

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุข และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆในกลุ่มประชากรสตรีอายุ 30-50 ปี จากข้อมูลสถิติสาธารณสุขของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2547 พบว่าอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งสูงเป็นอันดับหนึ่งของโรคลกลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะในสตรีพบว่า ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด และมีอัตราการตายต่อแสนประชากรเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2547 มีจำนวน 2.8, 3.5, 4.0, 5.2 และ 5.0 ตามลำดับ (สถิติสาธารณสุข, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสำนักงานวิจัยมะเร็งนานาชาติในปี 2544 ที่พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ปีละประมาณ 6,192 ราย และมีการเสียชีวิต 3,166 ราย คิดเป็นประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ในระดับภูมิภาคพบอุบัติการณ์ของโรคในภาคเหนือมากที่สุดโดยเฉพาะที่จังหวัดเชียงใหม่เท่ากับ 25.7 ต่อประชากรแสนคน ในขณะที่ภูมิภาคอื่น เช่น ภาคกลางที่กรุงเทพฯพบอัตราการอุบัติการณ์เท่ากับ 18.5 ต่อประชากรแสนคน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่จังหวัดขอนแก่นเท่ากับ 18.0 ต่อประชากรแสนคน และภาคใต้ที่จังหวัดสงขลาเท่ากับ 15.8 ต่อประชากรแสนคน ในช่วงปี พ.ศ. 2538-2542 พบว่าอัตราการอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดเชียงใหม่อ้างอิงจากฐานประชากร มีอัตราอยู่ระหว่าง 20-27 ต่อประชากรแสนคน และมีค่าประมาณความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกอยู่ระหว่าง 1 : 47 ถึง 1 : 36 จากจำนวนผู้ป่วยมะเร็งอ้างอิงจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลมหาราชนครในช่วงปี พ.ศ. 2538 - 2542 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมารักษามากที่สุด คือ 2,440 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา เป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งรังไข่ ซึ่งมีผู้ป่วย 1,079, 839 และ 371 ราย ตามลำดับ (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547) และจากรายงานผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของจังหวัดเชียงใหม่ ช่วงปี พ.ศ. 2544-2548 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจาก 9.5 ต่อแสนประชากร ในปีพ.ศ. 2544 เป็น 14.3, 13.6, 17.4 และ 57.2 ในปี พ.ศ. 2548 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2548)

จากข้อมูลเบื้องต้นชี้ให้เห็นว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ สุรเกียรติ อาชานภาพ (2539) ได้กล่าวถึง ผลกระทบที่เกิดจากโรคมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ามาพบแพทย์มักมาด้วยอาการของมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามและระยะสุดท้าย ซึ่งทำให้การรักษาพยาบาลค่อนข้างยุ่งยาก และมีค่าใช้จ่ายสูง จากการประมาณค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 6,000 ราย พบว่าจะเสียค่าใช้จ่ายประมาณปีละ 163 ล้านบาท นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ทำให้สูญเสียรายได้ เกิดความเครียด วิตกกังวล เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถแก้ไขได้ตามแนวทางการควบคุมป้องกันโรคด้วยการตรวจค้นหาผู้ป่วยก่อนการเป็นมะเร็ง หรือมะเร็งในระยะเริ่มแรกได้ ซึ่งจะช่วยให้การรักษาได้ผลดี ทั้งยังลดความรุนแรง และความเสียหายของเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ จากการศึกษาพบว่า การตรวจคัดกรองด้วยวิธีการ“แพปสเมียร์” (pap smear) เป็นประจำทุก 1-2 ปี เป็นวิธีการป้องกันที่ดีที่สุด ให้ผลการป้องกันได้ถึงร้อยละ 98 เห็นได้จากอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามลดลงถึงร้อยละ 46 และอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามลดลงถึงร้อยละ 43 ภายในระยะเวลา 20 ปี จากข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่การกำหนดนโยบายของภาครัฐในการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2533; สุรางค์ ตรีรัตนชาติ, 2547)

ในปีพ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยตั้งเป้าหมายว่า จะลดอัตราและจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลงอย่างน้อยร้อยละ 50 ในระยะเวลา 5 ปี โดยมุ่งให้บริการในสตรีอายุ 35-60 ปี ซึ่งทั่วประเทศมีประมาณ 10 ล้านคน โดยกำหนดให้สตรีที่มีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี มารับการตรวจคัดกรองโรคทุกคน และประกาศเป็นนโยบายระดับชาติให้สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนทุกแห่งเข้าร่วมโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บรรลุลงในแผนการดำเนินงานประจำปี และให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่อยู่ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และให้ตรวจซ้ำทุก 5 ปี ซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับได้ดำเนินการเพื่อสนองนโยบายโดยการให้สุขศึกษาเรื่องมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีในชุมชนและประชาสัมพันธ์ผ่านกลุ่มผู้นำชุมชนต่างๆ รวมทั้งจัดกิจกรรมเคลื่อนที่ (จิรนนท์ มงคลดี, 2548) เพื่อให้การบริการครอบคลุมแต่ผลการดำเนินงาน แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2544 พบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงทั่วประเทศไทยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 28.93 และไม่ได้รับการตรวจคัดกรองสูงถึงร้อยละ 69.60 (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) ได้ศึกษาพบว่า ปัญหาในการไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งนี้เนื่องมาจาก การขาดความรู้ มีเจตคติที่ไม่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การที่ไม่มีอาการผิดปกติใดๆของร่างกาย ไม่คิดว่าตนเองอยู่ในกลุ่มมีโอกาเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก และอายุที่จะเปิดเผยอวัยวะ

