

## การติดตามผลของโปรแกรมสุขศึกษาด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นฐาน เพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง

### A Follow-up Study of the Effectiveness of Health Education Program by Applying the Brain Based Learning to Promote Cervical Cancer Screening among Women Risk Group

ชาลินี มานะยิ่ง<sup>1</sup> มะลิวัลย์ บางนันทน้อย<sup>2</sup> และภวนรินทร์ สีภู่<sup>3</sup>  
คณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา, จังหวัดนครราชสีมา

\* Corresponding author; E-mail: Dr.chalineep@nmc.ac.th

วันรับ	11/02/2564
วันแก้ไข	02/03/2564
วันตอบรับ	25/03/2564

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำหลายครั้ง (One-group repeated measures) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นฐานเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 39 คน โดยได้มาจากการสุ่มแบบเจาะจงและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาในการทดลอง 10 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยติดตามประเมินผลความคงทนของพฤติกรรมเมื่อครบเดือนที่ 3, 6 และ 7 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนด้วยสถิติ Independent t-test นำเสนอด้วยค่า Mean difference และ 95%CI วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (One-way repeated measures analysis of variance) แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยวิธี Pairwise comparisons

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบเดือนที่ 3 และ 6 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

**คำสำคัญ :** โปรแกรมสุขศึกษา, การจัดการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นฐาน, การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

## ABSTRACT

This study is quasi experimental research used one-group repeated measures design and aimed to study a follow-up study of the effectiveness of health education program by applying the brain based learning for promote cervical cancer screening among women risk group. The samples were 39 chosen from the women risk groups through purposive sampling as well as the verification against the eligibility criteria. The samples were engaged in 10-week health education program-oriented activities on a weekly basis. Subsequently 3, 6, and 7 months after the activities had ended, the researchers conducted the follow-up and evaluation sessions of behavioral continuity through a questionnaire. Descriptive data were analyzed by descriptive statistic including frequency, percentage, mean and standard deviation. Comparative analysis was used Independent t-test, which the difference is found of 95% confidence interval (95%CI), One-way repeated measures analysis of variance and pairwise comparisons.

The research results revealed that health education program-oriented activities showed that the mean scores achieved 3 and 6 months after the activities had ended were significantly different ( $P$ -value  $< 0.001$ ). The mean scores of cervical cancer, perceived benefits and perceived barriers of cervical cancer screening program and admission to cervical cancer screening service tended to increase.

**Keyword :** Health education program, Brain based learning, Promote cervical cancer screening

## บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกยังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าแม้จะเป็นโรคที่ป้องกันได้ กลับมีผู้หญิงประมาณปีละ 270,000 คน ทั่วโลกเสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูก<sup>(1)</sup> สำนักงานวิจัยมะเร็งแห่งชาติ (IARC) รายงานสถิติของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกใน พ.ศ. 2556 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 530,000 คนต่อปี หรือประมาณ ร้อยละ 88.0<sup>(2)</sup>

ประเทศไทยในปัจจุบันโรคมะเร็งยังมีแนวโน้มอัตราเพิ่มสูงขึ้น และยังเป็นปัญหาทาง

สาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยมีอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุ (Age standardized incidence rate) เท่ากับ 24.5 ต่อประชากรสตรี 100,000 คน ในแต่ละปีพบผู้ป่วยใหม่ประมาณ 5,200 คน หรือประมาณร้อยละ 52.0 ตรวจพบมะเร็งปากมดลูกประมาณวันละ 27 คน และมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 14 คน<sup>(2)</sup> มะเร็งปากมดลูกสามารถรักษาให้หายได้และมีความเป็นไปได้ในการที่จะกำจัดให้หมดไปจากประเทศไทย หากตรวจพบตั้งแต่อยู่ในระยะเริ่มแรกหรือระยะก่อน



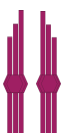
เป็นมะเร็งกรรมการแพทย์ได้ร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั่วประเทศ เพื่อค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกและระยะก่อนเป็นมะเร็งในสตรีอายุ 30 - 60 ปี เพื่อที่จะได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก (3) จังหวัดนครราชสีมา เป็นพื้นที่หนึ่งที่ประสบปัญหาการไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีนโยบายเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยกำหนดให้ร้อยละ 30.0 ของสตรีกลุ่มเสี่ยง ต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และผลงานต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10 เพื่อให้ครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด (4) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสี่ระชะเลียง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2555 - 2560 พบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 20.45, 21.35, 19.77, 19.01 และ 17.69 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้มีการครอบคลุมร้อยละ 30 (5)

