บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการให้รู้ความเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี ด้วยโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม ดังนั้นผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญตามลำดับดังนี้

1. ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก
2. การสอนสุขศึกษา และโปรแกรมสุขศึกษา
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจ
4. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา
   - 4.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)
   - 4.2 ทฤษฎีสนามแห่งความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Field Theory)
   - 4.3 ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Theory of Reasoned Action)

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุที่แท้จริงของโรคมะเร็งปากมดลูกยังไม่ทราบแน่นอน แต่พบว่าสาเหตุสำคัญของมะเร็งปากมดลูกเท่าที่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ตรวจพบได้ในปัจจุบันคือ การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมาหรือเอชพีวี (Human papilloma virus : HPV) บริเวณอวัยวะเพศ โดยเฉพาะบริเวณปากมดลูก จากการศึกษาพบว่ายังมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอชพีวี และเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายขึ้น ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยกว่า 17 ปี หรือการตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย และการคลอดลูกมากกว่า 4 ครั้ง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้การติดเชื้อเอชพีวี คืบหน้ารุนแรงจนเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ ปัจจัยส่งเสริมที่อาจกล่าวได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547) ได้แก่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1. ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายหญิง ได้แก่ ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 2-3 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าการรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานๆ ถ้านานกว่า 5 ถึง 10 ปี จะมีความเสี่ยงสูง และไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย ได้แก่ สตรีที่มีสามีเป็นมะเร็งองคชาติ สตรีที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก ผู้ชายที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ชายที่มีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุน้อย และผู้ชายที่มีคู่นอนหลายคน

3. ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ส่งเสริมให้เป็นมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายหรือเร็วขึ้นได้แก่ การสูบบุหรี่ ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ พันธุกรรม การขาดสารอาหารบางอย่าง และสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ

การประเมินภาวะการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกจากปัจจัยต่างๆที่กล่าวมาแล้วนั้น เป็นส่วนหนึ่งในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคในสตรีกลุ่มเสี่ยงได้ นอกจากนี้ยังพบว่าอาการและการแสดงของโรคก็เป็นส่วนหนึ่งที่เราสามารถนำมาตั้งเป็นข้อสังเกตถึงภาวะการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกได้เช่นกัน

อาการและอาการแสดง

อาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมาก หรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะและลักษณะของก้อนมะเร็งในระยะแรกอาจจะไม่มีอาการผิดปกติ และตรวจพบได้ด้วยการทดสอบแพป (pap test) หรือการตรวจด้วยการส่องกล้องตรวจความผิดปกติของปากมดลูก (colposcopy) ร่วมกับการตัดเนื้อออกมาตรวจทางพยาธิวิทยา อาการที่อาจพบในผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547) ได้แก่

1. การตกเลือดในช่องคลอดเป็นอาการที่พบได้มากที่สุดประมาณร้อยละ 80–90 ของผู้ป่วยที่มีอาการลักษณะเลือดออกอาจเป็น เลือดออกกะปริดกะปรอยระหว่างรอบเดือน หรือมีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ มีน้ำออกปนเลือด ตกขาวปนเลือด หรือเลือดออกสดๆ เป็นก้อนเลือด ถ้าก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มากเลือดจะออกบ่อยและนาน บางครั้งเหมือนเลือดระดูออกมากและนานผิดปกติ ถ้าเส้นเลือดที่มาเลี้ยงก้อนมะเร็งฉีกขาด เลือดจะออกตลอดเวลาจนผู้ป่วยซีดหรือช็อคได้ การตกเลือดทางช่องคลอดพบได้บ่อย ในก้อนมะเร็งแบบงอกขึ้นจากผิวปากมดลูกที่มีเนื้อตาย ถ้ามีการติดเชื้อร่วมด้วยจะมีเลือดปนหนองและมีกลิ่นเหม็นรุนแรงจากการติดเชื้อแบคทีเรียชนิดไม่พึ่งออกซิเจน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

2. อาการในระยะหลังเมื่อก้อนมะเร็งลุกลามมากขึ้น

2.1 ถ้ามะเร็งลุกลามไปทางข้างบริเวณไขมันและเยื่อยึดติดต่อรอบมดลูกจนถึงผนังด้านข้างเชิงกรานจะไปกดเบียดอวัยวะที่อยู่ระหว่างนั้น ถ้ากดท่อไตก็จะเกิดอาการทางเดินปัสสาวะอุดตันจนไตบวมน้ำและไตวายได้ ถ้ากดหลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลือง ผู้ป่วยก็จะมีอาการขาบวมและต่อมน้ำเหลืองโต ถ้ากดทับเส้นประสาทและกระดูก ผู้ป่วยจะมีอาการปวดรุนแรงมากบริเวณหลัง ก้นกบ และต้นขา

2.2 ถ้ามะเร็งลุกลามขึ้นไปทางด้านหน้าไปยังกระเพาะปัสสาวะจะมีอาการ ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะไหลออกทางช่องคลอดตลอดเวลา ถ้ามะเร็งกินทะลุจนเกิดรูรั่วระหว่างกระเพาะปัสสาวะกับช่องคลอด

2.3 ถ้ามะเร็งลุกลามไปทางด้านหลังไปยังลำไส้ตรงจะมีอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระบ่อย ถ่ายอุจจาระลำบาก หรือท้องผูก มีเลือดออกทางทวารหนัก มีอุจจาระออกทางช่องคลอดจากรูรั่วระหว่างลำไส้ตรงกับช่องคลอด

2.4 ถ้ามะเร็งลุกลามมาตามผนังช่องคลอด อาจมีเลือดออกหรือคลำได้ก้อนทางช่องคลอด ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผู้ป่วยจะซีด น้ำหนักลด ผอมแห้งและมีอาการของภาวะไตวาย

จากอาการและการแสดงของโรคมะเร็งปากมดลูก แสดงให้เห็นถึงลำดับความรุนแรงของโรคตามอาการตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการจนถึงขั้นลุกลามจนเป็นมะเร็งในระยะสุดท้ายที่เซลล์มะเร็งได้แพร่กระจายจนทำให้อวัยวะอื่นๆทำงานผิดปกติไป ดังนั้นเพื่อให้เกิดความชัดเจนต่อการวินิจฉัยและการรักษา จึงได้จำเป็นต้องจัดแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูก ดังที่จะกล่าวต่อไป

ระยะของมะเร็งปากมดลูก

ระยะของอาการและการแสดงของโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547) ได้แก่

1. ระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลามระยะนี้เซลล์มะเร็งยังอยู่ภายในชั้นเยื่อบุผิวปากมดลูก ไม่ลุกลามเข้าไปในเนื้อปากมดลูก ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติเลยแต่ตรวจพบได้จากการตรวจคัดกรองโดยการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกที่เรียกว่า“แพปสเมียร์” (pap smear)

2. ระยะลุกลามแบ่งออกเป็น 4 ระยะย่อย คือ

ระยะที่ 1 มะเร็งลุกลามอยู่ภายในปากมดลูก

ระยะที่ 2 มะเร็งลุกลามไปที่เนื้อเยื่อข้างปากมดลูกและหรือผนังช่องคลอดส่วนบน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามไปที่ด้านข้างของเชิงกรานและหรือผนังช่องคลอดส่วนล่าง หรือกดท่อไตจนเกิดภาวะไตบวมน้ำ

ระยะที่ 4 มะเร็งลุกลามไปที่กระเพาะปัสสาวะไส้ตรงหรืออวัยวะอื่นๆ เช่น ปอด กระดูก และต่อมน้ำเหลืองนอกเชิงกราน เป็นต้น

การรักษามะเร็งปากมดลูก

วิธีการรักษามะเร็งปากมดลูกขึ้นกับระยะของโรค ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ ดังนี้ (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ , 2547)

1. ระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม รักษาได้หลายวิธี ได้แก่

1.1 การตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด โดยการตรวจภายใน การทำแพปสเมียร์ และการตรวจด้วยกล้องขยายทุก 4-6 เดือน รอยโรคขั้นต่ำบางชนิด สามารถหายไปได้เองภายใน 1-2 ปี ภายหลังการตัดเนื้อออกตรวจ

1.2 การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า(loop electro surgical excision procedure : LEEP) คือ การใช้ห่วงไฟฟ้า (loop) ตัด transformation zone ทั้งหมด โดยมีความกว้างของ loop ประมาณ 1 - 2 เซนติเมตร และลึกประมาณ 7 - 16 มิลลิเมตร โดยทั่วไปจะได้ความลึกของชิ้นเนื้อประมาณ 5 - 8 มิลลิเมตร LEEP เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย ค่าใช้จ่ายไม่สูง อุปกรณ์เครื่องมือขนย้ายไปมาสะดวก และที่สำคัญสามารถทำได้ในเวลาเดียวกันกับการส่องกล้องตรวจความผิดปกติของปากมดลูก (colposcopy) ซึ่งเป็นการตรวจและรักษาไปพร้อมกันได้เลย (see and treat) ซึ่งจะเหมาะกับผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือน้อย (low compliance) และเดินทางไปมาลำบาก

1.3 การจี้ปากมดลูกด้วยความเย็น หรือการจี้เย็น (cryotherapy) เป็นวิธีการที่มีราคาถูก และมีความปลอดภัยในการรักษาก่อนตรวจพบความผิดปกติมะเร็งระยะลุกลาม (cervical Intraepithelial neoplasia :CIN) แต่ก่อนที่จะทำ cryotherapy ต้องผ่านการ colposcopy แล้วมีรายงานผลการตรวจชิ้นเนื้อ (biopsy) ยืนยันก่อนการรักษา และจำเป็นที่ต้องเห็น Transformation zone ทั้งหมด หลักการของ cryotherapy คือ การใช้ความเย็นจากก๊าซไนตรัสออกไซด์ (nitrous oxide) ที่อุณหภูมิ -65 c° ถึง -85 c° หรือก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (carbon dioxide) ที่ลดอุณหภูมิ –60 c° เพื่อให้เซลล์ผิวของปากมดลูกมีการตายและหลุดลอก (necrosis and sloughing) ตามธรรมชาติ พบว่าที่อุณหภูมิ -20 c° ถึง -30 c° จะมีการตายของเซลล์เกิดขึ้น การจี้เย็นนั้นขอบเขตการตายของเซลล์จะเริ่มที่บริเวณ 2 มิลลิเมตร จากขอบเขตของก้อนความเย็น (iceball) และความลึกที่ใต้ iceball ประมาณ 5 มิลลิเมตร ดังนั้นความลึกของเนื้อเยื่อที่ได้รับผลของการจี้เย็นคือ 7 มิลลิเมตร

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

วิธีการใช้หัวจี้ความเย็น (probe) ที่มีขนาดเหมาะสมกับรอยโรควางติดกับรอยโรคที่เป็น CIN หรือบริเวณคอมดลูกด้านใน (endocervical) ให้ iceball เกิดเต็มโดยรอบและใช้เป็น double freezing หลังจากการทำ cryotherapy จะพบว่ามี น้ำคล้ายตกขาวไหลออกทางช่องคลอดจำนวนมากกว่าปกติประมาณ 4 สัปดาห์ จึงควรงดการมีเพศสัมพันธ์เป็นเวลา 4-6 สัปดาห์หลังการทำ cryotherapy การจี้เย็นเหมาะกับการรักษารอยโรคที่บริเวณคอมดลูกด้านนอก (ectocervix) ที่ไม่ใหญ่มากโดยต้องไม่มีโรคที่บริเวณคอมดลูกด้านใน endocervix และส่วนหุ้ม (glandular involvement)

1.4 laser vaporization คือ การจี้ด้วยเลเซอร์ ซึ่งมีที่ทำได้น้อยเนื่องจากมีความยุ่งยากทางเทคนิคและมีราคาแพง

1.5 conization คือ การตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยเพื่อตัด total transformation zone และรอยโรคที่ ectocervix และ endocervix ได้ conization เป็นทั้งการวินิจฉัยและการรักษารอยโรคในระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม สามารถรักษาให้หายได้ โดยไม่จำเป็นต้องตัดมดลูกออก เพราะมีผลการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ การเลือกวิธีรักษาขึ้นกับโรคประจำตัวของผู้ป่วย

2. ระยะของมะเร็ง ขึ้นอยู่กับความพร้อมของโรงพยาบาลหรือแพทย์ผู้ดูแลรักษานั้นๆ พบว่า ถ้าพบผู้ป่วยระยะลุกลาม ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 บางราย แพทย์จะทำการรักษาโดยการตัดมดลูกออกแบบกว้างร่วมกับการเลาะน้ำเหลืองเชิงกรานออก ส่วนมากถ้าพบผู้ป่วยใน ระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 4 แพทย์จะทำการรักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด

การรักษามะเร็งปากมดลูกมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง และอาการแสดงของโรค ซึ่งยิ่งเป็นมากโดยเฉพาะในระยะลุกลาม ก็ยิ่งทำให้การรักษายุ่งยากตามไปด้วย วิธีที่ดีที่สุดที่จะลดความรุนแรงของโรคลงได้ก็คือการป้องกันตนเองจากการเป็นโรคมะเร็งดังกล่าวซึ่งมีรายละเอียดดังที่จะกล่าวต่อไป