สืบพันธุ์ต่อผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงมณี อะโฮ (2535) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวกับการมาตรวจเพื่อค้นหาหะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มารับการตรวจโรคแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่และเด็กศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10 เชียงใหม่ พบว่าเหตุผลของสตรีที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 33.04 และไม่มีอาการเกี่ยวกับโรคร้อยละ 12.17

ดังนั้นวิธีการแก้ไขเพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ การให้ความรู้ เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงได้รับรู้ถึงสิ่งที่ถูกต้องเป็นประโยชน์ต่อตัวเอง เกิดความตระหนัก ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม เพื่อดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ แสงมณี อะโฮ (2535) พบว่า เหตุผลของกลุ่มสตรีที่มาตรวจเพื่อค้นหาหะเร็งปากมดลูก เกิดจากการได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 40.87 สอดคล้องกับ เรณู กวาะ (2537) ที่ได้ทำการศึกษาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจหะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหะเร็งปากมดลูก โดยพบว่า ผู้ที่ไม่มารับการตรวจเพื่อค้นหาหะเร็งปากมดลูกมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 44.07-47.93 นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่ง นคร มุลนำ (2541) ได้ทำการศึกษาการประเมินผลโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการโครงการได้แก่ การไม่ตระหนักถึงประโยชน์ของการมารับการตรวจ ความไม่เพียงพอของบุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ สื่อประชาสัมพันธ์ เอกสาร และงบประมาณ นอกจากนี้จากการศึกษาของ โสภิตา คำทอง (2544) เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับ จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว พบว่า การส่งเสริมให้ความรู้ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สามารถส่งเสริมให้สตรีมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มีเจตคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีความตั้งใจในการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากยิ่งขึ้น

การให้ความรู้เป็นวิธีการหนึ่งที่มีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ประชาชนมีความรู้ในสิ่งนั้นๆ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเสี่ยงมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในรูปแบบของแนวทางการให้สุขศึกษา ซึ่งจากการสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานอนามัยตำบลหนองหอย และตำบลท่าศาลาในเขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ (สมพร เรื่องเศษ, 2549; บัวดี ศรีสุคนธ์มิตร, 2549) พบว่า กิจกรรมรณรงค์ที่ผ่านมาเป็นการประชาสัมพันธ์โดยอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุข และหอกระจายข่าว หรือเสียงตามสายในหมู่บ้านบางแห่งใช้รถกระจายเสียง หรือไปรษณียบัตร เพื่อแจ้งกำหนดการรณรงค์ให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบกำหนดการรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสถานบริการเท่านั้น และมีการให้ความรู้โดยผ่านทางสื่อในรูปแบบของแผ่นพับ และโปสเตอร์ที่ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ แจกจ่ายให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายในหมู่บ้าน ซึ่งต้องศึกษาจากเอกสารแผ่นพับดังกล่าวเท่านั้น การให้ความรู้ในระดับรายบุคคลจากเจ้าหน้าที่สถานอนามัย พบในรายที่มารับบริการด้านสุขภาพที่สถานบริการ ข้อดีของการให้ความรู้ในลักษณะดังกล่าวก็คือ สามารถให้ความรู้ในลักษณะของการให้คำปรึกษา ผู้รับบริการสามารถสอบถามรายละเอียดได้โดยไม่รู้สึกละอายใจ เพราะเป็นการพูดเพียงคนสองคน เจ้าหน้าที่สามารถสร้างแรงจูงใจให้มารับการตรวจได้ดี แต่ต้องใช้เวลาในการให้คำปรึกษาค่อนข้างมาก และในขณะเดียวกันก็พบว่า บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่จะดำเนินงานโครงการดังกล่าวไม่เพียงพอ (นครมุลนำ, 2541) ดังนั้นรูปแบบของการให้ความรู้กับกลุ่มคนหลายๆ คนคราวเดียว น่าจะเหมาะสมกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในระดับสถานอนามัย เพราะสามารถที่จะให้ความรู้ได้ครั้งละหลายๆ คนในเวลาที่ยากัด ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ มาลี สุดสวนลี (2539) เรื่อง ผลของการสอนสุขศึกษาเป็นรายกลุ่ม โดยใช้แผ่นพับในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ตำบลสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ภายหลังจากการสอนสุขศึกษาเป็นรายกลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษามีความรู้เพิ่มขึ้นและมีกรปฏิบัติถูกต้องดีกว่าก่อนการสอนสุขศึกษา

