

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยผลของการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขอายุ 20 ปีขึ้นไปในเขตอำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมในหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม
 - 1.1 กายวิภาคของเต้านม
 - 1.2 มะเร็งเต้านม
 - 1.3 การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
2. อาสาสมัครสาธารณสุขกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
 - 2.1 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขและการสาธารณสุขมูลฐาน
 - 2.2 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม

1.1 กายวิภาคของเต้านม

กายวิภาคของเต้านมเป็นความรู้พื้นฐานที่สำคัญเพื่อใช้ในการรักษาโรคของเต้านม การวางแผนการผ่าตัด การฉายรังสี หรือแม้แต่การติดตามและการเฝ้าระวังโรคของเต้านม จำเป็นต้องใช้ความรู้ทางกายวิภาค

เต้านม หรือ mamary gland เป็นต่อมที่อยู่ในชั้น subcutaneous ของผิวหนัง ฐานของเต้านมมักจะอยู่คงที่ตั้งแต่กระดูกซี่โครงซี่ที่ 2 ถึง 6 จากขอบนอกของกระดูก sternum ไปถึง mid axillary line หัวนมหันออกเล็กน้อยและมีลานหัวนม (areola) สีคล้ำอยู่โดยรอบโดยจะมีสีคล้ำขึ้นเมื่อมีบุตร ผิวของ areola จะไม่พบขน แต่พบได้ในส่วนขอบนอกที่ areola มีต่อมเล็กหลายอันซึ่งเป็น modifield sweat gland เรียกว่า gland of Montgomery มีหน้าที่สร้างสารหลัง (secretion) ออกมาช่วยป้องกันหัวนมและ areola ขณะให้นม ตำแหน่งหัวนมที่ทรงออกมาจะเปลี่ยนไปตามขนาดและความหย่อนยานของเต้านม

เต้านมมีรูปร่างค่อนข้างกลม แต่ละเต้าประกอบด้วยไขมัน และเนื้อเยื่อเต้านม ประกอบด้วย lobe มี lobe 15–20 lobe ภายใน lobe มี lobule อีกหลายอันเรียงตัวกันเป็นกลุ่ม ลักษณะเหมือนพวงองุ่น แต่ละ lobule มี acini หรือ alveoli เป็นส่วนสร้างน้ำนม ขนาดต่าง ๆ กัน มีจำนวนตั้งแต่อย่างน้อย 10 จนถึงมากกว่า 100 alveoli

ระบบท่อของเต้านม (The ductal system)

ระบบท่อของเต้านม เมื่อเต้านมเข้าสู่ระยะให้นม acini หรือ alveoli จะสร้างสารหลังลงสู่ terminal duct หรือ alveolus ducts จาก terminal duct หลายท่อจะเปิดเข้าสู่ท่อรวมซึ่งอยู่ภายในแต่ละ lobe เรียกว่า intralobular duct หรือ minor ducts จากนั้น intralobular ducts หลาย ๆ ท่อจะวิ่งออกไปรวมเป็นท่อที่มีขนาดใหญ่กว่าอยู่นอก lobule แต่อยู่ภายใน lobe เดียวกัน เรียกท่อเหล่านี้ว่า interlobar duct หรือ major duct ท่อนี้จะเปลี่ยนแปลงกลายเป็นท่อน้ำนมขนาดใหญ่เรียก lactiferous duct หรือ excretory duct ซึ่งในแต่ละ lobe จะมีเพียงท่อเดียว lactiferous duct ของ lobe ต่าง ๆ (15–20 lactiferous duct) จะวิ่งเข้าหาหัวนม และเปิดออกสู่ภายนอกที่หัวนม (nipple หรือ papilla) รูเปิดมีขนาดกว้าง 0.4–0.5 มิลลิเมตร ในส่วนปลาย lactiferous duct ก่อนถึงรูเปิดได้ต่อ areola นั้น ส่วนของท่อ lactiferous จะขยายตัวออกเป็นกระเปาะเพื่อเก็บน้ำนม เรียกส่วนนี้ว่า lactiferous sinuses Lymphatics

Lymphatics drainage เต้านมมีท่อน้ำเหลืองมากมาย ได้ผิวหนังที่ติดต่อกันหมดมารวมกันได้หัวนมเป็น subalveolar plexus จากนั้นจะไหลไปสู่ต่อมน้ำเหลืองต่าง ๆ ผ่านทางแขนงของเส้นเลือดดำ ปกติน้ำเหลืองจากทางด้าน lateral จะไป axillary node และจากทางด้าน medial จะไป internal mammary node น้ำเหลืองจากด้านหลังของเต้านมบางส่วนจะไหลเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ระหว่างกล้ามเนื้อ pectoralis ทั้งสอง (เรียกว่า interpectoral node หรือ Rotter' node) ก่อนที่จะเข้าสู่ axillary หรือ internal mammary node น้ำเหลืองจากต่อมเหล่านี้ในที่สุดจะไปที่ supraclavicular node เข้า lymphatic trunk ทางด้านขวา หรือ thoracic duct ทางด้านซ้ายและเข้าสู่เส้นเลือดดำใหญ่ที่สุด

Axillary lymph node เป็นต่อมน้ำเหลืองที่สำคัญที่สุดในบริเวณนี้ รับน้ำเหลืองประมาณร้อยละ 75 ของน้ำเหลืองทั้งหมดของเต้านม ต่อมน้ำเหลืองนี้วางตัวอยู่บริเวณรักแร้ได้ต่อ clavipectoral fascia มีจำนวนประมาณ 35 ต่อมแต่อาจพบได้ถึง 50 ต่อม โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่มใหญ่ ๆ

1. axillary vein group หรือ lateral group ประกอบด้วยต่อมน้ำเหลืองประมาณ 4-5 ต่อมาวางตัวอยู่ด้านหลังของ axillary vein รับน้ำเหลืองส่วนใหญ่ที่ไหลมาจากบริเวณแขน
2. external mammary gland หรือ anterior group หรือ pectoral group ประกอบด้วยต่อมน้ำเหลืองที่อยู่บริเวณขอบนอกของกล้ามเนื้อ pectoralis minor และบริเวณเส้นเลือด lateral thoracic มีจำนวนประมาณ 5 - 6 ต่อมา
3. scapular group หรือ posterior group ประกอบด้วยต่อมน้ำเหลืองประมาณ 5-7 ต่อมาวางตัวอยู่ในบริเวณ posterior wall ของ axilla ใกล้กับเส้นเลือด subscapular ส่วนใหญ่รับน้ำเหลืองที่มาจากบริเวณ ด้านหลังของคอ ไหล่และลำตัว
4. central group เป็นกลุ่มต่อมน้ำเหลือง ที่อยู่ใต้ต่อกล้ามเนื้อ pectoralis minor รับน้ำเหลืองจากต่อมน้ำเหลือง 3 กลุ่มแรก
5. subclavicular group หรือ apical group เป็นกลุ่มต่อมน้ำเหลืองกลุ่มปลายสุดของต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ มีจำนวนประมาณ 6-12 ต่อมาวางตัวอยู่ด้านหลังและด้านในต่อกล้ามเนื้อ pectoralis minor รับน้ำเหลืองจากทุกกลุ่มที่กล่าวมา (ปิยะ เตียวประเสริฐ และ นพดล วรอุไร, 2542. หน้า 1-13)

การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ผู้ตรวจจะต้องทราบลักษณะเต้านมที่ปกติและผิดปกติ และทราบตำแหน่งที่จะต้องดูและคลำ

1.2 มะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมพบมากในเพศหญิง ในสหรัฐอเมริกาพบมะเร็งเต้านม 1 ใน 3 ของมะเร็งในผู้หญิงอเมริกา (American Cancer Society, 2005. Online) และเป็นสาเหตุการตายอันดับสอง (National Cancer Institute, 2006. Online) ในประเทศไทยปีพ.ศ. 2546 มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของมะเร็งในระบบสืบพันธุ์สตรี และมีอุบัติการณ์การเป็นมะเร็งเต้านมสูงถึง 28.1 รายต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2547. หน้า 208)

