

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก
ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท
จังหวัดชัยนาท

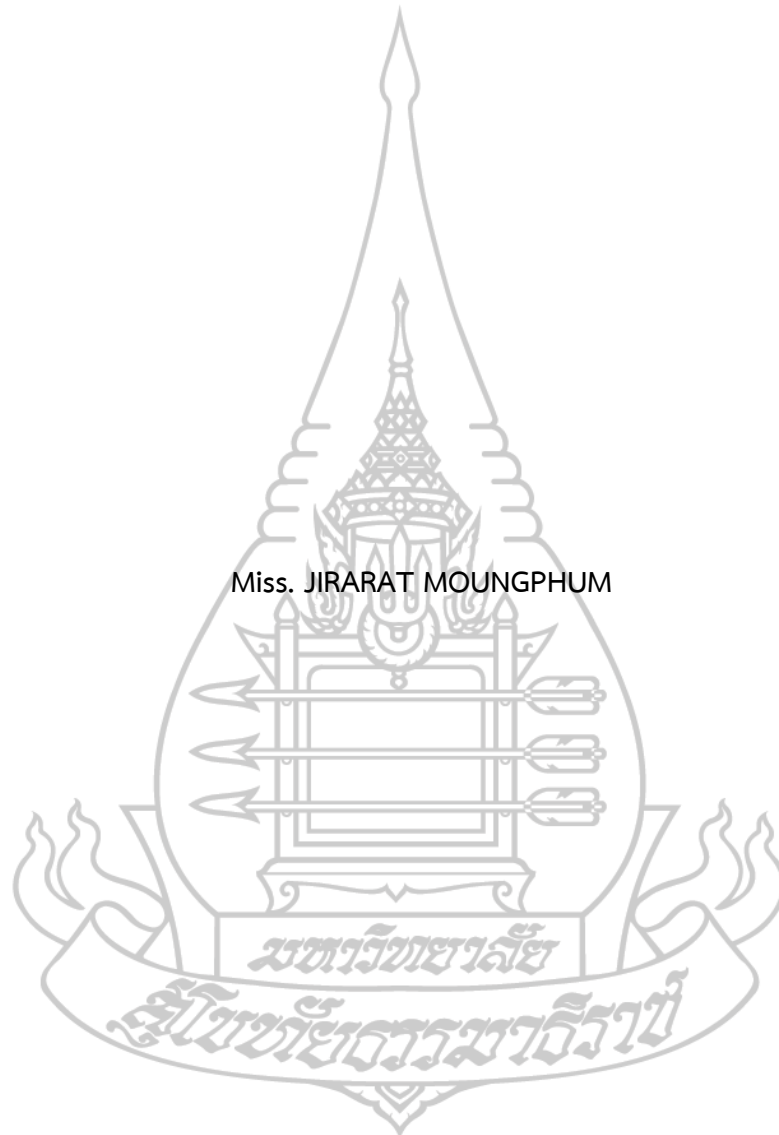


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2566

Factors Associated to Decision for Receive HPV Vaccination Among
Female High School Students, Mueang Chai Nat District,
Chai Nat Province



Miss. JIRARAT MOUNGPHUM

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health
School of Health Science
Sukhothai Thammathirat Open University

2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท
ชื่อและนามสกุล	นางสาวจิรารัตน์ ม่วงพุ่ม
แขนงวิชา / วิชาเอก	กลุ่มวิชาบริหารสาธารณสุข
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	1. รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรงค์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิระพล กาละดี

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2567

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ธนะภพ)	กรรมการ
.....	กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรงค์)	กรรมการ
.....	กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิระพล กาละดี)	

..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.นราธิป ศรีราม)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียน
หญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

ผู้วิจัย นางสาวจิรารัตน์ ม่วงพุ่ม รหัสนักศึกษา 2655000889

ปริญญา: สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ จันทร์คง (2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษ
พล กาละดี ปีการศึกษา 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (2) การตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก และ (3) อิทธิพลลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และความรู้ด้านสุขภาพ กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ ทำการศึกษาในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท จำนวน 963 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยการใส่โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.6 โดยใช้ค่า Power ($1 - \beta$ err prob) 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 246 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.95 และได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 โดยข้อคำถามความรู้ได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.95 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติการถดถอยพหุเชิงเส้นโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า (1) นักเรียนส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 16.25 ปี ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดชัยนาท บิดามารดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 25,000 บาท ส่วนใหญ่ไม่มีคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทที่เป็นมะเร็งปากมดลูกและเคยฉีดวัคซีนเคมีแพนหรือคนรัก แต่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ประจำเดือนมาปกติ เต็มใจที่จะรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีความรู้อยู่ในระดับสูง ทักษะอยู่ในระดับดีมาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (2) การตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะฉีดอย่างแน่นอน และ (3) ปัจจัยระดับการศึกษาและระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์กับฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีโอกาสที่จะฉีดวัคซีนมากกว่า กลุ่มนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาปีที่ 5 เป็น 2.21 เท่า และกลุ่มที่มีทัศนคติระดับดีมาก มีโอกาสที่จะฉีดวัคซีนมากกว่ากลุ่มที่มีระดับทัศนคติระดับปานกลาง เป็น 3.00 เท่า

คำสำคัญ มะเร็งปากมดลูก วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Thesis title: Factors Associated to Decision for Receive HPV Vaccination Among Female High School Students, Mueang Chai Nat District, Chai Nat Province

Researcher: Miss. JIRARAT MOUNGPUM; ID: 2655000889;

Degree: Master of Public Health;

Thesis advisors: (1) Dr. Warangkana Chankong, Associate Professor;(2) Dr. Kiraphol Kaladee, Assistant Professor ; Academic year: 2023

Abstract

This research aimed to explore: (1) the factors related to personal characteristics, knowledge, attitudes, and health literacy concerning cervical cancer and the HPV vaccine; (2) the decisions to receive the HPV vaccine; and (3) the influence of personal characteristics, knowledge, attitudes, and health literacy on the decisions to receive the HPV vaccine among female high school students in Chai Nat's Mueang district.

This a cross-sectional analysis research was conducted among 246 students selected from 963 female high school students in the Mueang district. The sample size was calculated using the G*Power 3.1.9.6 software [Power (1- β err prob) 0.8]. The research instrument was a questionnaire with a content validity index of 0.95 and a reliability score of 0.79. The knowledge-related questions yielded a KR-20 score of 0.95. Data were collected and then analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and logistic regression analysis.

The findings revealed that, among the participants: (1) Most of them were 16 years old on average, studying in grade 11, residing in Chai Nat with parents who were mostly laborers and had a family income exceeding 25,000 baht per month. Mostly they did not have family members or close friends with cervical cancer, nor had they received the HPV vaccine. They had had a boyfriend or romantic partner but had never had sexual intercourse, and had regular menstrual cycles. They were willing to receive the HPV vaccine, had a high level of knowledge, good attitudes, and very good health literacy. (2) Most of them were strongly determined to receive the HPV vaccine. (3) Educational level and attitudes were significantly associated with the decisions to receive the HPV vaccine. Students in grade 12 were 2.21 times more likely to receive the vaccine than those in grade 11, and those with a higher level of attitudes were 3 times more likely to receive the vaccine than those with a moderate level of attitudes.

Keywords : Cervical cancer, HPV vaccine, Health literacy

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างดีจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิริษพล กาละดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ติดตาม ตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ธนะภพ ที่ให้ความอนุเคราะห์เสียสละเวลาเป็นประธานสอบปกป้องวิทยานิพนธ์ และให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 5 ท่าน ซึ่งได้แก่ นางสาวจิตติมา พานิชกิจ นายทองคำ ตีประดิษฐ์ นางเนตรนภา พรฐิตานนท์ นางสาวพรวิดี มะหิงษา และนางสาวศนิดา บัวิเศษ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ช่วยชี้แนะและให้คำแนะนำในการปรับปรุงให้เครื่องมือมีประสิทธิภาพเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาอุทัยธานี ชัยนาท ผู้อำนวยการโรงเรียนชัยนาทพิทยาคม โรงเรียนองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท และโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 46 ชัยนาท ที่ให้ความร่วมมือในการประสานเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และอนุญาตให้เข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลายทั้ง 3 โรงเรียน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงเรียนอุทัยวิทยาคม จังหวัดอุทัยธานี ที่อนุญาตให้ทดสอบเครื่องมือ (Try Out) และขอขอบคุณนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลาย ของโรงเรียนอุทัยวิทยาคม ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

นางสาวจิรารัตน์ ม่วงพุ่ม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ขอบเขตในการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
ประโยชน์ที่ได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก	10
ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (เอชพีวี)	18
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ พฤติกรรมและการตัดสินใจ	23
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล	61
การวิเคราะห์ข้อมูล	61
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มที่จะศึกษา	62

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท.....	64
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท.....	69
ส่วนที่ 3 ทักษะคิดต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท.....	70
ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท.....	72
ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท.....	74
ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท.....	80
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	82
สรุปการวิจัย.....	83
อภิปรายผล.....	85
ข้อเสนอแนะ.....	88
บรรณานุกรม	90
ภาคผนวก	95
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	96
ข ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน.....	99
ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	101

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ง ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา.....	112
จ ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ.....	124
ประวัติผู้วิจัย	126



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีแต่ละชนิด.....	19
ตารางที่ 2.2 อาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีชนิด 9 สายพันธุ์.....	21
ตารางที่ 2.3 คำแนะนำการฉีดวัคซีนเอชพีวี.....	21
ตารางที่ 3.1 สัดส่วนขนาดตัวอย่างของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท.....	53
ตารางที่ 3.2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็ง ปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท.....	60
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท.....	65
ตารางที่ 4.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท.....	68
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของข้อความคำถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก.....	69
ตารางที่ 4.4 ระดับทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท.....	70
ตารางที่ 4.5 ระดับทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท จำแนกรายข้อความ.....	71
ตารางที่ 4.6 ภาพรวมระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็ง ปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท.....	73
ตารางที่ 4.7 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็ง ปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท จำแนกรายประเด็น.....	73

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.8 แสดงอิทธิพลของปัจจัยด้านระดับชั้นการศึกษา และระดับทัศนคติ ที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท.....	75
ตารางที่ 4.9 แสดงจำนวนในการตอบปัญหาและอุปสรรคในการฉีดวัคซีนป้องกัน มะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่ อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท.....	81
ตารางที่ 4.10 แสดงจำนวนในการตอบข้อเสนอแนะในการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่ อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท.....	81



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
ภาพที่ 2.1 เปรียบเทียบแนวคิด Bloom’s Taxonomy (1956) และ Bloom’s Taxonomy Revised (2001).....	26
ภาพที่ 2.2 มิติด้านกระบวนการทางปัญญา (Cognitive Processes).....	28
ภาพที่ 2.3 Bloom’s Digital Taxonomy.....	30
ภาพที่ 2.4 แบบจำลองทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล.....	31
ภาพที่ 2.5 แบบจำลองทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน.....	33



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็งปากมดลูกถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมาตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2532 โดยพบว่ามียุบัติการณ์การเกิดที่สูงในกลุ่มผู้หญิงไทย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการผลักดันนโยบายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับประเทศขึ้น เพื่อผลักดันให้อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มลดลง โดยปัจจุบันมะเร็งปากมดลูกจัดอยู่ในอันดับ 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยในผู้หญิงไทย พบผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยวันละ 25 ราย หรือ 9,158 คนต่อปี และเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 13 ราย หรือ 4,705 คนต่อปี(กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก คือ เชื้อไวรัสเอชพีวี เป็นเชื้อไวรัสที่สามารถติดต่อได้ง่าย และพบบ่อยที่สุดของการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยพบสายพันธุ์ 16 และ 18 เป็นสาเหตุหลักประมาณร้อยละ 70.00 ของมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อไวรัสเอชพีวีจะพบบ่อยที่สุดในผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 18 - 28 ปี หรือผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 35 - 50 ปี เนื่องจากระยะเวลาการติดเชื้อจนกระทั่งป่วยเป็นโรคนั้นใช้เวลานานนับ 10 ปี แต่เนื่องด้วยวิวัฒนาการทางด้านเทคโนโลยีในปัจจุบันสามารถสังเคราะห์ส่วนเปลือกของไวรัสเอชพีวี นำมาใช้ในการผลิตวัคซีนเอชพีวีเพื่อใช้ในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งได้รับการยืนยันจากการศึกษาต่าง ๆ ในมนุษย์ว่าวัคซีนนี้มีประสิทธิภาพสูงมากในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก และโรคที่เกี่ยวข้องกับเชื้อไวรัสเอชพีวี โดยองค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (United States Food and Drug Administration; US FDA) ได้ให้การรับรองว่าวัคซีนเอชพีวีมีประสิทธิภาพ ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชพีวีสายพันธุ์หลักได้ร้อยละ 100.00 ถ้าหากได้รับวัคซีนก่อนที่จะมีการติดเชื้อ ส่งผลให้สามารถลดอัตราป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พลากร สืบสำราญ และคณะ, 2557)

ในปีพ.ศ. 2560 วัคซีนเอชพีวีในประเทศไทยเริ่มมีการให้บริการในกลุ่มนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 แต่เนื่องจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมา มีการขาดช่วงของการให้บริการวัคซีนในช่วงปีพ.ศ. 2562 – 2564 จึงส่งผลให้การให้บริการวัคซีนเอชพีวียังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร โดยจากข้อมูลระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) พบว่า ปีพ.ศ. 2565 ความครอบคลุมการรับวัคซีนเอชพีวีในกลุ่มเป้าหมายเด็กนักเรียน ภาพรวมประเทศมีความครอบคลุมเพียง ร้อยละ 24.37 (Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

ณ วันที่ 30 กันยายน 2566) โดยสาเหตุหลัก ๆ ได้แก่ นโยบายเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนเอชพีวียังไม่เข้าถึงประชาชนทุกช่วงวัย การขาดบูรณาการระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการที่มุ่งเน้นโครงการเรื่องการป้องกันมะเร็งปากมดลูกยังมีน้อย โดยที่กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุวัคซีนเอชพีวีเข้าไปในตารางการให้วัคซีนของเด็กไทย แต่ยังเป็นวัคซีนทางเลือกและมีราคาค่อนข้างแพง และผู้รับบริการยังมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอต่อการรับวัคซีนเอชพีวี ครอบครัวยังขาดความรู้และทักษะในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยวัคซีนเอชพีวียังไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ปกครองหรือประชาชนทั่วไปเท่าที่ควร (พรทิพย์ ชีวะพัฒน์ และกฤษณา พูลเพิ่ม, 2563)

จากสถานการณ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 มีแผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ 2567 โดยได้ดำเนินการจัดทำขึ้น ภายใต้แผนปฏิบัติราชการประจำปี โดยผ่านการทบทวน ศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ แนวโน้ม ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ รวมทั้งให้มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 โดยกำหนดนโยบายสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชน ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ หนึ่งในนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดขึ้น คือ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง คัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ได้มีการเร่งสนับสนุนบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจ โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือหญิงไทยอายุ 30 – 59 ปี และหญิงไทยอายุ 15 -29 ปี กรณีที่มีความเสี่ยงสูง ให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธีเอชพีวี ดีเอ็นเอ เทส (HPV DNA Test) 1 ครั้ง ทุก ๆ 5 ปี จากมติที่ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2566 เมื่อวันที่ 22 กันยายน พ.ศ. 2566 มีมติเห็นชอบแผนเร่งรัดการฉีดวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายตามนโยบายการดำเนินงานด้านมะเร็งครบวงจรปีงบประมาณ 2567 ในการดำเนินการให้บริการวัคซีนมะเร็งปากมดลูก จำนวน 1 ล้านโดสในช่วง 100 วันแรก ระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ. 2566 ในรอบแรก โดยกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ลดโอกาสเสี่ยงต่อโรค ซึ่งการฉีดวัคซีนตั้งแต่ยังไม่มีเพศสัมพันธ์ จะป้องกันการติดเชื้อได้มากถึงร้อยละ 90.00 ช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรค โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายการให้บริการวัคซีน คือนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงชั้นอุดมศึกษาปีที่ 2 หรืออายุ 11 – 20 ปี ทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา เน้นให้บริการในเข็มที่ 1 ซึ่งกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวต้องได้รับวัคซีนอย่างน้อย 2 เข็ม วัคซีนจึงจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ (กรมควบคุมโรค, 2566)

Annalynn M. Galvin และคณะ (2022) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเต็มใจที่จะรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มตัวอย่างมีความเต็มใจที่จะรับวัคซีนเมื่อได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และยังพบอีกว่าการเต็มใจที่จะรับวัคซีนมีความสัมพันธ์กับความรู้ที่มากขึ้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกอีกด้วย และยังมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยแวดล้อมสังคมของบุคคลที่มีผลต่อการรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดย G Di Giuseppe และคณะ (2008) ได้ศึกษาพบว่า การมีบุคคลในบ้านที่เป็นบุคลากรสาธารณสุข การมีครอบครัวหรือเพื่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก และ Yingnan Liu และคณะ (2020) ได้ศึกษาพบว่า การมีเพื่อนที่เคยได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก เป็นปัจจัยทำนายเชิงบวกต่อการรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความรู้ความเข้าใจและการยอมรับเกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวียังมีไม่เพียงพอ และยังขาดการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ตามทฤษฎีของ Bloom (1956-2009) ได้แบ่งความรู้เป็น 3 ระดับ คือ ความรู้พื้นฐาน ทักษะ และทัศนคติ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาความรู้และทัศนคติของประชาชนต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนเอชพีวี การส่งเสริมความรู้และทัศนคติที่ดีต่อวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก จะช่วยเพิ่มอัตราการรับวัคซีนและตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนของ Ajzen (2002) ได้มุ่งเน้นที่การศึกษาเจตคติ การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม และบรรทัดฐานทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรมมารับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก สำหรับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นแนวคิดที่ครอบคลุมถึงความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้เน้นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนเอชพีวี เพื่อเพิ่มความเข้าใจและการรับรู้ถึงความสำคัญของการป้องกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษานี้ไปเป็นแนวทางในการจัดทำแผน ในการดำเนินงานในการกระตุ้นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแก่นักเรียนหญิงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเพิ่มความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเอชพีวี และส่งผลให้เกิดการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก อีกทั้งยังเป็นการลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ในจังหวัดชัยนาท

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ และปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

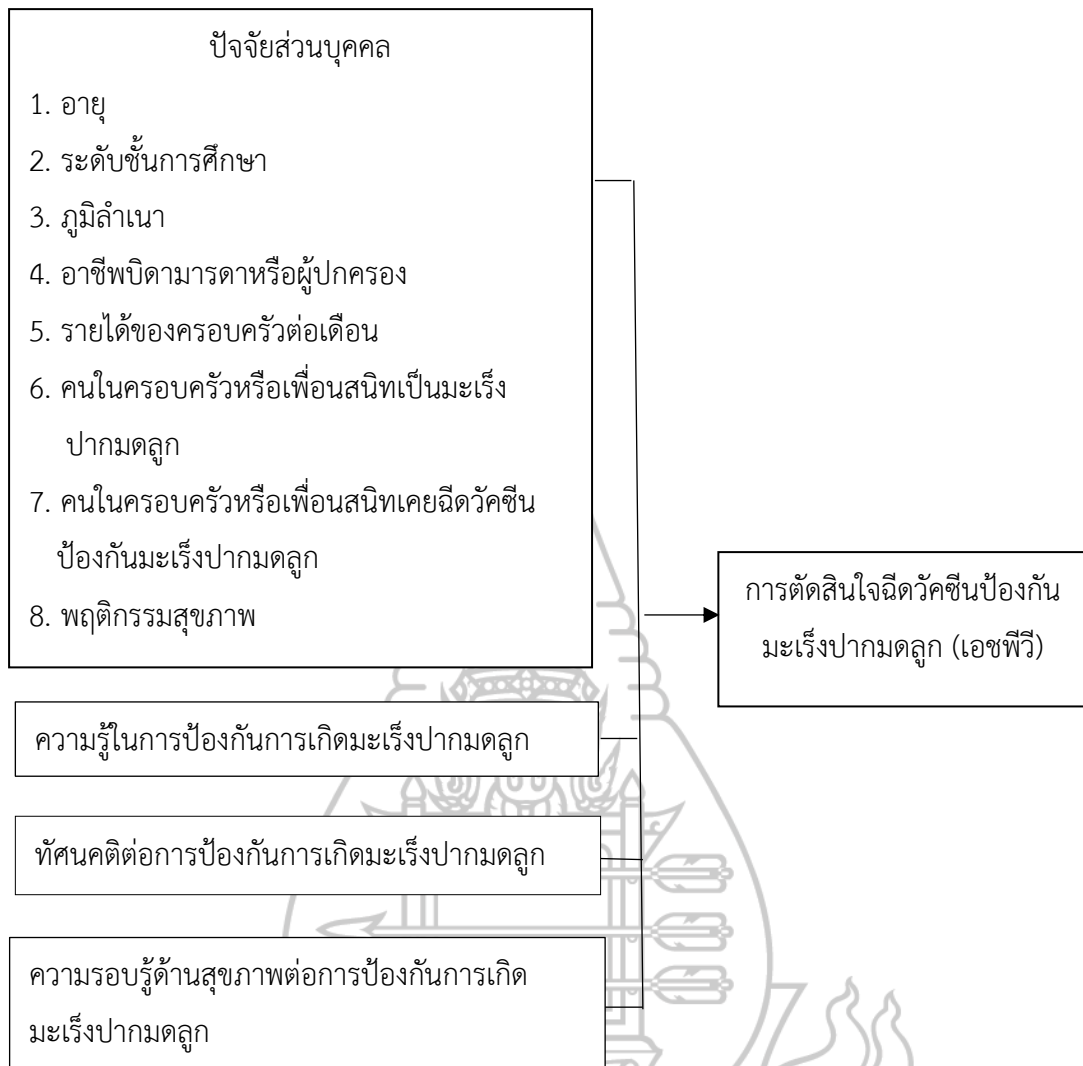
2.2 เพื่อศึกษาการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

2.3 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และความรู้ด้านสุขภาพที่ผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

2.4 เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจ จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีจากนักวิชาการไทยและต่างประเทศหลายท่าน มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ปัจจัยทางสังคม (Social factors) และปัจจัยควบคุม (Control factors หรือ perceived control behavior) ตามแนวคิดทฤษฎีของ Bloom (2001) และ Ajzen (2002) ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. ขอบเขตในการวิจัย

4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย อายุ ระดับชั้นการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัวต่อเดือน มีคนในครอบครัวหรือเป็นสนิทเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือเคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้าน

ความรู้ต่อมะเร็งปากมดลูก (เอชพีวี) และวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยด้านทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Bloom (2001) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน ของ Ajzen (2002) และความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขปี 2561 ซึ่งประยุกต์และอ้างอิงจากอิงจาก 5 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ ทฤษฎีความรู้ทางสุขภาพ (1990) ที่เน้นการเข้าใจและใช้ข้อมูลสุขภาพ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1977) ที่ชี้การเรียนรู้ผ่านการสังเกต ทฤษฎีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลของ Simon (1957) ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น Health Belief Model (1950) และ Theory of Planned Behavior (1985) ที่วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ และทฤษฎีการสื่อสารของ Shannon-Weaver (1948) ที่เน้นการส่งและรับข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ การตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

4.2 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท ปีการศึกษา 2567 จำนวน 963 คน โดยแบ่งเป็นโรงเรียนชัยนาทพิทยาคม จำนวน 746 คน โรงเรียนองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท จำนวน 120 คน และโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ที่ 46 ชัยนาท จำนวน 97 คน

4.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนเมษายน - มิถุนายน 2567

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย หมายถึง นักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2567 ในโรงเรียนชัยนาทพิทยาคม โรงเรียนองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท และโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ที่ 46 ชัยนาท

5.2 ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่เป็นลักษณะส่วนบุคคลของตนเอง ได้แก่ อายุ ระดับชั้นการศึกษา ภูมิลำเนา พฤติกรรมสุขภาพ และคุณลักษณะที่แวดล้อม ได้แก่ อาชีพของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทเป็นมะเร็งปากมดลูก และการมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทที่ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

5.2.1 อายุ หมายถึง ระยะเวลาของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบันที่ทำการตอบแบบสอบถาม มีหน่วยเป็นปีเต็ม (หากมีอายุเศษ 6 เดือนขึ้นไปให้ปัดขึ้น หากน้อยกว่า 6 เดือนให้ปัดลง)

5.2.2 ระดับชั้นการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษา ณ ปัจจุบันของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่ทำการตอบแบบสอบถาม ระหว่างชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 – 6

5.2.3 ภูมิลำเนา หมายถึง ถิ่นที่อยู่อาศัยของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ได้แก่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

5.2.4 อาชีพของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง หมายถึง การทำงานของพ่อแม่หรือผู้ปกครองของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่ได้รับผลตอบแทนออกมาในรูปแบบของรายได้

5.2.5 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน หมายถึง ผลตอบแทนที่ได้มาจากการทำงานของครอบครัว ที่ได้ผลตอบแทนออกมาในรูปแบบของจำนวนรายได้ต่อเดือน

5.2.6 คนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทเป็นมะเร็งปากมดลูก หมายถึง มีผู้ที่อยู่ครอบครัวเดียวกันหรือผู้ที่เป็นเครือญาติ หรือผู้ที่รู้จักของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เคยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในอดีตที่ผ่านมา หรือกำลังเจ็บป่วยอยู่ในปัจจุบัน

5.2.7 คนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทที่ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก หมายถึง มีผู้ที่อยู่ครอบครัวเดียวกันหรือผู้ที่เป็นเครือญาติ หรือผู้ที่รู้จักของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในอดีตที่ผ่านมา

5.2.8 พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การใส่ยาคุมกำเนิด และการมีแฟน/คนรัก

5.3 ความรู้ หมายถึง ความสามารถในการตอบคำถามของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การแพร่เชื้อและการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวีในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

5.4 ทักษะคิด หมายถึง ความคิดเห็นของของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่มีต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนเอชพีวีในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

5.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการค้นหา เข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนเอชพีวีในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้แบบประเมินตามแนวคิดของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ดังนี้

5.5.1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ หมายถึง นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลด้านโรคมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนเอชพีวี

ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ค้นหาข้อมูล โรคมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนเอชพีวีในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้องและตรวจสอบข้อมูล จากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสำหรับนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

5.5.2 การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ หมายถึง นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านโรคมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนเอชพีวีในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก สามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านโรคมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนเอชพีวีในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

5.5.3 การประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ หมายถึง นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความสามารถในการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนเอชพีวีในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยพิจารณาข้อดีข้อเสีย ทบทวนข้อมูลที่เกี่ยวข้องจนพบแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือที่จะปฏิบัติตาม

5.5.4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ หมายถึง นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายสามารถนำข้อมูลความรู้ เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้องในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนเอชพีวีในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

5.6 การตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การที่นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเลือกที่จะรับหรือการเลือกที่จะไม่รับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

6. ประโยชน์ที่ได้รับ

ผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการวางแผนในการดำเนินงานเชิงรุก ส่งเสริมความรู้ ทักษะคิด และความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มเป้าหมาย และกลุ่มที่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้มากขึ้น และใช้ข้อมูลเป็นแนวทางในการจัดทำแผนการฉีดวัคซีนประจำปี ให้มีความอย่างครอบคลุม และทั่วถึง ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก
2. ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (เอชพีวี)
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรมและการตัดสินใจ
4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