การให้สุขศึกษามีหลายรูปแบบดังกล่าวข้างต้น แต่ที่เหมาะสมกับการให้ความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก น่าจะเป็นวิธีการในรูปแบบโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มเพราะต้องมีการวางแผน และการเตรียมวัสดุการเรียนการสอนหรือเนื้อหาอย่างมีระบบ ในการให้ความรู้จะต้องมีการจัดวัสดุการเรียนการสอนหรือเนื้อหาอย่างรอบครอบ และมีขั้นตอนต่างๆ ที่เหมาะสม (กรองกาญจน์ อรุณรัตน์, 2536) นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน และระหว่างผู้เรียนด้วยกัน ข้อดีของการสอนรายกลุ่ม คือเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงในกลุ่มผู้เรียนด้วยกันเอง ซึ่งการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกลุ่มจะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับลักษณะของการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่ เพราะ

สามารถให้ความรู้แก่ประชาชนหรือผู้เรียนได้คราวละหลายคน ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมน้อย แต่มีข้อเสียคือถ้ากลุ่มมีขนาดใหญ่เกินไปอาจจะประเมินผลการสอนได้ยาก และผู้มีปัญหาแตกต่างจากกลุ่มอาจไม่ได้รับการแก้ไข (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) แต่ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้สอน กำหนดกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม และเวลาในการให้โปรแกรมการสอนไว้อย่างเหมาะสม เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ซักถาม ก็จะช่วยให้ผู้เรียนได้รับความรู้ ความเข้าใจยิ่งขึ้น

จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่หนึ่งที่ประสบปัญหาการไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ดังจะเห็นได้จากสถิติการมารับบริการตรวจไม่ปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนด โดยการดำเนินการที่ผ่านมาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ดำเนินการได้น้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มเป้าหมาย เห็นได้จากข้อมูลแสดงจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2549 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2549, para.1) พบว่า จังหวัดเชียงใหม่มีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 32,262 ราย แต่มีผู้ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียง 5,425 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.82 โดยเฉพาะในเขตพื้นที่อำเภอเมืองเชียงใหม่ พบว่าการดำเนินโครงการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหามะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมาย อายุ 35-60 ปี ในปี 2547 สามารถดำเนินการได้เพียงร้อยละ 39.04 ของกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษา โดยใช้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มเรื่องมะเร็งปากมดลูก เพื่อดูผลว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และความตั้งใจในการมารับบริการตรวจหรือไม่ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ และขยายผลลงไปในระดับพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ และทัศนคติในสตรีกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบความตั้งใจในการมาตรวจคัดกรองในสตรีกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม

สมมติฐานของการศึกษา

1. สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม

2. สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม มีทัศนคติที่ดีต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม

3. สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม มีความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental study) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลัง (one-group before-after design) โดยการศึกษาผลการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม ในกลุ่มสตรีอายุ 35-60 ปี ที่เป็นเป้าหมายในการตรวจคัดกรองในปีงบประมาณ 2549 ของสถานีอนามัยป่าข่อยเหนือ ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 45 ราย โดยทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2549

นิยามศัพท์

1. โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม หมายถึง วิธีการให้ความรู้กับบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป อย่างมีระบบ มีรายละเอียด แบบแผนและขั้นตอนในการให้ความรู้โดยกำหนดรายละเอียดของกิจกรรม สื่อที่ใช้ และเวลาที่ใช้ที่ชัดเจนเหมาะสมกับสภาพผู้เรียน บริบทแวดล้อมต่างๆ โดยมุ่งที่จะทำให้ผู้เรียนได้รับความรู้ ความเข้าใจ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และความตั้งใจที่ดีต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยทำการพัฒนารูปแบบการใช้สื่อศึกษาในสถานบริการที่มีอยู่มาปรับปรุงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และพัฒนาบางส่วนขึ้นเพื่อให้ครบถ้วนตามหลักทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีสนามแห่งความรู้ความเข้าใจ และทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล

2. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้ การรับรู้และความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อเท็จจริงในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งได้แก่ อุบัติการณ์ สาเหตุ ความรุนแรง และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การป้องกันโรค การตรวจคัดกรอง อาการและอาการแสดง การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

3. ทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกของสตรีต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

4. ความตั้งใจไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง กระบวนการคิดของบุคคลที่แสดงออกถึงความต้องการจะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรค และต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สถานีนามัยหรือสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

5. สตรีกลุ่มเสี่ยง หมายถึง สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ถึง 60 ปี ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา

1. สตรีกลุ่มเสี่ยง มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องในการควบคุมและป้องกันโรค และไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ได้แนวทางการเรียนการสอนสำหรับให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะในระดับสถานีนามัยในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกให้กับกลุ่มสตรีกลุ่มเสี่ยงด้วยโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม