บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี ตำบลชำราก อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารและทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. โรคมะเร็งปากมดลูก
   1.1 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก
   1.2 การวินิจฉัย
   1.3 การแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูก
   1.4 การรักษามะเร็งปากมดลูก
2. แนวทางการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก
3. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการทำแพพสเมียร์ (Pap Smear)
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูก
5. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก
6. การเสนอตัวแบบ (Modeling)

1. โรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก เป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติอย่างไม่หยุดยั้งของเซลล์บริเวณมากมดลูก (สุรินทร์ โตสุโขวงศ์ และชัยยศ ธีรผกาวงศ์, 2542, หน้า 104) จากการรวบรวมสถิติในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ.2544 มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 254 ราย หรือประมาณร้อยละ 15.32 ของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จัดเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม (ประเสริฐ ตรีวิจิตรศิลป์ และวิชัย เติมรุ่งเรืองเลิศ, 2547) ซึ่งสาเหตุของโรคยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคดังนี้

1.1 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก

1. ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ โดยทั่วไปพบว่าสตรีที่มีฐานะยากจนมีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

สังคมสูงกว่า ทั้งนี้เนื่องจากสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อย ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ทำให้การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลไม่ดีพอ

2. การแต่งงานและการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งพบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการมีเพศสัมพันธ์ (Furniss, 2000, หน้า 19-20) โดยพบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นในสตรีต่อไปนี้

3. การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกหรือการแต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อยโดยเฉพาะต่ำกว่า 17 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ปากมดลูกไวต่อการเปลี่ยนแปลง โดยพบว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 16 ปี มีความเสี่ยงสูงขึ้น 2.7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกหลังอายุ 22 ปี (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2540, หน้า 221) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ พันธุ์ศาสตร์ (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีถึงร้อยละ 77.60 ที่แต่งงานและมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 10-20 ปี

4. ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน สตรีที่แต่งงานมากกว่า 1 ครั้งหรือสตรีที่ขายบริการทางเพศ จะมีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีทั่วไป สตรีที่มีคู่นอนหลายคน จะเสี่ยงมากขึ้นประมาณ 3-4 เท่า ของสตรีที่มีคู่นอนคนเดียว (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

5. การตั้งครรภ์ครั้งแรกกับจำนวนการคลอดบุตร สตรีที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุ 20 ปี และสตรีที่มีบุตรหลายคนมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง เนื่องจากมีการฉีกขาดและการซ่อมแซมปากมดลูกบ่อย ๆ

6. ลักษณะของสามีหรือคู่นอน พบว่าลักษณะต่าง ๆ ของสามีหรือคู่นอนมีผลต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรี ได้แก่

7. ผู้ชายที่เป็นมะเร็งองคชาติภรรยาจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

8. สตรีที่แต่งงานกับผู้ชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีทั่วไป 3.5 เท่า (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

9. ผู้ชายที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ชายที่มีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุยังน้อยและผู้ชายที่สำส่อนทางเพศ จะทำให้ภรรยามีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

10. สารโปรทามีน (Protamine) ซึ่งเป็นโปรตีนที่หัวอสุจิ มีผลต่อดีเอนเอ (DNA) ของเซลล์ปากมดลูกให้เปลี่ยนแปลงเป็นดิสพลาเซีย (Dysplasia) ซึ่งทำให้สตรีเป็นมะเร็งปากมดลูกได้

11. ชาวยิวและชาวมุสลิมมีสถิติการเป็นมะเร็งปากมดลูกน้อยมาก เนื่องจากผู้ชายชาวยิวและมุสลิมต้องขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศตามกฎของศาสนา ทำให้ไม่มีสเมกมา

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

(Smegma) หรือสิ่งสกปรกหมักหมมที่ปลายอวัยวะเพศ เพราะเชื่อว่าสเมกมาเป็นตัวที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกได้ (เจตนา ศรีใส, 2540)

12. การคุมกำเนิดพบว่าผู้ใช้ยาคุมกำเนิดติดต่อกันเป็นระยะเวลา 10 ปีหรือมากกว่าจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกเป็น 2 เท่า

13. การสูบบุหรี่ ไม่ว่าจะสูบเองหรือได้รับควันบุหรี่จากคนที่สูบเข้าร่างกาย สารทาร์หรือน้ำมันดินจะถูกขับออกมาบริเวณปากมดลูกทำให้เกิดการระคายเคืองของปากมดลูก ซึ่งถ้าได้รับเป็นระยะเวลานานเซลล์เยื่อบุปากมดลูกอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์มะเร็งได้ (เจตนา ศรีใส, 2540) ผู้ที่สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบประมาณ 1.5-2.3 เท่า ถ้าสูบบุหรี่ตั้งแต่ 40 มวนต่อวันขึ้นไปหรือสูบนานกว่า 39 ปีขึ้นไป การสูบบุหรี่สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกเฉพาะชนิดสแควมัสเซลล์ (Squamous Cell)

14. การติดเชื้อ พบว่าการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์จะทำให้สตรีมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง ได้แก่

เชื้อไวรัสหงอนไก่ (Human Papilloma Virus: HPV) เป็นที่ทราบกันดีว่าไวรัสตัวนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุปากมดลูกและกลายเป็นมะเร็งได้ ไวรัสตัวนี้ติดต่อกันทางการมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาของเคนนี (Kenney, 1994 อ้างถึงในเจตนา ศรีใส, 2540) พบว่าอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอนและประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสหงอนไก่ซึ่งเป็นสาเหตุของการเป็นมะเร็งปากมดลูก

การติดเชื้อเอดส์ สตรีที่มีการติดเชื้อเอดส์มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูก และพบว่าการเป็นมะเร็งปากมดลูกร่วมกับการติดเชื้อเอดส์จะทำให้มะเร็งเกิดการลุกลามเร็วขึ้น (Lovejoy & Anastasi, 1994 อ้างถึงในเจตนา ศรีใส, 2540)

การติดเชื้อชนิดอื่น ๆ ที่พบว่าอาจเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก แต่ยังสรุปไม่ได้แน่นอน ได้แก่ ทริโคโมแนส เชื้อหนองใน ซิฟิลิส และการติดเชื้อเริมบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

15. สตรีที่มีภูมิต้านทานต่ำและการได้รับยากดภูมิต้านทาน จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นและมักจะมีการติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ได้ง่าย ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะและผู้ป่วยที่ได้รับไดเทียม

16. พฤติกรรมการบริโภค พบว่า การบริโภคเบตาแคโรทีน วิตามินเอ โฟเลต วิตามินซี ซึ่งเป็นสารต้านมะเร็งในปริมาณที่สูง มีส่วนช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งทุกชนิดได้

17. การตั้งครรภ์ พบว่า สตรีที่ตั้งครรภ์ถือว่ายังอยู่ในภาวะที่ภูมิต้านทานของร่างกายลดลงและมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นตามจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

18. แพทย์บางคนมีความเชื่อว่า ยาจำพวกฮอร์โมนมีผลทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกได้

ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ อ่ำช้าง (2544) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งปากมดลูกพบบ่อยมากในสตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์ แม่ชีในนิกายโรมันคาทอลิกไม่พบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกเลย อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นในสตรีที่เคยแต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย (ต่ำกว่า 17 ปี) หรือมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย สตรีที่มีคู่นอนหลายคนจะเสี่ยงมากกว่าสตรีที่มีคู่นอนคนเดียว สตรีที่มีความถี่ของการร่วมเพศสูง จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มากหรือมีบุตรมาก

โดยสรุปสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกนั้นยังไม่มีการยืนยันแน่นอน แต่เชื่อว่าสาเหตุการเกิดมะเร็งปากมดลูกมีการเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสที่บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย การมีบุตรมาก ผู้ที่มีประวัติเป็นกามโรค ปัจจัยด้านกรรมพันธุ์รวมไปถึงยาหรือฮอร์โมนบางชนิด

1.2 การวินิจฉัย

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกมักไม่มีอาการ อาจตรวจพบจากการที่ผู้ป่วยไปรับการตรวจภายใน และทำการตรวจมะเร็งปากมดลูกประจำปี ตรวจหลังคลอด หรือตรวจปรึกษาในการวางแผนครอบครัวในผู้ป่วยที่มีอาการ (ประเสริฐ ตรีวิจิตรศิลป์ และ วิชัย เติมรุ่งเรืองเลิศ, 2547) การตรวจร่างกายทั่วไป ควรตรวจว่ามีต่อมน้ำเหลืองใต้โตกว่าปกติซึ่งพบในรายที่มีการกระจายของมะเร็งไปแล้ว ควรคลำตับและม้ามว่าโตหรือไม่ ผู้ป่วยที่มีเลือดออกมากอาจมีอาการซีดได้ หากมะเร็งไปกดต่อมน้ำเหลืองบริเวณเชิงกรานผู้ป่วยอาจขาบวมได้

การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกเริ่มหรือระยะก่อนลุกลามทำได้ ดังนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2548)

1. การตรวจภายใน (Pelvic Examination) และการทำการตรวจมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกในระยะก่อนลุกลามมักไม่มีอาการ ดังนั้นการตรวจภายในร่วมกับการทำการตรวจมะเร็งปากมดลูก จึงเป็นการตรวจขั้นพื้นฐานที่สำคัญในการวินิจฉัยโรค การตรวจที่ถูกวิธีจะช่วยให้เกิดความแม่นยำในการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547)

2. การตรวจปากมดลูกด้วยกล้องคอลโปสโคป (Colposcope) คือ การตรวจลักษณะเยื่อบุผิวและลักษณะของเส้นเลือดบริเวณปากมดลูก ด้วยกล้องขยายที่ส่องตรวจทางช่องคลอด กำลังขยาย 5-40 เท่า ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากในการวินิจฉัยและรักษามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกและระยะลุกลาม โดยใช้ตรวจกรณีที่พบความผิดปกติจากการตรวจมะเร็งปากมดลูก

3. การตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยการใช้น้ำยาไอโอดีนทดสอบ (Schiller's Iodine Test) คือ การตรวจหาตำแหน่งของเยื่อบุผนังช่องคลอดและคอมดลูกที่ผิดปกติโดยใช้น้ำยาลูกอร์ 5%

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

(Lugol Solution) หรือน้ำยาไอโอดีน 3% ทาบริเวณดังกล่าวแล้วดูผล นิยมทำในกรณีที่พบรอยแผลบริเวณปากมดลูกหรือต้องการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ

4. การตัดชิ้นเนื้อตรวจ (Punch Biopsy) หมายถึง การตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูกที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งทำการตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ จะทำในรายที่การตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติและมีแผลที่ปากมดลูก

5. การตัดชิ้นเนื้อโดยคว้านคอมดลูกเป็นรูปกรวย (Conization) นิยมทำ 2 วิธี คือ

การจี้เย็น (Cold Knife Conization, CKC) หมายถึงการใช้มีดตัดเนื้อปากมดลูกเป็นรูปกรวย ซึ่งมีปลายแหลมอยู่ภายในช่องคอมดลูก เพื่อนำไปตรวจหาตำแหน่งของมะเร็งปากมดลูกที่แน่นอน

การใช้เลเซอร์ (Laser Conization) เป็นการผ่าตัดที่ใช้เวลาน้อย เสียเลือดน้อยและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการทำจี้เย็น

โดยสรุปแล้วการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกมีหลายวิธี การตรวจภายใน (Pelvic Examination) ร่วมกับการทำการตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นการตรวจเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก เนื่องจากเป็นวิธีการตรวจที่ง่าย ราคาถูก สะดวก เสียค่าใช้จ่ายน้อย และสามารถวินิจฉัยมะเร็งป่ากมดลูกได้ถูกต้องถึงร้อยละ 98 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกด้วยการตรวจภายใน (Pelvic Examination) ร่วมกับการทำการตรวจมะเร็งปากมดลูก

1.3 การแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูก

การแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูกตามระดับความรุนแรงของโรค (ศิวาลัย ธนภัทร อ้างถึงใน อรุณี ตันเจริญ, 2542) แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนเป็นมะเร็ง (Cervical Intraepithelium Neoplasia, CIN) โดยแบ่งระดับความรุนแรง 3 ระดับ คือ

CIN I หมายถึง พยาธิสภาพที่มีเซลล์ลักษณะผิดปกติประมาณไม่เกิน 1/3 ของความหนาชั้นเยื่อบุผิว

CIN II หมายถึง พยาธิสภาพที่มีเซลล์ลักษณะผิดปกติประมาณ 1/3 ถึง 2/3 ของความหนาชั้นเยื่อบุผิว

CIN III หมายถึง พยาธิสภาพที่มีเซลล์ลักษณะผิดปกติมากกว่า 2/3 หรือ เกือบตลอดความหนาชั้นเยื่อบุผิว

2. มะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม (Carcinoma in Situ) หมายถึง เนื้อเยื่อบุผิวปากมดลูกประกอบด้วยเซลล์ที่มีลักษณะผิดปกติชนิดเดียวกันตลอดความหนาของเนื้อเยื่อ และอาจพบ

ลักษณะผิดปกติปรากฏที่เยื่อบุผิวที่ต่อมของคอมดลูก (Endocervical Gland) ที่อยู่ต่อเนื่องกันโดยไม่มีการกระจายไปสู่เนื้อเยื่อ

3. มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเล็กน้อย (Microinvasive Carcinoma) หมายถึง พยาธิสภาพของมะเร็งปากมดลูกกระจายลงไปในเนื้อเยื่อที่อยู่ข้างใต้ แต่ลึกไม่เกิน 5 มิลลิเมตร และไม่พบว่ามีการลุกลามลงไปในหลอดเลือด หรือหลอดน้ำเหลือง

3.1 มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม เป็นระยะที่มองเห็นด้วยตาเปล่า และมีเลือดออกง่าย แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

ลักษณะเป็นแผล (Ulcerative Type) ลักษณะเป็นแผลตื้น ๆ แผ่ขยายเข้าไปในช่องคอมดลูก ทำลายเนื้อเยื่อปากมดลูกเป็นโพรงใหญ่ลึก ไม่มีเนื้อปากมดลูกเหลือให้เห็น

มะเร็งลุกลามเข้าไปในเนื้อปากมดลูก (Endophytic Type) ลักษณะเซลล์มะเร็งจะแทรกกระจายตัวเข้าไปในเนื้อปากมดลูก ทำให้ลักษณะปากมดลูกใหญ่ แข็งมาก ขรุขระ ปรากฏเป็นแผลที่เยื่อบุเพียงเล็กน้อย

ลักษณะเป็นก้อนยื่นออกมานอกปากมดลูก (Exophytic Type) ลักษณะมะเร็งเป็นเนื้องอกใหญ่ โผล่ยื่นออกมานอกปากมดลูกมักเปื่อยยุ่ย เลือดออกง่าย เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด ลักษณะคล้ายดอกกะหล่ำหรือนิ้วมือ

นอกจากนี้การแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูกทางคลินิกตามแบบของสหพันธ์สูติ-นรีแพทย์ระหว่างประเทศ (International Federation of Gynaecology and Obstetrics หรือ FIGO) (Cancer Committee Report, 1997 อ้างถึงใน สวรส เสนาศูนย์, 2546) ยังสามารถแบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ได้ดังนี้

ระยะ 0 มะเร็งเป็นเฉพาะที่เยื่อบุโพรงมดลูกเท่านั้น

ระยะ 1 มะเร็งเป็นเฉพาะในตัวมดลูก

ระยะ 1A มะเร็งที่ขนาดโพรงมดลูกไม่เกิน 8 เซนติเมตร

ระยะ 1B มะเร็งขนาดโพรงมดลูกเกินกว่า 8 เซนติเมตร

ระยะ 2 มะเร็งกระจายลุกลามไปยังคอมดลูก แต่ไม่ออกนอกมดลูก

ระยะ 3 มะเร็งกระจายลุกลามออกนอกมดลูก แต่ยังอยู่ในอุ้งเชิงกราน

ระยะ 4 มะเร็งกระจายลุกลามออกนอกอุ้งเชิงกรานไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ เช่น กระเพาะปัสสาวะ หรือลำไส้ใหญ่

ระยะ 4A มะเร็งกระจายลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียง เช่น กระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้ส่วนล่าง

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ระยะ 4B มะเร็งกระจายลุกลามออกไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่ไกลออกไปจากอุ้งเชิงกราน เช่น ปอด และตับ เป็นต้น

1.4 การรักษามะเร็งปากมดลูก

การรักษามะเร็งปากมดลูก สามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

1. การรักษาด้วยวิธีผ่าตัด

ตัดเฉพาะปากมดลูกเป็นรูปกรวย (Cone Biopsy) จะทำในระยะก่อนลุกลาม และต้องแน่ใจว่าตัดเอาเซลล์มะเร็งออกหมด คนไข้ส่วนใหญ่จะไม่มีผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

การตัดมดลูกออกมี 2 แบบ แบบแรก คือ ตัดมดลูกออกอย่างเดียว ซึ่งมักจะทำในระยะก่อนลุกลาม และแบบที่สอง คือตัดมดลูกออกพร้อมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานออก รวมทั้งพังผืดยึดมดลูกและช่องคลอดส่วนบนออกด้วย มักจะทำในมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1

