

ORIGINAL ARTICLE

A Study of the Effectiveness of a Health Behavior Modification Program for the Prevention of Cervical Cancer among Women at Risk in the Catchment Area of Ban Thiandat Subdistrict Health Promoting Hospital, Ban Mai Subdistrict, Sam Phran District, Nakhon Pathom Province

Pornprom Suwanna, B.N.S.

Ban Thiandat Subdistrict Health Promoting Hospital, Nakhon Pathom Province, Thailand

Corresponding author :

Pornprom Suwanna, B.N.S.,
Ban Thiandat Subdistrict
Health Promoting Hospital,
30/5 Moo 1, Ban Mai Subdis-
trict, Sam Phran District,
Nakhon Pathom 73110,
Thailand
Email: Pornpromsuwanna@
gmail.com

Received: January 30, 2026;

Revised: February 23, 2026;

Accepted: May 18, 2026

ABSTRACT

Background: Cervical cancer remains a major public health problem among Thai women, while the uptake of cervical cancer screening remains low. This study aimed to evaluate the effectiveness of a health behavior modification program on health belief perceptions, screening intention, and cervical cancer screening uptake among women at risk.

Methods: A quasi-experimental two-group pretest–posttest design was conducted from January to April 2025 at Ban Thiandat Subdistrict Health Promoting Hospital, Nakhon Pathom Province. Sixty women aged 30–60 years who had not undergone cervical cancer screening within the previous five years were recruited and equally assigned to an intervention group and a control group. The intervention group participated in a four-week health behavior modification program. Data were analyzed using descriptive statistics, Independent t-test, Paired t-test, and Chi-square test.

Results: After the intervention, the experimental group demonstrated a statistically significant improvement in health belief scores. Perceived susceptibility and perceived severity of disease were significantly higher than those of the control group, while perceived barriers to cervical cancer screening were significantly lower ($p < 0.05$). Furthermore, screening intention was significantly higher than that of the control group ($p < 0.001$), and the cervical cancer screening uptake rate was significantly higher than that of the control group ($p = 0.010$).

Conclusions: The health behavior modification program effectively improved health beliefs, reduced perceived barriers, and increased cervical cancer screening uptake among women at risk. Implementation of this program in primary care settings is recommended.

Keywords: cervical cancer, screening, health belief, behavior modification

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อ
ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านเทียนดัด ตำบลบ้านใหม่ อำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม

พรพรหม สุวรรณะ, พย.บ.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทียนดัด จังหวัดนครปฐม

ผู้รับผิดชอบบทความ:

พรพรหม สุวรรณะ, พย.บ.,
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านเทียนดัด
30/5 หมู่ที่ 1 ต.บ้านใหม่
อ.สามพราณ จ.นครปฐม 73110,
ประเทศไทย
Email: Pornpromsuwanna@
gmail.com

Received: January 30, 2026;

Revised: February 23, 2026;

Accepted: May 18, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของสตรีไทย อย่างไรก็ตามอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองยังอยู่ในระดับต่ำ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจ และการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2568 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทียนดัด จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยตรวจหรือไม่ได้ตรวจคัดกรองภายใน 5 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าทีแบบอิสระ การทดสอบค่าทีแบบจับคู่ และการทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษา: หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุม ขณะที่การรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.050$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการตรวจคัดกรองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p = 0.010$)

สรุป: โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถเพิ่มการรับรู้ลดอุปสรรคและส่งเสริมการเข้ารับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงควรส่งเสริมการประยุกต์ใช้โปรแกรมดังกล่าวในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรอง ความเชื่อด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของสตรีทั่วโลก โดยเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสี่ในสตรี รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งปอด จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 660,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 350,000 รายทั่วโลก อัตราการเกิด และการเสียชีวิตจากโรคนี้นับสูงในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางสะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ ป้องกันโรค การตรวจคัดกรอง และการรักษา¹

มะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุสำคัญจากการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (human papillomavirus, HPV) โดยเฉพาะสายพันธุ์ HPV 16 และ 18 ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดยุทธศาสตร์ระดับโลกโดยตั้งเป้าหมายให้สตรีอย่างน้อยร้อยละ 70.00 ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธี ที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อยสองครั้งในช่วงอายุ 35 และ 45 ปี³

สำหรับประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสองในสตรีรองจากมะเร็งเต้านม ในแต่ละปีพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 9,000-10,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 5,000 ราย⁴ ประเทศไทยดำเนินมาตรการป้องกันโรคโดยเน้นการตรวจคัดกรองในสตรีอายุ 30-60 ปี อย่างน้อยทุก 5 ปี ผ่านระบบบริการสุขภาพของรัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างไรก็ตาม อัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองยังต่ำกว่าระดับเป้าหมายเนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น ความเขินอาย ความกลัว การขาดความรู้ และการรับรู้อุปสรรค^{5,6}

สถานการณ์ในจังหวัดนครปฐมพบว่า ความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองในปี พ.ศ. 2567 มีเป้าหมาย 31,392 ราย แต่ดำเนินการได้เพียง 11,088 ราย (ร้อยละ 35.32) และในอำเภอสามพรานมีผลการดำเนินงานเพียงร้อยละ 22.57 สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทียนดัด มีเป้าหมาย 2,801 ราย โดยผลการดำเนินงานในช่วงปี

พ.ศ. 2565-2567 เท่ากับ 202 ราย (ร้อยละ 7.21), 240 ราย (ร้อยละ 8.57) และ 90 ราย (ร้อยละ 3.21) ตามลำดับ สะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดกระบวนการเรียนรู้ของ Klein มาประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model, HBM) อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของญานรินทร์ สีกุด และคณะ⁸ ที่พบว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ในหลายมิติมีผลต่อการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ แนวคิดกระบวนการเรียนรู้ของ Klein อธิบายว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน⁹

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการรับรู้และความตระหนักเกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง อันจะนำไปสู่การเพิ่มความตั้งใจและพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรอง และช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรอง และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ได้แก่ 1) เปรียบเทียบการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2) เปรียบเทียบความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองและการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 3) เปรียบเทียบการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ 4) เปรียบเทียบการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2568 ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านเทียนดัด ตำบลบ้านใหม่ อำเภอสามพราณ จังหวัดนครปฐม การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เลขที่รับรอง 43/2567 ลงวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2567

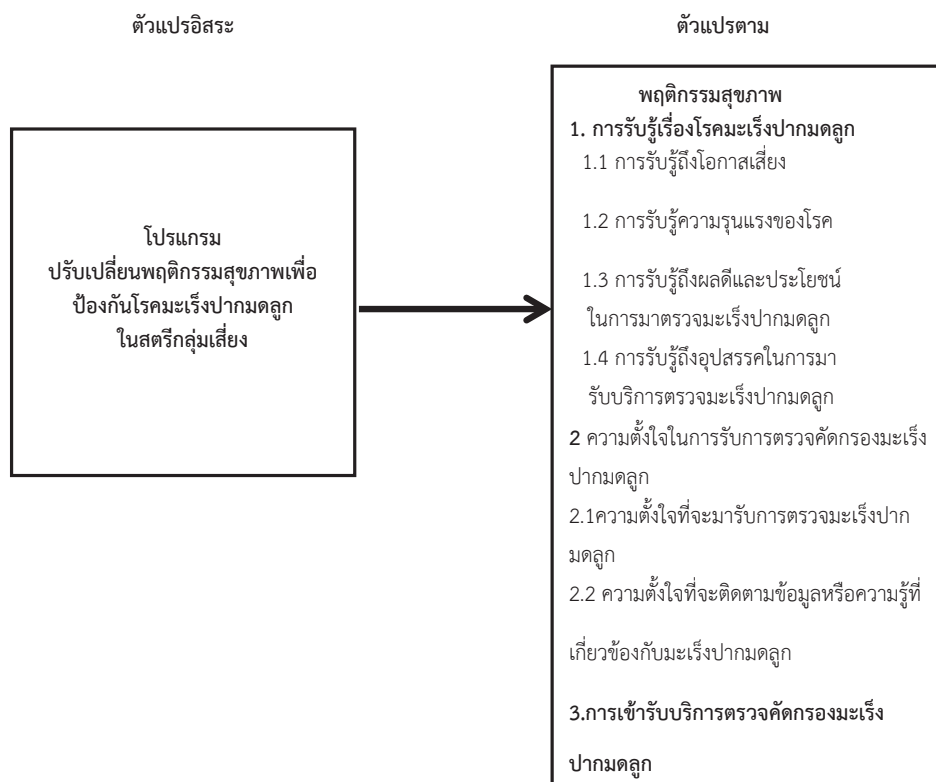
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการเรียนรู้ของ Klein⁹ ซึ่งอธิบายว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่เกิดจากประสบการณ์และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร โดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่สามารถอธิบายได้จากเหตุการณ์เฉพาะเพียงครั้งเดียว หรือจากวุฒิภาวะและสัญชาตญาณเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก

การได้รับข้อมูล การมีปฏิสัมพันธ์ และการสะท้อนประสบการณ์ของบุคคล⁹

นอกจากนี้การศึกษานี้ยังใช้แนวคิด HBM ซึ่งพัฒนาโดย Rosenstock และคณะ เพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยระบุว่าความตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลในหลายมิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived barriers) ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีอิทธิพลต่อความตั้งใจและการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ^{7,10}

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ออกแบบให้ กระบวนการเรียนรู้ของไคลน์ ทำหน้าที่เป็น กลไกการส่งมอบความรู้ในแต่ละขั้นตอน ขณะที่ HBM ทำหน้าที่เป็นกรอบอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยทั้งสองทฤษฎีทำงานเสริมกันเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ การเข้ารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกในสตรี กลุ่มเสี่ยง ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่สนใจคือ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่เคยมีเพศสัมพันธ์และอาศัยอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทียนดัด ประกอบด้วยพื้นที่ 3 หมู่บ้าน (หมู่ที่ 1, 2 และ 5)

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ไม่เคยตรวจหรือไม่ได้ตรวจคัดกรองภายใน 5 ปีที่ผ่านมา อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดการศึกษา และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ และขอถอนตัวระหว่างการศึกษ

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์กำลังการทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรม G*Power กำหนด $\alpha = 0.05$, Power = 0.80 คำนวณค่า effect size (Cohen's d) จากการศึกษาของนิภาพร พอใจ¹¹ ได้ค่า $d = 1.72$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 6 คน อย่างไรก็ตามเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผล ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากรายชื่อประชากรที่มีคุณสมบัติครบ จากนั้นสุ่มจัดสรรเข้ากลุ่มโดยไม่ใส่คืน (sampling without replacement)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส อายุเมื่อสมรส จำนวนบุตร และประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM)⁷ และจากการศึกษาของนิภาพร พอใจ¹¹ เพื่อวัดการรับรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านของสตรีกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งสิ้น 40 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้ 1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ 3)

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ และ 4) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า (rating scale) 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามลักษณะของข้อความเชิงบวก เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสตรี พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพสตรี และนักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพสตรี โดยมีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) เท่ากับ 0.83 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบความเที่ยง (reliability) ในสตรีที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยปรากฏค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.81

3. แบบสอบถามความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการแสวงหาข้อมูล จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ความตั้งใจที่จะมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และ 2) ความตั้งใจที่จะติดตามข้อมูลหรือความรู้ที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 3 ระดับ (ตั้งใจอย่างมาก = 3 คะแนน ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน และไม่ตั้งใจเลย = 1 คะแนน) แบบสอบถามส่วนนี้มีค่า CVI เท่ากับ 0.91 และมีค่าความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89

4. แบบบันทึกการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองจากระบบเวชระเบียน เป็นแบบบันทึกสำหรับพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำหรับใช้รวบรวมข้อมูลในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

5. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากแนวคิด HBM⁷ และกระบวนการเรียนรู้ของ Klein⁹ โดยใช้กระบวนการกลุ่มสะท้อนความคิดและอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อเพิ่มช่องทางการเรียนรู้ได้สะดวก สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ กิจกรรมของโปรแกรมช่วยกระตุ้นให้สตรีที่เข้าร่วมวิจัยได้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยใช้กระบวนการและสื่อการสอนดังนี้ 1) กระบวนการกลุ่ม

เพื่ออธิบายปัญหาและอุปสรรคของการเข้ารับการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก และแสดงความคิดเห็นในการจัดอุปสรรคของโรคมะเร็งปากมดลูก 2) พาวเวอร์พอยท์เพื่อสื่อสารความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกเพื่อสร้างการรับรู้ ความเสี่ยงและความรุนแรงโรค และ 3) แผ่นพับและสื่อความรู้ออนไลน์ (คิวอาร์โค้ด) เรื่องการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง (HPV DNA Self-Test) กิจกรรมโปรแกรมดำเนินทั้งหมด 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-120 นาที โปรแกรมได้รับตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสตรี พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพสตรี และนักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพสตรี ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการผ่านโปสเตอร์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเอกสารแจกจ่ายไปยังหมู่บ้านในพื้นที่เป้าหมายเพื่อให้สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการวิจัย ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ ความเสี่ยง และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อนรับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

เก็บข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และแบบสอบถามความตั้งใจในการตรวจคัดกรอง จากนั้นเชิญกลุ่มควบคุมเข้าให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการตามดูแลตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนกลุ่มทดลองถูกเชิญเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมกลุ่มกระบวนการสร้างการรับรู้ความเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อส่งเสริมความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกให้แก่สตรีกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อสะท้อนแนวโน้มของการเกิดโรคในสตรีเพื่อสร้างการรับรู้ความเสี่ยง จากนั้นให้ สตรีกลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนความคิด อภิปรายกลุ่ม และผู้สอนได้ใช้

กรณีศึกษา ให้ผู้เรียนวิเคราะห์ แล้วนำเสนอผลงานกลุ่มใช้เวลา 60 นาที

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมกลุ่มในกระบวนการของสร้างความรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อส่งเสริมให้สตรีกลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความรุนแรง โดยผู้วิจัยใช้วิดีโอเพื่อประกอบการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โอกาสการเสียชีวิต ความรุนแรงต่อการร่างกาย ผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และการสูญเสียโอกาสในการใช้ชีวิต เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อความรุนแรงของโรค จากนั้นให้กลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสตรีเอง กระตุ้นความรู้สึก โดยให้ดูภาพกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มีการสะท้อนความคิด อภิปรายกลุ่ม และผู้สอนได้ใช้กรณีศึกษาให้ผู้เรียนวิเคราะห์ถึงการปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์เหมือนกรณีศึกษา ใช้เวลา 90 นาที

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมกลุ่มในกระบวนการของสร้างความรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งเกิดความตั้งใจในการเข้ารับบริการ โดยเริ่มจากการสะท้อนความคิดและอภิปรายกลุ่ม เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และนำเสนอผลงานกลุ่ม ผู้วิจัยสาธิตอุปกรณ์ตรวจคัดกรองและขาหยั่ง พร้อมสาธิตวิธีการตรวจเพื่อลดความเขินอายและความกลัว ความเจ็บปวด จากนั้นให้กลุ่มร่วมกันอภิปราย ตกผลึกประโยชน์และอุปสรรค และชมวิดีโอการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง (HPV DNA Self-Test) เพื่อสะท้อนสู่ความตั้งใจและพฤติกรรมในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้เวลา 90 นาที

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมกลุ่มเพื่อทบทวนองค์ความรู้ และแสดงบทบาทสมมติมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้ และการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ครอบคลุมการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค รวมทั้งความตั้งใจและพฤติกรรมในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้เวลา 120 นาที

ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม เก็บข้อมูลหลังการทดลองด้วยเครื่องมือชุดเดิม พร้อมแบบบันทึกการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนนำข้อมูลวิเคราะห์ทางสถิติตามวัตถุประสงค์การศึกษา ทั้งนี้ ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้แก่กลุ่ม

