

## บทความวิจัย

# ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของสตรี ที่มารับการทำหัตถการส่องกล้องทางช่องคลอด

พิลัยวรรณ อ่อนนางาม<sup>1</sup>ศากุล ช่างไม้<sup>2</sup>สุปราณี แต่งวงษ์<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของสตรีที่มารับการทำหัตถการส่องกล้องทางช่องคลอด กลุ่มตัวอย่างได้แก่สตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ และมารับการทำหัตถการส่องกล้องทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 จำนวน 54 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือในการทดลอง และ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบประเมินการเผชิญความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน chi-square และ fisher's exact test สถิติเชิงอนุมานโดยใช้สถิติ dependent t-test และ independent t-test และสถิติ wilcoxon matched- pairs signed rank test และ mann whitney U test ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าควรมีการนำโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพ ไปใช้ในห้องตรวจนรีเวชอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และส่งเสริมการเผชิญความเครียดของสตรีที่มารับการทำหัตถการส่องกล้องทางช่องคลอด ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพการให้บริการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม

**คำสำคัญ:** ผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ/ การส่องกล้องทางช่องคลอด/ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย/ การเผชิญความเครียด

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม  
Corresponding Author, Email: sakulc@christian.ac.th

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม

## Research article

# Effects of health knowledge supportive program on uncertainty of illness and coping among women receiving colposcopy

Pilaiwan Onnangam<sup>1</sup>Sakul Changmai<sup>2</sup>Supranee Tangwong<sup>3</sup>

## Abstract

This study was experimental research using a two-group pretest-posttest design. The objective was to examine the effects of a health knowledge support program on uncertainty in illness and stress coping among women undergoing colposcopy. The sample consisted of 54 women with abnormal cervical cancer screening results who underwent colposcopy at Vajira hospital between November 2024 and February 2025. The research instruments included: (1) the intervention tool and (2) data collection tools-personal information questionnaire, the mishel uncertainty in illness scale, and a stress coping assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation), chi-square, fisher's exact test and inferential statistics including dependent t-test, independent t-test, wilcoxon matched-pairs signed rank test, and mann-whitney U test

The results showed that the experimental group had significantly reduced uncertainty in illness and improved stress coping after receiving the health knowledge support program ( $p < 0.05$ ). Comparisons between groups revealed that the experimental group had significantly better scores in both uncertainty in illness and stress coping than the control group ( $p < 0.05$ ). This study suggests that implementing a health knowledge support program in gynecology clinics can effectively reduce illness uncertainty and enhance stress coping among women undergoing colposcopy, thereby improving the holistic quality of nursing care.

**Keywords:** abnormal cervical cancer screening/ colposcopy/ uncertainty in illness/ stress coping

---

<sup>1</sup>Students, Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing) Faculty of Nursing, Christian University of Thailand, Nakhon Pathom Province.

<sup>2</sup>Assistant Professor, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand, Nakhon Pathom Province.  
Corresponding Author, Email: sakulc@christian.ac.th

<sup>3</sup>Assistant Professor, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand, Nakhon Pathom Province.

## บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่คุกคามชีวิตของสตรีทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2566 ระบุว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 4 ในสตรี รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ และมะเร็งปอด โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ 662,301 ราย และมีผู้เสียชีวิตถึง 342,000 ราย โดยร้อยละ 94 ของการเสียชีวิตเกิดในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง<sup>1,2</sup> คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยเพิ่มเป็น 702,600 ราย และเสียชีวิต 373,300 ราย ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกสูงเป็นอันดับ 4 ในสตรีไทย รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ และมะเร็งตับ ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 9,158 ราย และมีผู้เสียชีวิต 4,705 ราย<sup>3</sup> หรือเฉลี่ยวันละ 8-10 ราย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-50 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงานสำคัญของครอบครัว<sup>4</sup> ข้อมูลจากโรงพยาบาลศิริพยาบาล ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2567 พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเข้ารับการรักษาจำนวน 223, 211, 239 และ 260 ราย ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 48-49 ปี และคำรักษาพยาบาลต่อครั้งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ามะเร็งปากมดลูกยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศและของโรงพยาบาลศิริพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศไทย

มะเร็งปากมดลูกเกิดจากเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา (human papillomavirus) หรือเรียกว่า เชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ชนิดก่อมะเร็งสูงถึงร้อยละ 99.7 โดยสตรีกว่าครึ่งอาจเคยติดเชื้อในช่วงชีวิต แต่ส่วนใหญ่ร่างกายสามารถกำจัดเชื้อได้เอง มีเพียงร้อยละ 10 ที่เชื้อฝังแน่นและนำไปสู่

การเปลี่ยนแปลงของเซลล์จนกลายเป็นมะเร็ง ในระยะ 10-15 ปี การติดเชื้อระยะแรกไม่แสดงอาการ และตรวจพบได้จากการคัดกรองเท่านั้น หากตรวจพบตั้งแต่ระยะแรกสามารถรักษาได้ง่าย และมีโอกาสหายสูง<sup>5</sup> การตรวจคัดกรองและการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น การส่องกล้องทางช่องคลอด (colposcopy) มีความสำคัญต่อการค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มต้น อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้วผลผิดปกติ ก่อนเข้ารับการส่องกล้องทางช่องคลอดมักประสบกับความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการเผชิญปัญหาในสถานการณสุขภาพ

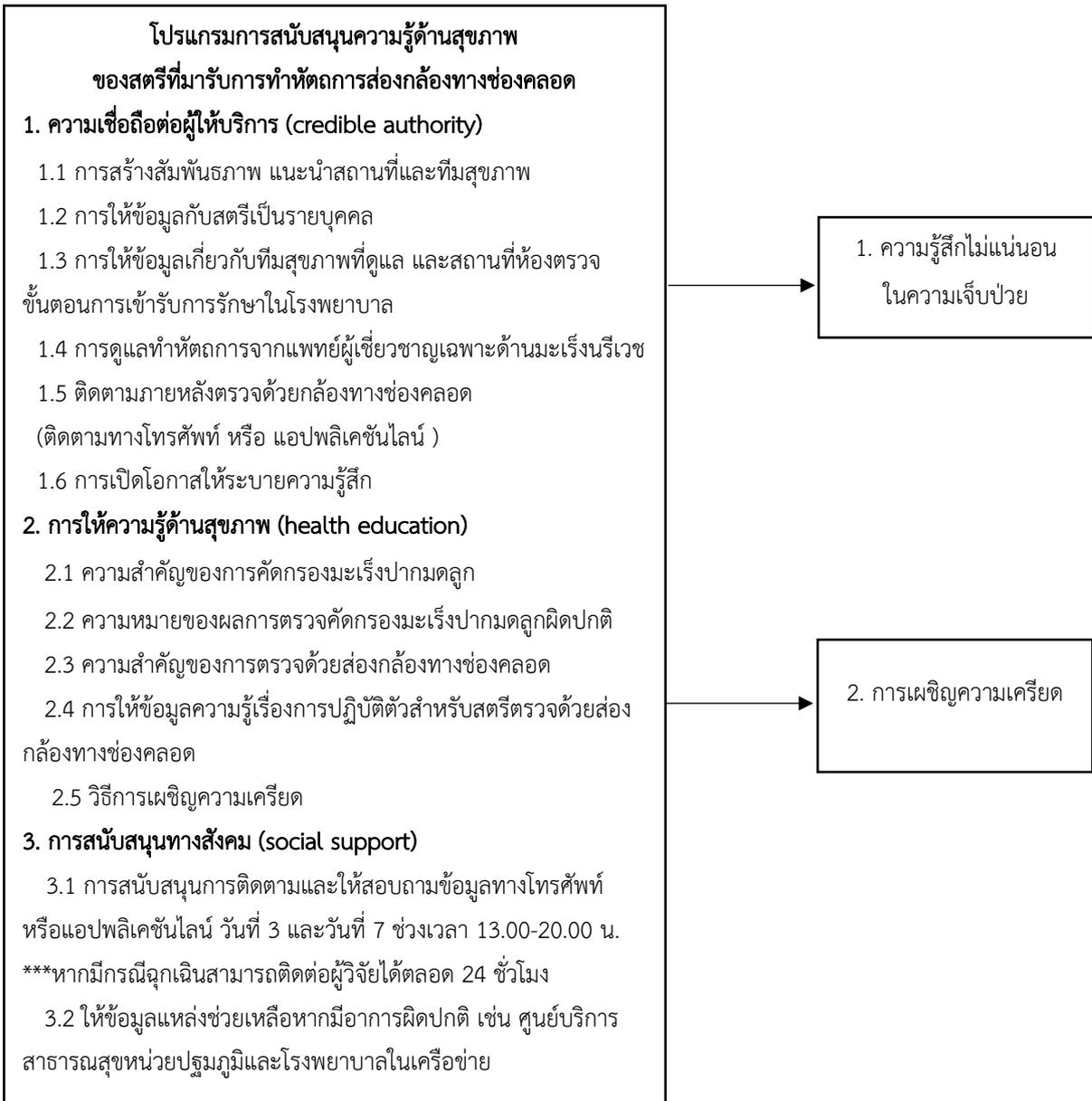
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสตรีที่ทราบผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ มักเกิดผลกระทบต่อจิตใจอย่างมาก โดยร้อยละ 70 มีความกลัวว่าจะเป็นมะเร็ง และร้อยละ 50 มีความเครียดและวิตกกังวลด้านเพศสัมพันธ์<sup>6</sup> และความไม่แน่นอน บางรายเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศและกลัวการรับทราบผลตรวจชิ้นเนื้อ ความวิตกกังวลในช่วงแรกหลังทราบผลตรวจมักอยู่ในระดับสูงและจะค่อย ๆ ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป โดยร้อยละ 90 ของสตรีที่ผลตรวจผิดปกติจำเป็นต้องได้รับการรักษาภายใน 90 วัน การตรวจด้วยการส่องกล้องทางช่องคลอดยิ่งเพิ่มความวิตกกังวลเนื่องจากเป็นขั้นตอนหลังพบความผิดปกติจากการคัดกรอง<sup>6</sup> นอกจากนี้ ช่วงเวลารอรับการตรวจและรอฟังผลชิ้นเนื้อ ทำให้ระดับความเครียดมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะช่วงที่ทราบผลการคัดกรองมีความเครียดสูงสุด ขณะที่ช่วงรอ

หัตถการและรอฟังผลความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง<sup>4</sup> อย่างไรก็ตาม ความวิตกกังวลของสตรีไม่ได้สัมพันธ์กับระยะเวลาการทำหัตถการหรือความรุนแรงของผลตรวจ<sup>6,7</sup>

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988)<sup>8</sup> เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถตีความหรือคาดการณ์เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคได้ โดยมีปัจจัย ได้แก่ ลักษณะของสิ่งกระตุ้น ความสามารถในการรู้คิด และโครงสร้างผู้ให้การสนับสนุน ผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากเผชิญความรู้สึกนี้ โดยเฉพาะผู้หญิงที่อยู่ในกระบวนการวินิจฉัยหรือรอผลตรวจ<sup>7</sup> ความไม่แน่นอนสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการสตรีที่ผลคัดกรองผิดปกติมักเกิดความไม่แน่นอนแม้ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง<sup>9</sup> การให้ข้อมูลที่เพียงพอและชัดเจนจึงเป็นแนวทางสำคัญในการลดภาวะนี้<sup>10,11,12</sup> บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยเฉพาะในสตรีที่ต้องตรวจสอบกล้องทางช่องคลอด ผ่านการสนับสนุนด้านความรู้ การสร้างความน่าเชื่อถือ และการให้การสนับสนุนทางสังคม<sup>13</sup> พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจ การปฏิบัติตัว และการเผชิญกับความเครียด<sup>13,14</sup> การศึกษาของ Guan et al. (2021)<sup>14</sup> พบว่า โปรแกรมที่ลดความรู้สึกไม่แน่นอนควรมีการให้ข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การส่งเสริมการประเมินตนเอง และการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง แนวทางเหล่านี้สามารถประยุกต์ใช้ได้กับผู้หญิงที่อยู่ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยเพื่อเพิ่มความมั่นใจและลดความวิตกกังวล<sup>9,10,11,12,13</sup>

ดังนั้นสตรีที่ได้รับผล Pap-smear ผิดปกติมักเกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะในช่วงแรกหลังทราบผล การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการติดตามผลมีประสิทธิภาพมากกว่าการแจกแผ่นพับ

การพยาบาลที่เน้นการสอน ชี้แนะ และสนับสนุนสิ่งแวดล้อมช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้<sup>9,14</sup> สตรีเหล่านี้มักมีความต้องการข้อมูล คำแนะนำ และการเข้าถึงบริการอย่างเร่งด่วน<sup>9,13,15,16</sup> การสนับสนุนทางอารมณ์มีบทบาทสำคัญในการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน<sup>17,18,19</sup> การให้ข้อมูลอย่างชัดเจนผ่านสื่อวิดีโอหรือโมเดลช่วยเพิ่มการรับรู้และลดความวิตกกังวล<sup>10</sup> การใช้แนวคิดแบบเฟมินิสต์ในการให้คำปรึกษาก่อนส่องกล้องทางช่องคลอดมีผลลดความวิตกกังวลโดยเฉพาะช่วงก่อนทำหัตถการ<sup>7</sup> ทั้งนี้การให้การสนับสนุนทางสังคม อารมณ์ และข้อมูล<sup>14</sup> ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญในทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนของมิเชล ที่สามารถใช้ในบริบทนี้ได้เหมาะสม ร่วมกับปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันไลน์ ถูกนำมาใช้ในการติดตามอาการผู้ป่วยและให้คำแนะนำด้านสุขภาพ เนื่องจากมีความสะดวก เข้าถึงง่าย และมีประสิทธิภาพ การใช้แอปพลิเคชันช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเอง ควบคุมอาการ และลดความวิตกกังวล ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อดูแลสตรีตั้งแต่ระยะรอการตรวจสอบกล้องทางช่องคลอด จนถึงรอฟังผลชิ้นเนื้อ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งเสริมการเผชิญความเครียด และเพิ่มคุณภาพการดูแลที่สอดคล้องกับแนวทางของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุข<sup>3</sup>



**ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย**

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอน  
ในความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม  
ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เปรียบเทียบการเผชิญความเครียด  
ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลอง  
และกลุ่มควบคุม

3. เปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนใน  
ความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่าง  
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เปรียบเทียบการเผชิญความเครียด  
ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลอง  
และกลุ่มควบคุม

## คำถามการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพ มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการเผชิญความเครียดของสตรีที่มารับ การทำหัตถการส่องกล้องทางช่องคลอดหรือไม่ อย่างไร

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบทดลอง (experimental design) ชนิด 2 กลุ่ม เปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest - posttest design) ทำการศึกษาระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คือ สตรีที่มีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผิดปกติและมารับการส่องกล้องทางช่องคลอด ที่โรงพยาบาลศิริพยาบาล โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีผลการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ไม่มีประวัติ การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งชนิดอื่น และสามารถสื่อสารสามารถเข้าใจและ อ่านภาษาไทยได้ กรณีที่อายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ต้องผ่านการทำแบบทดสอบสมรรถภาพการรู้คิด (6 CIT) และได้คะแนนไม่เกิน 7 คะแนน มีโทรศัพท์มือถือ หรือ แอปพลิเคชันไลน์ คำนวณ ขนาดกลุ่มตัวอย่างทดสอบด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*power 3.1.9.4 คำนวณขนาดกลุ่มกำหนด ค่า effect size เท่ากับ 0.80 กำหนดอำนาจ การทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ได้ขนาด กลุ่มทดลอง 21 คน กลุ่มควบคุม 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 20<sup>20</sup> ผู้วิจัย กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็นกลุ่มละ 27 คน รวม 54 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพ และส่งเสริมการเผชิญความเครียด โดยผู้วิจัย พัฒนาจากแนวคิดของมิเชล (Mishel, 1988)<sup>8,18,19</sup> ประกอบด้วย วิดีโอ จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ ชุดที่ 1 เรื่องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทีมสุขภาพ สถานที่ ห้องตรวจรีเวช วิธีการเผชิญความเครียด ชุดที่ 2 เรื่องข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนอาการของโรคและการปฏิบัติตัว คู่มือคำแนะนำสำหรับสตรีที่มารับ การส่องกล้องทางช่องคลอด และการติดตามสนับสนุน ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชันไลน์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคลทั่วไป และข้อมูลด้านสุขภาพประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคร่วม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จากการศึกษา ของอภิญา พจนารถ (2556)<sup>16</sup> ที่นำมาจาก แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของมิเชล (Mishel's Uncertainty in Illness Scale: MUIS) Mishel (1997) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 32 ข้อ ที่ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ โดย ระดับที่ 1 (ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง) ระดับที่ 2 (ไม่เห็นด้วย) ระดับที่ 3 (ไม่แน่ใจ) ระดับที่ 4 (เห็นด้วย) และระดับที่ 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) การแปลความหมาย คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คะแนน 32-75 หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับต่ำ คะแนน 76-119 หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอน

ในความเจ็บป่วยระดับปานกลาง คะแนน 120-160 หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบประเมินการเผชิญความเครียดของจันทกานต์ ช่างวัฒนชัย (2552)<sup>21</sup> แปลมาจากแบบประเมินการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโพลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่นำมาจากแบบวัดการเผชิญความเครียดจากแบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของจาโลวิส (Jalowiec coping scale) ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ใช้วิธีนั้นเลย ให้ 1 คะแนน จนถึงพฤติกรรมใช้วิธีนั้นตลอดเวลา ให้ 5 คะแนน การแปลผลใช้คะแนนจริง (raw scores) โดยใช้คะแนนรวมของการเผชิญความเครียดที่ได้จากคะแนนรายข้อ คะแนนที่เป็นไปได้โดยรวมอยู่ระหว่าง 36-180 คะแนน และคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) ซึ่งเป็นค่าที่ได้จากการคำนวณโดยการรวมคะแนนจริงที่ได้ในแต่ละด้านแล้วหาค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน จากนั้นนำค่าเฉลี่ยของแต่ละด้านหารด้วยค่าเฉลี่ยโดยรวม และนำไปเปรียบเทียบกับทั้ง 3 ด้าน โดยคะแนนสัมพัทธ์ในแต่ละด้านมีค่าระหว่าง 0-1 หากมีคะแนนมากแสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้การเผชิญความเครียดในด้านนั้นมาก

### การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านที่เชี่ยวชาญด้านมะเร็งนรีเวช ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผลการประเมิน CVI ของ

แบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนเท่ากับ 0.93 และแบบประเมินการเผชิญความเครียดเท่ากับ 0.98

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) นำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนและแบบประเมินการเผชิญความเครียดที่ผ่านการตรวจสอบแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน จำนวน 13 ราย แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และ 0.92 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน รับรองเลขที่ น.08/2567 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล COA 202/67 แล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของแบบสอบถาม การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมในการวิจัย

### การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

**ระยะเตรียมการทดลอง** ผู้วิจัยประสานกับหัวหน้าห้องตรวจนรีเวชกรรมเพื่อขออนุญาตดำเนินงานวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมขอความร่วมมือ และคัดเลือกผู้ช่วยเก็บข้อมูลจำนวน 1 ราย

**ระยะดำเนินการทดลอง** ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และผู้ช่วยเก็บข้อมูลดำเนินการเก็บข้อมูล ก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มด้วยการจับฉลากให้เป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยแต่ละกลุ่มได้รับกิจกรรมตามแผนการทดลองที่แตกต่างกันตามกลุ่มที่ได้รับการสุ่ม

## กลุ่มทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และการคุ้มครองสิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยจากนั้นมอบหมายให้ผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดว่า กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม โดยให้ข้อมูลและติดตามทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ในวันที่ 3 และ 7 หลังการตรวจพร้อมนัดฟังผลการตรวจ ในวันที่ 14 รวมระยะเวลาดำเนินการ 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการทดลองตามกิจกรรมของโปรแกรม ดังนี้

วันที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างความไว้วางใจด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ให้ข้อมูลทีมสุขภาพ และวิธีเผชิญความเครียดผ่านวิดีโอ 10 นาที ให้ความรู้เรื่องอาการ และแผนการรักษาผ่านวิดีโออีก 10 นาที และนัดติดตามผ่านโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ในวันที่ 3 และ 7

วันที่ 3 และ 7 ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ ใช้เวลา 20-30 นาที

## กลุ่มควบคุม

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างโดยการพูดคุย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ผู้การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยให้ผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดกลุ่มตัวอย่างว่าจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันที่ 14 ดังนี้

วันที่ 1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการแผนการรักษา การซักประวัติ และนัดหมายให้มาฟังผลการตรวจในวันที่ 14 หลังจากรับการทำหัตถการ

วันที่ 3 และวันที่ 7 ให้การบริการ

ตามปกติ

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยนัดหมายสตรีเพื่อทำแบบประเมินในวันที่ 14 เพื่อทำการประเมินซ้ำ

## การวิเคราะห์ทางสถิติ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการรักษาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยภายในกลุ่ม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ dependent t-test
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ independent t-test
4. เปรียบเทียบคะแนนการเผชิญความเครียดภายในกลุ่ม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Wilcoxon Matched- pairs signed rank test
5. เปรียบเทียบคะแนนการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Mann Whitney U test

## ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 37.29 และ 39.03 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-44 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15,001-25,000 บาท และมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต มีสิทธิการรักษาเบิกการชราการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม และส่วนใหญ่

อาชีพไม่มั่นคง เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลดังกล่าว  
ทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ของสตรีที่มารับการบำบัดการส่องกล้องทางช่องคลอด

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)					.570 <sup>a</sup>	.575
(กลุ่มทดลอง=37.29, SD=12.05, min=18, max=61)						
(กลุ่มควบคุม=39.03, SD=10.30, min=21, max=62)						
ช่วงอายุ (ปี)						
อายุ 18-29 ปี	9	33.33	4	14.80		
อายุ 30- 44 ปี	11	40.74	15	55.60		
อายุ 45-64 ปี	7	25.93	8	29.60		
สถานภาพสมรส					.667*	.414
คู่	15	55.60	12	44.40		
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	12	44.40	15	55.60		
ระดับการศึกษา					.318*	.573
ปริญญาตรีหรือต่ำกว่า	9	33.30	11	40.70		
สูงกว่าปริญญาตรี	14	66.70	16	59.30		
รายได้ต่อเดือน					.125*	.939
น้อยกว่า/เท่ากับ - 15,000 บาท	8	29.60	9	33.30		
15,001 - 25,000 บาท	11	40.70	11	40.70		
มากกว่า 25,000 บาท	8	29.60	7	25.90		
ความเพียงพอของรายได้					4.495*	.100
เพียงพอ	26	96.30	21	77.80		
ไม่เพียงพอ	1	3.70	6	22.20		
สิทธิการรักษาพยาบาล					.773*	.379
เบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม	17	63.00	20	74.10		
โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	7	37.00	7	25.90		

<sup>a</sup> t-test , \* chi-Square, \*\* fisher's exact test

เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

น้อยลง จาก 95.40 (+10.57) เป็น 67.44 (+14.62) และ 89.96 (+10.34) เป็น 81.07(+12.56) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ dependent t-test (n=54)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย				t	p-value
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม			
	M	S.D.	M	S.D.		
กลุ่มทดลอง	95.40	10.57	67.44	14.62	9.348	.000*
กลุ่มควบคุม	89.96	10.34	81.07	12.56	5.939	.000*

\*p<.05

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองที่มีค่าคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test (n=54)

ช่วงเวลาการเข้าร่วมโปรแกรม	คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย				t	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	M	S.D.	M	S.D.		
ก่อนเข้าโปรแกรม	95.40	10.57	67.44	14.62	9.348	.000*
หลังเข้าโปรแกรม	89.96	10.34	81.07	12.56	5.939	.000*

\*p<0.05

เปรียบเทียบคะแนนการเผชิญความเครียดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนการเผชิญความเครียดรวมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สำหรับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนการเผชิญความเครียดรวมไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีการเผชิญความเครียดดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติมีการเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (median) และค่าเฉลี่ยลำดับที่ (mean rank) ของคะแนนการเผชิญความเครียดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed- rank test (n = 54)

การเผชิญความเครียด รายด้าน	คะแนนการเผชิญความเครียด				z	p-value
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม			
	median	mean rank	median	mean rank		
<b>ด้านการเผชิญหน้าปัญหา</b>						
กลุ่มทดลอง	39.00	14.05	44.00	8.80	-3.193	.001*
กลุ่มควบคุม	42.00	12.78	40.00	13.88	-1.541	.123 <sup>ns</sup>
<b>ด้านการจัดการอารมณ์</b>						
กลุ่มทดลอง	33.00	14.81	37.00	3.50	-4.006	.000*
กลุ่มควบคุม	33.00	11.15	34.00	10.75	-1.037	.300 <sup>ns</sup>
<b>ด้านการบรรเทาความรู้สึก</b>						
กลุ่มทดลอง	49.00	14.33	51.00	10.00	-3.095	.001*
กลุ่มควบคุม	48.00	11.81	49.00	12.25	-.473	.318 <sup>ns</sup>
<b>การเผชิญความเครียดรวม</b>						
กลุ่มทดลอง (n = 27)	121.00	13.80	131.00	3.75	-4.174	.000*
กลุ่มควบคุม (n = 27)	123.00	15.00	122.00	12.56	-.649	.517 <sup>ns</sup>

\*p<.05; <sup>ns</sup> = non-significance

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการเผชิญความเครียดรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคะแนนการเผชิญความเครียดรวมไม่แตกต่างกัน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนการเผชิญความเครียดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพมีการเผชิญความเครียดรวมดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (median) และค่าเฉลี่ยลำดับที่ (mean rank) ของคะแนนการเผชิญ ความเครียดโดยรวมและจำแนกรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง เข้าโปรแกรมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test (n = 54)

ช่วงเวลาการเข้าร่วมโปรแกรม	กลุ่มตัวอย่าง				U	z	p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มควบคุม (n = 27)				
	median	rank	median	rank			
<b>ด้านการเผชิญหน้าปัญหา</b>							
ก่อนเข้าโปรแกรม	39.00	25.37	42.00	29.63	307.00	-.996	.319 <sup>ns</sup>
หลังเข้าโปรแกรม	44.00	32.65	40.00	22.35	225.50	-2.413	.008*
<b>ด้านการจัดการอารมณ์</b>							
ก่อนเข้าโปรแกรม	33.00	27.76	33.00	27.24	357.50	-.122	.903 <sup>ns</sup>
หลังเข้าโปรแกรม	37.00	35.39	34.00	19.61	151.50	-3.718	.000*
<b>ด้านการบรรเทาความรู้สึก</b>							
ก่อนเข้าโปรแกรม	49.00	27.48	48.00	27.52	346.00	-.009	.993 <sup>ns</sup>
หลังเข้าโปรแกรม	51.00	32.87	49.00	22.13	219.50	-2.518	.012*
<b>การเผชิญความเครียดรวม</b>							
ก่อนเข้าโปรแกรม	121	26.28	123	28.72	331.50	-.572	.568 <sup>ns</sup>
หลังเข้าโปรแกรม	131	35.70	122	19.30	143.00	-3.835	.000*

\*p<.05, <sup>ns</sup> = non-significance

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ อภิญา พจนารถ (2556)<sup>16</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลแบบมีระบบและ เฉพาะรายบุคคล ผ่านโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้รับบริการได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มทดลองมีคะแนนการเผชิญความเครียด หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของสุชาติ ดิรักษา (2563)<sup>22</sup> ที่พบว่า การให้ข้อมูลและการติดตาม

ทางโทรศัพท์/แอปพลิเคชัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมั่นใจ และสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนได้ดีขึ้น

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ การศึกษาของ อภิญา พจนารถ (2556)<sup>16</sup> ที่ พบว่า การให้การพยาบาลแบบมีระบบช่วยลด ความรู้สึกไม่แน่นอนได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ Kohler et al. (2023)<sup>11</sup> พบว่า ข้อมูลชัดเจนเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจและ ความเสี่ยงของโรคช่วยบรรเทาความทุกข์ในผู้ป่วยได้

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนการเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน แต่หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มทดลองมีคะแนนการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาโดย จันทกานต์ ช่างวัฒนชัย (2552)<sup>21</sup> และสุซาดา ดีรักษาและคณะ (2564)<sup>22</sup> ซึ่ง พบว่าสตรีใช้วิธีเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกันและการให้ข้อมูลผ่านแอปฯ ช่วยลดความเครียดและเพิ่มการเข้ารับการตรวจได้

### สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในการลดความรู้สึกลังเลและไม่แน่นอนและส่งเสริมการเผชิญความเครียดในสตรีที่เข้ารับหัตถการส่องกล้องทางช่องคลอด พยาบาลควรนำไปปรับใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการลดความเครียดและลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการ

### ข้อเสนอแนะ

ควรนำโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในห้องตรวจนรีเวช เพื่อช่วยลดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและส่งเสริมการเผชิญความเครียด โปรแกรมนี้มีพื้นฐานจากทฤษฎีทางการพยาบาล เพื่อช่วยยกระดับคุณภาพบริการอย่างเป็นองค์รวม และควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น และบริบทโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการประเมินผลของโปรแกรม

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cancer Today: Globocan 2022 – All Cancer [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Jun 27]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/39-all-cancers-fact-sheet.pdf>
2. World Health Organization. Cervical cancer [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Jun 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
3. National Cancer Institute, Ministry of Public Health. Hospital-Based Cancer Registry 2022 [Internet]. Bangkok: National Cancer Institute; 2023 [cited 2024 Jul 6]. Available from: [https://www.nci.go.th/th/cancer\\_record/download/Hosbased-2022-1.pdf](https://www.nci.go.th/th/cancer_record/download/Hosbased-2022-1.pdf)
4. Srisomboon J, Supakornphongkul W. Gynecologic oncology. Bangkok: Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists; 2011. (in Thai)
5. Varon ML, Geng Y, Fellman BM, Troisi C, Fernandez ME, Li R, et al. Interventions to increase follow-up of abnormal cervical cancer screening results: a systematic literature review and meta-analysis. PLoS One. 2024;19(2):e0291931. doi:10.1371/journal.pone.0291931

6. Phuakpoolpol S, Suwannarurk K, Jaisin K, Punyashthira A, Pattaraarchachai J, Bhamarapratana K. Anxiety and depression in Thai women with abnormal cervical cytology who attended the colposcopic unit in Thammasat University Hospital. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018; 19(10):2985–9. doi:10.22034/apjcp. 2018. 19.10.2985. (in Thai)
7. Pornsinsiriruck S, Arpanantikul M, Sumdaengrit B, Lertkhachonsuk A-a, Grube WD. Perceptions and needs of women with low-grade squamous intraepithelial lesion on cervical cytology: A qualitative descriptive study. *Pac Rim Int J Nurs Res.* 2022;26(4):642–57. (in Thai)
8. Mishel MH. Uncertainty in illness. *Image J Nurs Sch.* 1988;20(4):225–32. doi:10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x
9. Jengprasert K, Khongrod S. Effects of video-based education on knowledge and satisfaction among women with abnormal cervical cancer screening undergoing colposcopy. *J Health Educ.* 2021;44(1): 176–85. Available from: <https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/72157>
10. Filding S, Rothnie K, Gray NM, Little J, Cruickshank ME, Neal K, et al. Psychosocial morbidity in women with abnormal cervical cytology managed by cytological surveillance or initial colposcopy: Longitudinal analysis from the TOMBOLA randomised trial. *Psychooncology.* 2017;26(4):476–83. doi:10.1002/pon.4163
11. Kohler RE, Hemler J, Wagner RB, Sullivan B, Macenat M, Tagai EK, et al. Confusion and anxiety between abnormal cervical cancer screening results and colposcopy: “The land of the unknown”. *Patient Educ Couns.* 2023;114:107810. doi:10.1016/j.pec.2023.107810
12. Trongtieng W, Thanadwanich Y, Khunsongkiet W. Factors influencing illness uncertainty among cancer patients receiving chemotherapy. *Burapha Nurs J.* 2020;28(4):26–37. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/248248/168654>. (in Thai)
13. Thanyakulsatja S, Samdaengrit B, Chanda T. Stress and coping in women with abnormal cervical cancer screening results awaiting colposcopy and biopsy results. *Boromarajonani College of Nursing Nonthaburi J Health Sci Res.* 2024;18(1):48–59. (in Thai)
14. Guan T, Qan'ir Y, Song L. Systematic review of illness uncertainty management interventions for cancer patients and their family caregivers. *Support Care Cancer.* 2021;29(8):4623–40. doi:10.1007/s00520-020-05931-x
15. Chotipativejkul W. Effects of counseling on anxiety among women with abnormal cervical cancer screening results. *Phrae Hosp J.* 2021;28(1):81–91. (in Thai)
16. Pojanart A, Wonghongkul T, Sukonthasab A. Effects of a support and education nursing system on uncertainty in illness among newly diagnosed breast cancer patients. *Thai Nurs Council J.* 2013;40(3):75–84. (in Thai)

17. Jerachotechueantaveechai T, Charoenkwan K, Wongpakaran N. Prevalence and predicting factors for anxiety in Thai women with abnormal cervical cytology undergoing colposcopy. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(4):1427–30. doi:10.7314/apjcp.2015.16.4.1427. (in Thai)
18. Mishel MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image J Nurs Sch.* 1990;22(4):256–62. doi:10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x
19. Mishel M, Braden C. Finding meaning: Antecedents of uncertainty in illness. *Nurs Res.* 1988;37(2):98–103,127. doi:10.1097/0006199-198803000-00009
20. Srisatitnarakorn B. *Nursing research methodology.* 5th ed. Bangkok: U&I Intermedia; 2010. (in Thai)
21. Changwatchai J. *Stress and coping among women with abnormal cervical cancer screening results [Master's thesis].* Bangkok: Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2009. (in Thai)
22. Deeraksa S, Samdaengrit B, Hanprasitkam K. *Stress and coping among women with abnormal cervical cells prior to loop electrosurgical excision procedure (LEEP).* *Royal Thai Army Med J Nurs.* 2021;22(3):247–56. (in Thai)