

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาแบบรายกลุ่มต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ทักษะชีวิต และความตั้งใจในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 45 ราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2549 ซึ่งได้นำเสนอผลการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ตามลำดับดังนี้

- ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตามองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะชีวิตต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความตั้งใจในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก
- ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์จากการประเมินผลตามกิจกรรมการให้โปรแกรมสุขศึกษา รายกลุ่ม

### ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไป ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ การมีบุตร ข้อมูลการได้รับความรู้ ได้แก่ การได้รับความรู้ แหล่งความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ประสบการณ์การมาตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวนครั้งที่ตรวจมะเร็งปากมดลูก ช่วงเวลาการตรวจมะเร็งปากมดลูกครั้งสุดท้าย และสถานบริการที่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ (<math>\bar{X} = 48.4</math> , S.D. = 6.6, n = 45)</b>		
35 - 40 ปี	2	4.4
41 - 45 ปี	9	20.0
46 - 50 ปี	7	15.6
51 - 55 ปี	17	37.8
56 - 60 ปี	10	22.2
<b>การศึกษา (n = 45)</b>		
ประถมศึกษา	40	88.9
มัธยมศึกษา	4	8.9
อนุปริญญา	1	2.2
<b>อาชีพ (n = 45)</b>		
รับจ้าง	19	42.2
แม่บ้าน	10	22.3
ค้าขาย	8	17.8
เกษตรกรกรรม	6	13.3
อื่นๆ(ว่างงาน)	2	4.4

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (n = 45)</b>		
1,000-4,000 บาท	18	40.0
4,001-7,000 บาท	9	20.0
7001-10000 บาท	5	11.1
มากกว่า 10,000 บาท	13	28.9
<b>ความพอเพียงของรายได้ของครอบครัว (n = 45)</b>		
มีรายได้พอเพียง	27	60.0
มีรายได้ไม่พอเพียง	18	40.0
<b>สถานภาพสมรส (n = 45)</b>		
คู่	30	66.7
ม่าย หย่า และแยกกันอยู่	11	24.4
โสด	4	8.9
<b>ระยะเวลาการอยู่กับสามี (n = 41)</b>		
น้อยกว่าเท่ากับ 5 ปี	1	2.4
มากกว่า 5 ปี	40	97.6
<b>จำนวนบุตร (<math>\bar{X} = 1.9</math>, S.D. = 1.4, n = 41)</b>		
ไม่มีบุตร	2	4.9
มีบุตร 1 คน	10	24.4
มีบุตร 2 คน	22	53.6
มีบุตร 3 คน	2	4.9
มีบุตรเกินกว่า 3 คน	5	12.2

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุบุตรคนสุดท้าย ( $\bar{X} = 19.0$ , S.D. = 11.0, n = 39)		
เกินกว่า 5 ปี	38	97.4
น้อยกว่า หรือเท่ากับ 5 ปี	1	2.6

จากตาราง 1 ได้จัดแบ่งกลุ่มตามเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกระทรวงสาธารณสุขทุกช่วง 5 ปี (35, 40, 45, 50, 55, 60 ปี) พบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ที่ 48 ปี โดยมีอายุ 51–55 ปีร้อยละ 37.8 รองลงมาอายุ 56–60 ปีร้อยละ 22.2 อายุ 41–45 ปีร้อยละ 20 อายุ 46–50 ปีร้อยละ 15.6 และกลุ่มอายุน้อยที่สุดคือ 35–40 ปีร้อยละ 4.4 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 88.9 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 8.9 และอนุปริญาตร้อยละ 2.2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 42.2 รองลงมาเป็นแม่บ้านร้อยละ 22.2 ค้าขายร้อยละ 17.8 และเกษตรกรร้อยละ 13.3

รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1,000–4,000 บาทร้อยละ 40 รองลงมาได้มากกว่า 10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 28.9 มีรายได้ 4,000–7,000 บาทร้อยละ 20 และรายได้ 7,001–10,000 บาทร้อยละ 11.1 และส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียงกับค่าใช้จ่ายในครัวเรือนคิดเป็นร้อยละ 60

ระยะเวลาการอยู่กับคู่สมรสของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างผ่านการครองชีวิตคู่มาแล้วคิดเป็นร้อยละ 91.1 แยกเป็นคู่ร้อยละ 66.7 หย่า ม่าย และแยกกันอยู่ร้อยละ 24.4 และโสดร้อยละ 8.9 ส่วนใหญ่อยู่กับสามีมานานเกินกว่า 5 ปีร้อยละ 97.6 มีบุตร 2 คนร้อยละ 53.6 รองลงมาไม่มีบุตรเกินกว่า 3 คน ร้อยละ 12.2 และร้อยละ 24.4 มีบุตรเพียงคนเดียว พบว่า บุตรคนสุดท้ายอายุเกินกว่า 5 ปี ร้อยละ 97.4 และมีค่าเฉลี่ยอายุบุตรคนสุดท้ายอยู่ที่ 19 ปี

## ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับความรู้และแหล่งที่มาของความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ลักษณะการได้รับความรู้/แหล่งที่มาของความรู้	จำนวน	ร้อยละ
<b>การได้รับความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก (n = 45)</b>		
เคยได้รับความรู้	25	55.6
ไม่เคยได้รับความรู้	20	44.4
<b>แหล่งที่มาของความรู้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 25)</b>		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	15	60.0
วิทยุ	9	36.0
เพื่อนหรือญาติ	8	32.0
เอกสาร วารสาร แผ่นพับ	5	20.0
หนังสือพิมพ์	4	16.0

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เคยได้รับความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกมาก่อน จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 เมื่อจำแนกข้อมูลตามแหล่งที่มาของความรู้เปรียบเทียบค่าร้อยละภายในกลุ่ม (จากข้อเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากการแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 60.0 รองลงมาจากสื่อวิทยุร้อยละ 36.0 จากคำแนะนำของเพื่อนหรือญาติร้อยละ 32.0 จากเอกสาร วารสาร แผ่นพับด้านสุขภาพร้อยละ 20.0 และน้อยที่สุดจากหนังสือพิมพ์ร้อยละ 16.0

## ตาราง 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ลักษณะการมารับบริการตรวจ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประวัติการไปตรวจมะเร็งปากมดลูก (n = 45)</b>		
ไม่เคยตรวจ	11	24.4
ตรวจทุกปี	8	17.8
ตรวจปีเว้นปี	6	13.3
ตรวจทุก 3-4 ปี	8	17.8
ตรวจทุก 5 ปี	5	11.1
ตรวจนานเกินกว่า 5 ปี	7	15.6
<b>ระยะเวลาที่ได้รับการตรวจครั้งสุดท้าย (n = 34)</b>		
ภายในปีนี้(ม.ค. – ก.ค.49)	1	2.9
อยู่ในช่วง 1 - 5 ปีที่ผ่านมา	26	76.5
เกินกว่า 5 ปี	7	20.6
<b>จำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจ (<math>\bar{X} = 2.1</math>, S.D. = 2.6, n = 34)</b>		
เคยตรวจมาแล้ว 1 ครั้ง	16	47.0
เคยตรวจมาแล้ว 2 - 3 ครั้ง	9	26.5
เคยตรวจมาแล้วเกินกว่า 4 ครั้งขึ้นไป	9	26.5
<b>สถานที่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 34)</b>		
สถานีอนามัย	18	52.9
โรงพยาบาลรัฐ	11	32.4
คลินิกเอกชน	7	20.6
โรงพยาบาลเอกชน	6	17.6

ตาราง 3 (ต่อ)

ลักษณะการมารับบริการตรวจ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เหตุผลของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในครั้งแรก (n = 34)</b>		
ต้องการตรวจสุขภาพ	22	64.7
ได้รับข่าวรณรงค์	5	14.7
มาตรวจหลังคลอด	4	11.8
เพื่อนญาติชักชวน	2	5.9
พบอาการผิดปกติ	1	2.9

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ เคยได้รับการตรวจอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเลยร้อยละ 24.4 และเคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมาแล้วเกินกว่า 5 ปีร้อยละ 15.6 และเคยรับการตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อ 1-5 ปีที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 76.5 มีเพียงร้อยละ 20.6 ที่เคยตรวจครั้งสุดท้ายเกินกว่า 5 ปี มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเกินกว่า 2 ครั้งร้อยละ 53.0 มีประสบการณ์ในการตรวจมาแล้วเพียงครั้งเดียวร้อยละ 47.0 ส่วนใหญ่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่สถานีนามัยร้อยละ 52.9 รองลงมาไปตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐร้อยละ 32.4 คลินิกเอกชนร้อยละ 20.6 และโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 17.6 เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในครั้งแรกเพราะต้องการมาตรวจสุขภาพร้อยละ 64.7 รองลงมาคือได้รับข่าวสารรณรงค์การตรวจมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 14.7 มาตรวจตามแพทย์นัดหลังคลอดร้อยละ 11.8 เพื่อนและญาติชักชวนมาร้อยละ 5.9 และมาตรวจด้วยพบอาการผิดปกติร้อยละ 2.9

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตามองค์ประกอบ ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะ ทศนคติ ต่อ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความตั้งใจการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

1. ด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แบ่งการวิเคราะห์ระดับความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ออกเป็น 3 ระดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและ หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม

ระดับความรู้	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับดี	5	11.1	30	66.7
ความรู้ระดับปานกลาง	29	64.4	15	33.3
ความรู้ระดับต่ำ	11	24.4	-	-
รวม	45	100.0	45	100.0

จากตาราง 4 ระดับความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการให้โปรแกรม สุขศึกษารายกลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลางร้อยละ 64.4 มีความรู้ระดับต่ำร้อยละ 24.4 และมีความรู้ในระดับดีร้อยละ 11.1 และหลังการให้โปรแกรม สุขศึกษารายกลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 66.7 และมีความรู้ในระดับปานกลางร้อยละ 33.3 และไม่พบผู้ที่อยู่ในกลุ่มที่มีระดับความรู้ ต่ำ



2. ด้านทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แบ่งการวิเคราะห์ระดับทัศนคติออกเป็น 3 ระดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตาราง 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการได้รับความรู้โปรแกรมให้สูขศึกษารายกลุ่ม

ระดับทัศนคติ	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทัศนคติระดับดี	8	17.8	12	26.7
ทัศนคติระดับปานกลาง	30	66.7	29	64.4
ทัศนคติระดับต่ำ	7	15.6	4	8.9
รวม	45	100.0	45	100.0

จากตาราง 5 ระดับทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างก่อนการให้โปรแกรมสูขศึกษารายกลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลางร้อยละ 66.7 และมีทัศนคติในระดับดี ร้อยละ 17.8 และหลังการให้โปรแกรมสูขศึกษารายกลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.7 และมีระดับทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง และระดับทัศนคติในระดับต่ำลดลงคิดเป็นร้อยละ 64.4 และร้อยละ 8.9 ตามลำดับ

3. ด้านระดับความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แบ่งการวิเคราะห์ระดับความตั้งใจ ออกเป็น 3 ระดับ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตาราง 6

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการได้รับความรู้โปรแกรมให้สุขศึกษารายกลุ่ม

ระดับความตั้งใจ	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีความตั้งใจระดับดี	7	15.6	14	31.1
มีความตั้งใจระดับปานกลาง	34	75.6	30	66.7
มีความตั้งใจระดับต่ำ	4	8.9	1	2.2
รวม	45	100.0	45	100.0

จากตาราง 6 ระดับความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลางร้อยละ 75.6 มีความตั้งใจระดับต่ำร้อยละ 8.9 มีความตั้งใจระดับดีร้อยละ 15.6 ซึ่งหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.1 มีความตั้งใจระดับปานกลางและความตั้งใจระดับต่ำลดลงเป็นร้อยละ 66.7 และ 2.2 ตามลำดับ

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างโดยทำการจับคู่คะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม ซึ่งได้ผลวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 7

#### ตาราง 7

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม

ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความรู้	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม	13.0	4.0		
หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม	18.1	2.2		
คะแนนหลัง - คะแนนก่อน	5.1	4.4	7.687	.000*


หมายเหตุ \* = มีนัยสำคัญทางสถิติ  $P < .001$

จากตาราง 7 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง หลังให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม ดีกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .001$ )

5. การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการจับคู่คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม ซึ่งได้ผลวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 8

#### ตาราง 8

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม

ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติ	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม	73.8	10.1		
หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม	79.3	11.7		
คะแนนหลัง - คะแนนก่อน	5.5	13.2	2.793	.008*


หมายเหตุ \* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < .05$

จากตาราง 8 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม ดีกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $P = .008$ )

6. การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการจับคู่คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม ซึ่งได้ผลวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 9

#### ตาราง 9

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม

ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความตั้งใจ	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม	7.3	1.5		
หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม	8.0	1.1		
คะแนนหลัง - คะแนนก่อน	0.7	1.6	2.955	.005*

หมายเหตุ \* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < .05$

จากตาราง 9 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม ดีกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $P = .005$ )

### ส่วนที่ 3 ผลการสรุปจากการประเมินผลตามกิจกรรมการให้โปรแกรมสุขศึกษาแบบรายกลุ่ม

จากผลสรุปในกิจกรรมที่ใช้ในกระบวนการเรียนการสอนใน โปรแกรมสุขศึกษาแบบรายกลุ่มเกี่ยวกับสภาพปัญหา และสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกภายในกลุ่ม โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 10

#### ตาราง 10

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุผลที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ตอบได้หลายเหตุผล)

ลักษณะของเหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
1. ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	45	100.0
2. ไม่คิดว่าตนเองอยู่ในกลุ่มมีโอกาเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก	45	100.0
3. ไม่มีอาการผิดปกติใดๆของร่างกาย	45	100.0
4. อายุที่จะเปิดเผยอวัยวะสืบพันธุ์ต่อผู้อื่น	42	93.3
5. กลัวขั้นตอนต่างๆของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	42	93.3
6. ไม่รู้ว่ามีกรตรวจหามะเร็งปากมดลูกในพื้นที่	42	93.3
7. มีปัญหาทางการเงิน กลัวว่าจะเสียค่าใช้จ่ายมาก	38	84.4
8. กลัวว่าตรวจแล้วจะพบว่าเป็น โรคมะเร็งปากมดลูก	30	66.7
9. ไม่สามารถหาเวลามารับบริการตรวจได้	24	53.3
10. ไม่สะดวก ในการเดินมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก	22	48.9
11. กลัวคนอื่นจะคิดว่าตนเองเป็นโรคเพศสัมพันธ์	15	33.3

จากตาราง 10 เมื่อจำแนกถึงสาเหตุของการไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนให้เหตุผลตรงกันว่า เกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก คิดว่าตนเองไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรค และไม่พบความผิดปกติใดในร่างกาย จึงไม่ไปตรวจ ตามมาด้วยเหตุผลที่ว่า อายุที่จะเปิดเผยอวัยวะสืบพันธุ์ต่อผู้อื่น กลัวขั้นตอนต่างๆของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และไม่รู้ว่ามีกรตรวจหามะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ร้อยละ 93.33

นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านการเงิน กลัวเสียค่าใช้จ่ายมาก กลัวว่าตรวจแล้วจะพบว่าเป็นโรค ไม่มีเวลาในการไปรับบริการตรวจ ไม่สะดวกในการเดินทางไปตรวจ และกลัวคนอื่นจะคิดว่าตนเองเป็นโรคเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 84.4 , 66.7 , 53.3 , 48.9 และ 33.3 ตามลำดับ

### การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มต่อความรู้เกี่ยวกับ มะเร็งปากมดลูก ทักษะคิดต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความตั้งใจการไปรับบริการ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 45 ราย โดยการประเมินเปรียบเทียบผลความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ทักษะคิด และความตั้งใจ ก่อนและหลังจากการให้ความรู้ด้วยโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม ผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

**ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะคิดต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ ความตั้งใจมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการให้โปรแกรมศึกษารายกลุ่ม ซึ่งสามารถอภิปรายตามสมมติฐานของการวิจัย ได้ดังนี้**

**สมมติฐานที่ 1** สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม

ในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี (ตาราง 4) และเมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ พบว่า คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม ดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P\text{-value} < .001$  (ตาราง 7) อธิบายได้ว่า

การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงขึ้นอาจเนื่องจากผลของโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม ซึ่งเป็นวิธีการให้ความรู้แก่บุคคลหรือกลุ่มคน ซึ่งมีการวางแผนและการเตรียมวัสดุการเรียนการสอนหรือ เนื้อหาอย่างมีระบบเพื่อช่วยให้การเรียนการสอนมีประสิทธิภาพ และบรรลุจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ ประกอบด้วย กิจกรรมในลักษณะของการใช้ประสบการณ์เดิมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กระบวนการ กลุ่มร่วมกันศึกษาจากสภาพปัญหาถึงเหตุผลที่ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้ศึกษานำเข้าสู่สถานการณ์ความรุนแรง และปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