การป้องกันมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

การป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีจุดประสงค์เพื่อลดอุบัติการพยาธิสภาพ และการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับปฐมภูมิ คือ การป้องกันโดยการหลีกเลี่ยงการได้สารก่อมะเร็ง การลดหรือขจัดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวกับมะเร็ง หรือการทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านสารก่อมะเร็งได้ ได้แก่

1.1 หลีกเลี่ยงการมีคู่นอนหลายคน จำนวนคู่นอนมักจะสัมพันธ์กับรอยโรคมากกว่ามะเร็งระยะลุกลาม เมื่อทำการควบคุมปัจจัยเรื่องการติดเชื้อ HPV พบว่า ความสัมพันธ์ของมะเร็ง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ปากมดลูกกับคู่นอนจะลดลงทันที แสดงให้เห็นว่าการมีคู่นอนหลายคนเพิ่มโอกาสติดเชื้อ HPV เพิ่มขึ้นเท่านั้น

1.2 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย พบว่า เพศสัมพันธ์ดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นเนื่องจากในช่วงดังกล่าวเซลล์ปากมดลูกมีการกลายรูป และช่วงของการเปลี่ยนแปลงนี้ จะมีความไวต่อสารก่อมะเร็งโดยเฉพาะการติดเชื้อ HPV

1.3 การคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย จากการศึกษาของ สมิธ และคณะ(Smith, et al., 2003 อ้างใน จตุพล ศีรสมบูรณ์, 2547) ถึงผลของการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดกับความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก พบว่าความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นตามระยะเวลาที่ใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด และยังพบว่าการใช้ถุงยางอนามัยช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก

1.4 การมีเพศสัมพันธ์แบบปลอดภัย และหลีกเลี่ยงการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะการติดเชื้อ HPV พบว่า การติดเชื้อหนองในแท้ หนองในเทียม เริม หรือหูดหงอนไก่ น่าจะเป็นปัจจัยร่วม หรือปัจจัยส่งเสริมการติดเชื้อ HPV ให้สูงขึ้นมากกว่าจะเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกโดยตรง นอกจากนี้จากผู้ชายส่วนใหญ่ที่มีประวัติเป็นโรคติดต่อดังกล่าวมักจะมีการติดเชื้อ HPV อยู่ในท่อปัสสาวะหรืออวัยวะเพศภายนอกแต่ไม่มีอาการ แต่จากการตรวจในท่อปัสสาวะของผู้ชายกลุ่มดังกล่าว พบรอยโรคของการติดเชื้อ HPV ถึงร้อยละ 58–80 (Barrasso, 1991 อ้างใน จตุพล ศีรสมบูรณ์, 2547)

1.5 งดการสูบบุหรี่ จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก โดยเสี่ยงสูงถึง 1.7-11.2 เท่า ขึ้นอยู่กับปริมาณ และระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ซึ่งจากการตรวจมูกบริเวณปากมดลูกของสตรีที่สูบบุหรี่ พบสารเคมีที่เป็นสารก่อมะเร็งในบุหรี่ในปริมาณความเข้มข้นสูง (Ho GY, et al., 1998 ; Ngelangel C, et al., 1998 ; Becker TM, et al., 1998 ; Kjaer SK, 1996 อ้างใน จตุพล ศีรสมบูรณ์, 2547)

1.6 การฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV มี 2 ประเภทคือ วัคซีนป้องกัน คือการฉีดอนุภาคคล้ายไวรัส HPV ให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านโปรตีนของเชื้อ HPV ชนิดมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก และ วัคซีนรักษา ซึ่งเป็นการฉีดวัคซีนให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านโปรตีนซึ่งเป็นโปรตีนก่อมะเร็งของเชื้อ HPV โดยเน้นให้การรักษารอยโรคภายในเยื่อบุปากมดลูกมากกว่าการรักษามะเร็งในระยะลุกลาม (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

2. ระดับทุติยภูมิ คือ การค้นหามะเร็งในระยะเริ่มแรกซึ่งสามารถรักษาได้ผลดีสำหรับมะเร็งปากมดลูก คือ การตรวจคัดกรอง pap smear หรือวิธีอื่นๆ เพื่อหามะเร็งในระยะเริ่มแรกหรือระยะก่อนเป็นมะเร็งอย่างน้อยทุกๆ 5 ปี และการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

(abnormal pap smear) ที่ถูกต้อง โดยผู้หญิงทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป และผู้หญิงทุกคนที่มีเพศสัมพันธ์แล้วควรต้องได้รับการตรวจคัดกรอง (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

3. ระดับตติยภูมิ คือ การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก มีจุดมุ่งหมายตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้เพื่อทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคมะเร็งปากมดลูก มีชีวิตยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

จะเห็นได้ว่าการป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีหลายระดับ ตั้งแต่การหลีกเลี่ยงสารก่อมะเร็ง มะเร็ง หรือการขจัดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวกับมะเร็ง ค้นหามะเร็งในระยะเริ่มแรก จนถึงการรักษา ซึ่งการค้นหามะเร็งด้วยการคัดกรองนั้นมีส่วนสำคัญต่อการวินิจฉัย และรักษา ซึ่งถ้าพบโรคในระยะเริ่มแรกก็ส่งผลให้การรักษาได้ผลดีและหายขาดจากโรค รวมทั้งลดความรุนแรงของโรคได้ นอกจากนี้ การเลือกวิธีคัดกรองที่ดีและเหมาะสม ความถี่ของการตรวจก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผลการวินิจฉัย และการรักษาที่ถูกต้อง แม่นยำ และตรงกับภาวะการณ์ของโรคด้วย

วิธีการตรวจ อายุที่ควรได้รับการตรวจ และความถี่ของการตรวจคัดกรอง

จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2535 พบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear โดยคำนึงถึง อายุ ความถี่ และการครอบคลุมของการตรวจคัดกรอง พบว่า การทำ pap smear ในประชากรหญิง 35 - 60 ปี โดยการตรวจทุก 5 ปี และมีความครอบคลุมร้อยละ 50 จะสามารถลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกลงได้ถึงร้อยละ 44 ดังนั้นการตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear จึงเป็นวิธีการที่สามารถยืนยันได้ว่า สามารถลดอุบัติการณ์และอัตราตายของมะเร็งปากมดลูกได้ โดยก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด เสียค่าใช้จ่ายไม่สูง เป็นที่ยอมรับ และใช้กันอย่างแพร่หลาย (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547) และจากผลการศึกษาของ International Agency for Resaerch on Cancer (IARC/WHO) (1986) โดยการตรวจคัดกรองในสตรีอายุ 35 – 64 ปี พบว่า การทำ pap smear 1 ครั้งทุกปี, 1 ครั้ง ทุก 2 ปี หรือ 1 ครั้ง ทุก 3 ปี จะมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 91-93 ถ้าทำ pap smear 1 ครั้ง ทุก 5 ปี จะลดลงร้อยละ 84

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

การเตรียมความพร้อมของสตรีก่อนการตรวจคัดกรอง (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

1. ต้องไม่อยู่ในระหว่างมีประจำเดือน(ยกเว้นมีเลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด)
2. ต้องไม่มีเพศสัมพันธ์ภายใน 48 ชั่วโมงก่อนมาตรวจ pap smear

3. ไม่ใช้น้ำยาสวนล้างช่องคลอด (vaginal douch) ล้างช่องคลอด หรือใช้ยาสอดในช่องคลอดภายใน 48 ชั่วโมง ก่อนมาตรวจ

4. ไม่อยู่ในระหว่างการรักษาปากมดลูกอักเสบ (cervicitis) ให้รักษาก่อนแล้วจึงให้ทำการตรวจ pap smear ซ้ำภายใน 4-6 สัปดาห์

5. การตรวจคัดกรองหลังคลอดควรรอ 6-8 สัปดาห์ ให้กระบวนการอักเสบและซ่อมแซมปากมดลูกเรียบร้อยก่อน ถ้าเป็นไปได้ควรงดมีเพศสัมพันธ์หรือคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย

วิธีการตรวจหามะเร็งปากมดลูกโดยวิธีแพปสเมียร์

ขั้นตอนการทำ pap smear ซึ่งหลังการทำ pap smear จะทำการตรวจภายใน (bimanual examination) ไปพร้อมกันด้วย มีดังนี้ (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547)

1. ใส่คีมปากเป็ด (vaginal speculum) ที่จุ่มในน้ำสะอาด (ใช้น้ำเป็นตัวหล่อลื่น) ในช่องคลอดแล้วดูลักษณะของปากมดลูกว่ามีรอยโรคมะเร็งหรือไม่ ถ้าสงสัยว่าพบรอยโรคมะเร็งให้ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (biopsy) หรือส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวช

2. ดูขนาดของบริเวณปากมดลูกและในช่องคอมดลูก (squamocolumnar junction) เพื่อเลือกใช้ สพาทูล่า (spatula) ที่เหมาะสมแล้วใช้ spatula ด้านแหลม เก็บเซลล์จากบริเวณปากมดลูก และรอยต่อของคอมดลูก (squamocolumnar junction) ป้ายลงบนแผ่นสไลด์ตามความยาวของสไลด์ และในกรณีที่ปากมดลูกมีร่องรอยของการฉีกขาด (erosion) กว้างแนะนำให้ใช้ทั้งด้านป้านและด้านแหลมป้ายโดยรอบปากมดลูก แล้วป้ายลงบนสไลด์ไปในทิศทางเดียวกัน

3. หลังจากป้ายสไลด์แล้วให้รีบแช่แผ่นสไลด์ในน้ำยาฟิกซ์เอทีฟ (fixative) หรือเอธิลแอลกอฮอล์ 95 เปอร์เซ็นต์ (95% ethylalcohol) ทันที ห้ามรอให้สไลด์แห้ง ในกรณีที่ส่งให้ห้องปฏิบัติการภายในหน่วยงานเป็นผู้ดำเนินการจัดส่งสไลด์ให้แช่สไลด์อย่างน้อยครึ่งชั่วโมงแล้วนำส่งห้องปฏิบัติการภายในหน่วยงานทั้งภาชนะ และในกรณีที่ส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอกให้แช่สไลด์ไว้ในน้ำยา 95% ethylalcohol ประมาณ 1 วัน เพื่อให้เกิดการติดแน่นที่แผ่นสไลด์ (fix slide) อย่างสมบูรณ์ วันรุ่งขึ้นจึงนำมาผึ่งอากาศให้แห้งแล้วบรรจุในวัสดุที่สามารถป้องกันการแตกในระหว่างการขนส่ง ก่อนที่จะส่งไปตรวจต่อไปและควรส่งสไลด์ไปยังห้องปฏิบัติการภายใน 7 วัน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

4. ถ้าใช้สารพ่นเคลือบสไลด์ (spray fix slide) ให้พ่นสารเคลือบทันทีหลังจากป้ายสไลด์เสร็จโดยถือหัวพ่นห่างจากสไลด์ประมาณ 6-8 นิ้ว และพ่นให้ทั่วสไลด์ (ถ้าพ่นใกล้กว่าระยะนี้อาจทำให้เซลล์หลุดออกจาก สไลด์ได้)

การรายงานผลแพปสเมียร์

การรายงานผล pap smear มี หลายระบบคือ WHO system , Papanicolaou system, The Bethesda system (TBS) และ CIN system แต่ในปัจจุบันการรายงานผลทางพยาธิวิทยานิยมใช้ The Bethesda system เพราะให้รายละเอียด และสื่อสารแนวทางการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยได้ดีกว่าระบบอื่นเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547)

ธีระ ทองสง และคณะ (2539) ได้กล่าวถึงการรายงานผล pap smear ไว้หลายรูปแบบ แต่เดิมก่อนปี 1988 นิยมใช้ระบบ papanicolaou system แบ่งการรายงานผลออกเป็น 5 ระดับ คือ

Class I - ไม่พบเซลล์ผิดปกติ

Class II - พบเซลล์ที่มีผิดปกติ แต่ไม่พบเซลล์มะเร็ง

Class III - พบเซลล์ซึ่งสงสัยว่าอาจเป็นเซลล์มะเร็งแต่ไม่ชัดเจน

Class IV - พบเซลล์ผิดปกติ ที่เกือบแน่ใจได้ว่าเป็นเซลล์มะเร็ง

Class V - พบเซลล์ซึ่งเป็นเซลล์มะเร็งอย่างแน่นอน

ในปี 1991 – 2001 ได้มีการปรับเปลี่ยนการรายงานระบบใหม่ที่เรียกว่า ระบบบีเทสดา (The Bethesda system : TBS) ซึ่งได้ถูกพัฒนาขึ้น เพื่อให้การรายงานผลมีความเข้าใจ และมีประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก ทำให้การสื่อสารระหว่างแพทย์หรือบุคลากรที่ทำการตรวจคัดกรองกับแพทย์มีความถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งจะมีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่พลาดโอกาสที่ดีของการรักษาหรืออีกนัยหนึ่งไม่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากเกินไปจนทำให้ต้องมีการรักษาที่เกินจำเป็น และเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายงบประมาณแผ่นดิน ซึ่งแบบรายงานดังกล่าวแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

