



ปัจจัยทำนายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองของสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป

ในเขตบริการสุขภาพ จังหวัดสุรินทร์

กรรณิกา เพ็ชรเกษม¹, เกตุณรินทร์ บุญคล้าย², อรปรีญา ผ่องใส¹, วรณชาติ ตาเลิศ¹, อนุสร การเกษม³, เยาวพา วรรณแก้ว^{1*}

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³โรงพยาบาลราชสีโล

(วันที่รับบทความ: 21 สิงหาคม 2568; วันที่แก้ไข: 18 มกราคม 2569 ; วันที่ตอบรับ: 22 มกราคม 2569)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเชิงวิเคราะห์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ในเขตบริการสุขภาพ จังหวัดสุรินทร์ ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 - พฤษภาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป จำนวน 130 คน ที่คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบสมมาตรใจ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC ≥ 0.6) และมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 30.64 ปี (S.D. = 7.20) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 49.20 การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50.00 อาชีพหลักคือรับราชการ ร้อยละ 24.60 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 19,407 บาท (S.D. = 12,625.61) และไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองมาก่อน ร้อยละ 100 ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.68$, S.D. = 0.90) ปัจจัยที่ทำนายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ ($\beta = 0.93$) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\beta = 0.47$) การจัดการตนเอง ($\beta = -0.46$) การสื่อสารสุขภาพ ($\beta = -0.25$) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ($\beta = 0.25$) ระดับการศึกษา ($\beta = 0.14$) และอายุ ($\beta = 0.11$) โดยโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมตรวจคัดกรองได้ร้อยละ 84.10 ผลการศึกษานี้ชี้ว่าการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองควรมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวกและเป็นมิตร เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมตรวจ ขณะเดียวกันควรออกแบบการสื่อสารเชิงรุกเพื่อแก้ไขความเชื่อมั่นเกินจริงในการดูแลสุขภาพตนเอง และเน้นการตัดสินใจเชิงสุขภาพ การยกระดับการศึกษา และกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับแต่ละช่วงวัย เพื่อนำไปสู่การยอมรับและการเข้ารับการตรวจที่ยั่งยืนในสตรีไทย

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก, การตรวจด้วยตนเอง, การคัดกรอง

*ผู้รับผิดชอบบทความ: เยาวพา วรรณแก้ว; yaowapa@bcnsurin.ac.th



Predictive Factors of Cervical Cancer Self-Screening Among Women Aged 20 Years and Above in the Health Service Area of Surin Province

Kannika Phetcharak¹, Ketnarin Bunklai², Onpreeya Pongsai¹, Wannachart Talerd¹,
Anusorn Karaket³, Yaowapa Wannakaew^{1*}

¹ Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ Rasi Salai Hospital

(Received: 21 August 2025; Revised: 18 January 2026 ; Accepted: 22 January 2026)

Abstract

This descriptive analytical study aimed to examine factors predicting the intention to undergo self-sampling cervical cancer screening among women in the health service area of Surin Province. Data were collected between December 2024 and May 2025 from 130 women of reproductive age aged 20 years and older who were selected using voluntary sampling. Data were obtained using a structured questionnaire with an acceptable content validity (index of item-objective congruence ≥ 0.6) and good reliability (Cronbach's alpha = 0.90). Data analysis was performed using descriptive statistics and multiple logistic regression analysis, with the level of statistical significance set at $p < 0.05$.

The results showed that the majority of participants had a mean age of 30.64 years (S.D.= 7.20). Nearly half were single (49.20%), half had attained a bachelor's degree (50.00%), and the most common occupation was government service (24.60%). The average monthly income was 19,407 Thai Baht (S.D. = 12,625.61). All participants (100%) had never previously undergone self-sampling cervical cancer screening. Overall health literacy regarding self-sampling cervical cancer screening was at a moderate level (mean = 3.68, S.D. = 0.90). Multiple logistic regression analysis revealed that significant predictors of the intention to undergo self-sampling cervical cancer screening ($p < 0.001$) included media literacy ($\beta = 0.93$), access to health information and services ($\beta = 0.47$), self-management ($\beta = -0.46$), health communication ($\beta = -0.25$), decision-making for health practices ($\beta = 0.25$), educational level ($\beta = 0.14$), and age ($\beta = 0.11$). The model explained 84.10% of the variance in screening intention. These findings suggest that interventions to promote self-sampling cervical cancer screening should prioritize enhancing media literacy and improving access to convenient, user-friendly health services, as these factors exert the strongest influence on screening behavior. In addition, proactive health communication strategies are needed to address overconfidence related to self-care, while emphasizing informed health decision-



making, educational advancement, and age-specific strategies to achieve sustainable acceptance and uptake of self-sampling cervical cancer screening among Thai women.

