ปัจจัยทำนายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพื่อหาเชื้อเอชพีวีในสตรีไทยที่มีปัญหาทางนรีเวช

Predictive factors of cervical cancer screening via HPV self-sampling among Thai women with Gynecological problems

กัณจ์ณาณ์ ปภาณัฏฐณัณณ์* บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ ** และ ปรวรรณ วิทย์วรานุกูล**

Ganna Papaanutthanun,* Bualuang Sumdaengrit,** and Porawan Witwaranukool**

*หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

* Master of Nursing Science Program (Adult and Gerontological Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Mahidol University

** Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และปัจจัยทำนายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพื่อหาเชื้อเอชพีวีในสตรีไทยที่มีปัญหาทางนรีเวช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 304 คน เลือกแบบเจาะจงโดยเป็นผู้ที่มารับบริการแผนกนรีเวชกรรมของโรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และปัจจัยด้านสุขภาพทางนรีเวช วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยพหุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เท่ากับ 14.41 (SD = 3.76) โดยยังไม่เข้าใจในรายละเอียดเชิงลึกของเชื้อเอชพีวีและวิธีการตรวจคัดกรอง คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเท่ากับ 25.62 (SD = 3.39) โดยมีข้อกังวลในความมั่นใจต่อวิธีการเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง ความแม่นยำของผลตรวจ และความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนของสิ่งส่งตรวจ และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเท่ากับ 6.01 (SD = 3.75) ผู้ป่วย ร้อยละ 8.88 เคยตรวจด้วยตนเอง และร้อยละ 63.49 ตั้งใจจะตรวจในอนาคต ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้ (Beta = .354) ประวัติการติดเชื้อเอชพีวี (Beta = .127) ทัศนคติ (Beta = .119) และประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Beta = .118) และอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 27 ($p < .001$)

คำสำคัญ: ทัศนคติ, สตรีที่มีปัญหาทางนรีเวช, การตรวจหาเชื้อเอชพีวีด้วยตนเอง, ความรู้, ปัจจัยทำนาย

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยมหิดล

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding author E-mail: bualuang.sum@mahidol.ac.th

วันที่รับบทความ: 16 เมษายน 2569 วันที่แก้ไขบทความ: 30 พฤษภาคม 2569 วันที่ตอบรับบทความ: 4 มิถุนายน 2569

Abstract

This descriptive cross-sectional design aimed to examine knowledge, attitudes, practices, and predictive factors of cervical cancer screening via HPV self-sampling among Thai women with Gynecological problems. A total of 304 Thai women with gynecological problems were recruited using purposive sampling. They were attending gynecology clinics at tertiary hospitals in Bangkok. The research instruments included questionnaires assessing knowledge, attitudes, practice and gynecological health factors. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis. The results showed that the mean knowledge score was 14.41 (SD = 3.76), indicating some limitations in understanding detailed aspects of HPV infection and screening methods. The mean attitude score was 25.62 (SD = 3.39), with concerns identified regarding confidence in self-sampling procedures, accuracy of test results, and potential contamination. The mean practice score was 6.01 (SD = 3.75). Only 8.88% of participants had previously performed HPV self-sampling, while 63.49% expressed intention to do so in the future. The predictors of HPV self-sampling behavior were knowledge (Beta = .354), history of HPV infection (Beta = .127), attitudes (Beta = .119), and history of cervical cancer screening (Beta = .118), collectively explaining 27% of the variance ($p < .001$).

Keywords: Attitude, Gynecological Women, HPV Self -sampling Behavior, Knowledge, Predictive Factors

ความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบเป็นอันดับที่ 4 ของสตรีทั่วโลกในปี 2022 (Ferlay et al., 2024) ในประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกอยู่ใน 5 อันดับของมะเร็งที่พบมากที่สุดในสตรี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2568) แม้ว่า Age-standardized incidence rate ลดลงจาก 18.1 เหลือ 10.3 ต่อแสนคนต่อปี แต่ยังไม่สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก อัตราการเสียชีวิตในช่วงปี 2555-2564 เพิ่มขึ้นจาก 5.9 เป็น 6.8 ต่อแสนคนต่อปี (World Health Organization, 2025) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสำคัญในการตรวจพบความผิดปกติในระยะเริ่มต้นซึ่งสามารถช่วยลดอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตจากโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ตรวจคัดกรอง จึงควรมีการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดภาระโรคในระยะยาว (Kositamongkol et al., 2023) แต่สตรีที่มีปัญหาทางนรีเวชอาจยังไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรอง หรือ มีอุปสรรคในการเข้ารับการตรวจอย่างต่อเนื่อง จากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติในช่วงปี 2005–2014 พบว่า มากกว่าร้อยละ 70 ของสตรีไทยอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้ง แต่มีเพียงร้อยละ 9 ที่กลับมาตรวจติดตามการรักษาหลังพบความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก (Ploysawang et al., 2021) และสตรีเพียงร้อยละ 4.6 ที่เคยได้ยินเกี่ยวกับการตรวจด้วยตนเอง (Kittisiam et al., 2016) ปัจจุบันการตรวจหาเชื้อเอชพีวีด้วยการเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง (Human papillomavirus [HPV] self-sampling)

เป็นนวัตกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบใหม่ มีความไว ร้อยละ 84 และความจำเพาะ ร้อยละ 88.4 ซึ่งใกล้เคียงกับการเก็บตัวอย่างโดยแพทย์ (Bogale et al., 2022) และเป็นทางเลือกที่สะดวกและช่วยให้สตรีเข้าถึงการตรวจคัดกรองได้มากยิ่งขึ้น วิธีการนี้เริ่มใช้ในปี 2566 โดยมีการศึกษานำร่องในจังหวัดกระบี่ (Suwantaroj et al., 2025)

จากแนวคิดของแบบจำลองกระบวนการยอมรับนวัตกรรมของ Rogers (1983) ที่ระบุว่า การยอมรับนวัตกรรมก่อนนำไปสู่การปฏิบัติจริงต้องอาศัยปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ และประสบการณ์ด้านสุขภาพ ทั้งนี้ การเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจหาเชื้อเอชพีวีด้วยตนเอง ซึ่งเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพที่ต้องอาศัยกระบวนการตัดสินใจยอมรับก่อนนำไปสู่การปฏิบัติจริง โดยบุคคลต้องมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับนวัตกรรม ก่อรูปทัศนคติ และตัดสินใจนำไปใช้ ความรู้เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก Shao และคณะ (2024) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับเอชพีวีและการตรวจด้วยตนเองของสตรีในเมืองหลวงในจีนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการตรวจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในแอฟริกา Tiiti และคณะ (2025) พบว่า การเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจด้วยตนเองเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้เกี่ยวกับเอชพีวีในหลายประเทศ พบว่า สตรีส่วนใหญ่มีความรู้อย่างจำกัด โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชพีวี (Waller et al., 2024) และการตรวจคัดกรองด้วยตนเอง (Shao et al., 2024) ทัศนคติ เป็นขั้นของการโน้มน้าวใจที่บุคคลก่อรูปทัศนคติต่อนวัตกรรมก่อนนำไปสู่การตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธการใช้นวัตกรรมนั้น Shao และคณะ (2024) ระบุว่า ทัศนคติของสตรีในเมืองหลวงของประเทศจีนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองด้วยตนเอง สตรีไทยส่วนใหญ่มีความกังวลต่อประสิทธิภาพของวิธีการเก็บตัวอย่าง ความแม่นยำของผลตรวจ และความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนของสิ่งส่งตรวจซึ่งความกังวลเหล่านี้เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ระดับทัศนคติต่ำลงและส่งผลให้ไม่ยอมรับการตรวจด้วยวิธีนี้ (Kittisiam et al., 2016) สอดคล้องกับ Nishimura และคณะ (2021) ที่พบว่าสตรีที่มีระดับทัศนคติสูงในความสะดวกและความเป็นส่วนตัวมีแนวโน้มยอมรับและเข้ารับการตรวจด้วยตนเองมากกว่า **ปัจจัยด้านสุขภาพทางนรีเวช**อาจมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพื่อหาเชื้อเอชพีวี ตามแนวคิดของ Rogers (1983) ที่ระบุว่าประสบการณ์เดิมและการรับรู้ความเสี่ยงของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การยอมรับนวัตกรรมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดย**สตรีที่มีประวัติการติดเชื้อเอชพีวี**มีแนวโน้มที่จะตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองมากกว่า เนื่องจากมีความตระหนักถึงความเสี่ยงและเห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง (Shao et al., 2024) และ Sukkasame และคณะ (2024) พบว่า**สตรีที่มีประวัติเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ** มักมีทัศนคติเชิงบวกต่อการตรวจด้วยตนเอง นอกจากนี้ **สตรีที่มีคู่นอนหลายคน**มักจะเลือกใช้การตรวจด้วยตนเองมากกว่าสตรีที่มีคู่นอนคนเดียว อาจจากมีความตระหนักในความเสี่ยงของตนเองและความต้องการความเป็นส่วนตัวในการตรวจ (Shao et al., 2024) **สตรีที่เคยมีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก**มาก่อนมีแนวโน้มยอมรับการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองมากกว่า เนื่องจากมีความคุ้นเคยกับกระบวนการตรวจและตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรอง (Nishimura et al., 2021)

การศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพื่อหาเชื้อเอชพีวีภายใต้กรอบแนวคิดกระบวนการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมยังมีจำนวนจำกัดในสตรีไทยที่มีปัญหาทางนรีเวชโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่ายังมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองน้อยมาก เนื่องจากมีการกระจายชุดตรวจไม่ทั่วถึง แต่จากนโยบายขององค์การ

อนามัยโลกที่กำหนดให้สตรีร้อยละ 70 ต้องได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพภายในปี 2030 และได้มีการนำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพื่อหาเชื้อเอชพีวีมาใช้ในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองในสตรีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพื่อหาเชื้อเอชพีวี และปัจจัยด้านสุขภาพทางนรีเวชในสตรีไทยที่มีปัญหาทางนรีเวช ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร

2. ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพื่อหาเชื้อเอชพีวีในสตรีไทยที่มีปัญหาทางนรีเวช ณ โรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยด้านสุขภาพทางนรีเวช ได้แก่ จำนวนคู่นอน ประวัติการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ประวัติการมีเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ และประวัติการติดเชื้อเอชพีวี

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ ทัศนคติ จำนวนคู่นอน ประวัติการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ประวัติการมีเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ และประวัติการติดเชื้อเอชพีวี สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพื่อหาเชื้อเอชพีวีในสตรีที่มีปัญหาทางนรีเวช ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานครได้

กรอบแนวคิดของการวิจัย ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรม (Innovation-Decision Process) ของ Rogers (1983) เพื่ออธิบายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพื่อหาเชื้อเอชพีวี ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมเชิงป้องกันที่การยอมรับอาจเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยอธิบายว่าการยอมรับนวัตกรรมประกอบด้วยกระบวนการตั้งแต่ความรู้ การโน้มน้าวใจ การตัดสินใจ ไปถึงการนำไปใช้ และยืนยันการปฏิบัติ ทั้งนี้กระบวนการเหล่านี้อาจได้รับอิทธิพลจากเงื่อนไขเบื้องต้นของบุคคล ในการวิจัยนี้ได้กำหนดความรู้และ ทัศนคติอยู่ในกระบวนการความรู้ และการโน้มน้าวใจ และพฤติกรรมอยู่ในกระบวนการการตัดสินใจและการนำไปใช้ ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพทางนรีเวชอยู่ในเงื่อนไขเบื้องต้นของบุคคล

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็น การวิจัยแบบพรรณนาเชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีไทยที่มีปัญหาทางนรีเวชและเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยนรีเวชกรรม ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ 2 แห่ง ในกรุงทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกนรีเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 304 ราย เลือกแบบเจาะจงโดยเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และไม่มีประวัติการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งนรีเวช

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1 กำหนดอำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.80 และระดับนัยสำคัญ .05 เนื่องจากยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาในเรื่องนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลแบบอนุรักษ์นิยมเป็นขนาดเล็กถึงปานกลาง (0.05) ตามข้อเสนอของ Cohen (1988) สำหรับ 6 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 279 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย รวมเป็น 307 ราย

เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. **ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพทางนรีเวช** สร้างขึ้นโดย คณะผู้วิจัย จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนคู่นอน ประวัติการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ประวัติการมีเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ และประวัติการติดเชื้อเอชพีวี ประวัติให้เลือกตอบว่า ไม่เคย หรือเคย

2. **ความรู้** จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชพีวีและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพื่อหาเชื้อเอชพีวี จำนวน 7 ข้อ ให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูกต้อง ไม่แน่ใจ และไม่ถูกต้อง 2) ความเข้าใจ จำนวน 3 ข้อ ให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ เข้าใจ เข้าใจบางส่วน และ ไม่เข้าใจ ให้คะแนน 2 , 1 และ 0 ตามลำดับ คะแนนรวม 0-20 การแปลความหมายของคะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้และความเข้าใจมาก

3. **ทัศนคติ** เป็นความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพื่อหาเชื้อเอชพีวี จำนวน 8 ข้อ การตอบใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง คำถามเชิงบวกให้คะแนน 1 ถึง 5 และคำถามเชิงลบให้คะแนน 5 ถึง 1 ตามลำดับ การแปลความหมายของคะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีทัศนคติที่ดี

4. **พฤติกรรม** เป็นพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพื่อหาเชื้อเอชพีวี จำนวน 10 ข้อ 6 ข้อแรกครอบคลุมการตรวจคัดกรองในอดีต ความสม่ำเสมอในการตรวจ ความตั้งใจแนะนำผู้อื่นและการตรวจในอนาคต เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ให้คะแนน 2 และ 0 ตามลำดับ การแปลความหมายของคะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมดี ส่วนข้อที่ 7-10 ใช้ในการอภิปรายผลไม่นำมาคิดคะแนน

แบบสอบถามส่วนที่ 2-4 ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของ Shao และคณะ (2024) ซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร Frontier in Public Health ภายใต้สัญญา Creative Commons Attribution 4.0 (CC BY 4.0) ซึ่งสามารถนำแบบสอบถามไปใช้ได้โดยมีการอ้างอิง จึงนำแบบสอบถามมาแปลตามขั้นตอนมาตรฐานของ Brislin (1970)

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงทางการดูแลผู้ป่วยนรีเวช อาจารย์พยาบาลสาขานรีเวช และแพทย์สาขานรีเวช ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม เท่ากับ 0.97, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ และหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปใช้ในสตรีที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรม ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง KR-20 เท่ากับ 0.84 และ 0.77 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามทัศนคติ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.58 และจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้ค่าเท่ากับ 0.67

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. MURA2025/646 ลงวันที่ 12 สิงหาคม 2568 และเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ IRB 91/68 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ลงวันที่ 30 กันยายน 2568 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลทั้ง 2 แห่ง หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ กับการดูแลรักษา การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลโดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ผู้ป่วยที่ยินดีให้ข้อมูลได้ลงนามในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่เดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน 2568

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกนรีเวชในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง แนะนำตัวและให้ผู้ป่วยตอบ

แบบสอบถามทั้ง 4 ในห้องที่เป็นส่วนตัวและเงียบ ใช้เวลาในการตอบ 15-20 นาที ในกรณีผู้ที่มีปัญหาด้านการอ่านหรือมองเห็น ผู้วิจัยได้อ่านตามแบบสอบถามและบันทึกตามที่ผู้ร่วมวิจัยตอบ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่า ข้อมูลไม่สมบูรณ์ร้อยละ 0.97 คงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 304 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวนค่าของสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุโดยวิธีนำทุกตัวแปรอิสระเข้าพร้อมกัน (enter method) ซึ่งได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ทั้งนี้ ตัวแปรที่วัดระดับนามบัญญัติได้แก่ จำนวนคู่นอน ประวัติการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ประวัติการมีเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ และประวัติการติดเชื้อเอชพีวี ได้แปลงเป็นตัวแปรหุ่น กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** สตรีที่มีปัญหาทางนรีเวชส่วนใหญ่ มีอายุ 36-45 ปี ร้อยละ 33.22 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 56.91

2. **ผลการศึกษาความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และปัจจัยด้านสุขภาพทางนรีเวชที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพื่อหาเชื้อเอชพีวีของสตรีไทยที่มีปัญหาทางนรีเวช ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร**

2.1 **ความรู้** ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เท่ากับ 14.41 (SD = 3.76) มีผู้ตอบถูกเกี่ยวกับวิธีการเตรียมตัวก่อนตรวจหาเชื้อเอชพีวีที่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 59.54 มีความเข้าใจบางส่วนในการจำแนกเชื้อออกเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง-ต่ำ ร้อยละ 42.43 และการติดเชื้อเอชพีวีที่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 41.12 และตอบว่าไม่เข้าใจและเข้าใจบางส่วนในวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ร้อยละ 45.07 และ 35.20

2.2 **ทัศนคติ** ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเท่ากับ 25.62 (SD = 3.39) โดย ร้อยละ 92.75 เห็นว่าการตรวจหาเชื้อเอชพีวีสามารถช่วยป้องกันหรือช่วยลดโอกาสในการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ ส่วนใหญ่ตอบว่าเห็นว่าตนเองมีความไม่มั่นใจในการเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง เนื่องจากกังวลเรื่องการปนเปื้อนระหว่างการส่งตัวอย่าง ประสิทธิภาพ และ ความแม่นยำของผลตรวจ ร้อยละ 66.77 64.14 และ 57.23 ตามลำดับ ขณะที่บางส่วนเห็นด้วยว่าการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจด้วยตนเองเป็นวิธีที่สะดวกและเป็นส่วนตัว ร้อยละ 55.92

2.3 **พฤติกรรม** ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเท่ากับ 6.01 (SD = 3.75) ผู้ป่วย ร้อยละ 50 เคยตรวจหาเชื้อเอชพีวีโดยเคยตรวจด้วยตนเอง ร้อยละ 8.8 และ ร้อยละ 63.49 ตั้งใจจะตรวจในอนาคต โดยร้อยละ 26.82 วางแผนดำเนินการ ภายใน 1 ปี และร้อยละ 43.05 เลือกที่จะตรวจที่โรงพยาบาล

2.4 **ปัจจัยด้านสุขภาพทางนรีเวชที่เกี่ยวข้อง** ผู้ป่วยไม่มีเคยมีคู่นอน ร้อยละ 17.43 มีคู่นอนมากกว่าหรือเท่า 1 คน ร้อยละ 82.57 มีประวัติเคยเข้ารับการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 83.55 ไม่เคยมีประวัติการมีเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ ร้อยละ 84.87 ไม่เคยมีประวัติติดเชื้อเอชพีวี ร้อยละ 87.17

3. **ผลการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพื่อหาเชื้อเอชพีวีของสตรีไทยที่มีปัญหาทางนรีเวช ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร** พบว่า มีตัวแปร 4 ตัวที่สามารถทำนายพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ 1) ความรู้ (Beta = 0.354) 2) ทัศนคติ (Beta = 0.119) 3) ประวัติการติดเชื้อเอชพีวี (Beta = 0.127) และ 4) ประวัติการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Beta = 0.118) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 27 ส่วนอีก 2 ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายได้ ได้แก่ จำนวนคู่นอน และประวัติการมีเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ (ตาราง 1)

ตาราง 1 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพื่อหาเชื้อเอชพีวีโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุ แบบ Enter (n = 304)

ตัวแปร	B	SEB	Beta	t	p-value
จำนวนคู่นอน	0.560	0.505	0.057	1.109	.268
ประวัติการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก	0.958	0.411	**0.118**	2.331	**.020**
ประวัติการมีเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ	1.117	0.587	0.107	1.902	.058
ประวัติการติดเชื้อเอชพีวี	1.421	0.647	**0.127**	2.197	**.029**
ความรู้	0.354	0.054	**0.354**	6.575	**<.001**
ทัศนคติ	0.131	0.056	**0.119**	2.344	**.020**
ค่าคงที่	-3.934	1.552	-	-2.534	**.012**

$R = 0.533$, $R^2 = 0.284$, $R^2_{adj} = \mathbf{0.270}$, Overall $F = 19.668$, $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพื่อหาเชื้อเอชพีวีของสตรีไทยที่มีปัญหาทางนรีเวชได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 4 จาก 6 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ประวัติการติดเชื้อเอชพีวี และ ประวัติการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 27 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยเป็นส่วนใหญ่ และสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรม ของ Rogers (1983) อภิปรายได้ดังนี้

ความรู้ Rogers (1983) ระบุว่าการได้รับข้อมูลความรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการยอมรับนวัตกรรมในการนำวิธีการตรวจไปใช้จริง สอดคล้องกับ Kittisiam และคณะ (2016) ที่พบว่าสตรีในกรุงเทพมหานครที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับเอชพีวี และการตรวจคัดกรองด้วยตนเองมีแนวโน้มปฏิเสธการตรวจวิธีนี้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ และ Shao และคณะ (2024) ที่พบว่าสตรีทั่วไปในเมืองหลวงประเทศจีนที่มีความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชพีวีและการตรวจคัดกรองด้วยตนเองสูงมีพฤติกรรมในการตรวจวิธีนี้ดีกว่า ทัศนคติ สนับสนุน Rogers (1983) ที่ระบุว่าบุคคลจะพัฒนาความรู้สึกเชิงบวกหรือเชิงลบต่อนวัตกรรมภายหลังได้รับข้อมูลข่าวสาร หากรับรู้ว่านวัตกรรมมีข้อดีและสอดคล้องกับความต้องการของตนเอง ย่อมเพิ่มโอกาสในการตัดสินใจนำไปใช้ สอดคล้องกับ Smith และคณะ (2014) ที่พบว่าทัศนคติต่อการตรวจด้วยตนเองสามารถทำนายความตั้งใจในการตรวจด้วยตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับ Sukkasame และคณะ (2024) ที่พบว่าในสตรีไทยยังมีทัศนคติต่ำต่อความเชื่อมั่นในความแม่นยำของผลตรวจด้วยตนเองเมื่อเทียบกับการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์

ประวัติการติดเชื้อเอชพีวี และ ประวัติการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก สนับสนุนแนวคิดของ Rogers (1983) ที่อธิบายว่าเงื่อนไขเบื้องต้นมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรม โดยผู้ที่มีประสบการณ์จะมีแนวโน้มรับรู้ประโยชน์ของนวัตกรรมและพร้อมที่จะนำ

ไปใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Waller และคณะ (2024) ที่พบว่าผู้ที่เคยติดเชื้อเอชพีวีมีแนวโน้มเข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่า รวมทั้งการศึกษาของ Shao และคณะ (2024) ที่พบว่าผู้ที่มีประวัติติดเชื้อเอชพีวีมีพฤติกรรมการตรวจด้วยตนเองดีกว่ากลุ่มที่ไม่เคยติดเชื้อ ในทำนองเดียวกันประสบการณ์เดิมของการตรวจคัดกรอง อาจทำให้มีความตระหนักต่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนั้น จึงมียอมรับทางเลือกใหม่มากกว่าผู้ที่ไม่เคยตรวจมาก่อน สอดคล้องกับ Nishimura และ คณะ (2021) และ Ma'som และคณะ (2016) ที่พบว่าสตรีที่เคยมีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อนมีแนวโน้มยอมรับการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองมากกว่า เนื่องจากมีความคุ้นเคยกับกระบวนการตรวจ ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรอง การลดความอาย และเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ

ส่วนอีก 2 ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายได้ ได้แก่ จำนวนคู่นอน และประวัติการมีเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ อภิปรายได้ว่า จำนวนคู่นอน สนับสนุน Rogers (1983) ที่ระบุว่าเงื่อนไขส่วนบุคคลในอดีตจะนำสู่กระบวนการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมได้ก็ต่อเมื่อบุคคลรับรู้ถึงปัญหาอย่างเพียงพอ การเคยมีคู่นอนไม่ได้หมายความว่าสตรีจะรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยง โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวเชื้อเอชพีวีและการตรวจ ซึ่งแตกต่างจาก Shao และคณะ (2024) และ Sukkasame และคณะ (2024) ที่พบว่าสตรีที่มีคู่นอนหลายคนมีแนวโน้มเลือกใช้การตรวจด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มอื่น แต่ผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษายังมีผู้ที่ไม่เข้าใจในการตรวจคัดกรองด้วยตนเอง จึงอาจยังคงยึดติดกับรูปแบบการตรวจโดยบุคลากรสุขภาพ ประวัติการมีเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ จากการอธิบายของ Rogers ว่าประสบการณ์ผลตรวจผิดปกติในอดีตเป็นเสมือนเงื่อนไขส่วนบุคคลที่กระตุ้นให้บุคคลผ่านขั้นการรับรู้ไปสู่ขั้นการโน้มน้าวใจ และนำไปสู่การตัดสินใจนำนวัตกรรมไปใช้ได้เร็วขึ้น แต่สตรีในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.55 เคยได้รับการตรวจคัดกรองมาก่อนและพบผลผิดปกติเพียงส่วนน้อย จึงอาจรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดโรค และมองว่าการตรวจโดยบุคลากรสุขภาพในสถานพยาบาลยังคงเป็นวิธีที่น่าเชื่อถือและปลอดภัยกว่าการตรวจด้วยตนเอง จึงไม่มีแรงจูงใจในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง และสอดคล้องกับ Ploysawang และคณะ (2021) ที่พบว่าสตรีที่เคยตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกมาก่อน มีเพียง ร้อยละ 9 เท่านั้นที่กลับมาตรวจติดตาม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติ เกี่ยวกับเชื้อเอชพีวี และวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มความสามารถและความมั่นใจในการเก็บตัวอย่างเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

2. ควรมีการศึกษาในระยะยาว เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองเพื่อหาเชื้อเอชพีวี

เอกสารอ้างอิง

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2568). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2566 (Hospital-Based Cancer Registry 2023).* https://nci.go.th/files/cancer_stat/1771317685_file.pdf

Bogale, A. L., Teklehaymanot, T., Ali, J. H., Kassie, G. M., Medhin, G., Baye, A. Y., & Shiferaw, A. Y. (2022). Comparison of self-collected versus clinician collected cervicovaginal specimens for detection of high-risk human papillomavirus among HIV infected women in Ethiopia. *BMC Women's Health, 22*(1), 360. https://doi.org/10.1186/s12905-022-01944-2

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., & Mery, L. (2024). *Global cancer observatory: Cancer Today*. International Agency for Research on Cancer. https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/23-cervix-uteri-fact-sheet.pdf

Kositamongkol, C., Kanchanasurakit, S., Mepramoon, E., Talungchit, P., Chaopotong, P., Kengkla, K., Chaisathaphol, T., Saokaew, S., & Phisalprapa, P. (2023). Cost-utility and budget impact analyses of cervical cancer screening using self-collected samples for HPV DNA testing in Thailand. *BMC Public Health, 23*(1), 2413. https://doi.org/10.1186/s12889-023-17358-0

Kittisiam, T., Tangjitgamol, S., Chaowawanit, W., Khunnarong, J., Srijaipracharoen, S., Thavaramara, T., & Pataradool, K. (2016). Knowledge and attitudes of Bangkok metropolitan women towards HPV and self-sampled HPV testing. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 17*(5), 2445-2451.

Ma'som, M., Bhoo-Pathy, N., Nasir, N. H., Bellinson, J., Subramaniam, S., Ma, Y., Yap, S.-H., Goh, P.-P., Gravitt, P., & Woo, Y. L. (2016). Attitudes and factors affecting acceptability of self-administered cervicovaginal sampling for human papillomavirus (HPV) genotyping as an alternative to Pap testing among multiethnic Malaysian women. *BMJ Open, 6*(8), Article e011022. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-011022

Nishimura, H., Yeh, P. T., Oguntade, H., Kennedy, C. E., & Narasimhan, M. (2021). HPV self-sampling for cervical cancer screening: A systematic review of values and preferences. *BMJ Global Health, 6*(5), Article e003743. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003743

Ploysawang, P., Rojanamatin, J., Prapakorn, S., Jamsri, P., Pangmuang, P., Seeda, K., & Sangrajrang, S. (2021). National cervical cancer screening in Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 22*(1), 25-30. https://doi.org/10.31557/apjcp.2021.22.1.25

Rogers, E. M. (1983). *Diffusion of innovations* (3rd ed.). Free Press.

Shao, J., Ke, H., Jiang, C., Sun, H., Han, H., Zhu, J., Chen, L., Wang, Y., Gu, J., & Duan, Y. (2024). Knowledge, attitudes, and practices of human papillomavirus and self-sampling among adult women: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health, 12*, Article 1377343. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1377343

Smith, L. W., Khurshed, F., van Niekerk, D. J., Krajden, M., Greene, S. B., Hobbs, S., Coldman, A. J., Franco, E. L., & Ogilvie, G. S. (2014). Women's intentions to self-collect samples for human papillomavirus testing in an organized cervical cancer screening program. *BMC Public Health, 14*(1), 1060. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1060

Sukkasame, P., Jareemit, N., Punyashthira, A., Inthasorn, P., Chantawong, N., Suwannarurk, K., Pariyawateekul, P., Tangjitgamol, S., & Thai Gynecologic Cancer Society Research Group. (2024). Attitude toward human papillomavirus self-sampling and associated factors among Thai women undergoing colposcopy. *Obstetrics & Gynecology Science, 67*(3), 286-295. https://doi.org/10.5468/ogs.23293

Suwantaroj, J., Sripan, P., Kallawicha, K., Tso, J., Singweratham, N., & Siewchaisakul, P. (2025). The utilization of human papillomavirus testing for cervical cancer screening in Thailand: A comparison of screening with and without self-sampling samples. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 26*(9), 3469-3475. https://doi.org/10.31557/apjcp.2025.26.9.3469

Tiiti, T. A., Aluko, O., & Barrett, C. (2025). Knowledge of human papillomavirus and self-sampling, including vaccination practices among female students in Free State, South Africa. *Cancer Causes Control, 36*(12), 1705-1717. https://doi.org/10.1007/s10552-025-02049-5

Waller, J., Waite, F., & Marlow, L. (2024). Awareness and knowledge about HPV and primary HPV screening among women in Great Britain: An online population-based survey. *Journal of Medical Screening, 31*(2), 91-98. https://doi.org/10.1177/09691413231205965

World Health Organization. (2025). *Eradicating cervical cancer in Thailand: A journey of hope and progress.* https://cdn.who.int/media/docs/default-source/thailand/reports/eradicating-cervical-cancer-in-thailand.pdf