เพื่อสร้างความตระหนักให้กับกลุ่มตัวอย่าง เกิดความตระหนัก และสนใจ โดยผู้ศึกษานำเสนอภาพ  
 ในรูปของสไลด์ประกอบคำบรรยาย ถึงภาพมะเร็งปากมดลูกในระยะต่างๆ และผู้ศึกษาได้เสริม  
 ความรู้ในเรื่องอาการ วิธีการตรวจคัดกรอง การรักษาพยาบาล และสร้างความต่อเนื่องเพื่อให้กลุ่ม  
 ตัวอย่างได้มีส่วนร่วมกิจกรรมของกลุ่ม จากกรณีตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษา กระตุ้นให้กลุ่ม  
 ตัวอย่างได้นำเอาสิ่งที่เรียนรู้มาใช้ การวิเคราะห์ แยกแยะ หาปัจจัยเสี่ยง และนำไปสู่การประเมินผล  
 ว่า กรณีตัวอย่างนั้นมีปัจจัยเสี่ยง หรือข้อบ่งชี้อะไรที่ควรไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก  
 ซึ่งขั้นตอนนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้แสดงความคิดของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกอย่างกว้างขวาง  
 มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ศิริพร สิงหนตร (2531) ที่กล่าวว่า การสอนไม่ว่าแบบใด  
 ก็ตามต้องสอนให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในข้อมูลที่เสนอไม่เกิดความ  
 เบื่อหน่าย ตั้งใจติดตามบทเรียนผู้เรียนสามารถเรียนได้เร็วขึ้นและมากขึ้นในเวลาที่กำหนด โดยใช้สื่อ  
 การสอนให้เหมาะสมกับเนื้อหา วัยของผู้เรียน จำนวนของผู้เรียน และสภาพแวดล้อม ซึ่งสอดคล้อง  
 กับการศึกษาของ สมศรี บุญมี (2544) ที่ได้ศึกษาผลของการใช้สื่อพื้นบ้านในการให้สุขศึกษาเรื่อง  
 โรคเอดส์แก่ประชาชนในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า ความรู้ และทัศนคติต่อโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่าง  
 ที่ศึกษาภายหลังจากการใช้สื่อพื้นบ้าน ดีกว่าก่อนการใช้สื่อพื้นบ้านในการให้สุขศึกษา ดังนั้นจะเห็น  
 ได้ว่า รูปแบบของการใช้สื่อ และภาษาที่เหมาะสมกับสภาพของผู้เรียน ก็มีผลสำคัญที่ส่งเสริมให้  
 การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย นอกจากนี้การใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการที่  
 เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มกระทำกิจกรรมร่วมกันเกิดการ  
 เรียนรู้ซึ่งกันและกัน สามารถนำประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มมาใช้แก้ไข และปรับปรุงใช้ในชีวิต  
 ประจำวันให้เหมาะสมกับตนเองได้ (พิไลวรรณ ยอดประสิทธิ์, 2542) สอดคล้องกับ มาลี สุดสวนสี  
 (2539) ที่ได้ศึกษาผลของการสอนสุขศึกษาเป็นรายกลุ่มโดยใช้แผ่นพับ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะ  
 ความดันโลหิตสูง ตำบลสันพระเนตร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ภายหลังจากการ  
 สอนสุขศึกษา กลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษามีความรู้เพิ่มขึ้น และมีการปฏิบัติถูกต้อง ดีกว่าก่อนการสอน  
 สุขศึกษา

จากรายงานการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนหนึ่งที่ทำให้สตรีไม่มารับการตรวจคัดกรอง  
 มะเร็งปากมดลูกก็คือ การขาดความรู้ ความเข้าใจ ดังเห็นได้จากการศึกษาของ นคร มูลนา (2541)  
 เรณู กาวิละ (2537) และ แสงมณี อะโฮ (2535) ที่พบว่า เหตุผลที่สตรีในอำเภอคอยหล่อ อำเภอ  
 สันป่าตอง และโรงพยาบาลแม่และเด็ก จังหวัดเชียงใหม่ ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก  
 มดลูก เพราะยังขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ยังพบว่า ความเชื่อ  
 ความกลัวเจ็บ กลัวที่จะพบโรค และความอาย ที่เกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจ ก็เป็นปัจจัยหนึ่ง  
 ที่เป็นอุปสรรคในการมารับการตรวจคัดกรองด้วย (เรณู กาวิละ, 2537 ; นคร มูลนา, 2541) จากการ



ศึกษาของ ประดับ ทองใส (2541) ในกลุ่มสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตปริมณฑล ยังพบว่า กลุ่มสตรีเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคใดๆ ต้องอาการแสดงให้สังเกตเห็นภายนอกได้ ถ้าไม่มีอาการใดๆ ถือว่าปกติ จึงไม่เกิดความตระหนักรู้ และเห็นความสำคัญของการไปตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ยังพบว่า ความกลัวก็เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้สตรีมารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกได้เช่นกัน เห็นได้จากการศึกษาของ เจตนา สีใส (2540) และ จิระนันท์ มงคลดี (2548) ที่พบว่า ความกลัวว่าจะเป็นโรค เป็นสาเหตุอันดับต้นๆที่ส่งผลดีทำให้สตรีมารับการมาตรวจ คัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก แต่ความกลัวนั้นต้องเกิดจากการเรียนรู้ และมีความเข้าใจในเรื่อง มะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง จนเกิดความตระหนักรู้ต่อการเป็นโรค สอดคล้องกับคำกล่าวของ จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) และกนกวรรณ ประवालพิทย (2540) ที่ว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริงที่บุคคลได้รับ และเก็บสะสมไว้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ที่เพียงแต่จำได้และเก็บสะสม รวบรวมไว้ เพื่อใช้ในการจัด ระบบของความรู้ใหม่จนเกิดความเข้าใจ นำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง รวมทั้งมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์และประเมินค่าของความรู้ที่ได้รับจนเห็นว่าถูกต้อง จึงจะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้อง กับสิ่งที่รู้นั้นออกมา

จากผลของการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม เป็นวิธีการให้ ความรู้แบบหนึ่งที่สามารถจะทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องมะเร็งปากมดลูก เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเป็นโปรแกรมให้ความรู้ที่ได้กำหนดเนื้อหาให้สอดคล้องกับสิ่งที่สตรีกลุ่ม เสี่ยง สนใจ รู้จักนำความรู้ที่ได้มาใช้ในการวิเคราะห์ และประเมินผลจากสถานการณ์กรณีตัวอย่าง จนเกิดความเข้าใจ ซึ่งเป็นการสร้างทักษะมากกว่าความจำ เมื่อสตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เรื่องโรคมะเร็ง ปากมดลูก เกิดความตระหนักถึงผลลัพธ์ของการเจ็บป่วย รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และรู้ถึงวิธี การในการตรวจค้นหาโรคที่ไม่ซับซ้อนและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ จึงส่งผลให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมี ความรู้ดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม และยังส่งผลให้สตรีกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว มีทัศนคติและความตั้งใจในมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นด้วย ดังจะเห็นได้จาก ผลการศึกษาที่จะกล่าวถึงต่อไป

**สมมติฐานที่ 2** สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม มีทัศนคติที่ดี ต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม

ในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง หลังการให้โปรแกรม สุขศึกษารายกลุ่ม พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติ ต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี (ตาราง 5) และเมื่อวิเคราะห์ เปรียบเทียบด้วยวิธีทางสถิติ พบว่า คะแนนทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา

รายกลุ่มดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P\text{-value} = .008$  (ตาราง 8) อธิบายได้ว่า

การให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ และรับรู้ถึงสถานการณ์ ความรุนแรง และความรู้เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งวิธีการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก ด้วยกระบวนการเรียนการสอน ไม่ว่าจะเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรม หรือการสะท้อนความคิดผ่านกระบวนการกลุ่ม ซึ่งแต่ละอย่างเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการแลกเปลี่ยนแนวคิด เกิดความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ซิมบาร์โด เอบปีเซน และมาสลาซ (Zimbardo, Ebbesen & Maslash, 1977 อ้างใน กนกวรรณ ประวาลพิทย์, 2540) ที่ว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติขึ้นอยู่กับความรู้ คือ ถ้ามีความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติก็จะเปลี่ยนแปลง และมีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความตั้งใจตามมาด้วย การแสดงออกในด้านความคิดจากกิจกรรมในโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม ในการประเมินผลจากศึกษา นอกจากเป็นการแสดงถึงความรู้สึกรับรู้ต่อผลการวิเคราะห์จากกรณีตัวอย่างนั้นแล้ว ยังบ่งบอกถึงสภาพจิตใจที่มีผลต่อกรณีศึกษานั้นด้วย สอดคล้องกับคำกล่าวของ อัยฎาฐ โลหันทน์ (2547) ที่ว่า ทัศนคติเป็นภาวะทางอารมณ์เช่นเดียวกับคำว่า ความคิดสร้างสรรค์ ความวิตกกังวล ซึ่งต่างเป็นสภาวะสันนิษฐานที่ไม่สามารถสังเกตหรือวัดได้โดยตรง แต่สามารถอนุมานได้จากพฤติกรรมภายนอกที่บุคคลแสดงออกมา นอกจากนี้ทัศนคดียังอาจหมายถึง ท่าทีของบุคคลที่แสดงออกถึงสภาพจิตใจ ทัศนคติเป็นนามธรรมและเป็นส่วนทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ แต่ทัศนคติไม่ใช่แรงจูงใจ (motive) และแรงผลักดัน (drive) หากแต่เป็นสภาพพร้อมที่จะได้ตอบ (state of readiness) และแสดงให้เห็นถึงแนวทางการสนองตอบของบุคคลต่อสิ่งเร้า (สมเกียรติ ทองมี, 2540)

จากการศึกษา พบว่า ทัศนคติก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรี ซึ่งการแก้ไขต้องปรับเปลี่ยนฐานความคิดเดิมนั้นของกลุ่มสตรีดังกล่าว ด้วยการให้ความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ และตั้งใจที่จะมารับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ จูพาร์ตัน สุวรรณเมฆ (2544) เรื่องผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว พบว่า สตรีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีเจตคติต่อการตรวจคัดกรองดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นอกจากนี้จากการศึกษาของ กนกวรรณ ประวาลพิทย์ (2540) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อทัศนคติ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการ

ให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติทางบวกเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการให้โปรแกรมให้ความรู้ นอกจากนี้จากการศึกษาของ ฟองศรี เรือนเครือ (2546) เรื่องเจตคติ และบันทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงในการใช้ฮอร์โมนทดแทนของอาจารย์สตรีระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของการหมดประจำเดือน พบว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการกระทำพฤติกรรม(การใช้ฮอร์โมนทดแทน)นั้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างแสวงหาความรู้เพื่อหาคำตอบให้กับตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดรูปแบบการให้ความรู้ด้วยโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มไว้เพียงครั้งเดียว ซึ่งอาจจะไม่สามารถประเมินทัศนคติที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ในทันที แต่มีส่วนสำคัญก็คือทำให้กลุ่มตัวอย่างได้นำสิ่งที่เรียนรู้ผ่านกระบวนการคิดและนำมาประเมินผลในลักษณะของทัศนคติที่เกิดจากความคาดหวังในกระทำต่อผลลัพธ์นั้น ซึ่งตรงกับ อัญชลี เศรษฐเสถียร (2540 อ้างใน ปารีชาติ ภักวิภาส, 2543) ที่กล่าวว่า การคาดหวังการกระทำต่อผลลัพธ์ คือการที่บุคคลคาดหวังไว้ล่วงหน้าก่อนการกระทำพฤติกรรมว่า ถ้าหากทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผลลัพธ์แก่ตนเองในทางที่ดีหรือไม่ดี แต่เนื่องจากความคาดหวังเป็นสภาวะทางจิตอย่างหนึ่ง เป็นการรู้สึกนึกคิด หรือความคิดเห็นว่าควรจะเป็น หรือจะเกิดขึ้น ตามความจำเป็นเหมาะสมต่อสถานการณ์หนึ่ง ดังนั้นการวัดความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์หนึ่งว่า ควรจะมี ควรจะเป็น หรือควรจะเกิดขึ้น ก็คือการวัดความคาดหวังนั่นเอง ซึ่งความคาดหวัง หรือทัศนคตินี้เป็นองค์ประกอบพื้นฐานต่อความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น

แสดงให้เห็นว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือเมื่อบุคคลมีทัศนคติต่อการความคาดหวังต่อการกระทำในทางบวกนั้นแล้ว บุคคลก็จะแสวงหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับผลของการกระทำนั้น ในทางเดียวกับความรู้ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเช่นกัน เห็นได้จากเมื่อบุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นส่งผลดีต่อตนเอง บุคคลก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งหรือการกระทำนั้น และยอมรับที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้อาจกล่าวได้ว่า ทัศนคติเป็นตัวจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมไปในทางเดียวกับทัศนคติของตน ดังนั้นพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งที่สะท้อนทัศนคติแต่ถึงอย่างไรก็ดี ยังพบว่ามีผลการวิจัยอยู่หลายเรื่อง que แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมที่แสดงออกไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้นเสมอไป ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมของคนเรานั้นมิได้ถูกกำหนดเพียงความรู้หรือทัศนคติเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีปัจจัยอื่นๆอีก เช่น สถานภาพ สถานการณ์ และเหตุการณ์แวดล้อมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมในขณะนั้นได้ด้วย (ภาควิชาการบริหารทรัพยากรมนุษย์, 2549)

**สมมติฐานที่ 3** สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มมีความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม

ในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ระดับความตั้งใจของกลุ่มตัวอย่าง หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความตั้งใจต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับดีเพิ่มขึ้น (ตาราง 6) และ เมื่อนำมาวิเคราะห์ที่เปรียบเทียบด้วยวิธีทางสถิติ พบว่า คะแนนความตั้งใจของกลุ่มตัวอย่างหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม ดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P\text{-value} = .005$  (ตาราง 9) อธิบายได้ว่า

การแสดงออกทางความตั้งใจนั้น เกิดจากกลุ่มตัวอย่างการได้รับความรู้ตามโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มผ่านขั้นตอนของการเรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้เกิดความตั้งใจด้านบวกต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่ง จูพาร์ตัน สุวรรณเมฆ (2546) ได้กล่าวถึงความตั้งใจไว้ว่าคือ ความคิดที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งบ่งบอกถึงความเป็นไปได้ของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา โดยองค์ประกอบสำคัญ คือ ความรู้ ทัศนคติ ที่ก่อให้เกิดความตั้งใจ และผลักดันให้มีพฤติกรรมนั้น และได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว พบว่า การให้ความรู้ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถส่งเสริมให้สตรีมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกมีเจตคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมีความตั้งใจในการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ความตั้งใจยังอาจหมายถึง ความเป็นไปได้ในพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงพฤติกรรมบางอย่างออกมา ซึ่งองค์ประกอบอย่างหนึ่งที่แฝงอยู่ในตัวบุคคลมีพื้นฐานมาจากความรู้ ความจำ เจตคติ และความเชื่อ ซึ่งมีส่วนผลักดันให้บุคคลประกอบกิจกรรมต่างๆอย่างจริงจัง (วฤณธร ตั้งตฤณกุล, 2540)

ถึงแม้ว่า ความรู้ และทัศนคติเป็นองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของบุคคลในการกำหนดความตั้งใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมตามความรู้ และความเชื่อนั้น ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจที่บุคคลใช้ในการกำหนดแนวทางที่จะกระทำ พฤติกรรมนั้นๆในอนาคต แต่พบว่า ยังมีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจต่อการกระทำพฤติกรรม ซึ่งต้องนำมาพิจารณาถึงผลต่อการคาดหวังในการกระทำพฤติกรรมนั้น (อุษณีย์ วรรณาลัย, 2548, para.7) อันได้แก่ ช่วงระยะเวลาระหว่างการวัดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมและการสังเกตพฤติกรรม ซึ่งพบว่า ถ้าเว้นช่วงเวลานานขึ้นความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจที่จะทำและพฤติกรรมอาจถูกคาดหวังต่ำลง ดังนั้นหลังจากให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มแล้วจึงจำเป็นต้องจัดกิจกรรมรณรงค์การตรวจในพื้นที่ เพื่อสร้างโอกาสให้สตรี

กลุ่มเสี่ยงดังกล่าวมารับบริการได้ ตามความตั้งใจที่คาดหวังไว้ การได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่ ก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างหนึ่งที่อาจทำให้บุคคลเปลี่ยนความตั้งใจ ดังนั้นการได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง และมะเร็งปากมดลูก เมื่อสตรีกลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้ผ่านโปรแกรมการศึกษาได้รับความรู้แล้วเห็นว่าการตรวจเป็นผลดีต่อตนเอง เกิดทัศนคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรอง และส่งผลต่อความตั้งใจไปรับการตรวจคัดกรองดังกล่าวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนหรือลำดับของพฤติกรรมที่มากขึ้นหรือผ่านหลายขั้นตอนความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมจะถูกคาดหวังลดลง

ดังนั้นในขั้นตอนของการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มในเรื่องขั้นตอนและการเตรียมความพร้อมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง จึงมีความจำเป็นอย่างมาก เพราะถ้าสตรีดังกล่าวไปรับตรวจแล้วไม่สามารถรับการตรวจด้วยเหตุปัจจัยใดก็ตามจะส่งผลให้สตรีกลุ่มดังกล่าวมีความตั้งใจที่จะมาตรวจลดลง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องจัดอุปสรรคดังกล่าวด้วยการให้ความรู้ดังที่กล่าวที่ถูกต้องในข้างต้น นอกจากนี้ในการจัด กิจกรรมการตรวจคัดกรอง ต้องคำนึงถึงขั้นตอนที่ไม่สร้างความยุ่งยากให้กับผู้ไปรับตรวจมากนัก เพราะเป็นผลให้ความตั้งใจลดลงเช่นกัน ความสามารถของบุคคลความตั้งใจของบุคคล ก็มีผลสำคัญ แม้จะเป็นเพียงการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น แต่ถ้าบุคคลไม่มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมแล้ว หรือพิจารณาแล้วไม่มีวิถีทางที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมนั้นได้ พฤติกรรมนั้นก็ไม่สามารถเกิดขึ้น ดังนั้นต้องเปิดโอกาสให้กลุ่มสตรีแสดงความสามารถในการตัดสินใจมารับบริการตรวจคัดกรอง ด้วยการจัดกิจกรรมรณรงค์ตรวจคัดกรองในพื้นที่หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม และให้กลุ่มสร้างความมั่นใจให้กับสมาชิก และชักชวนให้มาตรวจร่วมกัน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าความจำก็เป็นปัจจัยหนึ่งเพราะถ้าลืมหรือจำไม่ได้ ความตั้งใจก็ไม่เกิด พฤติกรรมก็ไม่เกิด ด้วยเหตุนี้เองโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มจึงไม่เน้นที่การจำ แต่เน้นให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเข้าใจด้วยกระบวนการกลุ่ม ความเคยชินหรืออุปนิสัยของบุคคลที่ทำงานเคยชินก็มีผลต่อความตั้งใจที่จะทำเช่นกัน เพราะทำให้พฤติกรรมที่แสดงออกนั้นไม่ตรงกับพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นจริงได้ การที่จะทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเคยชินได้นั้น จำเป็นที่ต้องให้บุคคลดังกล่าวเกิดการรับรู้ด้วยตนเอง จนเกิดเป็นความตระหนัก โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มจึงกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องกับเนื้อหา โดยใช้ประสบการณ์ของกลุ่ม และใช้กลุ่มเป็นตัวชี้นำความตั้งใจของสมาชิกภายในกลุ่ม เพื่อให้เกิดความตั้งใจร่วมกันของกลุ่ม เกิดปฏิสัมพันธ์และชักชวนกันไปรับบริการตรวจคัดกรองด้วยความสัมพันธ์ภายในกลุ่มกันเอง