1.1 สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลก รองจากมะเร็งเต้านม เป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 3 ของการเสียชีวิตจากมะเร็งในสตรีทั่วโลก รองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด (จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2553) สาเหตุสำคัญของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากเชื้อไวรัส Human Papilloma Virus (HPV) เป็นไวรัสกลุ่ม Papilloma ซึ่งทำให้เกิดโรคมะเร็งในมนุษย์ เป็นเชื้อที่พบมากที่สุดในการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexual transmitted disease) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งทั้งเพศชายและเพศหญิง การติดเชื้อ HPV ในเพศหญิง ก่อให้เกิดโรคมะเร็งที่มากที่สุด ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 70 นอกจากนี้ยังสามารถพบ มะเร็งช่องคลอด มะเร็งช่องปากและลำคอ และมะเร็งทวารหนัก ได้อีกด้วย ส่วนในเพศชาย มะเร็งที่พบได้มากที่สุด ได้แก่ มะเร็งทวารหนัก ร้อยละ 93 และยังพบมะเร็งองคชาติ มะเร็งช่องปากและลำคอ และมะเร็งทวารหนัก (สิทธิศักดิ์ เครือพิมายและพรศิริ พันธสี, 2562)

HPV เป็นไวรัสที่มีขนาดเล็ก มี DNA เป็นสายคู่ที่มีลักษณะวงกลม (double-stranded circular) อยู่ภายในเปลือกหุ้มโปรตีนประมาณ 8,000 คู่เบส มีเปลือกหุ้ม เป็นโปรตีน 2 โมเลกุล คือ L1 และ L2 มีจีโนม รหัสโปรตีน 2 ชนิด ได้แก่ early protein เป็นโปรตีนที่ถูกสังเคราะห์ในช่วงแรกของวงจรชีวิตไวรัส สามารถแบ่งได้เป็น 6 ชนิด คือ E1, E2, E4, E5, E6 และ E7

โดยที่ E1 E2 มีความจำเป็นสำหรับการสร้าง DNA การควบคุมการเพิ่มจำนวนไวรัส อีกทั้งมีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็ง โปรตีนชนิดที่ 2 ได้แก่ late protein มีหน้าที่ในการควบคุมการสร้างโปรตีน เปลือกหุ้มไวรัสมีโปรตีน L1 เป็นโปรตีนหลักและมีความสำคัญต่อการจำแนกสายพันธุ์ไวรัส (Genotype) รวมทั้งใช้สำหรับการวินิจฉัยโรคในระบบภูมิคุ้มกันและพัฒนาวัคซีน ส่วน L2 เป็นโปรตีนรอง ซึ่งมี E6 และ E7 เป็นโปรตีนที่มีบทบาทสำคัญในการเกิดมะเร็ง (Oncogenic Protein) โดยจะเข้าไปรบกวนการทำงานของ Tumor Suppressor Genes 2 ชนิดคือ p53 และ pRb ส่งผลให้การทำงานของสารพันธุกรรมทั้งสองเปลี่ยนแปลงไป โดยในปัจจุบันสามารถจำแนกสายพันธุ์จากลำดับเบสที่แตกต่างกันใน DNA มากกว่า 100 สายพันธุ์ ซึ่งในจำนวนนี้จะมีสายพันธุ์ที่พบในเซลล์ที่มีการติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อทางการมีเพศสัมพันธ์ประมาณ 30 – 40 สายพันธุ์ ก่อให้เกิดการติดเชื้อที่ระบบสืบพันธุ์เรียกว่า เอชพีวีอวัยวะเพศ (genital HPV)

HPV สามารถแบ่งกลุ่ม ตามความรุนแรงของการติดเชื้อได้ 2 ชนิด ได้แก่

1. ชนิดความเสี่ยงสูง หรือชนิดก่อมะเร็ง ได้แก่ HPV 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52, 56, 58, 59, 68 และ 82 พบความเกี่ยวข้องกับรอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งสายพันธุ์ที่เป็นปัญหา มากที่สุด คือ HPV 16 และ HPV 18 ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 70 ในผู้หญิง และมะเร็งทวารหนัก มะเร็งองคชาติในผู้ชาย
2. ชนิดความเสี่ยงต่ำ เป็นสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำ ส่วนใหญ่จะพบว่าก่อให้เกิดหูดหงอนไก่ (Genital Warts) ได้แก่ สายพันธุ์ HPV 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 73 และ 81 พบมากที่สุด คือ สายพันธุ์ HPV 6 และ 11 ก่อให้เกิดหูดที่กล่องเสี่ยงและทางเดินหายใจในเด็ก

1.2 พยาธิสภาพของการติดเชื้อ HPV

การติดเชื้อ HPV จะเกิดขึ้นในบริเวณที่มีการบาดเจ็บของเซลล์เยื่อบุผิวหนังหรือเยื่อเมือก เชื้อ HPV จะเกาะบริเวณที่มีแผลของผิวหนังชั้นนอกของอวัยวะและทะลุเข้าภายในเซลล์เยื่อบุผิวหนังชั้นล่าง ซึ่งเป็น Stem Cell มีระยะพักตัวประมาณ 6 – 8 เดือน วงจรชีวิตของไวรัสเริ่มเมื่อการติดเชื้อไวรัสในเซลล์ที่อยู่ชั้นล่างสุดของเยื่อบุผิวที่มีรอยแยกในเนื้อโปรตีน E1 และ E2 เป็นโปรตีนที่มีความจำเป็นสำหรับการเพิ่มจำนวน DNA ของไวรัสในชั้นนี้ ต่อมาเซลล์จะถูกดันขึ้นมาอยู่ชั้นเหนือขึ้นมา ซึ่งจะไม่มี การเพิ่มจำนวน DNA แต่จะมีการเจริญไปเป็น Papilloma Virus เมื่อเซลล์เยื่อบุผิวชั้นบนเสื่อมสภาพไวรัสจะแตกออกจากเซลล์สู่สิ่งแวดล้อม ตามวงจรธรรมชาติ

วงจรของ HPV ในร่างกายมี 2 ระยะ คือ

1. ระยะแรก Basal DNA Replication มีการเพิ่มจำนวน DNA ของไวรัสประมาณ 100 ชุดของยีนส์ และยังคงจำนวนต่ำๆ อยู่ภายในเซลล์เยื่อบุผิว เป็นการติดเชื้อแบบคงอยู่นาน

(Persistent Infection) โดยที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายจะพยายามตรึงเชื้อให้สงบไปได้นาน แต่ไม่สามารถกำจัดเชื้อออกได้หมด

2. ระยะหลัง เมื่อเซลล์เยื่อบุผิวหนึ่งชั้นล่างที่ติดเชื้อถูกดันและขยายตัวขึ้น (Vertical Expansion) สู่ด้านบน

1.3 ผลกระทบของโรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะในหญิงระยะเริ่มมีประจำเดือน ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมนและภาวะกรดในช่องคลอด ทำให้เกิดกระบวนการกลายรูป (Metaplasia) ของ Columnar Epithelium เป็น Squamous Epithelium เรียกบริเวณนี้ว่า Transformation Zone (T-zone) การมีเพศสัมพันธ์ช่วงนี้จึงมีโอกาสเกิดมะเร็งปากมดลูกสูง (ยุพิน เพียรมงคล, 2547) ลักษณะทางคลินิกของมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

1. Exophytic type (Proliferative type) พบในบ่อยที่สุดในบริเวณปากมดลูกภายนอก มีลักษณะก้อนใหญ่ยื่นออกจากปากมดลูกเข้ามาในช่องคลอดคล้ายดอกกะหล่ำ (Cauliflower like appearance) มีลักษณะเปื่อยยุ่ยเลือดออกง่าย หรืออาจเป็นก้อนโตทำให้เกิดเนื้องอกตายจากการอักเสบและทำให้เกิดการตกขาวมีกลิ่นเหม็น

2. Endophytic type (Infiltrative type) เป็นมะเร็งชนิดลุกลามเข้าไปในปากมดลูกภายนอก ทำให้ปากมดลูกมีขนาดใหญ่แข็งกว่าปกติ

3. Ulcerative type มีลักษณะเป็นแผลลึก หรือโพรงจากการกัดกร่อนของเซลล์มะเร็ง ทำให้มีการอักเสบติดเชื้อ มีอาการตกขาวมีกลิ่นเหม็น ร่วมกับตกเลือด

การแพร่กระจายของมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น 3 ทาง (Hacker, 2005 อ้างถึงในทวีศักดิ์ หาญคำภา, 2556) ได้แก่

1. การแพร่กระจายโดยตรง (Direct invasion) เป็นการลุกลามไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียง เช่น เยื่อโปรงมดลูกที่อยู่บริเวณด้านบน ช่องคลอดที่อยู่บริเวณด้านล่าง หากลุกลามมาด้านหน้าอาจทำให้ช่องคลอดและกระเพาะปัสสาวะทะลุ หากลุกลามไปด้านหลังอาจทำให้ช่องทวารทะลุ

2. การแพร่กระจายทางน้ำเหลือง (Lymphatic Permeation and Metastasis) มีการกระจายลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองต่าง ๆ ทั่วร่างกาย เช่น ต่อมน้ำเหลืองในช่องอกและไหปลาร้า เป็นต้น

3. กระจายไปตามกระแสเลือด (hematogenous dissemination) มักเป็นระยะสุดท้ายและพบร่วมกับการแพร่กระจายของต่อมน้ำเหลือง อวัยวะที่มักพบ ได้แก่ ปอด ตับ กระดูก เป็นต้น

การแบ่งระยะโรค

ระยะ	อาการแสดงของโรค
ระยะ 0	เซลล์ในชั้นเยื่อผิวปากมดลูก (Carcinoma in situ /Cervical Intraepithelial Neoplasia Grade 3) มีการเปลี่ยนแปลงผิดปกติในระยะก่อนลุกลามเป็นมะเร็ง
ระยะ I	มะเร็งจำกัดอยู่ภายในปากมดลูกเท่านั้น ไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า การวินิจฉัยมะเร็งระยะ I A1 และ I A2 จะต้องตรวจทางพยาธิวิทยา โดยการตัดชิ้นเนื้อรูปกรวยส่งตรวจ ต้องตัดให้ครอบคลุมตำแหน่งเนื้อเยื่อที่ผิดปกติทั้งหมด
I A	มะเร็งลุกลามลงไป Stroma มีความลึกไม่เกิน 5 มิลลิเมตร และกว้างไม่เกิน 7 มิลลิเมตร โดยวัดจาก basement membrane ของ Epithelial ส่วนการลุกลามเข้าไปในหลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง หรือไม้นั้นจะไม่มีผลต่อการแบ่งระยะ
I A1	มะเร็งลุกลามลงไป Stroma มีความลึกไม่เกิน 3 มิลลิเมตร และกว้างไม่เกิน 7 มิลลิเมตร
I A2	มะเร็งลุกลามลงไป Stroma มีความลึกเกิน 3 มิลลิเมตร แต่ไม่เกิน 5 มิลลิเมตร และกว้างไม่เกิน 7 มิลลิเมตร
I B	มะเร็งจำกัดอยู่ภายในปากมดลูกเท่านั้น หรือมีรอยโรคขนาดใหญ่กว่า I A2 อาจมองเห็นด้วยตาเปล่า
I B1	ขนาดก้อนมะเร็งไม่เกิน 4 เซนติเมตร
I B2	ขนาดก้อนมะเร็งมากกว่า 4 เซนติเมตร
ระยะ II	มะเร็งลุกลามออกไปนอกปากมดลูก แต่ไม่ถึงผนังด้านข้างของเชิงกราน มะเร็งลุกลามลงไปช่องคลอด แต่ไม่ถึง 1/3 ของช่องคลอดส่วนล่าง
II A1	มะเร็งยังไม่ลุกลามไปถึงเนื้อเยื่อข้างตัวมดลูก การลุกลามจะอยู่บริเวณ 2/3 ของช่องคลอดส่วนบน ขนาดก้อนมะเร็งน้อยกว่า 4 เซนติเมตร
II A2	ขนาดก้อนมะเร็งมากกว่า 4 เซนติเมตร
II B	มะเร็งลุกลามไปถึงเนื้อเยื่อข้างตัวมดลูกชัดเจน
ระยะ III	มะเร็งลุกลามถึงผนังด้านข้างของเชิงกราน หรือลุกลามถึง 1/3 ของช่องคลอดส่วนล่าง หรือมีภาวะไตบวมน้ำ (hydronephrosis) หรือไตไม่ทำงาน
III A	ระยะมะเร็งลุกลามถึง 1/3 ของช่องคลอดส่วนล่าง แต่ยังไม่ลุกลามถึงผนังด้านข้างเชิงกราน
III B	มะเร็งลุกลามถึงผนังด้านข้างของเชิงกราน และมีภาวะไตบวมน้ำ หรือไตไม่ทำงาน

การแบ่งระยะโรค (ต่อ)

ระยะ	อาการแสดงของโรค
ระยะ IV	มะเร็งลุกลามออกนอกอวัยวะเชิงกราน หรือลุกลามผ่านผนังช่องคลอดไปถึงเยื่อกระดูกเพาะ ปัสสาวะหรือลำไส้ตรง
IV A	มะเร็งลุกลามไปถึงอวัยวะใกล้เคียง เช่น กระเพาะปัสสาวะ หรือลำไส้ตรง
IV B	มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะห่างไกล เช่น ปอด ต่อม้ำเหลืองในช่องท้อง

ที่มา: สุวรรณีย์ สิริเลิศตระกูล และคณะ, 2555

อาการและอาการแสดง (ศรีเพ็ญ ตันติเวช, 2554)

1. ไม่มีอาการแสดง เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเซลล์เยื่อบุผิวมดลูกซึ่งจัดอยู่ในระยะก่อนลุกลาม จะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ แต่จะตรวจพบการเปลี่ยนแปลงได้จากการตรวจภายในและการทำ Pap smear

2. อาการตกขาว

ระยะลุกลามจะมีอาการตกขาวเป็นมูกใสหรือเป็นน้ำไหลออกทางช่องคลอด ซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาของเซลล์ที่มีการอักเสบหรือมีการติดเชื้อ

ระยะสุดท้ายของโรค เยื่อบุปากมดลูกจะเกิดแผล เกิดการติดเชื้อทำให้มีอาการตกขาวผิดปกติ ร่วมกับเซลล์ตายและมีกลิ่นเหม็น

3. เลือดออกผิดปกติ

ระยะลุกลามมีอาการเลือดออกเป็นหยด ๆ มีเลือดออกขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือภายหลังมีเพศสัมพันธ์ ระยะสุดท้ายของโรค มีอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด โดยไม่เกี่ยวข้องกับ การมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีการฉีกขาดของหลอดเลือด ร่วมกับการตายของเนื้อเยื่อทำให้เกิดการเน่าเปื่อยและหลุดออก ลักษณะเป็นเลือดปนหนองและมีกลิ่นเหม็น

4. อาการเจ็บปวด พบในระยะหลังๆ ของโรค เนื่องจากเซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังเส้นประสาท Obturator หรือ Sciatic Nerve ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณหลัง ก้น หน้าขา และร้าวไปที่หัวเข่า อาการปวดบ่งบอกว่าเซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังกระดูกหรือมีการกดทับเส้นประสาทแล้ว บางรายมีอาการปวดท้องน้อยเนื่องจากการอักเสบของปากมดลูก จนเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำในอุ้งเชิงกราน

5. อาการของมะเร็งระยะสุดท้าย เกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะต่าง ๆ เช่น กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ตรง ต่อม้ำเหลือง ปอด กระดูก เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่

จะมีอาการอ่อนเพลีย ผอม ใจเป็นเลือด หอบเหนื่อย ต่อม้ำเหลืองโต ปัสสาวะเป็นเลือด อุจจาระเป็นเลือด และเสียชีวิต

1.4 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3 วิธีหลัก ที่มีการให้บริการในประเทศไทยในปัจจุบัน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) ได้แก่

1.4.1 การตรวจทางเซลล์วิทยาปากมดลูก (Cervical Cytology)

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจเซลล์วิทยาทั้งแบบ Conventional Papanicolaou Smear และ Liquid-Based Cytology เป็นการตรวจที่เป็นวิธีมาตรฐาน การตรวจ Liquid-Based Cytology มีข้อดี คือ ช่วยแก้ปัญหาการเก็บตัวอย่างไม่เพียงพอ ลดอัตราการเกิดผลลบวง และมีความคุ้มค่ามากกว่าวิธี Conventional Pap smear อย่างไรก็ตามการตรวจทั้ง 2 แบบไม่มีความแตกต่างกันในแง่ของ Unsatisfactory smear และมีความไว (sensitivity) ตลอดจนการทำนายผลบวก (positive predictive value) ในการพบรอยโรคใกล้เคียงกัน

1.4.2 การตรวจหาเชื้อ HPV (HPV DNA testing)

มีการตรวจได้ 2 แบบ ได้แก่

1) การตรวจ HPV testing ร่วมกับการตรวจทางเซลล์วิทยา (Co-testing)

มีความไวในการตรวจ (Sensitivity) ในการตรวจรอยโรคก่อนมะเร็งสูงมาก ถึงร้อยละ 99 และมีค่าในการทำนายผลลบ (Negative Predictive Value) สูงเกือบร้อยละ 100 การตรวจหาเชื้อ HPV ในปัจจุบัน ถ้าตรวจพบเชื้อแล้ว จะตรวจระบุสายพันธุ์ของเชื้อ HPV ได้เลย (HPV DNA testing เป็นการตรวจหาเชื้อ high-risk HPV โดยรวม ไม่ได้ระบุสายพันธุ์ ได้แก่ HPV 16, 18, 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 และ 68 ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 99 / HPV DNA Genotyping เป็นการตรวจระบุสายพันธุ์ของเชื้อ HPV ซึ่งให้ความสำคัญกับการตรวจหาเชื้อ HPV 16 และ HPV 18 ซึ่งมีศักยภาพในการก่อมะเร็ง

2) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบ Primary HPV Testing

เป็นการตรวจที่เป็นทางเลือกใหม่ที่ได้รับการยอมรับในหลายประเทศ งานวิจัยจำนวนมากพบว่า การทำ Primary HPV testing มีสมรรถนะสูงกว่าการตรวจทางเซลล์วิทยา (Cervical Cytology) ในการตรวจหารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก และยังช่วยลดอุบัติการณ์และการเสียชีวิตของสตรีจากมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่า Primary HPV testing มีสมรรถนะสูงเทียบเท่า co-testing ในการตรวจมะเร็งปากมดลูกอีกด้วย

1.4.3 การตรวจด้วยน้ำส้มสายชู (Visual Inspection with acetic acid, VIA)

เป็นการตรวจโดยใช้สารละลาย acetic acid เจือจางร้อยละ 3-5 ซัลโบลบนปากมดลูกนาน 1 นาที แล้วสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของสีเยื่อปากมดลูก สามารถรู้ผลได้ทันที

มีความไวร้อยละ 79 – 82 มีความจำเพาะร้อยละ 91 -92 จึงมีโอกาที่จะทำการรักษาเกินความจำเป็นจากผลการตรวจที่เป็นผลลบลงได้ ร้อยละ 8 – 9 ข้อจำกัดอย่างหนึ่งคือ ไม่สามารถประเมินความผิดปกติหรือรอยโรคที่อยู่ลึกภายในช่องคอมดลูกได้ จึงพิจารณาตรวจเฉพาะในรายที่เห็น squamo columnar junction ครบชัดเจนเท่านั้น

คำแนะนำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้ง 3 วิธี สรุปไว้ดังนี้

	การตรวจเซลล์วิทยา (Pap smear หรือ Liquid-based Cytology)	การตรวจทางเซลล์วิทยา + HPV DNA testing
อายุที่เริ่มตรวจ	30 ปี (อาจเริ่มตรวจได้ตั้งแต่ 25 ปี ตามความเหมาะสม)	30 ปี (อาจเริ่มตรวจได้ตั้งแต่ 25 ปี ตามความเหมาะสม)
ความถี่	ทุก 2- 3 ปี	ทุก 3 – 5 ปี
อายุที่หยุดตรวจ	> 65 ปี ถ้าผลตรวจไม่พบความผิดปกติ ติดต่อกัน 3 ครั้ง	> 65 ปี ถ้าผลตรวจไม่พบความผิดปกติ ติดต่อกัน 3 ครั้ง

ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561

1.5 ปัจจัยเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก

ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1.5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

1) อายุ ความผิดปกติของมะเร็งปากมดลูกเริ่มแรก พบมากในสตรีที่มีอายุน้อย เนื่องจากธรรมชาติของการเกิดโรคในระยะเวลาประมาณ 5 – 10 ปี ในการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ ตั้งแต่ระยะลุกลาม (Pre-invasive carcinoma) ซึ่งอาจไม่แสดงอาการใด ๆ จนไปถึงระยะลุกลาม (invasive carcinoma) ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้

2) การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (early sexual intercourse) การมีเพศสัมพันธ์ในช่วงอายุ 14 – 17 ปี โดยเฉพาะช่วง 1 ปีแรก หลังจากเริ่มมีระดูจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากเป็นช่วงที่เซลล์เยื่อผิวปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงจาก columnar epithelium เป็น squamous epithelium เป็นช่วงที่มีความไวสูงต่อการก่อมะเร็ง โดยเฉพาะ HPV

3) พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน (multiple sexual partner) ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์สูง (high frequency of sexual activity) การมี

เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (unsafe sex) เช่น การไม่สวมถุงยางอนามัย ฯลฯ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูกเร็วขึ้น

4) การตั้งครรภ์หรือมีลูกหลายคน จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

5) การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น Herpes simplex virus, trichomonas vaginalis, neisseria gonorrhoea, syphilis ฯลฯ

1.5.2 ปัจจัยด้านคู่นอน

1) สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่เป็นมะเร็งองคชาติ หรือเคยมีภรรยาที่เป็นมะเร็งปากมดลูกจะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูก

2) สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนโดยไม่ได้ป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ไม่สวมถุงยางอนามัย หรือมีเพศสัมพันธ์ขณะมีระดู เป็นต้น

3) สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่เคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือผู้ชายที่มีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุน้อย ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ HPV เนื่องจากเชื้อมักจะอยู่ในท่อปัสสาวะ ที่องคชาติ หรือที่อวัยวะเพศภายนอกแต่ไม่มีอาการ

1.5.3 ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

1) ฐานะเศรษฐกิจและการศึกษา พบว่า สตรีที่มีฐานะต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 5 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขอนามัยทางเพศที่เหมาะสม

2) การสัมผัสสารก่อมะเร็ง เช่น การสูบบุหรี่ โดยพบว่าสตรีที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่ไม่ได้สูบ ทั้งนี้กรณีที่ไม่ได้สูบบุหรี่แต่รับควันทางอ้อมก็มีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งปากมดลูกเช่นกัน

3) การได้รับยากดภูมิต้านทานหรือมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ได้รับการปลูกถ่ายไต จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV แบบฝังแน่นและเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น

4) พันธุกรรม พบว่าสตรีที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือมะเร็งชนิดใดชนิดหนึ่ง จะมีความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

5) ภูมิภาค เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม พบอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในประเทศที่กำลังพัฒนาสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว และพบว่า การขลิบหนังหุ้มปลายองคชาติ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ เช่น ชาวอียิปต์มีการขลิบหนังหุ้มองคชาติและมีประเพณีงดการมีเพศสัมพันธ์หลังตกไข่ จึงพบมะเร็งปากมดลูกน้อยมากในสตรีชาวอียิปต์เมื่อเทียบกับสตรีชนชาติอื่น

1.6 การป้องกันมะเร็งปากมดลูก

แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่

1.6.1 ระดับปฐมภูมิ (primary prevention) เป็นการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกของเชื้อ HPV ในระดับแรก เป็นวิธีที่ง่ายในการป้องกันตนเอง คือ การหลีกเลี่ยงการได้รับเชื้อ HPV การลดการขจัดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น การละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หลีกเลี่ยงการมีคู่นอนหลายคน หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย และการฉีดวัคซีนเอชพีวี เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อเอชพีวี ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายจากเชื้อเอชพีวี ป้องกันการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหากมีการติดเชื้อแล้ว

1.6.2 ระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นการตรวจหาและรักษาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเรียกว่าระยะก่อนมะเร็ง (precancerous) หรือระยะก่อนลุกลาม (pre-invasive) ได้แก่ การตรวจทางเซลล์วิทยาปากมดลูก ซึ่งเป็นการตรวจหาความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกที่เป็นผลจากการติดเชื้อเอชพีวี เป็นต้น

1.6.3 ระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) การป้องกันในระดับนี้ จะเกิดขึ้นกับคนที่เป็นมะเร็งปากมดลูกแล้ว จะมุ่งเน้นในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการความไม่สุขสบายต่าง ๆ ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล การป้องกันระดับตติยภูมิ ได้แก่ การรักษาโรค และการดูแลให้การพยาบาลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อายุยืนมากขึ้น

2. ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (เอชพีวี)

2.1 ข้อมูลทั่วไปและประเภทของวัคซีนเอชพีวี

ปัจจุบันประเทศไทยมีวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี 3 ชนิด คือ bivalent HPV vaccine ชื่อการค้า Cerarix® ซึ่งมีประสิทธิภาพป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี 2 สายพันธุ์ ได้แก่ HPV 16, 18 และ quadrivalent HPV vaccine ชื่อการค้า Gardasil® มีประสิทธิภาพในการป้องกันไวรัสเอชพีวี 4 สายพันธุ์ ได้แก่ HPV 6, 11, 16, 18 และชนิด nona-valent HPV vaccine ชื่อการค้า Gardasil 9® เป็นวัคซีนชนิดรีคอมบิแนนท์ที่ผลิตขึ้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก จำนวน 9 สายพันธุ์ ได้แก่ HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 และ 58

2.2 เกณฑ์พลศาสตร์ของวัคซีนเอชพีวี

ไวรัส HPV เป็น DNA virus มีจีโนม 8,000 คู่เบส อยู่ในเปลือกหุ้มที่ประกอบด้วยโปรตีน L1 และ L2 รวมตัวเป็นปุ่มโปรตีน (Capsomer) 72 ปุ่มล้อมรอบจีโนมของเชื้อไวรัสเอชพีวีที่อยู่บริเวณชั้นบนของเยื่อหุ้มที่ติดเชื้อ วัคซีนเอชพีวีผลิตจากโปรตีน L1 ซึ่งเป็นโปรตีนหลัก

ของเปลือกหุ้มไวรัสเอชพีวี โดยนำมาทำให้เกิดไวรัสลูกผสม (Recombinant) ในเซลล์ยีสต์หรือ Baculovirus เพื่อให้ได้โปรตีน L1 ปริมาณมาก แล้วนำมาทำให้บริสุทธิ์ โดยหากมีโปรตีน L1 ปริมาณมาก จะเกิดกระบวนการประกอบตัวเอง (self-assemble) เป็นอนุภาคคล้ายไวรัส ซึ่งมีโครงสร้างและคุณสมบัติทางแอนติเจนเหมือนไวรัสเอชพีวีสายพันธุ์ต้นแบบ เพียงแต่ไม่มีโปรตีนก่อมะเร็ง เมื่อฉีดเข้ากล้ามเนื้อจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้าง neutralizing antibodyต่อต้านเชื้อไวรัสเอชพีวีสายพันธุ์ที่นำมาผลิตวัคซีน แอนติบอดีจะออกจากกระแสเลือดในรูป transudate เข้าสู่ปากมดลูกเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี โดยเฉพาะบริเวณ transformation zone ซึ่งเป็นตำแหน่งที่เกิดมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด

ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีแต่ละชนิด

	Bivalent (bHPV; Cervarix®)	Quadrivalent (qHPV; Gardasil®)	Nonavalent (9vHPV; Gardasil 9®)
บริษัท	GlaxoSmithKline	Merck, Sharp&Dohme	Merck, Sharp&Dohme
สายพันธุ์ของเชื้อ ไวรัสเอชพีวีที่เป็น ส่วนประกอบใน วัคซีน (HPV types)	16, 18	6, 11, 16, 18	6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58
ปีที่ได้รับการรับรอง จาก US. FDA	ค.ศ.2009	ค.ศ.2006	ค.ศ.2014
ปริมาณ	0.5 มล.	0.5 มล.	0.5 มล.
ปริมาณ Antigen	L1 HPV 16 20 µg L1 HPV 18 20 µg	L1 HPV 6 20 µg L1 HPV 11 40 µg L1 HPV 16 40 µg L1 HPV 18 20 µg	L1 HPV 6 30 µg L1 HPV 11 40 µg L1 HPV 16 40 µg L1 HPV 18 40 µg L1 HPV 31 20 µg L1 HPV 33 20 µg L1 HPV 45 20 µg L1 HPV 52 20 µg L1 HPV 58 20 µg

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

	Bivalent (bHPV; Cervarix®)	Quadrivalent (qHPV; Gardasil®)	Nonavalent (9vHPV; Gardasil 9®)
วิธีบริหารยา	ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 0, 1, 6 เดือน	ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 0, 2, 6 เดือน	ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 0, 2, 6 เดือน
ประสิทธิภาพ	HPV disease related to genotype 16, 18; 98.1%	HPV disease related to genotype 6, 11, 16, 18; up to 100% External genital disease; 90.4%	HPV disease related to genotype 6, 11, 16, 18; than 99% HPV related to genotype 31, 33, 45, 52, 58; 96.7%

ที่มา: คะนิงนิจ กิตติจันทร์เมธี และจันทร์พร ก่องวัชรพงศ์, 2562

2.3 ความปลอดภัยของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี

ข้อมูลความปลอดภัยของวัคซีน 9vHPV จากการศึกษาทางคลินิกเพื่อประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีนในประชากรกลุ่มต่างๆ จำนวน 16,000 ราย พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการปวดศีรษะซึ่งมีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง พบอาการบวมบริเวณที่ฉีดในผู้ที่รับวัคซีน 9vHPV มากกว่าผู้ที่ได้รับวัคซีน qHPV ทั้งในผู้หญิงอายุ 16 – 26 ปี (ร้อยละ 40.0 และร้อยละ 28.8 ตามลำดับ) และหญิงอายุ 9 – 15 ปี (ร้อยละ 47.8 และร้อยละ 36.0 ตามลำดับ)

อาการปวดศีรษะ จัดเป็นอาการไม่พึงประสงค์ทาง systemic ที่พบบ่อยที่สุดในการให้วัคซีน ตามมาด้วยอาการไข้ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ และอาการปวดเมื่อย โดยพบอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวในกลุ่ม 9vHPV และ qHPV ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2.2 อาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีชนิด 9 สายพันธุ์

อาการไม่พึงประสงค์	ความถี่
ปวด บวม แดงบริเวณที่ฉีด	พบได้บ่อยมาก
ปวดศีรษะ	พบได้บ่อยมาก
เวียนศีรษะ	พบได้บ่อย
คลื่นไส้	พบได้บ่อย

ที่มา: คะนิงนิจ กิตติจันทร์เมธี และจันทร์พร กิ่งวัชรพงศ์, 2562

2.4 คำแนะนำการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีชนิด 9 สายพันธุ์

ปัจจุบันหลายองค์การที่เกี่ยวข้องกับการให้คำแนะนำการได้รับวัคซีนเพื่อการป้องกันโรค ได้มีแนวทางฉีดวัคซีน 9vHPV ดังนี้ (กะนิงนิจ กิตติจันทร์เมธี, 2562)

ตารางที่ 2.3 คำแนะนำการฉีดวัคซีน 9vHPV

	American College of Obstetricians and Gynecologists	World Health Organization	Centers for Disease Control and Prevention
อายุที่เริ่มฉีด	11 – 12 ปี	9 – 14 ปี ก่อนเริ่มมี เพศสัมพันธ์	11 – 12 ปี แต่สามารถ เริ่มให้ได้ตั้งแต่ 9 ปี
อายุสูงสุดที่ ควรฉีด	26 ปี		26 ปี (ไม่แนะนำให้ฉีดใน ผู้ใหญ่ อายุ 27 – 45 ปี)
การบริหารยา	- วัคซีนรับวัคซีนเข็มแรก ก่อนอายุ 15 ปี แนะนำ ให้ฉีด 2 เข็ม ที่ 0 และ 6 – 12 เดือน กรณีเข็มที่ 2 ห่างจากเข็มแรกน้อยกว่า 5 เดือน แนะนำให้ ฉีดเข็มที่ 3	- วัคซีนรับวัคซีนเข็มแรกก่อน อายุ 15 ปี แนะนำให้ฉีด 2 เข็ม ที่ 0 และ 6 – 12 เดือน (ไม่เกิน 15 เดือน) กรณีเข็ม ที่ 2 ห่างจากเข็มแรกน้อยกว่า 5 เดือน แนะนำให้ฉีด เข็มที่ 3	- วัคซีนรับวัคซีนเข็มแรก ก่อนอายุ 15 ปี แนะนำ ให้ฉีด 2 เข็ม ที่ 0 และ 6 – 12 เดือน กรณีเข็มที่ 2 ห่างจากเข็มแรกน้อยกว่า 5 เดือน และแนะนำให้ ฉีดเข็มที่ 3

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

	American College of Obstetricians and Gynecologists	World Health Organization	Centers for Disease Control and Prevention
	- กรณีรับวัคซีนเข็มแรก อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป แนะนำให้ฉีด 3 เข็มที่ 0, 1-2 และ 6 เดือน	- กรณีวัคซีนเข็มแรกอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป แนะนำ ให้ฉีด 3 เข็มที่ 0, 1 – 2 และ 6 เดือน - ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือผู้ที่ติดเชื้อ HIV แม้มี อายุน้อยกว่า 15 ปี ควรฉีด 3 เข็ม โดยไม่จำเป็นต้อง คัดกรองการติดเชื้อ HPV หรือ HIV ก่อนฉีดวัคซีน	- กรณีรับวัคซีนเข็มแรก อายุตั้งแต่ 15 – 26 ปี แนะนำให้ฉีด 3 เข็ม ที่ 0, 1 – 2 และ 6 เดือน - ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือติดเชื้อ HIV ช่วงอายุ 6 – 26 ปี ควรฉีด 3 เข็ม
ขนาดยา	สำหรับเด็ก: อายุ 9 ถึง 14 ปี - แบบ 2 เข็ม ฉีด 0.5 mL ระยะเวลาที่ 0 และ 6 – 12 เดือน (ยกเว้นผู้ที่มีภาวะ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง) - แบบ 3 เข็ม ฉีด 0.5 mL ระยะเวลาที่ 0, 2 และ 6 เดือน (และผู้ที่มีภาวะ ภูมิคุ้มกันบกพร่องทุกช่วงอายุ) สำหรับผู้ใหญ่: 15 ถึง 45 ปี ฉีด 0.5 mL ระยะเวลาที่ 0, 2, และ 6 เดือน		
รูปแบบการ บริหารยา	โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (intramuscular; IM) บริเวณที่ต้นแขนหรือบริเวณต้นขา ด้านบน สังเกตผู้ป่วยเป็นเวลา 15 นาทีหลังการฉีดยา		

ที่มา: คະນິงนิจ กิตติจันทร์เมธี และจันทร์พร ก้องวัชรพงศ์, 2562

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ พฤติกรรมและการตัดสินใจ

3.1 ทฤษฎีการเรียนรู้

3.1.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (Bloom's Taxonomy)

Benjamin S. Bloom (1956) นักจิตวิทยาการศึกษาชาวอเมริกา ได้กล่าวว่า การเรียนรู้ หมายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิม ไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร ซึ่งผลของพฤติกรรมใหม่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ การฝึกฝน โดยที่พฤติกรรมนั้นจะต้องเปลี่ยนไปอย่างถาวร จึงจะถือว่าเกิดจากการเรียนรู้ ไม่ใช่โดยความบังเอิญหรือสัจชาตญาณ หากบุคคลใดบุคคลคนหนึ่งเกิดการเรียนรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลง

ดวงพร หวานเย็น (2556) สรุปความหมายของการเรียนรู้ไว้ว่า เป็นกระบวนการที่ทำให้คนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความคิด

ปราณี อ่อนศรี (2552) กล่าวว่า การเรียนรู้ คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์

เบนจามิน เอส บลูม (Bloom and Madaus, 1971) ได้ให้ความหมายของความรู้ความเข้าใจว่า เป็นความสามารถในการรับรู้และจำเรื่องราวต่าง ๆ และความสามารถในการแปลความ การตีความ การขยายความ สรุปอ้างอิง บรรยายในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่าง ๆ

Hideo Tamazaki (2547) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า ความรู้ คือ สารสนเทศที่ผ่านกระบวนการคิด การเชื่อมโยง จนเกิดความเข้าใจและนำไปให้ประโยชน์ในสถานการณ์ต่าง ๆ

มานัส ปันหล้า (2553) ยังได้กล่าวว่า ความรู้ คือ สิ่งที่สั่งสมมาจากประสบการณ์ ที่การฝึกฝนทักษะ จากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและความเข้าใจ

จากความหมายข้างต้น จึงสรุปได้ว่า ความรู้ การเรียนรู้ เป็นผลมาจากกระบวนการรับความรู้จากแหล่งต่าง ๆ ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และหากมีความรู้และการเรียนรู้ที่มากพอ จะทำให้บุคคลนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความรู้สึกนึกคิด

Bloom ได้แบ่งการเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ อ้างถึงใน (คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2566)

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ความเข้าใจ และความคิด (ด้านพุทธิพิสัย: Cognitive Domain) หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาใหม่ ทำให้เข้าใจสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ได้มากขึ้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดในสมอง ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่

- ความรู้ความจำ (Knowledge) ความสามารถในการเก็บรักษาประสบการณ์ต่าง ๆ จากการรับรู้ไว้และระลึกสิ่งนั้นได้เมื่อต้องการ

- ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถบ่งบอกใจความสำคัญของเรื่องราวโดยการแปลความหลัก ตีความได้ สรุปใจความสำคัญได้

- การนำความรู้ไปประยุกต์ (Application) เป็นความสามารถในการนำหลักการ ความรู้ ประสบการณ์ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้

- การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อย ๆ ได้อย่างชัดเจน

- การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการผสมผสานส่วนย่อยเข้าเป็นเรื่องราวเดียวกันอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดสิ่งใหม่ที่สมบูรณ์กว่าเดิม

- การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการวินิจฉัยหรือตัดสิน หรือสรุปเกี่ยวกับคุณค่าของสิ่งต่างๆ

2) การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทักษะคติ ค่านิยม (ด้านจิตพิสัย: Affective Domain) หมายถึง เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกทางด้านจิตใจ ความเชื่อ ความสนใจ ประกอบไปด้วยพฤติกรรมย่อย ๆ 5 ระดับ ได้แก่

- การรับรู้ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อปรากฏการณ์ หรือสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่ง เป็นลักษณะของการแปลความหมายของสิ่ง ๆ นั้น แล้วแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกที่เกิดขึ้น

- การตอบสนอง เป็นการกระทำที่แสดงออกมาในรูปของความเต็มใจยินยอมต่อสิ่งเร้านั้น ๆ เป็นการตอบสนองที่เกิดจากการเลือกสรรแล้ว

- การเกิดค่านิยม เป็นการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เป็นที่ยอมรับในสังคม การยอมรับนับถือคุณค่านั้น ๆ หรือปฏิบัติตามเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จนกลายเป็นความเชื่อ แล้วจึงเกิดทัศนคติที่ดีในสิ่งนั้น

- การจัดระบบ การสร้างแนวคิด จัดระบบของค่านิยมที่เกิดขึ้นโดยอาศัยความสัมพันธ์ถ้าเข้ากันได้ก็จะยึดถือต่อไป แต่ถ้าขัดกันอาจไม่ยอมรับ หรืออาจจะยอมรับค่านิยมใหม่ โดยยกเลิกค่านิยมเก่า

- บุคลิกภาพ การนำค่านิยมที่ยึดถือมาแสดงพฤติกรรมที่เป็นนิสัยประจำตัว จะเกี่ยวกับความรู้สึกจิตใจ ซึ่งจะเริ่มจากการที่ได้รับรู้จากสิ่งแวดล้อม แล้วจึงเกิดปฏิกิริยาตอบโต้ ขยายเป็นความรู้สึกด้านต่าง ๆ จนกลายเป็นค่านิยม และพัฒนาเป็นความคิด อุดมคติ

3) ความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (ด้านทักษะพิสัย: Psychomotor Domain) หมายถึง การที่บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และเกิดความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความสนใจและได้นำสิ่งที่เรียนรู้ไปปฏิบัติ จนเกิดทักษะและความชำนาญ ประกอบด้วยพฤติกรรมย่อย ๆ 5 ชั้น ดังนี้

- การเลียนแบบ เป็นการรับรู้หลักการปฏิบัติ หรือเป็นการเลือกหาตัวแบบที่สนใจ

- กระทำตามคำสั่ง หรือการชี้แนะ เป็นพฤติกรรมตามแบบที่บุคคลสนใจ และพยายามทำซ้ำ เพื่อให้เกิดทักษะตามแบบที่สนใจ หรือสามารถปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ

- การหาความถูกต้อง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องชี้แนะ เมื่อได้กระทำซ้ำแล้ว ก็พยายามหาความถูกต้องในการปฏิบัติ

- การกระทำอย่างต่อเนื่องหลังจากตัดสินใจเลือกรูปแบบที่เป็นของตัวเอง จะกระทำตามรูปแบบนั้นอย่างต่อเนื่องจนเกิดทักษะ ปฏิบัติได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง คล่องแคล่ว

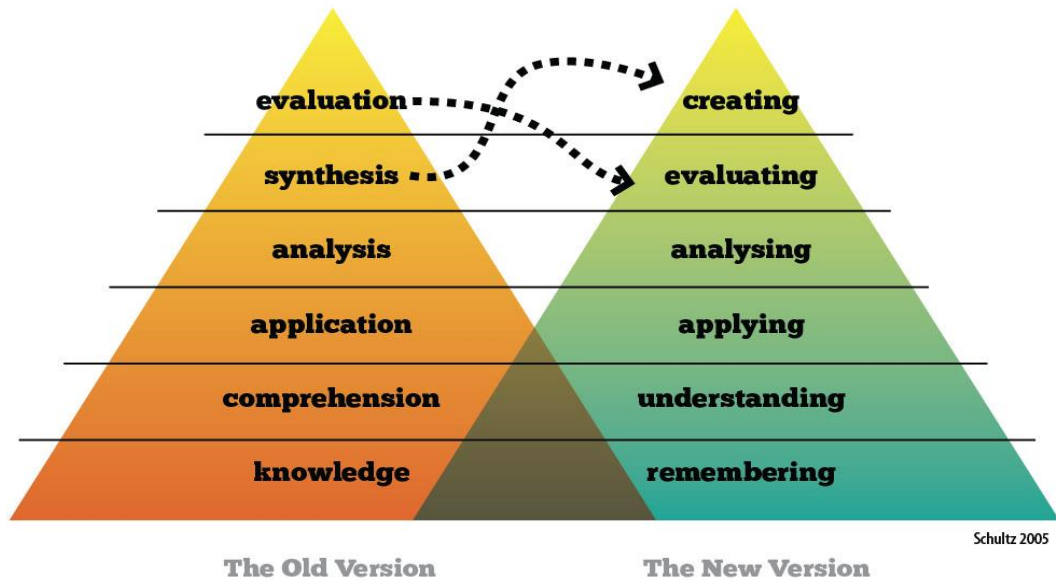
- การกระทำได้อย่างเป็นธรรมชาติ พฤติกรรมที่ได้จากการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องจนสามารถปฏิบัติได้อย่างคล่องแคล่วโดยอัตโนมัติ

ช่วงปี 1990 มีนักจิตวิทยากลุ่มใหม่ ได้ปรับปรุงแนวคิดการแบ่งประเภทการเรียนรู้แบบดั้งเดิมโดยนักศึกษาคือเป็นลูกศิษย์ของ Bloom ได้แก่ Anderson และ Krathwohl ที่เรียกว่า Bloom's Taxonomy Revised (2001) ปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับศตวรรษที่ 21 โดยได้ปรับปรุงวัตถุประสงค์ให้พิจารณาเป็น 2 มิติ คือ พิจารณาลักษณะของความรู้ และพิจารณาการเรียนรู้ทางปัญญา 6 ชั้น (จिरายุทธิ์ อ่อนศรี, 2561) โดยสิ่งที่แตกต่างระหว่างแนวคิดของ Bloom (1956) กับแนวคิดของ Anderson และ Krathwohl (2001) ได้แก่

1) การเพิ่มมิติด้านลักษณะความรู้เพื่อช่วยให้การกำหนดวัตถุประสงค์ด้านการเรียนรู้มีความชัดเจนขึ้น

2) การปรับรูปแบบคำที่ใช้จากคำนามเป็นกริยา

3) ชั้นที่ 1 เปลี่ยนจากคำว่า “ความรู้” เป็น “การจำ” ชั้นที่ 5 เปลี่ยนจาก “สังเคราะห์” เป็น “ประเมิน” และชั้นที่ 6 เปลี่ยนจาก “ประเมิน” เป็น “สร้างสรรค์”



ภาพที่ 2.1 เปรียบเทียบแนวคิด Bloom's Taxonomy (1956) และ Bloom's Taxonomy Revised (2001)

ที่มา: <https://images.app.goo.gl/q4JLy6rHE64H27Mc8>

Bloom's Taxonomy Revised สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

มิติด้านความรู้ (Knowledge Dimension)	มิติด้านกระบวนการทางปัญญา (Cognitive Processes)
ความรู้-ความจำ	1.ขั้นการจำ
1.ความรู้ที่เกี่ยวกับความเป็นจริง	1.1 การจดจำได้
2.ความรู้ในเชิงมโนทัศน์	1.2 การระลึกได้
3.ความรู้ในเชิงวิธีการ	2.ขั้นการเข้าใจ
4.ความรู้พุทธิปัญญาเชิงอภิमान	2.1 การอธิบายยกตัวอย่างได้
	2.2 การจำแนกประเภทได้
	2.3 การสรุปความได้
	2.4 การสรุปอ้างอิงได้
	2.5 การสามารถเปรียบเทียบได้
	2.6 การอธิบายได้

Bloom's Taxonomy Revised สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้ (ต่อ)

มิติด้านความรู้ (Knowledge Dimension)	มิติด้านกระบวนการทางปัญญา (Cognitive Processes)
	3.ขั้นประยุกต์
	3.1 การกระทำ
	3.2 การดำเนินงาน
	4.ขั้นวิเคราะห์
	4.1 การจำแนกแยกแยะ การแยกจำนวนแยกย่อยได้
	4.2 การจัดระบบการจัดองค์กรได้
	4.3 การให้เห็นความให้เหตุผลได้
	5.ขั้นประเมินค่า
	5.1 การตรวจสอบ
	5.2 การวิพากษ์ใช้วิจารณ์ญาณ
	6.ขั้นสร้างสรรค์
	6.1 การสร้าง ก่อกำเนิด
	6.2 การวางแผน
	6.3 การผลิต การประดิษฐ์คิดค้นสิ่งใหม่

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2566) ได้อธิบายรายละเอียดของ Bloom's Taxonomy Revised ทั้ง 2 ด้านโดยสรุปไว้ดังนี้

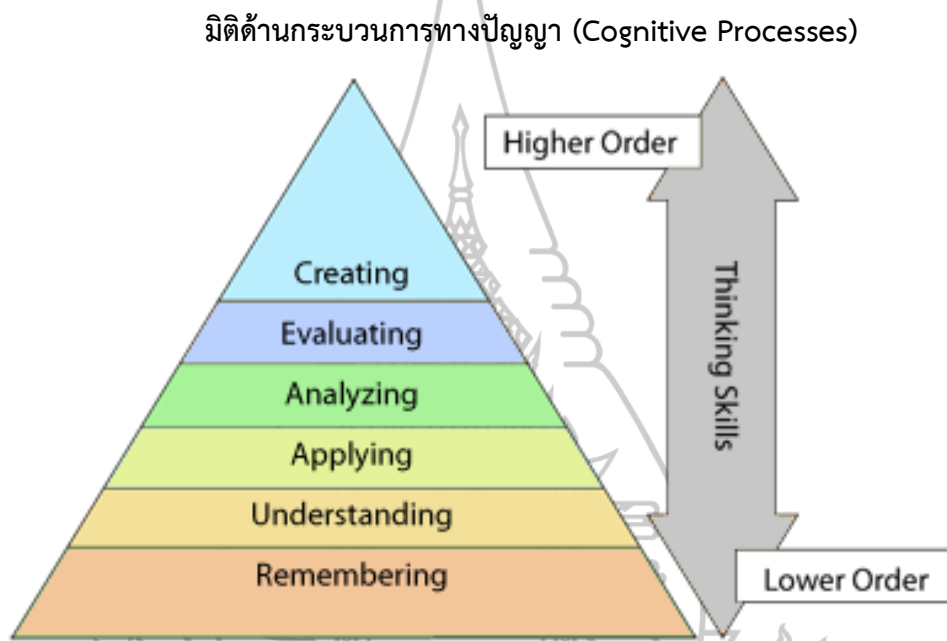
มิติด้านความรู้ (Knowledge Dimension)

1) ความรู้ที่เกี่ยวกับความเป็นจริง (Factual knowledge) หมายถึง ความรู้ในสิ่งที่เป็นจริงอยู่ เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำศัพท์ และความรู้ในสิ่งเฉพาะต่าง ๆ

2) ความรู้ในเชิงมโนทัศน์ (Conceptual knowledge) หมายถึง ความรู้ที่มีความซับซ้อนมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบพื้นฐานซึ่งเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรหรือเครื่องมือภายในโครงสร้างใหญ่ มีการจัดหมวดหมู่ของความรู้

3) ความรู้ในเชิงวิธีการ (Procedural knowledge) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดำเนินการทำงานแต่ละเรื่องว่าจะทำสิ่งนั้นๆ ทำได้อย่างไร รวมถึงความรู้ที่เป็นทักษะ เทคนิค และวิธีการ

4) ความรู้พุทธิปัญญาเชิงอภิมาน (Metacognitive knowledge) หมายถึง ความรู้เกี่ยวข้องกับเรื่องทางปัญญา การหยั่งรู้คิดของตนเอง ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิธิตัดของสมอง และการที่ผู้เรียนควรจะล่วงรู้ ตระหนักถึงวิธิตัดของสมองตนเอง ว่าตนเองรู้อะไร ไม่รู้อะไร



ภาพที่ 2.2 มิติด้านกระบวนการทางปัญญา (Cognitive Processes)

ที่มา: <https://images.app.goo.gl/qBngkxD5hPknVTtA6>

1) ขั้นการจำ (Remembering) เป็นระดับพื้นฐานของการเรียนรู้ที่เน้นกระบวนการนำเอาหรือดึงความรู้ การสืบค้น การเตือนความจำ โดยเป็นการเรียกข้อมูลกลับคืนมา และสามารถนำเอาความรู้ที่จำได้นั้นออกมาใช้ได้ด้วยตัวเอง

2) ขั้นการเข้าใจ (Understanding) เป็นกระบวนการสร้างความรู้อย่างมีความหมาย จากการอธิบาย การพูด การเขียน การแยกแยะ การเปรียบเทียบ การสรุป ที่จะนำไปสู่ความเข้าใจในสิ่งที่กำลังเรียนรู้

3) ขั้นการประยุกต์ใช้ (Applying) เป็นการนำเอาความรู้ความเข้าใจเดิมไปใช้ผ่านกระบวนการคิด โดยเมื่อประสบกับปัญหาสามารถนำเอาความรู้เดิมไปใช้กับสถานการณ์ใหม่ได้

4) ขั้นการวิเคราะห์ (Analyzing) เป็นการนำส่วนต่างๆ ของการเรียนรู้มาประกอบเป็นโครงสร้างใหม่ ด้วยการพิจารณาว่ามีส่วนใด สัมพันธ์กับส่วนอื่นอย่างไร ตลอดจนในแง่ของภาพรวมของโครงสร้างที่กำลังศึกษา วิเคราะห์ความเหมือนหรือความต่าง ผ่านกระบวนการอย่างเป็นระบบ

5) ขั้นการประเมินผล (Evaluating) การตัดสินใจ ตรวจสอบ สิ่งที่ได้เรียนรู้ สู่บริบทของตนเอง ที่สามารถวัดได้ บนพื้นฐานของเหตุผลและเกณฑ์ที่แน่ชัด

6) ขั้นการสร้างสรรค์ (Creating) เป็นระดับสูงสุดของการเรียนรู้ การนำเอาองค์ความรู้ที่กล่าวไปแล้วนั้นมาบูรณาการใช้ร่วมกันทั้งในด้านความสอดคล้องของความรู้ สามารถนำเอาความรู้มาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำเอาความรู้เดิมมาจัดระบบความคิดเกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่ ทั้งในด้านแบบแผนหรือโครงสร้างของชุดความรู้ซึ่งผลของการสร้างสรรค์ อาจอยู่ในรูปการได้มาซึ่งชุดความรู้ใหม่ รูปแบบการวางแผนที่แตกต่างจากเดิม หรืออาจเป็นผลผลิตใหม่

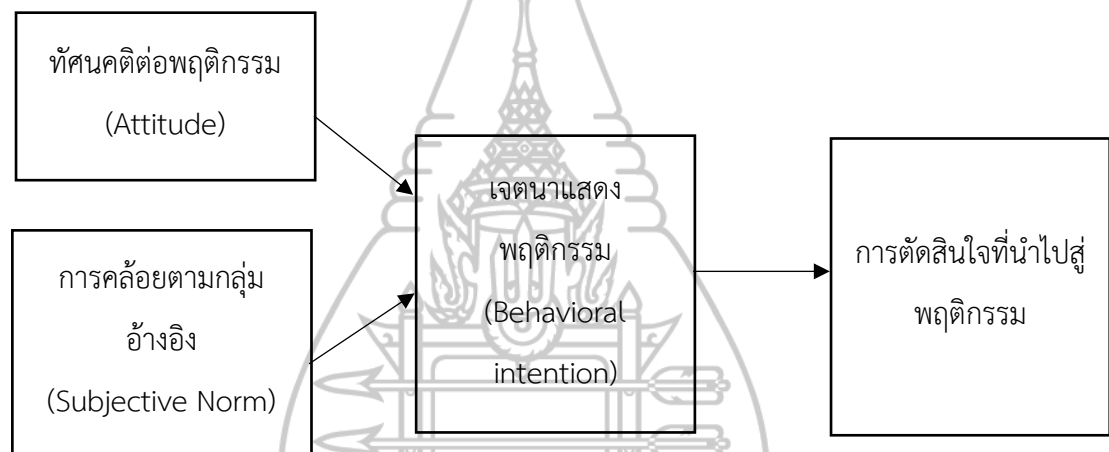
3.1.2 Bloom's Digital Taxonomy (2009)

ด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่มีความแพร่หลายมากขึ้น Bloom's Taxonomy Revised ได้อธิบายเพียงพฤติกรรม และการปฏิบัติในการเรียนรู้แบบเดิมๆ ไม่ได้ระบุถึงเทคโนโลยีใหม่ๆ กระบวนการและการดำเนินการในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี การเกิดและการรวมเทคโนโลยีสารสนเทศกับการสื่อสารกับชีวิตและการเรียนรู้มีเพิ่มมากขึ้น Andrew Churches (2009) จึงได้มีการปรับ Bloom's Taxonomy ใหม่ ให้มีรายการคำกริยา วิธีการและการใช้เครื่องมือเทคโนโลยีเพ็กลงไปด้วย Churches ได้กล่าวว่าทฤษฎีของ Bloom มีระดับความรู้ความคิดต่าง ๆ ที่แสดงกระบวนการเรียนรู้ แต่ไม่ได้ระบุว่าจะต้องเริ่มต้นเรียนรู้ที่ระดับต่ำสุดขึ้นไป ซึ่งก็คือการเรียนรู้สามารถเริ่มต้นที่จุดใดก่อนก็ได้ แต่การเรียนรู้มักจะเริ่มต้นจากระดับต่ำสุดโดยธรรมชาติ คำกริยาใน Bloom's Taxonomy แสดงจาก Lower Order Thinking Skills: LOTS หรือ ทักษะการคิดขั้นต่ำ ไปยัง Higher Order Thinking Skills: HOTS หรือ ทักษะการคิดขั้นสูง (คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2566) รายละเอียดดังภาพ

3.2 ทฤษฎีพฤติกรรม

3.2.1 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA)

เป็นทฤษฎีที่ถูกคิดค้นโดย Icek Ajzen และ Martin Fishbein (1975) อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและทัศนคติต่อพฤติกรรมว่า การเปลี่ยนแปลงความเชื่อจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลจะพิจารณาจากเหตุผลถ้าเป็นสิ่งที่ควรทำ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ออกมา (ภาคย์ ชูชื่น, 2557) ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการแสดงพฤติกรรมของบุคคล คือ เจตนาแสดงพฤติกรรม (Behavioral intention) ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm)



ภาพที่ 2.4 แบบจำลองทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

ที่มา: <http://cmuir.cmu.ac.th/jspui/handle/6653943832/39966>

ภาคย์ ชูชื่น (2557) ได้ถึงอธิบายความหมายของทัศนคติต่อพฤติกรรม และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ไว้ดังนี้

ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude) คือ การประเมินของบุคคลที่มีต่อภาพรวมของพฤติกรรมรวมถึงผลที่ตามมาของพฤติกรรม ถ้าบุคคลประเมินแล้วว่าผลที่ตามมาของพฤติกรรมเป็นทางด้านบวก บุคคลจะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรม แต่ในขณะเดียวกัน ถ้าประเมินแล้วว่าผลที่ตามมาของพฤติกรรมเป็นทางด้านลบ บุคคลจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น

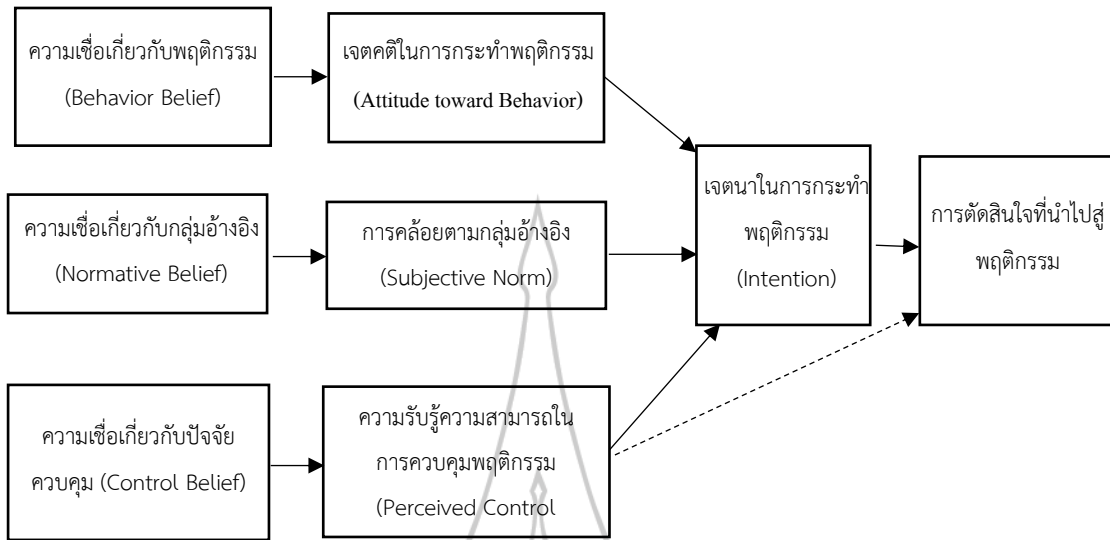
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) คือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความต้องการหรือความคาดหวัง รวมไปถึงความกดดันของสังคม ทั้งครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน ฯลฯ ในการที่จะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมใด หากประเมินแล้วว่ากลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพล

ต่อบุคคลมีความต้องการให้แสดงพฤติกรรม แนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นจะมีมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรม หากพบว่ากลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลไม่ต้องการให้แสดงพฤติกรรมนั้น

3.2.2 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior: TPB)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมที่ได้รับการพัฒนาโดย Icek Ajzen ขึ้นในปี ค.ศ. 1985 จนกระทั่งถึง ค.ศ. 2002 ทฤษฎีนี้ถูกพัฒนาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: TRA) ของ Icek Ajzen และ Martin Fishbein เพื่อแก้ไขในเรื่องข้อจำกัดในด้านพฤติกรรมของบุคคล ที่มีเจตนาในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งไม่ได้กล่าวถึงในทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน ได้อธิบายว่า พฤติกรรม (Behavior) ที่ถูกแสดงออกมานั้นเป็นผลมาจาก เจตนา (Intention) ซึ่งมีปัจจัย 3 ประการที่มีอิทธิพลต่อการก่อให้เกิดเจตนาได้แก่ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude Toward the Behavior) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control)

จากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล Ajzen (2002) เห็นว่าข้อจำกัดหนึ่งของทฤษฎี คือ ข้อจำกัดในการเปลี่ยนจากเจตนาในการกระทำพฤติกรรมไปสู่การกระทำพฤติกรรมจริง โดยเห็นว่าเจตนาในการกระทำพฤติกรรมจะคาดการณ์การกระทำได้หรือไม่ได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ คือ พฤติกรรมที่จะทำนั้น อยู่ภายใต้การควบคุมของผู้กระทำหรือไม่ หรือมีความสามารถในการกระทำหรือไม่ Ajzen จึงได้พัฒนาแบบจำลองโดยเพิ่มปัจจัยด้านความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่เรียกว่า ความรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Control Behavior) และเรียกทฤษฎีนี้ว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (อนุวัตร จุลินทร และคณะ, 2562)



ภาพที่ 2.5 แบบจำลองทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน

ที่มา: http://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:120637

Ajzen (2002) ได้อธิบายทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน ไว้ว่า

1) เจตคติในการกระทำพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และความรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีอิทธิพลต่อเจตนาในการกระทำพฤติกรรม โดยถ้าหากบุคคลมีเจตคติในการกระทำพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และความรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เป็นบวก บุคคลก็ควรจะต้องมีเจตนาในการกระทำพฤติกรรมที่หนักแน่นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ความรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความหมายในแง่จิตใจสำหรับเจตนาในการกระทำพฤติกรรม คือบุคคลที่มีความเชื่อว่า บุคคลนั้นๆ มีความสามารถหรือมีโอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ย่อมมี เจตนาในการกระทำพฤติกรรมที่หนักแน่นที่จะกระทำพฤติกรรม แต่ถ้าบุคคลนั้นๆ มีความเชื่อว่า ไม่มีความสามารถหรือโอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ บุคคลจะไม่มีเจตนาในการกระทำพฤติกรรม ที่หนักแน่นที่จะกระทำ ถึงแม้จะมีเจตคติในการกระทำพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นบวกก็ตาม

2) เจตนาในการกระทำพฤติกรรม และความรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ร่วมกันทำนายพฤติกรรม โดยความรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ไม่ต้องผ่านเจตนาในการกระทำพฤติกรรม ถ้าบุคคลมีความรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ที่ตรงกับความเป็นจริง จะช่วยทำนายความแม่นยำในการเกิดพฤติกรรมมากขึ้น แต่ถ้าบุคคลมี ความรู้

ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่สะท้อนความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอย่างแท้จริง เช่น กรณีที่บุคคลมีข้อมูลข่าวสารเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น ความรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม อาจจะเพิ่มความแม่นยำในการทำนายได้น้อย (ศรีสกุล ศรีสกุล, 2554)

นอกจากอธิบายพฤติกรรมของบุคคลแล้ว ทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนยังอธิบายสาเหตุของพฤติกรรมที่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) หมายถึง เจตคติในการกระทำพฤติกรรม (attitude toward behavior) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดๆ เช่น ชอบ รัก ต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ หรืออาจเป็นการประเมินในเชิงบวกหรือลบ ถ้าบุคคลมีเจตคติในทางบวกต่อพฤติกรรมมากเท่าใด ก็ย่อมมีความตั้งใจที่แน่วแน่ในการทำพฤติกรรมมากเท่านั้น แต่ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลมีเจตคติในทางลบต่อพฤติกรรมมากเท่าใด บุคคลก็ย่อมมีความแน่วแน่ที่จะไม่ทำพฤติกรรมนั้นๆ โดยที่บุคคลจะมีเจตคติต่อพฤติกรรมอย่างไร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่เป็นสาเหตุประกอบ คือ ความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นทำให้เกิดผลตามที่คาดหวัง (behavior beliefs) กับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีคุณค่าต่อเขา (evaluation of the outcomes) การวัดเจตคติต่อพฤติกรรมจึงสามารถวัดทางอ้อมโดยประมาณได้จาก ผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมและการประเมินผลพฤติกรรม ดังสมการดังต่อไปนี้

$$A \propto \sum_{i=0}^n b_i e_i$$

โดยที่ A_b

คือ เจตคติต่อพฤติกรรม

b_i

คือ น้ำหนักของความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม

e_i

คือ ค่าการประเมินผลพฤติกรรม

n

คือ จำนวนความเชื่อทั้งหมด

$\sum b_i e_i$

คือ ผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม และการประเมินผลพฤติกรรม

2) ปัจจัยทางสังคม (Social factors) หมายถึง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) เกี่ยวกับการที่บุคคลที่มีอิทธิพลทางสังคม ต้องการหรือไม่ต้องการให้ทำพฤติกรรม และความเชื่อที่เป็นสาเหตุที่จะรับรู้ความคาดหวังทางสังคมอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่เป็นสาเหตุประกอบ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (normative beliefs) ว่ากลุ่มอ้างอิงคิดว่าบุคคลควรทำพฤติกรรมหรือไม่ และบุคคลมีแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงหรือไม่ การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถวัดได้ทางอ้อมโดยการประมาณได้จากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ดังสมการต่อไปนี้

$$SN \propto \sum_{i=1}^n n_i m_i$$

โดยที่	SN	คือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง
	n_i	คือ น้ำหนักของความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง
	m_i	คือ แรงจูงใจที่คล้อยตามกลุ่มอ้างอิง
	n	คือ จำนวนความเชื่อทั้งหมด
	$\sum n_i m_i$	คือ ผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

3) ปัจจัยควบคุม (control factors) หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived control behavior) การรับรู้ของบุคคลว่ายากหรือไม่ที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ บุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมที่ต้องการให้สำเร็จตามคาดหวังได้มากน้อยเพียงใด ความเชื่อที่เป็นสาเหตุประกอบ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม (control beliefs) และการรับรู้อิทธิพลที่เป็นอุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรม (perceived power) ของบุคคล กล่าวคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่ามีทรัพยากร โอกาสที่เอื้อต่อการทำพฤติกรรมมากและมีอุปสรรคในการทำพฤติกรรมน้อยมากเพียงใด บุคคลจะรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมพฤติกรรมนั้นได้มาก พฤติกรรมจึงออกมาไปตามเจตนาที่มีอยู่ แต่ทั้งนี้การกระทำพฤติกรรมไม่ได้ขึ้นอยู่กับเจตนาของบุคคลเพียงอย่างเดียว ต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ ซึ่งควบคุมไม่ได้ด้วยเจตนา เช่น เวลา ทรัพยากร ทักษะ ความร่วมมือทางผู้อื่น เป็นต้น การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมประมาณการได้โดยอ้อมจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อ

เกี่ยวกับการควบคุม และการรับรู้อิทธิพลของปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรม ดังสมการต่อไปนี

$$PBC \propto \sum_{i=1}^n C_i P_i$$

โดยที่	PBC	คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม
	C_i	คือ น้ำหนักของความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม
	P_i	คือ การรับรู้อิทธิพลที่เป็นอุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรม
	n	คือ จำนวนปัจจัยที่ส่งเสริมหรือขัดขวาง
	$\sum C_i P_i$	คือ ผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม กับการรับรู้อิทธิพลของปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรม

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การที่บุคคลใดๆ จะเกิดพฤติกรรมหรือการกระทำได้นั้น จะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดการกระทำ คือ ปัจจัยส่วนบุคคลในแง่ของความคิด ความเชื่อทัศนคติ ต่อการกระทำนั้นๆ ปัจจัยทางสังคมในแง่ของสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลนั้นๆ อาจจะประกอบด้วยครอบครัว เพื่อนร่วมชั้นที่อยู่ภายใต้บริบทสังคมเดียวกัน ซึ่งจะมีทิศทางในการกระทำพฤติกรรมใดๆ ในลักษณะทิศทางเดียวกันและปัจจัยควบคุมในลักษณะของโอกาสหรืออุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

ซึ่งจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล และพฤติกรรมตามแบบแผน ผู้วิจัยจึงสรุปว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดยาป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลาย นั้น ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการกระทำดังกล่าว ประกอบไปด้วยปัจจัยในด้านของทัศนคติซึ่งเป็นความเชื่อที่ส่งผลโดยตรงต่อการฉีดยาป้องกันมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยด้านสังคมซึ่งเป็นปัจจัยแวดล้อมที่ก่อให้เกิดการกระทำ ซึ่งได้แก่ การที่มีคนในครอบครัวหรือคนรู้จักเจ็บป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก และการที่มีคนในครอบครัวหรือคนรู้จักเคยฉีดยาป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมานี้ล้วนส่งผลให้เกิดการฉีดยาป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลาย ตามแนวคิดของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล และพฤติกรรมตามแบบแผน

3.3 แนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจ

3.3.1 ความหมายของการตัดสินใจ

มีนักวิชาการหลายท่านทั้งไทยและต่างประเทศได้ให้ความหมายของการตัดสินใจ (Decision making) อย่างมากมาย ดังนี้

Barnard (1938) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกระบวนการทางตรรกวิทยาในการพิจารณาวิเคราะห์และคิดทางเลือกต่างๆ โดยอาศัยเหตุผลและความเป็นจริงเกี่ยวกับทางเลือกเหล่านั้น หรืออีกความหมายหนึ่ง คือ เป็นเทคนิควิธีที่ลดทางเลือกลงมาเหลือเพียงทางเดียว

Simon (1966) ซึ่งเป็นที่ยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งทฤษฎีการตัดสินใจ ได้ให้ความหมายไว้ว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการของกิจกรรมต่างๆ 3 ประการ คือ 1) กิจกรรมด้านเซาว์ปัญหา เน้นข้อมูลและสารสนเทศที่จะนำมาประกอบการตัดสินใจ 2) กิจกรรมด้านการออกแบบ โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวทางที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ 3) กิจกรรมที่เกี่ยวกับการเลือกทางเลือกที่เหมาะสมที่จะนำไปปฏิบัติ

Gore และ Dyson (1964) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การตัดสินใจ เป็นการเลือกทางใดทางหนึ่งจากทางเลือกที่มีอยู่แล้วหลายทางเป็นแนวปฏิบัติไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

Ducker (1970) ได้ให้ความหมายว่า การตัดสินใจเป็นการพิจารณาและคัดเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งจากบรรดาทางเลือกหลายทางเพื่อทางเลือกที่ดีที่สุด

จุฬาลักษณ์ ใจโน (2558) ได้ให้ความหมายว่า กระบวนการแก้ไขปัญหา หรือการกำหนดแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ

ภิญโญ สาร (2542) ได้ให้ความหมายว่า การตัดสินใจเป็นลักษณะหนึ่งของพฤติกรรมในการเลือกสิ่งที่มีให้เลือกหลากหลาย โดยอาศัยเหตุผล ความรู้ ประสบการณ์ ในการตัดสินใจ

Daniel Kahneman (2011) อธิบายว่าการตัดสินใจแบ่งออกเป็นสองระบบ: ระบบที่ 1 (System 1) เป็นการตัดสินใจที่รวดเร็วและอัตโนมัติ และระบบที่ 2 (System 2) เป็นการตัดสินใจที่ช้าและรอบคอบ โดยการตัดสินใจสามารถได้รับอิทธิพลจากอคติทางจิตวิทยาและแนวโน้มการใช้ทางลัดทางจิต

Philip E. Tetlock (2005) ได้กล่าวถึงการตัดสินใจในบริบทของการพยากรณ์ โดยเน้นว่าการตัดสินใจที่ดีควรอยู่บนพื้นฐานของการวิจัยอย่างเป็นระบบและการรับฟังข้อมูลจากแหล่งที่หลากหลาย นอกจากนี้ยังเสนอว่าอคติทางความคิด (cognitive biases) สามารถส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญ

Gerd Gigerenzer (2007) อธิบายว่าการตัดสินใจไม่จำเป็นต้องซับซ้อนเสมอไป และมักอาศัย สัญชาตญาณ (gut feelings) ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่อิงจากประสบการณ์และความรู้ที่สะสมมา เขาเสนอว่าการตัดสินใจที่อิงจากกฎที่เรียบง่ายและมีความรู้สึกที่ดีสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้

Herbert A. Simon (1997) ได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจในบริบทของ bounded rationality หรือความมีเหตุผลจำกัด ซึ่งแสดงว่ามนุษย์มีข้อจำกัดในความสามารถใน

การประมวลผลข้อมูล ดังนั้นการตัดสินใจจึงมักจะเป็นการพยายามหาทางเลือกที่ "ดีพอ" มากกว่าการ ค้นหาทางเลือกที่ดีที่สุด

จากความหมายข้างต้น จึงสรุปได้ว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการคิดโดยอาศัยเหตุผล ความรู้ ทักษะ ในการเลือกสิ่งที่ดีที่สุดจากตัวเลือกทั้งหมดที่มีอยู่ ณ ขณะนั้น

3.3.2 ประเภทการตัดสินใจ

นฤมล ศรีงามผ่อง (2560) ได้กล่าวว่า วิธีการแบ่งประเภทของการตัดสินใจมีอยู่หลายประเภท แต่ประเภทการตัดสินใจที่เป็นที่ยอมรับมากที่สุด มีอยู่ 2 ประเภท ได้แก่

1) การตัดสินใจที่มีแบบแผน (Programmed Decision) เป็นการตัดสินใจแบบที่มีการวางแผนในการตัดสินใจ เพื่อประมาณการ โดยปกติจะเป็นการตัดสินใจวางแผนงานประจำ เป็นการตัดสินใจที่เกิดขึ้นบ่อยๆ

2) การตัดสินใจที่ไม่มีแบบแผน (Non - Programmed Decision) เป็นการตัดสินใจแบบที่ไม่มีการวางแผนมาก่อน เป็นการตัดสินใจเพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่ต้องเผชิญอยู่

3.3.3 สภาพการตัดสินใจ

การตัดสินใจมักเกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมซึ่งส่วนใหญ่มีความไม่แน่นอน แต่อย่างไรก็ตามระดับความไม่แน่นอนอาจแตกต่างกันออกไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงในการตัดสินใจ การตัดสินใจจะเกิดขึ้นภายใต้ 4 สถานการณ์ (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, 2542) ได้แก่

1) สภาพความแน่นอน (Condition of certainty) เป็นสถานการณ์การตัดสินใจที่มีข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับปัญหา ทางเลือก และผลลัพธ์จากการตัดสินใจ บุคคลจะเหตุผลในการตัดสินใจ มีความน่าเชื่อถือได้ว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผล

2) สภาพความไม่แน่นอน (Condition of risk) เป็นสถานการณ์ที่เข้าใจปัญหา แต่ข้อมูล และผลลัพธ์ของแต่ละทางเลือกไม่เพียงพอ ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ทำให้ไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้

3) สภาพความเสี่ยง (Condition of risk) เป็นสถานการณ์ที่เข้าใจปัญหาทางเลือก และมีข้อมูลเพียงพอ แต่ไม่แน่ใจว่าผลลัพธ์จะเป็นไปตามที่คาดหวังไว้หรือไม่

4) สภาพความเคลือบคลุม (Condition of ambiguity) เป็นสถานการณ์ที่มีข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา ทางเลือกหรือผลลัพธ์ของแต่ละทางเลือกน้อย ในกรณีจะขาดข้อมูลเกี่ยวกับเป้าหมายที่ต้องการ

3.3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถแบ่งปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) ปัจจัยภายใน เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากตัวบุคคลในด้านความคิดการ แสดงออก ซึ่งประกอบด้วย

(1) อายุ Cauffman, E. และ Steinberg, L. (2000) ได้กล่าวอายุเป็น ปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจ เนื่องจากประสบการณ์ชีวิตและระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้นตามวัย การตัดสินใจในวัยรุ่นอาจเน้นไปที่ปัจจัยสังคมและการยอมรับจากเพื่อน ในขณะที่ผู้ใหญ่มีแนวโน้มที่จะพิจารณาความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องมากขึ้น

(2) ระดับการศึกษา Wray, R. J., Jupka, K., & Ross, C. (2005) ได้กล่าวถึง การศึกษาว่ามีผลต่อความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลและการตัดสินใจ ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักมีความรู้ และทักษะในการประมวลผลข้อมูลมากกว่า จึงสามารถทำการตัดสินใจที่มีข้อมูลประกอบได้ดีกว่า

(3) ภูมิลำเนา Probst, J. C. และคณะ (2006) ได้กล่าวว่าภูมิลำเนา มีผลต่อ การเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากรต่างๆ เช่น การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การให้วัคซีน และ แหล่งข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจของผู้ที่อาศัยในเมืองใหญ่อาจแตกต่างจากผู้ที่อยู่อาศัยในชนบท เนื่องจากการเข้าถึงบริการและข้อมูลที่แตกต่างกัน

(4) พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ ทักษะ จากการเรียนรู้และประสบการณ์ของ บุคคล ซึ่งจะเป็นการคงอยู่ในระยะยาว จะส่งผลทำให้เกิดการตัดสินใจได้ของบุคคล

2) ปัจจัยภายนอก เป็นปัจจัยที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวของบุคคลซึ่งจะมี อิทธิพลต่อความคิดและการตัดสินใจของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

(1) ครอบครัว (Family) การเลี้ยงดูในสภาพครอบครัวที่แตกต่างกัน ส่งผล ให้บุคคลมีความแตกต่างกัน ครอบครัวจะส่งผลต่อบุคคลได้สูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ เนื่องจากการใช้ชีวิตใน วัยเด็กในครอบครัวซึ่งซึมซับและเรียนรู้ลักษณะอันจะก่อให้เกิดเป็นนิสัยประจำ (Habits) ของบุคคล ไปตลอดชีวิต รวมไปถึงเรื่องเศรษฐกิจสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ย่อมส่งผลต่อการตัดสินใจ (Cutler, D. M., และ Lleras-Muney, A. (2010)

(2) สังคม (Social) กลุ่มสังคมรอบ ๆ ตัวบุคคล มีผลให้บุคคลมีการตัดสินใจ ทิศทางเดียวกันของสังคม เพื่อการยอมรับเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ที่เรียกว่า กระบวนการขัดเกลา ทางสังคม (Socialization) ประกอบด้วย รูปแบบการดำรงชีวิต (Lifestyles) ค่านิยมของสังคม (Social values) และความเชื่อ รวมไปถึงการที่มีบุคคลใกล้ชิดประสบกับสภาวะอย่างใดอย่างหนึ่ง จะส่งผลต่อการตัดสินใจของบุคคลด้วยเช่นกัน

(3) วัฒนธรรม (Culture) เป็นวิถีการดำเนินชีวิตที่สังคมเชื่อถือเป็น ที่ ยอมรับ บุคคลในสังคมเดียวกันจึงต้องยึดถือและปฏิบัติ วัฒนธรรมเป็นกลุ่มของค่านิยมพื้นฐาน การรับรู้ ความต้องการ พฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับวัฒนธรรม ของสังคม

3.3.5 กระบวนการตัดสินใจ

กระบวนการตัดสินใจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากผลลัพธ์จากการตัดสินใจจะบรรลุเป้าหมายที่คาดหวังหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับกระบวนการตัดสินใจที่ดี (นฤมล ศรีงามผ่อง, 2560)

โดย Simon (1960) ได้อธิบายว่ากระบวนการตัดสินใจประกอบไปด้วยขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่

1) การแยกแยะปัญหา (Problem identification) ถือเป็นขั้นตอนสำคัญในกระบวนการตัดสินใจ โดยจะต้องจับประเด็นปัญหาให้ถูกต้อง รู้ปัญหาที่แท้จริงและวิเคราะห์ปัญหาหรือสิ่งที่เผชิญให้ละเอียด

2) การหาข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับตัวปัญหานั้น (Information problem) คือการเก็บรวบรวมข้อมูล ข่าวสาร ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหาเพื่อค้นหาสาเหตุ ตลอดจนรวบรวมจนมีปริมาณมากพอจะช่วยให้การตัดสินใจได้แน่นอนยิ่งขึ้น

3) การประเมินค่าของข่าวสาร (Evaluation of information) คือการคัดเลือกการจัดระบบข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ข้อมูลใด ๆ ข่าวสาร ความรู้ หรือข้อเท็จจริงใดๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัญหา คงไว้ข่าวสารความรู้ที่ต้องการเท่านั้น

4) การกำหนดทางเลือก (Listing of alternatives) ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในกระบวนการตัดสินใจ โดยขั้นตอนนี้จะสมบูรณ์หรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับข่าวสารความรู้ตลอดจนข้อเท็จจริงที่ได้ กำหนดทางเลือกในการตัดสินใจไว้หลาย ๆ ทาง และจัดลำดับความสำคัญเพื่อความสะดวกในการเลือกทางเลือกที่จะตัดสินใจ

5) การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ (Selection of alternatives) จะเป็นขั้นตอนสุดท้ายในการตัดสินใจอย่างแท้จริง โดยประเมินจากทางเลือกที่ประเมินแล้วว่าเหมาะสมที่สุด ปฏิบัติการตามการตัดสินใจ (Implementation of decision) โดยเมื่อผลของการตัดสินใจที่หมายถึงการแก้ปัญหาผลลัพธ์ออกมาเช่นไร จะมีการประเมินผลอีกครั้งหนึ่งเพื่อสรุปว่าการตัดสินใจนั้นเหมาะสมกับปัญหาหรือสถานการณ์เพียงไร

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การที่บุคคลใดๆ จะเกิดการตัดสินใจได้นั้น จะต้องเกิดจากการที่มีข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการรวบรวม เพื่อนำมาใช้เป็นทางเลือกในการตัดสินใจที่นำไปสู่แนวทางปฏิบัติในเรื่องต่างๆ ที่บุคคลนั้นๆ เผชิญอยู่ โดยปัจจัยที่นำไปสู่การตัดสินใจที่ดีของแต่ละบุคคลนั้นยังขึ้นอยู่กับปัจจัยจากตัวบุคคล เช่น การรับรู้ การเรียนรู้ ทักษะคิด ฯลฯ และปัจจัยแวดล้อมภายนอก ได้แก่ ครอบครัว สังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินใจ

ซึ่งจากการทบทวนแนวคิดการตัดสินใจ ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า การตัดสินใจผิดพลาดขึ้นป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย นั้น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ

ตัดสินใจ ประกอบไปด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย และยังมีสิ่งแวดล้อมด้านครอบครัวที่เป็นส่วนสำคัญในการประกอบการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

4. แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

4.1 พัฒนาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีพัฒนาการเกิดขึ้นนับตั้งแต่คำว่า health literacy ถูกกล่าวถึงครั้งแรกในปี ค.ศ.1974 กระทั่งมีการให้คำนิยามโดย World Health Organization ในปี ค.ศ. 1998 และการประชุมระดับโลกครั้งที่ 7 เรื่อง การพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพ ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา ในปีค.ศ. 2009 Health Literacy ถูกกำหนดไว้เป็นหัวข้อสำคัญเรื่องหนึ่ง หลังจากนั้นจึงมีคำว่า Health Literacy ปรากฏในเอกสารเผยแพร่ต่าง ๆ มากขึ้นเรื่อย ๆ โดยพัฒนาการสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ โดยจำแนกตามปริมาณบทความวิชาการที่เผยแพร่ และองค์ความรู้ที่เกิดขึ้น (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561) ดังนี้

1. ระยะที่หนึ่ง การเข้าถึง ระหว่างปี ค.ศ. 1974 – 1977 ระยะแรกเป็นช่วงของการนำเสนอแนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยชี้ให้เห็นความสำคัญของความสามารถพื้นฐานคือการรู้หนังสือ (literacy) ซึ่งเป็นดัชนีสะท้อนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่ยอมรับกันทั่วโลก โดยช่วงแรกนี้องค์ความรู้มีแหล่งข้อมูลที่จำกัดและการเข้าถึงยังไม่กว้างขวาง ยังไม่มีความชัดเจนว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพคืออะไร จะประเมินและพัฒนาอย่างไร

2. ระยะที่สอง การทำความเข้าใจ ระหว่างปี ค.ศ. 1998 – 2008 ระยะนี้ถือเป็นช่วงสำคัญ เนื่องจากมีความเป็นรูปธรรมสูงในระยะแรก บางประเด็นยังต้องอาศัยการทำความเข้าใจในกลุ่มนักวิชาการ เช่น ความรู้ (Knowledge) แตกต่างจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และการรู้หนังสือ (literacy) อย่างไร การตีความและการทำความเข้าใจในช่วงนี้นำไปสู่การออกแบบและพัฒนาโครงการวิจัย การกำหนดนโยบาย การพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในระยะต่อมา

การเปลี่ยนแปลงในช่วงนี้ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ มีการกำหนดคำนิยามอย่างเป็นทางการ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการสื่อสารส่งผลให้สะท้อนสภาพปัญหาของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น การประกาศนโยบายและเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพประชาชน การเผยแพร่กรอบแนวคิด และเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

3. ระยะที่สาม การนำไปใช้ ระหว่างปีค.ศ. 2009 – 2018 เป็นช่วงเวลาที่นักวิจัยทั่วโลกให้ความสนใจและทำการศึกษาวิจัยจำนวนมาก องค์ความรู้ที่เกิดขึ้น ปรากฏบทความวิชาการและผลงานวิจัยที่มีความหลากหลายมากขึ้นจากบริบทเฉพาะในโรงพยาบาล ไปสู่อุบัติการณ์และชุมชน จากงานด้านการรักษาพยาบาลไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ จากกลุ่มผู้ป่วยไปสู่กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ฯลฯ จากประเด็นสุขภาพโดยรวมไปสู่ประเด็นสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจง เช่น ความรอบรู้ด้านการใช้ยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เป็นต้น

4.2 ความหมายความรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจุบันมีการใช้คำ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในภาษาไทยที่หลากหลาย เช่น สถาบันระบบสาธารณสุข ใช้คำว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพใช้คำว่า การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้คำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนตัว ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า หมายถึง ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกรับบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม

World Health Organization (1998) ได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ

จึงสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง วิเคราะห์ข้อมูลทางด้านสุขภาพ และสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาให้เป็นประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

4.3 เครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพ

เครื่องมือในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ เป็นการนำองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินทักษะด้านพฤติกรรมศาสตร์ การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับทักษะชีวิต ซึ่งมีฐานความรู้เกี่ยวกับการออกแบบเชิงกระบวนการ ประยุกต์ใช้แบบจำลองและทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ โดยนำโครงสร้างหลักมาใช้ออกแบบการวัดผล (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2564) โดยเครื่องมือประเมินความรู้

ด้านสุขภาพ จำแนกได้ 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) ประเมินความรู้และความสามารถพื้นฐาน 2) ประเมินทักษะเฉพาะด้าน 3) ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบรอบด้าน

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2564) ได้กล่าวถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นความสามารถและทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ ประเมินและตัดสินใจ และการนำข้อมูลที่ถูกต้องไปใช้ในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ดังนั้น แนวทางการประเมินจึงมุ่งพัฒนาวิธีการวัดทักษะของบุคคล มีวิธีการดังนี้

1. วิธีการที่หนึ่ง กำหนดโจทย์สถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย โดยวัดจากการแสดงความสามารถในการเลือกคำตอบที่เหมาะสม มีคะแนนตามระดับความสามารถ วิธีนี้มีจุดเด่นในเรื่องความชัดเจนของประเด็นที่ต้องการวัด เนื่องจากคัดเลือกสถานการณ์ที่มีความสำคัญเฉพาะเรื่องเฉพาะกลุ่ม แต่มีจุดด้อยคือการกำหนดสถานการณ์และการสร้างคำตอบตามลำดับคะแนนทำได้ยาก และข้อความมักจะยาวทำให้ต้องใช้เวลาในการอ่าน

2. วิธีการที่สอง เขียนอธิบายวิธีการปฏิบัติโดยถามคำถามปลายเปิด จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยจำแนกตามคำสำคัญ เพื่อกำหนดเป็นคะแนนตามลำดับความสามารถ มีจุดเด่นคือสะท้อนข้อมูลด้านคุณภาพ แต่จุดด้อยคือผู้ตอบต้องเขียนอธิบายเก่งจึงจะได้คะแนนสูง

3. วิธีการที่สาม กำหนดประเด็นความสามารถที่ต้องการและให้ประเมินระดับความสามารถของตนเอง โดยใช้มาตรวัดระดับ Likert scale ตามลำดับความยาก-ง่าย ซึ่งกำหนดคะแนนตามระดับความสามารถที่ผู้ตอบเป็นผู้ประเมิน มีจุดเด่น คือ ความสั้นกระชับของประเด็นที่ต้องการวัดที่กำหนดชัดเจนตามกระบวนการพัฒนา และอยู่ในตารางกำหนดคะแนนตามระดับความสามารถ ซึ่งใช้มาตรวัดตามระดับความยากง่ายในการปฏิบัติ แต่มีจุดด้อย คือ จะต้องมีการออกแบบให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างประเด็นความสามารถกับระดับการวัดและทำให้ผู้ประเมินมีความคุ้นเคยกับวิธีการประเมิน

ปัจจุบันวิธีที่เป็นที่นิยมคือ วิธีการที่สาม โดยมีการนำมาใช้ในการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย โดยแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือจะยึดตามแนวทางของเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชาชนของกลุ่มประเทศยุโรป (The European Health Literacy Survey: HLS-EU) (Sorensen et al., 2012) ซึ่งใช้วิธีให้กลุ่มตัวอย่างประเมินระดับความสามารถของตนเอง (Self-administered) ตามระดับความยาก-ง่าย ใช้ตัวเลือกแบบ Likert scale ได้แก่ ยากมาก = 1 ยาก = 2 ง่าย = 3 และง่ายมาก = 4 และจำแนกระดับคะแนนเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (inadequate) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีปัญหา (problematic) ความรอบรู้ด้านสุขภาพพอเพียง (sufficient) และความรอบรู้ด้านสุขภาพดีเยี่ยม (excellent)

4.4 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการและดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีและป้องกันโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2566) ได้กำหนดคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง การใช้เวลาในการเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ค้นหาข้อมูลสุขภาพและบริหารสุขภาพที่ถูกต้อง และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสำหรับนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง มีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ สามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในการที่นำไปปฏิบัติ สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล

3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

4. ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนด เป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

5. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชน และสังคม

4.5 ความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคม เป็นผลมาจากปัจจัยหลายด้าน โดยปัจจัยสำคัญด้านหนึ่งที่ถูกกล่าวถึงอย่างกว้างขวาง คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสภาวะสุขภาพ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ เช่น การรับวัคซีนเพื่อป้องกันโรค การตรวจคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ ฯลฯ มีการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

สุขภาพที่เหมาะสม โดยความรู้ทางด้านสุขภาพสามารถทำนายระดับของสุขภาพได้ บุคคลที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการใช้ข้อมูล การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลโรคร้ายไข้เจ็บด้วยตนเอง และการป้องกันโรค รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาทางด้านสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย เนื่องจากมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องและขาดทักษะในการดูแลตนเอง

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2561) ได้สรุปความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ ได้ดังนี้

1. ความสำคัญระดับบุคคล

บุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงตามช่วงวัย ทำให้สามารถประกอบกิจกรรมการงานต่าง ๆ ได้อย่างดี ไม่เกิดโรคร้ายไข้เจ็บทำให้ต้องขาดงานและเกิดความสูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือเป็นภาระแก่คนใกล้ชิด บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะสามารถพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้และสามารถช่วยสร้างครอบครัวที่มีสุขภาพดีได้

2. ความสำคัญในระดับหน่วยงาน

หน่วยงานใดมีบุคลากรที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะเกิดผลเสียต่องานบริหารและการสร้างสรรค์ผลงาน ก่อให้เกิดปัญหาแก่หน่วยงานในการจัดการแก้ไข โดยเฉพาะเป็นหน่วยงานด้านสาธารณสุขจะส่งผลต่อความเชื่อมั่นในระบบบริการและกลายเป็นสิ่งเหนี่ยวรั้งการพัฒนาสุขภาพของประชาชน

3. ความสำคัญในระดับสังคมและประเทศ

หากประชาชนของประเทศมีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยตนเอง จะเป็นการเพิ่มภาระแก่บุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานด้านสุขภาพอย่างมาก ทำให้ประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายในด้านการรักษา รวมไปถึงการตัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่มีราคาแพงรวมทั้งเกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวม เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมของประเทศเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งในการที่ทำให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีพฤติกรรมหรือการกระทำที่ส่งผลทำให้เกิดสุขภาวะที่ดี หรืออาจกล่าวได้ว่า บุคคลผู้ซึ่งมีความรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีสภาวะสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ทั้งในแง่ของการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อการป้องกันการเกิดความเจ็บป่วยทั้งของตนเอง ครอบครัว และคนรอบข้าง

ซึ่งจากการทบทวนแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสรุปว่าความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในแง่ของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม การได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกจากสื่อในช่องทางต่าง ๆ รวมไปถึงการใช้ประโยชน์

จากข้อมูลด้านสุขภาพในการสื่อสารกับผู้อื่นและนำไปสู่การตัดสินใจในการรับบริการฉีดวัคซีนป้องกัน
มะเร็งปากมดลูกต่อไป

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Alessandra Fallucca, et al. (2022) ได้ศึกษาเรื่อง การยอมรับวัคซีนเอชพีวีในกลุ่มนักเรียนโดยการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการรับวัคซีนเอชพีวี คือ เพศหญิง (OR = 4.43, p = 0.004), การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวีจากบุคลากรทางสาธารณสุข (OR = 1.88, p = 0.001) และการได้รับสื่อทางการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนเอชพีวีที่จัดทำโดยหน่วยงานที่ให้บริการด้านวัคซีน (OR = 1.97, p = 0.001) โดยผลการศึกษานี้ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพควรมุ่งเน้นไปในเรื่องการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนเอชพีวี เพื่อให้การดำเนินการฉีดวัคซีนเอชพีวีมีความครอบคลุมมากกว่า 95%

Essie Torres, et al. (2020) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาทันตแพทย์ในการเข้าถึงวัคซีนเอชพีวีและการรับวัคซีนเพื่อป้องกันมะเร็ง พบว่า ยังมีช่องว่างในแง่ของความรู้เกี่ยวกับเอชพีวี นักศึกษากว่า 56% ยังรู้สึกไม่มั่นใจในการรับวัคซีนเอชพีวี โดยผลการศึกษานี้ได้แนะนำว่าควรมีการส่งเสริมในเรื่องความรู้และการเข้าถึงข้อมูลในเรื่องเอชพีวีในกลุ่มนักศึกษา เพื่อให้การป้องกันการเป็นมะเร็งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

Sally Mohammed Farghaly Abdelaty, et al. (2023) ได้ศึกษา ความรู้ ทักษะคติต่อไวรัสเอชพีวีและวัคซีนเอชพีวีในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลในประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับเอชพีวีอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 2.77 ± 1.78 มีทักษะคติเกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวีอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51.18 ± 11.16 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า มีความสัมพันธ์ในระดับสูงระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ และทัศนคติต่อเอชพีวี (p < 0.001) โดยผลการศึกษายังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวีเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายทัศนคติต่อวัคซีนเอชพีวี

Annalynn M. Galvin, et al. (2022) ได้ศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนเอชพีวีในกลุ่มประชากรอายุ 27 – 45 ปีในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณ 65% มีความเต็มใจในการรับวัคซีนเอชพีวีตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่เต็มใจรับวัคซีน เอชพีวี มีความสัมพันธ์ทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กับระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้น (aOR = 1.13, 95%CI 1.04, 1.24) มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเข้าใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวี (aOR = 1.96, 95%CI 1.09, 3.52) มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ที่มากขึ้นเกี่ยวกับเอชพีวีทำให้เกิดมะเร็ง (aOR = 3.22, 95%CI 1.83, 5.69) และความต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความปลอดภัยของวัคซีนมากขึ้นเพื่อตัดสินใจรับวัคซีน (aOR = 3.25, 95%CI 2.05, 5.16) ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ให้คำแนะนำว่า การใช้กรอบความรู้ด้านสุขภาพหลายมิติเพื่อประเมินความสะดวกในการฉีดวัคซีนเอชพีวี สามารถใช้เป็นคำแนะนำในการดำเนินมาตรการให้ตรงกลุ่มเป้าหมาย การสร้างข้อมูลข่าวสารให้เข้าใจง่าย เพื่อให้เกิดการเข้าถึงวัคซีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

G Di Giuseppe, et al. (2008) ได้ศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อไวรัสเอชพีวีและวัคซีนเอชพีวี ในกลุ่มวัยรุ่นในประเทศอิตาลี พบว่า มีเพียง 23.3% เท่านั้น ที่เคยได้ยินเกี่ยวกับเอชพีวีว่าเป็นไวรัสที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก อายุ การมีบุคคลในบ้านเป็นบุคลากรสาธารณสุข การมีครอบครัวหรือเพื่อเป็นมะเร็งปากมดลูก การตรวจสุขภาพประจำปี การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวี มีความสัมพันธ์ทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ กับ ความรู้ ค่าคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงได้การได้รับเชื้อเอชพีวีแล้วพัฒนาไปเป็นมะเร็งปากมดลูกอยู่ระหว่าง 5.8 – 6.5 คะแนน กลุ่มที่มีอายุมาก ไม่มีบุคคลในครอบครัวที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ การมีครอบครัวหรือเพื่อเป็นมะเร็งปากมดลูก และความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยทำนายในการพัฒนาไปสู่การเป็นมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาครั้งนี้แนะนำให้ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีและมะเร็งปากมดลูกควรได้รับการปรับปรุงเพื่อนำไปสู่การเพิ่มความต้องการในการรับวัคซีนเอชพีวี

Abraham Degarege, et al. (2018) ได้ศึกษา การยอมรับวัคซีนเอชพีวีในครอบครัวของวัยรุ่นหญิงในชนบทของประเทศอินเดีย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 79.9% เต็มใจที่จะให้ลูกสาวรับวัคซีนเอชพีวีหากมีการจัดสรรมาให้ ครอบครัวที่เต็มใจให้ลูกสาวรับวัคซีนเอชพีวีมีสัดส่วนที่สูงในกลุ่มผู้ที่เห็นว่าวัคซีนมีความปลอดภัย (aOR = 2.11, 95%CI = 1.01, 4.45) ในกลุ่มที่มองว่าลูกสาวอาจจะมีโอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์ (aOR = 1.84, 95%CI = 1.08, 3.13) ในกลุ่มที่สนับสนุนให้ครอบครัวอื่น ๆ ให้ลูกสาวรับวัคซีนเอชพีวี (aOR = 2.86, 95%CI = 1.47, 2.57) ในกลุ่มที่มองว่าการติดเชื้อเอชพีวีทำให้เกิดปัญหาสุขภาพอย่างรุนแรง (aOR = 1.64, 95%CI = 1.04, 2.57) ในทางกลับกันครอบครัวที่คิดว่าลูกสาวของเขามีความเสี่ยงต่ำที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก (aOR = 0.52, 95%CI = 0.29, 0.95) ครอบครัวที่ไม่เห็นด้วยกับการรับวัคซีน (aOR = 0.45, 95%CI = 0.22, 0.76) การฉีดวัคซีนทำให้เจ็บตัว (aOR = 0.59, 95%CI = 0.31, 0.89) และครอบครัวที่พ่อแม่สูงอายุ (aOR = 0.96, 95%CI = 0.93, 0.99) มีสัดส่วนในการเต็มใจในการรับวัคซีนที่ต่ำ ผลการศึกษาครั้งนี้แนะนำให้ การให้สุขศึกษาที่ถูกต้องจะช่วยลดความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชพีวีและการรับวัคซีน นอกจากนี้ยังควรมีการให้ความรู้แก่พ่อแม่ผู้ปกครองเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับวัคซีนเอชพีวี

Huachun Zou, et al. (2016) ได้ศึกษา มุมมองที่มีต่อวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีของนักศึกษาในประเทศจีน พบว่า นักศึกษาชายและหญิงมีการยอมรับวัคซีนในระดับเท่า ๆ กัน การยอมรับวัคซีนเอชพีวีมีความสัมพันธ์กับการเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 (aOR = 3.78, 95%CI = 2.12, 6.75) การที่เคยได้ยินว่าเอชพีวีส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วย (aOR = 1.88, 95%CI = 1.05, 3.35) การที่มีความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชพีวีแล้วทำให้เกิดการเจ็บป่วย (aOR = 2.23, 95%CI = 1.16, 4.27) และมีความเชื่อว่าวัคซีนเอชพีวีควรได้รับก่อนการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (aOR = 2.44, 95%CI = 1.38, 4.29) การศึกษายังพบอีกว่า นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับเอชพีวีในระดับต่ำ แต่การยอมรับวัคซีนเอชพีวีอยู่ในระดับสูง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการให้สุศึกษาเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมทางเพศเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี

Seemitha Shetty, et al. (2019) ได้ศึกษา ความรู้ ทักษะ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาทันตแพทย์และนักศึกษาพยาบาล ในอินเดียได้ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เคยได้ยินเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก แต่มีเพียง 59.7% ที่เคยได้ยินเกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวี โดยนักศึกษา 65.2% มีความตั้งใจที่จะรับวัคซีนเอชพีวี และ 68.3% เต็มใจที่จะแนะนำวัคซีนให้แก่ผู้อื่น นักศึกษาที่อายุน้อยกว่า 22 ปี มีการยอมรับวัคซีนเอชพีวีน้อย (OR = 0.85, 95%CI = 0.76, 0.96) เมื่อเทียบกับนักศึกษาที่อายุมากกว่า 22 ปี นักศึกษาแพทย์ (OR = 1.12, 95%CI = 1.03, 1.23) นักศึกษาที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ (OR = 1.15, 95%CI = 1.03, 1.29) และนักศึกษาที่มีระดับคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลางมีแนวโน้มที่จะรับวัคซีนเอชพีวี (OR = 1.14, 95%CI = 1.04, 1.24) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ การศึกษาพบอีกว่า หลักสูตรที่ศึกษา (OR = 1.366, 95%CI = 1.016, 1.835) และระดับคะแนนทัศนคติ (OR = 4.17, 95%CI = 2.12, 8.2) มีความสัมพันธ์ทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญกับการตั้งใจที่จะรับวัคซีนเอชพีวี ผลการศึกษาครั้งนี้มีคำแนะนำว่า ควรมีการให้ความรู้แก่นักศึกษาที่มากขึ้นเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชพีวีและประโยชน์ของการรับวัคซีนเอชพีวี โดยเพิ่มคงไปในหลักสูตรที่นักศึกษา กำลังศึกษาอยู่

Yingnan Liu, Da Di, and Xia Tao (2020) ได้ศึกษา ความรู้ การปฏิบัติ และทัศนคติต่อวัคซีนเอชพีวีในกลุ่มนักศึกษาในปักกิ่ง ประเทศจีน พบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่า 72.6% เคยได้เกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวีมาก่อนแต่ยังมีความรู้ที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชพีวีและวัคซีนเอชพีวี ระดับความรู้มีความสัมพันธ์ทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญกับอายุ คณะที่ศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว และระดับการรับวัคซีนเอชพีวีของเพื่อน การได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ ประสบการณ์การเคยมีเพศสัมพันธ์ และระดับความรู้ที่สูงเป็นปัจจัยทำนายเชิงบวกในการรับวัคซีนเอชพีวี ความรู้ที่มีอย่างจำกัดเกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวีเป็นเหตุผลหลักในการปฏิเสธการรับวัคซีน

และไม่แนะนำให้ผู้อื่นรับวัคซีน การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า มีความจำเป็นในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชพีวีและวัคซีนเอชพีวีแก่นักศึกษาเพื่อเพิ่มอัตราการรับวัคซีนให้สูงขึ้น

Harriet Kitur, et al. (2021) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับเอชพีวี ระดับสถานการณ์รับวัคซีนเอชพีวี และความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มนักศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อ้างอิงกับ 6.02 คะแนน (คะแนนเต็ม 11 คะแนน) (SD = 3.06) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้เกี่ยวกับเอชพีวี และระดับคะแนนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ที่รับวัคซีนกับไม่ได้รับวัคซีน ($p < 0.001$)

Silvia Cocchio, et al. (2019) ได้ศึกษา ความตระหนักเกี่ยวกับเอชพีวี และการขับเคลื่อนการรับวัคซีนเอชพีวีในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่า นักศึกษามีความตระหนักเกี่ยวกับเชื้อเอชพีวีจำนวน 83.3% และได้รับวัคซีนเอชพีวีจำนวน 69.9% ความตระหนักและความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการรับวัคซีนเอชพีวี บุคลากรทางการแพทย์ (OR = 1.6, 95%CI = 1.4, 1.9) และบุคคลในครอบครัว (OR = 1.7, 95%CI = 1.4, 2.1) มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับวัคซีนเอชพีวี ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวี (OR = 2.7, 95%CI = 2.2, 3.3) มีเพียง 12% ที่คิดว่าการสัมผัสใกล้ชิดทำให้ติดไวรัสเอชพีวี ในขณะที่ 75% เชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่มีเพียง 22% ที่คิดว่าไวรัสเอชพีวีทำให้เกิดมะเร็ง การศึกษาครั้งนี้จึงมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการเพิ่มความพยายามให้การเพิ่มความตระหนัก เนื่องจากเป็นปัจจัยหลักในการยอมรับวัคซีน มีเพียงแค่ 50% เท่านั้นที่สนใจที่จะรับวัคซีน

Scott Lajoie, et al. (2018) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลและปัจจัยทำนายการรับวัคซีนในนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับไวรัสเอชพีวีที่มีผลต่อมะเร็งปากมดลูกไม่เป็นปัจจัยทำนายในการรับวัคซีน (aOR = 5.32, 95%CI = 2.71, 13.03) การได้รับวัคซีนโดยไม่มีค่าใช้จ่ายมีโอกาสได้รับการรับวัคซีนเกือบ 2 เท่า (aOR = 1.90, 95%CI = 1.05, 3.41) การตัดสินใจที่จะรับวัคซีนอย่างแน่วแน่ส่งผลต่อการรับวัคซีน (aOR = 4.04, 95%CI = 2.31, 7.05)

J A Kahn, et al. (2005) ได้ศึกษา ทศนคติต่อวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มแพทย์ประจำครอบครัว พบว่า เพศหญิง ความรู้เกี่ยวกับไวรัส HPV และทัศนคติต่อวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ($P < 0.05$)

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

อาร์ดี กอริ สัจเดช (2554) ได้ศึกษา ความรู้ ทศนคติต่อเชื้อเอชพีวี วัคซีนเอชพีวี มะเร็งปากมดลูก และการได้รับวัคซีนในนิสิตปริญญาตรีหญิงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า การรับวัคซีนของนิสิตปริญญาตรีหญิงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอยู่ในระดับต่ำ มีระดับความรู้ต่อเชื้อเอชพีวี วัคซีนเอชพีวี มะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำ ระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ คณะของนักศึกษา การปฏิบัติตน

เกี่ยวกับการรับวัคซีนเอชพีวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับรายได้ของครอบครัว การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการเพิ่มความรู้ให้แก่กลุ่มนักศึกษา เพื่อเพิ่มอัตราการรับวัคซีนให้สูงขึ้น

ทวิภาค หาญคำภา (2556) ได้ศึกษา ปัจจัยทำนายการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกจากการติดเชื้อ HPV ในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 3 ปัจจัย คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก (OR = 2.98) การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี (OR = 2.60) และการรับรู้อุปสรรคของการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี (OR = 0.22) ส่วนปัจจัยด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก (OR = 0.87) ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนที่มีต่อพฤติกรรมทางเพศ (OR = 0.87 และระดับการศึกษา ของบิดามารดา ผู้ปกครอง (OR = 1.36) พบว่า ไม่สามารถทำนายการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ สมการถดถอยโลจิสติกสามารถทำนายการนำบุตรหลานเข้ารับการฉีดวัคซีนเอชพีวีได้ถูกต้องร้อยละ 32.70 และทำนายกลุ่มที่ไม่รับการฉีดวัคซีนได้ถูกต้องร้อยละ 93.40 โดยเฉลี่ยแล้วสามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 76.80

อาจินต์ สงทับ (2560) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และการยอมรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดตรัง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชพีวี มะเร็งปากมดลูก และวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.34 เป็นร้อยละ 81.33 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองสัดส่วนของกลุ่มทดลองที่มีทัศนคติเชิงบวกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 48 เป็นร้อยละ 73.33 ในขณะที่สัดส่วนทัศนคติของกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความต้องการในการรับวัคซีนเพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความต้องการในการรับวัคซีนลดลง และหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ ทัศนคติและความต้องการในการรับวัคซีนแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ชุลีพร หาญฉวี และคณะ (2563) ได้ศึกษา ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี มะเร็งปากมดลูก ของนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชพีวีและมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 5.96 ± 1.73) การรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชพีวีและมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย = 3.66 ± 0.68) พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีและมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับค่อนข้างสูง (ค่าเฉลี่ย = 3.61 ± 2.49) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยฉีดวัคซีนเอชพีวี ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนทางอินเทอร์เน็ต และกลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับคำแนะนำให้ไปฉีดวัคซีน ส่วนใหญ่ไม่ไปรับวัคซีน

เนื่องจากคิดว่าไม่มีความเสี่ยง การศึกษาคั้งนี้ให้คำแนะนำว่า ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ที่ถูกต้อง เพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันที่สูงขึ้น และมีอัตราการรับวัคซีนที่สูงขึ้น

เชิญขวัญ ภูษณงค์ และคณะ (2552) ได้ศึกษา การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวีผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ในประเทศไทยและผลต่อความรู้ ทักษะคิดและการตัดสินใจรับวัคซีนของสตรีกลุ่มเป้าหมาย พบว่า การสำรวจกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับและไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวี พบว่ากลุ่มที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร แต่ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวีไม่แตกต่างกัน กลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและกลุ่มสตรีวัยทำงานมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจรับวัคซีนมากกว่ากลุ่มอื่น กลุ่มตัวอย่างที่เข้าใจผิดเกี่ยวกับวัคซีนมีแนวโน้มที่จะฉีดวัคซีนมากกว่าผู้ที่เข้าใจถูกต้อง สำหรับปัจจัยด้านอื่น ๆ พบว่า การมีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกการได้รับแหล่งข้อมูลจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิด ผู้ที่รู้จักวัคซีนเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป และผู้ที่เข้าใจว่าข้อมูลข่าวสารมีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ทางสุขภาพสาธารณะ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อแนวโน้มในการตัดสินใจรับวัคซีนของกลุ่มเป้าหมาย

ทศมา รัตนศิริพงศ์ และคณะ (2561) ได้ศึกษาเรื่อง ไวรัสเอชพีวีและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งใจรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มนักเรียนหญิงในประเทศไทย พบว่า นักศึกษาที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อวัคซีนเอชพีวี มีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจในการรับวัคซีนมากขึ้น โดยทัศนคติเชิงบวกประกอบด้วยความเชื่อในประโยชน์ของวัคซีนและความรู้สึกว่าการฉีดวัคซีนเป็นสิ่งสำคัญสำหรับสุขภาพ

จากการทบทวนทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกตามแนวคิดของ Bloom (2001) และ Ajzen (1991) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ปัจจัยทางสังคม (Social factors) และปัจจัยควบคุม (control factors) ได้แก่ลักษณะส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับชั้น การศึกษา ภูมิฐานะ พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ ทักษะคิด และปัจจัยทางด้านครอบครัว และแนวคิดทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ซึ่งประกอบไปด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาทโดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท ปีการศึกษา 2567 จำนวน 963 คน โดยแบ่งเป็นโรงเรียนชัยนาทพิทยาคม จำนวน 746 คน โรงเรียนองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท จำนวน 120 คน และโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ที่ 46 ชัยนาท จำนวน 97 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท ปีการศึกษา 2567 ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.2.1 กำหนดขนาดของตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.6 ภายใต้การเงื่อนไขการวิเคราะห์ Logistic Regression, Test Family เลือก Z-test กำหนด ค่าพารามิเตอร์ที่ใช้ได้แก่ $Odd\ ratio = 4.85$, $Pr(Y=1|X=1)H_1 = 0.87$, $Pr(Y=1|X=1)H_0 = 0.58$, $\alpha\ err\ prob = 0.05$, $R^2\ other\ X = 0.6$, X distribution แบบ Binomial และ X parm $\pi = 0.5$ โดยใช้ค่า Power $(1-\beta\ err\ prob) = 0.8$ ซึ่งอ้างอิงจากการศึกษาของ Harriet Kitur และคณะ (2021) จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 192 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายไม่ครบถ้วนจึงคำนวณเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมอีกร้อยละ 30 รวมเป็น 246 คน

1.2.2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2567 จำนวน 963 คน ซึ่งทำการเก็บข้อมูลจากโรงเรียนในพื้นที่อำเภอเมือง จำนวน 3 แห่ง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยเทียบสัดส่วนตามจำนวนโรงเรียน ดังนี้

$$\text{จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนประชากรในกลุ่ม}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

ตารางที่ 3.1 สัดส่วนขนาดตัวอย่างของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่อำเภอเมือง ชัยนาท จังหวัดชัยนาท

	จำนวนประชากร	จำนวนตัวอย่าง
โรงเรียนชัยนาทพิทยาคม	746	190
โรงเรียนองค์การบริหารส่วน จังหวัดชัยนาท	120	31
โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ที่ 46 ชัยนาท	97	25
รวมทั้งรวม	963	246

หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากให้ครบตามจำนวนแต่ละโรงเรียน โดยวิธีการสุ่มคือเรียงรายชื่อผู้เรียนทั้งหมดที่ได้รับมา และทำการสุ่มโดยใช้ฟังก์ชันในโปรแกรม Microsoft excel ตามจำนวนตัวอย่างที่ต้องการของแต่ละโรงเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ แบบสอบถาม (Questionnaires) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ด้านลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อ มะเร็งปากมดลูกและวัคซีนเอชพีวี ให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaires) ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดทฤษฎีของ Bloom (2001) และ Ajzen (1991) ประกอบด้วย อายุ ระดับชั้นการศึกษา ภูมิภาค อาชีพของบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดทฤษฎีของ Bloom (2001) ซึ่งเป็นการประเมินการจำ การเข้าใจ การประยุกต์ การวิเคราะห์ การประเมินค่า และการสร้างสรรค์โดยคำถามมีลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูกต้อง และไม่ถูกต้อง โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

คำตอบที่ถูกต้อง ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

คำตอบที่ไม่ถูกต้อง ได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยแปลผลโดยรวม พิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (2001) ดังนี้

มีความรู้ระดับน้อย คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

มีความรู้ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนร้อยละ 60 – 79

มีความรู้ระดับสูง ช่วงคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (the theory of planned behavior: TPB) ของ Ajzen (2002) เป็นการวัดความคิดเห็นหรือความรู้สึกโดยเป็นการประเมินทั้งในเชิงบวกและลบของบุคคลต่อมะเร็งปากมดลูกและการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในลักษณะของการมีทัศนคติที่เห็นด้วยหรือไม่ โดยให้ตอบว่าข้อใดตรงกับความคิดเห็นและตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด โดยใช้มาตรวัดแบบ Likert Scale (1932) 5 อันดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อความเชิงบวก

5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย

3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย

1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ข้อความเชิงลบ

5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย

3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย

1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ค่าคะแนนที่ได้จากการประเมินทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก แผลผลคะแนนค่าเฉลี่ยเป็นระดับจากข้อมูลที่เป็น Rating Scale โดยใช้วิธีการแบ่งช่วงคะแนนพิสัย (Interval from the range) 3 ระดับ โดยการหาค่าพิสัย คือ ค่าสูงสุดคือ 5.00 ลบด้วยค่าต่ำสุด คือ 1.00 แล้วหารด้วยจำนวนช่วงชั้น คือ 3 จะได้ช่วงห่างแต่ละชั้นเท่ากับ 1.33 (เติมศักร์ที่ สุธวิบูลย์, 2552) จะได้ช่วงคะแนนทัศนคติดังนี้

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก เป็นการวัดความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อมะเร็งปากมดลูกและการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ตามลักษณะทักษะเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยประยุกต์ใช้จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 โดยใช้มาตรวัดแบบ Likert Scale (1932) 5 อันดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

5 คะแนน	หมายถึง	ทำได้ง่ายมาก
4 คะแนน	หมายถึง	ทำได้ง่าย
3 คะแนน	หมายถึง	ทำได้ยาก
2 คะแนน	หมายถึง	ทำได้ยากมาก
1 คะแนน	หมายถึง	ไม่เคยทำ

ค่าคะแนนที่ได้จากการประเมินความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีรายละเอียดเกณฑ์การใช้คะแนนและแปลผลความรู้ด้านสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ดังนี้

ส่วนที่ 4.1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

	ระดับ	การแปลผล
< 60%	ไม่ดี	-เป็นผู้ที่มีระดับการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี
≥ 60 - < 70%	พอใช้	-เป็นผู้ที่มีระดับการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเล็กน้อย และอาจจะมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง

ส่วนที่ 4.1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (ต่อ)

	ระดับ	การแปลผล
$\geq 70\% - < 80\%$	ดี	-เป็นผู้มีระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง
$\geq 80\%$	ดีมาก	-เป็นผู้มีระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 4.2 ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ

ร้อยละคะแนนที่ได้	ระดับ	การแปลผล
$< 60\%$	ไม่ดี	-เป็นผู้ที่มีระดับการเข้าใจข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี
$\geq 60 - < 70\%$	พอใช้	-เป็นผู้ที่มีระดับการเข้าใจข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเล็กน้อย และอาจจะมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง
$\geq 70\% - < 80\%$	ดี	-เป็นผู้มีระดับการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง
$\geq 80\%$	ดีมาก	-เป็นผู้มีระดับการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 4.3 ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ

ร้อยละคะแนนที่ได้	ระดับ	การแปลผล
$< 60\%$	ไม่ดี	-เป็นผู้ที่มีระดับการตัดสินใจข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

ส่วนที่ 4.3 ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (ต่อ)

ร้อยละคะแนนที่ได้	ระดับ	การแปลผล
≥ 60 - < 70%	พอใช้	-เป็นผู้ที่มีระดับการตัดสินใจข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเล็กน้อย และอาจจะมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง
≥ 70% - < 80%	ดี	-เป็นผู้ที่มีระดับการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง
≥ 80%	ดีมาก	-เป็นผู้ที่มีระดับการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 4.4 ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ

ร้อยละคะแนนที่ได้	ระดับ	การแปลผล
< 60%	ไม่ดี	-เป็นผู้ที่มีระดับการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี
≥ 60 - < 70%	พอใช้	-เป็นผู้ที่มีระดับการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเล็กน้อย และอาจจะมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง
≥ 70% - < 80%	ดี	-เป็นผู้ที่มีระดับการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง
≥ 80%	ดีมาก	-เป็นผู้ที่มีระดับการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 4.5 สรุปความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ร้อยละคะแนนที่ได้	ระดับ	การแปลผล
< 60%	ไม่ดี	-เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี
≥ 60 - < 70%	พอใช้	-เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อยและอาจจะมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง
≥ 70% - < 80%	ดี	-เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง
≥ 80%	ดีมาก	-เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจำนวน 1 ข้อ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยด้วยการตรวจสอบความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

3.1 การทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity)

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความตรง ด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ซึ่งเป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามในแต่ละข้อว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เนื้อหาของตัวแปรที่ต้องการวัดหรือไม่ จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยใช้สูตรสำหรับคำนวณหาค่า IOC คือ

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ

IOC	=	ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถาม
R	=	ผลรวมของคะแนนการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ
N	=	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

การพิจารณาความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถาม จะเป็นการพิจารณาแบบสอบถามรายชื่อจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อหาค่า IOC ของผู้เชี่ยวชาญกำหนดเป็น 3 ระดับ ดังนี้

+1 หมายถึง แบบสอบถามมีความสอดคล้องหรือวัดตรงตามวัตถุประสงค์

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่า แบบสอบถามมีความสอดคล้องหรือวัดตรงตามวัตถุประสงค์

-1 หมายถึง แบบสอบถามไม่มีความสอดคล้องหรือวัดตรงตามวัตถุประสงค์

เมื่อคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์แล้วนำไปแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่า IOC ≥ 0.5 หมายถึง คำถามตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย สามารถนำไปใช้ได้

ค่า IOC < 0.5 หมายถึง คำถามไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ต้องมีการปรับปรุง

ผลการตรวจสอบเชิงเนื้อหาซึ่งมีค่า IOC ของตัวแปร ผ่านเกณฑ์ โดยแต่ละข้อมีค่าอยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 โดยค่าเฉลี่ย IOC ทั้งแบบสอบถามเท่ากับ 0.95

3.2 การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนอุทัยวิทยาคม จังหวัดอุทัยธานี ที่มีลักษณะของพื้นที่และจำนวนประชากรคล้ายคลึงกันกับกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งเป็นการวัดความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า การแปลผลค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 – 1.00 ยิ่งเข้าใกล้ 1.00 มากเท่าใด เครื่องมือนั้นก็มีความเชื่อมั่นสูง สำหรับเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ควรมีค่าความเที่ยง 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) การทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท ดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

ปัจจัยรายด้าน	ค่าความเชื่อมั่น
ปัจจัยด้านความรู้	0.73
ปัจจัยด้านทัศนคติ	0.72
ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.92

จากตารางที่ 3.2 พบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท รายปัจจัยมีค่าเท่ากับ 0.79 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ถึงถือว่าแบบสอบถามนี้ มีค่าความเชื่อมั่นที่เหมาะสมสามารถนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลได้

ผู้วิจัยได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้โดยสูตร Kuder-Richardson (KR-20) โดยจะใช้กับแบบทดสอบที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน (Mehrens and Lehmann,1984) โดยมีสูตรดังนี้

$$K-20 = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right]$$

$$K-20 = \frac{30}{30-1} \left[1 - \frac{0.93}{11.81} \right]$$

$$K-20 = 0.95$$

โดย KR-20 = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

K = จำนวนข้อสอบทั้งหมด

p = สัดส่วนของผู้ตอบถูก

q = สัดส่วนของผู้ตอบผิด (1-p)

S_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวม

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตต่อผู้อำนวยการ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา อุทัยธานี ชัยนาท โรงเรียนชัยนาทพิทยาคม โรงเรียนองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท และโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ที่ 46 ชัยนาท เพื่อขออนุญาตในการศึกษาวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพร้อมหนังสือเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียนแต่ละแห่ง เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง
3. ให้กลุ่มตัวอย่างทำการขออนุญาตจากผู้ปกครองโดยการนำไปยินยอมไปให้ผู้ปกครองเซ็นก่อนในการเข้าร่วมตอบแบบสอบถามเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายยังไม่บรรลุนิติภาวะ
4. จัดเตรียมแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) และลงเก็บข้อมูลในโรงเรียน
5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ไม่มีการระบุตัวตนของกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้เป็นรหัสในการบันทึกข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูล จัดเตรียมข้อมูลพร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยภาพรวมด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. วิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนเอชพีวี โดยภาพรวมด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. วิเคราะห์ทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนเอชพีวี โดยภาพรวมด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4. วิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนเอชพีวี โดยภาพรวม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

5. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุเชิงเส้นโลจิสติก (Logistic Regression) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มที่จะศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองเลขที่ 002/2567E กลุ่มการศึกษาในครั้งนี้จะได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ โดยการไม่เปิดเผย ชื่อ-นามสกุล ที่อยู่ใดๆ ทั้งสิ้นโดยเด็ดขาดแต่จะใช้การปรับเป็นรหัส ในการบันทึกข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธ และสามารถออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ผลการศึกษาที่ได้จะนำมาสรุปเป็นภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาต่อไป



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท ปีการศึกษา 2567 โดยได้รับข้อมูลกลับมา 246 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

ส่วนที่ 5 อิทธิพลของปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทศนคติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท จำนวนทั้งหมด 246 คน ได้แก่ อายุ ระดับชั้นการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทเป็น/เคยเป็นมะเร็งปากมดลูก การมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทเคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท มีอายุเฉลี่ย 16.25 ปี โดยส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 44.70 รองลงมาศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 36.60 และ ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 18.70 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดชัยนาท คิดเป็นร้อยละ 97.20 รองลงมาภูมิลำเนาอยู่นอกจังหวัดชัยนาท คิดเป็นร้อยละ 2.80 อาชีพของบิดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 30.10 รองลงมา ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 19.10 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 18.70 ตามลำดับ อาชีพของมารดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 27.20 รองลงมา ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 25.60 ประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 18.80 ตามลำดับ นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.50 รองลงมา มีรายได้ต่อเดือน 10,001 – 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 19.90 มี รายได้ต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 19.90 ตามลำดับ นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่ไม่มีคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทที่เป็นหรือเคยเป็นมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 96.30 มีคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทที่เคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 67.90 ส่วนใหญ่เคยมีแฟน/คนรัก คิดเป็นร้อยละ 64.20 ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 82.10 ในกลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 100.00 เคยใช้ยาคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 61.40 ส่วนใหญ่มีลักษณะประจำเดือนมาปกติ คิดเป็นร้อยละ 96.30 โดยนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่เต็มใจที่จะรับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 69.50 ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมือง
จังหวัดชัยนาท

(n = 246)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
15 ปี	70	28.50
16 ปี	51	20.70
17 ปี	119	48.40
18 ปี	5	2.00
19 ปี	1	0.40
ค่าเฉลี่ยอายุ = 16.25 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.909		
ระดับชั้นการศึกษา		
มัธยมศึกษาปีที่ 4	90	36.60
มัธยมศึกษาปีที่ 5	46	18.70
มัธยมศึกษาปีที่ 6	110	44.70
ภูมิลำเนา		
อยู่ในจังหวัดชัยนาท	239	97.20
อยู่นอกจังหวัดชัยนาท	7	2.80
อาชีพของบิดาหรือผู้ปกครอง		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	47	19.10
เกษตรกร/เลี้ยงสัตว์	33	13.40
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	46	18.70
รับจ้าง	74	30.10
พนักงานร้าน/ห้าง/บริษัท/หน่วยงาน	31	12.60
เอกชน		
อื่น ๆ	15	6.10

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

(n = 246)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพของมารดาหรือผู้ปกครอง		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	45	18.30
เกษตรกรรม/เลี้ยงสัตว์	18	7.30
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	63	25.60
รับจ้าง	67	27.20
พนักงานร้าน/ห้าง/บริษัท/หน่วยงาน	30	12.20
เอกชน		
อื่น ๆ	23	9.30
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 2,500 บาท	4	1.60
2,500 – 10,000 บาท	49	19.90
10,001 – 15,000 บาท	49	19.90
15,001 – 20,000 บาท	32	13.00
20,001 – 25,000 บาท	32	13.00
มากกว่า 25,000 บาท	80	32.50
คนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทเป็น/เคยเป็น		
มะเร็งปากมดลูก		
ไม่มี	237	96.30
มี	9	3.70
คนในครอบครัวหรือเพื่อนเคยฉีดวัคซีน		
ป้องกันมะเร็งปากมดลูก		
ไม่มี	79	32.10
มี	167	67.90
ประสบการณ์การมีแฟน/คนรัก		
ไม่เคยมีแฟน/คนรัก	88	35.80
เคยมีแฟน/คนรัก	158	64.20

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

(n = 246)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมกรรมกรมีเพศสัมพันธ์		
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	202	82.10
เคยมีเพศสัมพันธ์	44	17.90
- ไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	44	100.00
- เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	0	0.00
ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิด		
- ไม่เคยใช้	17	38.60
- เคยใช้	27	61.40
ลักษณะเลือดประจำเดือนที่ออก		
ปกติ	237	96.30
ไม่ปกติ	9	3.60
- ไม่ปกติ โดยมีเลือดออกมาก	4	44.40
- ไม่ปกติ โดยมีเลือดออก	5	55.60
กระปรีบกระปรอย		
การตัดสินใจที่จะรับวัคซีนป้องกันมะเร็ง		
ปากมดลูก		
ฉีดอย่างแน่นอน	171	69.50
ไม่ฉีด	75	30.50

**ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก
ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท
จังหวัดชัยนาท**

จากการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 85.00 รองลงมา มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 8.90 มีระดับความรู้อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 6.10 ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

(n = 246)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับน้อย (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	15	6.10
ความรู้ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 - 79)	22	8.90
ความรู้ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	209	85.00

คะแนนต่ำสุด = 4 คะแนนสูงสุด = 10 ค่าเฉลี่ยคะแนน = 8.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.27

เมื่อพิจารณาในข้อคำถามแต่ละข้อพบว่า ข้อคำถามที่นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ ข้อคำถามที่ 8 ปัจจุบันมะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน คิดเป็นร้อยละ 98.00 รองลงมา คือ ข้อคำถามที่ 7 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้ คิดเป็นร้อยละ 96.30 สำหรับข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อคำถามที่ 9 มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 62.60 รองลงมาคือ ข้อคำถามที่ 5 อาการทั่วไปของมะเร็งปากมดลูกคือมีเลือดออกจากช่องคลอด คิดเป็นร้อยละ 80.90 ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของข้อความความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกัน
มะเร็งปากมดลูก

ข้อความ	จำนวนที่ตอบถูก	ร้อยละ
1. มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดโรค มากที่สุดในผู้หญิงไทย	232	94.30
2. HPV ย่อมาจาก Human Papilloma Virus ซึ่งเป็นไวรัสที่เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก	230	93.50
3. มะเร็งปากมดลูกไม่สามารถป้องกันได้เลย	221	89.80
4. พฤติกรรมการเปลี่ยนคู่นอน/การมีคู่นอนหลายคน ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูก	211	85.80
5. อาการทั่วไปของมะเร็งปากมดลูกคือมีเลือดออกจากช่องคลอด	199	80.90
6. มะเร็งปากมดลูกสามารถทำให้เสียชีวิตได้	222	90.20
7. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้	237	96.30
8. ปัจจุบันมะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน	241	98.00
9. มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	154	62.60
10. อาการที่บ่งชี้ว่าอาจจะเป็นมะเร็งปากมดลูก คือ มีตกขาวและมีกลิ่นเหม็นเหมือนเนื้อม้า	224	91.10

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท พบว่าส่วนใหญ่มีระดับทศนคติอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 64.60 รองลงมา มีระดับทศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.40 ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ระดับทศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

(n = 246)

ระดับทศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
ทศนคติระดับต่ำ (1.00 – 2.33 คะแนน)	0	0.00
ทศนคติระดับปานกลาง (2.34 – 3.66 คะแนน)	87	35.40
ทศนคติระดับดีมาก (3.67 – 5.00 คะแนน)	159	64.60

เมื่อพิจารณาในข้อคำถามแต่ละข้อพบว่า ข้อคำถามเชิงบวกที่นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ ข้อคำถามที่ 9 ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนัดให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกควรไปทุกครั้งถึงแม้ว่าร่างกายแข็งแรงดี คิดเป็นร้อยละ 51.60 รองลงมา คือ ข้อคำถามที่ 6 ควรแนะนำให้เพื่อนผู้หญิงเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 50.40 สำหรับข้อคำถามเชิงลบที่เห็นด้วยน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อคำถามที่ 7 รู้สึกอายถ้าผู้อื่นรู้ว่าท่านฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 44.30 รองลงมาคือ ข้อคำถามที่ 3 มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ไม่มีอันตราย และข้อคำถามที่ 8 การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องน่าอาย คิดเป็นร้อยละ 37.80 ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ระดับทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิง
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท
จำแนกรายข้อคำถาม

ข้อคำถาม	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็น
	อย่างยิ่ง		ปานกลาง	น้อย	ด้วยน้อยที่สุด
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. วัคซีน HPV ป้องกันการติดเชื้อ HPV ได้ (+)	31.70	47.20	20.30	0.80	0.00
2. สามารถเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ (+)	12.60	16.30	34.10	27.20	9.80
3. มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ไม่มีอันตราย (-)	7.30	8.10	22.00	24.80	37.80
4. วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกสามารถลดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูก (+)	37.80	43.50	18.30	0.40	0.00
5. วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีความปลอดภัย (+)	35.00	43.50	19.50	2.00	0.00
6. แนะนำเพื่อนผู้หญิงให้รับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (+)	50.40	31.30	17.90	0.40	0.00
7. การฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูกทำให้รู้สึกอาย (-)	7.30	8.50	17.10	22.80	44.30
8. การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกทำให้รู้สึกอาย (-)	9.30	8.90	19.90	24.40	37.40
9. ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนัดให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกควรไปทุกครั้ง ถึงแม้ว่าร่างกายแข็งแรงดี (+)	51.60	26.40	19.50	1.60	0.80

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

(n = 246)

ข้อความถาม	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็น
	อย่างยิ่ง		ปานกลาง	น้อย	ด้วยน้อยที่สุด
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
10. ถ้าคนในครอบครัวไม่มีใครเป็นมะเร็งปากมดลูก จึงไม่จำเป็นต้องไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (-)	11.00	11.00	39.70	21.10	27.20

*ข้อความถามเชิงลบมีการแปลค่าคะแนนกลับ

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

จากการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท พบว่า ส่วนใหญ่มีภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 48.80 รองลงมา คือระดับดี คิดเป็นร้อยละ 21.50 ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 17.90 ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 11.80 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.6 เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 59.30 รองลงมา คือระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 21.50 ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 11.00 ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 8.10 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 60.20 รองลงมา คือระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 16.30 ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 13.80 ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 9.80 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 58.90 รองลงมา คือระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 17.5 ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 11.80 ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 11.80 ตามลำดับ

และส่วนใหญ่มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 58.10 รองลงมา คือระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 14.20 ระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 14.20 ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 13.40 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.6 ภาพรวมระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

(n = 246)

ภาพรวมระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (คะแนน < 60%)	44	17.90
ระดับพอใช้ (คะแนน ≥ 60 - < 70%)	29	11.80
ระดับดี (คะแนน ≥ 70% - < 80%)	53	21.50
ระดับดีมาก (คะแนน ≥ 80%)	120	48.80

ตารางที่ 4.7 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท จำแนกรายประเด็น

(n = 246)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1.ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ		
ระดับไม่ดี	53	21.50
ระดับพอใช้	20	8.10
ระดับดี	27	11.00
ระดับดีมาก	146	59.30
2.การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ		
ระดับไม่ดี	40	16.30
ระดับพอใช้	34	13.80
ระดับดี	24	9.80
ระดับดีมาก	148	60.20

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

(n = 246)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
3.การประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ		
ระดับไม่ดี	43	17.50
ระดับพอใช้	29	11.80
ระดับดี	29	11.80
ระดับดีมาก	145	58.90
4.การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ		
ระดับไม่ดี	35	14.20
ระดับพอใช้	35	14.20
ระดับดี	33	13.40
ระดับดีมาก	143	58.10

**ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก
ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท
จังหวัดชัยนาท**

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก พบว่า ปัจจัยระดับ การศึกษามีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .024$) โดยพบว่า กลุ่มมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีโอกาสที่จะฉีดวัคซีนมากกว่ากลุ่มมัธยมศึกษาปีที่ 5 เป็น 2.21 เท่า (95% CI; 1.039-5.346) และปัจจัยระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีด วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) โดยพบว่า กลุ่มที่มีทัศนคติ ระดับมาก มีโอกาสที่จะฉีดวัคซีนมากกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติระดับปานกลาง เป็น 3.00 เท่า (95% CI; 1.69 - 5.34) ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 แสดงอิทธิพลของปัจจัยด้านระดับชั้นการศึกษา และระดับทัศนคติ ที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

ปัจจัย	การตัดสินใจฉีดวัคซีน				Chi-Square	95% CI for OR			P-value
	ฉีด		ไม่ฉีด			OR	Lower	Upper	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
อายุ	171	69.50	75	30.50	.052				
15-16 ปี ^{ref}	50	71.40	20	28.60					
17-19 ปี	27	52.90	24	47.10		1.733	1.000	3.002	.050
ระดับชั้นการศึกษา	171	69.50	75	30.50	.024				
มัธยมศึกษาปีที่ 4	62	68.90	28	31.10		1.687	.790	3.604	.177
มัธยมศึกษาปีที่ 5	26	55.30	21	44.70					
มัธยมศึกษาปีที่ 6	84	76.40	26	23.60		2.215	1.039	5.346	.039
ภูมิลำเนา	171	69.50	75	30.50	.075				
อยู่นอกจังหวัดชัยนาท ^{ref}	7	100.0	0	0.00					
อยู่ในจังหวัดชัยนาท	164	68.60	75	31.40		<0.0001	<0.0001	-	.999

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ปัจจัย	การตัดสินใจฉีดวัคซีน				Chi-Square	95% CI for OR			P-value
	ฉีด		ไม่ฉีด			OR	Lower	Upper	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
อาชีพ	171	69.50	75	30.50	.085				
ของบิดา									
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ^{ref}	28	59.60	19	40.40					
เกษตรกร/ เลี้ยงสัตว์	27	81.80	6	18.20	3.054	1.059	8.807	.039	
ค้าขาย/ ธุรกิจ ส่วนตัว	30	65.20	16	34.80	1.272	.549	2.951	.575	
รับจ้าง	49	66.20	25	33.80	1.330	.625	2.832	.460	
พนักงาน ร้าน/ห้าง/ บริษัท/ หน่วยงาน เอกชน อื่น ๆ	23	74.20	8	25.80	1.951	.723	5.267	.187	
อาชีพของมารดา	171	69.50	75	30.50	.574				
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ^{ref}	31	68.90	14	31.10					
เกษตรกร/ เลี้ยงสัตว์	13	72.20	5	27.80	1.174	.350	3.934	.795	
ค้าขาย/ธุรกิจ ส่วนตัว	38	60.30	25	39.70	.686	.306	1.540	.362	
รับจ้าง	50	74.60	17	25.40	1.328	.575	3.069	.506	

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ปัจจัย	การตัดสินใจฉีดวัคซีน				Chi-Square	95% CI for OR			P-value
	ฉีด		ไม่ฉีด			OR	Lower	Upper	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
พนักงาน ร้าน/ห้าง/ บริษัท/ หน่วยงาน เอกชน อื่น ๆ	22	73.30	8	26.70	1.242	.445	3.466	.679	
รายได้ของ ครอบครัว	171	69.50	75	30.50	.141				
น้อยกว่า 2,500 บาท ^{ref}	3	75.00	1	25.00					
2,500- 10,000 บาท	38	77.60	11	22.40	1.152	.109	12.203	.907	
10,001- 15,000 บาท	34	69.40	15	30.60	.756	.073	7.869	.815	
15,001- 20,000 บาท	19	59.40	13	40.60	.487	.046	5.215	.552	
20,001- 25,000 บาท	27	84.40	5	15.60	1.800	.154	20.987	.639	
มากกว่า 25,000 บาท	50	62.50	30	37.50	.556	.055	5.586	.618	

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ปัจจัย	การตัดสินใจฉีดวัคซีน				Chi-Square	95% CI for OR			P-value
	ฉีด		ไม่ฉีด			OR	Lower	Upper	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
คนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทเป็น/เคยเป็นมะเร็งปากมดลูก	171	69.50	75	30.50	.354				
ไม่มี ^{ref}	166	70.00	71	30.00		1.870	.488	7.171	.361
มี ^{ref}	5	55.60	4	44.40					
คนในครอบครัวหรือเพื่อนเคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก	171	69.50	75	30.50	.079				
ไม่มี ^{ref}	49	62.00	30	38.00					
มี	122	73.10	45	26.90		1.660	.940	2.931	.081
ประสบการณ์การมีแฟน/คนรัก	171	69.50	75	30.50	.597				
ไม่เคยมีแฟน/คนรัก	63	71.60	25	28.40		1.167	.659	2.067	.597
เคยมีแฟน/คนรัก ^{ref}	108	68.40	50	31.60					

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ปัจจัย	การตัดสินใจฉีดวัคซีน				Chi-Square	95% CI for OR			P-value
	ฉีด		ไม่ฉีด			OR	Lower	Upper	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
ระดับ					.278				
ความรู้									
ด้านสุขภาพ									
ระดับไม่ดี ^{ref}	28	63.60	16	36.40					
ระดับพอใช้	23	79.30	6	20.70	2.190	.738	6.504	.158	
ระดับดี	33	62.30	20	37.70	.943	.412	2.158	.889	
ระดับดีมาก	87	72.50	33	27.50	1.506	.724	3.137	.273	

ส่วนที่ 6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

จากการตอบแบบสอบถามความคิดเห็นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท มีผู้แสดงความคิดเห็นด้านปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ทั้งหมด 45 คน คิดเป็นร้อยละ 18.30

โดยความคิดเห็นด้านปัญหา อุปสรรคในการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ ได้แก่ กลัวผลข้างเคียงของวัคซีน กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการฉีด ไม่สะดวกในการเดินทางเข้ารับบริการ รู้สึกอายไม่กล้าเข้ารับการฉีด ดังภาพที่ 4.1 โดยข้อเสนอแนะส่วนใหญ่ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและประโยชน์ของการฉีดวัคซีน เน้นชี้แจงถึงความปลอดภัยของวัคซีนให้ทราบ และจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 แสดงจำนวนในการตอบปัญหาและอุปสรรคในการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก
ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่ อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

อันดับ	ปัญหาและอุปสรรคในการฉีดวัคซีน	จำนวน (คน)
1	กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลถึงอาการข้างเคียงหลังฉีด วัคซีน	30
2	กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรับบริการ	5
3	กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกเดินทางเข้ารับบริการ	5
4	กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกอายในการเข้ารับ	1

ตารางที่ 4.10 แสดงจำนวนในการตอบข้อเสนอแนะในการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก
ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในพื้นที่ อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

อันดับ	ข้อเสนอแนะในการฉีดวัคซีน	จำนวน (คน)
1	ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และความปลอดภัย ของวัคซีน	8
2	ควรมีการจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงง่ายขึ้น	5
3	เจ้าหน้าที่ควรสร้างความมั่นใจในการรับบริการให้มากขึ้น	2

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท โดยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลร่วมของปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท ปีการศึกษา 2567 จากโรงเรียนชัยนาทพิทยาคม โรงเรียนองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท และโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ที่ 46 ชัยนาท จำนวน 246 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามประกอบไปด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีลักษณะให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก มี ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ และส่วนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอในการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพรรณาลักษณะส่วนบุคคล และข้อมูลปัจจัยต่าง ๆ ที่ศึกษาได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุเชิงเส้นโลจิสติก แล้วนำเสนอผลการวิเคราะห์เป็นค่า Adjusted OR และ 95%CI ของ Adjusted OR การสรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะมีรายละเอียดดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท จำนวน 246 คน มีอายุเฉลี่ย 16.25 ปี ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 43.60 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดชัยนาท ร้อยละ 97.20 บิดาของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.00 รองลงมาประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 19.20 มารดาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 27.20 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 25.60 โดยส่วนใหญ่ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ ต่อเดือนมากกว่า 25,000 บาท ร้อยละ 32.40 รองลงมามีรายได้ต่อเดือน 10,001 – 15,000 บาท ร้อยละ 20.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทที่เป็นหรือเคยเป็นมะเร็ง ปากมดลูก ร้อยละ 96.40 คนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทที่เคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 66.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีแฟน/คนรัก ร้อยละ 64.40 แต่ส่วนใหญ่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 82.40 โดยในกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 100 และส่วนใหญ่เคยใช้ยาคุมกำเนิด ร้อยละ 61.36 ส่วนใหญ่มีลักษณะประจำเดือนมาปกติ ร้อยละ 96.40 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เต็มใจที่จะรับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 69.20

1.2 ระดับความรู้ต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท จำนวน 246 คน ส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) ร้อยละ 85.20 รองลงมา มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 – 79) ร้อยละ 8.80 และมีระดับความรู้อยู่ในระดับน้อย (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) ร้อยละ 6.00 โดยกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.80 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.30) มีคะแนนสูงสุด 10 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุด 4 คะแนน

1.3 ระดับทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท จำนวน 246 คน ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก (3.67 – 5.00 คะแนน) ร้อยละ 64.40 รองลงมา มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (2.34 – 3.66 คะแนน) ร้อยละ 35.60

1.4 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท จำนวน 246 คน ส่วนใหญ่มีภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (คะแนน $\geq 80\%$) ร้อยละ 48.80 รองลงมา คือระดับดี (คะแนน $\geq 70\% - < 80\%$) ร้อยละ 22.00 ระดับไม่ดี (คะแนน $< 60\%$) ร้อยละ 17.60 และระดับพอใช้ (คะแนน $\geq 60 - < 70\%$) ร้อยละ 11.60 โดยทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 59.20 รองลงมา คือระดับไม่ดี ร้อยละ 21.20 ระดับดี ร้อยละ 11.60 ระดับพอใช้ ร้อยละ 8.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 60.40 รองลงมา คือระดับไม่ดี ร้อยละ 16.00 ระดับพอใช้ ร้อยละ 14.00 ระดับดี ร้อยละ 9.60 สำหรับการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 59.60 รองลงมา คือระดับไม่ดี ร้อยละ 17.20 ระดับดี ร้อยละ 11.60 ระดับพอใช้ ร้อยละ 11.60 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 58.40 รองลงมา คือระดับพอใช้ ร้อยละ 14.40 ระดับน้อย ร้อยละ 14.00 ระดับดี ร้อยละ 13.20

1.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก พบว่า ระดับชั้นการศึกษามีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.024$) โดยกลุ่มมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีโอกาสที่จะฉีดวัคซีนมากกว่ากลุ่มมัธยมศึกษาปีที่ 5 เป็น 2.21 เท่า (95% CI; 1.03-5.34) และระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0001$) โดย กลุ่มที่มีทัศนคติระดับมาก มีโอกาสที่จะฉีดวัคซีนมากกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติระดับปานกลาง เป็น 3.00 เท่า (95% CI; 1.69 - 5.34)

1.6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

ความคิดเห็นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท ด้านปัญหา อุปสรรคในการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ ได้แก่ รู้สึกอายไม่กล้าเข้ารับการฉีด กลัวผลข้างเคียงของวัคซีน กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการฉีด โดยข้อเสนอแนะส่วนใหญ่ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและประโยชน์ของการฉีดวัคซีนเน้นชี้แจงถึงความปลอดภัยของวัคซีนให้ทราบ

2. อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่อิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท สามารถอภิปรายผลแต่ละประเด็นได้ดังนี้

2.1 ระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดชัยนาทมีการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้กับกลุ่มเป้าหมายค่อนข้างดี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งป้องกันปากมดลูกค่อนข้างดี ซึ่งสามารถส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากพอที่จะวิเคราะห์ข้อมูลข้อดี ข้อเสีย และความเสี่ยงของวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง ลดความกังวลและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับวัคซีน ทำให้มีแนวโน้มที่จะยอมรับและตัดสินใจฉีดวัคซีนมากขึ้น และสามารถเป็นแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ในการบอกต่อคนรอบข้างในการตัดสินใจรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ Kessels et al. (2012) ที่พบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกผ่านการอบรมและการสื่อสาร มีผลในการเพิ่มความรู้และทัศนคติที่ดีต่อวัคซีนในกลุ่มนักเรียนหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hansen et al. (2015) ที่พบว่า การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกสามารถช่วยลดความกังวลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนในกลุ่มนักเรียนหญิงทำให้มีแนวโน้มที่จะยอมรับและตัดสินใจฉีดวัคซีนมากขึ้น

2.2 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมากและระดับปานกลางตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดชัยนาทสามารถสื่อสารมุมมองในการรับวัคซีน ให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีมุมมองที่ดีหรือทัศนคติเชิงบวกต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับดี มากอาจมาจากการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยมีการศึกษาที่พบว่า ทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับวัคซีนมาจากการได้รับข้อมูลที่เพียงพอจากผู้ปกครอง ครู และหน่วยงานสาธารณสุข โดย Holman et al. (2004) ได้ศึกษาพบว่า การได้ข้อมูลที่ชัดเจนและสื่อสารที่ดีเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีผลกระทบเชิงบวกต่อทัศนคติและการยอมรับวัคซีน

ป้องกันมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้การมีทัศนคติเชิงบวกยังสะท้อนความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของวัคซีนและการยอมรับความสำคัญของการป้องกันมะเร็งปากมดลูก การที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีเข้าใจถึงความร้ายแรงของมะเร็งปากมดลูกและประโยชน์ของการฉีดวัคซีน จึงส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีน สอดคล้องกับการศึกษาของ Dempsey et al. (2009) ที่พบว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มที่จะยอมรับการฉีดวัคซีนมากกว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบ

2.3 ระดับความรู้ต่อสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกทั้งในภาพรวมในระดับดีมาก และระดับดี ตามลำดับ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดชัยนาทมีช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ดี สามารถเข้าถึงข้อมูล วิเคราะห์ ประเมิน พิจารณาข้อดี ข้อเสีย และความเสี่ยงของวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก หากกล่าวโดยละเอียดโดยแยกรายด้าน ได้แก่ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก และมีการเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก การมีทักษะในการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพในระดับดีมาก และการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพในระดับดีมาก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการใช้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพในการรับวัคซีน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nutbeam (2000) ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล

2.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

จากสมมติฐานของการวิจัยในครั้งนี้ที่มีสมมติฐานว่า ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับชั้นการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพของบิดาหรือผู้ปกครอง อาชีพของมารดาหรือผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทเป็น/เคยเป็นมะเร็งปากมดลูก การมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทเคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ประสบการณ์การมีแฟน/คนรัก พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ยาคุมกำเนิด ลักษณะเลือดประจำเดือนที่ออก ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ และปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท ซึ่งจาก

การทดสอบสมมติฐานโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นโลจิสติก พบว่า ระดับชั้นการศึกษา และระดับทัศนคติมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถอธิบายได้ ดังนี้

2.4.1 ปัจจัยด้านระดับชั้นการศึกษา มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีโอกาสที่จะฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มมัธยมศึกษาปีที่ 6 เป็น 2.21 เท่า แต่เมื่อพิจารณากลุ่มมัธยมศึกษาปีที่ 4 เมื่อเทียบกับกลุ่มอ้างอิงกลุ่มมัธยมศึกษาปีที่ 5 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ยิ่งกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมปลายมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น จะทำให้มีโอกาสในการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดชัยนาทมีการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกกับกลุ่มเป้าหมายค่อนข้างดี โดยอาจเป็นเพราะนักเรียนที่อยู่ในระดับชั้นที่สูงกว่าจะมีความตระหนักรู้และเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ที่มากกว่านักเรียนในระดับชั้นที่ต่ำกว่า เนื่องจากวุฒิภาวะที่สูงกว่า การได้รับการศึกษา ความรู้ และข้อมูลที่ครบถ้วนมากกว่าระดับชั้นอื่น ๆ ทำให้มีการตัดสินใจในการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาจมีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกและสุขภาพผ่านการเรียนการสอนหรือกิจกรรมเสริมหลักสูตร ที่มากกว่าระดับชั้นอื่น ๆ โดยผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรีย์พร และคณะ (2560) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่ามีแนวโน้มที่จะตัดสินใจฉีดวัคซีนมากกว่า ซึ่งการวิจัยของ Bynum et al. (2011) ยังพบว่า ระดับการศึกษาที่มีผลต่อการตัดสินใจในการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มนักเรียนหญิง โดยระดับการศึกษาที่สูงขึ้นทำให้ความเข้าใจและการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีแนวโน้มฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น นอกจากนี้ Maude et al. (2024) ยังมีการศึกษาพบว่า ผู้หญิงที่มีการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยมีแนวโน้มที่จะรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้หญิงที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย

2.4.2 ระดับทัศนคติ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มที่มีทัศนคติระดับดีมาก มีโอกาสที่จะฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติระดับปานกลาง เป็น 3.00 เท่า หมายความว่ายิ่งกลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น จะทำให้มีโอกาสในการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดชัยนาทสามารถสื่อสารมุมมองในการรับวัคซีนให้กลุ่มเป้าหมายได้เห็นว่า การที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกและการเห็นความสำคัญและการตระหนักถึงการเป็นมะเร็งปากมดลูกทำ

ให้มีแนวโน้มที่จะมองเห็นประโยชน์และความคุ้มค่าของการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก การมีทัศนคติที่ดีสะท้อนถึงความเชื่อมั่นและความมั่นใจในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน และการรับรู้ถึงอันตรายของการเป็นมะเร็งปากมดลูก ซึ่งส่งผลให้มีการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของ Icek Ajzen และ Martin Fishbein ได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและทัศนคติต่อพฤติกรรมว่าการเปลี่ยนแปลงความเชื่อจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลจะพิจารณาจากเหตุผลถ้าเป็นสิ่งที่ควรทำ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ออกมา (ภาคย์ ชูชื่น, 2557) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ ศิริพร และคณะ (2561) ที่พบว่าทัศนคติเชิงบวกต่อวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการตัดสินใจฉีดวัคซีน การศึกษาของ Kahn et al. (2005) พบว่า ทัศนคติเชิงบวกต่อวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการฉีดวัคซีน ผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกจะมีความมั่นใจและมีแนวโน้มที่จะฉีดวัคซีนมากกว่า

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ผลการศึกษา พบว่า ระดับชั้นการศึกษามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท ดังนั้นจึงควรมีการสร้างเสริมความรู้ในเรื่องของวิธีการป้องกันการเกิดโรค ประโยชน์ของวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก จัดกระบวนการเสริมสร้างความรู้ในเรื่องของพฤติกรรมทางเพศ ที่ถูกต้อง จากผู้เชี่ยวชาญ และรวมถึงการแชร์ประสบการณ์จากผู้ที่เคยได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นและประโยชน์ของวัคซีน

3.1.2 ผลการศึกษา พบว่า ระดับทัศนคติมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท ดังนั้นจึงควรมีการสร้างความรู้ตระหนักรู้ สร้างทัศนคติเชิงบวกที่มากขึ้น และเพิ่มช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ทุกระดับ โดยเน้นในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่4 หรือต่ำกว่า ซึ่งทางโรงเรียนและหน่วยบริการสาธารณสุข ควรมีการจัดกิจกรรมร่วมกันอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 พัฒนารูปแบบการติดตามพฤติกรรมหลังการได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกและในกลุ่มที่ยังไม่ได้รับวัคซีนเป็นการศึกษาเชิงทดลอง

3.2.2 สร้างการมีส่วนร่วม จากกลุ่มของผู้ปกครอง เนื่องจากผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเรื่องการฉีดวัคซีนของบุตรหลาน การเข้าใจมุมมองของผู้ปกครองจะช่วยให้การวางแผนการให้ข้อมูลและการสร้างทัศนคติที่ดีต่อวัคซีนได้ดีขึ้น





บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรณานุกรม

- คณิงนิจ กิตติจันทร์เมธี, & จันทรพัร ก้องวัชรพงศ์. (2562). วัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีชนิด 9 สายพันธุ์. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล*, 29(3), 261–273.
- ชูลีพร หาญฉวี, รัตยาธรณ์ วงศรีเทพ, ศิริลักษณ์ คีตงาม, สิริยากร แก้วใส, & มธุรส ชลามาตย์. (2563). ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฮิวแมนแพปพิโลมาไวรัส (เอชพีวี) มะเร็งปากมดลูก ของนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย. *การประชุมวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ครั้งที่ 2*, 535–541.
- เชิญขวัญ ภูขมงค์, ธีระ ศิริสมุด, วันดี กริชอนันต์, กาญจนาด อุดมสุข, ศรีเพ็ญ ต้นติเวส, & ยศ ธีระ วัฒนานนท์. (2552). การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ *Human papillomavirus (HPV)* ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ในประเทศไทยและผลต่อความรู้ทัศนคติ และการตัดสินใจรับวัคซีนของสตรีกลุ่มเป้าหมาย. *โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ*.
- ทวีศักดิ์ หาญคำภา. (2556). ปัจจัยทำนายการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกจากการติดเชื้อ HPV ในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตกรุงเทพมหานคร. *จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- นราพร สมบูรณ์, ภูริวัจน์ สุขวัฒน์นิพัทธ์, & สิริกานต์ จันทรประอบ. (2562). วัคซีนเพื่อการรักษาการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี. *พุทธชินราชเวรสาร*, 36(1), 109–117.
- พรทิพย์ ชีวะพัฒน์, & กฤษณา พูลเพิ่ม. (63 C.E.). วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก : สถานการณ์ปัจจุบันและบทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 13(1), 39–49.
- เพ็ญนิภา ขำนาถบุรีรักษ์, & เพ็ชรศักดิ์ อุทัยนิล. (n.d.). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขวา. 59–70.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก* (ปิยวัฒน์ เลาวหุดานนท์, อาคม ชัยวีระวัฒน์, & วีรวิทย์ อิมสำราญ, Eds.; 1st ed.). โฆสิตการพิมพ์.
- สิทธิศักดิ์ เครือพิมาย, & พรศิริ พันธสี. (2562). วัคซีนป้องกันเชื้อ HPV : บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งจากเชื้อ HPV. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ*, 23, 132–144.

- อาจันต์ สงทับ. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และการยอมรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (วัคซีนเอชพีวี) ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4, 29–44.
- Abdelaliem, S. M. F., Kuaia, A. M., Hadadi, A. A., Alhujayri, A. K., Al Anazi, A. A., Hajar, A., AlShareda, R. S., & Amri, S. M. (2023). Knowledge and Attitudes toward Human Papillomavirus and Vaccination: A Survey among Nursing Students in Saudi Arabia. *Healthcare (Switzerland)*, 11(12).
<https://doi.org/10.3390/healthcare11121766>
- Arty Kaur Sachdev. (2012). *Knowledge and Attitude Regarding Human Papilloma Virus, Human Papilloma Virus Vaccine and Cervical Cancer, Human Papilloma Virus Vaccination History at Chulalongkorn University*. Chulalongkorn University.
- Cocchio, S., Bertoncetto, C., Baldovin, T., Fonzo, M., Bennici, S. E., Buja, A., Majori, S., & Baldo, V. (2020). Awareness of HPV and drivers of HPV vaccine uptake among university students: A quantitative, cross-sectional study. *Health and Social Care in the Community*, 28(5), 1514–1524.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12974>
- Degarege, A., Krupp, K., Fennie, K., Srinivas, V., Li, T., Stephens, D. P., Marlow, L. A. V., Arun, A., & Madhivanan, P. (2018). Human Papillomavirus Vaccine Acceptability among Parents of Adolescent Girls in a Rural Area, Mysore, India. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 31(6), 583–591.
<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2018.07.008>
- Di Giuseppe, G., Abbate, R., Liguori, G., Albano, L., & Angelillo, I. F. (2008). Human papillomavirus and vaccination: Knowledge, attitudes, and behavioural intention in adolescents and young women in Italy. *British Journal of Cancer*, 99(2), 225–229. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6604454>
- Dempsey, A. F., Abraham, L. M., Dalton, V., & Ruffin, M. (2009). Understanding the reasons why mothers do or do not have their adolescent daughters vaccinated against human papillomavirus. *Annals of Epidemiology*, 19(8), 531–538. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.03.011>

- Fallucca, A., Immordino, P., Riggio, L., Casuccio, A., Vitale, F., & Restivo, V. (2022). Acceptability of HPV Vaccination in Young Students by Exploring Health Belief Model and Health Literacy. *Vaccines*, *10*(7).
<https://doi.org/10.3390/vaccines10070998>
- Galvin, A. M., Garg, A., Griner, S. B., Moore, J. D., & Thompson, E. L. (2023). Health Literacy Correlates to HPV Vaccination Among US Adults Ages 27–45. *Journal of Cancer Education*, *38*(1), 349–356.
<https://doi.org/10.1007/s13187-021-02123-x>
- Gao, D., Zhao, G., Di, J., Zhang, ; Xiaosong, & Wang, L. (n.d.). *Knowledge of Cervical Cancer and HPV, and Willingness to Receive HPV Vaccination Among 20-45-Year-Old Women-Six Provinces, China, 2018*.
- Hansen, B. T., Campbell, S., Burger, E. A., Nygård, M., & Nygård, J. F. (2015). Correlates of HPV vaccine uptake in school-based routine vaccination of preadolescent girls in Norway: A register-based study of 90,000 girls and their parents. *Preventive Medicine*, *77*, 4-10.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.04.019>
- Holman, D. M., Benard, V., Roland, K. B., Watson, M., Liddon, N., & Stokley, S. (2014). Barriers to human papillomavirus vaccination among US adolescents: A systematic review of the literature. *JAMA Pediatrics*, *168*(1), 76-82.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.2752>
- Kahn, J. A., Riedesel, J. M., Rosenthal, S. L., Zimet, G. D., Bernstein, D. I., Huang, B., & Lan, D. (2005). Attitudes about human papillomavirus vaccine among family physicians. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, *18*(6), 391–398. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2005.09.004>
- Kessels, S. J., Marshall, H. S., Watson, M., Braunack-Mayer, A. J., Reuzel, R., & Tooher, R. L. (2012). Factors associated with HPV vaccine uptake in teenage girls: A systematic review. *Vaccine*, *30*(24), 3546-3556.
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.03.063>
- Kitur, H., Horowitz, A. M., Beck, K., & Wang, M. Q. (2022). HPV Knowledge, Vaccine Status, and Health Literacy Among University Students. *Journal of Cancer Education*, *37*(6), 1606–1613. <https://doi.org/10.1007/s13187-021-01997-1>

- LaJoie, A. S., Kerr, J. C., Clover, R. D., & Harper, D. M. (2018). Influencers and preference predictors of HPV vaccine uptake among US male and female young adult college students. *Papillomavirus Research*, 5, 114–121. <https://doi.org/10.1016/j.pvr.2018.03.007>
- Liu, Y., Di, N., & Tao, X. (2020). Knowledge, practice and attitude towards HPV vaccination among college students in Beijing, China. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 16(1), 116–123. <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1638727>
- Ratanasiripong, N.T., Sri-Umporn, S., Kathalae, D., Hanklang, S. and Ratanasiripong, P. (2018), "Human papillomavirus (HPV) vaccination and factors related to intention to obtain the vaccine among young college women in Thailand", *Journal of Health Research*, Vol. 32 No. 2, pp. 142-151. <https://doi.org/10.1108/JHR-01-2018-018>
- Shetty, S., Prabhu, S., Shetty, V., & Shetty, A. K. (2019). Knowledge, attitudes and factors associated with acceptability of human papillomavirus vaccination among undergraduate medical, dental and nursing students in South India. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 15(7–8), 1656–1665. <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1565260>
- Torres, E., Richman, A., Wright, W., & Wu, Q. (2022). Assessing Dental Students' HPV Health Literacy and Intention to Engage in HPV-Related Oropharyngeal Cancer Prevention. *Journal of Cancer Education*, 37(4), 950–956. <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01905-z>
- Zou, H., Wang, W., Ma, Y., Wang, Y., Zhao, F., Wang, S., Zhang, S., & Ma, W. (2016). How university students view human papillomavirus (HPV) vaccination: A cross-sectional study in Jinan, China. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 12(1), 39–46. <https://doi.org/10.1080/21645515.2015.1072667>





ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. นางสาวจิตติมา พานิชกิจ

ตำแหน่ง	รองผู้อำนวยการ (ด้านวิชาการ)
หน่วยงาน	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
วุฒิการศึกษา	1. วิทยาศาสตร์บัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์) คณะพยาบาลศาสตร์ แมคคอร์มิคส์ มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ 2. สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช 3. รัฐประศาสนศาสตร์บัณฑิต (บริหารรัฐกิจเอกประศาสนศาสตร์) คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช 4. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

2. นายทองคำ ดีประดิษฐ์

ตำแหน่ง	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
หน่วยงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
วุฒิการศึกษา	1. สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช 2. รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี ลพบุรี

3. นางเนตรนภา พรธิดานนท์

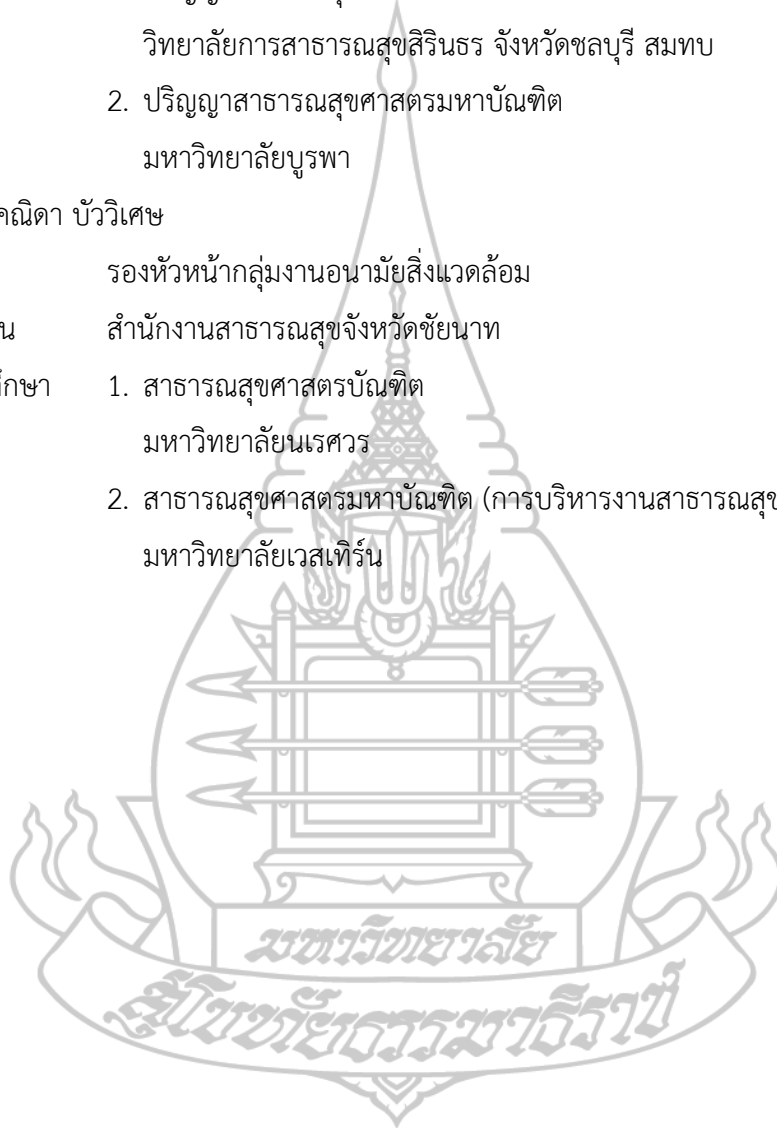
ตำแหน่ง	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
หน่วยงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
วุฒิการศึกษา	1. ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี สมทบมหาวิทยาลัยมหิดล 2. ปริญญารัฐศาสตร์บัณฑิต (ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศและการเมืองการ ปกครองเปรียบเทียบ) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช 3. ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

4. นางสาวพรดี มะหิงษา

- ตำแหน่ง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ
- หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรรพยา
- วุฒิการศึกษา 1. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี สมทบ
2. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยบูรพา

5. นางสาวคณิตา บัววิเศษ

- ตำแหน่ง รองหัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม
- หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
- วุฒิการศึกษา 1. สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารงานสาธารณสุข)
มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น





ภาคผนวก ข

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒราชภัฏ

ศรีนครินทรวิโรฒราชภัฏ

AF 05-09

COA No. ๐๒/๒๕๖๗

REC No. ๐๐๒/๒๕๖๗E



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดชัยนาท

กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ๒๕๔ หมู่ ๖ ตำบลชัยนาท อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท ๑๗๐๐๐
โทรศัพท์ : ๐ ๕๖๔๐ ๕๕๑๘ ต่อ ๓๔๐ โทรสาร : ๐ ๕๖๔๐ ๕๕๒๑ E-mail: yuttasart.ssjcnc๖๕@gmail.com

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท
Factors associated to decision for receive HPV vaccination among female high school student, Muang District, Chainat Province.

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวจิรารัตน์ ม่วงพุ่ม

สังกัดหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

วิธีทบทวน : เข้ารับการพิจารณาในที่ประชุมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

รายงาน : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์

ความก้าวหน้า หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน ๑ ปี

เอกสารรับรอง : ๑) โครงการวิจัย
๒) เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัยและยินยอม
๓) เอกสารเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม

ลงนาม
(นายมนตรี ทองคาย)

ประธานกรรมการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

ลงนาม.....
(นางมาลีรัตน์ ยอดแดง)

กรรมการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันหมดอายุ : ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มหาวิทยาลัย

สุโขทัยธรรมมาธิราช

แบบสอบถามการวิจัย**เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก
ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท**

เอกสารชุดนี้เป็นแบบสอบถาม เพื่อทำวิจัยวิทยานิพนธ์ ตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอก/กลุ่มวิชาบริหารสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ และปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยเก็บข้อมูลจากนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

การตอบแบบสอบถามครั้งนี้จะถูกนำมาใช้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ วิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด จึงขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามหวังว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านเป็นอย่างดีและขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

นางสาวจิรารัตน์ ม่วงพุ่ม

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง จงเขียนคำตอบในช่องว่าง.....และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ในแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. อายุ ปี

สำหรับเจ้าหน้าที่

1.AGE.....

2. ระดับชั้นการศึกษาปัจจุบัน

2.EDU.....

 1. มัธยมศึกษาปีที่ 4 2. มัธยมศึกษาปีที่ 5 3. มัธยมศึกษาปีที่ 6

3. ภูมิลำเนา (ที่อยู่อาศัยตามทะเบียนบ้าน)

3. CHAI.....

 1.อยู่ในจังหวัดชัยนาท 2.อยู่นอกจังหวัดชัยนาท

SUBD.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

DIST.....

PROV.....

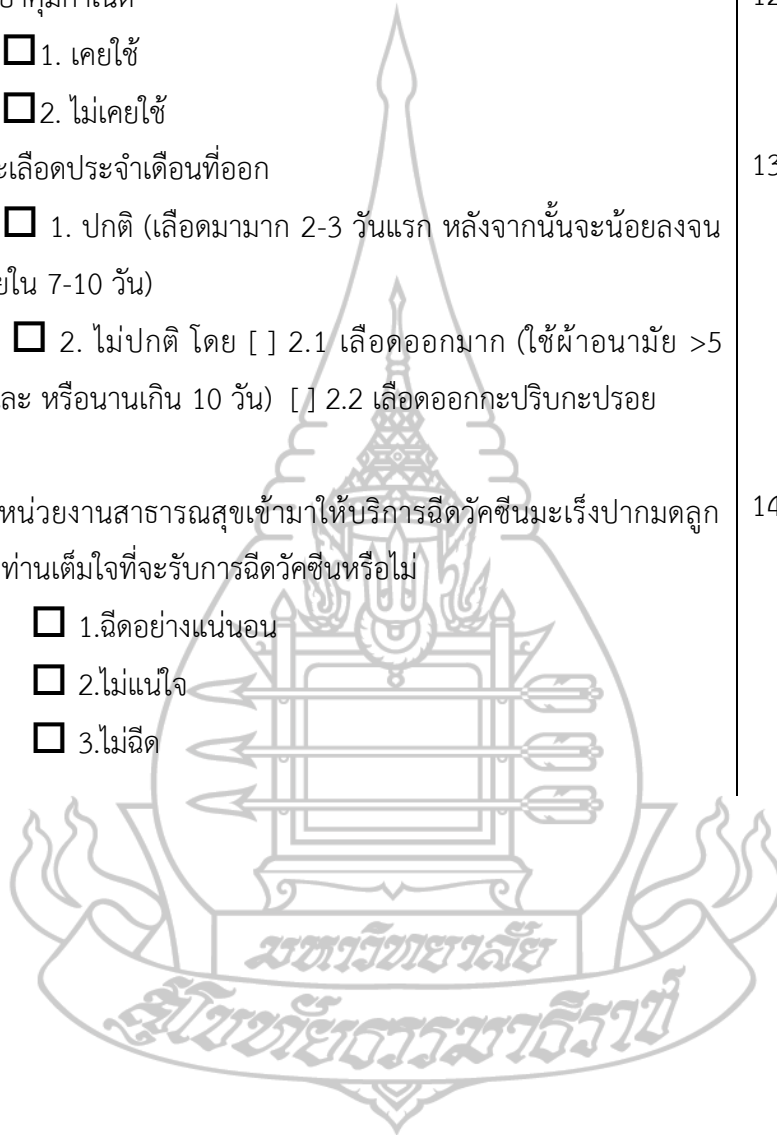
4. อาชีพของบิดาหรือผู้ปกครอง

4. OCC1.....

 1.ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 2. เกษตรกรรม/เลี้ยงสัตว์ 3.ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 4. รับจ้าง 5.พนักงานร้าน/ห้าง/บริษัท/หน่วยงานเอกชน 6.อื่น ๆ ระบุ.....

5. อาชีพของมารดาหรือผู้ปกครอง
- 1.ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 2. เกษตรกรรม/เลี้ยงสัตว์
- 3.ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 4. รับจ้าง
- 5.พนักงานร้าน/ห้าง/บริษัท/หน่วยงานเอกชน
- 6.อื่น ๆ ระบุ.....
5. OCC2.....
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
1. น้อยกว่า 2,500 บาท 2. 2,500 – 10,000 บาท
3. 10,001 – 15,000 บาท 4. 15,001 – 20,000 บาท
5. 20,001 – 25,000 บาท 6. มากกว่า 25,000 บาท
6. INC.....
7. มีคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทของท่านที่เป็น/เคยเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือไม่
1. ไม่มี
2. มี ระบุ (ผู้ที่เป็น/เคยเป็นมีความสัมพันธ์กับท่านคือ.....)
7. FAMSICK...
8. มีคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทของท่านที่เคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกหรือไม่
1. ไม่มี
2. มี ระบุ (ผู้ที่เป็น/เคยเป็นมีความสัมพันธ์กับท่านคือ.....)
8. FAMVAC...
9. ท่านเคยมีประสบการณ์การมีแฟน/คนรัก หรือไม่
1. ไม่เคยมีแฟน/คนรัก
2. เคยมีแฟน/คนรัก
9. BOYFRIEND.....
10. พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์
1. เคย
2. ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ13)
10. Sex.....

- | | |
|---|------------------------|
| <p>11. ท่านเคยป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเป็น</p> <p><input type="checkbox"/> 2. เคยเป็น</p> | <p>11.SICK.....</p> |
| <p>12. การใช้ยาคุมกำเนิด</p> <p><input type="checkbox"/> 1. เคยใช้</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ไม่เคยใช้</p> | <p>12.control.....</p> |
| <p>13. ลักษณะเลือดประจำเดือนที่ออก</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ปกติ (เลือดมามาก 2-3 วันแรก หลังจากนั้นจะน้อยลงจนหมดไปภายใน 7-10 วัน)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ไม่ปกติ โดย [] 2.1 เลือดออกมาก (ใช้ผ้าอนามัย >5 แผ่น/วัน และ หรือนานเกิน 10 วัน) [] 2.2 เลือดออกกะปริบะปรอย</p> | <p>13.MENS.....</p> |
| <p>14. หากมีหน่วยงานสาธารณสุขเข้ามาให้บริการฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูกให้แก่ท่าน ท่านเต็มใจที่จะรับการฉีดวัคซีนหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ฉีดอย่างแน่นอน</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ไม่แน่ใจ</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ไม่ฉีด</p> | <p>14.VACC...</p> |



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนที่ 2 นี้เป็นแบบสอบถามระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อตามความเข้าใจของท่าน และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ที่ท่านคิดว่าถูกต้องมากที่สุด

1. มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดโรค มากที่สุดในผู้หญิงไทย	<input type="checkbox"/> 1.ถูก	<input type="checkbox"/> 2.ผิด
2. HPV ย่อมาจาก Human Papilloma Virus ซึ่งเป็นไวรัสที่เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก	<input type="checkbox"/> 1.ถูก	<input type="checkbox"/> 2.ผิด
3. มะเร็งปากมดลูกไม่สามารถป้องกันได้เลย	<input type="checkbox"/> 1.ถูก	<input type="checkbox"/> 2.ผิด
4. พฤติกรรมการเปลี่ยนคู่นอน/การมีคู่นอนหลายคนทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูก	<input type="checkbox"/> 1.ถูก	<input type="checkbox"/> 2.ผิด
5. อาการทั่วไปของมะเร็งปากมดลูกคือมีเลือดออกจากช่องคลอด	<input type="checkbox"/> 1.ถูก	<input type="checkbox"/> 2.ผิด
6. มะเร็งปากมดลูกสามารถทำให้เสียชีวิตได้	<input type="checkbox"/> 1.ถูก	<input type="checkbox"/> 2.ผิด
7. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้	<input type="checkbox"/> 1.ถูก	<input type="checkbox"/> 2.ผิด
8. ปัจจุบันมะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน	<input type="checkbox"/> 1.ถูก	<input type="checkbox"/> 2.ผิด
9. มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	<input checked="" type="checkbox"/> 1.ถูก	<input type="checkbox"/> 2.ผิด
10. อาการที่บ่งชี้ว่าอาจจะเป็นมะเร็งปากมดลูก คือ มีตกขาวและมีกลิ่นเหม็นเหมือนเนื้อเน่า	<input type="checkbox"/> 1.ถูก	<input type="checkbox"/> 2.ผิด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนที่ 3 นี้เป็นแบบสอบถามระดับทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อตามความคิดเห็นของท่าน และทำเครื่องหมาย ในช่อง ในแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ช่องเดียวเท่านั้น โดยแต่ละช่องจะแสดงระดับความต้องการดังนี้

- | | | |
|---|---------|---------------------------|
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยในระดับมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วยในระดับมาก |
| 3 | หมายถึง | เห็นด้วยในระดับปานกลาง |
| 2 | หมายถึง | เห็นด้วยในระดับน้อย |
| 1 | หมายถึง | เห็นด้วยในระดับน้อยที่สุด |

ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	5 มาก ที่สุด	4 มาก	3 ปาน กลาง	2 น้อย	1 น้อย ที่สุด
1. ท่านเชื่อว่าการฉีดวัคซีน HPV จะสามารถป้องกันการติดเชื้อ HPV ได้					
2. ท่านคิดว่าท่านสามารถเป็นมะเร็งปากมดลูกได้					
3. ท่านเชื่อว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ไม่มีอันตราย					
4. ท่านเชื่อว่า วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกสามารถลดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้					
5. ท่านเชื่อว่าวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีความปลอดภัย					
6. ท่านคิดว่าควรแนะนำให้เพื่อนผู้หญิงเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก					

ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	5 มาก ที่สุด	4 มาก	3 ปาน กลาง	2 น้อย	1 น้อย ที่สุด
7. ท่านจะรู้สึกอย่างไรถ้าผู้อื่นรู้ว่าท่านฉีดวัคซีน มะเร็งปากมดลูก					
8. ท่านคิดว่า การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็น เรื่องน่าอาย					
9. ท่านเห็นด้วยว่า ถ้าเมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นัดให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกควรไปทุก ครั้งถึงแม้ว่าร่างกายแข็งแรงดี					
10. ถ้าคนในครอบครัวไม่มีใครเป็นมะเร็งปาก มดลูกท่านคิดว่าไม่จำเป็นต้องไปตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนที่ 4 นี้เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อตามความเป็นจริงของท่าน ทำเครื่องหมาย ในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

- | | | |
|---------|---------|--------------|
| 5 คะแนน | หมายถึง | ทำได้ง่ายมาก |
| 4 คะแนน | หมายถึง | ทำได้ง่าย |
| 3 คะแนน | หมายถึง | ทำได้ยาก |
| 2 คะแนน | หมายถึง | ทำได้ยากมาก |
| 1 คะแนน | หมายถึง | ไม่เคยทำ |

ข้อคำถาม	ระดับความเป็นจริงตรงกันท่าน				
	ไม่เคย ทำ	ทำได้ ยาก มาก	ทำได้ ยาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ ง่าย มาก
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ					
1. ท่านสามารถหาแหล่งข้อมูลเมื่อต้องการข้อมูลมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งการป้องกันตนเองได้โดยทันที					
2. ท่านสามารถไปหาหรือไปติดต่อสถานบริการด้านสุขภาพที่ให้การช่วยเหลือเรื่องมะเร็งปากมดลูกเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย					
3. ท่านสามารถติดต่อเบอร์สายด่วนสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติของร่างกาย					
4. ท่านสามารถตรวจสอบข้อมูลและแหล่งข้อมูลมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งวิธีป้องกันตนเองให้ปลอดภัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นจริง					
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ					
5. ท่านอ่านหรือได้ฟังข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น การมีคู่นอนหลายคน การไม่สวมถุงยางอนามัย ฯลฯ					
6. ท่านสามารถสรุปเนื้อหาจากการฟังหรืออ่านจากการโรคที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกสุขลักษณะได้ถูกต้อง					
7. ท่านสามารถเข้าใจถึงระยะการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้					

ข้อคำถาม	ระดับความเป็นจริงตรงกันท่าน				
	ไม่เคย ทำ	ทำได้ ยาก มาก	ทำได้ ยาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ ง่าย มาก
8. ท่านกล้าซักถามข้อมูลมะเร็งปากมดลูกจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง					
การประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ					
9. ท่านประเมินข้อมูลการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล ก่อนที่จะปฏิบัติตาม					
10. ท่านพิจารณาข้อดีข้อเสียของการป้องกันมะเร็งปากมดลูกด้วยเหตุผล ก่อนที่จะทำตาม					
11. ท่านทบทวนข้อมูลการป้องกันมะเร็งปากมดลูกจากหลายแหล่งจนพบทางเลือกที่เหมาะสมก่อนที่จะปฏิบัติตาม					
12. ท่านไตร่ตรองข้อมูลการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับด้วยเหตุผล ก่อนที่จะปฏิบัติตามถึงแม้จะมีคนที่ใช้แล้วได้ผล					
การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ					
13. ท่านสามารถนำข้อมูลความรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของตนเองได้					
14. ท่านสังเกตความผิดปกติของร่างกาย เพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก					

ข้อคำถาม	ระดับความเป็นจริงตรงกันท่าน				
	ไม่เคย ทำ	ทำได้ ยาก มาก	ทำได้ ยาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ ง่าย มาก
15. ท่านมีการวางแผนเข้ารับการตรวจสุขภาพ เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (DNA Test) ในกรณีที่มีความผิดปกติ					
16. ท่านตั้งเป้าหมายไว้ชัดเจนในการปฏิบัติตน เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก					

ส่วนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็นของท่านในสิ่งที่ท่านเห็นว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกของท่าน พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวของท่าน

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ

ขอขอบคุณที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม



ภาคผนวก ง

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

ตารางวิเคราะห์ค่า IOC ของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อ	ข้อคำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ					IOC	ความ หมาย	คำแนะนำ
		1	2	3	4	5			
1	อายุ.....ปี.....เดือน	+1	+1	+1	+1	+1	1		
2.	ระดับชั้นการศึกษา <input type="checkbox"/> 1. มัธยมศึกษาปีที่ 4 <input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษาปีที่ 5 <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาปีที่ 6	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
3.	ภูมิลำเนา (ที่อยู่อาศัยตาม ทะเบียนบ้าน) <input type="checkbox"/> 1. อยู่ในจังหวัด ชัยนาท ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... <input type="checkbox"/> 2.อยู่นอกจังหวัด ชัยนาท ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
4.	อาชีพของบิดา <input type="checkbox"/> 1. ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 2. เกษตรกรรม/ เลี้ยงสัตว์ <input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย/ธุรกิจ ส่วนตัว <input type="checkbox"/> 4. รับจ้าง	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	

ข้อ	ข้อความคำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ					IOC	ความหมาย	คำแนะนำ
		1	2	3	4	5			
	<input type="checkbox"/> 5.พนักงานร้าน/ ห้าง/บริษัท/หน่วยงานเอกชน <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ ระบุ.....								
5.	อาชีพของมารดา <input type="checkbox"/> 1. ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 2. เกษตรกรรม/เลี้ยง สัตว์ <input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย/ธุรกิจ ส่วนตัว <input type="checkbox"/> 4. รับจ้าง <input type="checkbox"/> 5.พนักงานร้าน/ ห้าง/บริษัท/หน่วยงานเอกชน <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ ระบุ.....	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
6.	รายได้ของครอบครัวต่อเดือน <input type="checkbox"/> 1. น้อยกว่า 2,500 บาท <input type="checkbox"/> 2. 2,500 – 10,000 บาท <input type="checkbox"/> 3. 10,001 – 15,000 บาท <input type="checkbox"/> 4. 15,001 – 20,000 บาท <input type="checkbox"/> 5. 20,001 – 25,000 บาท <input type="checkbox"/> 6. มากกว่า 25,000 บาท	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
7.	มีคนในครอบครัวหรือเพื่อน สนิทของท่านที่เป็น/เคยเป็น มะเร็งปากมดลูกหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี ระบุ (ผู้ที่เป็น/เคย เป็นมีความสัมพันธ์กับท่าน คือ.....	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	

ข้อ	ข้อความคำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ					IOC	ความหมาย	คำแนะนำ
		1	2	3	4	5			
8.	มีคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทของท่านที่เคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี ระบุ (ผู้ที่เป็น/เคยเป็นมีความสัมพันธ์กับท่านคือ.....	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
9.	ท่านเคยมีประสบการณ์การมีแฟน/คนรัก หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยมีแฟน/คนรัก <input type="checkbox"/> 2. เคยมีแฟน/คนรัก	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
10.	ท่านเคยป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยเป็น <input type="checkbox"/> 2. เคยเป็น	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
11.	ลักษณะเลือดประจำเดือนที่ออก <input type="checkbox"/> 1. ปกติ (เลือดมามาก 2-3 วันแรก หลังจากนั้นจะน้อยลงจนหมดไปภายใน 7-10 วัน) <input type="checkbox"/> 2. ไม่ปกติ โดย [] 2.1 เลือดออกมาก (ใช้ผ้าอนามัย >5 แผ่น/วัน และ หรือนานเกิน 10 วัน) [] 2.2 เลือดออกกระปริบกระปรอย	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	

ข้อ	ข้อความคำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ					IOC	ความหมาย	คำแนะนำ
		1	2	3	4	5			
12.	<p>หากมีหน่วยงานสาธารณสุขเข้ามาให้บริการฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูกให้แก่ท่าน ท่านเต็มใจที่จะรับการฉีดวัคซีนหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ฉีดอย่างแน่นอน</p> <p><input type="checkbox"/> 2.ไม่แน่ใจ</p> <p><input type="checkbox"/> 3.ไม่ฉีด</p>	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

ข้อ	ข้อความคำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ					IOC	ความหมาย	คำแนะนำ
		1	2	3	4	5			
1	<p>1.มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรคมากที่สุดในผู้หญิงไทย</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ถูก</p> <p><input type="checkbox"/> 2.ผิด</p>	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
2.	<p>2. HPV ย่อมาจาก Human Papilloma Virus ซึ่งเป็นไวรัสที่เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก</p> <p><input type="checkbox"/> 1.ถูก</p> <p><input type="checkbox"/> 2.ผิด</p>	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	

ข้อ	ข้อความถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ					IOC	ความหมาย	คำแนะนำ
		1	2	3	4	5			
3.	มะเร็งปากมดลูกไม่ สามารถป้องกันได้เลย <input type="checkbox"/> 1.ถูก <input type="checkbox"/> 2.ผิด	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
4.	พฤติกรรม <u>สำส่อน</u> ทางเพศ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงใน การเป็นมะเร็งปากมดลูก <input type="checkbox"/> 1.ถูก <input type="checkbox"/> 2.ผิด	+1	+1	0	0	+1	0.6	ใช้ได้	พฤติกรรม การเปลี่ยนคู นอนบ่อย ทำให้เพิ่ม ความเสี่ยง ในการเป็น มะเร็งปาก มดลูก
5.	อาการทั่วไปของมะเร็ง ปากมดลูกคือมีเลือดออก จากช่องคลอด <input type="checkbox"/> 1.ถูก <input type="checkbox"/> 2.ผิด	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
6.	มะเร็งปากมดลูกสามารถ ทำให้เสียชีวิตได้ <input type="checkbox"/> 1.ถูก <input type="checkbox"/> 2.ผิด	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
7.	การตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกสามารถลด อัตราการเสียชีวิตจาก มะเร็งปากมดลูกได้ <input type="checkbox"/> 1.ถูก <input type="checkbox"/> 2.ผิด	+1	0	0	+1	+1	0.6	ใช้ได้	

ข้อ	ข้อความ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ					IOC	ความหมาย	คำแนะนำ
		1	2	3	4	5			
8.	ปัจจุบันมะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน <input type="checkbox"/> 1.ถูก <input type="checkbox"/> 2.ผิด	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
9.	มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> 1.ถูก <input type="checkbox"/> 2.ผิด	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
10.	อาการที่บ่งชี้ว่าอาจจะเป็นมะเร็งปากมดลูก คือ มีตกขาวและมีกลิ่นเหม็นเหมือนเนื้อเน่า <input type="checkbox"/> 1.ถูก <input type="checkbox"/> 2.ผิด	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	อาการที่บ่งชี้ว่าอาจจะเป็นมะเร็งปากมดลูก คือ มีตกขาวและมีกลิ่นเหม็นรุนแรง

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดต่อมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

ข้อ	ข้อความ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ					IOC	ความหมาย	คำแนะนำ
		1	2	3	4	5			
1.	ท่านเชื่อว่าการฉีดวัคซีน HPV จะสามารถป้องกันการติดเชื้อ HPV ได้	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
2.	ท่านคิดว่าท่านสามารถเป็นมะเร็งปากมดลูกได้	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
3.	ท่านเชื่อว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ไม่มีอันตราย	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	

ข้อ	ข้อความ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ					IOC	ความหมาย	คำแนะนำ
		1	2	3	4	5			
4.	ท่านเชื่อว่า วัคซีนป้องกัน มะเร็งปากมดลูกสามารถ ลดความเสี่ยงในการเป็น มะเร็งปากมดลูกได้	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
5.	ท่านเชื่อว่าวัคซีนป้องกัน มะเร็งปากมดลูกมีความ ปลอดภัย	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
6.	ท่านคิดว่าควรแนะนำให้ เพื่อนผู้หญิงเข้ารับการฉีด วัคซีนป้องกันมะเร็งปาก มดลูก	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
7.	สมมติว่าถ้าผู้อื่นรู้ว่าท่าน ฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูก มาท่านจะรู้สึกอาย	+1	+1	+1	0	+1	0.8	ใช้ได้	ท่านคิดว่าถ้า ผู้อื่นรู้ว่าท่าน ฉีดวัคซีน มะเร็งปาก มดลูกมา ท่านจะรู้สึก อาย
8.	ท่านคิดว่าการไปตรวจ มะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่อง น่าอาย	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
9.	ท่านเห็นด้วยว่า ถ้าเมื่อ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นัด ให้ตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกควรไปทุกครั้ง ถึงแม้ว่าร่างกายแข็งแรงดี	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	

ข้อ	ข้อความ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ					IOC	ความหมาย	คำแนะนำ
		1	2	3	4	5			
10.	ท่านคิดว่าถ้าคนในครอบครัวไม่มีใครเป็นมะเร็งปากมดลูก จึงไม่จำเป็นต้องไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	0	+1	0.8	ใช้ได้	

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกและการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

ข้อ	ข้อความ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ					IOC	ความหมาย	คำแนะนำ
		1	2	3	4	5			
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ									
1.	ท่านสามารถหาแหล่งข้อมูล เมื่อต้องการข้อมูลมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งการป้องกันตนเองได้โดยทันที	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
2.	ท่านสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือเรื่องมะเร็งปากมดลูก เมื่อมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
3.	ท่านสามารถติดต่อเบอร์สายด่วนสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติของร่างกาย	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	

ข้อ	ข้อความ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ					IOC	ความหมาย	คำแนะนำ
		1	2	3	4	5			
4.	ท่านสามารถตรวจสอบข้อมูลและแหล่งข้อมูลมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งวิธีป้องกันตนเองให้ปลอดภัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นจริง	+1	+1	+1	0	+1	0.8	ใช้ได้	
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ									
1.	ท่านอ่านหรือได้ฟังข้อมูลเกี่ยวกับโทษของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้อง สุขลักษณะ เช่น การมีคู่นอนหลายคน การไม่สวมถุงยางอนามัย ฯลฯ	+1	+1	+1	0	+1	0.8	ใช้ได้	
2.	ท่านอ่านหรือได้ฟังข้อมูลสามารถสรุปเนื้อหาจากการฟังหรืออ่านเรื่องโทษของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้อง	+1	+1	+1	0	+1	0.8	ใช้ได้	ท่านได้ฟังข้อมูลและสามารถสรุปเนื้อหาจากการฟังหรืออ่านเรื่องโทษของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้อง
3.	ท่านสามารถเข้าใจข้อมูลที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอธิบายถึงการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	

ข้อ	ข้อความ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ					IOC	ความหมาย	คำแนะนำ
		1	2	3	4	5			
4.	ท่านกล้าซักถามข้อมูล มะเร็งปากมดลูกจาก แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง หากท่านไม่เข้าใจ	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
การประเมินข้อมูลและบริการ สุขภาพ									
1.	ท่านประเมินข้อมูลการ ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการ ป้องกันมะเร็งปากมดลูก กับผู้เชี่ยวชาญด้าน สุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล ก่อนที่จะปฏิบัติ ตาม	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
2.	ท่านพิจารณาข้อดีข้อเสีย ของการป้องกันมะเร็ง ปากมดลูกด้วยเหตุผล ก่อนที่จะทำตาม	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
3.	ท่านทบทวนข้อมูลการ ป้องกันมะเร็งปากมดลูก จากหลายแหล่งจนพบ ทางเลือกที่เหมาะสม ก่อนที่จะทำตาม	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	

ข้อ	ข้อความ	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ					IOC	ความหมาย	คำแนะนำ
		1	2	3	4	5			
4.	ท่านได้ตรวจสอบข้อมูลการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับด้วยเหตุผล ก่อนที่จะทำตามถึงแม้จะมีคนที่ใช้แล้วได้ผล	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ									
1.	ท่านสามารถนำข้อมูลความรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกไปใช้ในการปรับเปลี่ยนสุขภาพตนเองได้	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
2.	ท่านหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกายเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	0	+1	0.8	ใช้ได้	
3.	ท่านวางแผนเข้ารับการตรวจสุขภาพ เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก Pap Smear	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	
4.	ท่านตั้งเป้าหมายไว้ชัดเจนในการปฏิบัติตน เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	+1	+1	1	ใช้ได้	



ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย

ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ตัวแปร	จำนวนข้อคำถาม	ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค
ปัจจัยด้านความรู้	10	0.73
ปัจจัยด้านทัศนคติ	10	0.72
ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ	16	0.92
รวมทุกตัวแปร	36	0.79



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวจิรารัตน์ ม่วงพุ่ม
วัน เดือน ปี เกิด	24 พฤศจิกายน 2535
สถานที่เกิด	อำเภอเมืองอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี
ประวัติการศึกษา	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.)
สถานที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