จากแนวคิดของ Rosenstock ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (Health Behavior) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน ประกอบด้วย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการดูแล

ตนเอง และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน (6) และจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House อธิบายไว้ว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะรู้สึกว่าคุณค่า มีคนเอาใจใส่ดูแล รวมทั้งผู้สนับสนุนจะช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมาย (7) จากแนวคิดข้างต้นนี้ผู้วิจัยมองเห็นว่าการส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้บุคคลเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้น ต้องมีกระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นฐาน (Brain based Learning : BBL) ประกอบด้วย 1) ขั้นการสร้างความสนใจ 2) ขั้นนำเสนอความรู้ใหม่ 3) ขั้นการวิเคราะห์ 4) ขั้นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) ขั้นประยุกต์ใช้ความรู้ และ 6) ขั้นการประเมินผล (8) เพื่อให้บุคคลมีเป้าหมาย มีประโยชน์และมีคุณค่า บุคคลจะมีแรงบันดาลใจที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ มีความศรัทธาต่อสิ่งที่เรียนรู้เกิดการเรียนรู้อย่างแท้จริง

สืบเนื่องจากผลของโปรแกรมสุขศึกษาด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นฐานเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ซึ่งพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 10 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < .001$ ) (9)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเพิ่มการติดตามและประเมินผลผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อวัดความคงทนของพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรอง



มะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเข้ารับการ

ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัด

กรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในเดือนที่ 3, 6 และ 7

### สมมติฐานการวิจัย

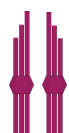
ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาครบเดือนที่ 3, 6 และ 7 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็ง

ปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

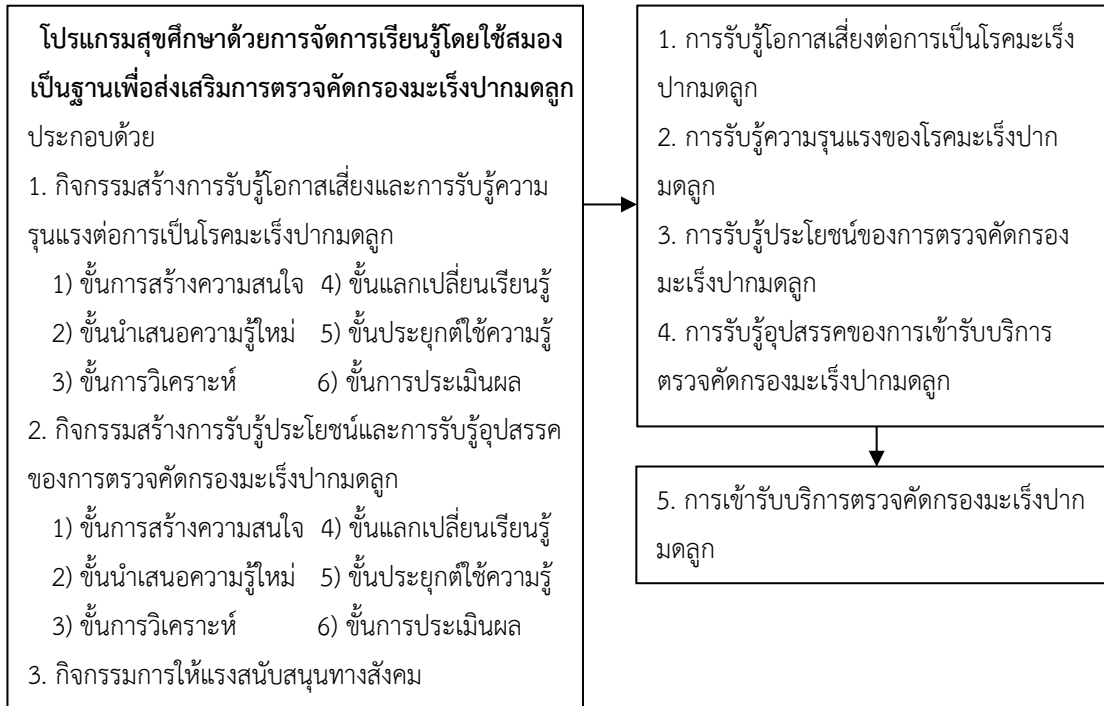
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการที่บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีการรับรู้ประโยชน์ และมีการรับรู้อุปสรรค จะทำให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น และการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นฐาน ผู้เรียนจะมีเป้าหมาย มีประโยชน์และมีคุณค่า ผู้เรียนจะมีแรงบันดาลใจ