2. การรักษาโดยการใช้รังสีรักษา คือการให้รังสีไปทำลายเซลล์มะเร็ง ซึ่งมักจะทำในรายที่มะเร็งมีขนาดโตและไม่สามารถผ่าตัดออกได้หมด หรือมะเร็งลุกลามออกมานอกปากมดลูกแล้ว การฉายรังสีอาจจะฉายอย่างเดียว หรืออาจจะให้ร่วมกับการผ่าตัด หรือร่วมกับการให้เคมีบำบัดด้วยก็ได้ และการรักษาด้วยรังสีจะมีทั้งการฉายรังสีทางด้านนอกและการฝังแร่เข้าไปในโพรงมดลูกด้วย (กรมการแพทย์, 2545)

3. การให้เคมีบำบัด เป็นการให้ยาเคมี มีวัตถุประสงค์เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งและทำลายเซลล์ดีของร่างกายน้อยที่สุด เคมีบำบัดที่ใช้ในคนไข้มะเร็งปากมดลูก มักจะให้ในกรณีที่เป็นในระยะลุกลามมากแล้ว อาจจะให้ก่อนหรือหลังการผ่าตัดหรือฉายแสง บางครั้งอาจจะให้ในระหว่างการฉายแสงด้วยก็ได้ การให้เคมีบำบัดปกติจะให้ทางหลอดเลือดดำ บางทีผู้ป่วยอาจจะต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรืออาจจะรักษาแบบผู้ป่วยนอกก็ได้ ขึ้นอยู่กับยาและอาการของผู้ป่วย การให้ยาจะให้ทุก 3-4 สัปดาห์ จำนวน 3-5 ครั้ง ขึ้นอยู่กับระยะและชนิดของยาที่ใช้ โดยก่อนให้ยาเคมีทุกครั้ง ผู้ป่วยจะต้องเจาะเลือดตรวจดูเม็ดเลือดแดง และเม็ดเลือดขาวว่ากลับคืนสู่ปกติหรือยัง (กรมการแพทย์, 2545)

4. การรักษาแบบผสมผสาน โดยอาจจะรักษาโดยวิธีผ่าตัด ร่วมกับการให้รังสีรักษาหรือเคมีบำบัด หรือทั้ง 3 วิธีด้วยกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรคและสภาพของผู้ป่วย โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ให้การรักษาจะเป็นผู้วินิจฉัยวิธีการรักษา (กรมการแพทย์, 2545)

5. การดูแลและรักษาแบบประคับประคอง

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามนั้น สามารถทำได้หลายวิธีดังกล่าวมาแล้วข้างต้น เช่น การรักษาโดยวิธีการผ่าตัด การใช้รังสีรักษา หรือการให้เคมีบำบัด ตลอดรวมทั้ง

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

การรักษาแบบผสมผสานหลายวิธีเข้าด้วยกัน ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับอาการของโรค สภาพร่างกายของผู้ป่วย และระยะของโรคมะเร็งที่เป็น

2. แนวทางการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก

การป้องกันมะเร็งปากมดลูกสามารถทำได้ทั้งในระดับชุมชนและระดับบุคคล เป้าหมายหลักของการป้องกันคือ การจำแนกและจำกัดขอบเขตของปัจจัยเสี่ยงแต่ละปัจจัยของโรค ส่งเสริมการตรวจมะเร็งระยะแรกเริ่ม ลดอัตราการป่วยและอัตราตายของโรคมะเร็งลง ด้วยเป้าหมายดังกล่าวสามารถจัดแบ่งการป้องกันมะเร็งปากมดลูกออกได้เป็น 3 ขั้นตอน คือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ (Heusinkveld, 1997, p. 29)

2.1 การป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention)

การป้องกันเบื้องต้น คือการป้องกันประชากรแต่ละบุคคลจากการเกิดโรค โดยการส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชน การจำแนกและจำกัดขอบเขตของปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก และความผิดปกติก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก แนวทางการให้ความรู้และการศึกษา เช่น ลดปริมาณไขมันในอาหาร ควบคุมปริมาณแคลอรี่ในอาหาร เพื่อควบคุมน้ำหนักตัว ลดการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ระวังสารพิษ สารเคมีที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก ฝุ่นละอองและควันพิษ ฯลฯ

2.2 การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary Prevention)

คือการกระทำใด ๆ ก็ตามซึ่งทำให้สามารถตรวจพบหรือรักษาโรคในระยะเริ่มแรกได้ก่อนที่จะเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ได้แก่การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในประเทศไทยมีประชากรจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับการตรวจการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องหรือไม่เคยได้รับการตรวจเลย และในปัจจุบันการตรวจคัดกรองโดยการทำการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นวิธีที่ดีที่สุด ในการป้องกันการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก ตัวอย่างแนวทางการป้องกันได้แก่ เอกซเรย์ทรวงอกปีละครั้ง เพื่อตรวจก้อนหรือเงาทึบมะเร็งปอด สตรีต้องรับการตรวจการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) ปีละ 1 ครั้ง หรือตามที่แพทย์นัด แพทย์ส่องกล้องเอนโดสโคปอวัยวะที่สงสัยว่าเป็นมะเร็ง

2.3 การป้องกันตติยภูมิ (Tertiary Prevention)

มีจุดมุ่งหมายที่การให้บริการรักษาอย่างเพียงพอทั่วถึง เพื่อลดความเจ็บป่วย ป้องกันโรคแทรกซ้อน และลดการเสียชีวิตจากมะเร็ง ความสำเร็จของการป้องกันระดับตติยภูมิ สามารถวัดได้จากการลดลงของอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคมะเร็ง

ปัจจุบันความก้าวหน้าในวิทยาการทางการแพทย์ ทำให้การรักษามะเร็งปากมดลูกได้ผลดี แต่อย่างไรก็ตามการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยขึ้นกับระยะของโรคด้วย ดังนั้นหากตรวจพบ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

มะเร็งและทำการรักษาแต่แรกเริ่มโอกาสหายจากโรคมะเร็งจะมีมากกว่า ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว เราสามารถหลีกเลี่ยงและป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้โดย

1. การมีเพศสัมพันธ์เมื่อถึงวัยอันควร ควรมีอายุ 20 ปี ขึ้นไปแล้ว

2. สตรีที่สมรสแล้วหรือมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุ 18 ปี ขึ้นไปควรได้รับการตรวจการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี

3. หลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลีกเลี่ยงการมีคู่นอนหลายคน หากไม่แน่ใจควรให้ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัยเสมอ

4. เมื่อมีดกขาวหรือมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ให้มาพบแพทย์อย่าปล่อยทิ้งไว้

5. ดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศภายนอก ไม่ให้เป็นที่หมักหมมของเชื้อโรค

6. ไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการสูดควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบด้วย

7. ดูแลสุขภาพทั่วไปของร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์

ถึงแม้ว่ามะเร็งปากมดลูกจะเป็นโรคที่ร้ายแรงแต่สามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้ามีการตรวจพบโรคในระยะเริ่มแรก ดังนั้นสตรีควรให้ความสำคัญต่อการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาโรคด้วยวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) ทั้งนี้เพื่อประโยชน์แก่ตัวสตรีเองในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่อไป

3. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการทำการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear)

นายแพทย์ปาปานิคูเลา (Papanicolaou) บุคคลที่ได้รับสมญานามว่า "บิดาแห่งเซลล์วิทยา" เป็นผู้รายงานวิธีการตรวจทางเซลล์วิทยาของมะเร็งปากมดลูก ซึ่งต่อมาก็ได้เรียกกันว่าการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) และในปี ค.ศ.1943 ปาปานิคูเลา และทรอท (Traut) ได้อธิบายถึงวิธีการทำสเมียร์ (Smear) และการแปลผลการตรวจ สามารถวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกได้ถูกต้องถึงร้อยละ 98 (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531 อ้างถึงในประสาร วงศ์วัฒนดิลก, 2540)

การตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) เป็นวิธีการทางสูตินรีเวชขั้นพื้นฐานที่ช่วยวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกก่อนมีอาการ ช่วยลดอุบัติการณ์และลดอัตราตายจากมะเร็งปากมดลูกได้มาก การทำการตรวจมะเร็งปากมดลูกทำง่ายและรวดเร็ว ใช้เวลา 2-5 นาทีก็เสร็จ การตรวจที่บริเวณปากมดลูกซึ่งเป็นอวัยวะที่อยู่ในตำแหน่งที่ตรวจได้ง่าย ไม่เจ็บ มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงจากปากมดลูกปกติจนกระทั่งเป็นมะเร็งระยะลุกลามนั้นเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นช้า ๆ ใช้เวลาประมาณ 5-10 ปี ดังนั้นจึงมีเวลามากในการวินิจฉัยให้ได้มะเร็งตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

การเตรียมตัวในการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้การตรวจอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสม และทำให้การเก็บเซลล์ส่งตรวจมีคุณภาพ ส่งผลถึงความแม่นยำในการตรวจ ไม่ควรมารับการตรวจในขณะที่มีประจำเดือน (ยุพิน เพียรมงคล, 2543) โดยควรมาตรวจหลังจากหมดประจำเดือนไปแล้วประมาณ 7-10 วัน (กรมการแพทย์, 2545) และสตรีผู้ที่จะรับการตรวจต้องเตรียมตัวก่อนตรวจ โดยก่อนตรวจ 24-48 ชั่วโมงควรงดร่วมเพศ งดใช้ผ้าอนามัยแบบสอดหรือใช้ยาสอดทางช่องคลอด ตลอดจนงดการสวนล้างช่องคลอด ทั้งนี้เพื่อให้ผลการตรวจเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น

วิธีการตรวจทำได้โดยใช้ไม้เล็ก ๆ กวาดบนปากมดลูกเอาเซลล์ที่ปากมดลูกมาป้ายบนแผ่นกระจกใส และส่งไปยังห้องปฏิบัติการ เพื่อให้เจ้าหน้าที่อ่านผล ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 1 สัปดาห์ ผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีความแม่นยำและสามารถช่วยวินิจฉัยรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูกที่ง่าย ราคาถูกและสะดวกและสามารถที่จะช่วยป้องกันมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ได้ก่อนที่จะกลายไปเป็นเซลล์มะเร็ง ซึ่งถ้าผลการตรวจพบมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ แพทย์ต้องตรวจโดยวิธีอื่นต่อไป เพื่อค้นหาความผิดปกติอื่น ๆ และแนะนำวิธีการรักษาที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย ความถี่ในการตรวจมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550–พ.ศ.2554) ได้กำหนดมาตรการในการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกโดยมีเป้าหมายร้อยละ60 ของสตรีที่มีอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี ต้องได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกปีละ 1 ครั้ง ถ้าภายหลังการตรวจพบว่าผลปกติติดต่อกัน 3 ปี ต่อไปให้ตรวจอย่างน้อยทุก 3 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

โดยสรุป การตรวจภายใน (Pelvic Examination) ร่วมกับการทำการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) เป็นการตรวจขั้นพื้นฐานที่สำคัญในการวินิจฉัยโรค (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547) เป็นวิธีการที่ง่าย สะดวก และเสียค่าใช้จ่ายน้อย และมีความถูกต้องถึงร้อยละ 98 (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531 อ้างถึงใน บ่ระสาร วงศ์วัฒนดิลก, 2540) การตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นวิธีที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงได้ศึกษาผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 - 60 ปี เพื่อเป็นประโยชน์ในการดำเนินการแก้ปัญหาและวางแผนเพื่อให้สตรีมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

แม้ว่าในปัจจุบันหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับได้กำหนดนโยบายเพื่ออำนวยความสะดวกในด้านการป้องกัน ส่งเสริมพฤติกรรมทางสุขภาพ ให้สุขศึกษาแก่สตรีในชุมชน ประชาสัมพันธ์ผ่านกลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข มีบริการตรวจคัดกรองอย่างถั่วถึงทั้งโรงพยาบาล และศูนย์สุขภาพชุมชน ทุกแห่ง แต่ก็พบว่าสตรียังมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอัตราต่ำกว่าร้อยละ 60 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2548)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

จากที่กล่าวมาข้างต้นว่าการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นวิธีการที่ดีและเหมาะสมที่สุดในการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แต่การที่จะเกิดพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้นั้น ไอเซน (Ajzen, 1988) ได้พูดถึงการเกิดพฤติกรรมไว้ในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนว่ามนุษย์เป็นผู้มีเหตุผลและจะใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างเป็นระบบและจะพิจารณาถึงผลที่อาจเกิดขึ้นจากการกระทำของตนก่อนที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมหรือไม่กระทำพฤติกรรม โดยพฤติกรรมส่วนใหญ่จะอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจกระทำพฤติกรรม ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ว่า บุคคลได้ทุ่มเทความพยายามมากน้อยเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ยิ่งบุคคลมีความตั้งใจแน่วแน่และพยายามมากน้อยเพียงใด ความเป็นไปได้ที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมก็มีมากเท่านั้น ดังนั้นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกขึ้นอยู่กับ

องค์ประกอบของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โรเซนสต๊อก (Rosenstoch, 1974) ได้อธิบายแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกล่าวคือ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคขึ้นอยู่กับความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา บุคคลที่เชื่อว่าเมื่อเกิดโรคแล้วอาจเกิดความรุนแรงและมีผลกระทบกับการดำเนินชีวิต บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมในการหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรค หรือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้หายจากโรคนั้น ๆ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ องค์ประกอบหลักของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากันบุคคลจะมีการรับรู้ได้ 3 ทาง คือความเชื่อที่มีต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกต่อการง่ายที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงจะเกิดโรค ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และใช้เวลานานในการรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อน หรือการกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม ซึ่งการรับรู้ดังกล่าว อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived Benefits) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึงการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายขาดจากโรคหรือป้องกันไม่ให้

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในการแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนตามคำแนะนำด้วย นอกจากนี้ แจนต์ และ เบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984 อ้างถึงใน กรรณิการ์ เกตุทิพย์, 2549) ได้สรุปการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้อุปสรรค หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งได้แก่ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย หรือการมารับบริการ การปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวันที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดก่อนการตัดสินใจ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงสามารถทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้

5. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรค่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ ความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับ ผู้รับบริการ ตัวแปรด้านสนับสนุน หรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cue to Action) ได้แก่ สิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้เป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น อาการไม่สุขสบาย เจ็บปวด อ่อนเพลีย ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั้น เองหรือเป็นสิ่งภายนอกที่มากระตุ้น เช่น การรณรงค์หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ เพื่อน แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนัดหรือไปรษณียบัตรเตือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว

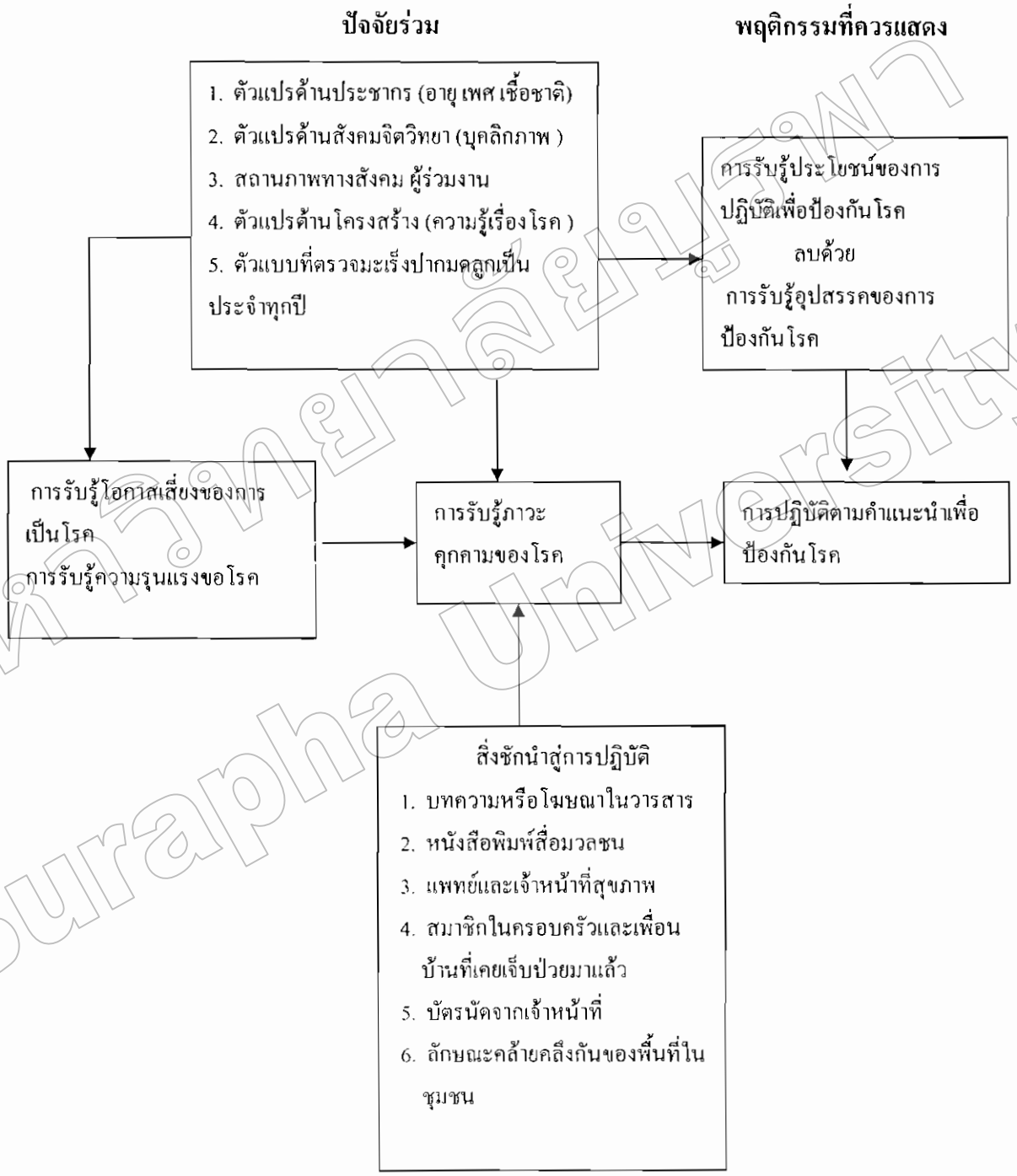
สิ่งชักนำในการปฏิบัติหรือตัวกระตุ้นจะต้องเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรมระดับความเข้มข้นของสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมจะแตกต่างกันตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงออกพฤติกรรม คือ ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อยจำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้วจะต้องการสิ่งกระตุ้นเตือนเพียงเล็กน้อย

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยนำทั้ง 5 องค์ประกอบมาใช้กำหนดเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก รับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก สิ่งชักนำที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามคำแนะนำ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

การรับรู้ของบุคคล



ภาพที่ 2 ดัดแปลงจาก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Janz & Becker, 1984)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

อย่างไรก็ตามในการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะมีส่วนทำให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพดีขึ้นนั้น องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่จะประยุกต์ใช้อาจใช้เพียง 3 หรือ 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (สุปรียา ตันสกุล, 2548, หน้า 25)

การศึกษาของ อัญชุรี จุติดำรงพันธ์ (2540, อ้างถึงใน ศิริกาญจน์ ชีวเรืองโรจน์, 2549, หน้า 40) ได้ประยุกต์แบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีจังหวัดนครศรีธรรมราช 100 คน พบว่าภายหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีและความตั้งใจในการไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในเรื่องของความตั้งใจไปรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกไม่มีความแตกต่างกัน การมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีและความตั้งใจไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกทั้งก่อนและหลังการทดลอง ส่วนอัตราการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกจะเพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลอง

นอกจากการรับรู้ดังที่กล่าวมาแล้วยังมีอีกปัจจัยอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือการตรวจมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

1. อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้พฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป เพราะเหตุที่อายุมีผลต่อพัฒนาการทางความคิดความเข้าใจ (Stage of Cognitive Development) นอกจากนี้อายุยังมีความเกี่ยวข้องกับกับสุขภาพและการเจ็บป่วยของมนุษย์ โรคมะเร็งปากมดลูกมีความเกี่ยวข้องกับอายุที่พบมากในสตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป (ธีระ ทองสงและคณะ, 2539, หน้า 297) จากการศึกษา ของประดับ ทองใส (2541, หน้า 79-80) เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเขตปริมณฑล พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ เสาวนีย์ สุขสถิต (2543) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของผู้รับบริการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลในด้านอายุมีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงคาดว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

2. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยด้านประชากรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกัน (Rosenstock, 1974 อ้างถึงใน สมใจ พรภิกานนท์, 2550, หน้า 28)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

จากการศึกษาของคีเกิลล์และคนอื่น ๆ (Kegeles, et al., 1965 อ้างถึงใน วราภรณ์ อ่ำช้าง, 2544) พบว่าสตรีกลุ่มที่มีระดับการศึกษาที่ดี จะมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีกลุ่มอื่น และจากการศึกษาของฮาเลน เบิร์นสเตนและเคสเลอร์ (Harlan, et al., 1991 อ้างถึงใน เจตนา ศรีใส, 2540) ถึงปัจจัยที่ทำให้สตรีมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่มีการศึกษาน้อยกว่า 12 ปี มาตรวจมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าสตรีที่มีการศึกษามากกว่า 12 ปี ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงคาดว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

3. สถานภาพสมรส การแต่งงานและการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งพบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการมีเพศสัมพันธ์ (Furniss, 2000, หน้า 19-20) โดย พบว่า สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 16 ปี มีความเสี่ยงสูงขึ้น 2.7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก หลังอายุ 22 ปี (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2540, หน้า 21) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ พันธุ์ศาสตร์ (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีถึงร้อยละ 77.60 ที่แต่งงานและเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 10-20 ปี ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงคาดว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

4. รายได้ ของบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงฐานะทางสังคมและความเป็นอยู่ของบุคคลตลอดจนสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย จากการศึกษาของคีเกิลล์ และคนอื่น ๆ (Kegeles, et al.,1965 อ้างถึงใน วราภรณ์ อ่ำช้าง, 2544, หน้า 28) พบว่าสตรีที่มีรายได้สูงจะมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีกลุ่มอื่น ๆ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงคาดว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

จากการทบทวนรายงานการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะเห็นว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของบุคคลได้ ในระดับค่อนข้างสูง ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติตัวของบุคคลมีความแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้

การศึกษาในครั้งนี้จึงได้นำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาศึกษาได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยส่วนบุคคลมาศึกษาด้วย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส เพื่อศึกษาให้ครอบคลุมว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี การศึกษาที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ จะนำไปสู่

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

การอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ และจะทำให้ทราบว่ามีเหตุหรือปัจจัยที่จะทำให้สตรีมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยจะเป็นแนวทางในการดำเนินการแก้ปัญหาและวางแผนเพื่อให้สตรีในอำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

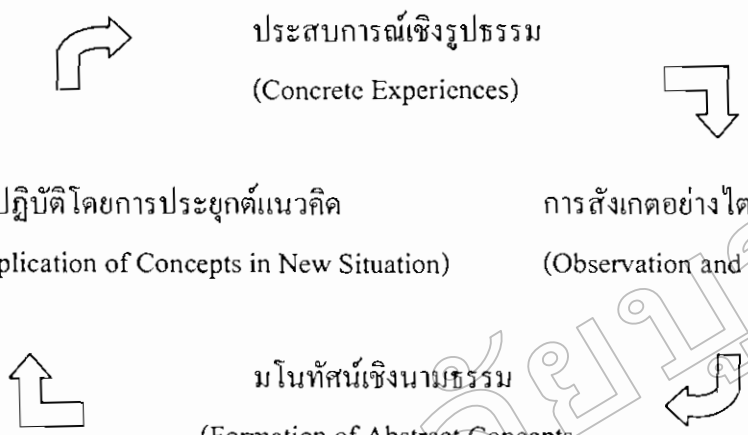
5. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

ความหมายของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, 2546, หน้า 13) ให้ความหมายของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatoty Learning) เป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้

ในทศวรรษที่ 80 ได้มีการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ (Learn Process) รูปแบบใหม่ที่เรียกว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) ซึ่งโคล์บ (Kolb, 2001) ได้เสนอไว้ว่าประสบการเป็นแหล่งของการเรียนรู้และพัฒนาตามรูปแบบของโคล์บ (Kolb's Model) เป็นวงจรการเรียนรู้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์เชิงรูปธรรม การสังเกตอย่างไตร่ตรอง มโนทัศน์เชิงนามธรรมและการทดลองปฏิบัติ (ภาพที่ 3) ซึ่งตามแนวคิดของโคล์บ (Kolb, 2001) นี้มุ่งสอนให้ผู้เรียน เรียนเพื่อเรียนรู้ (Learn to Learn) เนื่องจากจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ คือ ให้บุคคลพัฒนาความสามารถจากองค์ประกอบหลักทั้ง 4 ประการ โดยจะพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดการคิดที่ซับซ้อน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เข้าใจในเนื้อหาความรู้ มีความสามารถในการแก้ปัญหา และสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการทำงานที่ง่ายขึ้น (Osland, Kolb, & Rubin, 2001, p. 72-73)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University



ภาพที่ 3 วงจรการเรียนรู้ประสบการณ์ตามรูปแบบของโคล์บ (Kolb's Model)
ที่มา: ออสแลน, โคล์บ และรูบิน (Osland, Kolb, & Rubin ,2004, p 43)

จากแนวคิดของโคล์บ ต่อมาจึงมีนักการศึกษาและนักฝึกอบรมได้นำรูปแบบนี้ไปใช้ในการสอนและการฝึกอบรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นจุดศูนย์กลางและมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นมีหลายชื่อเรื่อง เช่น การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) การเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม (Prior Learning) และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatoty Learning) (งานพัฒนาคณาจารย์กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, มปป)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatoty Learning) เป็นการเรียนรู้ที่นิโคล (Nicol) นักฝึกอบรมเชื่อว่าเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ เจตคติและทักษะให้ดีที่สุด โดยผ่านการสังเคราะห์จากผลการศึกษาวิจัยรูปแบบการเรียนรู้หลายรูปแบบ จนได้โครงสร้างพื้นฐานของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยหลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 ประการ คือ

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)
2. กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)

เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์สานติ์, 2540)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

1. ประสบการณ์ (Experience) โดยผู้สอนพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนนำประสบการณ์ของตนเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองกับผู้อื่น ซึ่งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้เกิดความรู้เพิ่มขึ้น

2. การสะท้อนความคิดและการอภิปราย (Reflection and Discussion) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ผู้สอนเป็นผู้กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ วิจารณ์ และผู้เรียนได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไป ช่วยให้เกิดความรู้ที่กว้างขวางขึ้น รวมทั้งการสะท้อนความคิดเห็นหรือการอภิปรายทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย

3. ความคิดรวบยอด (Concept) ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาหรือการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (knowledge) อาจเกิดได้หลายทาง เช่น จากการบรรยายของผู้สอน การสะท้อนความคิดและอภิปรายของผู้เรียน โดยผู้สอนช่วยสรุปเป็นความคิดรวบยอด ก่อให้เกิดความสำเร็จแก่ผู้เรียนอย่างสูงสุด

4. การทดลองหรือการประยุกต์แนวคิด (Experimentation/ Application) ผู้เรียนได้ใช้ความคิดรวบยอดในรูปแบบต่างๆ เช่น การสนทนา การสร้างคำขวัญ การเล่นบทบาทสมมติ เป็นต้น ซึ่งเป็นการแสดงถึงผลสำเร็จของการเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1 ถึง 3

ในการจัดการเรียนแบบมีส่วนร่วมจึงจำเป็นต้องจัดกิจกรรมให้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ เนื่องจากทั้ง 4 องค์ประกอบ มีความเกี่ยวข้องและส่งผลถึงกัน

กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญ เมื่อนำมาใช้ร่วมกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้บรรลุงานสูงสุด (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์สานติ์, 2540)

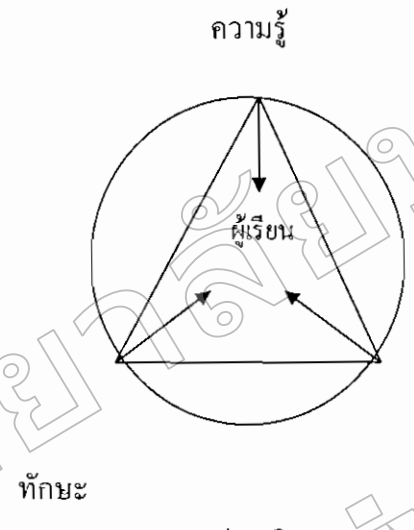
การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation) ของผู้เรียน ขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่มที่เหมาะสมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ ซึ่งผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ

การบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance) สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้เรียนการบรรลุงานสูงสุด คือการออกแบบงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนต้องจัดทำเป็นงานที่กำหนดให้ผู้เรียนทำกิจกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแผนการสอน โดยจะต้องกำหนดกิจกรรมชัดเจน กำหนดบทบาทของกลุ่มหรือสมาชิกกลุ่มที่ชัดเจน และควรมีโครงสร้างที่ชัดเจน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

จุดประสงค์ของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนมีการพัฒนาการเรียนรู้อย่างสูงสุดใน 3 ด้าน คือ (ภาพที่ 4) คือ (งานพัฒนาคณาจารย์กองบริการการศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่, มมป)



ภาพที่ 4 จุดประสงค์ของการเรียนรู้

1. พุทธิพิสัย (Knowledge) เป็นการพัฒนาต่อยอดความรู้เดิมหรือการให้องค์ความรู้ใหม่ ผู้เรียนจะผ่านการเรียนรู้ คือ รู้ เข้าใจ สามารถนำความรู้ไปใช้ได้ โดยใช้การเรียนรู้แบมีส่วนร่วมทั้ง 4 องค์ประกอบที่กล่าวมา

จากการศึกษาของภาวิณี สุนทรธาราวงศ์ (2544) ที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียนต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารของนักเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครนายก พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นักเรียนที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคและการเลือกอาหารดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และดีกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับโปรแกรม

2. จิตพิสัย (Attitude) เป็นการปรับเปลี่ยนหรือเสริมสร้างให้ผู้เรียนมีความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ และมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ถ้ามีเจตคติที่ดีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมที่ดีย่อมเกิดขึ้นได้ไม่ยาก ซึ่งเกิดจากส่วนประกอบ 2 ขั้นตอน คือ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

2.1 ขั้นสร้างความรู้สึก เป็นการกระตุ้น จูงใจ หรือโน้มน้าวให้ผู้เรียนเกิดอารมณ์ความรู้สึกตามที่ผู้สอนต้องการ เพื่อนำไปสู่การจัดระบบความคิด ความเชื่อและสร้างเจตคติหรือปรับเปลี่ยนเจตคติให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ โดยมีกิจกรรมใน 2 ขั้นตอน คือ

2.1.1 กระตุ้นความรู้สึก โดยใช้สื่อต่าง ๆ หรือกิจกรรมให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกอย่างที่ผู้สอนต้องการ

2.1.2 การเปิดเผยตนเอง เป็นการดึงประสบการณ์ ความคิดเห็นหรือเจตคติของผู้เรียนต่อสื่อที่ผู้สอนนำเสนอ

2.2 ขั้นจัดระบบความคิดความเชื่อ อาศัยกระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสุด ความคิดเห็นที่แตกต่างกันของสมาชิกในกลุ่มช่วยให้ระบบความคิดความเชื่อของผู้เรียนเปลี่ยนแปลงไป

จากการศึกษาของสุภาพ กลีบบัว และสุภาพันธ์ สูญสิ้นภัย (2541) ที่ศึกษาผลการสอนเจตคติเพื่อป้องกันสารเสพติด (ยาบ้า) ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดชลบุรี โดยนำโปรแกรมการสอนเจตคติแบบมีส่วนร่วมมาใช้ พบว่า นักเรียนที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีเจตคติด้านตระหนักว่ายาบ้าเป็นปัญหาใกล้ตัว ด้านความเห็นใจที่ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากยาบ้า ด้านความภูมิใจในตนเองโดยไม่พึ่งยาบ้า เจตคติในภาพรวมทั้งสามด้าน ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

3. ทักษะพิสัย (Skill) เป็นความสามารถที่ไม่เคยมีมาก่อน แต่ได้เรียนรู้จนกระทั่งทำได้อย่างชำนาญ ซึ่งการสอนมี 2 ขั้นตอน คือ

3.1 ขั้นรู้ข้อเท็จจริง มุ่งให้ผู้รับรู้ว่าทักษะนั้นสำคัญและฝึกฝนอย่างไรจากองค์ประกอบด้านประสบการณ์ การสะท้อนความคิดหรือการอภิปราย และความคิดรวบยอด

3.2 ขั้นลงมือกระทำเป็นโอกาสให้ปฏิบัติจริงตามองค์ประกอบด้านการทดลองและประยุกต์แนวคิด จากการศึกษาวันทนีย์ ชวพงศ์ (2544) ศึกษาผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของแม่บ้านในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มแม่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมมีการรับรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มแม่บ้านที่ไม่ได้รับโปรแกรม

จะเห็นได้ว่าลำดับการเรียนรู้ของบุคคลเกิดจากการได้รับประสบการณ์ และความรู้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งมักเริ่มจากการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ผ่านการคิดวิเคราะห์ จัดระบบความคิดความเชื่อของตน จนเกิดเจตคติต่อเรื่องนั้นๆมีผลทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งจนชำนาญ เกิดทักษะ ซึ่งเกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

และเป็นการเรียนรู้ที่แท้จริง

ดังนั้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ทั้งในด้านการพัฒนาการเรียนการสอน รวมทั้งในงานสาธารณสุข ซึ่งมองเห็นว่าการเรียนรู้ที่ดีคือการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและมีการช่วยเหลือกัน (ประเวศ วะสี, 2541) โดยจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ พบว่าการเรียนรู้แบมีส่วนร่วมทำให้ผู้เรียนมีพัฒนาด้านความรู้และเจตคติรวมทั้งทักษะจากการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ การได้ใช้ความคิด อภิปรายและเรียนรู้ซึ่งกันและกันเกิดความคิดรวบยอด และสามารถนำความรู้สึกที่เกิดขึ้นใหม่ไปปรับปรุงประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงความคิด และเจตคติไปในทางที่ถูกต้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคการตรวจมะเร็งปากมดลูก และพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส เนื้อหาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การป้องกัน การรักษามะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยใช้วิธีการบรรยายประกอบสไลด์ พร้อมหุ่นจำลองระบบอวัยวะสืบพันธ์ และการนำเสนอตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง เป็นสตรีที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ ร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม และแบบบันทึกการตรวจมะเร็งปากมตลูกแจกกลุ่มทดลองเพื่อเป็นการทบทวนความรู้ความเข้าใจ และติดตามพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมตลูก โดยมุ่งหวังให้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งจะส่งผลถึงพฤติกรรมในการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

6. การเสนอตัวแบบ (Modeling)

การเสนอตัวแบบ เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากแนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura ซึ่งทฤษฎีนี้เริ่มจากความเชื่อที่ว่าคนมีความสามารถในการเรียนรู้สัญลักษณ์ต่าง ๆ มีแนวโน้มที่จะนำตัวเองและองค์ประกอบทางสังคม มามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในลักษณะเลียนแบบ บุคคลมีความสามารถที่จะได้รับข้อมูลจากพฤติกรรมของบุคคลอื่น ตัดสินใจเกี่ยวกับการนำพฤติกรรมของบุคคลอื่นมาดัดแปลงและเลือกพฤติกรรมนั้นมาเป็นของตนเอง นอกจากเรียนรู้โดย

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ได้รับประสบการณ์ตรงจะเกิดการตอบสนองขึ้นทันที การเรียนรู้ยังสามารถเกิดจากการสะสม แล้วแสดงพฤติกรรมในภายหลังได้ (Delayed Matching) (Bandura, 1977, p. 22)

ประเภทของตัวแบบแบ่งได้ 3 ประเภท

1. ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ๆ (Live Model) คือ ตัวบุคคลได้มีโอกาสสังเกตและปฏิสัมพันธ์ โดยตรง

2. ตัวแบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน วีดีทัศน์

3. ตัวแบบที่เป็นคำสอน (Instruction) ได้แก่หนังสือ ตำราต่าง ๆ

การที่บุคคลสามารถเรียนรู้และเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบได้นั้นต้อประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ

1. กระบวนการใส่ใจ (Attention Process) กระบวนการใส่ใจของผู้สังเกตจะทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกสิ่งที่ได้รับว่าตัวแบบแสดงพฤติกรรมใดบ้างจำแนก พฤติกรรมที่เขาสนใจจากตัวแบบได้รับรู้ของผู้สังเกตนี้ทำให้สามารถเลียนแบบพฤติกรรมนั้นได้

2. กระบวนการเก็บจำ (Retention Process) เป็นการรวบรวมรูปแบบพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบเก็บจำ ในลักษณะของสัญลักษณ์ซึ่งเป็นมโนภาพและภาษา การที่บุคคลมีการเก็บจำจึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามทันทีหรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามภายหลังการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะเวลาหนึ่ง โดยมีหรือไม่มีตัวแบบในที่นี้

3. กระบวนการกระทำทางกาย (Motor Production Process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตเปลี่ยนสัญลักษณ์จากการเก็บจำมาเป็นการกระทำซึ่งถ้ามีการให้ข้อมูลป้อนกลับจะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมการเลียนแบบของตนจนเป็นที่พอใจ

4. กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) พฤติกรรมที่ผู้เรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบอาจแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้รับผลลัพธ์ที่น่าพอใจ หรือหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจจะมีแนวโน้มการเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังจะได้ผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ หรือเกิดความรู้สึกแฝงว่าตนคือผู้ที่ได้รับผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการเสนอตัวแบบ แบ่งเป็น 2 ปัจจัยหลักคือ

1. ปัจจัยที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการจดจำ การที่คนเราจะเรียนรู้ได้ดีหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของผู้สังเกตตัวแบบ และความสามารถในการเก็บจำสิ่งที่สังเกตได้ ดังนั้นผู้ที่วางแผนเสนอตัวแบบนั้น ควรพยายามสร้างเงื่อนไขให้เกิดการส่งเสริมความตั้งใจ และการเก็บจำของผู้สังเกต ตัวแบบที่ใช้วิธีการเสนอตัวแบบตลอดจนลักษณะของผู้ที่จะให้สังเกตตัวแบบนั้น

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ควรได้รับการพิจารณาดังนี้

1.1 ลักษณะของตัวแบบ แนวทางในการเลือกตัวแบบ มีหลักการเลือกดังนี้

1.1.1 ตัวแบบมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งในด้าน เพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้นเหมาะสม และสามารถทำได้ เพราะบุคคลนั้นมีพฤติกรรมคล้ายคลึงกับตน

1.1.2 ตัวแบบจะเป็นที่มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต แต่มีชื่อเสียงมากเกินไปก็จะทำให้มีความรู้สึกว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำนั้นเป็นที่ไม่น่าจะเป็นจริงสำหรับเขา

1.1.3 ระดับความสามารถของตัวแบบ ควรระดับใกล้เคียงกับผู้สังเกต เพราะถ้าใช้ตัวแบบที่มีความสามารถสูงมาก จะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าไม่สามารถทำได้ ทำให้เขาปฏิเสธที่จะทำตาม ควรเลือกตัวแบบที่มีความสามารถสูงกว่าผู้สังเกตเพียงเล็กน้อย หรือเริ่มจากสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกต แล้วค่อย ๆ เพิ่มความสามารถขึ้น

1.1.4 ตัวแบบควรมีลักษณะที่เป็นเองและอบอุ่น

1.1.5 ตัวแบบเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้ว ควรได้รับการเสริมแรง จะทำให้ได้รับความสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น

1.2 ลักษณะของผู้สังเกต ลักษณะของผู้สังเกตที่ผู้ดำเนินการเสนอตัวแบบควรจะต้องพิจารณาดังนี้

1.2.1 ความสามารถในการดำเนินการและการเก็บจำข้อมูล ความสามารถดังกล่าวขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญาของผู้สังเกตดังนั้นควรเสนอตัวแบบให้สอดคล้องกับสติปัญญากับผู้สังเกต

1.2.2 ความไม่แน่ใจถ้าผู้สังเกตไม่แน่ใจในการแสดงออกของพฤติกรรมของตน เขาจะให้ความสนใจต่อตัวแบบ

1.2.3 ความวิตกกังวล ถ้าผู้สังเกตมีความวิตกกังวลมากเกินไปทำให้เกิดการรบกวนต่อการสังเกตตลอดจนกระบวนการเก็บจำพฤติกรรมของตัวแบบอาจจำเป็นต้องฝึกให้ผู้สังเกตรู้จักวิธีการผ่อนคลายก่อนการเสนอตัวแบบ

1.2.4 บุคลิกภาพด้านอื่น ๆ ของบุคคลที่มีผลต่อประสิทธิภาพการเสนอตัวแบบ เช่น ลักษณะหุนหันพลันแล่น การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง การรับรู้ศักยภาพแห่งตน สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และเพศ เป็นต้น

1.3 ลักษณะของการเสนอตัวแบบ วิธีการเสนอตัวแบบได้แก่

1.3.1 เสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงหรือตัวแบบสัญลักษณ์ การเสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงนั้น มีข้อดีสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการแสดงออกได้ตามสถานการณ์ จุดอ่อนการเสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงค่อนข้างเสี่ยงตรงที่ไม่สามารถทำนายหรือควบคุมได้อย่างที่ต้องการ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์มีคุณสมบัติเหนือกว่าตัวแบบที่เป็นตัวจริง เช่น สามารถควบคุมพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ สามารถนำมาใช้หลาย ๆ ครั้ง ง่ายที่จะนำมาใช้บำบัดกลุ่ม

1.3.2 ตัวแบบภายใน เป็นการให้บุคคลจินตนาการตัวแบบแสดงพฤติกรรม

1.3.3 การเสนอตัวแบบหลาย ๆ ตัวจะช่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากผู้สังเกตจะพบว่ามีตัวแบบบางตัวมีลักษณะคล้ายคลึงกับตนตลอดจนทำให้ไดเรียนรู้การแสดงพฤติกรรมหลาย ๆ อย่างทำให้ผู้สังเกตมีความยืดหยุ่นมากขึ้นในการแสดงออกในหลาย ๆ สภาพการณ์