Keywords: cervical cancer, self-sampling, screening

***Corresponding author:** Yaowapa Wannakaew; yaowapa@bcnsurin.ac.th

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสตรีทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคที่พบมากในสตรีวัยทำงานและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้หากมีการตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ข้อมูลจากกรมการแพทย์ (2565) ระบุว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม โดยมีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ในช่วงปี 2563–2565 อยู่ที่ร้อยละ 11.1, 13.8 และ 13.1 ตามลำดับ และส่วนใหญ่พบในสตรีอายุระหว่าง 30–60 ปี อีกทั้งยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญของผู้หญิงไทย โดยมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยรายใหม่อาจเพิ่มเป็น 9,790 คนในปี 2568 และสูงขึ้นเป็น 11,000 คนในปี 2583 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565) ข้อมูลล่าสุดจากกรมการแพทย์ในปี 2566 ยังยืนยันว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่เฉลี่ย 5,422 คนต่อปี หรือเฉลี่ยวันละ 15 คน และมีผู้เสียชีวิตกว่า 2,238 คนต่อปี ขณะเดียวกัน สถาบันมะเร็งแห่งชาติยังระบุว่าโรคนี้อยู่ในอันดับที่ 3 ของมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรีไทย (Hfocus, 2566) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคที่ยังคงรุนแรงและจำเป็นต้องมีมาตรการแก้ไขอย่างจริงจัง ข้อมูลในระดับนานาชาติจาก International Agency for Research on Cancer (IARC, 2022) รายงานว่าในปี 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยรายใหม่สูงถึง 9,158 ราย และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 4,700 รายต่อปี ซึ่งไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรี แต่ยังก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจ เนื่องจากรัฐบาลต้องใช้งบประมาณในการรักษา มากกว่า 350 ล้านบาทต่อปี ทั้งในส่วนของค่าใช้จ่ายโดยตรงและค่าเสียโอกาสจากการสูญเสียกำลังแรงงานของสตรีในวัยทำงาน ส่วนในระดับโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) ระบุว่ามะเร็งปากมดลูกมีผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 466,000 คนต่อปี และมีผู้เสียชีวิตกว่า 231,000 คน โดยกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา แสดงให้เห็นว่ามะเร็งปากมดลูกไม่เพียงเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตของผู้หญิงแต่ยังเป็นภาระสำคัญต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ สำหรับจังหวัดสุรินทร์เอง แม้ข้อมูลอาจล้าหลัง แต่จากการศึกษาพบว่าอัตราความชุกของมะเร็งปากมดลูกอยู่ที่ 11.4 รายต่อประชากรหญิงหนึ่งแสนคน (ประชุมพร บุรณัฏเจริญ, 2547) และจากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์พบว่าอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองในกลุ่มเป้าหมายมีเพียงร้อยละ 17.2 ของประชากรหญิงทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, 2567) ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนว่าภาระโรคมียังมีอยู่จริงในระดับท้องถิ่น และการเข้าถึงการตรวจคัดกรองยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ดังนั้น การดำเนินมาตรการป้องกันที่เข้มแข็ง ทั้งการรณรงค์สร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชน การส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อ HPV และการตรวจคัดกรองทั้งในรูปแบบมาตรฐานและการตรวจด้วยตนเองอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิต รวมทั้งยกระดับคุณภาพชีวิตของสตรีไทยในระยะยาว



การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกถือเป็นมาตรการสำคัญในการลดอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตของโรคนี้อยู่ในประเทศไทยมีการดำเนินโครงการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง ทั้งการตรวจด้วยวิธี Pap smear และการตรวจหาเชื้อ HPV (HPV DNA test) ซึ่งได้รับการยืนยันว่ามีประสิทธิภาพในการตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ในระยะก่อนเกิดมะเร็งและสามารถนำไปสู่การรักษาที่ทันเวลาที่ (กรมการแพทย์, 2565) อย่างไรก็ตาม อัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองยังคงอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับความจำเป็น โดยมีสาเหตุจากหลายปัจจัย เช่น ความรู้สึกอาย ความไม่สะดวกในการเดินทาง การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมถึงข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้สตรีจำนวนหนึ่งพลาดโอกาสในการเข้าถึงบริการ (Chansaenroj et al., 2022) เพื่อลดข้อจำกัดดังกล่าว มีการนำการตรวจคัดกรองแบบเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง (self-sampling for HPV testing) มาใช้เป็นทางเลือกเสริม โดยงานวิจัยระบุว่า การตรวจด้วยตนเองมีความแม่นยำใกล้เคียงกับการเก็บตัวอย่างโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Nelson et al., 2017) และช่วยลดอุปสรรคด้านเวลา ความสะดวก และความอาย อีกทั้งยังเพิ่มการยอมรับและการเข้ารับบริการของสตรีได้อย่างมีนัยสำคัญ (Arbyn et al., 2018) อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยอัตราการเข้ารับบริการตรวจด้วยตนเองยังคงอยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 10-20 เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว (Chansaenroj et al., 2022) ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับบริการดังกล่าว ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ตลอดจนความสามารถในการสื่อสารและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (Nutbeam, 2008; Virtanen et al., 2019) ดังนั้น การส่งเสริมการตรวจคัดกรองทั้งในรูปแบบมาตรฐานและการตรวจด้วยตนเองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยที่ยังคงมีอัตราการป่วยและการเสียชีวิตในระดับสูง ซึ่งจำเป็นต้องมีการดำเนินนโยบายเชิงรุกและพัฒนาาระบบบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการเข้าถึงอย่างทั่วถึง

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam (2008) เป็นกรอบแนวคิดสำคัญที่สามารถอธิบายพฤติกรรมดังกล่าว โดยแบ่งความรอบรู้ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงหน้าที่ (Functional health literacy) คือความสามารถในการอ่าน เขียน และเข้าใจข้อมูลสุขภาพขั้นพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) คือความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นเพื่อจัดการสุขภาพของตนเอง และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงวิพากษ์ (Critical health literacy) คือความสามารถในการวิเคราะห์ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจที่เหมาะสม งานวิจัยในประเทศไทยสนับสนุนว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมคัดกรอง เช่น Kiatlertdecha et al. (2019) พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันมะเร็งเต้านมและปากมดลูก และพบว่าเครื่องมือดังกล่าวสามารถสะท้อนทักษะการประเมินและการประยุกต์ใช้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่ สูดาฟ้า วงศ์หาริมาศย์ และกรัณฐิรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ (2561) พบว่า การจัดการตนเองและการสื่อสารด้านสุขภาพมีผลต่อเจตนาของสตรีในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโดยตรงและทางอ้อม งานวิจัยล่าสุดโดย Kamolthip et al. (2025) แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลในชนบทมีระดับความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ HPV สูงกว่าผู้ที่อาศัยในเมือง และการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ตบ่อยครั้งสัมพันธ์กับระดับ



ความรู้ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Boonchieng et al. (2024) ศึกษาสตรีมุสลิมภาคใต้และพบว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบ Edutainment สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ และอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกัน หลักฐานจากต่างประเทศรายงานในทิศทางสอดคล้อง เช่น Phoolcharoen et al. (2021) ทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และยืนยันว่าความรู้ด้านสุขภาพและทัศนคติเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการยอมรับการตรวจคัดกรองและความเต็มใจที่จะใช้การตรวจ HPV ด้วยตนเอง รวมทั้งงานของ Arbyn et al. (2018) และ Polman et al. (2019) ที่ยืนยันว่าสตรีส่วนใหญ่มีความยอมรับสูงต่อวิธี self-sampling หากได้รับข้อมูลและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร และการคิดเชิงวิพากษ์ จึงเป็นกลไกสำคัญที่สามารถช่วยเพิ่มการตัดสินใจและการยอมรับการตรวจ HPV ด้วยตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การลดภาระโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระดับบุคคลและสังคม (Chanchewarn et al., 2020; Termrungruanglert et al., 2021)

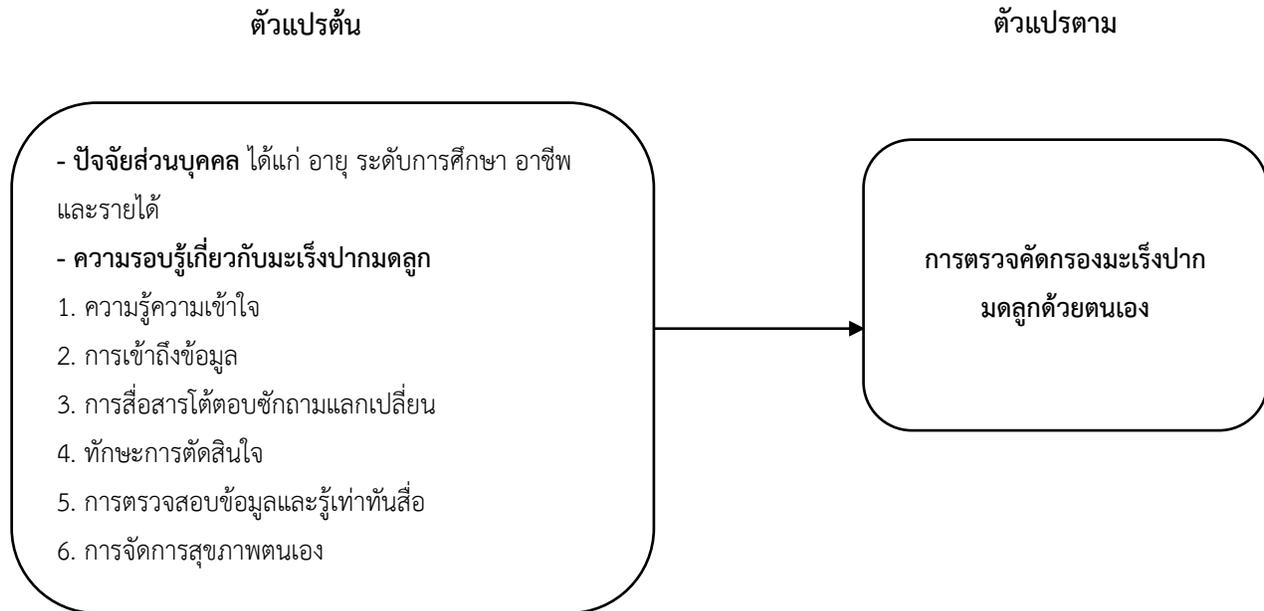
อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่ามีช่องว่างขององค์ความรู้หลายประการที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม ประเด็นแรก คือ ปัจจัยทำนายความต้องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง (HPV self-sampling) ยังไม่ชัดเจน แม้งานวิจัยบางส่วนระบุว่าความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์การตรวจคัดกรองก่อนหน้า และทัศนคติต่อสุขภาพมีผลต่อการยอมรับการตรวจ แต่ยังขาดการศึกษาเชิงปริมาณที่มุ่งวิเคราะห์ปัจจัยทำนายในสตรีไทยโดยเฉพาะ (Phoolcharoen et al., 2021; Termrungruanglert et al., 2021) ประเด็นที่สอง คือ การเชื่อมโยงระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กับการยอมรับการตรวจยังมีจำนวนจำกัด แม้ว่า Nutbeam (2008) จะเสนอกรอบแนวคิดการแบ่งความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ Functional, Interactive และ Critical health literacy แต่การนำกรอบดังกล่าวมาใช้เป็นตัวแปรทำนายพฤติกรรมกรรมการตรวจในบริบทสตรีไทยยังมีน้อย (Virtanen et al., 2019; Phoolcharoen et al., 2021) ประเด็นสุดท้าย คือ ความแตกต่างระหว่างกลุ่มประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อาจส่งผลต่อการยอมรับการตรวจ แต่ยังไม่มีการวิจัยในประเทศไทยที่ผสมผสานทั้งปัจจัยด้านประชากรและความรู้ด้านสุขภาพเพื่อสร้างโมเดลทำนายอย่างเป็นระบบ (Termrungruanglert et al., 2021) การขาดองค์ความรู้เหล่านี้มีนัยสำคัญเชิงพื้นที่ เนื่องจากอัตราการตรวจคัดกรองในบางจังหวัดยังอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ การศึกษาที่เจาะจงในบริบทท้องถิ่นจึงมีความจำเป็น เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนปัจจัยทำนายทั้งในมิติสุขภาพและสังคม ซึ่งจะสามารถนำไปใช้ในการออกแบบมาตรการส่งเสริมการตรวจคัดกรองที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และช่วยเพิ่มอัตราการเข้ารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพในสตรีไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถใช้ทำนายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง



กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (descriptive-analytic study) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถใช้ทำนายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568

พื้นที่และประชากรที่ศึกษา พื้นที่เก็บข้อมูลอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ครอบคลุม 3 ตำบลหลัก ได้แก่ ตำบลในเมือง ตำบลตั้งใจ และตำบลนอกเมือง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีสตรีวัยเจริญพันธุ์อาศัยอยู่หนาแน่นและเป็นเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ประชากรเป้าหมายคือสตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ทั้งสามตำบล รวมทั้งสิ้น 20,154 คน (เทศบาลเมืองสุรินทร์, 2568)

วิธีการสรรหาและประชาสัมพันธ์

ผู้วิจัยได้ใช้การประชาสัมพันธ์หลายช่องทาง ได้แก่ การประกาศผ่านกลุ่มไลน์ชุมชน เฟซบุ๊กเพจของหน่วยงานท้องถิ่น และการติดโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและจุดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อเชิญชวนให้สตรีที่เข้าเกณฑ์สมัครใจเข้าร่วม ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนออนไลน์หรือที่หน่วยบริการ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น เช่น หมายเลขโทรศัพท์และรหัสยืนยันตัวตน เพื่อป้องกันการซ้ำซ้อนของข้อมูลก่อนส่งแบบสอบถาม



เกณฑ์การคัดเลือก

1. เป็นสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์อย่างน้อย 6 เดือน
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านและทำความเข้าใจภาษาไทยได้
3. แสดงความยินยอมโดยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมอย่างเป็นทางการ

เกณฑ์การคัดออก

1. แบบสอบถามที่ตอบไม่ครบถ้วนหรือข้อมูลไม่สมบูรณ์
2. กรณีพบข้อมูลซ้ำ (duplicate entry) จากการตรวจสอบหมายเลขโทรศัพท์หรือรหัสยืนยันตัวตน

กลุ่มตัวอย่าง

จากการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยการใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.7 โดยตั้งค่าดังนี้ Test family: F tests; Statistical test: Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero; Effect size (f^2): 0.15; α error probability: 0.05; Power ($1-\beta$): 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 114 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบสมัครใจ (voluntary sampling) (Murairwa, 2015) โดยประชาสัมพันธ์ผ่านกลุ่มไลน์ชุมชน เฟซบุ๊กเพจของหน่วยงาน การติดโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนออนไลน์หรือที่หน่วยบริการ จากนั้นผู้วิจัยจะตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นเพื่อป้องกันการซ้ำของผู้ตอบ เช่น ตรวจสอบจากหมายเลขโทรศัพท์และรหัสยืนยันตัวตนก่อนส่งแบบสอบถาม

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ใช้สำหรับเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ สถานภาพ สมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และประวัติการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 22 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการสังเคราะห์องค์ความรู้ในเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้ทางสุขภาพ 8 ข้อ (2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3 ข้อ (3) การสื่อสารสุขภาพ 3 ข้อ (4) การจัดการตนเอง 3 ข้อ (5) การรู้เท่าทันสื่อ 2 ข้อ และ (6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ 3 ข้อ ในการตอบแบบสอบถามใช้การให้คะแนนตามมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (Likert scale; 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) ยกเว้นข้อคำถามในด้านความรู้ทางสุขภาพที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดแบบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยให้คะแนน 1 สำหรับคำตอบที่ถูกต้อง และ 0 สำหรับคำตอบที่ไม่ถูกต้อง รวมคะแนนเต็ม 8 คะแนน จากทั้งหมด 8 ข้อ



การแปลผลในด้านความรู้ทางสุขภาพ ใช้เกณฑ์ของ Bloom (1956) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย 7.00–8.00) จัดอยู่ในระดับมาก คะแนนร้อยละ 60–79 (ค่าเฉลี่ย 5.00–6.00) จัดอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (ค่าเฉลี่ย 1.00–4.00) จัดอยู่ในระดับน้อย สำหรับด้านอื่น ๆ ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้เกณฑ์ของ Bloom (1956) เช่นเดียวกัน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย 4.00–5.00) จัดอยู่ในระดับมาก คะแนนร้อยละ 60–79 (ค่าเฉลี่ย 3.00–3.99) จัดอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (ค่าเฉลี่ย 1.00–2.99) จัดอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ใช้สำหรับบันทึกผลการนำส่งการตรวจด้วยชุด HPV self-sampling ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสะท้อนพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจจริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการพยาบาลและสาธารณสุขจำนวน 3 คน ซึ่งประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00

จากนั้นได้ดำเนินการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability test) โดยการทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจริง เพื่อประเมินความสอดคล้องของเครื่องมือในสภาพแวดล้อมจริง การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นพบว่า แบบสอบถามด้านความรู้ทางสุขภาพ มีค่าความเที่ยงด้วยวิธี Kuder–Richardson Formula 20 (KR-20) เท่ากับ 0.82 ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพอื่น ๆ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 – พฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ (รหัส P-EC 02-07-66) (ต่ออายุครั้งที่ 1) หมดอายุ 22 สิงหาคม 2568
- 2) ประชาสัมพันธ์และรับสมัครอาสาสมัครตามช่องทางที่กำหนด
- 3) ให้คำอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิของผู้เข้าร่วม รวมทั้งมาตรการรักษาความลับ
- 4) ผู้ที่ยินยอมลงนามในแบบฟอร์ม และตอบแบบสอบถามทางออนไลน์หรือแบบกระดาษ
- 5) ผู้ตอบแบบสอบถามที่สนใจสามารถรับชุดตรวจ HPV self-sampling เพื่อใช้จริง โดยบันทึกสถานะการใช้ในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลทั่วไปและคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