สาเหตุ

สาเหตุการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่แน่ชัด อาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม โดยเชื่อว่ายีนส์บางตัวที่มีการกลายพันธุ์แล้วเกิดเป็นเซลล์มะเร็ง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม อาหารและฮอร์โมนเพศหญิง ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เป็นมะเร็งเต้านม

1. เพศ มะเร็งเต้านมพบมากในเพศหญิง ส่วนเพศชายพบได้น้อย
2. อายุ อุบัติการณ์การเป็นมะเร็งเต้านมและอัตราการตายจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ระหว่าง ค.ศ.1998 - 2002 พบผู้หญิงอายุ 20 - 24 ปีมีอุบัติการณ์การเป็นมะเร็งเต้านมต่ำสุดคืออัตรา 1.3 รายต่อประชากรแสนคน ผู้หญิงอายุ 75 - 79 ปีมีอุบัติการณ์การเป็นมะเร็งเต้านมสูงสุดคืออัตรา 496.9 รายต่อประชากรแสนคน และร้อยละ 97 ของการตายจากมะเร็งเต้านมเกิดเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป (American Cancer Society, 2005. Online)
3. การเจริญพันธุ์ ผู้หญิงที่เริ่มมีประจำเดือนก่อนอายุ 12 ปีและหมดประจำเดือนอายุ 55 ปีขึ้นไป การไม่ตั้งครรภ์และการให้กำเนิดบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไปจะเพิ่มอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมถึง 2 เท่า (พรชัย โอเจริญรัตน์, 2547. หน้า 265)
4. พันธุกรรม ประวัติครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นมะเร็งเต้านม พี่สาว หรือน้องสาว เป็นมะเร็งเต้านม (มีโอกาสเพิ่ม 2-3 เท่า) โอกาสเป็นมะเร็งสูงมากถ้าญาติเป็นมะเร็งตั้งแต่อายุน้อยและเป็นทั้งสองข้าง (ธนิต วัชรพุกก์, 2547. หน้า 282) ร้อยละ 5-10 จะมียีน BRCA1 และ BRCA2 (American Cancer Society, 2005. Online) ผู้หญิงคนใดมียีน BRCA1 อยู่ในร่างกายเมื่ออายุถึง 50 ปีมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมถึงร้อยละ 50 และมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมสูงสุดถึงร้อยละ 80 เมื่อมีอายุมากกว่า 65 ปี
5. การใช้ฮอร์โมน การใช้ยาคุมกำเนิดตั้งแต่อายุน้อยและใช้เป็นเวลานาน การรักษาด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสทินเป็นระยะเวลานาน มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม
6. การบริโภคอาหาร ผู้หญิงที่มี BMI มากกว่า 25 มีอัตราการตายด้วยมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้หญิงที่มี BMI 18.5 - 24.9 การดื่มสุรา 2 แก้ว/วันทุกวันหรือ 24 กรัมจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นร้อยละ 24 เพราะแอลกอฮอล์จะเพิ่มระดับแอนโดรเจนและเอสโตรเจน
7. ประวัติการเป็นมะเร็ง เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งมาแล้ว(โอกาสเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ทุกปี) เคยเป็นมะเร็งที่อื่น ๆ เช่น มดลูก (โอกาสเพิ่ม 2 เท่า)

การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม หมายถึงการแบ่งกลุ่มของโรคตามความรุนแรง จำเป็นเพื่อการวางแผนการรักษา เปรียบเทียบผลการรักษาและเพื่อการพยากรณ์โรค วิธีแบ่งกลุ่มทำได้หลายวิธี แต่ปัจจุบันนิยมใช้วิธี TNM ซึ่งย่อมาจาก Tumor (ก้อนมะเร็งในเต้านม) Node (ต่อมน้ำเหลืองของเต้านม) และ Metastasis (มะเร็งที่กระจายไปอวัยวะอื่น) (ธนิต วัชรพุกก์, 2547. หน้า 284)

ระยะที่ 1 ก้อนขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตรและยังไม่มีกระจายของมะเร็ง

ระยะที่ 2 ก้อนขนาดระหว่าง 2-5 เซนติเมตรและมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้

ระยะที่ 3 ก้อนขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร

ระยะที่ 4 ระยะที่มะเร็งแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ๆ เช่น กระดูก ปอด ตับ

ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมมีความสำคัญ เพื่อให้ทราบถึงความร้ายแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตและในบางรายต้องตัดเต้านมทำให้เสียภาพลักษณ์ของเป็นผู้หญิงทำให้ขาดความมั่นใจในการดำรงชีวิต ทำให้ผู้หญิงต้องมีการปรับตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม มีการดูแลเต้านมของตนเอง

การตรวจคัดกรองเพื่อหาโรคมะเร็งเต้านม

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ใช้ในประเทศไทยปัจจุบันมี 3 วิธีคือ

1. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self examination : BSE)
2. การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Physical examination)
3. การตรวจภาพถ่ายรังสีเต้านม (X-ray mammography)

1. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความไวเฉลี่ยประมาณร้อยละ 20-30 และพบต่ำกว่านี้ในประชากรสูงอายุ การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความไวต่ำที่สุด และมีรายงานที่สนับสนุนว่าช่วยในการตรวจพบตั้งแต่ระยะต้นไม่มากนัก แต่เนื่องจากการที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและเป็นการกระตุ้นซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสนใจดูแลสุขภาพของตนเองในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ การแนะนำให้สตรีทุกคนตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละครั้งจึงเป็นสิ่งที่คุ้มค่าและสมควรทำเป็นอย่างยิ่ง ระยะเวลาที่ควรตรวจเต้านมได้ดีที่สุดคือประมาณวันที่ 7-10 หลังจากวันที่เริ่มมีรอบเดือนวันแรกเพราะจะเป็นช่วงที่มีเต้านมบวมน้อยที่สุด

2. การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์มีความไวสูงร้อยละ 63-87 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทักษะของแพทย์ผู้ตรวจ ขนาดก้อน และขนาดเต้านม ควรตรวจตั้งแต่อายุ 20-39 ปีขึ้นไป โดยตรวจทุก 3 ปี ส่วนผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปี ควรตรวจด้วยแพทย์ทุกปี

3. การตรวจภาพถ่ายรังสีเต้านม โดยใช้เครื่องมือแมมโมแกรมมีความไวเฉลี่ยร้อยละ 70-75 และสามารถตรวจพบก้อนที่เล็กเกินกว่าที่มือคลำพบได้ โดยเฉพาะในเต้านมขนาดใหญ่ที่คลำได้ยาก ในหญิงอายุ 50-69 ปีพบว่ามีค่าไวถึงร้อยละ 75-88 ประโยชน์ที่สำคัญของแมมโมแกรม คือใช้คัดกรองมะเร็งเต้านมโดยแสดงให้เห็น micro calcification หรือ

ก่อนที่ไม่สามารถคลำพบได้ ซึ่งกว่าจะคลำพบก้อนอาจต้องใช้เวลาอีก 1-2 ปี เซลล์มะเร็งอาจมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หรือส่วนอื่น ๆ ของร่างกายทำให้ผลของการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร

1.3 การตรวจเต้านมด้วยตัวเอง

ก่อนการตรวจมะเร็งเต้านมท่านจะต้องทราบว่าขนาดและลักษณะเต้านมจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา บางคนขนาดจะโตขึ้นและแข็งขึ้นก่อนมีประจำเดือน เมื่อรับประทานยาคุมกำเนิดขนาดเต้านมก็จะโตขึ้น หลังจากเข้าสู่วัยทองขนาดเต้านมจะเล็กลง แต่บางคนอาจจะแข็งตลอดเวลาที่มีประจำเดือน ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการตรวจคือหลังประจำเดือนหมด 7-10 วัน (กรมอนามัย, 2545. หน้า 47) เนื่องจากช่วงนี้เต้านมจะอ่อนนุ่ม ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนตรวจตามความสะดวก การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำจะสามารถช่วยชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้ การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรทำในทุกวัย เพื่อทำความคุ้นเคยกับเต้านมและสามารถค้นพบสิ่งผิดปกติได้ง่ายเริ่มตรวจเมื่ออายุ 20 ปีขึ้นไป ตรวจเป็นประจำทุกเดือน ๆ ละ 1 ครั้ง มีวิธีการตรวจได้ดังนี้

1.3.1 การดู

1) เปลี่ยนเสื้อผ้าส่วนนอกออกจนถึงระดับเอว แล้วนั่งหรือยืนหน้ากระจกเงา ใหล่ผิงตรงและปล่อยให้แขนทั้งสองข้างห้อยลงข้าง ๆ ลำตัว มองดูเต้านมทั้งสองข้างในกระจกเงาอย่างละเอียด โดยสังเกตดูขนาดรูปร่างลักษณะและการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังทุกส่วนของเต้านม เช่น ย่น บวม หรือมีการดิ่งรั้งรวมทั้งความผิดปกติของหัวนม เช่น มีคราบเกาะ มีการดิ่งรั้งจนเปลี่ยนทิศทางปกติเต้านมจะมีรูปร่างกลมรี รูปไข่ มีส่วนเล็กเอียงไปทางรักแร้ทั้งสองข้างเรียกว่าส่วนหางของเต้านม โดยปกติเต้านมสองข้างมีขนาดเท่ากัน มีส่วนนูนโค้งเหมือนกัน หัวนมอยู่ในระดับเดียวกันผิวหนังที่คลุมอยู่มีสีสันและความตึงต่ง สภาพความยืดหยุ่นและการกระเพื่อมเหมือนกัน ซึ่งจะสังเกตเป็นลักษณะประจำได้ เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นก็จะสังเกตได้ทันที

2) ยกมือทำเอว และบิดตัวไปทางซ้ายและขวา พร้อมทั้งสังเกตสิ่งผิดปกติเหมือนข้อ 1 เพื่อดูความผิดปกติของด้านข้างเต้านมที่อาจมองไม่เห็นจากด้านหน้า

3) ยกมือประสานกันบริเวณท้ายทอย เคลื่อนข้อศอก 2 ข้าง เข้าหากัน ทางด้านหน้าบิดตัวไปทางซ้ายและทางขวาพร้อมกับสังเกตสิ่งผิดปกติเหมือนข้อ 1 ถ้าเต้านมใหญ่ใช้นิ้วมือด้านตรงข้ามยกเต้านมขึ้นและสังเกตสิ่งผิดปกติ

4) ยกมือท้าวเอวและโน้มตัวไปด้านหน้าให้เต้านมห้อยลง สังเกตดูว่ามีการเหนียวรั้งเป็นรอยปุ่มหรือไม่ หรือมีการ ถ่วง หนุน สูง ต่ำกว่าเพราะมีก้อนนูนภายในเต้านมข้างใดข้างหนึ่ง

1.3.2 การคลำ

มีทั้งการคลำในท่านอนราบและขณะอาบน้ำ โดยจะใช้มือขวาคลำเต้านมข้างซ้ายและใช้มือซ้ายคลำเต้านมข้างขวาโดยใช้ฝ่านิ้วมือเพียง 3 นิ้ว ได้แก่ นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง การใช้ฝ่านิ้วมือเป็นส่วนที่สัมผัสหรือคลำเพราะมีประสาทสัมผัสดีมาก การใช้ปลายนิ้วจะทำให้รับรู้ความรู้สึกไม่ดี ไม่ควรกดเต้านมด้วยนิ้วหัวแม่มือและนิ้วอื่น ๆ เพราะจะทำให้เกิดความรู้สึกว่ามีก้อนทั้งที่จริงแล้วไม่มี เริ่มคลำตรวจเต้านมทีละข้าง คลำให้ทั่วทุกบริเวณรวมทั้งต่อมน้ำเหลืองตั้งแต่ไหปลาร้าไปจนใต้ระดับราวนม จากกระดูกหน้าอกไปยังรักแร้ การคลำเต้านมจะทำในลักษณะเวียนรอบจากรอบนอกเข้าหารอบในถึงบริเวณหัวนมตามเข็มนาฬิกา และในแต่ละรอบให้ห่างกันประมาณ 1 นิ้ว ส่วนใหญ่มักจะต้องเวียนอย่างน้อยสามรอบจึงจะตรวจให้หมดเต้านม ขณะคลำให้สังเกตความรู้สึกว่ามีก้อนอะไรสะดุดหรือดันได้ฝ่ามือหรือไม่ หรือมีส่วนใดหนาเป็นไตแข็งผิดปกติกับส่วนอื่น

ตรวจดูหัวนมและฐานหัวนมว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงของขนาดรูปร่าง สีและจุดที่ตั้งหรือไม่ จากนั้นบีบหัวนมโดยใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือ เพื่อดูว่ามีสารเหลวอะไรออกมาบ้าง เช่น น้ำเหลือง เลือดหรือสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติอื่น ๆ

คลำตรวจบริเวณรักแร้โดยยกแขนข้างที่จะตรวจขึ้นท้าวเอวใช้มือด้านตรงข้ามตรวจ คลำบริเวณรักแร้ส่วนที่ค่อนข้างตื้นตรงกลาง ด้านหลังและที่ใต้ต้นแขน ไม่ใช้วิธีโกยหรือขยำ ใช้การกดลงไปและคลำเป็นวงกลม ทำซ้ำเช่นเดียวกันกับรักแร้อีกข้างหนึ่งว่ามีก้อนแข็งหรือบริเวณบวมที่ใดหรือไม่

1.3.3 การตรวจในท่านอนราบ

ในท่านอนนี้ เต้านมจะแบนลงทำให้คลำก้อนได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ส่วนครึ่งนอกของเต้านมมีต่อมน้ำนมและต่อมไขมันมากคลำได้เป็นเนื้อหนา ส่วนครึ่งในของเต้านมเนื้อน้อยกว่าจึงมักคลำได้แข็งกว่าเพราะมีกระดูกซี่โครงอยู่ข้างใต้ การตรวจทำดังนี้คือ

กรณีที่ต้องการตรวจเต้านมข้างซ้าย นอนราบลงบนเตียง ใช้ฝ่าพิบหรือหมอนใบเล็ก ๆ รองใต้สะบักซ้ายและเอามือซ้ายหนุนรองใต้ศีรษะ ใช้มือขวาคลำเต้านมข้างซ้าย เริ่มจากเต้านมส่วนบนด้านนอกก่อน โดยใช้ฝ่านิ้วมือ 3 นิ้ว กดลึกพอควร และสม่ำเสมอพร้อมกับคลึงเป็นวงเล็ก ๆ ไปเรื่อย ๆ สังเกตว่ามีก้อน ผิวหนังด้าน หนาหรือมีสิ่งผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นหรือไม่ กระทำเรื่อยไปจนทั่วทั้งเต้านม เมื่อถึงหัวนมตรวจดูรอบ ๆ หัวนมด้วย โดยใช้

นิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้ บีบเข้าหากันดูว่ามีสิ่งคัดหลั่งออกมาผิดปกติหรือไม่ แล้วจึงตรวจคลำรักแร้ข้างเดียวกัน เมื่อตรวจข้างซ้ายเสร็จแล้วกระทำเช่นเดียวกับด้านมอีกข้างตั้งแต่ต้น