ที่กระตุ้นให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้ มีความศรัทธาต่อสิ่งที่เรียนรู้ ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างแท้จริง ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพประกอบที่ 1



## ตัวแปรอิสระ

## ตัวแปรตาม



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำหลายครั้ง (One-group repeated measures) โดยกลุ่มตัวอย่างคือ สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละเลิงอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 39 คน ได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา 10 สัปดาห์ และติดตามประเมินผลในเดือนที่ 3, 6 และ 7 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมตามโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยขั้นตอน

ดังนี้ 1) ชั้นการสร้างความสนใจ 2) ชั้นนำเสนอความรู้ใหม่ 3) ชั้นการวิเคราะห์ 4) ชั้นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) ชั้นประยุกต์ใช้ความรู้ และ 6) ชั้นการประเมินผล

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมตามโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ 1) ชั้นการสร้างความสนใจ 2) ชั้นนำเสนอความรู้ใหม่ 3) ชั้นการวิเคราะห์ 4) ชั้นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) ชั้นประยุกต์ใช้ความรู้ และ 6) ชั้นการประเมินผล

สัปดาห์ที่ 3-5 ติดตามเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจแก่กลุ่มสตรี โดยเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้คำปรึกษารายบุคคล และรายกลุ่มโดยเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 6 จัดคลินิกตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเคลื่อนที่ในชุมชน และนัดฟังผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 1 เดือน

สัปดาห์ที่ 7-9 ติดตามเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจแก่กลุ่มสตรี โดยเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้คำปรึกษารายบุคคล และรายกลุ่มโดยเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 10 สรุปกิจกรรม แจ้งผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากนั้นติดตามประเมินผลของโปรแกรมสุศึกษาเมื่อครบเดือนที่ 3, 6 และ 7 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยแบบสอบถาม

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบและเติมคำ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปาก มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ เป็นคำถามเชิงบวก ลักษณะคำถามเป็นปลายปิด (Close ended question) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก มีลักษณะแบบมาตราส่วน

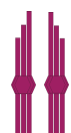
ประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ลักษณะคำถามเป็นปลายปิด (Close ended question) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ลักษณะคำถามเป็นปลายปิด (Close ended question) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ลักษณะคำถามเป็นปลายปิด (Close ended question) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 6 การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบและเติมคำ จำนวน 5 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโดยการทดสอบค่าที (Independent t-test) นำเสนอด้วยค่า Mean difference และ ค่าช่วงเชื่อมั่นที่ 95% (95% Confidence Interval: 95%CI) วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (One-way repeated measures analysis of variance) แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยวิธี Pairwise comparisons



## ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 49.62 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 48.72 มีสถานภาพสมรสคู่ (อยู่กินกับสามี) ร้อยละ 74.36 มีอาชีพแม่บ้าน/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 38.46 รายได้เฉลี่ยเดือน 3,789.74 บาท มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 20.72 ปี เคยตั้งครรภ์ ร้อยละ 87.18 कुमกำเนิด ร้อยละ 74.36 โดยวิธีการกินยา कुमกำเนิด ร้อยละ 30.77

2. การเปรียบเทียบผลการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการ

รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) และมีค่าเฉลี่ยการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) (ตารางที่ 1)

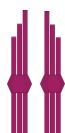
**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของผลของโปรแกรมสุขศึกษา ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n = 39)

ผลของโปรแกรม สุขศึกษา	คะแนนก่อน Mean ± S.D.	คะแนนหลัง Mean ± S.D.	ค่าความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย (Mean Difference)	95% CI		
				of Mean Difference	t	P-value
1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ	22.31 ± 3.89	26.97 ± 2.56	4.67	6.15 ถึง 3.81	6.25	.000*
2) การรับรู้ความรุนแรงฯ	22.85 ± 3.94	27.05 ± 2.46	4.21	5.65 ถึง 2.72	5.65	.000*
3) การรับรู้ประโยชน์ฯ	23.28 ± 4.06	26.77 ± 3.52	3.49	5.20 ถึง 1.77	4.05	.000*
4) การรับรู้อุปสรรคฯ	20.05 ± 4.38	26.77 ± 3.52	6.72	8.51 ถึง 4.93	7.46	.000*
5) การเข้ารับบริการฯ	0.00	100.00	100.00	0.54 ถึง 0.84)	14.18	.000*

(\*P-value < .05)

3. การติดตามผลของโปรแกรมสุขศึกษา ด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นฐานเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้

ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาในเดือนที่ 3 และ 6 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) (ตารางที่ 2)



**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาในเดือนที่ 3, 6 และ 7 (n = 39)

ผลของโปรแกรม สุขศึกษา	Mean (S.D.)					SS	df	MS	F	P-value
	คะแนนก่อน	คะแนนหลัง	คะแนนหลัง	คะแนนหลัง						
		เดือนที่ 3	เดือนที่ 6	เดือนที่ 7						
1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ	22.31 (3.89)	26.97 (2.56)	33.37 (1.34)	35.50 (0.32)		3232.38	2.42	1440.93	196.68	.000*
2) การรับรู้ความรุนแรงฯ	22.85 (3.94)	27.05 (2.46)	29.93 (1.50)	29.93 (0.31)		1916.38	1.45	1246.70	103.19	.000*
3) การรับรู้ประโยชน์ฯ	23.28 (4.06)	26.77 (3.52)	33.40 (1.37)	31.80 (0.10)		2974.10	1.69	1520.30	173.19	.000*
4) การรับรู้อุปสรรคฯ	20.05 (4.38)	26.77 (3.52)	30.13 (1.21)	35.33 (0.28)		1456.10	2.31	8781.68	45.67	.000*

(\*P-value < .05)

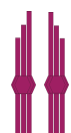
### อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการขยายผลการติดตามและประเมินผลตามโปรแกรมสุขศึกษาด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นฐานเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เพิ่มขึ้นจากการใช้กระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นฐาน ได้ฝึกปฏิบัติ มีการสนทนาซักถามประเด็นปัญหา การจัดกิจกรรมกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง เป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ของ Caine, R. and Caine, G.<sup>(10)</sup> เมื่อผู้เรียนเกิดการเรียนรู้แบบสัมผัสโดยตรง เพราะจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนได้อย่างแท้จริง ส่งผลให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.79 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรัชญาพร รุจาคม และจรรุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ<sup>(11)</sup> ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรม

ส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 - 60 ปี โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .001)

2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) เนื่องจากมีการประยุกต์ใช้การจัดการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นฐาน (Brain based Learning : BBL) และตามแนวคิดของ Bandura เชื่อว่าวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งจากประสบการณ์โดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาของนิยม จันทรนวล<sup>(12)</sup> ได้ศึกษาเรื่องการใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อสุขภาพในการส่งเสริมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลหนองแห่น อำเภอภูซุ่ม จังหวัดยโสธรผลการศึกษาพบว่า ภายหลัง





การทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .001)

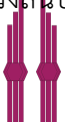
3. ภายหลังจากทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่เป็นกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ทัศนคติเชิงบวกจากผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงและได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาทางแก้ไข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรจเรข ธรรมกร่าง และคณะ<sup>(13)</sup> ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง สตรีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการมารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.05)

4. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) เนื่องจากได้รับกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้อุปสรรคโดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อน และผู้วิจัยให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการ

กระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ การแนะนำในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคตามแนวคิดของ House<sup>(7)</sup> การสนับสนุนทางสังคม ให้ผู้รับการสนับสนุนได้รับการสนับสนุน เพื่อให้ผู้รับจะบรรลุปฏิบัติการเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิยม จันทน์นวล<sup>(12)</sup> ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อสุขภาพในการส่งเสริมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลหนองแห่น อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001)

ทั้งนี้ เมื่อเพิ่มระยะเวลาในการวัดความคงทนของพฤติกรรมการป้องกันโรคให้นานขึ้นเป็น 6 เดือน ตามข้อเสนอแนะของการศึกษาก่อนหน้า ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงยังคงรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ถึงผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนมีความตั้งใจที่จะนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 76.70) สามารถเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติได้

คณะผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินผลของโปรแกรมสุขศึกษาเมื่อครบเดือนที่ 7 ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่หลังเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 และ 7



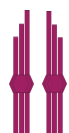
เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองยังคงพฤติกรรมการป้องกันโรคไว้ได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในทุกด้านอย่างยั่งยืน ในช่วง 3 - 4 เดือนแรก หลังสิ้นสุดระยะของการได้รับโปรแกรม คณะผู้วิจัยหรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการติดตามเยี่ยมบ้านในสตรีกลุ่มเสี่ยงเช่นเดียวกับประชากรที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแล้ว เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเวลาสำหรับการเรียนรู้ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุตรินทร์ ผัดวงและ

ถาวร ล่อกา<sup>(14)</sup> พบว่า ในช่วง 6 เดือนแรกหลังสิ้นสุดระยะของการได้รับโปรแกรมเป็นช่วงเวลาการเปลี่ยนผ่านไปสู่ การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ดังนั้น การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ครอบครัว หรือญาติ จึงมีความจำเป็นเพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ การศึกษาครั้งต่อไปอาจเพิ่มระยะเวลาในการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคให้นานขึ้น ผู้วิจัยอาจจัดเวทีเพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้แสดงความคิดเห็น ในการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้และทักษะต่างๆ คณะผู้วิจัยหรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง 30 นาที เพื่อให้กลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่

## ข้อเสนอแนะ

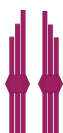
1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้
  - 1.1 ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ของสตรีกลุ่มเสี่ยงในตำบลอื่น เพื่อให้มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก
  - 1.2 ควรมีการกระตุ้นเตือนให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคอยู่เสมอ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
  - 2.1 ควรนำโปรแกรมสุขศึกษาไปดำเนินการกับสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองกลุ่มใหม่ เพื่อเพิ่มอัตราการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
  - 2.2 ควรมีการนำนวัตกรรมทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ หรือนวัตกรรมด้านดิจิทัลมาใช้ในโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ง่าย สะดวกและกระชับเวลาต่อการดำเนินงาน



## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **WHO Encourage 9-13 year olds to receive cervical cancer vaccines.** (Online). Available from : <https://www.voathai.com/a/who-cervical-cancer-tk>. (7<sup>th</sup> August 2018), 2015.
2. จตุพล ศรีสมบูรณ์ และชำนาญ เกียรติพิรกุล. **มะเร็งนรีเวชวิทยา (Gynecologic oncology).** กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2554.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. **แผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก.** กรุงเทพฯ : [ม.ป.ท.], 2554.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. **รายงานประจำปี 2560.** นครราชสีมา : โครราชพรีนติ้ง, 2560.
5. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. **ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560.** นนทบุรี : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560.
6. Rosenstock, I.M. Historical Origins of Health Belief Model. **Health Education Monographs.** 3(2); 328-335, 1974.
7. House, J. S.. Structures and Processes of Social Support. **Annual Review of Sociology,** 14(1); 293-318, 1988.
8. สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้. **สรุปเนื้อหาทางานสัมมนาเชิงปฏิบัติการ 10 ปี การเรียนรู้ตามหลักการพัฒนาสมอง (Brain – based Learning : BBL).** ณ ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์. วันที่ 20 สิงหาคม 2558 : กรุงเทพฯ, 2558.
9. มะลิวัลย์ บางน้อมน้อย กวี ไชศิริ และชาลินี ปลัดพรหม. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นฐานเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง. **วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ,** 5(1); 406-415, 2060.
10. Caine, R. and Caine, G. **12 Principles for brain – based Learning.** Action– One Author's Personal Journey. October 9, 2013, from <http://www.nea.org/teachexperience/braik030925.html>, 1989.
11. ปรัชญาพร รุจาคม และจากรุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางสังคม อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา,** 23(2); 35-45, 2560.
12. นิยม จันทรินวล. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อสุขภาพในการส่งเสริมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลหนองแห่น อำเภอภูคชชุม จังหวัดยโสธร. **วารสารวิชาการสาธารณสุข,** 26(1); 138-146, 2560.



13. รจเรข ธรรมกร่าง และคณะ. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง. **Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University**, 1(5); 19-29, 2557).
14. บุศรินทร์ ผัดวัง และถาวร ล่อกา. การติดตามผลลัพธ์ระยะยาวในการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา บ้านฮ่องห้า ตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. 9(1); 43-51, 2558.
15. Albert Bandura. Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, 84(2); 191-215, 1977.