- 2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามโดยใช้การป้อนข้อมูลซ้ำ (double entry) ในโปรแกรม SPSS version 23 เพื่อลดความผิดพลาด พร้อมทั้งตรวจสอบสมมติฐานเบื้องต้น ได้แก่ ค่าที่ขาดหายไป การเข้ารหัสข้อมูล ความเหมาะสมของการจัดกลุ่มตัวแปร และเงื่อนไขของการใช้สถิติไคสแควร์ (expected count ≥ 5 ในอย่างน้อยร้อยละ 80 ของเซลล์) จากนั้นทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ เนื่องจากตัวแปรส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงจัดประเภท เช่น ช่วงอายุ ระดับการศึกษา และระดับความรู้ด้านสุขภาพ การใช้สถิตินี้จึงเหมาะสมและเป็นวิธีมาตรฐานในการตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรประเภทดังกล่าว
- 3) การวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย ใช้การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression, Enter method) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ (เลขที่รับรอง P-EC 02-07-66) เริ่มอนุมัติจริยธรรมวิจัยตั้งแต่วันที่ 23 สิงหาคม 2567 ถึงวันที่ 22 สิงหาคม 2568 (ต่ออายุครั้งที่ 1) เพื่อให้มั่นใจว่างานวิจัยเป็นไปตามหลักจริยธรรมสากล ข้อมูลอาสาสมัครทั้งหมดได้รับการคุ้มครองสิทธิ ความสมัครใจ และความปลอดภัย โดยผู้เข้าร่วมได้รับคำอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการถอนตัวโดยไม่เสียสิทธิใด ๆ และลงนามในหนังสือยินยอมก่อนเข้าร่วม ข้อมูลที่เก็บรวบรวมถูกเก็บรักษาอย่างเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อจริง และจำกัดสิทธิการเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัย นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมที่ได้รับชุดตรวจ HPV self-sampling ได้รับคำแนะนำการใช้อย่างปลอดภัย รวมทั้งช่องทางติดต่อเพื่อสอบถามข้อสงสัย และกรณีพบผลตรวจผิดปกติ ผู้วิจัยได้ประสานการส่งต่อเพื่อเข้ารับการตรวจยืนยันและการรักษาต่อเนื่อง ทั้งหมดนี้ดำเนินการภายใต้มาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่มุ่งคุ้มครองสิทธิและสวัสดิภาพของอาสาสมัคร

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 20-45 ปี ค่าเฉลี่ยอายุ 30.64 ปี (S.D. = 7.20) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 49.20 รองลงมา มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 43.10 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่เป็นปริญญาตรี ร้อยละ 50.00 อาชีพหลักคือรับราชการ ร้อยละ 24.60 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 19,407 บาท (S.D. = 12,625.61) และไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองมาก่อน ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n= 130)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-29	61.00	46.90
30-39	45.00	34.60
≥ 40	24.00	18.50
x = 30.64 (S.D. = 7.20), max = 45; min = 20		
สถานภาพ		
โสด	64.00	49.20
สมรส	56.00	43.10
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	10.00	7.70
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	61.00	46.90
ปริญญาตรี	65.00	50.00
สูงกว่าปริญญาตรี	4.00	3.10
อาชีพ		
รับราชการ	32.00	24.60
ธุรกิจส่วนตัว	24.00	18.50
พนักงานเอกชน	20.00	15.40
เกษตรกร	18.00	13.80
อื่น ๆ	36.00	27.70
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
5,000-10,000	44.00	33.85
10,001-20,000	29.00	22.31
20,001-30,000	33.00	25.38
30,001-40,000	19.00	14.62
≥ 40,001	5.00	3.84
x = 19,407 (S.D. = 12,625.61), max = 50,000 min = 0		



ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.68, S.D. = 0.90) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.00, S.D. = 0.92) และมีความรอบรู้ด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด โดยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.38, S.D. = 0.03) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

ความรอบรู้	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านความรู้สุขภาพ	6.50	1.45	ปานกลาง
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.76	0.91	ปานกลาง
ด้านการสื่อสารสุขภาพ	3.67	0.90	ปานกลาง
ด้านการจัดการตนเอง	3.58	0.81	ปานกลาง
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	3.38	0.03	ปานกลาง
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	4.00	0.92	มาก
รวม	3.68	0.90	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) ปัจจัยด้านอายุ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p value < 0.001 และปัจจัยด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p value < 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

ตัวแปร	χ^2	df	p -value
อายุ	65.12	16	<0.001*
ระดับการศึกษา	6.49	2	0.039*
การเข้าถึงข้อมูลฯ	79.25	9	<0.001*
การสื่อสารสุขภาพ	69.09	10	<0.001*
การจัดการตนเอง	73.85	9	<0.001*
การรู้เท่าทันสื่อ	102.93	7	<0.001*
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	58.48	8	<0.001*



* p -value < 0.05

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ด้วยวิธี Enter Method พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง (P -value < 0.001) ได้แก่ ด้านอายุ ระดับการศึกษา การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การรู้เท่าทันสื่อร่วมอธิบายการทำนายพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองได้ร้อยละ 84.10 ($R^2 = 0.841$, $F = 92.042$, $p < 0.001$) และพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้เท่าทันสื่อ สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองได้สูงสุด ($\beta = 0.93$, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value
อายุ	-0.01	0.17	-0.11	-2.50	<0.001*
ระดับการศึกษา	0.12	0.04	0.14	3.21	<0.001*
การเข้าถึงข้อมูลฯ	0.26	0.03	0.47	8.53	<0.001*
การสื่อสารสุขภาพ	-0.14	0.03	-0.25	-5.11	<0.001*
การจัดการตนเอง	-0.28	0.05	-0.46	-5.87	<0.001*
การรู้เท่าทันสื่อ	0.46	0.04	0.93	11.70	<0.001*
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	0.13	0.03	0.25	5.10	<0.001*

ค่าคงที่ (Constant) = -1.043, $R^2 = 0.841$, R^2 Adjust = 0.832, $df = 7$, $F = 92.042$

* p -value < 0.001

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างมีการเข้ารับการตรวจจริงในระดับที่ยังไม่สูงนัก แม้จะมีความรอบรู้ในด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ผลดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานก่อนหน้าในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่า แม้ผู้หญิงจำนวนมากจะมีความรู้และตระหนักถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง แต่ปัจจัยด้านความเข้าใจ ทักษะคิด ความสะดวกของระบบบริการ และการเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจ (Arbyn et al., 2018; Chansaenroj et al., 2022; WHO, 2021)



การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การสื่อสารสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ระดับการศึกษา และอายุ โดยโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้สูงถึงร้อยละ 84.10 สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงบูรณาการที่เสนอว่าความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพ (Sørensen et al., 2015; Paakkari & Okan, 2020)

ในบรรดาปัจจัยทั้งหมด การรู้เท่าทันสื่อเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลสูงสุด ($\beta = 0.93, p < 0.001$) ผลการค้นพบนี้ชี้ว่าผู้หญิงที่มีความสามารถในการประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพจากสื่อจะมีแนวโน้มตรวจคัดกรองด้วยตนเองมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Paakkari และ Okan (2020) ที่ชี้ว่าการรู้เท่าทันสื่อเป็นหัวใจของการเผชิญกับข้อมูลสุขภาพในยุคดิจิทัลซึ่งซับซ้อนและหลากหลาย อีกทั้งยังสอดคล้องกับหลักฐานในยุโรปที่ยืนยันว่าความสามารถในการจัดการข้อมูลสุขภาพสัมพันธ์โดยตรงกับการเลือกใช้พฤติกรรมป้องกันโรค (Sørensen et al., 2015) อีกปัจจัยที่สำคัญคือการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\beta = 0.47, p < 0.001$) ซึ่งผลการวิจัยชี้ว่าความสะดวกของระบบบริการและช่องทางข้อมูลที่เชื่อถือได้ส่งผลโดยตรงต่อการยอมรับต่อการตรวจ HPV self-sampling หลักฐานเชิงคุณภาพจากฟินแลนด์แสดงให้เห็นว่าผู้หญิงจะตอบรับการตรวจได้มากขึ้นเมื่อมีบริการที่เป็นมิตรและเข้าถึงง่าย (Virtanen et al., 2019) และงานวิจัยเชิงระบบวิเคราะห์ยืนยันว่าการเพิ่มช่องทางบริการดังกล่าวช่วยเพิ่มอัตราการตรวจ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการคัดกรองมาก่อน (Arbyn et al., 2018; Brewer et al., 2021)

อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์พบว่าการจัดการตนเอง ($\beta = -0.46, p < 0.001$) และการสื่อสารสุขภาพ ($\beta = -0.25, p < 0.001$) มีค่าสัมประสิทธิ์เชิงลบ สะท้อนว่าผู้ที่มีความมั่นใจสูงในการดูแลสุขภาพของตนเองอาจไม่รู้สึกถึงความจำเป็นในการตรวจคัดกรองเพิ่มเติม ปรากฏการณ์นี้อาจอธิบายได้ด้วยแนวคิด self-sufficiency bias ซึ่งพบในงานวิจัยก่อนหน้านี้ว่าความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองสูงบางครั้งสัมพันธ์กับการลดการใช้บริการป้องกันโรค (O'Connor et al., 2018; Lim & Ojo, 2017) ดังนั้นการสื่อสารสุขภาพควรได้รับการออกแบบเชิงรุกเพื่อท้าทายความเชื่อดังกล่าว และเน้นย้ำว่าการตรวจคัดกรองยังคงมีความจำเป็นแม้ในผู้ที่ประเมินว่าตนเองแข็งแรงดี

สำหรับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ($\beta = 0.25, p < 0.001$) และระดับการศึกษา ($\beta = 0.14, p < 0.001$) ล้วนมีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการตรวจ ซึ่งสะท้อนว่าความสามารถในการชั่งน้ำหนักประโยชน์-ความเสี่ยงและทุนทางปัญญาช่วยผลักดันให้ผู้หญิงก้าวจาก “ความตั้งใจ” ไปสู่ “การลงมือทำ” ได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Mendoza et al. (2021) ในฟิลิปปินส์ชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและการตัดสินใจมีผลอย่างมากต่อการตรวจคัดกรอง ขณะที่ Nelson et al. (2017) รายงานว่าการมีข้อมูลที่เพียงพอและการตัดสินใจเชิงบวกเกี่ยวข้องกับการใช้ self-sampling ในอัตราที่สูงขึ้น อีกทั้งการศึกษายังพบว่าอายุเป็นตัวแปรสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจคัดกรองซึ่งสอดคล้องกับงานของ Brewer et al. (2021) ที่แนะนำให้ใช้วิธีการสื่อสารและกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันตามกลุ่มอายุเพื่อเพิ่มประสิทธิผล



เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักฐานที่ยืนยันว่า HPV self-sampling มีความแม่นยำใกล้เคียงกับการเก็บตัวอย่างโดยบุคลากรทางการแพทย์ และมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการตอบรับ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจมาก่อน (Arbyn et al., 2018; O'Connor et al., 2018) สำหรับบริบทประเทศไทย การศึกษาของ Chansaenroj et al. (2022) พบว่าการตรวจด้วยตนเองสามารถระบุการกระจายของสายพันธุ์ HPV ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสนับสนุนการนำ self-sampling ไปใช้ในระบบบริการของประเทศ และสอดคล้องกับทิศทางขององค์การอนามัยโลกที่ตั้งเป้าหมายยุติมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขภายในรุ่นต่อไป (WHO, 2021; IARC, 2022)

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาโยบายหรือมาตรการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองควรมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การตรวจอย่างแท้จริง โดยเฉพาะการเสริมสร้างทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เนื่องจากเป็นตัวทำนายที่มีค่าสัมประสิทธิ์สูงสุด ซึ่งสะท้อนว่าสตรีที่สามารถคัดกรองและประเมินคุณภาพข้อมูลสุขภาพได้อย่างถูกต้องมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการตรวจด้วยตนเองมากขึ้น อีกทั้งการเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่สะดวก และเป็นมิตรต่อผู้ใช้ยังเป็นอีกกลไกสำคัญที่จะช่วยลดอุปสรรคในการเข้ารับการตรวจ นอกจากนี้ ค่าความสัมพันธ์เชิงลบของการจัดการตนเองและการสื่อสารสุขภาพชี้ให้เห็นว่าการสื่อสารสุขภาพในอนาคตควรออกแบบเชิงรุกเพื่อแก้ไขความเชื่อมั่นเกินจริงในการดูแลสุขภาพตนเอง และกระตุ้นให้ตระหนักถึงความจำเป็นของการตรวจคัดกรอง แม้ในกลุ่มที่มองว่าตนเองแข็งแรงดี ขณะเดียวกัน การส่งเสริมการตัดสินใจเชิงสุขภาพ การยกระดับการศึกษา และการกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับช่วงอายุที่แตกต่างกัน จะช่วยเพิ่มโอกาสที่สตรีจะตัดสินใจตรวจคัดกรองในระดับสูงขึ้นไปได้อย่างเป็นรูปธรรม ผลการศึกษานี้จึงมีนัยสำคัญต่อการพัฒนามาตรการเชิงพื้นที่ที่มุ่งเน้นทั้งด้านการเสริมสร้างทักษะความรู้และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มการยอมรับและการเข้าถึงการตรวจด้วยตนเองในสตรีไทยอย่างยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการพัฒนาบริการ

ผลการศึกษาชี้ว่าการรู้เท่าทันสื่อและการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการควรมุ่งเน้นการจัดให้มีช่องทางการเข้าถึงบริการที่สะดวก ครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เช่น การบูรณาการบริการ HPV self-sampling ในหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชน ควบคู่กับการพัฒนาสื่อสารสุขภาพที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และเข้าถึงได้ง่ายผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล ตลอดจนการจัดระบบติดตามผลหลังการตรวจอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการหลุดจากระบบบริการ ทั้งนี้ การพัฒนาระบบบริการที่เข้าถึงง่ายและให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ จะช่วยเพิ่มอัตราการตรวจ ลดความเหลื่อมล้ำ และสนับสนุนการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างยั่งยืนในระยะยาว

2. ด้านการพัฒนาหลักสูตรและการเรียนรู้

ผลการวิจัยสะท้อนถึงความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพและการรู้เท่าทันสื่อในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ซึ่งสามารถนำไปบูรณาการในการพัฒนาหลักสูตรการพยาบาลและสาธารณสุข โดยเพิ่มเติมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับทักษะการเข้าถึง การประเมิน และการใช้ข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนการสื่อสารสุขภาพอย่าง



มีประสิทธิภาพในยุคดิจิทัลลงในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง เช่น สุขศึกษา การพยาบาลอนามัยชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพ การปรับหลักสูตรในลักษณะนี้ไม่เพียงช่วยยกระดับสมรรถนะของนักศึกษาเท่านั้น แต่ยังช่วยเตรียมความพร้อม บุคลากร สุขภาพรุ่นใหม่ให้สามารถออกแบบและดำเนินโปรแกรมสุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมทางสังคมและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

3. ด้านนโยบายและระบบที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัยสนับสนุนการกำหนดนโยบายที่มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของสตรี โดยเฉพาะการสร้างระบบสื่อสารสุขภาพที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และเข้าถึงง่าย ควบคู่กับการจัดบริการคัดกรองที่ยืดหยุ่น เช่น การจัดจุดบริการ self-sampling ในหน่วยปฐมภูมิและชุมชน รวมถึงการมีระบบติดตามต่อเนื่องหลังการตรวจ เพื่อป้องกันการหลุดหายจากการรักษา การบูรณาการผลวิจัยนี้ในเชิงนโยบายจึงไม่เพียงช่วยเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรอง แต่ยังมีส่วนสำคัญในการลดภาระโรคและสนับสนุนเป้าหมายการยุติมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขตามกรอบยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมมากขึ้น งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเฉพาะพื้นที่เดียว อาจยังไม่สะท้อนถึงพฤติกรรมสตรีไทยทั้งหมด ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรใช้การสุ่มหลายขั้นตอน (multistage sampling) ครอบคลุมหลายจังหวัด ทั้งเขตเมืองและชนบท เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและสามารถนำไปอ้างอิงเชิงนโยบายระดับประเทศได้ดียิ่งขึ้น
2. การศึกษาในกลุ่มประชากรเฉพาะ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มสตรีที่มีความเสี่ยงสูง เช่น สตรีที่มีประวัติการติดเชื้อ HPV ผู้ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมาก่อน หรือกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ซึ่งมักมีอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการและอาจมีปัจจัยทางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกคน ในการดำเนินการเก็บข้อมูล และขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ได้สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2565). รายงานสถิติโรคมะเร็งประเทศไทย พ.ศ. 2563-2565. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข. <https://www.mosurin.go.th/history-rev2>
- เทศบาลเมืองสุรินทร์. (2568). จำนวนประชากร เทศบาลเมืองสุรินทร์. สืบค้นเมื่อ 17 สิงหาคม 2568, จาก <https://www.mosurin.go.th/history-rev2>
- ประชุมพร บุรณ์เจริญ. (2547). ความชุกของมะเร็งปากมดลูกในสตรี จังหวัดสุรินทร์ ระหว่าง 1 ตุลาคม 2545 - 30 กันยายน 2546. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 19(1), 13-20.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). สถานการณ์โรคมะเร็งประเทศไทยและการดำเนินงานป้องกันควบคุม. กรมการแพทย์



กระทรวงสาธารณสุข.

สุดาฟ้า วงศ์หาริมาตย์และ กรัณขรรัตน์ บุญช่วยนาสิทธิ. (2561). ดัชนีวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 27(6), 1058-1068.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2567). รายงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. สืบค้นเมื่อ 17 สิงหาคม 2568, จาก https://service.surinpho.digital/SPHO_Meeting_Sys/upload/Files/79_1683_1318_211217.pdf

Arbyn, M., Smith, S. B., Temin, S., Sultana, F., Castle, P., & Collaboration on Self-Sampling and HPV Testing (2018). Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples: updated meta-analyses. *The British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 363, k4823. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4823>

Boonchieng, W., Wiangkam, T., Waeyang, H., & Pongthavornkamol, K. (2024). Effect of Edutainment program based on Health Belief Model on knowledge, attitude, and cervical cancer screening among Muslim women in Southern Thailand: A quasi-experimental study. *BMC Public Health*, 24, 1476. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19287-y>

Brewer, N. T., et al. (2021). Increasing cervical cancer screening through behavioral interventions. *Preventive Medicine*, 144, 106396.

Bloom, B.J. (Ed.), Engelhart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H. & Krathwohl, D.R. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives: Handbook I: Cognitive Domain*. New York: David McKay, 219-225.

Chanchearn, S., Thana, S., & Thapsuwan, S. (2020). Barriers to cervical cancer screening among Thai women: A qualitative study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 21(4), 1101-1108.

Chansaenroj, J., et al. (2022). Human papillomavirus genotype distribution in self-collected samples from women in Thailand. *Journal of Medical Virology*, 94(5), 2222-2230.

Hfocus. (2566). มะเร็งปากมดลูกคร่าชีวิตหญิงไทยกว่า 2,200 คนต่อปี พบป่วยใหม่เฉลี่ยวันละ 15 คน. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2024/01/29624>

International Agency for Research on Cancer (IARC). (2022). *Cervical cancer fact sheet*. World Health Organization. Retrieved from <https://gco.iarc.fr/>

Kamolthip, R., Pichainarong, N., Ussawawongaraya, P., Phacharos, A., Kongpradit, T., Charoenkiatkul, S., ... & Limprasert, W. (2025). Health literacy and knowledge about HPV, cervical cancer, and cervical cancer screening among nursing students in urban and rural areas of Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 26(7), 2351-2359. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39987675/>



- Kiatlertdecha, P., Inmuong, Y., Phanthunane, P., & Yiengprugsawan, V. (2019). Development and validity testing of Health Literacy Scale for Breast and Cervical Cancer Prevention among Thai women. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*, 63(3), 193–203.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/VMED/article/view/204963>
- Lim, J. N. W., & Ojo, A. A. (2017). Barriers to utilisation of cervical cancer screening in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 26(1), e12444.
- Mendoza, N. B., et al. (2021). Health literacy and cervical cancer screening practices among Filipino women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 22(4), 1105–1112.
- Murairwa, S. (2015). Voluntary sampling design. *International Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences*, 4(2), 185–200.
- Nelson, E. J., et al. (2017). Self-collection for HPV testing to improve cervical cancer screening coverage: A systematic review. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 21(4), 345–351.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- O'Connor, M., et al. (2018). Self-sampling for HPV testing: Increased participation in cervical screening among non-attenders. *European Journal of Cancer Prevention*, 27(5), 457–462.
- Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: Health literacy is an underestimated problem. *The Lancet Public Health*, 5(5), e249–e250.
- Phoolcharoen, W., Srichan, W., Siri, S., & Puckpinyo, A. (2021). Barriers and facilitators to cervical cancer screening in Southeast Asia: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4586. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094586>.
- Polman, N. J., Snijders, P. J. F., Kenter, G. G., Berkhof, J., & Meijer, C. J. L. M. (2019). HPV-based cervical screening: Rationale, expectations and future perspectives of self-sampling. *BJOG*, 126(2), 300–307.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>.



- Termrungruangleert, W., Khemapech, N., Tantitamit, T., Havanond, P., & Lertchaipattanakul, N. (2021). Acceptability of HPV self-sampling for cervical cancer screening among Thai women: A population-based study. *Journal of Gynecologic Oncology*, 32(2), e24.
- Virtanen, A., et al. (2019). Barriers and facilitators to cervical cancer screening with HPV testing among women: A qualitative study. *BMC Women's Health*, 19, 125.
- World Health Organization. (2021). *WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *Cervical cancer*. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.