1.3.4 การตรวจขณะอาบน้ำ

ก่อนหลายชนิดคลำได้ง่ายขึ้นขณะที่เต้านมเปียกน้ำหรือมีความลื่นจากสบู่ ถ้าเต้านมมีขนาดเล็กยกมือข้างหนึ่งไว้หลังศีรษะ แล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งมาคลำเต้านมข้างเดียวกับที่ยกมือขึ้น การคลำจะทำในลักษณะเดียวกับท่านอน ถ้าหากเต้านมมีขนาดใหญ่หรือย้อยลงจะคลำได้ดีขึ้นหากใช้มืออีกข้างหนุนเต้านมขึ้นมาและตรวจด้วยมืออีกข้างหนึ่ง

ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้น หากพบสิ่งผิดปกติเป็นต้นว่า พบก้อนหรือเนื้อที่เป็นไตแข็งผิดปกติ มีน้ำเหลืองหรือเลือดหรือน้ำใส ๆ ไหลออกจากหัวนม ผิวหนังบริเวณเต้านมมีรอยบุ๋ม หัวนมถูกดึงรั้งผิดปกติ หัวนมทั้งสองข้างไม่อยู่ในระดับเดียวกัน ขนาดและรูปร่างต่างกันอย่างผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือมากกว่าจะต้องรีบปรึกษาแพทย์

จากความรู้ข้างต้น ถ้าสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะส่งผลให้สตรีอาสาสมัครสาธารณสุขมีการดูแลตนเอง มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ สามารถกระตุ้นแนะนำสตรีในเขตรับผิดชอบให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องต่อไป

2. อาสาสมัครสาธารณสุขกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

อาสาสมัครสาธารณสุข

ประเภทของอาสาสมัครตั้งแต่ปีพ.ศ. 2537 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศยกฐานะผลส. ให้เป็น อสม. ทำให้ในปัจจุบันในหมู่บ้านหรือชุมชนหนึ่ง จึงมี อสม. เพียงอย่างเดียว

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และการประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ และจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านชุมชน

วาระของการเป็น อสม. มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนคือ 2 ปีเมื่อครบ 2 ปีจะมีการคัดเลือกใหม่ ถ้าปฏิบัติไม่ดีจะไม่ได้รับการคัดเลือกใหม่

อสม. 1 คนจะรับผิดชอบดูแลประมาณ 8-15 หลังคาเรือน ถ้าใช้เวลา 20 ปีทุกครอบครัว จะมีโอกาสได้เรียนรู้วิธีการเป็น อสม. ในทุกครอบครัว
คุณสมบัติของ อสม.

1. ควรเป็นบุคคลที่มีลักษณะเป็นผู้สื่อข่าวโดยธรรมชาติและชุมชนให้ความเชื่อถือ
2. สมัยครใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ และมีเวลาพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำหมู่บ้านในระยะเวลา 1-2 ปี) และมีความคล่องตัวในการประสานงาน
3. อ่านออกเขียนได้
4. เป็นตัวอย่างที่ดีในการพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาชุมชน
5. ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ หรือกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

วิธีการคัดเลือก อสม. ในอุดมคติควรจะได้มาจากวิธีสังคมมิติ แต่เป็นเรื่องยากมากและไม่สอดคล้องกับพื้นที่ ควรใช้วิธีประชาธิปไตยโดยการยอมรับของชาวบ้านวิธีใดก็ได้ อาจแบ่งโหวตเลือกที่ละคุ้ม หรือประชุมรวมทั้งหมู่บ้านเพื่อโหวตเลือก อสม. 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

2.1 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข กำหนดไว้ดังนี้

2.1.1 เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ ประกอบด้วยกิจกรรม

- 1) หมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข
- 2) แจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น
- 3) แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข

2.1.2 เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเพื่อน อสม. และเพื่อนบ้านประกอบด้วยกิจกรรม

1) รับข่าวแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างเร่งด่วนในเรื่องสำคัญ

2) รับข่าวสารและจดบันทึกใน สมุดบันทึกการปฏิบัติงานของ อสม.

2.1.3 เป็นผู้ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้และชักชวนเพื่อนบ้าน เข้าร่วมและพัฒนางานสาธารณสุข

2.1.4 ให้บริการช่วยเหลือและรักษาพยาบาล

1) ให้การช่วยเหลือและการรักษาพยาบาลตามอาการในเรื่องไข้ ตัวร้อน ปวดเมื่อย เจ็บหู ปวดท้อง ปวดหัว ปวดหลัง ท้องเดิน เหน็บชา ปวดเอว พยาธิลำไส้ โลหิตจาง ฝี ผื่นคันบนผิวหนังและเจ็บตา

2) ให้การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับแผลสด น้ำร้อนลวก สุนัขกัด เป็นลม ยาพิษ กระจกหัก ข้อเคล็ด ชัก จมน้ำ ไฟไหม้และงูกัด

3) ส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการสาธารณสุขและติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการ

4) จ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว (รายเก่า) และจ่ายถุงยางอนามัย

2.1.5 เผื่อระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขด้าน

1) โภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนัก และร่วมกันแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน

2) อนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ ให้มาตรวจครรภ์และฝากครรภ์ตามกำหนด และให้บริการชั่งน้ำหนักหญิงมีครรภ์เป็นประจำทุกเดือน ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและตรวจสุขภาพตามกำหนด

3) สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด

4) ควบคุมโรคประจำถิ่น โดยกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เก็บอูจากระงัง ตรวจหาไข่พยาธิ เจาะเลือดส่งตรวจหาเชื้อไข้มาลาเรีย และเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค

5) ควบคุมคุณภาพน้ำบริโภค การเติมคลอรีนในน้ำบริโภค และการใช้น้ำยาตรวจ ระดับคลอรีนในน้ำบริโภค

6) ทนตสาธารณสุข โดยการจัดหาและจำหน่ายแปรงสีฟัน ยาสีฟัน

7) การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุโดยการจัดกลุ่มป้องกันอุบัติเหตุอุบัติเหตุภัยในชุมชน

8) โรคไม่ติดต่อ โดยการวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ จัดกลุ่มบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ

9) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข โดยการจัดกลุ่มผู้คุ้มครองผู้บริโภค เพื่อเฝ้าระวังการทำผิดกฎหมาย เช่นการจำหน่ายยาหมดอายุ ยาชุด อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน

10) การป้องกันโรคเอดส์ โดยการจัดกลุ่มป้องกันการแพร่โรคในชุมชน การแจกจ่ายถุงยางอนามัย

11) การควบคุมป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ โดยการตรวจคุณภาพแหล่งน้ำชุมชน การตรวจสอบคุณภาพอากาศและร่วมมือประสานงานกับ องค์กรต่าง ๆ เพื่อเฝ้าระวังและจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน

2.1.6 เป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามกระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน

2.1.7 คุ้มครองสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน

2.1.8 เป็นแกนกลางในการประสานงานการดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้าน กรรมการหมู่บ้านและกลุ่มผู้นำอื่น ๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสานงาน การดำเนินการระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐและชุมชน

การสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การดูแลสุขภาพที่จำเป็นที่จัดให้อย่างทั่วถึง สำหรับทุกคนและทุกครอบครัว โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคนด้วยค่าใช้จ่ายไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศรับได้ นอกจากนั้นการสาธารณสุขมูลฐานยังก่อให้เกิดการผสมผสาน ระหว่างระบบบริการสาธารณสุขของประเทศกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นธรรมโดยมีระบบบริการสาธารณสุขเป็นแกนกลาง

หลักการสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานคือ การให้เจ้าหน้าที่ของรัฐเปลี่ยนบทบาทใหม่จากเดิมเป็นผู้ให้บริการประชาชน (ผู้ให้) เปลี่ยนเป็นผู้กระตุ้นให้คำแนะนำ และผู้สนับสนุนให้กับประชาชน และให้ประชาชนเป็นผู้เริ่มปฏิบัติบริการประชาชนด้วยตนเอง โดยส่วนของประชาชนที่กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งขึ้นในหมู่บ้านคือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นจุดในการปฏิบัติงาน การประสานงานและการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (จิรวรรณ กมลชัย, 2540. หน้า 42 อ้างอิงจาก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2536. หน้า 4)

ในระดับหมู่บ้านซึ่งถือเป็นระดับล่างสุด มีการสาธารณสุขมูลฐาน Primary Health Care ซึ่งจะจัดบริการช่วยเหลือกันเอง โดยมี อสม.เป็นแกนกลางในการดำเนินงานภายใต้

คำแนะนำสนับสนุนของเจ้าหน้าที่รัฐระดับตำบล โดยการจัดกิจกรรมครอบคลุม 14 องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐานได้แก่ 1.) โภชนาการ 2.) การศึกษา 3.) น้ำสะอาดและการสุขาภิบาล 4.) การเฝ้าระวังโรคประจำท้องถิ่น 5.) การสร้างภูมิคุ้มกัน 6.) การรักษาพยาบาลง่าย ๆ 7.) ยาที่เป็นปลอดภัยและดีสารอันตรายออกจากหมู่บ้าน 8.) การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว 9.) สุขภาพจิต 10.) ทันทสาธารณสุข 11.) การอนามัยสิ่งแวดล้อม 12.) การคุ้มครองผู้บริโภค 13.) อุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ และ 14.) การป้องกันโรคเอดส์

กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน

กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานหรือเรียกว่าวิธีการสาธารณสุขมูลฐานที่จะทำให้ทุกกิจกรรมของการสาธารณสุขมูลฐานสำเร็จ ที่สำคัญมี 4 ประการ

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งต้องสร้างให้ประชาชนในหมู่บ้านรู้สึกเป็นเจ้าของและเข้าร่วมบริหารงานด้านสาธารณสุขทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ โดยตระหนักถึงปัญหาชุมชนตนเองเป็นอย่างดี กำหนดปัญหา วิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไข ประชาชนแก้ไขในส่วนที่ทำได้ และขอความช่วยเหลือในส่วนนอกเหนือจากความสามารถของชุมชน
2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม คือการพิจารณาใช้เทคนิควิธีการที่ง่ายไม่ซับซ้อน ยุ่งยากเหมาะสมกับแต่ละสภาพท้องถิ่นและประชาชนสามารถปฏิบัติได้ เทคนิควิธีการหมายถึงตั้งแต่วิธีการค้นหาปัญหา กระบวนการในการแก้ไขปัญหา จนกระทั่งถึงเทคนิคในการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเอง
3. มีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุข โดยต้องทำการปรับให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐานกับระบบบริหารและบริการของรัฐที่มีอยู่เดิมเพื่อ
 - 3.1 ต้องการให้เกิดการกระจาย การครอบคลุมบริการให้ทั่วไป
 - 3.2 การกระจายทรัพยากร ลงสู่ชุมชน
 - 3.3 การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ
4. การผสมผสานงานสาธารณสุขกับงานพัฒนาสังคมโดยรวม คือผสมผสานกับงานพัฒนาสังคมด้านอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นเกษตร มหาตมไทย กระทรวงอื่น ๆ รวมทั้งองค์กรเอกชนต่าง ๆ อีกด้วย

๗ ๕๕
๕๕๕๖
๕๕๕๐

๒๐ พ.ย. ๒๕๕๐



๑.๓๗๘๒๕๒๙.๐.๒

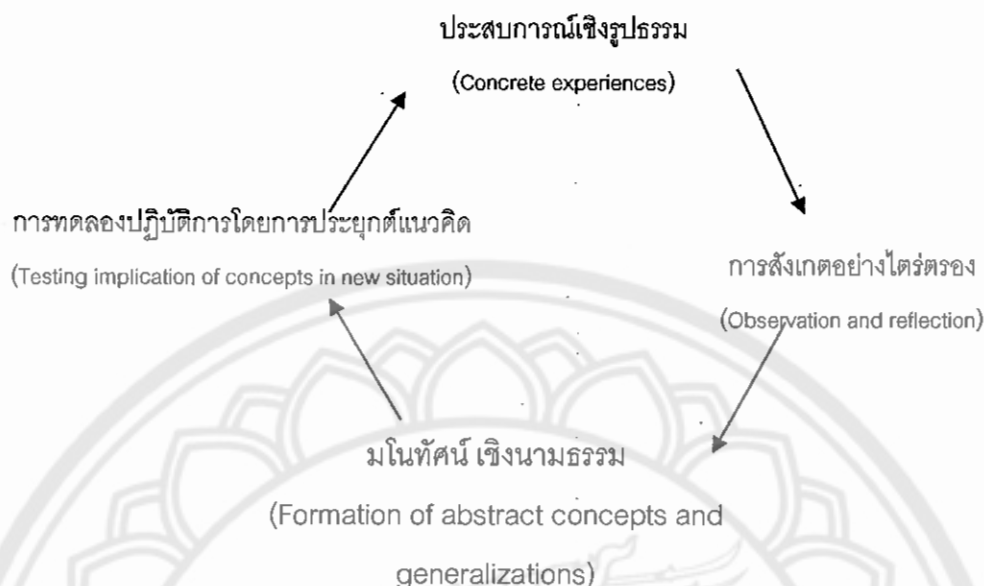
สรุปแนวคิดอสาสมัครสาธารณสุข และการสาธารณสุขมูลฐาน บทบาทหน้าที่ สำนักหอสมุด

รับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อใช้การวิจัยคือ จัดฝึกอบรมสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองและทักษะในการตรวจเต้านม เพื่อให้มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองในด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองและสนับสนุน ให้สตรีในเขตรับผิดชอบมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

2.2 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม

กลุ่มนักปรัชญาการศึกษาดิวยีเยน (Deweyian) ได้เริ่มใช้วิธีการเรียนรู้จากการกระทำ (learning by doing) ซึ่งเป็นพื้นฐานการพัฒนาระบวนการเรียนรู้ที่ดึงความสามารถของผู้เรียนออกมาในรูปการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (active learning) ซึ่งผู้เรียนจะมีส่วนร่วมในกิจกรรม การเรียนการสอนมากขึ้น โดยผู้สอนจะกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดแก้ปัญหา และยึดผู้เรียนเป็น ศูนย์กลาง

ในทศวรรษที่ 80 ได้มีการพัฒนาระบวนการเรียนรู้ (learning process) รูปแบบ ใหม่ที่เรียกว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) ซึ่งโคลบ์ (Kolb) ได้เสนอว่า ประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้และการพัฒนา ตามรูปแบบของโคลบ์ (Kolb's Model) เป็นวงจรการเรียนรู้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ ประสบการณ์เชิงรูปธรรม การสังเกตอย่าง ไตร่ตรอง มโนทัศน์เชิงนามธรรม และการทดลองปฏิบัติ (แผนภูมิ 1) ซึ่งตามแนวคิดของโคลบ์นี้ มุ่งสอนให้ผู้เรียนเรียนเพื่อเรียนรู้ (learn to learn) เนื่องจากจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ คือ ให้ บุคคลพัฒนาความสามารถจากองค์ประกอบหลักทั้ง 4 ประการ โดยจะพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดการ คิดที่ซับซ้อน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เข้าใจเนื้อหาความรู้ มีความสามารถในการแก้ปัญหา และสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการทำงานได้ง่ายขึ้น (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๔๒. เว็บไซต์)

