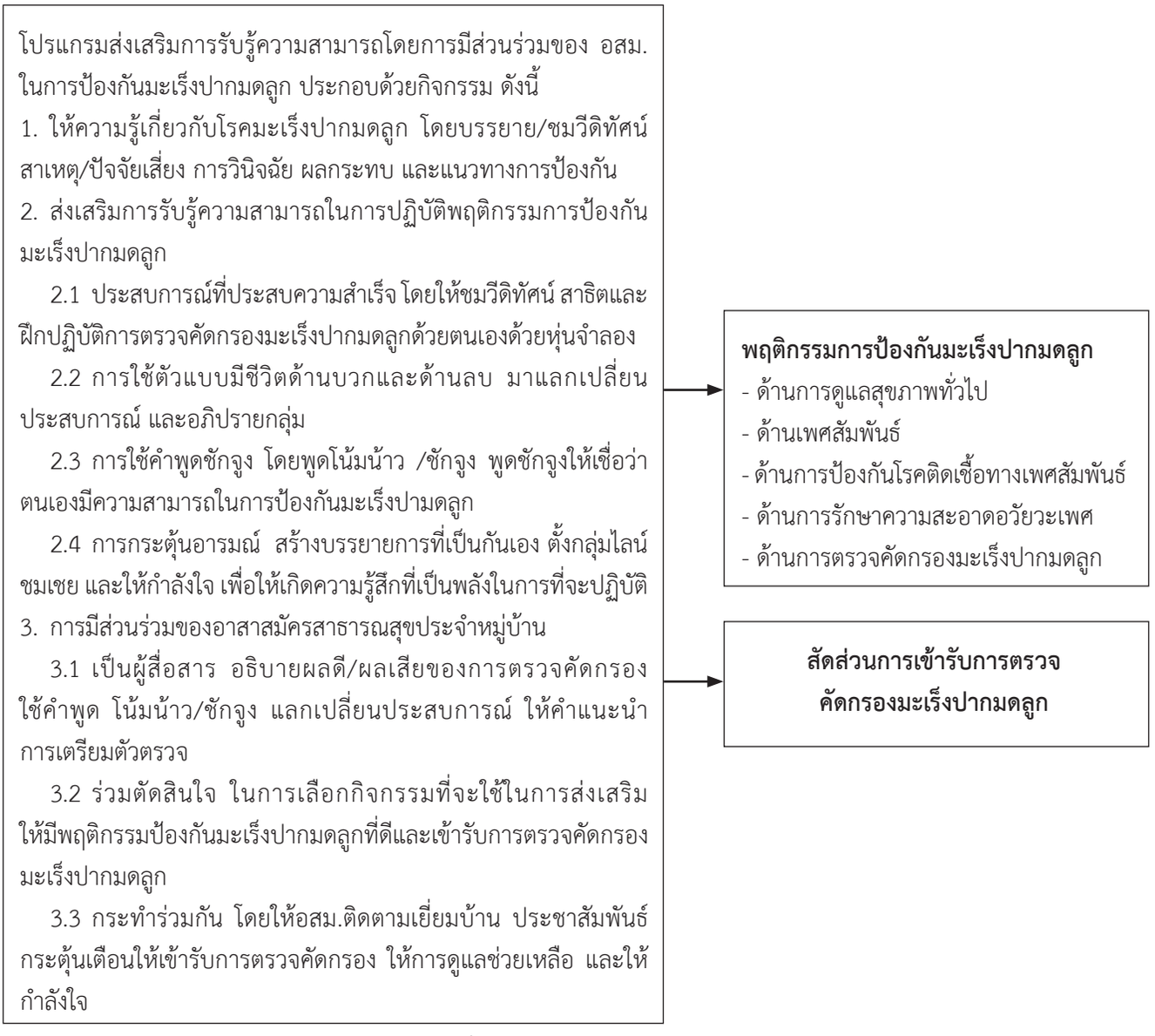
พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

หลังเข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละของสตรีในกลุ่มทดลองที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ประกอบด้วย ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience: modeling) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) และการกระตุ้นอารมณ์ (Emotional arousal) ร่วมกับการแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Seburn (2005)[7] ประกอบด้วย การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน ดังภาพที่ 1.1

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัดส่วนของสตรีในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research: two group pretest-posttest design) ระยะเวลาในการทดลองใช้โปรแกรม 6 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 30-60 ปี ที่มีชื่อในทะเบียนบ้าน เขตเทศบาลอำเภอกันทรลักษ์ และอยู่ในพื้นที่บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง น้ำอ้อม โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ปี พ.ศ. 2566จำนวน 550 คน

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Power Analysis[8] กำหนดขนาดอิทธิพลโดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ

พัณณ์ชิตา จันทร์สุหร่าย[9] โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.25 (SD.= .30) และกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 2.99 (SD.= .29) คำนวณค่าอิทธิพลได้เท่ากับ 0.88 จึงใช้ขนาดอิทธิพล 0.80 ระดับความเชื่อมั่น .05 อำนาจการทดสอบ 0.80 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1 ได้จำนวน 44 คน เพื่อป้องกันการถอนตัวหรือ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด ผู้วิจัยปรับเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.6 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยหรือป่วยเป็นมะเร็งทางนรีเวช และเกณฑ์ในการคัดออก คือ ไม่ยอมเข้าร่วมวิจัยทุกกรณี โดยผู้วิจัยนำรายชื่อทั้งหมดที่มีลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด สุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการจับฉลากแบบไม่คืนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวมรวมข้อมูลมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ ***โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*** ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง[5] ประกอบด้วย ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ตัวแบบหรือสัญลักษณ์ (Modeling) หรือประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น (Vicarious experience) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) และการกระตุ้นอารมณ์ (Emotional Arousal) ร่วมกับการแนวคิดการมีส่วนร่วม[6] ประกอบด้วย การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประวัติการเป็นมะเร็งปากมดลูกของญาติสายตรง และประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก[7] แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพทั่วไป 2) การมีเพศสัมพันธ์ 3) การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ 4) การรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศ และ 5) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 22 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ คู่มือการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรี กลุ่มเสี่ยง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา สำนวนภาษา และความเหมาะสมของรูปแบบ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ สูตินรีแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ประจำการพยาบาลสูตินรีเวชศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลที่ทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพสตรี จำนวน 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.89 การตรวจสอบค่า reliability ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ฯ ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.81

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตามเอกสารเลขที่ SPPH 2024-135 ลงวันที่ 8 สิงหาคม 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะเตรียมการ เตรียมสถานที่สำหรับดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เตรียมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

ระยะก่อนทดลอง เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลตามหลักของการวิจัย

ระยะดำเนินการทดลองผู้วิจัยดำเนินการทดลองพร้อมกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเก็บข้อมูลกลุ่มเปรียบเทียบก่อนแล้วจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองสลับกันไปสัปดาห์เว้นสัปดาห์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2568–มิถุนายน 2568 รวมระยะเวลา 6 สัปดาห์ และประเมินผล โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และวิธีการการดำเนินการวิจัย จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที พบว่า มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov Test โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุ 50-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52 รองลงมา ร้อยละ 60 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 47.32 และกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 49.16 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 68 รองลงมา ร้อยละ 72 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 44 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 52 และกลุ่มเปรียบเทียบมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56 ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 40 ทั้งสองกลุ่มมีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 40 และรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 60 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เคยคุมกำเนิดร้อยละ 76.00 และร้อยละ 72.00 โดยกลุ่มทดลองใช้การคุมกำเนิดชนิดยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุดร้อยละ 52.00 กลุ่มเปรียบเทียบใช้ยาฉีดคุมกำเนิดมากที่สุด ร้อยละ 52.00 ด้านการตั้งครรภ์กลุ่มทดลองตั้งครรภ์ 1-2 ครั้ง และ 3-4 ครั้ง เท่ากัน คือ ร้อยละ 32.00 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ตั้งครรภ์ 1-2 ครั้งมากที่สุดร้อยละ 44.00 ด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 92.00 กลุ่มเปรียบเทียบไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 48.00 และทุกคนไม่มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 100.00 ทั้งสองกลุ่มเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 60

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	df	P-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ			
ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป	14.16	1.92	ปานกลาง	17.16	1.34	ดี	7.924*	24	* P<.001
ด้านการมีเพศสัมพันธ์	9.32	2.05	ปานกลาง	12.00	.00	ดี	6.518*	24	* P<.001
ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์	13.60	4.83	ปานกลาง	20.00	.00	ดี	6.613*	24	* P<.001
ด้านการรักษาความสะอาดอวัยวะเพศ	17.40	3.32	ปานกลาง	23.20	.91	ดี	8.711*	24	* P<.001
ด้านการตรวจคัดกรอง	5.16	2.52	ไม่ดี	11.64	.81	ดี	11.569*	24	* P<.001
โดยรวม	59.64	11.29	ปานกลาง	84.00	1.95	ดี	10.848*	24	* P<.001

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	df	P-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ			
ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป	14.24	1.80	ปานกลาง	14.48	1.96	ปานกลาง	1.063	24	.149
ด้านการมีเพศสัมพันธ์	9.36	2.05	ปานกลาง	9.56	2.58	ปานกลาง	.400	24	.034
ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์	9.48	4.08	ไม่ดี	11.84	5.52	ไม่ดี	3.373*	24	* P<.001
ด้านการรักษาความสะอาดอวัยวะเพศ	17.20	3.34	ปานกลาง	17.64	3.25	ปานกลาง	1.745	24	.047
ด้านการตรวจคัดกรอง	5.08	2.27	ไม่ดี	4.96	2.44	ไม่ดี	-.421	24	.338
โดยรวม	55.36	10.16	ปานกลาง	58.48	11.73	ปานกลาง	3.362	24	* P<.001

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n=25)

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			t	df	p-value
	M	SD.	ระดับ	M	SD.	ระดับ			
ก่อนทดลอง	59.64	11.29	ปานกลาง	55.36	10.16	ปานกลาง	-1.408	48	.008
หลังทดลอง	84.00	1.95	ดี	58.48	11.73	ปานกลาง	-10.723*	48	* P<.001

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยกลุ่มก่อนการทดลองมีนัยสำคัญที่ระดับ .008 หลังการทดลองมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

การอภิปรายผลการวิจัย

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากการศึกษาวิจัยถึงพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดแบนดูรา[5] พัฒนาการรับรู้ความสามารถของสตรีเพิ่มขึ้นต้องอาศัยการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะโดยการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูล 4 ประการ ได้แก่ 1) การใช้คำพูดชักจูง 2) การทำให้ตัวแบบมีชีวิต โดยการโน้มน้าวถึงอันตรายและความสำคัญของมะเร็งปาก 3) การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยการสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง สร้างความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่าง ให้ระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และ 4) ประสบความสำเร็จในการลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่าง ฝึกปฏิบัติการตรวจคัดรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองโดยใช้หุ่นจำลอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์โดยตรงว่าตนเองทำได้สำเร็จ เพิ่มความสามารถของตนเอง และมีความมั่นใจที่จะนำไปปฏิบัติโดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่บ้าน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้ผู้วิจัยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้

ความสามารถ โดยบรรยายให้ความรู้และให้ชมวีดิทัศน์เรื่อง “สุขศึกษาน่ารู้ EP81:5 พฤติกรรมเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก” รับรู้ถึงสาเหตุและความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก และชมวิดิทัศน์ เรื่อง “การเก็บสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดด้วยตนเอง HPV Collected Vaginal Sampling” โดยการสาธิตการตรวจคัดรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช่หุ่นจำลองและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติจนกว่าจะถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค การรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ[8] ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001

หลังเข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละของสตรีในกลุ่มทดลองที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สตรีในกลุ่มทดลองเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 100 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 52 จากการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้สตรีในกลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ความรุนแรง/ผลกระทบของโรค สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทั้งการบรรยายรายบุคคลและรายกลุ่ม การชมวิดิทัศน์ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับตัวแบบมีชีวิต ทำให้สตรีกลุ่มทดลอง รับรู้ว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่มีความรุนแรงและมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ข้อดีของการตรวจ ขั้นตอนในการตรวจ รวมทั้งให้อาสาสมัครเล่าประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ได้ติดตามเยี่ยมบ้าน และแจ้งการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกฟรี รวมทั้งมีพูดจาโน้มน้าวให้กลุ่มตัวอย่างที่ยังลังเลในการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีการกระตุ้นเตือนด้วยวาจาและทางไลน์อย่างต่อเนื่อง ในรายที่ไม่สามารถมาด้วยตนเองอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้พามาตรวจ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ เป็นผู้สื่อสาร ร่วมวางแผน และตัดสินใจในการส่งเสริมสตรีกลุ่มตัวอย่าง และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายทำให้สตรีกลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกผูกพัน เกิดการยอมรับ ส่งผลให้มีการดูแลสุขภาพของตนเอง จากกิจกรรมและการมีส่วนร่วมดังกล่าวจึงทำให้สตรีกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องการศึกษาประสิทธิภาพของ mHealth ในการเพิ่มการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก[9] ผลการศึกษาพบว่า การแจ้งเตือนด้วยโทรศัพท์มือถือทั้งการโทรและการส่งข้อความ (SMS) ทำให้อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น และการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด[10] พบว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สตรีที่มีความตั้งใจมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลอง มีจำนวนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อีกทั้งการที่สตรีกลุ่มทดลองเคยมีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาแล้ว ร้อยละ 40 จึงทำให้ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองได้ง่ายขึ้น ผลการศึกษาพบว่า สตรีในกลุ่มทดลองทุกคนเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 100 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 52

ผลการดำเนินการวิจัย สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงเจ้าหน้าที่มีความรู้ มีการรับรู้ และมั่นใจในความสามารถของตนเอง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และฝึกทักษะที่จำเป็น อาทิ การพูดโน้มน้าวใจ วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง เพื่อนำไปเป็นต้นแบบกับสตรีในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยใช้การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาลเวชปฏิบัติ/บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสตรีอายุ 30-60 ปี เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ให้มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

และเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่มีอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำ

2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติแก่อาสาสมัครสาธารณสุข โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และฝึกทักษะที่จำเป็น อาทิ การพูดโน้มน้าวใจ วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง เพื่อนำไปเผยแพร่และเป็นต้นแบบให้กับสตรีในชุมชน

References

1. World Health Organization (WHO). Cervical Cancer. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Cervical cancer statistics, 2022. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)
3. Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. Report on cervical cancer mortality statistics, 2023. Nonthaburi: Department of Medical Sciences; 2023. (in Thai)
4. Sisaket Provincial Public Health Office. Guidelines for cancer prevention and control operations in Sisaket Province, fiscal year 2024. (in Thai)
5. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
6. Losanthia P. Development of a Cervical Cancer Screening Model Using HPV Self-Sampling with Community Health Volunteer Participation at Yang Talat Hospital, Kalasin Province. Journal of Environmental Education Medical and Health. 2025; 10(3): 1011-1023. (in Thai)
7. Seburn M. Shared care: Elder and family member skills used to manage burden. Journal of Advanced Nursing. 2005;52(2): 170-9.
8. Cohen, J. Statistical power analysis of behavioral sciences. New York: McGraw- Hill; 1988.
9. Chansuharai P., Pinchaliao D. & Kasekomon T. Effect of a motivation enhancement program combined with the LINE application on preventive behaviors and cervical cancer screening attendance among women in Mueang Prachuap Khiri Khan District, Prachuap Khiri Khan Province. Christian University Journal. 2021;27(4): 65–76. (in Thai)
10. Opas N. Effect of a motivation enhancement program on disease prevention, perception of cervical cancer prevention, and colposcopy attendance among women with abnormal cervical cytology results. Royal Thai Army Nursing Journal. 2018;19(Special Issue): 339–47.
11. Tamuzi LJ., Jonathan TL. & Kitenge KM. Effectiveness of mHealth to increase cervical cancer screening; 2017.
12. Sonsri S., Iamsawasdikul W. & Phodisapsuk C. Effect of a cervical cancer screening promotion program among high-risk women in Selaphum District, Roi Et Province. Journal of Nursing. 2021;70(3): 11–9. (in Thai)