1.3.4 การเสนอตัวแบบที่แสดงถึงความสามารถในการแก้ปัญหาได้เป็นอย่างดีกับตัวแบบที่ค่อย ๆ แสดงถึงการเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งตัวแบบที่ค่อย ๆ แสดงถึงการเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหานั้น จะเริ่มจากการแสดงว่าเขาขาดทักษะบางอย่าง และมีความรู้สึก บางอย่าที่ทำให้เขาไม่สามารถที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา จากนั้นตัวแบบจะพูดถึงความรู้สึกของตน และขั้นตอนในการแก้ปัญหาพร้อม ๆ กับพฤติกรรมของเขาจะเริ่มดีขึ้น

1.3.5 ลักษณะพฤติกรรมของตัวแบบไม่ควรซับซ้อนมากเกินไป ต้องชัดเจน ในกรณีที่เป็นการกระทำที่ซับซ้อนควรเสนอตัวแบบแบบค่อย ๆ แสดงออกทีละขั้นตอนจากง่ายไปหาพฤติกรรมที่ยาก

1.3.6 การใช้การสอนควรจะพิจารณาใช้ร่วมกับการเสนอตัวแบบ การเริ่มต้นการสอนนั้นควรจะอธิบายว่าผู้สังเกต จะเห็นตัวแบบกระทำอะไร และบอกผู้สังเกตว่าเราหวังจะเห็นเขาแสดงตามตัวแบบที่เขาจะดูนั้น การบอกเช่นนี้จะทำให้ผู้สังเกตให้ความสนใจต่อตัวแบบมากยิ่งขึ้น

1.3.7 การซักซ้อมการที่จะทำให้การเรียนรู้จากการลอกเรียนแบบนั้นได้ผลดี ควรให้ผู้สังเกตได้มีโอกาสซักซ้อม การซักซ้อมสามารถแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือการซักซ้อมในใจ กับการซักซ้อมโดยการลองแสดงออกดู ซึ่งการซักซ้อมทั้ง 2 ลักษณะนี้ช่วยให้ผู้ที่สังเกตสามารถจดจำได้ดีขึ้น

1.3.8 การให้ผู้สังเกตสรุปถึงลักษณะของพฤติกรรมที่เขาสังเกต พบว่าการให้ผู้สังเกตสรุปถึงลักษณะของพฤติกรรมของตัวแบบนั้น ทำให้ผู้สังเกตสามารถเรียนรู้และเก็บจำลักษณะของตัวแบบได้ดีขึ้น

1.3.9 การเสนอตัวแบบควรเป็นสภาพการณ์ที่สามารถลดการรบกวนจากสิ่งเร้าภายนอก

2. ปัจจัยที่ส่งเสริมการแสดงออก สิ่งที่จะต้องพิจารณาคือทำอย่างไรจึงจะสามารถทำให้คนนั้นแสดงออกได้อย่างมีคุณภาพ และทำอย่างไรจึงจะทำให้บุคคลนั้นเอาสิ่งที่ตนเองเรียนรู้จากตัวแบบไปใช้ในสถานการณ์อื่น ๆ ด้วยการที่จะส่งเสริมลักษณะของการแสดงออกทั้ง 3 ด้านนั้นควรดำเนินการดังต่อไปนี้

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

2.1 การสร้างสิ่งล่อใจเพื่อให้บุคคลแสดงออกอาจทำให้โดยการให้ตัวแบบได้รับการเสริมแรงจะทำให้บุคคล อยากแสดงพฤติกรรมตามลักษณะของตัวแบบ การให้เสริมแรงโดยตรงจะทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบมากขึ้น สิ่งสำคัญอีกประการ คือ การให้ตัวแบบเสริมแรงตนเอง เช่น เมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมบางอย่างแล้วพูดว่า เยี่ยมมาก การเสนอตัวแบบในลักษณะดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สังเกตได้รู้จักการเสริมแรงตนเอง

2.2 การให้บุคคลนำเอาสิ่งที่เรียนรู้นั้นไปใช้ในสภาพการณ์อื่น คือ การจัดสภาพการณ์ให้คล้ายคลึงกับสภาพการณ์ในชีวิตประจำวันของผู้เข้ารับการบำบัดมากที่สุดที่เป็น

อิทธิพลของตัวแบบ

Bandura ได้ให้ข้อสรุปเกี่ยวกับอิทธิพบของตัวแบบที่มีต่อผู้สังเกต (Bandura, 1977, p. 41-45) ดังนี้

1. การสร้างพฤติกรรมใหม่ เมื่อผู้สังเกตได้เห็นการกระทำของตัวแบบซึ่งการกระทำของตัวแบบนี้ผู้สังเกตไม่ค่อยได้พบเห็นมาก่อน ผู้สังเกตจะรวบรวมรูปแบบของการกระทำใหม่นี้ในรูปแบบของสัญลักษณ์ และถ่ายถอดออกมาเป็นพฤติกรรมใหม่

2. การสร้างกฎเกณฑ์หรือหลักการใหม่ จะเกิดในสภาพการณ์ที่ผู้สังเกตเห็นการกระทำของตัวแบบในลักษณะต่าง ๆ เช่น การตัดสินใจ จากนั้นผู้สังเกตทดสอบการกระทำตามตัวแบบของลักษณะต่าง ๆ ภายใต้สภาพการณ์ และถ้าการตอบสนองส่งผลบวก ผู้สังเกตก็รวมรูปแบบลักษณะของตัวแบบในรูปต่าง ๆ แล้วนำมาสร้างกฎเกณฑ์หรือหลัดการใหม่

3. การส่งเสริมการกระทำการเสนอตัวแบบจะมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมการกระทำทั้งที่เป็นทางบวกและเป็นทางลบ ถ้าผู้สังเกตได้เห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมหนึ่งและได้รับรางวัล ผู้สังเกตก็มีแนวโน้มที่จะกระทำมากขึ้น ในทำนองเดียวกันถ้าผู้สังเกตได้เห็นตัวแบบแสดงความก้าวร้าวและได้รับการยกย่องว่าเป็นสิ่งดีรางวัล ผู้สังเกตก็มีแนวโน้มที่จะกระทำมากขึ้นเช่นกัน

4. การเอื้ออำนวยให้เกิดการกระทำตามตัวแบบ การกระทำใดที่คนให้คุณค่าและมีความชื่นชอบอยู่แล้ว การกระทำของตัวแบบนั้นก็จะกระทำให้ผู้สังเกตกระทำได้โดยรวดเร็วและมีความง่ายในการกระทำตาม

ข้อดีการเสนอตัวแบบ

1. การเสนอตัวแบบสามารถนำไปใช้กับพฤติกรรมของคนในสภาพชีวิตจริงได้
2. สามารถนำเทคนิคนี้ไปใช้ควบคู่กับเทคนิคอื่นๆ ได้ เช่น การเสริมแรงทางบวก การชี้แนะ
3. สามารถใช้ได้กับทุกเพศ ทุกวัย ทั้งคนปกติและคนไข้ที่มีปัญหาทางสมองและจิตใจ
4. เทคนิคการเสนอตัวแบบนี้ มีอันตรายน้อยกว่าการใช้ Shaping

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ข้อจำกัดการเสนอตัวแบบ

1. ต้องคำนึงถึงพัฒนาการทางการรู้คิด (Cognitive Development) ดังนั้นพฤติกรรมของตัวแบบต้องซับซ้อนน้อยที่สุด พฤติกรรมที่ต้องการต้องเด่นชัด (Context Cue) ต้องมีเวลาใกล้ชิดกับพฤติกรรม เช่น ใช้การพากษ์ตามขั้นตอนที่ตัวแบบแสดงพฤติกรรม

2. หากมีการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านทางทวีดีทัศน์ หรือภาพยนตร์ ต้องใช้งบประมาณสูง ต้องซักซ้อมพฤติกรรมของตัวแบบให้ดี และใช้เวลาในการถ่ายทำ

จากแนวคิดตัวแบบผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ในกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด่อความเชื่อด้านสุขภาพใช้ประเภทตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงจำนวน 1 คน เป็นสตรีในชุมชนที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี เพื่อเน้นให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมตลูก รับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก จาการรับรู้ดังกล่าวจะส่งผลให้สตรีมีแนวโน้มที่จะกระทำตามตัวแบบเพื่อป้องกันโรค อันจะนำมาซึ่งพฤติกรรม การตรวจมะเร็งปากมดลูกต่อไป

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University