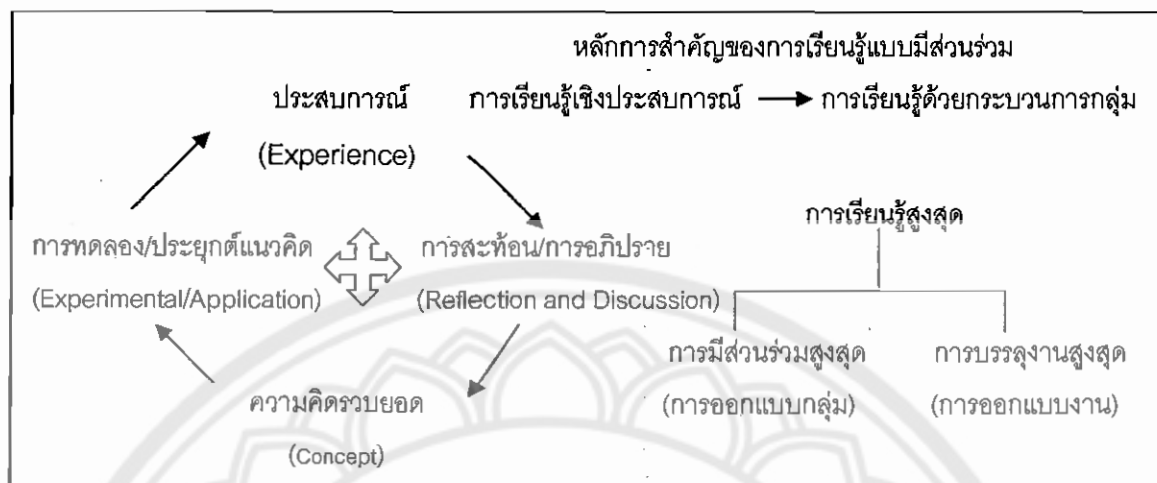


ภาพ 1 แสดงวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ (Kolb's Model)

จากแนวคิดของโคลบ ต่อมาจึงมีการศึกษาและนักฝึกอบรมได้นำรูปแบบนี้ไปใช้ในการสอนและการฝึกอบรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นมีหลายชื่อ เช่น การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) การเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม (prior learning) และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) เป็นการเรียนรู้ที่นิโคล (Nicol) นักฝึกอบรมเชื่อว่าเป็นการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ เจตคติและทักษะได้ดีที่สุด โดยผ่านการสังเคราะห์จากผลการศึกษาวิจัยรูปแบบการเรียนรู้หลายรูปแบบ (meta analysis) จนได้โครงสร้างพื้นฐานของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย หลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 ประการ (แผนภูมิที่ 2) คือ

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning)
2. กระบวนการกลุ่ม (group process)



ภาพ 2 แสดงหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning)

เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มีองค์ประกอบที่

สำคัญ 4 ประการ

1. ประสบการณ์ (experience) โดยผู้สอนพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนนำประสบการณ์ของตนเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองกับผู้อื่น ซึ่งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จะทำให้เกิดความรู้เพิ่มขึ้น
2. การสะท้อนความคิดและการอภิปราย (reflection and discussion) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกละเอียดของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม โดยผู้สอนเป็นผู้กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ วิจัยและได้เรียนรู้ถึงความคิดเห็น ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไป ช่วยให้เกิดความรู้ที่กว้างขวางขึ้น รวมทั้งการสะท้อนความคิดเห็นหรือการอภิปรายทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย
3. ความคิดรวบยอด (concept) ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาหรือเป็นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (knowledge) อาจเกิดได้หลายทาง เช่น จากการบรรยายของผู้สอน การสะท้อนความคิดและการอภิปรายของผู้เรียน โดยผู้สอนช่วยสรุปเป็นความคิดรวบยอด ก่อให้เกิดความเข้าใจแก่ผู้เรียนอย่างสูงสุด
4. การทดลองหรือการประยุกต์แนวคิด (experimental/application) ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอดในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสนทนา การสร้างคำขวัญ และเล่นบทบาทสมมติ เป็นต้น ซึ่งเป็นการแสดงถึงผลสำเร็จของการเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1 ถึง 3

ในการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงจำเป็นต้องจัดกิจกรรมให้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ เนื่องจากทั้ง 4 องค์ประกอบมีความเกี่ยวข้องและส่งผลถึงกันและกัน

กระบวนการกลุ่ม (group process)

เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญ เมื่อนำมาใช้ร่วมกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

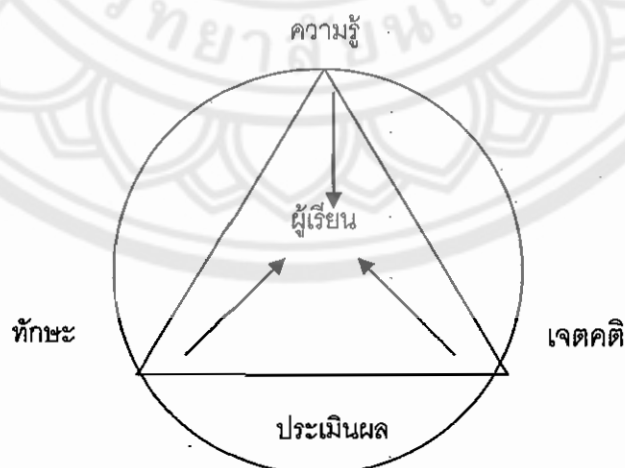
กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้บรรลุงานสูงสุด

การมีส่วนร่วมสูงสุด (maximum participation) ของผู้เรียน ขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่มที่เหมาะสมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ ซึ่งผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ

การบรรลุงานสูงสุด (maximum performance) สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้เรียนบรรลุงานสูงสุด คือ การออกแบบงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้กลุ่มผู้เรียนทำกิจกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแผนการสอน โดยจะต้องกำหนดกิจกรรมชัดเจน และควรมีโครงสร้างงานที่ชัดเจน กำหนดบทบาทของกลุ่มหรือสมาชิกกลุ่มที่ชัดเจน และควรมีโครงสร้างงานที่ชัดเจน

จุดประสงค์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีจุดประสงค์เพื่อ ให้ผู้เรียนมีการพัฒนาการเรียนรู้อย่างสูงสุดใน 3 ด้าน (ภาพ 3) คือ



ภาพ 3 แสดงจุดประสงค์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

1. พุทธิพิสัย (knowledge) เป็นการพัฒนาค้นคว้าความรู้เดิมหรือการให้องค์ความรู้ใหม่ ผู้เรียนจะผ่านขั้นตอนการเรียนรู้ คือ รู้ เข้าใจ สามารถนำความรู้ไปใช้ โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้ง 4 องค์ประกอบที่กล่าวมาแล้ว

2. จิตพิสัย (attitude) เป็นการปรับเปลี่ยนหรือเสริมสร้างให้ผู้เรียนมีความรู้สึก ความคิดความเชื่อและมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ถ้ามีเจตคติที่ดีแน่วแน่มที่ จะเกิดพฤติกรรมที่ดียอมเกิดขึ้นได้ไม่ยาก ซึ่งเกิดจากส่วนประกอบ 2 ขั้นตอนคือ

2.1 ขั้นสร้างความรู้สึก เป็นการกระตุ้น จูงใจ หรือโน้มน้าวให้ผู้เรียนเกิดอารมณ์ ความรู้สึกตามที่ผู้สอนต้องการ เพื่อนำไปสู่การจัดระบบความคิด ความเชื่อและสร้างเจตคติหรือปรับเปลี่ยนเจตคติให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ โดยมีกิจกรรมใน 2 ขั้นตอนคือ

2.1.1 กระตุ้นความรู้สึก โดยใช้สื่อต่าง ๆ หรือกิจกรรมให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึก อย่างที่ผู้สอนต้องการ

2.1.2 การเปิดเผยของตนเอง เป็นการตั้งประสบการณ์ ความคิดเห็น หรือเจตคติของผู้เรียนต่อสื่อที่ผู้สอนนำเสนอ

2.2 ขั้นจัดระบบความคิดความเชื่อ อาศัยกระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม สูงสุด ความคิดเห็นที่แตกต่างกันของสมาชิกในกลุ่มช่วยให้ระบบความคิดความเชื่อของผู้เรียนเปลี่ยนแปลงไป

3. ทักษะพิสัย (skill) เป็นความสามารถที่ไม่เคยมีมาก่อน แต่ได้เรียนรู้จนกระทั่งทำได้ อย่างชำนาญ ซึ่งการสอนมี 2 ขั้นตอน คือ

3.1 ขั้นรู้ข้อเท็จจริง มุ่งให้รับรู้วาทักษะนั้นสำคัญและฝึกฝนอย่างไร จากองค์ประกอบด้านประสบการณ์ การสะท้อนความคิดหรือการอภิปรายและความคิดรวบยอด

3.2 ขั้นลงมือกระทำ เป็นโอกาสให้ปฏิบัติจริงตามองค์ประกอบด้านการทดลองและประยุกต์แนวคิด

จะเห็นได้ว่าลำดับการเรียนรู้ของบุคคลเกิดจากการได้รับประสบการณ์ และความรู้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งมักเริ่มต้นจากการเรียนรู้ที่ถูกต้อง ผ่านการคิดวิเคราะห์ จัดระบบความคิดความเชื่อของตน จนเกิดเจตคติต่อเรื่องนั้น ๆ มีผลทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งจนชำนาญที่เรียกว่า เกิดทักษะซึ่งเกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืน และเป็นการเรียนรู้ที่แท้จริง ดังนั้นหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ทั้งในด้านการพัฒนาก้าวเรียนการสอน รวมทั้งงานด้านสาธารณสุข ซึ่งมองเห็นว่าการเรียนรู้ที่ดี คือ การมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น และมีการช่วยเหลือกัน โดยจากการทบทวนวรรณกรรมและ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ พบว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถทำให้ผู้เรียนมีการพัฒนาด้าน ความรู้เจตคติรวมทั้งทักษะ จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การได้ใช้ความคิด อภิปรายและ เรียนรู้ซึ่งกันและกันจนเกิดความคิดรวบยอด และสามารถนำความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงความคิดเจตคติไปในทางที่ถูกต้องจะ นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนอีกด้วย ในการวิจัยครั้งนี้ จึงได้นำแนวความคิดแบบมีส่วนร่วมมาจัดทำ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลถึงพฤติกรรมในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระยะยาวต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2542. online)

สรุป การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นการเรียนรู้โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง นำมา ประยุกต์ใช้โดยยึดศรัทธาสาธน์นครสาธน์สุขเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ ผู้วิจัยสุ่มสัมภาษณ์สตรี อาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองและ เจตคติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าศรัทธาสาธน์นครสาธน์สุขมีเจตคติที่ดีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่มีอัตราการตรวจเต้านมต่ำ ขาดความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จึงได้จัดโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมให้สอดคล้องกับสภาพของศรัทธาสาธน์นครสาธน์สุขโดยใช้องค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 4 องค์ประกอบคือ ประสบการณ์ ให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตามประสบการณ์เดิม ให้ความรู้โดยการบรรยายประกอบสไลด์เรื่องมะเร็งเต้านม ฉายวีดิทัศน์เรื่อง การตรวจเต้านมด้วยตนเอง แจกแผ่นพับ การสะท้อนความคิดและอภิปราย ให้กลุ่มวิเคราะห์ ปัจจัยเสี่ยงการเกิดมะเร็งเต้านม ขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคิดรวบยอด กลุ่มสรุป ปัจจัยเสี่ยงการเกิดมะเร็งเต้านม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การเฝ้าระวังมะเร็งเต้านม ขั้นตอนการ ตรวจเต้านมด้วยตนเอง การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด ฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับ แบบจำลองเต้านม ตรวจเต้านมของตนเอง จับคู่กันตรวจเต้านม ให้ศรัทธาสาธน์นครสาธน์สุขที่ ปฏิบัติได้ถูกต้อง สาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้ผู้ที่ยังขาดทักษะ ส่วนกระบวนการกลุ่ม นำมาใช้ในการสอนโดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอนของการเรียนรู้ มีการอภิปรายในกลุ่ม เพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการแยกเนื้องอกปกติและก้อนผิดปกติ

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีที่แต่งงานแล้ว โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างจากสตรีที่แต่งงานแล้วและอาศัยอยู่ในอำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ผลการทดลองพบว่าสตรีที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติและความตั้งใจในการรับการตรวจดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่าสตรีที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติและความตั้งใจในการรับการตรวจดีกว่าสตรีที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สว่างจิตต์ จันทร์ (2544) ได้ศึกษาผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยพยาบาลปฐมภูมิ สถานีอนามัยตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 44 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง 22 คนและกลุ่มควบคุม 22 คน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลอง และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เนื่องจากการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจะเป็นรูปแบบในการเรียนการสอนในลักษณะให้ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้และมีส่วนร่วมโดยการเสนอความต้องการในการเรียนรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นประสบการณ์ ตลอดจนประยุกต์แนวคิดที่เกิดขึ้นใหม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติด้วยตนเองและพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้ผ่านขั้นตอนการสอนทักษะแบบมีส่วนร่วมคือรู้ชัดเจนจริงและขั้นตอนมีภาระทำโดยผู้วิจัยสาธิตวิธีการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตาม ซึ่งการสาธิตช่วยให้ผู้เรียนเห็นกระบวนการและ

สามารถปฏิบัติตามได้ ทำให้เกิดความเข้าใจและจดจำได้นาน เมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี ย่อมมีความสามารถในการดูแลตนเอง

อวยพร สุทธิสนธิ (2528) ได้ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของพยาบาลและผู้ป่วยเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถีกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล 200 คนและผู้ป่วยหญิง 200 คนพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ตรวจเต้านมร้อยละ 85 ตรวจสม่ำเสมอทุกเดือนร้อยละ 26.4 ส่วนผู้ป่วยเคยตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 34.5 ตรวจสม่ำเสมอทุกเดือนเพียงร้อยละ 32.6 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มพยาบาลพบว่าความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความคิดเห็นและการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มผู้ป่วยพบว่าความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นรวดี สันสยะ (2539) ศึกษาการประยุกต์แนวคิดการตลาดขายตรงแบบหลายชั้นเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว โดยนักศึกษาจำนวน 261 คนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ดำเนินการโดยตัวแทนนักศึกษาที่ผ่านการอบรม 20 คน ผลการวิจัยภายหลังการทดลองตัวแทนนักศึกษาสามารถขยายเครือข่ายได้ร้อยละ 100 นักศึกษามีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคมะเร็ง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิภาพการตอบสนองต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความมั่นใจในการขยายเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเองและพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและมีความแตกต่างกันในระหว่างระดับชั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความมั่นใจในการขยายเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเองและพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม

พรรณภา จิตดำรงขันธ์ (2540) ศึกษาการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนและการให้คำแนะนำตามปกติ ต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเอง ของเบนดูรา มาใช้ในการให้คำแนะนำตามปกติอย่างมีแบบแผนแก่สตรีแรงงาน เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง มีกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการปฏิบัติการตรวจเต้านม

ด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง

จิรวรรณ กมลชัย (2540) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานและกระบวนการกลุ่มเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มทดลอง 51 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 47 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความตั้งใจในการมีพฤติกรรม และพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองที่พึงประสงค์ดีขึ้น และพบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองที่พึงประสงค์

กัลยาณี นาคฤทธิ์ (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยกลางคน ผลการวิจัยพบว่าสตรีวัยกลางคนมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 48.8 ปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยเอื้อได้แก่ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยเสริมได้แก่การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มที่ตรวจและไม่ตรวจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อานันทนา ชื่นวิสิทธิ์ (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างคือสตรีที่มีอายุ 25- 40 ปี จำนวน 280 ราย ผลการวิจัยพบว่า สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 73.2 ตรวจถูกต้องปานกลางมากที่สุดร้อยละ 44.9 และพบว่าปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยเอื้อได้แก่ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความสะดวกในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยเสริมได้แก่การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มที่ตรวจและไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ประกายทิพย์ จันทรภิรมย์ (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือสตรีวัยรุ่นอายุ 15-25 ปี จำนวน 275 ราย ผลการวิจัยพบว่าสตรีวัยรุ่นไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 53.1 ในกลุ่มที่มีการ

ตรวจด้านมด้วยตนเองพบว่าตรวจถูกต้องปานกลางร้อยละ 60.8 ปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจด้านมด้วยตนเอง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจด้านมด้วยตนเอง ปัจจัยเอื้อได้แก่ ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการตรวจด้านมด้วยตนเอง ความสะดวกในการตรวจด้านมด้วยตนเอง ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจด้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มที่ตรวจและไม่ตรวจด้านมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจด้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุนทรภรณ์ พิพัทธกุลกุล (2542) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนจากตัวแทนแม่บ้านและการตั้งเป้าหมายมาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ 30-50 ปี กลุ่มทดลองจำนวน 76 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 80 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจด้านมด้วยตนเอง และมีพฤติกรรมตรวจด้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จกมล ศักดิ์ตระกูล (2543) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจด้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นแนวทางกำหนดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุระหว่าง 20-40 ปี กลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 52 คน ใช้เวลาในการศึกษา 15 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนทดลองและหลังทดลอง 2 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมตรวจด้านมด้วยตนเองดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปาริชาติ ชูประดิษฐ์ (2543) ศึกษาเจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงและความตั้งใจในการตรวจด้านมด้วยตนเองของสตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน และหาอำนาจการทำนายของเจตคติกับบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อความตั้งใจในการตรวจด้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน

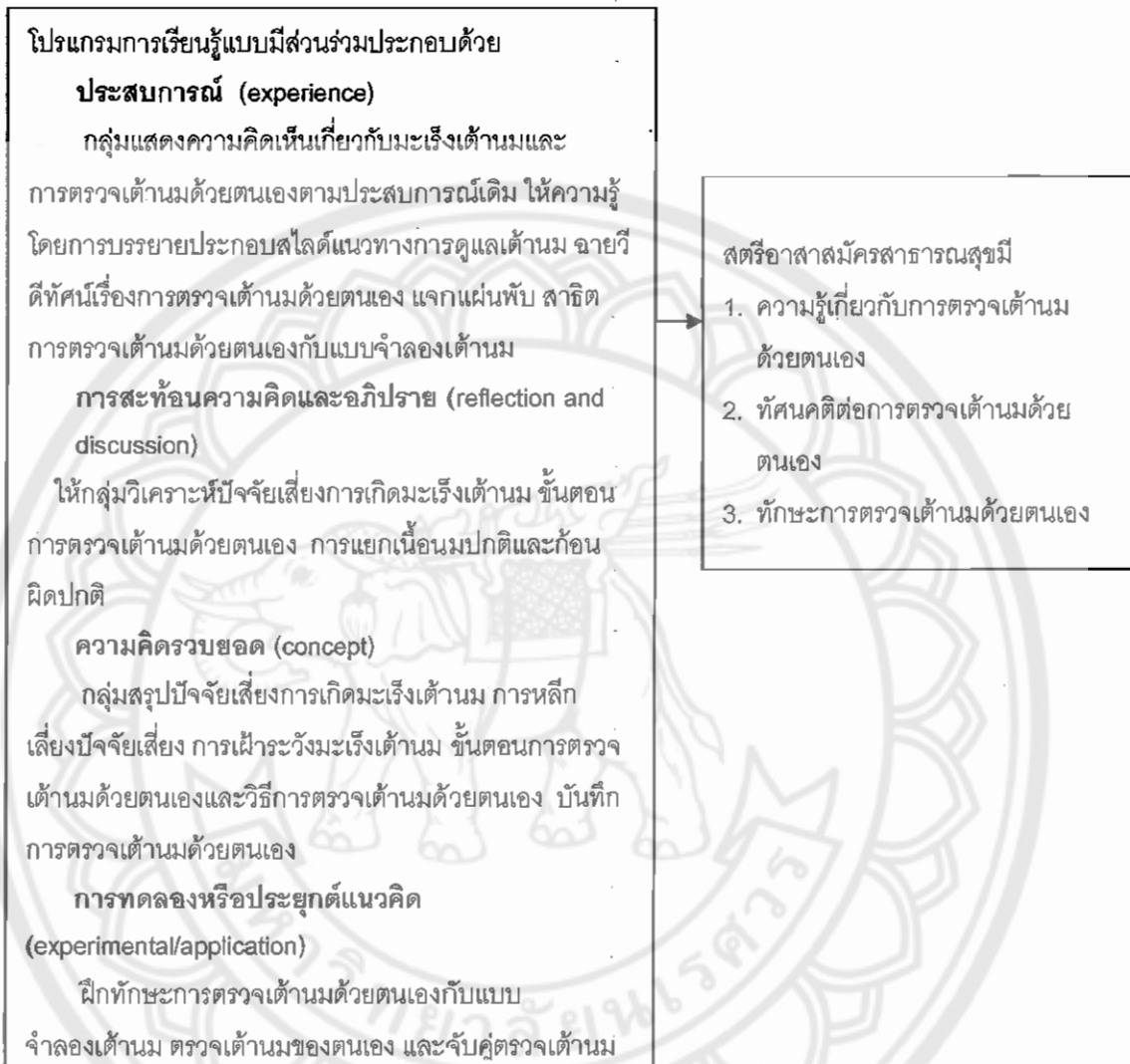
100 คน ผลการวิจัยพบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนมีเจตคติทางบวกต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระบุว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเองสนับสนุนให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองและมีความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สุภาพร มหาวรรณ (2544) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม กลุ่มควบคุม 35 ราย กลุ่มทดลอง 33 ราย ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีคะแนนการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ และมีคะแนนการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฐิตวันต์ พิทักษ์จงวัฒนา. (2544) ศึกษาการประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการกระตุ้นเตือนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนในคลินิกวัยทองโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างคือสตรีที่มีอายุระหว่าง 40 - 59 ปี กลุ่มควบคุม 40 ราย กลุ่มทดลอง 40 ราย กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายประกอบภาพพลิก วีดีทัศน์ การสาธิต การฝึกปฏิบัติและการกระตุ้นเตือนโดยการส่งจดหมาย ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองและมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุป จากรายงานการวิจัยในการส่งเสริมให้เกิดการตรวจเต้านมด้วยตนเองในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสอน การแนะนำ การสาธิต ตลอดจนการฝึกปฏิบัติ จากงานวิจัยดังกล่าวสตรีได้รับการสอนให้มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับแบบจำลองเต้านมทำให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นและถูกวิธี แต่ยังคงขาดการมีส่วนร่วมในกระบวนการการเรียนรู้ทั้งด้านพุทธิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย จากผู้ร่วมเรียนรู้ นอกจากนี้ยังพบว่าไม่พบงานวิจัยที่ทดสอบโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขตรงกับงานวิจัยในครั้งนี้

กรอบแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม



ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม