

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรี ของบุคลากรสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศิริดาวัลย์ บุญญพัฒน์สกุล¹ มลีนี สมภพเจริญ^{2*} อุมาวดี เหลลาทอง³

¹นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

²รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมของบุคลากรสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล สตรีบุคลากรสถาบันสุขภาพเด็กฯ อายุระหว่าง 25 - 60 ปี ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน ได้กลุ่มตัวอย่าง 280 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึงเดือนมกราคม 2569 จากการทดสอบด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน มีค่าเท่ากับ 0.95 และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรี ด้วยสถิติ Multiple linear regression

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสตรี อายุระหว่าง 25 - 60 ปี ร้อยละ 43.2 อายุเฉลี่ย 39.03 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 61.4 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 76.1 รับราชการ ร้อยละ 63.6 สายงานพยาบาล ร้อยละ 42.1 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1-5 ปี ร้อยละ 35.4 และมีรายได้ 20,001-30,000 บาท มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 98.3 และ 98.1 ตามลำดับ และผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรที่ทำนายความตั้งใจตรวจคัดกรองฯ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ได้แก่ การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยแพทย์ พยาบาล หรือผู้เชี่ยวชาญ ($\beta = 0.344, p < 0.001$) อายุ ($\beta = 0.319, p < 0.001$) บรรทัดฐานส่วนบุคคล ($\beta = 0.244, p < 0.001$) สถานภาพสมรส ($\beta = 0.214, p < 0.001$) และการศึกษา ($\beta = 0.126, p < 0.023$) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้ควรนำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาโครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมแก่บุคลากร เพื่อส่งเสริมให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงควรจัดบริการตรวจคัดกรองโดยแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญในสถานที่ทำงาน เช่น หน่วยตรวจเคลื่อนที่ เพื่อลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการของบุคลากรสตรี

คำสำคัญ: ความตั้งใจ/ สตรี/ แบบแผนความเชื่อ/ การคัดกรองมะเร็ง/ โรคมะเร็งปากมดลูก/ โรคมะเร็งเต้านม

*ผู้รับผิดชอบบทความ: มลีนี สมภพเจริญ, อีเมล: malinee.som@mahidol.ac.th

Received: 30 มีนาคม 2569/ Revised: 9 พฤษภาคม 2569/ Accepted: 14 พฤษภาคม 2569

Factors Influencing the Intention of Female Staff to Participate in Cancer Screening Programs at the Queen Sirikit National Institute of Child Health

Siridawan Poonyapattanasakul¹ Malinee Sombhopcharoen^{2*} Umawadee Laothong³

¹Master of Public Health in the Public Health program, Faculty of Public Health, Mahidol University

^{2*}Assoc. Prof., Health Education and Behavioral Science, Faculty of Public Health, Mahidol University

³Asst. Prof., Department of Community Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

This research aimed to study the intention to undergo cervical cancer and breast cancer screening among female personnel at the Queen Sirikit National Institute of Child Health. It was a descriptive cross-sectional study using questionnaires for data collection. Female personnel aged 25 - 60 years were selected through proportional stratified random sampling, yielding a sample of 280 participants. Data were collected between December 2025 and January 2026. Reliability was assessed using Cronbach's alpha coefficient, which yielded a value of 0.95. Factors associated with cancer screening intention were analyzed using Multiple Linear Regression.

The results showed that female personnel aged 25-60 years accounted for 43.2% of the sample, with a mean age of 39.03 years. The majority were single (61.4%), held a bachelor's degree (76.1%), were government officers (63.6%), worked in nursing (42.1%), had 1 - 5 years of service (35.4%), and earned between 20,001-30,000 baht per month. Knowledge regarding cervical cancer and breast cancer was reported at 98.3% and 98.1%, respectively. Multiple regression analysis revealed that variables significantly predicting screening intention at $p < 0.05$ were: breast cancer examination by a physician, nurse, or specialist ($\beta = 0.344, p < 0.001$), age ($\beta = 0.319, p < 0.001$), personal norms ($\beta = 0.244, p < 0.001$), marital status ($\beta = 0.214, p < 0.001$), and education level ($\beta = 0.126, p = 0.023$), respectively. The findings should be used as a guideline for developing training programs on cervical and breast cancer awareness for personnel, in order to promote self-health care. Additionally, on-site screening services by physicians or specialists such as mobile screening units should be organized to reduce barriers to healthcare access for female personnel.

Keywords: Intention/ Women/ Health belief model/ Cancer screening/ Cervical cancer/ Breast cancer

*Corresponding author: Malinee Sombhopcharoen, email: malinee.som@mahidol.ac.th

Received: March 30, 2026/ Revised: May 9, 2026/ Accepted: May 14, 2026

บทนำ

องค์การวิจัยมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer: IARC) เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการสำรวจและคาดการณ์โรคมะเร็ง พบว่าในปี พ.ศ. 2593 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วโลกกว่า 35 ล้านราย โดยเพิ่มเกือบ 20 ล้านราย ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 77 หากนับจากปี พ.ศ. 2565 ที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็งประมาณ 15 ล้านราย⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย จากสถิติปี พ.ศ. 2563 พบว่าอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม โดยพบผู้ป่วยใหม่ ปีละ 9,000 ราย และเสียชีวิตปีละ 4,700 ราย และคาดว่าแนวโน้มจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 9,790 คน, 10,300 คน, 10,700 คน และ 11,000 คน ในปี พ.ศ. 2568, พ.ศ. 2573, พ.ศ. 2578 และ พ.ศ. 2583 ตามลำดับ⁽²⁾ จากสถิติผู้หญิงไทยเป็นมะเร็งเต้านม รายใหม่ วันละ 47 คน หรือ 17,043 คน/ปี เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก วันละ 6 คน หรือ 2,142 คนต่อปี ซึ่งอัตราการตาย ตามกลุ่มอายุและอัตราการตายปรับฐานอายุของโรคมะเร็งปากมดลูก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นประมาณ 1.5 เท่า ในช่วงระยะเวลา 10 ปี และอัตราการตายตามกลุ่มอายุก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽³⁾

จากสถิติข้างต้นการศึกษาครั้งนี้จึงเก็บข้อมูลในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เนื่องจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้เล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในองค์กร ได้จัดให้มีโครงการตรวจสุขภาพประจำปี โดยประสานทางสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่ออำนวยความสะดวกในการตรวจคัดกรองมะเร็ง ให้กับบุคลากรภายในสถาบันเด็กแห่งชาติมหาราชินี และจัดให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและตรวจเต้านม สำหรับบุคลากรเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 25 - 60 ปี ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ทางไลน์โอเพนแชท (LINE open chat) ชื่อกลุ่ม ข่าวสารถึงมือ ภายในองค์กร และจากสถิติย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2566 - 2568 บุคลากรเพศหญิงที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถาบันสุขภาพเด็ก มีอายุระหว่าง 25 - 60 ปี ข้อมูลจากหน่วยงานอาชีวอนามัย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จากข้อมูลย้อนหลังจำนวนผู้ลงทะเบียนตรวจคัดกรองกับวันที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองพบว่า ในปี พ.ศ. 2566 ลงทะเบียนแจ้งความประสงค์เข้ารับคัดกรองมะเร็ง จำนวน 352 คน คิดเป็นร้อยละ 33.01 และเข้าตรวจคัดกรอง 296 คน คิดเป็นร้อยละ 27.75 ปี พ.ศ. 2567 ลงทะเบียน จำนวน 348 คน คิดเป็นร้อยละ 32.68 และเข้าตรวจคัดกรองมะเร็ง 290 คน คิดเป็นร้อยละ 27.23 และในปี พ.ศ. 2568 ลงทะเบียนจำนวน 452 คนคิดเป็นร้อยละ 42.39 และเข้าตรวจคัดกรองมะเร็ง 269 คน คิดเป็นร้อยละ 25.26 จะเห็นได้ว่า ถึงแม้จะมีการลงทะเบียนเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2568 แต่สัดส่วนของการไปตรวจคัดกรองลดลงทุกปี

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรีของบุคลากรสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาโดย Rosenstock⁽⁴⁾ ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบทั้ง 4 นี้ ล้วนมีความสำคัญในการกระตุ้นและกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพราะแต่ละองค์ประกอบในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีบทบาทเชื่อมโยงกัน ทำให้บุคคลตระหนักถึงความเสี่ยงและผลเสียของการเป็นโรคมะเร็ง สำหรับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนได้รับการพัฒนาโดย Ajzen⁽⁵⁾ ประกอบด้วย ทศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานส่วนบุคคล และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ เพิ่มความมั่นใจให้บุคลากรเพศหญิงสามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองได้สะดวก เช่น มีสถานที่ตรวจคัดกรองที่เชื่อถือได้ มีค่าใช้จ่ายเหมาะสม การลดอุปสรรคด้านเวลา ความรู้สึกกลัว หรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการคัดกรอง การใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน จะช่วยวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อช่วยให้เข้าถึงการคัดกรองได้ง่าย และพฤติกรรมในการเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผ่านการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการคัดกรองโรคมะเร็งได้ ซึ่งทั้งสองทฤษฎีครอบคลุมการเสริมซึ่งกัน โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มุ่งเน้นความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคและสุขภาพของบุคคลเป็นหลัก สำหรับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน องค์ประกอบที่อธิบายอิทธิพลของคนรอบข้างได้โดยตรง เช่น บรรทัดฐานส่วนบุคคล ซึ่งวัดว่าครอบครัว คู่สมรส หรือแพทย์มีส่วนช่วยสนับสนุนให้บุคคลไปรับการตรวจ ซึ่งในบริบทสังคมไทยที่การตัดสินใจการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีผลต่อการตั้งใจ

เข้ารับการตรวจสูง ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรได้รับทราบถึงสวัสดิการที่เป็นนโยบายสวัสดิการที่มีต่อบุคลากรของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และรวมทั้งสร้างความเข้าใจและลดอุปสรรคในการเข้ารับการตรวจคัดกรองเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งในระยะยาวและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่บุคลากรอีกทางหนึ่งด้วย

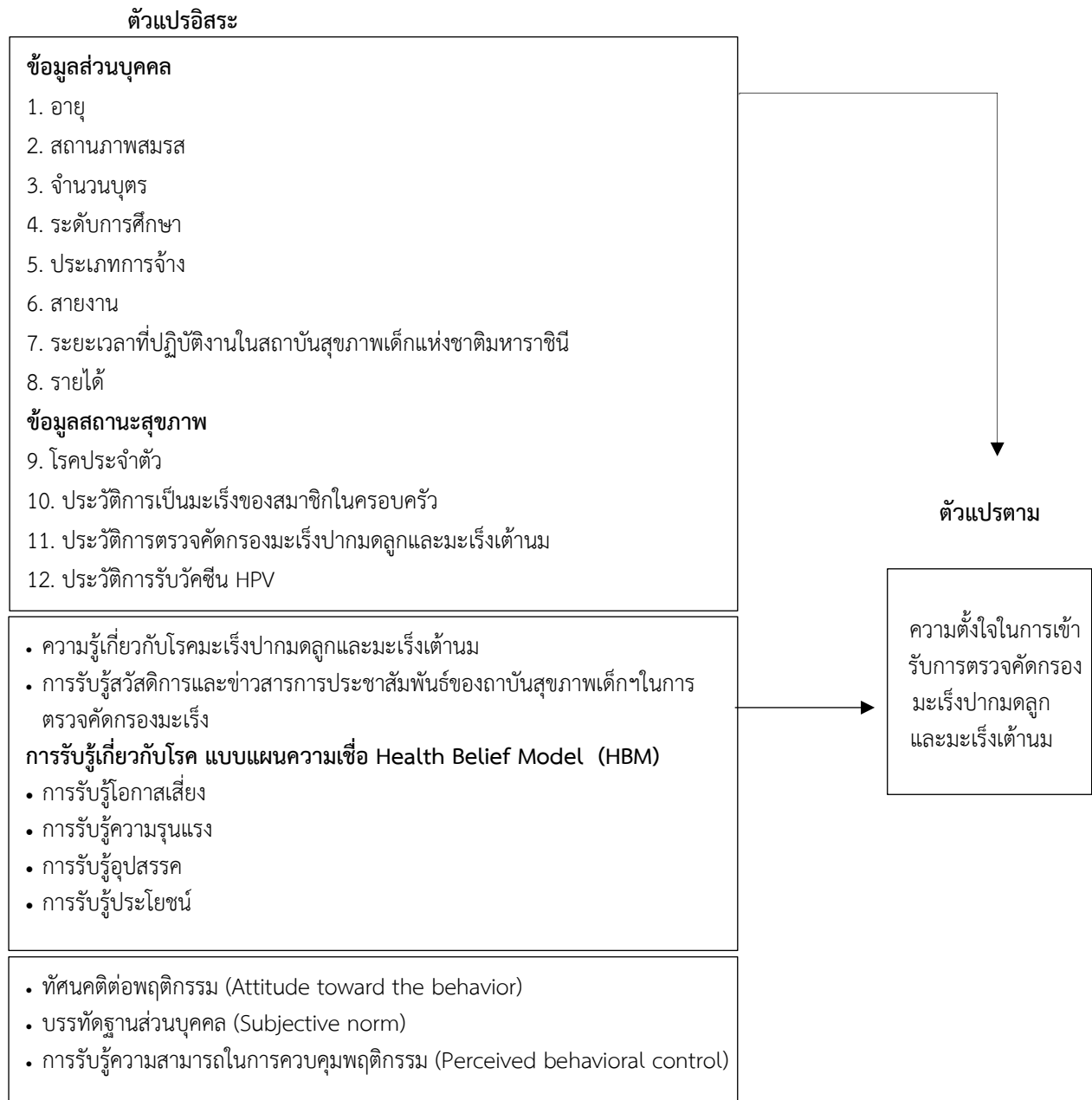
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตั้งใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมของบุคลากรสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสถานะสุขภาพ ความรู้มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ กับความตั้งใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ของบุคลากรสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ขอบเขตการวิจัย

ข้อมูลบุคลากรที่ทำงานในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพศหญิงอายุระหว่าง 25 - 60 ปี จำนวน 280 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึงเดือนมกราคม 2569 มีตัวแปรในการศึกษาประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสถานะสุขภาพ ความรู้มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ กับความตั้งใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ตัวแปรตาม ความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional descriptive study) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรี ของบุคลากรสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึงเดือนมกราคม 2569

2. ประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย เป็นบุคลากรเพศหญิงที่ปฏิบัติงานในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติดมหาราชนิ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร สหวิชาชีพ และสายสนับสนุน เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย พบว่าเป็นโรคเมเร็ง ปากมดลูกหรือมะเร็งเต้านม หรือมีผลตรวจเป็นโรคเมเร็งปากมดลูกหรือมะเร็งเต้านม จากข้อมูลกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล งานอัตรากำลัง บุคลากรเพศหญิงอายุระหว่าง 25-60 ปี มีจำนวน 1,065 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรเครจซี่และมอร์แกน⁽⁶⁾

$$n = \frac{X^2 N p (1 - p)}{e^2 (N - 1) + X^2 p (1 - p)}$$

โดยกำหนด

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = 1,065 จำนวนประชากร

χ^2 = 3.841 (ค่า Chi-square ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)

p = 0.45 คือ สัดส่วนของประชากร

e = 0.05 ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{3.841 \times 1,065(0.45)(1 - 0.45)}{0.05^2(1,065 - 1) + 3.841 \times 0.45(1 - 0.45)}$$

$$n = 280$$

จากการแทนค่าในสูตรงานวิจัยครั้งนี้จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมเท่ากับ 280 คน

หมายเหตุ : เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเต็มจำนวน จึงใช้ค่า $p = 0.45$ จะได้กลุ่มประชากร ตัวอย่าง 280 คน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนด สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างกับประชากรเป็นเกณฑ์ จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Stratified random sampling) ในแต่ละชั้นตามจำนวนที่คำนวณได้ ประกอบด้วย 5 สายงาน ประเภทสายงานได้แก่ แพทย์มีจำนวน 83 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 7.79% จะได้ขนาดตัวอย่าง 22 คน พยาบาลมีจำนวน 451 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 42.35 % จะได้ขนาดตัวอย่าง 118 คน เภสัชกรมีจำนวน 33 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 3.10% จะได้ขนาดตัวอย่าง 9 คน สหวิชาชีพมีจำนวน 90 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 8.43 % จะได้ขนาดตัวอย่าง 24 คน และสายสนับสนุนมีจำนวน 408 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 38.31% จะได้ขนาดตัวอย่าง 107 คน เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรในแต่ละวิชาชีพ วิธีการสุ่มแบบง่ายใช้ตารางเลขสุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามผู้วิจัยสร้างและพัฒนาจากการศึกษาเอกสาร ตามหลักการแนวคิดและทฤษฎี รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้้นำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงของเนื้อหา 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยครอบครัว และผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาลสาธารณสุข ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากการพิจารณาปรับปรุงคำถามใหม่ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ พบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยแต่ละข้อมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67 - 1.00 ซึ่งมีความมากกว่า 0.50 ตามที่กำหนดไว้ ผลการประเมินดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือวิจัย (IOC) โดยมีค่าเฉลี่ย 0.96 และนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มี

ลักษณะคล้ายคลึงกันในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 คน เครื่องมือในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ข้อคำถามทั้งหมด 56 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีลักษณะข้อคำถามปลายปิด จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา ประเภทการจ้าง สายงาน รายได้ (บาท/เดือน) ข้อมูลส่วนบุคคล ด้านสุขภาพ โรคประจำตัว ประวัติการเป็นมะเร็งครอบครัว ประวัติการรับวัคซีน HPV

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามปลายปิด ผู้วิจัยได้พัฒนาคำถามจากทฤษฎีมีข้อคำถามประกอบด้วย สาเหตุ อาการ และการป้องกัน มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ ถ้าตอบใช่คะแนนเท่ากับ 1 และถ้าตอบไม่ใช่และไม่แน่ใจ คะแนนเท่ากับ 0 และนำคะแนนมาแปลผลโดยผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom⁽⁷⁾

มีความรู้ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	เกณฑ์การแบ่งจากคะแนนระหว่าง 8 - 10 คะแนน
มีความรู้ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60 - 79	เกณฑ์การแบ่งจากคะแนน ระหว่าง 6 - 7 คะแนน
มีความรู้ระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60	เกณฑ์การแบ่งจากคะแนนระหว่าง 0 - 5 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามปลายปิด ใช้มาตราส่วน 7 ระดับ ประกอบด้วย “7 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “6 = เห็นด้วยมาก” “5 = เห็นด้วย” “4 = ไม่แน่ใจ” “3 = ไม่เห็นด้วย” “2 = ไม่เห็นด้วยมาก” และ “1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ของ Best⁽⁸⁾ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยง จำนวน 4 ข้อ นำคะแนนมาแปลผลแบ่งเป็นระดับ ดังนี้

ระดับมาก	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 22.4 – 28.0 คะแนน
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60 - 79	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 16.8 - 22.3 คะแนน
ระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.0 - 16.7 คะแนน

การรับรู้ความรุนแรง จำนวน 5 ข้อ นำคะแนนมาแปลผลแบ่งเป็นระดับ ดังนี้

ระดับมาก	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 28.0 – 35.0 คะแนน
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60 - 79	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 21.0 - 27.9 คะแนน
ระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 5.0 - 20.9 คะแนน

การรับรู้อุปสรรค จำนวน 3 ข้อ นำคะแนนมาแปลผลแบ่งเป็นระดับ ดังนี้

ระดับมาก	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 17.3 – 21.0 คะแนน
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60 - 79	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 12.6 - 17.2 คะแนน
ระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.0 - 12.5 คะแนน

การรับรู้ประโยชน์ จำนวน 3 ข้อ นำคะแนนมาแปลผลแบ่งเป็นระดับ ดังนี้

ระดับมาก	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 17.3 – 21.0 คะแนน
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60 - 79	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 12.6 - 17.2 คะแนน
ระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.0 - 12.5 คะแนน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมตามแผน จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามปลายปิด ใช้มาตราส่วน 7 ระดับ ประกอบด้วย “7 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “6 = เห็นด้วยมาก” “5 = เห็นด้วย” “4 = ไม่แน่ใจ” “3 = ไม่เห็นด้วย” “2 = ไม่เห็นด้วยมาก” และ “1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ของ Best⁽⁸⁾ ประกอบด้วย

ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) จำนวน 5 ข้อ นำคะแนนมาแปลผลแบ่งเป็นระดับ ดังนี้

ระดับมาก	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 28.0 – 35.0 คะแนน
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60 - 79	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 21.0 - 27.9 คะแนน
ระดับต่ำ	กว่าร้อยละ 60	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 5.0 - 20.9 คะแนน

บรรทัดฐานส่วนบุคคล (Subjective norm) จำนวน 4 ข้อ นำคะแนนมาแปลผลแบ่งเป็นระดับ ดังนี้

ระดับมาก	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 22.4 – 28.0 คะแนน
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60 - 79	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 16.8 - 22.3 คะแนน
ระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.0 - 16.7 คะแนน

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) จำนวน 6 ข้อ นำคะแนนมาแปลผลแบ่งเป็นระดับ ดังนี้

ระดับมาก	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 33.6 – 42.0 คะแนน
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60 - 79	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 25.2 - 33.5 คะแนน
ระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60	หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ย 6.0 - 25.1 คะแนน

ส่วนที่ 5 การรับรู้สวัสดิการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และความตั้งใจในการตรวจคัดกรอง มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ใช้มาตราส่วน 5 ระดับ ประกอบด้วย “5 = มากที่สุด” “4 = มาก” “3 = ปานกลาง” “2 = น้อย” และ “1 = น้อยที่สุด”

4. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. MUPH 2025-171 วันที่ 1 ธันวาคม 2568 และผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เลขที่ REC.098/2568 ลงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2568 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในรูปแบบภาพรวม และจะรักษาข้อมูลเป็นความลับไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา Descriptive statistics ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพ ด้านความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ ทัศนคติต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานส่วนบุคคล และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สถิติเชิงอนุมาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการเข้ารับชุดการตรวจคัดกรองด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) ด้วยวิธี Stepwise

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรสตรีส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 25 - 35 ปี ร้อยละ 43.2 สถานภาพสมรสเป็นโสด ร้อยละ 61.4 ไม่มีบุตร ร้อยละ 68.9 ระดับการศึกษาจบปริญญาตรี ร้อยละ 76.1 ประเภทการจ้างเป็นข้าราชการ ร้อยละ 63.6 พบว่าเป็นสายงานพยาบาล ร้อยละ 42.1 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ส่วนมากอยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี ร้อยละ 35.4 และมีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 20,001 - 30,000 บาท ร้อยละ 30.0 ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่พบว่า ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.9 และไม่มีประวัติครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ร้อยละ 95.0 และ 85.4 ตามลำดับ ส่วนมากไม่เคยได้รับวัคซีน HPV ร้อยละ 55.7 ไม่เคยได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear ร้อยละ 68.9 และไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองเต้านมโดยแพทย์ ร้อยละ 37.1 และยังไม่เคยได้รับการสอนหรืออบรมวิธีตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก/เต้านม ร้อยละ 55.7 แต่บุคลากรส่วนใหญ่มีทักษะในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการคลำเต้านมด้วยตนเองเบื้องต้น ร้อยละ 71.1 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและสถานะสุขภาพ (n = 280 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคลและสถานะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลส่วนบุคคล		
อายุ		
25 - 35 ปี	121	43.2
36 - 45 ปี	79	28.2
46 - 60 ปี	80	28.6
Mean = 39.03, S.D. = 9.99, Min = 25, Max = 60		
สถานภาพสมรส		
โสด	172	61.4
สมรส	95	33.9
หม้าย	3	1.1
หย่าร้าง	10	3.6
มีบุตร		
ไม่มีบุตร	193	68.9
มีบุตร	87	31.1
มีบุตร 1 คน	46	16.5
มีบุตร 2 คน	39	13.9
มีบุตร 3 คน	2	0.7
Mean = 0.46, S.D. = 0.756, Min = 0, Max = 3		
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	23	8.2
อนุปริญญา/ปวส.	12	4.3
ปริญญาตรี	213	76.1
ปริญญาโท	31	11.0
ปริญญาเอก	1	0.4
ประเภทการจ้าง		
ข้าราชการ	178	63.6
ลูกจ้างประจำ	2	0.7
พนักงานราชการ	14	5.0
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	86	30.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและสถานะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
สายงาน		
แพทย์	22	7.9
พยาบาล	118	42.1
เภสัชกร	9	3.2
สหวิชาชีพ	24	8.6
สายสนับสนุน	107	38.2
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี		
1 - 5 ปี	99	35.4
6 - 10 ปี	52	18.6
11 - 15 ปี	54	19.3
16 ปีขึ้นไป	75	26.8
Mean = 11.94, S.D. = 9.50, Min = 1, Max = 38		
รายได้ (บาท/เดือน)		
10,000 - 20,000	72	25.7
20,001 - 30,000	84	30.0
30,001 - 40,000	65	23.2
40,001 - 50,000	29	10.4
50,001 ขึ้นไป	30	10.7
ข้อมูลสถานะสุขภาพ		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	193	68.9
มี	87	31.1
มีสมาชิกครอบครัวญาติสายตรง เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก		
ไม่มี	266	95
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	3	1.1
มี	11	3.9
ญาติสายตรงฝั่งแม่	10	3.6
ญาติสายตรงฝั่งพ่อ	1	0.4
มีสมาชิกครอบครัวญาติสายตรง เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม		
ไม่มี	239	85.4
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	6	2.1
มี	35	12.5
ญาติสายตรงฝั่งแม่	27	9.6
ญาติสายตรงฝั่งพ่อ	8	2.9

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและสถานะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การเคยได้รับวัคซีน HPV		
ไม่เคยได้รับ	156	55.7
เคยได้รับ	93	33.2
เคยได้รับ (จำไม่ได้)	31	11.1
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear		
ไม่เคย	87	31.1
เคย	193	68.9
ตรวจทุกปี	137	48.9
ตรวจนานมาแล้ว	54	19.3
ตรวจนานมาแล้ว (จำไม่ได้)	2	7
การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยแพทย์ พยาบาล หรือผู้เชี่ยวชาญ		
ตรวจทุกปี	102	36.4
ตรวจประจำ	18	6.5
ตรวจเป็นบางครั้ง	56	20.0
ไม่เคยตรวจ	104	37.1
การเคยได้รับการสอนหรืออบรมวิธีตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก/เต้านม		
เคย	156	55.7
ไม่เคย	92	32.9
ไม่แน่ใจ	32	11.4
การมีทักษะในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการคลำเต้านมด้วยตนเองเบื้องต้น		
มี	199	71.1
ไม่มี	81	28.9

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม พบว่า บุคลากรส่วนมากมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.6 การรับรู้ความรุนแรง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.9 การรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45.7 การรับรู้ประโยชน์ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.3 ทักษะการคัดกรองมะเร็งเต้านม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.6 บรรทัดฐานส่วนบุคคล อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.0 และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.0 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมตามแผน
(n = 280 คน)

ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมตามแผน	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม		
ต่ำ (0 - 5 คะแนน)	52	18.6
ปานกลาง (6 - 7 คะแนน)	57	20.4
สูง (8 - 10 คะแนน)	171	61.1
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	1.57(0.78)	
การรับรู้โอกาสเสี่ยง		
ต่ำ (4.0 - 16.7 คะแนน)	17	6.1
ปานกลาง (16.8 - 22.3 คะแนน)	82	29.3
สูง (22.4 - 28.0 คะแนน)	181	64.6
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	2.58(0.60)	
การรับรู้ความรุนแรง		
ต่ำ (5.0 - 20.9 คะแนน)	6	2.1
ปานกลาง (21.0 - 27.9 คะแนน)	67	23.9
สูง (28.0 - 35.0 คะแนน)	207	73.9
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	2.71(0.49)	
การรับรู้อุปสรรค		
ต่ำ (3.0 - 12.5 คะแนน)	128	45.7
ปานกลาง (12.6 - 17.2 คะแนน)	104	37.2
สูง (17.3 - 21.0 คะแนน)	48	17.1
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	1.71(0.74)	
การรับรู้ประโยชน์		
ต่ำ (3.0 - 12.5 คะแนน)	9	3.2
ปานกลาง (12.6 - 17.2 คะแนน)	105	37.5
สูง (17.3 - 21.0 คะแนน)	166	59.3
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	2.56(0.55)	
ทัศนคติต่อพฤติกรรม		
ต่ำ (5.0 - 20.9 คะแนน)	4	1.4
ปานกลาง (21.0 - 27.9 คะแนน)	42	15.0
สูง (28.0 - 35.0 คะแนน)	234	83.6
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	2.82(0.41)	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมตามแผน	จำนวน	ร้อยละ
บรรทัดฐานส่วนบุคคล		
ต่ำ (4.0 - 16.7 คะแนน)	9	3.2
ปานกลาง (16.8 - 22.3 คะแนน)	61	21.8
สูง (22.4 - 28.0 คะแนน)	210	75
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	2.71(0.51)	
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม		
ต่ำ (6.0 - 25.1 คะแนน)	11	3.9
ปานกลาง (25.2 - 33.5 คะแนน)	87	31.1
สูง (33.6 - 42.0 คะแนน)	182	65.0
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	2.6(0.56)	

สำหรับการรับรู้ว่ามีสวัสดิการการคัดกรองมะเร็งของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ทราบว่ามีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ร้อยละ 47.5 ผ่านไลน์โอเพนแชท ชื่อข่าวสารถึงมือภายในองค์กร ร้อยละ 41 และไม่เคยใช้สวัสดิการการตรวจคัดกรองมะเร็ง ร้อยละ 44.6 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ การรับรู้สวัสดิการและข่าวสารการประชาสัมพันธ์ของสถาบันสุขภาพเด็ก ในการตรวจคัดกรองมะเร็ง (n = 280 คน)

การรับรู้สวัสดิการและข่าวสารการประชาสัมพันธ์ของสถาบันสุขภาพเด็ก ในการตรวจคัดกรองมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
1. ไม่ทราบว่ามีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมและสามารถเบิกจ่ายได้ 200 บาท	83	29.6
2. ทราบว่ามีสวัสดิการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม และสามารถเบิกจ่ายได้ 200 บาท	133	47.5
3. ทราบว่ามีสวัสดิการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม แต่ไม่ทราบว่าสามารถเบิกจ่ายได้ 200 บาท	64	22.9
4. ไลน์โอเพนแชท ชื่อข่าวสารถึงมือ ภายในองค์กร	115	41.0
5. เฟสบุ๊ก ชื่อสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	105	37.0
6. เว็บไซต์ ชื่อสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	44	16.0
7. อินทราเน็ต ชื่อสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	7	3.0
8. หนังสือเวียนในองค์กร	3	1.0
9. เพื่อนร่วมงาน	3	1.0
10. อื่นๆ (ทราบจากผู้บังคับบัญชา, โปสเตอร์)	3	1.0

ตารางที่ 3 (ต่อ)

การรับรู้สวัสดิการและข่าวสารการประชาสัมพันธ์ของสถาบันสุขภาพเด็ก ในการตรวจคัดกรองมะเร็ง	จำนวน	ร้อยละ
11. สวัสดิการการตรวจคัดกรองมะเร็ง ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี		
เคยใช้เป็นประจำ	96	34.3
เคยใช้บางครั้ง	59	21.1
ไม่เคยใช้เลย	125	44.6

กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่ตอบมากที่สุดในข้อ ท่านคิดว่าท่านจะเข้าร่วมตรวจคัดกรอง ในปี พ.ศ. 2569 ร้อยละ 57.9 และมีความตั้งใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมต่อเนื่องทุกปี ร้อยละ 55.4 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความตั้งใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม ในการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2569 (n = 280 คน)

คำถาม	ระดับความคิดเห็น					Mean ± S.D.
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. ท่านคิดว่าท่านจะเข้าร่วมตรวจคัดกรองในปี พ.ศ. 2569	162 (57.9)	64 (22.9)	40 (14.3)	5 (1.8)	9 (3.2)	4.30 (0.99)
2. ท่านคิดว่าเข้าร่วมตรวจคัดกรองทุกปี	155 (55.4)	60 (21.4)	50 (17.9)	5 (1.8)	10 (3.6)	4.23 (1.03)
3. แม้ว่าท่านมีงานยุ่งขนาดไหนท่านก็ยังเข้าร่วมการตรวจคัดกรอง	140 (50)	58 (24.3)	54 (19.3)	9 (3.2)	9 (3.2)	4.15 (1.04)
4. ท่านคิดว่าท่านจะเข้าตรวจคัดกรองแม้ว่าจะไม่มีสวัสดิการของสถาบันฯ	118 (42.1)	68 (24.3)	67 (23.9)	12 (4.3)	15 (5.4)	3.94 (1.14)

ผู้วิจัยทำการทดสอบ ผลการวิเคราะห์ตรวจสอบการเกิดปัญหา Multicollinearity ค่า Tolerance และค่า VIF ของตัวแปรทั้งหมดในแบบจำลอง พบว่าตัวแปรทุกตัวมีค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.318 ถึง 0.942 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ 0.10 และมีค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.062 ถึง 3.148 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ 10 อย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่าตัวแปรอิสระในแบบจำลองนี้ไม่มีปัญหาความหลายเส้นตรง (Multicollinearity) จึงสามารถนำตัวแปรทั้งหมดเข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยได้อย่างเหมาะสม เมื่อพิจารณาตัวแปรด้านข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า อายุ เป็นตัวแปรเดียวในกลุ่มนี้ที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.001$ สำหรับตัวแปรด้านสถานะสุขภาพ พบว่า ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มนี้ ได้แก่ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.001$ และ การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.004$ รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่า Tolerance และค่า Variance Inflation Factor (VIF)

ตัวแปร	Tolerance	VIF	p = value
ข้อมูลส่วนบุคคล			
อายุ	0.353	2.836	<0.001*
สถานภาพ	0.686	1.458	0.065
มีบุตร	0.738	1.354	0.188
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	0.369	2.713	0.963
ระดับการศึกษา	0.669	1.494	0.319
ประเภทการจ้าง	0.367	2.728	0.464
สายงาน	0.522	1.915	0.478
รายได้	0.318	3.148	0.589
ข้อมูลสถานะสุขภาพ			
โรคประจำตัว	0.820	1.220	0.366
ประวัติครอบครัว สมาชิกครอบครัวญาติสายตรง	0.942	1.062	0.357
เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก			
ประวัติครอบครัว สมาชิกครอบครัวญาติสายตรง	0.936	1.068	0.280
เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม			
การเคยได้รับวัคซีน HPV	0.845	1.184	0.448
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกการตรวจมะเร็งปาก	0.576	1.737	<0.001*
มดลูกด้วยวิธี Pap smear			
การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ	0.545	1.836	0.004*
การได้รับการสอนหรืออบรมวิธีตรวจคัดกรองมะเร็ง	0.719	1.390	0.116
ปากมดลูก/เต้านม			
การทักษะในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการคลำ	0.742	1.347	0.980
เต้านมด้วยตนเองเบื้องต้น			

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรี ของบุคลากรสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่าปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีรายละเอียดเรียงลำดับค่าความสัมพันธ์ (r) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ได้แก่ บรรทัดฐานส่วนบุคคล ($r = 0.308, p < 0.01$) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจสูงสุดในกลุ่มตัวแปรที่ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ($r = 0.288, p < 0.001$) ทศนคติต่อพฤติกรรม ($r = 0.218, p < 0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r = 0.181, p < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ ($r = 0.149, p < 0.005$) ความรู้เกี่ยวกับโรค ($r = 0.146, p < 0.005$) และการรับรู้ความรุนแรง ($r = 0.131, p < 0.005$) ตามลำดับ ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้อุปสรรค ($r = -0.027, p > 0.005$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ทักษะติดต่อพฤติกรรม บรรทัดฐานส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรี ของบุคลากรสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

	ความรู้เกี่ยวกับ มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม	การรับรู้โอกาส เสี่ยง	การรับรู้ความ รุนแรง	การรับรู้ อุปสรรค	การรับรู้ ประโยชน์	ทักษะติดต่อ พฤติกรรม	บรรทัดฐาน ส่วนบุคคล	การรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรม	ความตั้งใจในการเข้ารับการ ตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม	1								
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.324** <0.001	1							
การรับรู้ความรุนแรง	0.351** <0.001	0.710** <0.001	1						
การรับรู้อุปสรรค	-0.056 0.354	0.153* 0.010	0.121* 0.042	1					
การรับรู้ประโยชน์	0.307** <0.001	0.539** <0.001	0.605** <0.001	0.164** 0.006	1				
ทักษะติดต่อพฤติกรรม	0.246** <0.001	0.640** <0.001	0.679** <0.001	0.050 0.402	0.603** <0.001	1			
บรรทัดฐานส่วนบุคคล	0.254** <0.001	0.598** <0.001	0.650** <0.001	0.034 0.569	0.546** <0.001	0.814** <0.001	1		
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	0.287** <0.001	0.582** <0.001	0.627** <0.001	-0.002 0.976	0.568** <0.001	0.725** <0.001	0.771** <0.001	1	
ความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม	0.146* 0.014	0.181** 0.002	0.131* 0.029	-0.027 0.651	0.149* 0.012	0.218** <0.001	0.308** <0.001	0.288** <0.001	1

จากการทดสอบการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) ด้วยวิธี Stepwise และได้คัดเลือกตัวแปรจำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ อายุ (X_1), สถานภาพ (X_2), การศึกษา (X_3), การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยแพทย์ พยาบาล หรือผู้เชี่ยวชาญ (X_4) และบรรทัดฐาน (X_5) เพื่อพยากรณ์ความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ได้สมการดังนี้

$$\hat{Y} = 5036 + 0.032X_1 + 0.438X_2 + 0.378X_3 + 0.709X_4 + 0.067X_5$$

ค่า $R^2 = 0.265$ แสดงว่าตัวแปร 5 ตัวแปร ดังกล่าว สามารถร่วมกันพยากรณ์ความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งได้ 26.5% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด คือ การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยแพทย์ พยาบาล หรือผู้เชี่ยวชาญ $\beta = 0.344$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ รองลงมาอายุ $\beta = 0.319$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ และบรรทัดฐานส่วนบุคคล ค่า $\beta = 0.214$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ตามลำดับ

สมการนี้พยากรณ์ความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรี ของบุคลากรสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีใน ปี พ.ศ. 2569 สามารถทำนายความตั้งใจ ได้ร้อยละ 26.5% จากการพยากรณ์สะท้อนให้เห็นว่าความเชื่อมั่นในวิชาชีพและการได้รับการตรวจเบื้องต้นจากผู้เชี่ยวชาญเป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญที่สุดที่ทำให้บุคลากรตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็ง ซึ่งอาจเกิดจากความตระหนักรู้ด้านความเสี่ยงและการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเนื่องจากบุคลากรเป็นบุคลากรทางการแพทย์ และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน มีต่อความตั้งใจตรวจคัดกรองสุขภาพของบุคลากร รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรี ของบุคลากรสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ข้อมูลส่วนบุคคล	B	Std. Error	β	t	p-value
ค่าคงที่	5.036	0.319		15.779	<0.001
อายุ (X_1)	0.032	0.006	0.319	5.286	<0.001
สถานภาพสมรส (X_2)	0.438	0.120	0.214	3.654	<0.001
การศึกษา (X_3)	0.378	0.165	0.126	2.291	0.023
การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยแพทย์ พยาบาล หรือผู้เชี่ยวชาญ (X_4)	0.709	0.117	0.344	6.042	<0.001
บรรทัดฐานส่วนบุคคล (X_5)	0.067	0.015	0.244	4.570	<0.001

$R^2 = 0.265$ Adjusted R Square = 0.252

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า จากการหาค่าความสัมพันธ์วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม กับความสัมพันธ์แบบแผนความเชื่อ (Health Belief Model: HBM) พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรีฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ และการรับรู้ประโยชน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.003$ แต่การรับรู้อุปสรรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรีฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > 0.512$ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทิดา จันต๊ะวงศ์⁽⁹⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง

มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.048$ การรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ และการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ แต่การรับรู้อุปสรรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.072$ เมื่อหาความสัมพันธ์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรีฯ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีปัจจัยด้านทัศนคติต่อพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ บรรทัดฐานส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.007$ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงตะวัน พรหมมาศ และคณะ⁽¹⁰⁾ ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของ หญิงอายุ 30 - 70 ปี ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางน้ำผึ้ง อำเภอยะประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงอายุ 30 - 70 ปี ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางน้ำผึ้ง อำเภอยะประแดง จังหวัดสมุทรปราการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.017$

เมื่อทดสอบสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) ด้วยวิธี Stepwise พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรีฯ $\beta = 0.244$ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริสุข บุณยะเรืองโรจน์⁽¹¹⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทย เขตอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างเหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ สถานภาพสมรส พบว่าค่า $\beta = 0.214$ ($p < 0.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็ง บทบาทของคู่สมรสในฐานะสนับสนุนทางสังคม (Social support) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการตรวจสุขภาพเชิงป้องกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุธิศา บุญรัตน์ และคณะ⁽¹²⁾ ทำการศึกษาลงของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.015$ ระดับการศึกษา พบว่าค่า $\beta = 0.126$ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชยา ภคจิรสกุล⁽¹³⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยในจังหวัดลำปาง พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยแพทย์ พยาบาล หรือผู้เชี่ยวชาญ พบว่าค่า $\beta = 0.344$ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิรศักดิ์ จิรากุลสวัสดิ์⁽¹⁴⁾ ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีอายุ 30 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลทุ่งสงขลา และตำบลบึง อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี พบว่าการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาช่วยเพิ่มการรับรู้ทุกด้านและการไปตรวจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ และบรรทัดฐานส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรี ของบุคลากรสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เมื่อทำการวิเคราะห์การถดถอยของพหุคูณพบว่าค่า $\beta = 0.344$ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ อภิรักษ์ วัฒนวิกกิจ⁽¹⁵⁾ ทำการศึกษารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30 - 60 ปี ในโรงงานแห่งหนึ่ง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.020$ ซึ่งสะท้อนถึงการรับรู้ต่อความคาดหวังของบุคคล

สำคัญในชีวิต เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง

สรุป

จากการศึกษาวิจัยปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสถานะสุขภาพ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรี รวมถึงกลุ่มบุคลากรสตรีที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear และการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ มีความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนถึงความตระหนักในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่วนการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน พบว่าบรรทัดฐานส่วนบุคคล อิทธิพลของการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และการได้รับสวัสดิการนโยบายจากองค์กร รวมถึงทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ช่วยเสริมความตั้งใจ ทั้งนี้ การพยากรณ์ความตั้งใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งสำหรับสตรี ในปี พ.ศ. 2569 อยู่ที่ร้อยละ 26.5 สะท้อนให้เห็นโอกาสในการพัฒนานโยบายสวัสดิการของสถาบันฯ โดยเน้นการสร้างค่านิยมเชิงบวกและประสบการณ์ที่ดี เช่น การตรวจคัดกรองครั้งแรก โดยผ่านการเข้าร่วมโครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมของบุคลากรสตรี เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากความตั้งใจสู่การเข้ารับการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

หน่วยงานด้านอาชีวอนามัย ของบุคลากรสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สามารถใช้เป็นแนวทางพัฒนาโครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมแก่บุคลากร เพื่อสร้างแรงจูงใจและความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเน้นช่องทางไลน์โอเพนแชทที่บุคลากรเข้าถึงได้ง่าย และอันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งในระยะยาว ส่งเสริมคุณภาพชีวิตรวมทั้งสร้างความผูกพันระหว่างองค์กรและผูปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรพิจารณาใช้รูปแบบการวิจัยติดตามระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อติดตามพฤติกรรมจริงในการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมของบุคลากรฯ ในระยะยาว และสามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263.
2. Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR, Etzioni R, Flowers CR, Herzig A, et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. CA Cancer J Clin. 2020;70(5):321-346.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2562–2565. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2562.
4. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Educ Monogr. 1974;2:328-335.
5. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179-211.
6. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-610.

7. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
8. Best JW. Research in education. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
9. นันทิดา จันดีวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
10. ดวงตะวัน พรหมมาศ, สุพัตรา อัสวไมตรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงอายุ 30-70 ปี ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางน้ำผึ้ง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก. 2564;7(3):14-26.
11. สิริสุข บุณยะเรืองโรจน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทย เขตอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. 2559;8(1):279-294.
12. สุธิศา บุญรัตน์, ศรีธัญญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี. วารสารสุขภาพศึกษา. 2561;41(2):90-101.
13. พชยา ภักดิ์จรสกุล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยในจังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
14. จิรศักดิ์ จิรากุลสวัสดิ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาซึ่งประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. พุทธชินราชเวชสาร. 2564;38(2):130-140.
15. อภิรักษ์ วัฒนวิกกิจ. การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 30-60 ปี ในโรงงานแห่งหนึ่ง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(2):419-428.