ควบคุมเพื่อความเป็นธรรมตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เปรียบเทียบตัวแปรเชิงนามบัญญัติระหว่างกลุ่มด้วย การทดสอบไคสแควร์ เปรียบเทียบตัวแปรเชิงปริมาณ และคะแนนการรับรู้ระหว่างกลุ่ม ด้วย การทดสอบค่าทีแบบอิสระ และเปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง ด้วยการทดสอบค่าทีแบบจับคู่ ก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติพารามेटริก กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว (ร้อยละ 73.33 และ 83.33 ตามลำดับ) กลุ่ม

ทดลองส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 46.67) และประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 60.00) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 46.67) กลุ่มทดลองมีประวัติเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 56.67 และ 40.00 ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 44.90 ปี (SD = 8.53) และ 46.30 ปี (SD = 8.66) ตามลำดับ โดยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.63$, $p = 0.53$) ลักษณะทั่วไปของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความเทียบเทียมกัน (ตารางที่ 2)

ผลของโปรแกรมต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจ และการเข้ารับการตรวจคัดกรอง

ก่อนการดำเนินโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน และความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ภายหลังการดำเนิน

ตารางที่ 1. ลักษณะประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
สถานภาพสมรส			0.89	0.640
แต่งงาน	22 (73.33)	25 (83.33)		
แยกกันอยู่	3 (10.00)	2 (6.67)		
หม้าย/หย่า	5 (16.67)	3 (10.00)		
ระดับการศึกษา			4.39	0.360
ไม่ได้เรียน	0 (0.00)	1 (3.33)		
ประถมศึกษา	7 (23.33)	9 (30.00)		
มัธยมศึกษา	14 (46.67)	7 (23.33)		
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	4 (13.33)	5 (16.67)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5 (16.67)	8 (26.67)		
อาชีพ			9.05	0.060
ค้าขาย	18 (60.00)	11 (36.67)		
รับจ้าง	4 (13.33)	14 (46.67)		
แม่บ้าน	3 (10.00)	3 (10.00)		
รับราชการ	1 (3.33)	1 (3.33)		
ธุรกิจส่วนตัว	4 (13.33)	1 (3.33)		
ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			0.30	0.150
เคยตรวจ	17 (56.67)	12 (40.00)		
ไม่เคยตรวจ	13 (43.33)	18 (60.00)		

ตารางที่ 2. การเปรียบเทียบลักษณะประชากรเชิงปริมาณของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p
	M	SD	M	SD		
อายุ (ปี)	44.90	8.53	46.30	8.66	-0.63	0.053
รายได้ต่อเดือน (บาท)	24,566.67	20,225.76	22,383.33	20,010.21	0.42	0.680
อายุเมื่อแต่งงานครั้งแรก (ปี)	22.83	3.96	23.50	5.35	-0.55	0.590
จำนวนบุตร (คน)	1.70	0.75	1.63	1.03	0.29	0.780

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบระดับการรับรู้ความเชื่อทางสุขภาพ ความตั้งใจต่อการเข้ารับการตรวจ และความตั้งใจต่อการเข้าร่วมรับฟังข่าวสารก่อนและหลังการทดลอง และการเข้ารับการตรวจหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกลุ่มควบคุม

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค						
ก่อนการทดลอง	23.63	1.79	24.43	2.05	-1.61	0.112
หลังการทดลอง	25.67	1.45	24.50	2.06	2.54	0.014
การรับรู้ความรุนแรงของโรค						
ก่อนการทดลอง	26.40	2.24	26.40	2.76	0.01	0.930
หลังการทดลอง	27.90	0.80	26.63	2.48	2.66	0.010
การรับรู้ถึงผลดีและประโยชน์ของการปฏิบัติตามเพื่อการป้องกันโรค						
ก่อนการทดลอง	28.43	1.78	28.73	2.033	-0.61	0.550
หลังการทดลอง	29.20	3.65	28.80	2.01	0.53	0.550
การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการปฏิบัติตามเพื่อการป้องกันโรค						
ก่อนการทดลอง	19.27	5.21	19.40	5.74	-0.10	0.930
หลังการทดลอง	14.87	3.75	19.37	5.72	-3.60	0.001
ความตั้งใจต่อการเข้ารับการตรวจ						
ก่อนการทดลอง	1.77	0.50	1.53	0.51	1.79	0.080
หลังการทดลอง	2.87	0.35	2.13	0.51	6.54	0.001
ความตั้งใจต่อการเข้าร่วมรับฟังข่าวสาร						
ก่อนการทดลอง	1.63	0.62	1.57	0.50	0.46	0.650
หลังการทดลอง	2.60	0.50	2.10	0.31	4.69	0.001
การเข้ารับการตรวจ(ตรวจ/ไม่ตรวจ)						
หลังการทดลอง	1.00	0.00	0.80	0.41	2.69	0.010

โปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่การรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการตรวจคัดกรอง

และการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

การเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง

ผลการวิเคราะห์ด้วย การทดสอบค่าที แบบจับคู่ พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยการเรียนรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น ขณะที่การรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ คะแนนความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองและการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งสองด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจ และการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอธิบายได้ตามกรอบแนวคิด HBM^{7,10} ที่เสนอว่าเมื่อบุคคลรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ในระดับสูง พร้อมทั้งสามารถลดอุปสรรคได้จะนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยในต่างประเทศ พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ที่พัฒนาบนพื้นฐานของ HBM สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ผ่านการสมรสชาวอินเดียได้ โดยเพิ่มการรับรู้ด้านความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคที่

ส่งผลให้การเข้ารับการตรวจ pap smear เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ¹²

การรับรู้อุปสรรคที่ลดลงอาจเป็นผลมาจากกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมซักถามข้อสงสัยและรับข้อมูลที่ถูกต้อง รวมถึงการสาธิตการใช้อุปกรณ์ตรวจคัดกรอง ซึ่งช่วยลดความกลัว ความเขินอาย และความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่งผลให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความมั่นใจในการเข้ารับบริการมากขึ้น ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวราภรณ์ แผงสะโด ที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้รับบริการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ¹³

สำหรับการรับรู้ประโยชน์ แม้จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ไม่แตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องจากสตรีในทั้งสองกลุ่มมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจอยู่แล้วจากการรณรงค์สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นรูปธรรม มิใช่เพียงการปรับเปลี่ยนในระดับการรับรู้หรือความตั้งใจเท่านั้น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ Champion และ Skinner ที่ระบุว่า การเสริมสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและการลดอุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งในสตรี¹⁴ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพร พอใจ¹¹ ด้วยเช่นกัน

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยบทบาทของสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ ตามทฤษฎีความ

ตารางที่ 4. การเปรียบเทียบลักษณะประชากรเชิงปริมาณของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean (SD)	หลังทดลอง Mean (SD)	t	p-value
การเรียนรู้โอกาสเสี่ยง	22.37 (3.12)	26.83 (2.15)	-7.43	< 0.001
การรับรู้ความรุนแรง	24.13 (2.98)	27.50 (1.87)	-6.11	< 0.001
การรับรู้ประโยชน์	25.60 (2.87)	27.13 (1.96)	-2.98	0.006
การรับรู้อุปสรรค	20.43 (3.45)	16.43 (2.73)	6.47	< 0.001
ความตั้งใจตรวจคัดกรอง	2.13 (0.73)	2.80 (0.41)	-4.82	< 0.001
ความตั้งใจแสวงหาข้อมูล	2.10 (0.71)	2.77 (0.43)	-4.51	< 0.001

เชื่อด้านสุขภาพ โดยกิจกรรมในโปรแกรมทำหน้าที่กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมเกิดกระบวนการจดจำรูปแบบ ตามแนวคิดของ Klein นำไปสู่การตัดสินใจปรับพฤติกรรมในบริบทชีวิตจริง นอกจากนี้ การเน้นการฝึกปฏิบัติจริงในโปรแกรมยังช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง) ซึ่ง Bandura ระบุว่า เป็นปัจจัยสำคัญในการแปลงความตั้งใจสู่พฤติกรรมที่ยั่งยืน¹⁵ ทั้งนี้ Jones และคณะ พบว่า โปรแกรมที่บูรณาการทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์มีประสิทธิภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าโปรแกรมที่ใช้ทฤษฎีเดียว¹⁶

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ การใช้รูปแบบกึ่งทดลองซึ่งอาจควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้ไม่สมบูรณ์ การดำเนินการในพื้นที่ชุมชนเดียว ซึ่งอาจจำกัดการนำผลไปอ้างอิงในบริบทอื่น และระยะเวลาติดตามสั้น จึงอาจยังไม่สะท้อนความยั่งยืนของพฤติกรรมในระยะยาว

สรุป

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิด HBM และกระบวนการเรียนรู้เชิงรุกสามารถเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ ลดอุปสรรค และเพิ่มแรงจูงใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรมนี้มีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและลดภาระโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรพัฒนารูปแบบการศึกษาให้มีความเข้มแข็งทางระเบียบวิธีวิจัยมากยิ่งขึ้น โดยดำเนินการในรูปแบบการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากการเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างน่าเชื่อถือ นอกจากนี้ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังพื้นที่อื่น ๆ และกลุ่มสตรีที่มีความหลากหลายทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยให้ครอบคลุมในวงกว้างยิ่งขึ้น

ในด้านการพัฒนาโปรแกรม ควรประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ เพื่อเสริมแรงและติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ควบคู่กับการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมเพิ่มเติม อาทิ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (perceived social support) และความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy) ซึ่งจะช่วยอธิบายกลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้งยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเฉพาะในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทียนตัด กลุ่มตัวอย่างจึงมีลักษณะเฉพาะเจาะจงทางภูมิศาสตร์และบริบทชุมชน โดยชุมชนส่วนใหญ่เป็นชุมชนกึ่งเมือง ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม มีประชากรวัยแรงงานเป็นสัดส่วนสูง และมีการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้า-ออกอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีแรงงานข้ามชาติอาศัยและทำงานในพื้นที่ ลักษณะดังกล่าวส่งผลต่อพฤติกรรมและการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี เช่น ข้อจำกัดด้านเวลาในการเข้ารับบริการ ความไม่ต่อเนื่องของการติดตามตรวจซ้ำ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำกัด รวมถึงอุปสรรคด้านภาษา วัฒนธรรม และสิทธิการเข้าถึงบริการในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ซึ่งอาจมีผลต่อระดับการรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง ดังนั้น การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้หรืออ้างอิงในบริบทอื่นจึงควรดำเนินการด้วยความระมัดระวัง โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านบริบทชุมชน ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่

Highlights

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถลดความกลัว ความเขินอาย และข้อจำกัดด้านความรู้หรือทัศนคติที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. โปรแกรมสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Cervical cancer [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Jun 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.
- International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory [Internet]. Lyon (FR): IARC; 2023 [cited 2023 Mar 15]. Available from: <https://gco.iarc.fr>
- World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. มะเร็งในประเทศไทย เล่มที่ 10. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2564.
- กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับประเทศ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
- Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Collado JJ, Gómez D, et al. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report. Barcelona: ICO/IARC; 2023
- Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr. 1974;2:328-35.
- ภูรินทร์ สีกุด, มะลิวัลย์ บางนิ่มน้อย, ชาลินี มานะยิ่ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2564;36:37-47.
- Klein SB. Learning: Principles and Applications. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior: Theory, Research, and Practice. 5th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2015.
- นิภาพร พอใจ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง ในเขตสถานีอนามัยตำบลสะเนียน อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา; 2552.
- Thahirabanuibrahim, Logaraj M. The effect of the health belief model education for cervical cancer prevention, screening promotion among rural women in Chengalpattu district, Tamil Nadu (HB-MECC). J Educ Health Promot. 2023;12:166. PubMed PMID: 37404911
- เสาวราภรณ์ แฝงสะโด. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567; 5:370-81.
- Champion VL, Skinner CS. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 45-65.
- Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York, NY: W.H. Freeman; 1997.
- Jones CL, Jensen JD, Scherr CL, Brown NR, Christy K, Weaver J. The health belief model as an explanatory framework in communication research: Exploring parallel, serial, and moderated mediation. Health Commun. 2015;30:566-76.