Class I - ไม่พบเซลล์ผิดปกติ

Class II - พบเซลล์ที่มีผิดปกติ แต่ไม่พบเซลล์มะเร็ง

Class III - พบเซลล์ผิดปกติระยะไม่ลุกลาม(CIN I) หรือเซลล์ที่มีการติดเชื้อ HPV

Class IV - พบเซลล์ผิดปกติระยะไม่ลุกลาม(CIN I หรือ III)

Class V - พบเซลล์มะเร็งซึ่งเป็นเซลล์มะเร็งระยะลุกลาม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ลักษณะของการรายงานผลแบบ Bethesda ที่แตกต่างจากระบบอื่น คือ Bethesda มีการประเมินคุณภาพของสิ่งที่ตรวจ มีการวินิจฉัยกรณีที่ไม่สามารถบอกความรุนแรงได้แน่นอนชัดเจนของเซลล์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ (atypical cell of undetermined significance) บอกที่มาของเซลล์ผิดปกติว่าเป็นชนิดซึ่งมีลักษณะคล้ายเกล็ด (squamous) หรือชนิดที่เกี่ยวกับต่อม (glandular) และมีการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์, 2547)

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ไม่มีอาการปรากฏให้เห็นอย่างเด่นชัดในระยะแรกๆของโรคทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงไม่เห็นความจำเป็นในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และอีกส่วนหนึ่งมีความคิดว่าตนเองแข็งแรงดี จึงไม่ได้ไปตรวจ

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ซึ่งจากการศึกษาของ โซมิ พาร์ก (SoMi Park, 2005) เรื่องผลการทดสอบการใช้โปรแกรมเพื่อหาผลขั้นต้นที่เกี่ยวกับความรู้สึก และการรับรู้ที่ผลต่อการตัดสินใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีชาวเกาหลี พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีเกาหลี ได้แก่ ความหวาดกลัวในภาวะของโรค ประสบการณ์ส่วนตัวที่ได้รับทัศนคติที่ไม่ดีต่อแพทย์และการไปรับการบริการ ความไม่ได้รับโอกาสที่สะดวกในการตรวจ และทัศนคติที่ว่าการไปพบสูตินารีแพทย์ของสตรีนั้นจะถูกมองว่าสตรีเหล่านั้นเป็นโรคเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ นอกจากนั้นยังพบว่า ลักษณะที่แตกต่างกันของความเชื่อ และความยึดมั่นในประเพณีวัฒนธรรมทางสังคมอย่างเหนียวแน่นของคนในประเทศ ซึ่งพบมากในกลุ่มสตรีชาวเอเชีย ที่จะไม่ยอมไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกาย หรือเมื่อพบว่าตัวเองยังไม่เจ็บป่วย ก็ยังเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่ส่งผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งแตกต่างจากจาการศึกษาในกลุ่มสตรีชาวตะวันตก ซึ่ง Park ได้กล่าวถึงไว้ว่า อุปสรรคสำคัญในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีผลมาจากระบบประกันสุขภาพที่เอื้ออำนวยต่อการตรวจ ต้นทุนในการตรวจ การติดต่อสื่อสาร ระยะทางในการไปคลีนิค และช่วงโอกาสที่เอื้ออำนวยต่อการตรวจ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ การศึกษา และสถานภาพสมรส ความไม่สะดวกสะบาย และการเจ็บป่วย รวมถึงการได้รับความรู้จากคำแนะนำเรื่องการรักษา อาการและการแสดงออกทางร่างกาย ล้วนแล้วแต่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองทั้งสิ้น จุพารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) ได้กล่าวสรุปปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตามผลการศึกษาของ ไวท์ (White, 1995) ไว้ 4 ประการ ได้แก่

1. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการคัดกรอง พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคของบุคคลแตกต่างกันไป การไม่รู้ว่าตน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

เองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรค เนื่องจากไม่พบความผิดปกติใด จึงไม่มารับการตรวจคัดกรองดังกล่าว เป็นผลมาจากการขาดความรู้ ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ดังเห็นได้จากการศึกษาของประดับ ทองใส (2541) ในกลุ่มสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตปริมณฑล และจีรนันท์ มงคลดี (2548) ในสตรีตำบลสะลวง อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่า กลุ่มสตรีเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคใดๆ ต้องอาการแสดงให้สังเกตเห็นภายนอกได้ ถ้าไม่มีอาการใดๆ ถือว่าปกติ จึงไม่มีความตระหนักในการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกันการศึกษาในสตรีที่มารับการตรวจโรคในโรงพยาบาลแม่และเด็ก ในสตรีอำเภอสันป่าตอง และอำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ (แสงมณี อะโข, 2535 ; เรณู กาวิละ, 2537 ; นคร มูลนำ, 2541) ก็ได้ผลคล้ายคลึงกันกล่าวคือ สตรีที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องมะเร็งปาดมดลูก แสดงให้เห็นว่าความรู้มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. ด้านอารมณ์ ซึ่งเกี่ยวกับ ความกลัวเจ็บ และกลัวที่จะพบโรค และความอาย จากการศึกษาของเรณู กาวิละ (2537) และ นคร มูลนำ (2541) พบว่า อุปสรรคของการไม่มารับการตรวจคัดกรองของกลุ่มสตรี เนื่องจาก ความกลัวเครื่องมือ กลัวเจ็บ และอายที่จะไปตรวจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เจตนา สีใส (2540) และ จีระนันท์ มงคลดี (2548) ที่พบว่า ความกลัวว่าจะเป็นโรคเป็นสาเหตุอันดับต้นๆที่ส่งผลดีทำให้สตรีมารับการมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่ง จีระนันท์ มงคลดี (2548) ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า เกิดมาจากสตรีกลุ่มดังกล่าว มีความเข้าใจ ความหมาย รับรู้ถึงความเสี่ยง และประโยชน์ของการมารับการตรวจคัดกรองนั้นเอง แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องมะเร็งปากมดลูกนั้น มีต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกกลัวเจ็บ หรือกลัวเป็นโรค และมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และความตั้งใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ด้านทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาของ ผ่องศรี เรือนเครือ (2546) เรื่อง เจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการใช้ฮอร์โมนทดแทนของอาจารย์สตรีระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของการหมดประจำเดือน ซึ่งพบว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างแสวงหาความรู้ เพื่อหาคำตอบให้ตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ความรู้มีผลต่อการทัศนคติเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) ที่พบว่า เมื่อสตรีที่ได้รับการให้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีทัศนคติ และความตั้งใจ มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แสดงให้เห็นว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีทัศนคติต่อการความคาดหวังต่อผลลัพธ์ในทางบวกแล้ว บุคคลก็จะกระทำพฤติกรรมนั้น ในทางเดียวกับความรู้ก็ส่งผลต่อการ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทัศคติ เมื่อบุคคลรับรู้ การกระทำนั้นส่งผลดีต่อตนเอง บุคคลก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งหรือการกระทำนั้น และยอมรับที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น

4. ด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการตรวจ จากการศึกษาของ จีรนันท์ มงคลดี (2548) และจุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) พบว่า ค่าใช้จ่ายในการตรวจไม่เป็นอุปสรรคของการตรวจ เพราะค่าใช้จ่ายดังกล่าวไม่แพงมากนัก สามารถจ่ายได้ ซึ่งปัจจุบันภาครัฐก็ให้การสนับสนุนจากงบประมาณในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แสดงให้เห็นว่า ค่าใช้จ่ายไม่มีส่วนสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จะเห็นได้ว่ามะเร็งปากมดลูกมีหลายระยะซึ่งแต่ละระยะก็มีวิธีการรักษาแตกต่างกันออกไป แต่ถ้าสามารถตรวจพบโรคในระยะแรกก่อน การรักษาก็จะได้ผลดี การตรวจ pap smear เป็นวิธีการตรวจคัดกรองที่สำคัญที่จะทำให้ตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกได้ แต่อย่างไรก็ตามสตรีกลุ่มเสี่ยงกับมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวนน้อย โดยพบว่า มีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลายด้าน เช่น ไม่มีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความรู้เรื่องวิธีการตรวจ กลัวเจ็บ กลัวพบโรค ความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย เป็นต้น ซึ่งปัจจัยที่เป็นอุปสรรคเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ด้วยการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ ให้กับสตรีกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็น ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจ ซึ่งทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ความเข้าใจแล้ว ก็จะส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดี มีความตั้งใจที่จะมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากยิ่งขึ้น วิธีการให้ความรู้นั้นมีหลายวิธี ทั้งการให้ความรู้ในรูปแบบสุขศึกษารายบุคคล รายกลุ่ม เป็นต้น ดังรายละเอียดที่จะกล่าวได้ต่อไป

การสอนสุขศึกษา และโปรแกรมสุขศึกษา

การสอนสุขศึกษา

นิยาม “การสอนสุขศึกษา” หมายถึง การจัดแบบโครงการสุขภาพ โดยความรับผิดชอบของผู้สอนและผู้เรียน เพื่อให้มีผลต่อสุขภาพที่ดี โดยให้ประชาชนรู้จักป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ สร้างเจตคติในการรับผิดชอบ พร้อมทั้งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่นำไปสู่การเป็นผู้มีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม นอกจากนี้รูปแบบของการสอนสุขศึกษายังเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ที่มีผลให้ครอบครัว หรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

และมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งการสอนสุขศึกษาจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย มากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการเลือกวิธีการสอนที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้เรียน ดังนั้นการสอนสุขศึกษาจึงต้องคำนึงถึงเนื้อหาสาระ ประสบการณ์ ความต้องการของผู้เรียน ความสนใจ และการมีส่วนร่วม โดยใช้การเรียนรู้ที่มีองค์ประกอบหลายๆ แบบ ทำให้เกิดการเรียนรู้โดยใช้ประสาทสัมผัสหลายๆทาง จึงจะทำให้เกิดการพัฒนาในด้านการเรียนรู้ด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น (ทวีสิทธิ์ สิทธิกร, 2535)

ความมุ่งหมายสำคัญที่สุด ในการสอนสุขศึกษาก็คือ จะต้องให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้แก่การเปลี่ยนแปลงในสิ่งเหล่านี้ (สุชาติ โสมประยูร, 2520)

1. ความรู้ทางด้านสุขภาพ (health knowledge) เป็นกระบวนการทางด้านสมอง ได้แก่ การที่ผู้เรียนมีความรู้ และความเข้าใจในเนื้อหาวิชาการต่างๆ เพิ่มมากขึ้นจากเดิม ซึ่งมีความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้เรียน ความรู้ที่คนเราได้รับนั้นอาจแบ่งออกได้เป็นหลายลักษณะ ได้แก่

1.1 รู้แบบท่องจำ คือ รู้แล้วนำเอาไปใช้ไม่ได้ รู้แต่ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ (จัดว่าเป็นความรู้ขั้นต่ำหรือขั้นความจำ)

1.2 รู้แบบสามารถนำไปเปรียบเทียบได้ หรือตีความได้ คือ รู้ว่าสิ่งนั้นผิด สิ่งนี้ถูก หรือสิ่งนั้นดี สิ่งนี้ไม่ดี (จัดเป็นเพียงขั้นความเข้าใจ)

1.3 รู้แบบสามารถจะนำเอาไปใช้ในชีวิตประจำวัน และวิเคราะห์เรื่องราวต่างๆได้ คือ รู้จักดัดแปลงปรับปรุงความรู้ให้เหมาะสมแล้วนำเอาไปใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง สามารถแยกแยะเรื่องใหญ่ให้เป็นเรื่องย่อยๆ รวมทั้งมองเห็นความสัมพันธ์ของเรื่องเหล่านั้นได้ (จัดเป็นขั้นการรู้จักนำเอาไปใช้และรู้จักการวิเคราะห์)

1.4 รู้แบบสามารถจะนำเอาไปใช้ ให้เกิดการพัฒนา ให้เกิดเป็นความคิดริเริ่ม และสร้างสรรค์อย่างต่อเนื่องต่อไปอีกได้ รวมทั้งรู้จักประเมินค่าของความรู้ทั้งหมดที่ได้รับเพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจด้วย (จัดเป็นขั้นการรู้จักวิเคราะห์และประเมินค่า)

2. ทัศนคติทางด้านสุขภาพ (health attitude) เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ ได้แก่ การที่ให้ผู้เรียนมีทัศนคติ หรือปฏิกิริยาในด้านความรู้สึกต่อเรื่องสุขภาพดีขึ้น หรือเพิ่มพูนมากขึ้นกว่าเดิมเพื่อจูงใจให้ผู้เรียนปฏิบัติตนจนมีสุขภาพดี โดยทั่วไปทัศนคติของคนเราอาจเกิดขึ้นได้ดังนี้

2.1 อาจเกิดขึ้นจากผลรวมขั้นสุดท้ายของการสะสมประสบการณ์ต่างๆ ในชั่วระยะเวลาหนึ่ง เช่น การค้นคว้าหาข้อเท็จจริงต่างๆในชั่วระยะเวลาหนึ่ง ก็จะช่วยทำให้คนเรามีทัศนะเกิดขึ้น คือ การชอบหรือไม่ชอบ สนใจหรือไม่สนใจต่อสิ่งนั้น โดยสิ่งเหล่านั้นจะเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันขณะที่เรากำลังดำเนินชีวิตอยู่ ซึ่งทัศนคติที่เกิดขึ้นในลักษณะนี้มักจะถาวรและมั่นคงพอสมควร

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

2.2 อาจเกิดขึ้นจากผลของประสบการณ์ในระยะสั้น ซึ่งประสบการณ์นั้นจะเป็นไปอย่างเข้มข้น ตื่นเต้น รุนแรง และรวดเร็ว โดยในทันทีทันใดนั้นเอง เช่น การเห็นคนถูกรถชนโดยผู้ขับขี่รถที่ประมาท ก็จะเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการขับขี่ที่ประมาทนั้น ซึ่งทัศนคติที่เกิดขึ้นในลักษณะนี้เป็นทัศนคติแบบชั่วคราว

2.3 อาจเกิดขึ้นได้โดยการได้รับอิทธิพลมาจากคนอื่น ซึ่งทัศนคติในลักษณะนี้มักจะเกิดขึ้นได้ง่ายสำหรับบุคคลที่มีอิทธิพลของผู้อื่น หรือผู้สอนครอบงำอยู่ก่อนแล้ว ครั้นเมื่อบุคคลเหล่านี้ได้รับ การอบรมสั่งสอน ปลุกใจ หรือแม้แต่การโฆษณาชวนเชื่อก็ตาม ทัศนคติของผู้สอนก็จะถ่ายทอดมายังบุคคลเหล่านั้นโดยไม่รู้ตัว

2.4 อาจเกิดขึ้นได้โดยการเปรียบเทียบกับประสบการณ์เดิม ทัศนคติที่เกิดขึ้นในลักษณะเช่นนี้มักจะเกิดขึ้นกับบุคคลที่ขาดการพิจารณาถึงเหตุผลเป็นส่วนใหญ่

2.5 อาจเกิดขึ้นจากการเห็นตัวอย่างที่ดีหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ

3. การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ (health practice) เป็นกระบวนการทางด้านร่างกาย หรือกล้ามเนื้อ ได้แก่ การที่ผู้เรียนได้กระทำในสิ่งที่เกี่ยวกับสุขภาพหรือสวัสดิภาพอย่างถูกต้อง และเหมาะสมดีขึ้นกว่าเดิม

4. ทักษะทางด้านสุขภาพ (health skill) ได้แก่ การที่ผู้เรียนได้มีการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ หรือมีสุขปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ แคล่วคล่องว่องไว และเรียบร้อยมากขึ้นกว่าเดิม

วิธีการสอนสุขศึกษา

วิธีการสอนสุขศึกษาโดยทั่วๆไป สามารถแบ่งออกได้ เป็น 2 แบบ คือ

1. การสอนสุขศึกษารายบุคคล คือ การสอนแก่ผู้เรียนแบบตัวต่อตัว เป็นวิธีที่ได้ผลดีมาก เพราะสามารถให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้เรียนได้อย่างละเอียด โดยการวิเคราะห์ปัญหา และให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล ผู้เรียนมีโอกาสซักถาม ผู้สอนสามารถกระตุ้นความคิดให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ยังสามารถชักชวนบุคคลทำตามในสิ่งที่ต้องการและแก้ไขปัญหาเป็นรายบุคคลได้ การสอนอาจทำได้โดยใช้สื่อการสอน หรือบทเรียนสำเร็จรูป แต่มีข้อเสียคือ ใช้เวลามาก สิ้นเปลืองบุคลากร และค่าใช้จ่ายสูง (ศรีนวล พุ่มเจริญ, 2532)

2. การสอนสุขศึกษารายกลุ่ม หมายถึง การให้ความรู้บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน และระหว่างผู้เรียนด้วยกัน อาจใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือ เพื่อช่วยให้ผู้เรียนได้รับความรู้และความเข้าใจยิ่งขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการสอนสุขศึกษารายกลุ่มในการศึกษาครั้งนี้ คือ การให้โปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งข้อดีของการสอนรายกลุ่มคือ สามารถ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกลุ่มกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และสามารถสอนผู้เรียนได้คราวละหลายๆคน แต่มีข้อเสียคือ ถ้ากลุ่มมีขนาดใหญ่เกินไป อาจจะประเมินผลการสอนได้ยาก ผู้มีปัญหาแตกต่างจากกลุ่มอาจไม่ได้รับการแก้ไข (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532)

ในการสอนไม่ว่าแบบใดก็ตาม ต้องสอนให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ และจดจำได้ดีซึ่งการรับรู้ การจำ ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในข้อมูลที่เสนอ ไม่เกิดความเบื่อหน่าย ตั้งใจติดตามบทเรียน ผู้เรียนสามารถเรียนได้เร็วขึ้นและมากขึ้นในเวลาที่จำกัด โดยใช้สื่อการสอนให้เหมาะสมกับเนื้อหาที่จะสอน เหมาะสมกับวัยของผู้เรียน จำนวนของผู้เรียน เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม มีราคาต้นทุนในการผลิตต่ำ (ศิริพร สิงหเนตร, 2531)

ประเภทของสื่อสุขศึกษา

สื่อการสอนแต่ละชนิดมีจุดประสงค์และวิธีการต่างกันขึ้นอยู่กับเรื่องที่สอน ผู้สอน ผู้เรียน เวลา สถานที่ และสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน สื่อการสอนที่นิยมใช้กันมีหลายชนิด เช่น ประเภทภาพและเสียง ได้แก่ ภาพยนตร์ สไลด์ประกอบเพลง เทปเสียง เทปโทรทัศน์ และประเภทตีพิมพ์ได้แก่ เอกสาร ใบปลิว ภาพโฆษณา ภาพพลิก แผ่นพับ บทเรียนสำเร็จรูป เป็นต้น (จันทร์พิมพ์ สายสมร, 2523 อ้างใน มาลี สุดสวนสี, 2539)

โปรแกรมการให้ความรู้

กรองกาญจน์ อรุณรัตน์ (2536) ได้ให้ความหมายของ โปรแกรมให้ความรู้ คือ การวางแผนและการเตรียมวัสดุการเรียนการสอนหรือเนื้อหาอย่างมีระบบ การให้ความรู้มีการจัดวัสดุการเรียนการสอนหรือเนื้อหาอย่างรอบครอบ หรือกระบวนการเพื่อพัฒนาการเรียนการสอนอย่างมีระบบ โดยเริ่มตั้งแต่การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม และมีการนำไปทดลองใช้เพื่อให้เชื่อแน่ว่ากระบวนการดังกล่าวสามารถนำไปใช้ให้เกิดผลดีเป็นที่น่าพอใจ

อาภรณ์ ใจเที่ยง (2537) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการเตรียมการสอนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ล่วงหน้า เพื่อเป็นแนวทางการสอนสำหรับผู้สอน ที่จะช่วยให้การเรียนการสอนบรรลุจุดประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

สายชล จันทร์วิจิตร (2539) กล่าวว่า โปรแกรมให้ความรู้คือ แผนการให้ความรู้แก่บุคคลที่มีการเตรียมการอย่างรอบครอบ มีระบบ ไว้ล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร ส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

สรุปได้ว่า โปรแกรมให้ความรู้ เป็นวิธีการหรือแนวทางในการให้ความรู้แก่บุคคล หรือกลุ่มคน อย่างมีระบบ เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อเป็นแนวทางการสอนสำหรับผู้สอน และช่วยให้การเรียน การสอนมีประสิทธิภาพ และบรรลุจุดประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ มีแผนการสอน และแนวทางการสอนที่ชัดเจน และเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับทางด้านสุขภาพ และส่งผลดีต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ก็คือ การให้โปรแกรมสุขศึกษา นั้นเอง

กระบวนการกลุ่ม

โดยธรรมชาติแล้วมนุษย์จะอยู่รวมกันเป็นกลุ่มที่อยู่ในรูปของสังคม การอยู่ร่วมกันของบุคคลย่อมเกิดปฏิกริยาตอบโต้กัน เกิดแนวคิดและพลัง จึงเป็นที่มาของการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ในลักษณะของรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆด้วยกันเอง จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีกับตนเอง

พิไลวรรณ ยอดประสิทธิ์ (2542) ได้กล่าวถึง กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มกระทำกิจกรรมร่วมกันเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การเรียนรู้จากประสบการณ์ของสมาชิกภายในกลุ่มสามารถนำประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มมาใช้แก้ไข และปรับปรุงใช้ในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับตนเองได้

ณัฐพล ลึกสิงห์แก้ว (2545) ได้กล่าวถึงกระบวนการกลุ่ม หมายถึง การศึกษากลุ่มคนหรือกลุ่มผู้เรียนที่ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายว่ามีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มตามบทบาท และหน้าที่สร้างสรรค์งานอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนการแสดงความคิดความสามารถของบุคคลภายในกลุ่ม

เกษณี คำจันทร์ (2546) ได้กล่าวถึงกระบวนการกลุ่มไว้ว่า เป็นกระบวนการที่ว่าด้วยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยเริ่มต้นที่มีบุคคลมาอยู่รวมกันด้วยความสมัครใจ มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันมีความสนใจ มีวัตถุประสงค์ และมีกิจกรรมร่วมกันจนสิ้นสุดกระบวนการ สมาชิกในกลุ่มจะร่วมกันค้นหาปัญหา ตัดสินใจ แก้ไขปัญหา ขจัดข้อขัดแย้ง และมีการพัฒนาตนเองทั้งในด้านทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรม โดยสมาชิกจะมีความรับผิดชอบต่อบทบาทในการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีการวิเคราะห์พฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มทำให้สมาชิกกลุ่มรู้จักตนเอง ยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง และยอมรับผู้อื่น พร้อมที่จะแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล เรียนรู้การทำงานร่วมกับผู้อื่น รู้จักเห็นอกเห็นใจซึ่งกัน และกันยิ่งขึ้น อันจะส่งผลทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

อาจกล่าวได้ว่า กระบวนการกลุ่ม คือ กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม มีบทบาทหน้าที่ของตนเองตามที่กลุ่มมอบหมาย เปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนแนวคิดประสบการณ์การเรียนรู้ระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม มีการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยคำนึงถึงประโยชน์ของสมาชิกภายในกลุ่มเป็นหลัก

ประเภทของกลุ่มที่เหมาะสมกับการเรียนรู้

การทำให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสุดในกระบวนการให้ความรู้นั้น เกิดจากการออกแบบกลุ่มที่เหมาะสม ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการกลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกันมาก บางประเภทเอื้อให้สมาชิกในกลุ่มมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ได้มาก แต่อาจขาดความหลากหลายของแนวคิด จึงเหมาะสำหรับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากประสบการณ์โดยยังไม่ต้องการข้อสรุปที่สมบูรณ์ ข้อสรุปที่สมบูรณ์อาจได้มาจากการนำเสนอแลกเปลี่ยนระหวางกลุ่ม (อดิศร วงศ์คงเดช , 2549, para.3)

1. กลุ่ม 2 คน (pair group) โดยให้สมาชิกจับคู่กัน ทำกิจกรรม ที่ได้รับมอบหมายต้องการให้ทุกคน มีส่วนร่วมในการออกความเห็น หรือปฏิบัติ แต่เนื่องจากจำนวนคนในกลุ่มมีน้อยมีเพียง 2 คน ทำให้ขาดความหลากหลาย ทางความคิด และประสบการณ์

2. กลุ่ม 3 คน (triad group) ให้สมาชิกจับกลุ่ม 3 คน แต่ละคนมีบทบาทที่ชัดเจนและหมุนเวียนบทบาทกันได้ ทุกคนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ตามบทบาทและสามารถเรียนรู้ได้ครบทุกบทบาท แต่ขาดความหลากหลาย และกระจ่างชัดไปบ้าง

3. กลุ่มย่อยระดมสมอง (buzz group) เป็นการรวมกลุ่ม 3-4 คนขึ้นชั่วคราว เพื่อแสดงความคิดเห็นต้องการให้สมาชิกมีส่วนร่วมในเวลาสั้นๆ โดยไม่ต้องการข้อสรุปหรือต้องการข้อสรุปที่ไม่ลึกซึ้งมากนัก เนื่องจากใช้เวลาจำกัด ทำให้ได้ข้อมูลที่เกิดจากการอภิปรายของคนในกลุ่มขาดความลึกซึ้ง

4. กลุ่มเล็ก (small group) เป็นการจัดกลุ่ม 5-6 คน โดยให้กลุ่มทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายจนลุล่วง เพื่อต้องการให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความ คิดเห็นและอภิปรายได้อย่างลึกซึ้งจนได้ข้อสรุป แต่ในการทำกลุ่มต้องใช้เวลาค่อนข้างมาก

5. กลุ่มใหญ่ (large group) เป็นการอภิปรายใน กลุ่ม 15-30 คน ทั้งชั้น ต้องการให้เกิดการโต้แย้งหรือการรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มย่อยเพื่อหาข้อสรุป ซึ่งสมาชิกในกลุ่มบางคนอาจให้ความสนใจหรือมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดน้อย และใช้เวลาค่อนข้างมาก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

6. กลุ่มไขว้ (cross-over group) เป็นการจัดกลุ่ม 2 ขั้นตอน โดยแยกให้สมาชิกทำกิจกรรมเฉพาะบางกลุ่มจนมีความเชี่ยวชาญ จากนั้นจึงให้สมาชิกจากแต่ละกลุ่มมาร่วมกันเป็นกลุ่มใหม่ เพื่อบูรณาการ และต้องการให้สมาชิกใช้ศักยภาพของตนเองในสร้างความรู้ สมาชิกจะมีส่วนร่วมและได้เนื้อหามาก แต่ใช้เวลาในการสอนมาก และอาจมีความรู้บางเรื่องที่ตกหล่นไป

7. แบ่งกลุ่มย่อย (sub group) เป็นการจัดกลุ่ม 2 ขั้นตอนจากกลุ่ม 8-12 คน แต่ละกลุ่มถูกแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3-4 กลุ่ม เพื่อให้ทำงานกลุ่มละ 1 งาน (ที่ไม่เหมือนกัน) จากนั้นจึงให้กลุ่มย่อยมารวมกันเพื่อบูรณาการเหมือนกลุ่มไขว้

8. กลุ่มปิรามิด (pyramid group) ใช้วิธีการรวบรวมความคิดเห็น โดยเริ่มจากกลุ่ม 2-4 คน ทวีขึ้นไปเป็นขั้นๆจนครบทั้งชั้น เพื่อสร้างความตระหนักและเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของแต่ละกลุ่มหรือฝ่าย แต่ขาดข้อสรุปและความลึกซึ้ง

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้กลุ่มจัดกลุ่มร่วมกิจกรรมในโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มในลักษณะกลุ่มเล็ก (small group) ซึ่งเป็นการจัดกลุ่ม 5-6 คน โดยให้สมาชิกภายในกลุ่มร่วมทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายจนลุล่วง และสรุปข้อคิดเห็นที่เกิดจากการประมวลความคิดของสมาชิกภายในกลุ่ม ซึ่งมีข้อดีคือ สมาชิกภายในกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนความ คิดเห็นและอภิปรายได้อย่างลึกซึ้งจนได้ข้อสรุป

ขั้นตอนของการเรียนรู้

การที่บุคคลใดจะเลิกล้มความเชื่อถือ และการปฏิบัติแต่เดิม หันมาเชื่อถือสิ่งใหม่และปฏิบัติตามความรู้ที่ได้รับมาใหม่นั้น อาจจะแบ่งขั้นตอนการเรียนรู้ออกเป็นระยะๆได้ดังนี้ (จันทนา ชูเกียรติศิริ, 2544)

1. ระยะตื่นตัว (awareness stage) การเรียนรู้จะเกิดขึ้นโดยได้ยิน ได้เห็น ได้สนทนา หรือได้รับฟังคำบอกเล่าจากเพื่อนฝูง คนแปลกหน้า รู้จากอุปกรณ์สื่อสารทางใดทางหนึ่ง ส่วนมากความรู้ใหม่ๆ ที่ได้รับมักเป็นเรื่องคร่าวๆ

2. ระยะสนใจ (interesting stage) บุคคลที่ได้รับฟังเรื่องราวคร่าวๆมาแล้วจะเกิดความสนใจตามมา ยิ่งถ้าเป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจของตนหรือกำลังหาทางแก้ไขอยู่แล้ว ความสนใจจะมีมาก ทำให้บุคคลนั้นพยายามใฝ่หาความรู้หรือพยายามหาความรู้เพิ่มเติม เพื่อความกระจ่างแจ้งจากผู้ที่ตนเองเชื่อถือ จากองค์กร หรือจากหนังสือวิชาการต่างๆ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

3. ระยะประเมินผล (evaluation stage) ภายหลังจากการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจนเป็นที่พอใจแล้ว ก็นำความรู้ที่ได้มาไตร่ตรอง คำนวณถึงผลได้ผลเสียที่จะเกิดขึ้น ถ้าได้ปฏิบัติการใช้ความรู้ใหม่แล้วเป็นผลดีที่จะเกิดขึ้นแก่ร่างกายและจิตใจทางใดทางหนึ่ง

4. ระยะทดลองปฏิบัติ (trial stage) เมื่อไตร่ตรองรอบคอบแล้วถ้าผลดีจะเกิดขึ้นกับตนเอง และครอบครัวทั้งร่างกายและจิตใจแน่นอน ก็เริ่มลงมือปฏิบัติในระยะต่อมา หรืออาจดูผู้อื่นปฏิบัติก่อนได้

5. ระยะยอมรับและปฏิบัติตาม (adoption stage) เมื่อได้ทดลองและปฏิบัติจนเห็นผลดีเกิดขึ้น บุคคลนั้นก็จะล้มเลิกความเชื่อถือที่เคยมีอยู่เดิม และหันกลับมาเชื่อถือ ความคิด ความรู้ใหม่ๆ และปฏิบัติตามความรู้ใหม่ๆตลอดไป

ขั้นตอนการเรียนรู้มีหลายระดับ ซึ่งในการจัดทำโปรแกรมได้กำหนดกิจกรรม เพื่อให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ใน 3 ระดับแรก คือ ระยะตื่นตัว ระยะสนใจ และระยะประเมินผล และเมื่อผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามกระบวนการทั้ง 3 ระดับแล้ว ผู้เรียนสามารถที่จะพัฒนาองค์ความรู้นั้นไปสู่ระดับของการทดลองนำไปปฏิบัติ ยอมรับและปฏิบัติตาม ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้การปฏิบัติเกิดความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป

กรอบแนวทางในการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม

การศึกษาในครั้งนี้ได้กำหนดการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาดังกล่าวตามทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) โดยการจำแนกวัตถุประสงค์ทางการศึกษาตามการจำแนกของ บลูม (Bloom, 1975) ด้านพุทธพิสัย (cognitive domain) ซึ่งจำแนกออกเป็น 6 ขั้นตอน ตามลำดับความซับซ้อนจากต่ำไปสูง (จันทนา ชูเกียรติศิริ, 2544) โดยการให้ความรู้นั้น เป็นขั้นของการเสริมสร้างความรู้ให้กับผู้เรียน แต่ถ้าจะให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาความรู้เป็นความสามารถและทักษะทางด้านปัญญานั้น ต้องสร้างขั้นตอนให้ผู้เรียนได้ เข้าใจ สามารถนำไปใช้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินค่าเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนที่แสดงถึงความตั้งใจ และตัดสินใจแสดงพฤติกรรมต่อไป ซึ่งในโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มสามารถแบ่งส่วนต่างๆได้ ดังนี้

1. การกำหนดรายละเอียด และเนื้อหา

1.1 ขั้นความรู้ เป็นขั้นตอนของการให้ความรู้ประกอบด้วยเนื้อหา

1.1.1 ความรู้ในเนื้อเรื่อง เป็นความรู้ที่เกี่ยวกับข้อเท็จจริงเฉพาะประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ภายใน และภายนอกของสตรี ความหมายของโรคมะเร็ง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

1.1.2 ความรู้ในวิธีดำเนินการเป็นความรู้เกี่ยวกับแนวโน้มการจำแนกประเภทและความรู้เกี่ยวกับวิธีการ ประกอบด้วยเนื้อหาที่กล่าวถึงถึงสถานการณ์ ความรุนแรง และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆในการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปบสเมียร์ การรักษามะเร็งปากมดลูกในรูปแบบต่างๆ

1.1.3 ความรู้รวบยอดในเนื้อเรื่อง เป็นความรู้เกี่ยวกับหลักวิชาการ ประกอบด้วย เนื้อหาที่กล่าวถึงเกี่ยวกับเรื่องสาเหตุ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ความสำคัญในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประเภทของมะเร็งปากมดลูก

เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาความรู้เป็นความสามารถและทักษะทางด้านปัญญา ผู้วิจัยได้กำหนดกรณีศึกษาที่เป็นตัวอย่างขึ้นเพื่อให้ผู้เรียน และกลุ่มได้ร่วมกันคิดวิเคราะห์ แยกแยะเพื่อได้เกิดการเรียนรู้ในขั้นตอน ดังนี้

1.2 ขั้นความเข้าใจ ประกอบด้วย ความสามารถในการจับใจความของเรื่อง สามารถแปลความหมายจากความรู้ที่ได้รับและนำมาคาดคะเนเหตุการณ์ โดยอาศัยข้อเท็จจริงที่มีอยู่

1.3 ขั้นการนำไปใช้ ประกอบด้วย ความสามารถในการนำความรู้ หลักการ ทฤษฎี ข้อเท็จจริงไปแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับกรณีตัวอย่างที่ศึกษา

1.4 ขั้นการวิเคราะห์ ประกอบด้วย ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวออกเป็นส่วนย่อยๆ และความเกี่ยวโยงขององค์ประกอบแต่ละส่วนนั้น

1.5 ขั้นการสังเคราะห์ ประกอบด้วย ความสามารถประกอบเรื่องราวส่วนย่อยต่างๆ ให้เข้ากันอย่างเป็นเรื่องเป็นราว

1.6 ขั้นการประเมินค่า ประกอบด้วย เป็นความสามารถในการตัดสินใจ ตีราคาโดยอาศัยเกณฑ์และมาตราฐานที่วางไว้

2. การกำหนดวัตถุประสงค์ของแต่ละบทเรียนในโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มใช้การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม (behavioral object) ซึ่งหมายถึง การกำหนดจุดประสงค์ของการเรียนการสอนที่บอกให้ทราบว่าหลังจากเรียนจบบทเรียนนั้นๆ แล้วผู้เรียนสามารถแสดงพฤติกรรมที่วัดได้ สังเกตได้ ออกมาเป็นอย่างไรบ้างซึ่งการกำหนดจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมที่สมบูรณ์จะมีองค์ประกอบ 3 ส่วน (บุญชม ศรีสะอาด, 2537) ดังนี้

2.1 พฤติกรรมที่คาดหวัง (expected behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่ต้องการให้ผู้เรียนได้แสดงออกเพื่อแสดงว่าผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้อย่างแท้จริงหลังจากเรียนจบบทเรียนนั้น

2.2 สถานการณ์หรือเงื่อนไข (condition) หมายถึง การสร้างความชัดเจนให้เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมนั้น โดยการบ่งชี้สถานการณ์ หรือเงื่อนไขลงไปในจุดประสงค์นั้นซึ่งอาจเป็นข้อมูล แบบฝึกหัด โจทย์ วัสดุอุปกรณ์ ก็ได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

2.3 เกณฑ์ (criteria) หมายถึง ระดับของพฤติกรรมที่คาดหวังที่กำหนดไว้ว่าจะต้องมีพฤติกรรมที่คาดหวังในระดับใดจึงจะเป็นที่ยอมรับ

3. การประยุกต์ทฤษฎีใช้ในการกำหนดกิจกรรมทางด้านการเรียนการสอนโดยใช้ทฤษฎีสนามแห่งความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Field Theory) เพื่อ

3.1 การเพิ่มขนาดของแรงเสริม ลดขนาดของแรงต้าน โดยเสนอแนวทางเพื่อดำเนินการเปลี่ยนแปลง ด้วยการการละลายพฤติกรรมเดิม สร้างความเปลี่ยนแปลง วิเคราะห์ปัญหาการตั้งเป้าหมาย ทำให้เกิดพฤติกรรมใหม่ และส่งเสริมให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่

3.2 การตั้งเป้าหมาย ผู้สอนต้องเน้นให้ผู้เรียนตั้งเป้าหมายที่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ผู้สอนต้องคอยช่วยให้ผู้เรียนฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆให้ได้มาซึ่งผลสำเร็จวิชาต่างๆต้องสัมพันธ์กัน

3.3 ส่งเสริมการทำงานร่วมกัน เพราะการทำงานเป็นกลุ่มจะช่วยให้สภาพแวดล้อมทางด้านความคิด หรือการนึกคิดของผู้เรียนเปิดกว้างขึ้น ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มมากขึ้น ทำให้สังคมกว้างขึ้น ไม่ส่งเสริมการท่องจำ

3.4 จัดสภาพการเรียนรู้และประสบการณ์ให้เป็นที่น่าสนใจแก่ผู้เรียนเมื่อผู้เรียนสนใจแล้วการเรียนรู้จะง่ายขึ้น ตลอดจนสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นกับตัวผู้เรียน

3.5 สอนโดยยึดหลักการแก้ปัญหาโดยให้ผู้เรียนได้ฝึกหัดเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง

4. ใช้ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Theory of Reasoned Action) เพื่อวัดพฤติกรรมที่เกิดจากความตั้งใจ โดยความเชื่อที่ว่าปกติแล้วมนุษย์เป็นผู้มีเหตุผลการตัดสินใจกระทำสิ่งใดของมนุษย์จะมีการพิจารณาเหตุผลและมีการใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างเป็นระบบจึงอาจจะกล่าวได้ว่าการกระทำพฤติกรรมของมนุษย์ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคลคนนั้นเป็นตัวกำหนด

จากแนวทางการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม สามารถสรุปได้ว่า การให้ความรู้โดยใช้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มนั้น นอกจากจะเป็นการเพิ่มความรู้ให้ผู้เรียนแล้ว ยังช่วยให้เกิดการวิเคราะห์ อภิปรายร่วมกันภายในกลุ่มเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่างๆเกิดความคิดในการตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องนั้นๆตามมาจะเห็นได้ว่า ความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจในพฤติกรรม ต่างมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างไม่สามารถแยกออกจากกันได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจ

ความรู้

นิยาม “ความรู้” คือ ความรอบรู้ ความคุ้นเคย หรือสภาพการรับรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง ความชัดเจนและความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในข้อเท็จจริงนั้น ความรู้เป็นจุดเริ่มต้นของพฤติกรรมขั้นต้นที่บุคคลรับรู้ข้อเท็จจริงหรือกฎเกณฑ์ และกำหนดเป็นบรรทัดฐานที่จะแสดงพฤติกรรม เมื่อเผชิญกับสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าใดๆที่เกี่ยวกับความรู้ที่ตนมีอยู่ บุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมขั้นสูงกว่าขึ้นไป จึงเกิดการรับรู้ ปรับแนวคิด ทัศนคติ และพฤติกรรมการปฏิบัติ ตามความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) กล่าวว่า ความรู้นั้น เริ่มจากบุคคลมีการจดจำสิ่งที่ตนเองรับมาเกิดความเข้าใจและนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง รวมทั้งมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์และประเมินค่าของข้อมูลที่ได้รับจนเกิดความรู้ที่ถูกต้อง

กนกวรรณ ประวาลพิทย์ (2540) กล่าวว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริงที่บุคคลได้รับ และเก็บสะสมไว้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ที่ผู้เรียนเพียงแต่จำได้ และเก็บสะสมรวบรวมไว้ เพื่อใช้ในการจัดระบบใหม่ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะแสดงออกในพฤติกรรมต่อเรื่องใด บุคคลคนนั้นต้องมีความรู้ในเรื่องนั้นๆก่อน จึงจะสามารถแสดงพฤติกรรมได้ถูกต้อง

สรุปได้ว่า เมื่อความรู้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมขั้นพื้นฐานของบุคคล ดังนั้นการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อเท็จจริงในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่ว่าจะเป็นอุบัติการณ์ สาเหตุความรุนแรง และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การป้องกันโรค การตรวจคัดกรอง อาการและอาการแสดง การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก แล้วบุคคลเกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แสดงออกในรูปความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมตามความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่นั้นด้วยการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ทัศนคติ

อัษฎาวุธ โลหนันทน์ (2547) ได้กล่าวถึง ทัศนคติไว้ว่า เป็นภาวะทางอารมณ์เช่นเดียวกับคำว่า ความคิดสร้างสรรค์ ความวิตกกังวล ซึ่งต่างเป็นสภาวะสันนิษฐานที่ไม่สามารถสังเกตหรือวัดได้โดยตรงแต่สามารถอนุมานได้จากพฤติกรรมภายนอกที่บุคคลแสดงออกมา

สมเกียรติ ทองมี (2540) ได้กล่าวถึง ทัศนคติไว้ว่า เป็นท่าทีของบุคคลที่แสดงออกถึงสภาพจิตใจ ทัศนคติเป็นนามธรรมและเป็นส่วนทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ แต่ทัศนคติไม่ใช่แรงจูงใจ (motive) และแรงผลักดัน (drive) หากแต่เป็นสภาพพร้อมที่จะโต้ตอบ (state of readiness) และแสดงให้ทราบถึงแนวทางการสนองตอบของบุคคลต่อสิ่งเร้า

ทัศนคติของบุคคลสามารถทำให้เปลี่ยนแปลงได้หลายวิธี ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันว่าถ้าส่วนประกอบส่วนใดเปลี่ยน ส่วนประกอบด้านอื่นๆมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงด้วย ดังที่ ซิมบาร์โด เอบบีเซน และมาสลาซ (Zimbardo,Ebbesen,&Maslash, 1977 อ้างใน กนกวรรณ ประวาลพิทย์, 2540) กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงทัศนคติขึ้นอยู่กับความรู้ คือ ถ้ามีความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติก็จะเปลี่ยนแปลง มีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สรุปได้ว่า ทัศนคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึก ของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า และแสดงท่าทีหรือพฤติกรรมที่แสดงถึงความรู้สึกต่อสิ่งเร้านั้น ทัศนคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้จากการมีความรู้ ซึ่งเมื่อได้รับความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก และรับรู้ว่าสิ่งที่ได้เรียนรู้นั้นส่งผลดีต่อตนเอง บุคคลก็จะปรับเปลี่ยนทัศนคติ หรือความรู้สึกที่ดีต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแสดงออกด้วยความตั้งใจที่จะไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นความรู้จึงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติด้วย

ความตั้งใจ

จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) ความตั้งใจ หมายถึง ความคิดที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งบ่งบอกถึงความเป็นไปได้ของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา โดยองค์ประกอบสำคัญ คือ ความรู้ ทัศนคติ ที่ก่อให้เกิดความตั้งใจ และผลักดันให้มีพฤติกรรมนั้น

วฤนธร ตั้งตฤษณกุล (2540) ความตั้งใจ หมายถึง ความเป็นไปได้ในพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงพฤติกรรมบางอย่างออกมา ซึ่งองค์ประกอบอย่างหนึ่งที่แฝงอยู่ในตัวบุคคลมีพื้นฐานมาจากความรู้ ความจำ เจตคติ และความเชื่อ ซึ่งมีส่วนผลักดันให้บุคคลประกอบกิจกรรมต่างๆอย่างจริงจัง

ความตั้งใจ เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบ หรือเป็นตัวบ่งชี้การกระทำพฤติกรรมของบุคคลว่ามีเจตนา และมีการวางแผนมากน้อยเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ซึ่งความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนี้จะคงอยู่ จนกระทั่งถึงเวลา และโอกาสที่เหมาะสมบุคคลจึงแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะที่สอดคล้องกับความตั้งใจนั้น การถามความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมของบุคคล โดยให้มีความตรงกันของเกณฑ์ระหว่างความตั้งใจกระทำพฤติกรรม กับพฤติกรรมนั้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

จะทำให้การทำนายแม่นยำยิ่งขึ้น ซึ่งความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในระดับสูงหรือไม่ขึ้นอยู่กับ ความตรงกันของเกณฑ์ในการวัด (correspondence) ตามการกระทำ (action) เป้าหมาย (target) สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม (context) และเวลา (time) รวมทั้งระดับความมั่นคงของความตั้งใจที่จะกระทำ (stability of Intention) ด้วย (Fishbein & Ajzen, 1980; Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen, 1988; Conner & Amitage, 1998)

สรุปได้ว่า ความตั้งใจ คือ กระบวนการคิด ที่แสดงถึงความต้องการของบุคคลที่มีต่อการกระทำ หรือพฤติกรรมนั้น ซึ่งเป็นผลมาจากองค์ประกอบพื้นฐาน ด้านความรู้ และทัศนคติ ของบุคคลนั้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ก็ หมายถึง กระบวนการคิดที่แสดงถึงความต้องการในการกระทำหรือพฤติกรรมในการป้องกันโรค หรือการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และความตั้งใจนั้น จำเป็นต้องใช้กระบวนให้ความรู้ต่างๆเพื่อให้ผู้เรียนได้เกิดทักษะด้านความรู้ มีความเข้าใจ รู้จักวิเคราะห์ และนำความรู้ที่ได้ไปใช้ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนต้องมีสิ่งกระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจ และเกิดการคาดหวังการกระทำต่อผลลัพธ์นั้น หรืออาจจะแสดงออกมาในรูปแบบของความตั้งใจที่จะกระทำในสิ่งนั้น ซึ่งเราสามารถกำหนดแนวทางเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ โดยอาศัยแนวคิดและทฤษฎีซึ่งจะกล่าวต่อไป

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ

ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)

การเรียนรู้ เป็นกระบวนการของการได้รับความรู้ ความเข้าใจ หรือทักษะ โดยผ่านการมีประสบการณ์หรือจากการได้ศึกษาในสิ่งนั้นๆ การเรียนรู้อาจเกิดขึ้นจากการมีสิ่งเร้า และการตอบสนองอาจจะเกิดจากกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งจะรวมถึงการให้เหตุผล การสร้างจินตนาการ การเกิดแนวคิดแบบนามธรรม และการแก้ไขปัญหา

อรนันท์ หาญยุทธ (2532 อ้างใน กนกวรรณ ประวาลพิทย์, 2540) กล่าวว่า การสอนเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้นั้น ผู้สอนควรมีความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้ ทั้งนี้เพราะทฤษฎีการเรียนรู้ บ่งให้ทราบถึงกฎเกณฑ์ หลักการ เงื่อนไขต่างๆ ตลอดจนแนวทางในการปฏิบัติที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งความสำคัญของทฤษฎีการเรียนรู้ต่อผู้สอน มีดังนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

1. ช่วยให้ผู้สอนเข้าใจกระบวนการเรียนรู้ สามารถจัดสถานการณ์การเรียนรู้ที่เอื้ออำนวยต่อการเรียน หรือต่อการตอบสนองของผู้เรียนทั้งทางด้านพฤติกรรมและกระบวนการคิด

2. ช่วยกำหนดรูปแบบวิธีการสอน ว่าจะสอนอย่างไรที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่คาดหวัง

3. ช่วยในการอธิบายพฤติกรรมของผู้เรียน และทราบแนวทางที่จะปรับปรุงพฤติกรรมของ ผู้เรียนให้เป็นไปตามที่ต้องการ

ตามแนวคิดของ คอลแมน (J.C. Coleman, 1969) กระบวนการเรียนรู้ที่สลับซับซ้อนเกิดขึ้นจากองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ คือ ผู้เรียน สิ่งที่จะเรียน กระบวนการ และสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้ ส่วนความตั้งใจที่จะเรียนรู้ ประสิทธิภาพของการเรียนรู้ และผลของการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะเป็นผลหรือมีอิทธิพลมาจากสิ่งที่ผู้เรียนนำติดตัวมาสู่สิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้นั้นๆ เพราะว่าการเรียนจะเกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สวิง สุวรรณ, 2534)

1. การเรียนรู้เดิมของผู้เรียน

2. แรงจูงใจพื้นฐานของผู้เรียน ซึ่งจะรวมถึงแนวโน้มที่บุคคลจะเกิดความเข้าใจว่าอะไรมีความสัมพันธ์โดยตรงกับเป้าหมายของตนเอง และเกิดความรู้สึกพึงพอใจในการเรียนซึ่งเป็นรางวัลทางใจที่เกิดขึ้นกับผู้เรียน

3. ประสบการณ์ของผู้เรียนซึ่งจะเป็นตัวบ่งชี้ว่า ผู้เรียนได้เกิดการรับรู้ หรือเรียนรู้อะไร

4. วุฒิภาวะและความสามารถในการปรับตัวของผู้เรียน ซึ่งองค์ประกอบนี้จะมีผลต่อความอดทน ความมีสมาธิ และความตั้งใจที่แน่นอนของผู้เรียน

ในด้านที่เกี่ยวกับสิ่งที่จะเรียน (task to be learned) สิ่งที่จะเรียนมีความแตกต่างในด้านขนาด ความสลับซับซ้อน ความชัดเจนแจ่มแจ้ง สถานการณ์ และกระบวนการ โดยทั่วไปแล้วการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ง่ายถ้าสิ่งที่เรียนนั้นสั้นและง่าย ถ้าผู้เรียนเคยรู้จักเนื้อหานั้นมาก่อน และงานหรือสิ่งที่จะเรียนนั้นได้ถูกกำหนดอย่างชัดเจน นอกจากนี้การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ง่ายถ้าใช้ทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆที่มีอยู่

เพื่อที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สอนจะต้องวางแผนอย่างรอบคอบ จัดการ และบริหารประสบการณ์การเรียนรู้ สร้างพื้นฐานที่ดีและสร้างบรรยากาศที่จะจูงใจให้ผู้เรียนอยากเรียน และช่วยให้ผู้เรียนได้ถ่ายโยงการเรียนรู้ไปสู่ประสบการณ์จริง การให้ข้อมูลป้อนกลับก็เป็นสิ่งสำคัญตลอดกระบวนการของการเรียนรู้ในการใช้กระบวนการติดตามผลและตรวจสอบ การให้ข้อมูลป้อนกลับจะเป็นตัวกำหนดรางวัล และหรือการลงโทษ ดังนั้นจึงควรสร้างให้เกิดการเสริมพลัง และให้เกิดการถ่ายโยงการเรียนรู้ไปสู่สภาพจริง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

กลุ่มนักทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดจำพวกของวัตถุประสงค์ทางการศึกษาได้แบ่งระดับการเรียนรู้ต่างๆ ตามลักษณะพฤติกรรมด้านความรู้ หรือพุทธิปัญญา ค่านิยม ทัศนคติ และการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สวิง สุวรรณ, 2534) ดังรายละเอียดดังนี้

พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มพุทธิพิสัย (cognitive domain) เป็นความสามารถและทักษะทางด้านสมองในการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ แบ่งย่อยได้เป็น 6 ขั้นดังนี้

1. ความรู้ (knowledge) เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้ซึ่งรวมประสบการณ์ต่างๆที่เคยได้รับรู้มา

1.1 ความรู้เฉพาะเรื่องเป็นการระลึกข้อสนเทศในส่วนเฉพาะอย่างที่แยกได้โดดๆ

1.1.1 ความรู้เกี่ยวกับศัพท์ เกี่ยวกับความหมายคำ

1.1.2 ความรู้เกี่ยวกับความจริงเฉพาะอย่างเช่น รู้วัน เดือน ปี เหตุการณ์ สถานที่

1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิถีทางและวิธีการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ

1.2.1 ความรู้ในเรื่องระเบียบ แบบแผน ประเพณี

1.2.2 ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้มและลำดับก่อนหลัง

1.2.3 ความรู้ในการแยกประเภทและจัดหมวดหมู่

1.2.4 ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์

1.2.5 ความรู้เกี่ยวกับระเบียบและกระบวนการ

1.3 ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิดและโครงสร้าง

1.3.1 ความรู้เกี่ยวกับหลักการและข้อสรุปทั่วไป

1.3.2 ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง

2. ความเข้าใจ (comprehension) เป็นความสามารถในการแปลความ ตีความหมายและขยายความในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่าง ๆ แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

2.1 การแปลความ เป็นการจับใจความให้ถูกต้องเกี่ยวกับสิ่งที่สื่อความหมายหรือจากภาษาหนึ่งของการสื่อสารไปสู่อีกรูปแบบหนึ่ง

2.2 การตีความหมาย เป็นการอธิบายความหมาย หรือการสรุปเรื่องราวโดยการจัดระเบียบใหม่รวบรวมเรียบเรียงเนื้อหาใหม่

2.3 การขยายความ เป็นการขยายเนื้อหาที่เหนือไปกว่าขอบเขตที่รู้ เป็นการขยายขีดการอ้างอิง หรือแนวโน้มที่เกินเลยจากข้อมูล

3. การนำไปใช้ (application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นการใช้ความเป็นนามธรรม เช่น กฎเกณฑ์ ทฤษฎี แนวคิด ความคิดในสถานการณ์รูปธรรม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

4. การวิเคราะห์ (analysis) เป็นความสามารถในการแยกการสื่อความหมายไปสู่หน่วยย่อยเป็นองค์ประกอบสำคัญหรือเป็นส่วนๆ เพื่อให้ได้ลำดับขั้นของความคิด ความสัมพันธ์กัน การวิเคราะห์เช่นนี้ เพื่อมุ่งให้การสื่อความหมาย มีความชัดเจนยิ่งขึ้น อาจจำแนกได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

4.1 การวิเคราะห์ส่วนประกอบ เป็นการชี้ให้เห็นหน่วยย่อยๆ ที่เป็นส่วนประกอบที่อยู่ ในสิ่งที่สื่อความหมาย

4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการแยกประสานหรือความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ในสิ่งที่สื่อความหมาย

4.3 การวิเคราะห์หลักการในเชิงจัดการดำเนินงาน เป็นการชี้ให้เห็นระบบจัดการและวิธีการรวบรวมองค์ประกอบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน

5. การสังเคราะห์ (synthesis) เป็นความสามารถในการนำหน่วยต่างๆ หรือส่วนต่างๆ เข้าเป็นเรื่องเดียวกัน จัดเรียบเรียงและรวบรวมเพื่อสร้างแบบแผนหรือโครงสร้างที่ไม่เคยมีมาก่อน อาจจำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ

5.1 การสังเคราะห์ข้อความ เป็นการผูกข้อความขึ้นโดยการพูด หรือเขียนเพื่อสื่อความคิด ความรู้สึก หรือประสบการณ์ไปยังผู้อื่น

5.2 การสังเคราะห์แผนงาน เป็นการพัฒนา หรือเสนอแผนการทำงานที่สอดคล้องกับความต้องการของงานที่ได้รับมอบหมาย หรือที่คิดทำขึ้นเอง

5.3 การสังเคราะห์ความสัมพันธ์เป็นการพัฒนา หรือสร้างชุดความสัมพันธ์เชิงนามธรรม เพื่อใช้เป็นเครื่องจำแนกหรืออธิบายข้อมูล หรือปรากฏการณ์บางอย่างจากข้อความเบื้องต้น

6. การประเมินค่า (evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของ เนื้อหา วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ซึ่งอาจจะกำหนดขึ้นเอง หรือผู้อื่นกำหนด จำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ

6.1 การประเมินค่าตามเกณฑ์ภายใน เป็นการประเมินค่าความถูกต้องของวัสดุอุปกรณ์ ข้อความ เหตุการณ์ตามคุณสมบัติของวัสดุอุปกรณ์ ข้อความหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

6.2 การประเมินค่าตามเกณฑ์ภายนอก เป็นการประเมินค่าโดยอ้างอิงกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้

พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มเจตพิสัย (affective domain) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการ เปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ลักษณะนิสัย คุณธรรมและค่านิยม แบ่งเป็น 5 ขั้นดังนี้

1. การรับ (receiving) เป็นความสามารถในการรู้จัก หรือความฉับไวในการรู้สึกต่างๆ จำแนกเป็น 3 ลักษณะ คือ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

1.1 การรับรู้

1.2 ความรู้สึกเต็มใจที่จะรับรู้

1.3 การควบคุมความสนใจต่อสิ่งเร้า

2. การตอบสนอง (responding) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจ และพอใจใน สิ่งเร้า จำแนกเป็น 3 ลักษณะ คือ

2.1 การยินยอมที่จะตอบสนอง

2.2 การเต็มใจที่จะตอบสนอง

2.3 ความพอใจในการตอบสนอง

3. การสร้างคุณค่าหรือค่านิยม (value) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งความรู้สึก หรือสำนึกในคุณค่า หรือคุณธรรมของสิ่งต่างๆ จนกลายเป็นความนิยมชมชอบ และเชื่อถือในสิ่งนั้น จำแนกเป็น 3 ลักษณะ คือ

3.1 การยอมรับในค่านิยม

3.2 ความรู้สึกชื่นชอบหรือพอใจในค่านิยมนั้น

3.3 ความยึดมั่นในค่านิยมนั้น

4. การจัดระบบ (organization) เป็นการจัดรวบรวมค่านิยมต่อสิ่งต่างๆ เข้ามาเป็นระบบจำแนกได้ดังนี้

4.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับค่านิยม

4.2 การจัดระบบของค่านิยม

5. การมีลักษณะที่ได้จากค่านิยมหรือลักษณะนิสัย เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นนิสัยตามธรรมชาติ เป็นคุณลักษณะหรือบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากระบบค่านิยมที่บุคคลยึดมั่นจำแนกได้ดังนี้

5.1 การสรุปรวมถึงกลุ่มค่านิยม

5.2 การมีลักษณะนิสัย

พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มทักษะพิสัย (psychomotor domain) เป็นความสามารถในด้านการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย แยกย่อยได้เป็น 5 ขั้น ดังนี้

1. เลียนแบบ (imitation) เป็นการเลือกตัวแบบหรือตัวอย่างที่สนใจ

2. การกระทำตามแบบ (manipulation) เป็นการลงมือทำตามแบบที่สนใจ

3. การกระทำมีความถูกต้อง (precision) เป็นการตัดสินใจเลือกปฏิบัติหรือทำตามแบบที่เห็นว่าถูกต้อง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

4. การกระทำอย่างต่อเนื่อง (articulation) เป็นการกระทำที่เห็นว่า สิ่งที่กระทำนั้นถูกต้อง อย่างเป็นเรื่องเป็นราวต่อเนื่อง

5. การกระทำโดยธรรมชาติ (naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะสามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติเป็นธรรมชาติ

ซึ่งผู้ศึกษาได้นำแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวมาประยุกต์มาใช้ในการกำหนดโครงสร้างของโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม ตามองค์ประกอบของพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (cognitive) ประกอบด้วย ขั้นการให้ความรู้ ความเข้าใจ นำไปใช้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินค่า และกำหนดกิจกรรมในโปรแกรมให้สอดคล้องกับองค์ประกอบดังกล่าว เพื่อให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ในเชิงทักษะมากกว่าการให้ความรู้ในลักษณะของการจำ นอกจากนี้ในการสร้างโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อให้เกิดประโยชน์กับบุคคลหรือกลุ่มคนมากที่สุดนั้น จึงจำเป็นต้องเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์นั้นๆ เนื้อหาของการให้ความรู้ก็ต้องสอดคล้อง น่าสนใจ เพื่อจูงใจและเป็นแรงเสริมให้ผู้เรียนต้องการที่จะเรียนรู้ โดยอาศัยแนวคิดตามทฤษฎีสนามแห่งความเข้าใจ ดังที่จะกล่าวถึงต่อไป

ทฤษฎีสนามแห่งความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Field Theory)

เคริท เลวิน (Kurt Lewin, 1952) กล่าวว่า การแสดงออกของคนจะมีลักษณะที่เป็นแรงที่มีพลังและมีทิศทาง สิ่งใดที่อยู่ในความสนใจ และความต้องการจะมีพลังทางบวก ถ้านอกเหนือความสนใจจะมีพลังเป็นลบ เป็นผู้ทำให้เกิดแนวคิดของ life space ว่า " ในการทำความเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลใดบุคคลหนึ่งในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง และในเวลาใดเวลาหนึ่งเราต้องรู้ทุกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับคนๆนั้นเพราะคนจะแสดงพฤติกรรมตามสิ่งที่เกี่ยวข้องกับตนตามสิ่งที่ตนรับรู้"

สิ่งแวดล้อมมี 2 ชนิด คือ สิ่งแวดล้อมของบุคคล วัตถุสิ่งของตามสภาพที่เป็นจริง และสิ่งแวดล้อมเรารับรู้อาจไม่มีจริงตามสภาพที่เป็นจริง ความสำคัญของ life spaceในการจัดการเรียนการสอน ผู้สอนมีวิธีการอย่างไร จึงทำให้ตัวผู้สอนเข้าไปอยู่ใน life space ของผู้เรียน ซึ่งหมายถึงผู้เรียนสนใจ เอาใจใส่ต่อคำพูดผู้สอน (อุษณีย์ วรรณาลัย, 2548, para.7)

ลักษณะของทฤษฎีสนามแห่งความรู้ความเข้าใจ

1. การเรียนรู้นั้น หมายถึง การที่รูปร่างของปรากฏการณ์ต่างๆที่ผู้เรียนมองเห็นและรับรู้
2. การเรียนรู้เป็นเรื่องของการแก้ปัญหา (solving problem)
3. การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงรูปร่างจากที่เคยเห็น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

4. การเปลี่ยนแปลงการมองเห็นและการรับรู้ของคนเราที่เกิดจากแรงขับภายใน อันเกิดจากความต้องการเป็นที่สมประสงค์และพอใจ

การรู้ว่าเขามีความต้องการอะไรจะสนองความต้องการนั้นอย่างไรเหล่านี้ล้วนเป็นการเรียนรู้ที่สืบเนื่องมาจากการจูงใจชักนำไปทั้งสิ้น Lewin เชื่อว่าพฤติกรรมเป็นผลของแรง 2 ประเภทที่อยู่ในตัวบุคคลคือ แรงเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดการผลักดันไปสู่จุดมุ่งหมายขณะเดียวกันแรงต้านจะทำหน้าที่ขัดขวางแรงเสริมที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ในการประยุกต์หลักทฤษฎีเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดทางทฤษฎีมาใช้ในการกำหนดกิจกรรมทางด้านการเรียนการสอน และมุ่งเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมของผู้เรียนเพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริง สร้างความสนใจด้วยการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้เรียนต้องการเรียนรู้ เมื่อผู้เรียนสนใจแล้ว การเรียนรู้จะง่ายขึ้น ตลอดจนสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นกับตัวผู้เรียนโดยยึดหลักการแก้ปัญหาให้ผู้เรียนได้ฝึกหัดเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองจากสถานการณ์จำลอง หรือประเมินผลจากการกรณีตัวอย่าง ไม่ส่งเสริมการท่องจำ ส่งเสริมการทำงานร่วมกันในรูปแบบของกระบวนการกลุ่ม เพราะการทำงานเป็นกลุ่มจะช่วยให้สภาพแวดล้อมทางความคิด หรือการนึกคิดของผู้เรียนเปิดกว้างขึ้น ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มมากขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงเป็นที่มาของการกำหนดรูปแบบการสอนหรือการให้ความรู้ในลักษณะของกลุ่มและประเมินผลตามกิจกรรมกลุ่ม แต่อย่างไรก็ตาม การคาดหวังผลของโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มในครั้งนี้นั้นมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญที่ต้องการให้ผู้เรียนหรือสตรีกลุ่มเสี่ยงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นจึงต้องมีการวัดผลที่คาดหวังทางพฤติกรรมจากความตั้งใจ โดยอาศัยแนวคิดตามทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล ดังที่จะกล่าวต่อไป

ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Theory of Reasoned Action)

ฟิชบาย์ และแอสเซน (Fishbein & Ajzen, 1975) ได้อธิบายว่า พฤติกรรมทางสังคมของมนุษย์ ซึ่งรวมทั้งการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และการป้องกันโรคนั้น ไม่ได้ถูกควบคุมด้วยสิ่งจูงใจที่ขาดสติสัมปชัญญะ หรือขาดความคิดของบุคคล แต่บุคคลตัดสินใจที่จะร่วมหรือไม่ร่วมในพฤติกรรมการปฏิบัติอย่างหนึ่ง โดยพิจารณาอย่างละเอียดถึงองค์ประกอบหลายอย่างของพฤติกรรมการปฏิบัตินั้น เนื่องจากจุดมุ่งหมายของทฤษฎีนี้ต้องการที่จะทำนาย และเข้าใจพฤติกรรมของบุคคล การที่จะให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายดังกล่าวจะต้องทำเป็นขั้นตอนดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สวิง สุวรรณ, 2534)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ขั้นตอนที่ 1 ระบุและวัดพฤติกรรมที่สนใจ เมื่อทราบอย่างแน่ชัดแล้วถามถึงการตัดสินใจต่อพฤติกรรมนั้น จากแนวคิดของทฤษฎีนี้จะได้ข้อสรุปที่ว่า การกระทำส่วนใหญ่ที่เกี่ยวกับสังคมอยู่ภายใต้การควบคุมของการตั้งใจ หากยึดข้อสรุปนี้จะมองว่า ความตั้งใจของบุคคลเป็นตัวกำหนดว่าจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เมื่อคิดว่าความตั้งใจเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม อาจมองอย่างง่ายๆว่าการทำนายพฤติกรรมคือ การถามบุคคลว่าเขามีความตั้งใจที่จะกระทำหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ ซึ่งความจริงอาจไม่ถูกต้องเสมอไปในเรื่องเกี่ยวโยงระหว่างพฤติกรรม แต่ก็มีส่วนเกี่ยวโยงอยู่มาก

ขั้นตอนที่ 2 เนื่องจากจุดมุ่งหมายอีกข้อต้องการที่จะเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลขั้นตอนนี้จึงต้องวิเคราะห์เพื่อที่จะสามารถระบุตัวที่กำหนดให้เกิดความตั้งใจ จากทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผลความตั้งใจของคนที่จะกระทำสิ่งใดอยู่ที่ตัวกำหนดสำคัญ 2 ประการคือธรรมชาติของบุคคลนั้น อิทธิพลของบุคคลนั้น และอิทธิพลของสังคม

-ประการแรก ปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคคล หมายถึง การที่บุคคลจะประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นว่าเป็นบวกหรือลบปัจจัยนี้เรียกว่า "ทัศนคติต่อพฤติกรรม" (attitudes toward the behavior) คือ การที่บุคคลตัดสินใจว่าจะประกอบพฤติกรรมนั้นว่าดีหรือไม่ดี

-ประการที่สอง เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าอิทธิพลของสังคมเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประกอบพฤติกรรมเช่นนั้นหรือไม่ปัจจัยนี้เรียกว่าบรรทัดฐานของกลุ่มอิทธิพลหรือบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (subjective norm)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความเชื่อจะมีอิทธิพลต่อทัศนคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงทั้งสององค์ประกอบนี้จะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรม และความตั้งใจนี้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และการเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นผลส่วนใหญ่มาจากการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ดังนั้นอาจจะสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงความเชื่อควรจะทำให้มีขึ้นถ้าจะเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลหรือเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับบรรทัดฐาน (norms) และทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความเชื่อเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการคาดคะเนพฤติกรรม และความเชื่อด้านสุขภาพจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพฤติกรรมการป้องกันโรค

การวัดพฤติกรรมของบุคคลอาจวัดได้จากความตั้งใจ ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมได้ด้วยการถามบุคคลถึงความตั้งใจที่จะกระทำหรือแสดงพฤติกรรมนั้น และเพื่อให้การประเมินความตั้งใจบังเกิดผลต่อการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมตามผลที่คาดไว้ในอนาคต จึงจำเป็นต้องเรียนรู้ถึงแนวทางการวัดความตั้งใจ ตามทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล สามารถแยกได้ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นทัศนคติต่อการกระทำ และส่วนที่เป็นบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (อุษณีย์ วรรณาลัย, 2548, para.7) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

1. ทัศนคติของพฤติกรรมความเชื่อเด่นชัดที่มีต่อพฤติกรรมนั้น (salient behavior) เมื่อทราบความเชื่อเด่นชัดของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมจะสามารถทราบถึงทัศนคติต่อพฤติกรรมนั้น โดยวัดจากการประเมินผลลัพธ์ตามความเชื่อเด่นชัดว่าเป็นผลของการกระทำพฤติกรรมไม่ว่าจะเป็นทางบวกหรือลบ กับการวัดความเชื่อกับผลของการกระทำพฤติกรรมว่ามีโอกาสเกิดขึ้นมากน้อย

1.1 ความเชื่อเด่นชัดต่อการกระทำพฤติกรรมโดยทั่วไปบุคคลจะมีความเชื่อหลายๆ อย่างต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่จัดได้ว่าเป็นความเชื่อเด่นชัดซึ่งจะเป็นตัวกำหนดที่ใกล้ชิดของทัศนคติของบุคคล จำเป็นจะต้องวัดให้สอดคล้องกับทัศนคติทั้งในด้านการกระทำเป้าหมายสภาพการณ์และเวลาเช่นเดียวกับความสอดคล้องในการวัดทัศนคติกับความตั้งใจ และการกระทำพฤติกรรม

1.2 การประเมินผลลัพธ์ตามความเชื่อเด่นชัดเป็นการประเมินว่า ผลของการกระทำพฤติกรรมตามความเชื่อเด่นชัดจะให้คุณค่าในทางบวกหรือทางลบมากน้อยเพียงไร

1.3 ความเชื่อต่อผลของการกระทำพฤติกรรมเป็นการประเมินความเป็นไปได้หรือโอกาสการเกิดผลของการกระทำพฤติกรรมตามความเชื่อเด่นชัดว่ามีมากน้อยเพียงใด

2. บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ตัวกำหนดคือความเชื่อของบุคคลที่เชื่อว่า ผู้อื่น ที่มีความสำคัญหรือมีความหมายต่อตน คิดว่าตนควรกระทำหรือไม่ควรกระทำ (normative beliefs) "ผู้อื่น" ในที่นี้เน้นเฉพาะคนรอบข้างที่อาจเป็นตัวบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งมีความสำคัญต่อพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นกลุ่มอ้างอิงเด่นชัด (salient referents) การวัดบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงจะต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับพฤติกรรมทั้ง 4 ด้านคือการกระทำ เป้าหมาย สภาพการณ์ และเวลาในการวัด นอกจากจะประเมินความเชื่อต่อกลุ่มอ้างอิงแล้ว จำเป็นต้องประเมินแรงจูงใจทั่วไปของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงเหล่านั้นด้วย ซึ่งองค์ประกอบทั้งสองนี้ช่วยให้สามารถทำนายและทำความเข้าใจบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงได้ดียิ่งขึ้น

สรุปได้ว่า “ทัศนคติต่อพฤติกรรม” เป็นตัวกำหนดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น อย่างไรก็ตาม Ajzen และ Fishbien ก็มิได้ละเลยที่จะนำเอาปัจจัยที่เป็นตัวแปรอื่นๆมากล่าวถึง ซึ่งเรียกว่า “ตัวแปรภายนอก” (external variables) โดยอธิบายว่าจะไปมีอิทธิพลต่อความเชื่อ ทัศนคติ และความตั้งใจจึงมีผลต่อพฤติกรรมในทางอ้อม ซึ่งปัจจัยต่างๆที่ถือว่าเป็นตัวแปรภายนอก ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร (demographic variables) เช่น อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพ บทบาททางสังคม ศาสนา การศึกษา ฯลฯ ทัศนคติต่อเป้าหมาย (attitudes toward targets) เช่น ทัศนคติต่อบุคคล และบุคลิกภาพหรือบุคลิกลักษณะ (personality traits) เช่น ลักษณะบุคลิกที่ชอบเก็บตัว หรือลักษณะบุคลิกที่ต้องการประสบผลสำเร็จ หรือลักษณะบุคคลที่ชอบนำผู้อื่น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดตามทฤษฎีนี้ เพื่อประเมินความตั้งใจของบุคคลซึ่งตามทฤษฎีนี้ให้ข้อสรุปได้ว่า พฤติกรรมของบุคคลถูกกำหนดด้วยความตั้งใจ ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมได้ด้วยการถามบุคคลถึงความตั้งใจที่จะกระทำหรือแสดงพฤติกรรมนั้น และเพื่อให้ความตั้งใจนั้นบังเกิดผลต่อการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมตามผลที่คาดไว้ในอนาคต จึงจำเป็นต้องเรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจกับพฤติกรรม ดังที่จะได้กล่าวถึงต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจ กับพฤติกรรม (อุษณีย์ วรรณาลัย, 2548, para. 7)

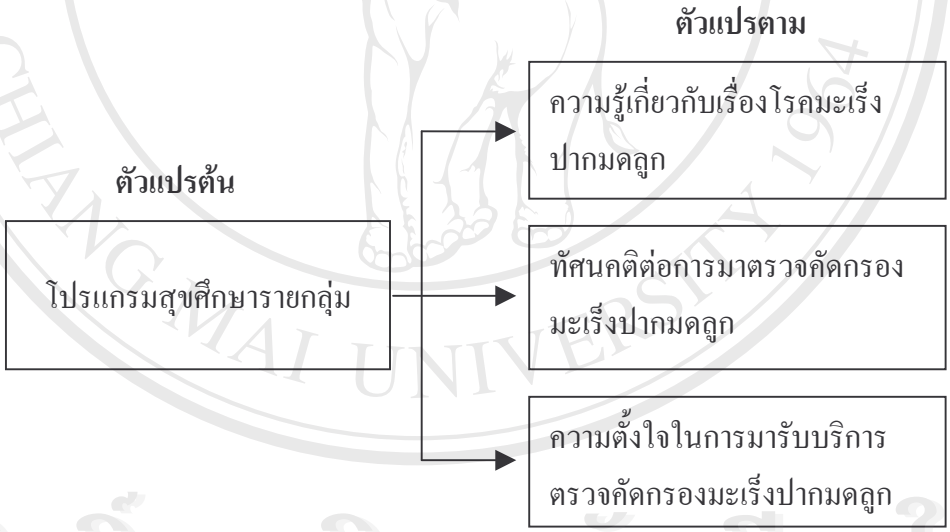
ความรู้ และทัศนคติ เป็นองค์ประกอบขั้นพื้นฐานของบุคคลในการกำหนด ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมตามความรู้ และความเชื่อ นั้น ซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินใจที่บุคคลใช้ในการกำหนดแนวทางที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆในอนาคต แต่ยังพบว่า ยังมีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องและส่งผลถึงความตั้งใจและพฤติกรรม อันได้แก่

1. ช่วงระยะเวลาระหว่างการวัดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และการสังเกตพฤติกรรม ถ้าเว้นช่วงเวลานานขึ้นความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจที่จะทำและพฤติกรรมอาจถูกคาดหวังต่ำลง
2. การได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่ อาจทำให้บุคคลเปลี่ยนความตั้งใจ
3. จำนวนหรือลำดับของพฤติกรรมที่มากขึ้นหรือผ่านหลายขั้นตอนความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมจะถูกคาดหวังลดลง
4. ความสามารถของบุคคลความตั้งใจของบุคคล เป็นเพียงการตัดสินใจจะกระทำพฤติกรรม ถ้าบุคคลไม่มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมแล้ว พฤติกรรมก็ไม่สามารถเกิดขึ้น
5. ความจำ ถ้าลืมหรือจำไม่ได้ พฤติกรรมก็ไม่เกิด
6. อุปนิสัยของบุคคลที่ทำจนเคยชินเป็นปกตินิสัย มีผลต่อความตั้งใจที่จะทำ และมีผลทำให้การกระทำไม่ตรงกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงได้
7. ข้อบกพร่องจากการวัดความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรม เช่น ความไม่ตรงในการวัด หรือการประยุกต์ใช้ในด้านการจัดการเรียนการสอน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

กรอบแนวคิดของการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ รูปแบบตามแบบทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ทฤษฎีสนามแห่งความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Field Theory) และทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Theory of Reasoned Action) พบว่า ทฤษฎีทั้ง 3 นั้น เน้นที่การเชื่อมโยงสิ่งเร้า และการตอบสนอง ซึ่งสามารถนำมาใช้อธิบายถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น คือโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มกับตัวแปรตาม คือ ความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจของสตรีกลุ่มเสี่ยง (สตรีอายุ 35 –39 ปี) ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยให้ตัวแปรต้นเป็นสิ่งเร้า และตัวแปรตามเป็นการตอบสนอง ซึ่งหลังจากการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า (โปรแกรมสุขศึกษา) แล้ว ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ในเรื่องมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น มีทัศนคติต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกดีขึ้น มีความตั้งใจต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น และมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



รูป 1 กรอบแนวคิด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved