

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาปัญหาและสร้าง รูปแบบการให้สุขศึกษาในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลมหาโพธิ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการให้สุขศึกษาใน 3 ด้านคือ ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านการปฏิบัติ จากเอกสารตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. บริบทของอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครสวรรค์
2. ทฤษฎีความเชื่อเกี่ยวกับการสาธารณสุข
 - 2.1 ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 2.2 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
3. แนวคิดการให้สุขศึกษา
4. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม
5. บทบาทของสตรี/ บทบาทใหม่ของคนในสังคม
6. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
7. การสนทนากลุ่ม
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 8.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 8.2 งานวิจัยต่างประเทศ
9. กรอบความคิดในการวิจัย

บริบทของอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครสวรรค์

ข้อมูลทั่วไป

1. ลักษณะที่ตั้งและอาณาเขต

อำเภอกำแพงแสนตั้งอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดนครสวรรค์ ห่างจากจังหวัดนครสวรรค์ ประมาณ 20 กิโลเมตร ขนาดพื้นที่ 256.71 ตารางกิโลเมตร

อาณาเขต

ทิศเหนือ

ติดอำเภอบรรพตพิสัย

จังหวัดนครสวรรค์

ทิศใต้	ติดอำเภอเมืองนครสวรรค์	จังหวัดนครสวรรค์
ทิศตะวันออก	ติดอำเภอชุมแสง	จังหวัดนครสวรรค์
	ติดอำเภอโพทะเล	จังหวัดพิจิตร
ทิศตะวันตก	ติดอำเภอบรรพตพิสัย	จังหวัดนครสวรรค์
	ติดอำเภอเมืองนครสวรรค์	จังหวัดนครสวรรค์

ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบสลับกับเนินสูงเล็กน้อย ส่วนใหญ่มีความลาดชันไม่เกิน 1 % ในพื้นที่นา ไม่เกิน 2 % และมีภูเขา ภายในพื้นที่อำเภอ มีแม่น้ำปิงไหลผ่านทางทิศตะวันตกของอำเภอ จากแนวทางทิศเหนือไปทางทิศใต้ และมีลำคลองอีกหลายสาย เชื่อมกันเป็นโครงข่ายอยู่ในพื้นที่ อำเภอ ลักษณะภูมิอากาศ ร้อนชื้น โดยได้รับอิทธิพลจากมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ในฤดูฝนและใน ฤดูหนาว จะได้รับอิทธิพลจากมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ มีอากาศแห้ง และบางช่วงอากาศเย็นอุณหภูมิ เฉลี่ย 25 - 39 องศาเซลเซียส ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย 60 – 97 มิลลิเมตร ต่อปี

การคมนาคม

ทางหลวงหมายเลข 117 สายนครสวรรค์ – พิชญ์โลก ระยะทางประมาณ 22 กิโลเมตร

ทางหลวงหมายเลข 1084 สายนครสวรรค์ – กำแพงเพชร ระยะทางประมาณ 20 กิโลเมตร

ทางหลวงหมายเลข 1182 สายนครสวรรค์ – บรรพตพิสัย ระยะทางประมาณ 18 กิโลเมตร

2. ข้อมูล เศรษฐกิจและสังคม

2.1 การประกอบอาชีพ

เกษตรกร ประมาณ ร้อยละ 70.62

อาชีพอื่นๆ เช่นค้าขาย,ราชการ ฯลฯ ประมาณ ร้อยละ 24.67

รับจ้างทั่วไป ประมาณร้อยละ 4.71

2.2 รายได้เฉลี่ย ประมาณ 30,000 - 42,000 บาท /ครัวเรือน /ปี

2.3 ด้านการศึกษา /ศาสนา

อำเภอเก้าเลี้ยวมีโรงเรียนทั้งหมด 18 แห่งจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 3,921 คน

มีวัด จำนวน 21 แห่ง โบสถ์คริสต์ จำนวน 1 แห่ง

3. ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

3.1 จำนวนบุคลากรสาธารณสุข

ตารางที่ 2.1 แสดงจำนวน บุคลากรสาธารณสุข อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

ประเภทบุคลากร	จำนวน	อัตราส่วนต่อประชากร
1. แพทย์	4	6,108
2. ทันตแพทย์	1	24,435
3. เภสัชกร	2	12,217
4. พยาบาลวิชาชีพ	31	788
5. พยาบาลเทคนิค	10	2,444
6. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย	15	1,629

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ (2548 : 6)

3.2 สถานบริการสาธารณสุข

ภาครัฐ

โรงพยาบาลชุมชน (ขนาด 30 เตียง) 1 แห่ง

สถานีอนามัย 4 แห่ง

ภาคเอกชน

ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 7 แห่ง

4. ข้อมูลประชากร (1 กรกฎาคม 2548)

พื้นที่ 256.71 ตารางกิโลเมตร

การปกครอง 4 ตำบล 32 หมู่บ้าน 1 เทศบาล

ประชากร (จากการสำรวจ) รวม 24,435 คน

ชาย 12,254 คน

หญิง 12,181 คน

ตารางที่ 2.2 แสดงข้อมูลประชากรแยกรายตำบล

ตำบล	ประชากร		
	ชาย	หญิง	รวม
1. แก้วเขียว	2,439	2,669	5,108
2. มหาโพธิ์	2,519	2,424	4,943
3. นหนองเต่า	3,185	3,301	6,486
4. หัวดง	4,111	3,787	7,898
รวม	12,254	12,181	24,435

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก้วเขียว จังหวัดนครสวรรค์ (2548 : 7)

ตารางที่ 2.3 แสดงสาเหตุการตาย 7 อันดับ ของ อำเภอแก้วเขียว จังหวัดนครสวรรค์

ลำดับที่	สาเหตุการตาย	จำนวน	อัตรตาย / แสนประชากร
1	หัวใจล้มเหลว	13	42.41
2	มะเร็ง	11	35.88
3	เส้นเลือดในสมองตีบ	10	32.62
4	ปอดอักเสบจากเชื้อรา	9	29.36
5	การติดเชื้อในกระแสเลือด	8	26.09
6	อุบัติเหตุทางจราจร	5	16.31
7	ฆาตกรรม	5	16.31

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก้วเขียว จังหวัดนครสวรรค์ (2548 : 8)

ตารางที่ 2.4 แสดงสาเหตุการตาย 7 อันดับ ของตำบลมหาโพธิ อำเภอกำแพงแสน

ลำดับที่	สาเหตุการตาย	จำนวน	อัตราตาย / แสนประชากร
1	ชราภาพ	6	121.38
2	อัมพาต	2	40.46
3	มะเร็งเต้านม	1	20.23
4	มะเร็งตับ	1	20.23
5	มะเร็งกระดูก	1	20.23
6	เอดส์	1	20.23
7	วัณโรคปอด	1	20.23

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครสวรรค์ (2548: 9)

จากตาราง มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตาย ลำดับที่ 3 ของตำบลมหาโพธิ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครสวรรค์

ทฤษฎีความเชื่อเกี่ยวกับการสาธารณสุข

1. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนาขึ้นมาเพื่อที่จะเข้าใจกับพฤติกรรมปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ จะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะมีการปฏิบัติ แตกต่างกันไปขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อดั้งเดิม ความสนใจ ค่านิยม และอื่นๆ การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลเข้าใจหรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ไม่ชอบ หรือ ไม่พึงปรารถนา

เบคเกอร์ (1975 อ้างถึงใน ดวงผา วานิชรักษ์.2545 : 36 -39) ได้เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยได้เพิ่ม ปัจจัยร่วมนอกเหนือจากการรับรู้ ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ ในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึงความเชื่อของบุคคล ที่มีผลโดยตรงต่อคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน หรือ ไม่เหมือนกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

2.การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึงความรู้สึกรุนแรงของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยาก ลำบากและใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือผลกระทบกระเทือน ฐานะทางสังคม

การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและมีความวิตกกังวลต่อความรุนแรงสูงเกินไปก็อาจทำให้จำข้อแนะนำได้น้อยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ เจนซ์และเบคเกอร์ (อ้างถึงใน ดวงผา วานิชรักษ์. 2545 : 36-39) สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างปี ค.ศ.1974 ถึง 1984 พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคสามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ได้ถึงร้อยละ 85 ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค ได้ร้อยละ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกัน (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อ

ว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนี้ การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดในผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้น ความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย นอกจากนี้ เจนซ์และเบคเกอร์ ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สุขสบายหรือการมารับบริการ หรือการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย ขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัยบุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับ อุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึงความรู้สึกรวมกันต่างๆที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพ ในทางบวก สิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสารคำแนะนำของสมาชิกครอบครัว เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยง ของการเป็นโรค แรงจูงใจ ด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไป จะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการความร่วมมือและความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor) หมายถึงปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวแล้วข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้างทางสังคม ทัศนคติ ตลอดจนการปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมที่จะส่งผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันรักษาสุขภาพด้วยเช่นเดียวกัน

ผู้วิจัยเชื่อว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน อุปสรรค แรงจูงใจ และปัจจัยร่วม มีผลในการร่วมมือ ในการตรวจด้านมด้วยตนเองของสตรี อายุ 35 ปี ขึ้นไป

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ นำมาใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ ได้ 3 รูปแบบ คือ พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Sick Role Behavior)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้เป็นพื้นฐานในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ

คาสส์และคอบบ์ (อ้างถึงใน ดวงผา วาณิชชรัญ. 2545 : 39) อธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง พฤติกรรมใดๆ ที่บุคคลกระทำ โดยมีความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อเป็นการป้องกันโรค หรือ ค้นหาโรค ซึ่งจะแตกต่างจากพฤติกรรมการเจ็บป่วย คือ การป้องกันโรคหมายถึง การกระทำใดๆ ของบุคคลที่รู้ว่าตนเองเจ็บป่วยเพื่อที่จะประเมินสุขภาพของตน และค้นหาวิธีทางแก้ไขให้หายจากอาการเจ็บป่วยโดยที่รู้ว่าตนเองป่วย ต่อมา เบคเกอร์และคณะ ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเพิ่มปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคล ที่พบว่ามียุทธศาสตร์ต่อการป้องกันโรคจนเป็นที่รู้จักและยอมรับของบุคคลทั่วไป

2. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory)

ทฤษฎีนี้มีเป็นครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1975 โดย โรนาลด์ ดับเบิลยู โรเจอร์ (Ronald W. Rogersอ้างถึงใน ศิวรา เรือระวีบุญ. 2542 : 28) ต่อมาได้นำมาปรับปรุงใหม่ในปี ค.ศ.1983 โดยเริ่มจาก การกระตุ้นให้เกิดความกลัวซึ่งเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) คือการรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้จะเป็นตัวเชื่อมโยงไปสู่ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้นี้ เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร ในการเผยแพร่สื่อสาร การประเมินการรับรู้มีมาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัวซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของสื่อที่นำมากระตุ้น และในการตรวจสอบการเรียนรู้ โรเจอร์ ได้กำหนดตัวแปรให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Probability)และ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) สามารถพัฒนาได้จากการเชื่อว่าถ้ากระทำหรือมากระทำพฤติกรรมบางอย่าง อาจจะทำให้บุคคลได้รับผลร้าย โดยใช้สื่อเป็นสื่อสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่ถูกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต เป็นต้น โดยทั่ว ๆ ไป ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง จะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยน ทัศนคติและพฤติกรรมได้มากกว่าข้อมูลที่ก่อให้เกิดความกลัวเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง อาจไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรง แต่หากใช้หรือกระตุ้น หรือปลุกเร้า ร่วมกับการชูงู อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้น มีลักษณะโดดเด่นขึ้น กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรค ดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และ พฤติกรรมได้ซึ่งใน

การตรวจสอบองค์ประกอบเกี่ยวกับ ผลที่เกิดการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูง พบว่ามีผลต่อความตั้งใจที่จะลดการมีพฤติกรรมเสี่ยง

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Probability) จะใช้การสื่อสารโดยการพูดที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคล ว่าถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้น จะทำให้ตนมีโอกาสรุนแรงต่อการเกิดโรคได้ การตรวจสอบการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค สามารถทำได้ เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยใช้แบบสอบถาม ตอบคำถามในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค และกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำ ตัวอย่างเช่น ให้ผู้สูบบุหรี่อ่านบทความเรื่อง การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจและโรคมะเร็งปอดได้สูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การสูบบุหรี่จะทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสรุนแรงต่อการเกิดโร โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมายลงในหน้าข้อความของแบบสอบถามว่าตนเชื่อหรือไม่ว่า การสูบบุหรี่จะทำให้เกิดโรคหัวใจและโรคหัวใจ จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนมากมีความคาดหวังว่าตนสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตน และมีความตั้งใจที่จะลดหรือเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ การใช้แบบสอบถาม เพื่อตรวจสอบความตั้งใจที่จะปรับปรุง พฤติกรรม อาจไม่ประสบผลสำเร็จเท่าใดนัก เนื่องจากการตรวจสอบตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือแบบสอบถามที่ใช้ นั้น ไม่มีผลต่อการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรค จะไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำเสมอไป

การให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ อาจใช้เงื่อนไขความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงร่วมกับผลที่เกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่เงื่อนไขดังกล่าว ยังเป็นสิ่งที่ต้องค้นหาคำตอบกันอีกต่อไปว่า ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงจะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้นหรือไม่ เช่น การสูบบุหรี่มากขึ้น เพราะอาจจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นได้ ถ้าบุคคลพยายามที่จะปฏิเสธการรับรู้ของตนเอง ว่าเขาไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำขู่ บุคคลปฏิบัติตามได้แตกต่างจากตัวแปรอื่น ซึ่งมีลักษณะของข่าวสารที่คุกคาม ต่อสุขภาพและไม่ได้คำนึงถึง การส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ การทดลองที่แสดงให้เห็นถึง ความสำคัญของความคาดหวัง ในความสามารถของตนเองที่นำมาใช้ในการป้องกันโรค จากกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจนอกตน พบว่าผู้ที่เชื่ออำนาจในตนจะเชื่อว่า การมีสุขภาพดีหรือการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตนของแต่ละบุคคลและมีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค แต่ผู้ที่เชื่ออำนาจนอกตนจะเชื่อว่าสุขภาพของเขาขึ้นอยู่กับโอกาส เคราะห์กรรม โชคชะตาหรืออำนาจอื่นๆ และไม่ตั้งใจที่จะแสวงหาข่าวสารการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค วอลสตันและวอลสตัน (Wallston and Wallston 1978 อ้างถึงใน ศิวรา ธีระวิบูลย์, 2542 : 32) ดังนั้น ผู้ที่เชื่อว่าอำนาจในตนจึงมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในตนสูง ในการตรวจสอบองค์ประกอบของความคาดหวังในความสามารถของตนเอง โรเจอร์ และเมคคอกซ์ (อ้างถึงใน ศิวรา ธีระวิบูลย์, 2542 : 32) ได้ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเชื่อว่าการลดหรือการเลิกสูบบุหรี่ สามารถ

กระทำได้ง่าย คือบุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง หรือกระทำได้ยากมาก ก็จะมี ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ ผลจากการทดลอง พบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายที่มีผลสูงสุดต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การทำให้บุคคลเชื่อว่าเขามีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ได้ง่าย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองกับความสามารถในการปฏิบัติตาม จึงมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง ศิวรา เชียรวิบูลย์ (2542 : 32) ได้กล่าวถึงความสามารถของบุคคล ว่าเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนเองทางสุขภาพต่ำและกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนเองด้านสุขภาพสูง หากทำให้เกิดความเครียดขึ้น ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนเองต่ำจะมีแนวโน้มให้เกิดความไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ แม้ว่าบุคคลจะมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายลดลง แต่การขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติจะเป็นตัวขัดขวางแรงจูงใจต่อการปฏิบัติอย่างมากเช่นกัน ดังนั้น ประสิทธิภาพของการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร จึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้น หากแต่บุคคลต้องมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย

ตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง โดยทั่วไปการยอมรับ และการมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นไปได้สูงเมื่อบุคคลมองเห็นประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง พบว่า ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงด้วย ก็จะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน และในทางกลับกัน ถ้าความสามารถในการปฏิบัติตามมีสูงแต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำมีน้อย ความตั้งใจในการปฏิบัติตามก็จะมีลดน้อยลงไปด้วย เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งใจที่จะสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น และมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ แต่ผลดีของการปฏิบัติตามมีสูง หรือกรณีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกามโรค การบอกว่าเขาสามารถรักษาได้โดยที่เขาไม่ติดเชื้อซ้ำอีก ก็จะส่งผลให้เขามีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา

การวิวัฒนาการทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค โรเจอร์ (Rogers อ้างถึงใน ศิวรา เชียรวิบูลย์, 2542 : 33) ได้พยายามปรับปรุง โดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัว คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง โดยสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal)
2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal)

กระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) และการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม มีโอกาสเป็นไปได้ที่การรับรู้อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนอง หรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2 แบบ ได้แก่ มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติสม่ำเสมอ และมีการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล เช่น การรัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น และอาจเกิดการปรับตัวตอบสนอง หรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ 5 แบบ ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความเชื่อในโชคลาง การหลีกเลี่ยงความเชื่อในทางศาสนา และความคิดฝันลมๆแล้งๆ เช่นการไม่รัดเข็มขัดนิรภัย การเริ่มต้นสูบบุหรี่ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริม ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ คือ ความพึงพอใจในตนเอง (Intrinsic Rewards) และความพึงพอใจจากภายนอก (Extrinsic Rewards) เช่นการเป็นที่ยอมรับของสังคม

การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วยความคาดหวัง 2 ลักษณะ คือ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) ในการที่จะหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จและเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเป็นไปในทางที่พึงประสงค์ แต่สิ่งที่สำคัญในความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองลดลงคือ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความไม่น่าชื่นชม ความยากลำบาก ความสับสน ยุ่งยาก อาการแทรกซ้อนและความไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิต (Rogers อ้างถึงใน ศิวรา ธีระวิบูลย์. 2542 : 35)

ปฏิสัมพันธ์ในการร่วมกันของกระบวนการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการประเมินเผชิญปัญหา จะเกิดตัวแปรแทรกซ้อนขึ้นมาคือ แรงจูงใจที่จะทำพฤติกรรมซึ่งในการวัดแรงจูงใจนี้ ใช้วิธีการตามทฤษฎีของ ฟิชไบน์ (Fishbein) ก็คือ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม (Aizen and Fishbein 1980 :116 อ้างถึงใน ศิวรา ธีระวิบูลย์. 2542 : 35) และความตั้งใจนั้นจะเป็นเครื่องทำนายอย่างแม่นยำ ถ้าได้รับการวัดในระดับความเฉพาะเจาะจงเดียวกัน ความตั้งใจนั้นมั่นคงและพฤติกรรมนั้นอยู่ภายใต้การควบคุมของจิตใจ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญมากต่อความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจจะแก้ปัญหาถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ที่จะต้องพยายามสร้างให้เกิดขึ้น และรักษาความตั้งใจนั้นให้มั่นคง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง ก็มีความสำคัญเช่นกัน กล่าวคือ ถ้าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง และการรับรู้และการคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูงด้วย ก็จะส่งผลเพื่อความตั้งใจ ในทางกลับกัน ถ้าการรับรู้

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง แต่การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่ำ ก็จะลดความตั้งใจลง

บุคคลจะรู้สึกว่าจะไม่สามารถป้องกันตนเองได้ใน 2 กรณี คือ ถ้าผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาที่มีอยู่ไม่มีประสิทธิภาพ และ ถ้าเขาเชื่อว่า ตนเองไม่มีความสามารถที่จะตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาได้ ดังนั้น การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ ก็จะต้องเพิ่มการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองให้สูง จึงจะเพิ่มความตั้งใจขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ความตั้งใจจะสูงที่สุด เมื่อบุคคลมีทั้งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูง

โดยสรุป ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เป็นความเชื่อว่า แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคนั้น จะทำได้ดีที่สุดเมื่อ

1. บุคคลเห็นอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงอันตรายนั้น
3. เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
4. บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์
5. ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวแบบที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย
6. อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

ในการศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ได้เสนอแนะ ให้บุคคลมีความเชื่อในความรุนแรงของโรคเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อในผลลัพธ์ของพฤติกรรมและความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง อย่างมีประสิทธิภาพ การนำแนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาวิธีการทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการตื่นตัว รับรู้ในความรุนแรงของพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค มองเห็นประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มีความตั้งใจมีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการเพิ่มความสามารถเปลี่ยน พฤติกรรมโดยจัดกิจกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนาความสามารถของตนเอง (Bandura 1977 : 191 - 215 อ้างถึงใน ศิวรา ธีระวิบูลย์, 2542 : 36) 4 ประการ ดังนี้

1. จัดกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จด้วยตัวเอง (Performance Accomplishment) เพื่อสามารถปฏิบัติสำเร็จ ก็จะเพิ่มความพยายาม เพิ่มความมั่นใจ มีทักษะ มีความพอใจ มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ปฏิบัติ และเป็นกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่นๆต่อไป

- 1.1 เรียงลำดับกิจกรรมจากง่ายไปหายาก
- 1.2 การวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาร่วมกันในกลุ่ม
- 1.3 การได้รับกำลังใจหรือได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอ้างอิง

1.4 ฝึกให้สามารถให้กำลังใจตนเองเป็นและช่วยตัวเองได้

2. จัดกิจกรรมให้เห็นตัวอย่างผู้อื่น (Vicarious experience) กระบวนการเรียนรู้เกิดจากการได้เห็นตัวอย่างรูปแบบหรือ ตัวแบบ ที่สามารถมองเห็นหรือสังเกตพฤติกรรมของคนอื่นซึ่งมีสภาพปัญหาคล้ายกับตัวเอง อาจจะแสดงออกมาทางด้านลบ ทำให้มองเห็นผลเสีย หรืออาจแสดงออกมาทางบวกที่ก่อให้เกิดความคิดที่สร้างสรรค์ ล้วนเป็นแรงจูงใจไม่ให้เกิดการตัดสินใจตั้งใจ และใช้ความพยายามเพื่อการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

3. จัดกิจกรรมการพูดจูงใจ (Verbal Persuasion) เพื่อกระตุ้นจูงใจให้เกิดการยอมรับมีส่วนร่วมในกิจกรรม ด้วยความ กระตือรือร้น มีการตัดสินใจ ตั้งใจ และพยายามเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปในทางที่พึงประสงค์ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร การอภิปราย การอบรม การวิเคราะห์ และการแก้ไขปัญหาในกลุ่ม โดยการ พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นการให้บุคคลอ้างอิงเป็นผู้จูงใจ

4. การจัดกิจกรรมการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion arousal) การรุกร้าทางอารมณ์ มีผลต่อการเพิ่มหรือลดความสามารถของบุคคล (Bandra 1969 อ้างใน ศิวรา ธีระวิบูลย์. 2542 : 37)

ดังนั้น จึงต้องจัดระดับการกระตุ้นอารมณ์อย่างเหมาะสม และสม่ำเสมอ เช่น การให้เกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง โดยการเน้นให้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อกลุ่มตัวอย่างอันจะมีผลต่อความตั้งใจและความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนตลอดจนความยั่งยืนของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ไว้ต่อไป

แนวคิดการให้สุขศึกษา

วิธีการให้สุขศึกษา

วิธีการให้สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการจัดโอกาสเสี่ยงและประสบการณ์เรียนรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งด้านสุขภาพอนามัย อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ประชาชนได้มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ความเข้าใจ เจตคติ ค่านิยม และ การปฏิบัติตนเรื่องสุขภาพอนามัยที่จะเกิดผลดีต่อสุขภาพอนามัยของตนเอง สมาชิก ในครอบครัว และเพื่อนบ้าน นิภา มนุญจุ(2528 : 23) ได้ให้แนวคิดการสุขศึกษาว่ามีผลทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความเชื่อ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การพิจารณาความเหมาะสม ในการนำวิธีการให้สุขศึกษาไปใช้ให้ได้ผลตามเป้าหมาย ควรคำนึงถึงหลักต่อไปนี้

1. วิธีการมีความเหมาะสมกับเนื้อหาสาระหรือไม่
2. มีวิธีการช่วยกระตุ้นให้เกิดความสนใจในเนื้อหาที่ต้องการถ่ายทอดมากนักน้อยเพียงใด
3. ทำให้ผู้เรียนหรือผู้รับได้ใช้ประสาทสัมผัสหลายๆ ด้านมากนักน้อยเพียงใด
4. วิธีการที่นำไปใช้นั้นมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ประสบการณ์ และความต้องการของผู้เรียนหรือผู้รับหรือไม่

5. วิธีการช่วยให้ผู้เรียนหรือผู้รับเกิดการพัฒนาความรู้ด้านการเรียนมากนักน้อยเพียงใด
6. ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้เรียนหรือผู้รับได้มีส่วนร่วมในการถ่ายทอดให้ความรู้มากนักน้อยเพียงใด

ในการเลือกวิธีการให้สุศึกษาที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้เรียนหรือผู้รับเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นกระบวนการได้รับความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการผ่าน

ประสบการณ์ หรือจากการศึกษาในสิ่งนั้นการเรียนรู้ก็จะเกิดขึ้นได้ง่าย นักสุศึกษาจำเป็นต้องสร้างบรรยากาศเชิงใจทำให้ผู้เรียนหรือผู้รับเกิดการอยากเรียนรู้ และเกิดการเชื่อมโยงการเรียนรู้ไปสู่ประสบการณ์จริง ซึ่ง Kolb (อ้างถึงในประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. 2532 : 64) ให้ความเห็นว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการต่อเนื่อง จากองค์ประกอบ 4 อย่าง คือ การมีประสบการณ์ตรง การสังเกต การให้ข้อคิดกลับ การสร้างแนวคิดหลักที่เป็นนามธรรม การวางนัยสำคัญ และการตรวจสอบว่าแนวคิดนั้นนำมาใช้ในสถานการณ์ใหม่ได้หรือไม่

กลวิธีทางสุศึกษา

กลวิธีทางสุศึกษาเป็นกระบวนการที่วางแผนไว้อย่างมีระบบและมีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนสามารถคิดและหาเหตุผลด้วยตนเอง รวมทั้งการเลือกและการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในทางที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดสุภาพที่ดี กลวิธีทางสุศึกษามีหลายวิธีซึ่งแต่ละวิธีก็มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับแต่ละเรื่องราวและกลุ่มเป้าหมาย ไม่มีวิธีใด ใช้ได้เหมาะสมกับทุกเรื่องราวและทุกกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการจัดกิจกรรมสุศึกษา จำเป็นต้องเลือกใช้วิธีต่างๆ ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และเรื่องราวที่ต้องการจะให้รู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุภาพอาจเปลี่ยนแปลงเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพร้อมกันหลายๆ ด้านก็ได้ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดการให้สุศึกษา คือ การเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคล ในด้าน ความรู้ (Knowledge) ด้านทัศนคติ (Attitude) และด้านการปฏิบัติ (Practice)

วิธีการให้สุศึกษามีหลายวิธี ดังนี้

การอภิปรายกลุ่ม

การอภิปรายกลุ่มสามารถแยกออกได้เป็น 2 ส่วน คือ

1. การคิด คือ การไตร่ตรองสิ่งต่างๆ ให้ถ่องแท้ด้วยสติปัญญาของตนเองตามปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆ ซึ่งเป็นธรรมชาติอย่างหนึ่งที่คิดตัวคนเราอยู่ตลอดเวลาไม่มีบุคคลใด อำนาจ หรือกฎหมายใดห้าม และในเวลาเดียวกันไม่มีใครสามารถนำความคิด หรือคิดแทนความคิดของคนอื่นได้เช่นกัน

2. การร่วมกับเพื่อนในการร่วมกลุ่มจะช่วยให้คนเรามีโอกาสแสดงความคิดเห็นของตนเองสู่กลุ่ม ดีกว่าอยู่คนเดียว ซึ่งจะไม่มีโอกาสถ่ายทอดไปยังคนอื่นได้ การร่วมคิดยังสามารถแลกเปลี่ยน

ความคิดเห็น เจตคติ ซึ่งกันและกัน โดยนำความเป็นจริงมาพูดเมื่อนำสองความคิดผสมผสานกันก็จะเกิดความคิดที่สาม ซึ่งความคิดนี้เอง จะเป็นจุดมุ่งหมายของการรวมกลุ่มหรือ อภิปรายกลุ่มนั่นเอง (วินิจ เกตุจำ และ คมเพชร นัตรศุกกุล .2522 :135-136)

การรณรงค์ (Campaign)

การรณรงค์ คือ การสื่อความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยไปสู่ประชาชน ซึ่งเป็นกลวิธีที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทักษะ และ การปฏิบัติตนของประชาชนให้ถูกต้องมีรูปแบบของการชักชวนให้ประชาชนเกิดความสนใจในเรื่องสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค และการรักษาความปลอดภัย การรณรงค์ประกอบด้วยวิธีหลายอย่าง เช่น การทำกิจกรรม โดยอาสาสมัคร การให้บริการเฉพาะกรณีในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งเป็นที่นิยมในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยใช้สิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ในรูปแบบการโฆษณา บทความหรือการแสดงที่มีจุดมุ่งหมายสอดแทรกความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคเข้าไปใน เนื้อเรื่องในช่วงระยะเวลาที่กำหนด (ศิวรา เขียวระวิบูลย์. 2542 : 47-48)

ประเภทของการรณรงค์สามารถแบ่งออกได้ตามเกณฑ์การพิจารณาได้ 2 หลักเกณฑ์ ดังนี้

1.การรณรงค์ใช้เกณฑ์เรื่องระยะเวลาการปฏิบัติตามการจัดประเภทโดยคำนึงถึงเงื่อนไขด้านเวลาของการรณรงค์

1.1 การรณรงค์เฉพาะกิจ เป็นการรณรงค์ที่มีการจัดทำเพื่อหวังผล ให้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว การรณรงค์ทำด้วยสื่อประเภทต่างๆ จำนวนมากๆ พร้อมๆ กัน ด้วยความถี่สูงมาก การใช้สื่อด้านมวลชนและสื่อบุคคลไปพร้อมๆกัน เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมมาแนวทางที่ต้องการนับว่าสิ้นสุดการรณรงค์

1.2 การรณรงค์ แบบต่อเนื่อง เป็นการรณรงค์ที่มีกำหนดวัตถุประสงค์ให้กลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนพฤติกรรมไปในแนวทางที่ต้องการอย่างค่อยเป็นค่อยไป ด้วยการสร้างการรับรู้และความสนใจให้เกิดขึ้นในกลุ่มเป้าหมายก่อนแล้วจึงค่อยสร้างความต้องการให้เกิดขึ้นที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในแนวทางที่เกิดขึ้นเพื่อโน้มน้าวใจกลุ่มเป้าหมายไปในแนวทางที่ต้องการ และมีการติดตามผลภายหลังการรณรงค์ เพื่อมิให้เกิดการหยุดชะงัก หรือสิ้นสุดลงที่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆ

2 .การรณรงค์โดยใช้เกณฑ์เรื่องประเภทขององค์กรผู้จัดทำ แบ่งออกได้ 3 ลักษณะคือ

2.1 การรณรงค์ที่จัดทำโดยหน่วยงานภาครัฐที่เกิดขึ้นในกรณีต่างๆ คือ

2.1.1 เมื่อเริ่มโครงการหนึ่งโครงการใด ประชาชนไม่เคยรับรู้มาก่อนและโครงการนั้นต้องการความร่วมมือจากบุคคลหลายฝ่าย เช่น โครงการพัฒนาชายฝั่งตะวันออก โครงการสร้างเขื่อน โครงการสร้างโรงไฟฟ้าปรมาณู เป็นต้น

2.1.2 เมื่อเริ่มจัดทำโครงการที่เป็นประโยชน์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน

ทางที่ดีแก่ประชาชน ช่วยส่งเสริมหรือแก้ไขปัญหาดังคม เช่น โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ โครงการรณรงค์ป้องกันยาเสพติด

2.1.3 เมื่อมีกฎหมายระเบียบราชการใหม่ๆ ที่ประชาชนต้องทราบและปฏิบัติตาม เช่น โครงการเผยแพร่ความรู้เรื่องภาษีอากร ภาษีอากรร้านค้า เป็นต้น

2.1.4 เมื่อมีปัญหาวิกฤติ เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งเป็นผลร้ายแก่ประเทศ

2.1.5 จำเป็นต้องทำ โครงการระยะสั้นๆ เพื่อแก้ไขป้องกันการเข้าใจผิดหรือจนกว่าสถานการณ์จะคลี่คลาย เช่น การรณรงค์การประหยัดพลังงานไฟฟ้า เมื่อเกิดวิกฤติการขาดพลังงาน เป็นต้น

2.1.6 เมื่อมีความเข้าใจผิด ในการปฏิบัติงานของทางราชการหรือรัฐบาล

2.2 การรณรงค์ ที่จัดในหน่วยงานธุรกิจเอกชน จะใช้การรณรงค์เป็นการประชาสัมพันธ์ลักษณะการเผยแพร่ (Publicity) อาจจัดทำขึ้นในกรณี ดังนี้

2.2.1 เผยแพร่สินค้า หรือบริการขององค์กรที่ไม่เคยมีมาก่อน หรือขยายสาขาหรือผลิตภัณฑ์ที่เพิ่มขึ้น

2.2.2 เข้าร่วม โครงการรณรงค์ของหน่วยงานราชการ หรือหน่วยงานเอกชน ได้ จัดโครงการลักษณะที่เป็นสาธารณะประโยชน์ โดยรับเป็นผู้อุปถัมภ์ค่าใช้จ่ายในการจัดการ

2.2.3 การสร้าง ภาพพจน์ ที่ดีแก่องค์กร โดยใช้การประชาสัมพันธ์ลักษณะการโฆษณาประชาสัมพันธ์ มีเป้าหมายให้ประชาชนเห็นว่าองค์กรเป็นหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบ

2.3 การรณรงค์ที่จัดทำโดยองค์กรสาธารณกุศลและวิชาชีพ การรณรงค์ในลักษณะการรณรงค์เพื่อหารายได้เพื่อดำเนินกิจการขององค์กร เพื่อเพิ่มยอดขาย จำนวนสมาชิกขององค์กรมากขึ้น เพื่อเผยแพร่แนวคิดขององค์กรให้ประชาชนเข้าใจและยอมรับที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์

การจัดนิทรรศการ (Exhibition)

การจัดนิทรรศการ คือการนำเอาวัสดุสิ่งของหรืออุปกรณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ต้องการถ่ายทอดให้ความรู้มาจัดแสดงอย่างมีระเบียบเพื่อเร้าใจให้บุคคลกลุ่มเป้าหมาย หรือบุคคลทั่วไปเกิดความสนใจ และเข้ามศึกษาหาความรู้โดยไม่จำกัดจำนวน การจัดนิทรรศการเป็นวิธีการเผยแพร่

ความรู้แบบมวลชนนิยมมากตามหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน จะเห็นได้จากการจัดงานต่างๆ นิทรรศการมีประโยชน์ดังนี้

1. สามารถแสดงให้เห็นเค้าโครงของความคิดได้เร็วกว่าการอธิบาย และยังกระตุ้นให้ผู้ชมอยากรู้ อยากเห็นต่อไป
2. สามารถนำความคิดที่กระจัดกระจายรวมเข้าด้วยกัน และทำให้เกิดแนวคิดรวบยอดได้
3. ทำให้ผู้ชมเข้าใจสื่อที่เป็นนามธรรม โดยการแสดงให้เห็นลักษณะของวัสดุสิ่งของ
4. นิทรรศการดึงดูดความสนใจ และสร้างสมาธิให้เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ชม เนื่องจากการจัดที่เป็นระบบและต่อเนื่องกัน และแสดงถึงการเคลื่อนไหวประกอบด้วย

ประเภทนิทรรศการสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ

1. นิทรรศการแบบชั่วคราว (Temporal Exhibits) เป็นนิทรรศการที่จัดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น เพื่อให้ผู้ชมได้รับความรู้ทางวิชาการ เช่น งานวันอนามัยโลก งานวันกาชาดไทย งานวันเอดส์โลก งานสัปดาห์ธรณรังค์ดสูบบุหรี่โลก เป็นต้น
2. นิทรรศการแบบถาวร (Permanent Exhibits) เป็นนิทรรศการที่จัดขึ้นอยู่กัอยู่ที่ในอาคาร และเปิดโอกาสให้ผู้ชมเข้าชมได้ตลอด จนกว่ามีการซ่อมแซม หรือเคลื่อนย้าย หรือเปลี่ยนแปลงวัสดุสิ่งของที่ใช้ในการแสดง เช่น พิพิธภัณฑ์วิทยาศาสตร์ท้องฟ้าจำลอง เป็นต้น
3. นิทรรศการแบบเคลื่อนที่ (Mobile or Travelling Exhibits) เป็นนิทรรศการสามารถโยกย้ายไปแสดงตามที่ต่างๆ ได้ ทั้งภายในและภายนอกอาคาร ส่วนใหญ่มักเป็นนิทรรศการที่แสดงเพียงเรื่องเดียวเท่านั้น และมีขนาดไม่ใหญ่โตมากจนเกินไป สะดวกต่อการติดตั้งและรื้อถอนได้ง่าย (อภิญาทองเกิด.2544 :17-18)

การบรรยายประกอบสื่อ

การบรรยายเป็นวิธีที่คุ้นเคยกันมาเป็นเวลานานและนิยมใช้กันเรื่อยมา เป็นวิธีสอนที่ จัดทำได้ง่าย มีจุดมุ่งหมายให้ผู้เรียนได้ฟัง คิด พิจารณา เข้าใจ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และการจดบันทึก ผู้สอนเป็นผู้เตรียมเนื้อหา ศึกษาความรู้เพิ่มเติมจากตำรา หนังสือ การศึกษาวิจัยตลอดจนประสบการณ์การทำงานและแหล่งประโยชน์อื่นๆ เพื่อนำมาบอกเล่าอธิบาย (วิจิตร อวระกุล. 2534 : 46)

การบรรยายเป็นการสื่อความหมายทางเดียว โดยผู้บรรยายเป็นศูนย์กลางหรือเป็นหลักในการพูด เป็นการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้ผู้ฟังได้มากในเวลาจำกัด ถ่ายทอดความรู้ทฤษฎี หลักพื้นฐานและข้อเท็จจริงได้ดี ทำให้ผู้ฟังไม่ต้องเสียเวลาไปศึกษา เพราะผู้บรรยายได้สรุปสาระสำคัญต่างๆ ให้แล้ว แต่การสอนอาจเกิดความผิดพลาดได้ จึงต้องมีสื่อเพราะสื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารให้กลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพเพราะคนเราสามารถเข้าใจในสิ่งที่

รูปธรรม (Concrete) หรือใกล้เคียงกับประสบการณ์ตรงหรือจริงได้ดีกว่า และเร็วกว่าสิ่งที่เป็นนามธรรม (Abstract) หรือสิ่งที่ต้องเรียนรู้ด้วยความคิดจินตนาการ (ระเด่น หัสดี . 2535 : 33)

สื่อประกอบการบรรยาย มีดังต่อไปนี้

1. สไลด์ (Slide) คือ ภาพนิ่งมีลักษณะโปร่งแสงเป็นสิ่งที่ผู้สอนสามารถทำได้เองในเวลาเพียงเล็กน้อย โดยใช้กล้องโพลาไรซ์ถ่ายภาพจากวัตถุของจริงหรือจากรูปภาพอีกหนึ่งด้วยการให้แสงเพียงพอก็จะได้ภาพที่สีสดใส และสวยงามตามธรรมชาติแล้วนำไปฉายด้วยเครื่องฉายสไลด์สำหรับสอนเป็นกลุ่มใหญ่

1.1 ช่วยให้ผู้เรียนเอาใจใส่บทเรียนมากขึ้น

1.2 ช่วยกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน

1.3 ช่วยประกอบการอธิบายของผู้สอนให้เข้าใจมากขึ้น

1.4 ผู้เรียนสามารถจะดูภาพได้นานเท่าที่ปรารถนา

1.5 ให้สอนได้ทุกระดับ ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาจนถึงมหาวิทยาลัยและอื่นๆ

1.6 ใช้ในการทบทวนบทเรียน ช่วยให้ผู้เรียนจำสิ่งที่เรียนผ่านมาแล้วได้มาก

2. หนังสือคู่มือ (Hand Book) เป็นสิ่งพิมพ์ทางการศึกษาชนิดหนึ่งจัดทำขึ้นในรูปของหนังสือเล่ม โดยมักจะมีเนื้อหาที่กระชับรัดกุม และมีความสมบูรณ์ในตัวเอง ซึ่งเป็นประโยชน์ในการแก้ไขข้อข้องใจ เมื่อเกิดปัญหาต้องการอธิบาย หรือต้องการให้เฉลยปัญหา หรือต้องการหาความรู้บางอย่าง เพื่อให้ได้คำตอบอย่างรวดเร็ว หลักในการสร้างหนังสือคู่มือ ควรออกแบบปกและรูปแบบให้สวยงามสะดุดตาและดึงดูดใจผู้อ่าน มีเนื้อหาสาระดี ให้ประโยชน์แก่ผู้อ่าน ใช้ประโยคสั้นๆ ชัดเจน ควรใช้ประโยคบอกเล่าตรงไปตรงมา เขียนให้อ่านง่าย เข้าใจง่าย ส่วนประกอบอื่นๆ ที่จำเป็นมีส่วนให้หนังสือน่าอ่านและน่าสนใจ ได้แก่ ขนาดของตัวอักษร จะต้องมีความใหญ่เหมาะสมแก่วัยผู้เรียน ควรมีภาพประกอบตามความจำเป็น เพราะจะช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจและจดจำได้ดีกว่าการมีแต่ตัวหนังสือ พื้นที่ว่างเป็นความจำเป็นที่จะต้องมีที่ว่างไว้เฉยๆ บ้าง โดยไม่มีตัวอักษรใดปรากฏอยู่เลย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้อ่านได้หยุดพักสายตาบ้าง

เป็นระยะ หนังสือคู่มือสามารถใช้เป็นสื่อหลักได้ และสื่อประกอบการสอน ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ไม่จำกัดเวลาตายตัว สามารถอ่านเมื่อใดก็ได้ ตามความพร้อมของผู้เรียน นอกจากนี้ยังเป็นสื่อที่ประหยัด ลงทุนน้อยแต่ได้ผลคุ้มค่า เพราะสามารถนำกลับมาใช้ได้หลายครั้ง หากอ่านบ่อยจะช่วยเพิ่มพูนความสามารถในการอ่านและช่วยให้เข้าใจเนื้อหาได้ละเอียดขึ้น ขั้นตอนในการสร้างหนังสือมี ดังนี้

- 2.1 เลือกหัวข้อเรื่อง เนื้อหาที่จะสอนเป็นเช่นไร
- 2.2 ประเมินผู้เรียนเพื่อให้ทราบความต้องการและข้อจำกัดของผู้เรียน
- 2.3 กำหนดวัตถุประสงค์ของหนังสือว่าต้องการให้ผู้เรียนรู้ในประเด็นใดบ้างจากคู่มือ
- 2.4 รวบรวมและจัดเนื้อหา โดยรวบรวมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ใน

หนังสือคู่มือ

2.5 ทดสอบหนังสือคู่มือ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ความเที่ยงตรงของเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการสอน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปจัดพิมพ์

2.6 จัดพิมพ์รูปเล่มให้สวยงาม มีภาพประกอบน่าสนใจแล้วนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่ได้รับความสนใจกันมานานในวงการแพทย์ การศึกษาจากประวัติศาสตร์ พบว่ามีบันทึกของแพทย์อียิปต์เมื่อ 3000 ปี ก่อนคริสต์ศักราช หรือประมาณ 5000 ปีแล้ว แม้ในปัจจุบันวงการแพทย์ก็ยังคงให้ความสนใจโรคมะเร็งเต้านมกันอยู่มาก มีผู้ให้เหตุผลว่า

1. มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบอันดับต้น ในสตรี ตามสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (ปี พ.ศ. 2519 – 2533)

1. ความเห็นในการรักษามะเร็งเต้านมยังไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน
2. เป็นที่ยอมรับแล้วว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถป้องกัน และลดอัตราการตายได้ด้วยการตรวจค้นหาและให้การรักษาล่วงตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

นอกจากนี้มียางานว่าประมาณร้อยละ 80 - 90 ของมะเร็งเต้านมสามารถวินิจฉัยเบื้องต้นได้ด้วยตัวของคนไข้เอง

ปัจจุบันวงการแพทย์ได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมากขึ้น เนื่องจากชนิดของเนื้องอกบริเวณเต้านม จำแนกได้ 2 ชนิดคือ

1. เนื้องอกชนิดธรรมดา (Benign Tumour) ลักษณะของเนื้องอกมักจะคลำได้ก้อนเรียบ ขอบเขตชัดเจน บางครั้งอาจคลำได้ลักษณะคล้ายถุงน้ำ และมักพบในคนอายุน้อย ได้แก่

1.1 เนื้องอกชนิดธรรมดาของเต้านม (Fibroadenoma) ซึ่งประกอบด้วยเนื้อเยื่อ

เกี่ยวพัน ท่อน้ำนม

1.2 เนื่องจากเยื่อท่อน้ำนม (Intraductal Papilloma)ซึ่งมีลักษณะแฉกๆ คล้ายนิ้วมือ

1.3 โรคถุงน้ำเรื้อรัง (Chronic Cystic Disease)

1.4 ถุงน้ำนม (Galactocele)

1.5 โพรงหนอง (Abscess)

1.6 ภาวะเต้านมโตในผู้ชาย (Gynaecomastia)

2 .เนื้องอกที่เป็นมะเร็ง (Malignant Tumour) แบ่งชนิดตามจุดกำเนิดของมะเร็ง ได้แก่

2.1 เกิดจากท่อน้ำนม (Mamary Duct) ในผู้หญิงพบว่าจุดกำเนิด ของมะเร็งเต้านมจากท่อน้ำนม มีถึงร้อยละ 99.2 โดยแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

2.1.1 มะเร็งในระยะต้นของเนื้อเยื่อบุผิวท่อน้ำนม (Non-Infiltrative)ประกอบด้วยมะเร็งที่มีลักษณะการเติบโตเป็นแฉกคล้ายนิ้วมือ (Papillary Carcinoma) การเจริญเติบโตของมะเร็งทำให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำนม(Comedo Carcinoma) มะเร็งของท่อน้ำนมระยะต้น (Intraductal Carcinom) นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว

2.1.2 มะเร็งของต่อมน้ำนมที่ได้ลุกลามเลาะชั้นเนื้อเยื่อบุผิวเข้าไปแล้ว(Infiltrative) พบประมาณร้อยละ 75 มะเร็งที่ทำให้มีการอุดตันอีกเสบบริเวณหัวนมและฐานของหัวนม (Paget is Disease) มะเร็งเยื่อบุผิวที่ลุกลามเลาะชั้นเนื้อเยื่อบุผิวอื่นๆ (Infiltrating Ductal Carcinoma) มะเร็งที่มีลักษณะแข็ง (Scirrhouis Carcinoma) มะเร็งเมดูลลารี (Medullary Carcinoma) มะเร็งชนิดที่มีเมือกมาก (Mucinous Carcinoma) มะเร็งที่มีลักษณะการอักเสบ (Inflammatory Carcinoma)

2.2 เกิดจากท่อน้ำนม (Mammary Lobule) หมายถึง มะเร็งที่เกิดจากเนื้อเยื่อต่อมน้ำนม

2.3 มะเร็งที่เกิดจากเนื้อเยื่อบุผิวและเนื้อเยื่อชนิดอื่นๆ (Other Epithelial and Mesodermal)

แม้ว่าก้อนเนื้องอกบริเวณเต้านมส่วนใหญ่จะมีไขมันมะเร็งเต้านมเสมอไป แต่พบว่าโอกาสที่จะเป็นมะเร็งเต้านมมิได้ในทุกกลุ่มอายุ และเมื่ออายุมากขึ้น โอกาสที่ก้อนเนื้องอกบริเวณเต้านมจะเป็นมะเร็งก็มีสูงตามขึ้นด้วย ดังจะเห็นได้จากชนิดของเนื้องอกที่พบบริเวณเต้านมเรียงตามกลุ่มอายุ ต่อไปนี้

(Robbins and Angle. 1976 : 582 อ้างถึงใน ลาวัลย์ มัสโอติ. 2532 : 14)

ตารางที่ 2.5 สาเหตุที่พบบ่อยของก้อนเนื้องอกที่เต้านม จำแนกตามกลุ่มอายุและความถี่ที่พบ

กลุ่มอายุ	ชนิดของเนื้องอกที่พบ
ต่ำกว่า 30 ปี	1. Fibrocystic Disease หมายถึง โรคที่มีการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มจำนวนของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและท่อน้ำนม 2. Fibroadenoma หมายถึง เนื้องอกชนิดธรรมดาของเต้านมซึ่งประกอบด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพันกับท่อน้ำนม 3. Mastitis หมายถึง เต้านมอักเสบ 4. Carcinoma หมายถึง มะเร็ง
30 -35 ปี	1. Fibrocystic Disease หมายถึง โรคที่มีการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและท่อน้ำนม 2. Carcinoma หมายถึง มะเร็ง 3. Fibroadenoma หมายถึง เนื้องอกชนิดธรรมดาของเต้านมซึ่งประกอบด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพันกับท่อน้ำนม 4. Mastitis หมายถึง เต้านมอักเสบ
50 ปี ขึ้นไป	1. Carcinoma หมายถึง มะเร็ง 2. Fibrocystic Disease โรคที่มีการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและท่อน้ำนม 3. Traumatic Fat Necrosis หมายถึง การตายของเนื้อเยื่อไขมันเนื่องจากการบาดเจ็บ 4. Mastitis หมายถึง เต้านมอักเสบ

ที่มา : ร็อบบินส์และแองเจิล (Robbins and Angel. 1976 : 582 อ้างถึงในลาวัลย์ มัสโอดี. 2532 : 14)

สาเหตุของมะเร็งเต้านมและสาเหตุส่งเสริม

มีทฤษฎีอธิบายความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมากมาย แต่ก็ยังไม่มีใครรู้แน่ชัดว่ามะเร็งเต้านมเกิดจากอะไร ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ยอมรับว่า ภูมิลำเนาที่ถือกำเนิดและประวัติครอบครัวที่มีคนเป็นมะเร็งเต้านมจะเป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญอย่างไรก็ตามร้อยละ 75 ของมะเร็งเต้านมเกิดในผู้หญิงที่คิดว่าไม่มีปัจจัยเสี่ยงอะไรอยู่เลย

ปัจจัยสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เชื้อชาติและที่อยู่อาศัย มีส่วนเป็นปัจจัยเสี่ยงได้เหมือนกัน ปัจจัยเสี่ยงที่พบว่ามี ส่วนสำคัญ คือ

อายุ

1. มากกว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยในประเทศที่พัฒนาแล้วเช่นสหรัฐอเมริกาจะมีอายุมากกว่า 50 ปี แต่เริ่มพบร้อยละ 70 ของผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 30 ปี โดยอายุ 30 - 70 ปี มีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศไทย ซึ่งเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา จะพบมากในช่วงอายุ 35 ปี ขึ้นไป

2. อายุขณะมีประจำเดือนครั้งแรก และอายุขณะหมดประจำเดือน (Menarche and Menopause) สตรีที่มีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่าปกติ 1.5 เท่า และจะสูงเป็น 2 เท่า หากหมดประจำเดือนเมื่ออายุ มากกว่า 50 ปี และพบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมในสตรีที่หมดประจำเดือนโดยวิธีชักนำ (Artificial Menopause) เช่น จากการผ่าตัดหรือการฉายรังสี เป็นต้น (Brunner and Suddarth, 1984, P1069 อ้างอิงจาก สุนทรภรณ์ พิพัทธกุล. 2542 : 35) นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีที่มีความผิดปกติของประจำเดือน เช่น ประจำเดือนมาไม่ปกติ มีอาการปวดท้องระหว่างมีประจำเดือน ประจำเดือนมานานกว่าปกติ ประจำเดือนขาดเป็นช่วงหรืออาการเจ็บที่เต้านมก่อนมีประจำเดือน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่าปกติ

3. อายุขณะมีบุตรคนแรก สตรีที่มีบุตรคนแรกก่อน อายุ 20 ปี มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าบุคคลทั่วไป 1.5 เท่า หากมีบุตรคนแรกเมื่ออายุ มากกว่า 35 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่า บุคคลทั่วไป ร้อยละ 50 และในสตรีที่ไม่เคยให้กำเนิดบุตร หรือสตรีที่มีบุตรน้อย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าสตรีที่มีบุตรหลายคน

อาหาร

1.อาหารจำพวกไขมัน การรับประทานอาหารไขมันสูงและอ้วนมากเป็นมะเร็งกันมาก

2. เครื่องดื่มจำพวกแอลกอฮอล์ มีงานวิจัยหลายชิ้นแสดงว่าการดื่มสุรารวันละ 2 แก้วขึ้นไปอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

สภาพร่างกายและความเครียด

1. สตรีโหม พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือน ที่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนเพศหญิง (Exogenous Estrogen) ในขนาดสูงๆเป็นระยะเวลา 15 ปี ขึ้นไป จะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้สูงขึ้น แต่การรับประทานยาคุมกำเนิดซึ่งมีฮอร์โมนเป็นส่วนผสมด้วย ซึ่งมีในปริมาณน้อยมาก เชื่อกันว่าไม่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม แต่อาจทำให้ขนาดของเต้านมโตกว่าปกติประมาณร้อยละ 12.3 ถ้าได้รับยาคุมกำเนิดในขณะที่ไม่ได้ให้นมบุตร (ไพรัช เทพมงคล, 2528 : 436) แต่ถ้าใช้ยาวนาน 2 – 4 ปี โอกาสที่ผู้นั้นจะเป็นโรคมะเร็งเต้านม จะเพิ่มขึ้นประมาณ 1.9 เท่า และจะเพิ่มขึ้นเป็น 11 เท่า ถ้าผู้นั้นเคยเป็นโรคเนื้องอกของเต้านมมาก่อน

2. ความเครียดมักพบในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในผู้ที่มีการศึกษาสูงมากกว่าการศึกษาต่ำ ซึ่งเชื่อว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะเกิดภาวะเครียดอยู่เสมอในระหว่างการศึกษา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและไปขัดขวางระบบภูมิคุ้มกันในการป้องกันการเกิดมะเร็ง

ประวัติการเจ็บป่วย

1. พันธุกรรมสตรีที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคมะเร็งเต้านมมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ ได้มากกว่าสตรีทั่วไป จากการศึกษาพบว่าสตรีที่มารดาเป็นมะเร็งเต้านมมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มากกว่าสตรีทั่วไปถึง 4 เท่า และหากสตรีผู้นั้นเป็นโรคนี้นี้ขึ้นมาบ้างก็จะเป็นเมื่ออายุน้อยกว่ามารดาของตน ที่เป็นมะเร็งเต้านมประมาณ 12 ปี (สมปอง รักษาสุข, 2533 : 13) และสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน ที่มีมารดาเป็นโรคมะเร็งเต้านมมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ได้มากกว่าปกติ 3.4 เท่าและจะเพิ่มเป็น 5 เท่า หากว่ามีมารดาและยายเป็นโรคมะเร็งเต้านม ส่วนสตรีที่มีคู่แฝด เป็นโรคมะเร็งเต้านมจะมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มากกว่าปกติถึง 9 เท่า (ฉวีวรรณ ลเสน, 2541 : 65)

2. ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคมะเร็งมาก่อน เชื่อว่าสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งมาก่อน มีโอกาสเป็นมะเร็งอีกข้างหนึ่ง ได้ 4.15 เท่า ของผู้ที่ไม่เคยเป็น และผู้ที่เคยเป็นโรคมะเร็งของอวัยวะอื่นๆ เช่นโรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่ รังไข่ เยื่อบุมดลูก มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้มากเช่นกัน (ฉวีวรรณ ลเสน, 2541 : 65)

3. โรคเนื้องอกของเต้านม สตรีที่เคยเป็นโรคเนื้องอกของเต้านมบางชนิดมาก่อน เช่น โรคถุงน้ำพังผืด หรือเต้านมเป็นถุงน้ำอักเสบเรื้อรัง มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่าสตรีโดยทั่วไปถึง 4 เท่า (สมปอง รักษาสุข, 2533 : 14)

เชื้อโรค รังสี สารเคมี

1. ไวรัส เชื่อกันว่า ไวรัสบางชนิดเป็นสาเหตุของมะเร็งเต้านม ฉวีวรรณ ลเสน กล่าวว่า ตามทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดมะเร็งจากไวรัส เรียกว่า ทฤษฎี ออนโคจีน (Oncogene Theory) ซึ่งเชื่อว่า

ตัวถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Genetic Material) ของออนโคจีนิก ไวรัส (Oncogene Virus) จะปรากฏอยู่ในยีนปกติของสัตว์ที่มีกระดูกสันหลังและถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์จากบรรพบุรุษไปยังลูกหลาน ยีนชนิดนี้เรียกว่า (Oncogene) ซึ่งตามปกติจะถูกเก็บกดไว้ ไม่มีบทบาทอะไร แต่ถ้าได้รับการกระตุ้นจากสารก่อให้เกิดมะเร็ง (Carcinogen) ได้แก่รังสี หรือสารเคมีต่างๆจะเป็นผลให้เซลล์ที่มี ออนโคยีนเปลี่ยนแปลงไปจากเซลล์ปกติเป็นเซลล์มะเร็งได้ การเกิดมะเร็งเต้านมเนื่องจากไวรัส ก็น่าจะอธิบายได้ในทำนองเดียวกัน นอกจากนั้นยังมีการพบไวรัสในน้ำนมของผู้ป่วยโรคมะเร็งอีกด้วย จากการศึกษาพบว่าพื้นผิวเซลล์ของมะเร็งเต้านมจะตรวจพบ Molecular Marker ที่เรียกว่า Mammary Tumour Glycoprotein (MTGP) ซึ่งจะตรวจพบเฉพาะในมะเร็งเต้านมประมาณ ร้อยละ 75 แต่ตรวจไม่พบในโรคมะเร็งชนิดอื่น และเชื่อกันว่า MTGP นี้เกิดจากเชื้อไวรัส (ไพรัช เทพมงคล. 2534 : 435)

2. รังสี ขบวนการที่รังสีทำให้เกิดมะเร็งได้อย่างไรนั้นยังไม่สามารถอธิบายได้อย่างแน่ชัด ขึ้นอยู่กับขนาดของรังสี และอายุขณะที่ได้รับรังสี หากพบว่าสตรีได้รับรังสีขณะอยู่ในวัยเด็กหรือวัยผู้ใหญ่ได้รับรังสีขนาด 10 – 200 แรด เป็นเวลานาน 10 – 15 ปี หรือผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการฉายรังสี จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งสูงกว่าปกติ (สมใจ ชาญวิเศษ. 2527 : 7)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมแต่ละปัจจัยจะมีอัตรา การเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมที่ แตกต่างกัน

ตารางที่ 2.6 แสดงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในแต่ละปัจจัย

ปัจจัย	ลักษณะ	อัตราเสี่ยง
1. เชื้อชาติ	ผิวขาว เปรียบเทียบกับผิวเหลืองหรือผิวดำ	เพิ่มขึ้น
2. อายุ	มากกว่า 50 ปี	เพิ่มขึ้น
3. ประวัติครอบครัว	ยาย ป้า มารดา พี่สาว น้องสาว เป็นมะเร็งเต้านม	เพิ่มขึ้น
4. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	เคยเป็นมะเร็งเยื่อบุมดลูก เคยเป็น Mammary Dysplasia เคยเป็นมะเร็งเต้านมอีกข้างหนึ่ง	เพิ่มขึ้น
5. ประวัติการมีประจำเดือน	เริ่มมีประจำเดือนอายุ ต่ำกว่า 12 ปี หมดประจำเดือนเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี ช่วงเวลาที่มมีประจำเดือน นานกว่า 30 ปี	เพิ่มขึ้น
6. ประวัติการแต่งงาน	ไม่แต่งงานเปรียบเทียบกับแต่งงาน	เพิ่มขึ้น
7. ประวัติการตั้งครรภ์	ไม่เคยตั้งครรภ์เปรียบเทียบกับมีบุตรหรือมีบุตร ช้า หลังอายุ 30 ปี	เพิ่มขึ้น

ที่มา : กรมอนามัย. (2546:7)

อาการและอาการแสดง

มะเร็งเต้านมจะเริ่มจากการมีก้อนเนื้อออกขนาดเล็กในเต้านม ซึ่ง ถ้าหากไม่ตั้งใจตรวจ อาจ คลำไม่พบในระยะแรก ไม่มีอาการเจ็บปวด เนื้องอกยังเคลื่อนไปมาได้และจะโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำ ให้คลำหรือมองเห็นได้ชัด เป็นผลทำให้เต้านมมีขนาดใหญ่ขึ้น หรืออาจทำให้เต้านมหดรั้งขึ้น ซึ่ง จะ สังเกตพบว่า เต้านมมีรูปร่างผิดปกติไปหรือเต้านม 2 ข้างไม่เท่ากันอย่างเห็นได้ชัด ก้อนเนื้ออกจะเริ่ม ยึดแน่นกับที่ ทำให้การดึงรั้งของผิวหนังบริเวณเต้านม บวมลงไป มีเลือดหรือน้ำเหลืองซึมออกมาทาง หัวนม ผิวหนังบริเวณเต้านมและหัวนมจะบวมแดง เนื่องจากการอุดตันของทางเดิน

น้ำเหลืองบริเวณผิวหนังทำให้มีลักษณะคล้ายผิวส้ม (Orange Peel) ต่อมาก้อนจะแตกเป็นแผล มีอาการเจ็บปวดเหมือนเป็นฝี โดยทั่วไปอาการของมะเร็งเต้านมสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะของโรค โดยใช้ระบบ TNM Classification of Malignant Tumours ของ UICC ได้ดังนี้

มะเร็งเต้านมระยะที่ 1 – ก้อนเนื้ออกมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 2 เซนติเมตร เคลื่อนไหวได้ ผิวหนังปกติ จากการตรวจร่างกายไม่พบการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่น

มะเร็งเต้านมระยะที่ 2 – ก้อนเนื้ออกขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร มีการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง แต่ยังไม่ไปถึงอวัยวะอื่นๆ

มะเร็งเต้านมระยะที่ 3 – ก้อนเนื้ออกขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร มีการกระจายเฉพาะที่ผิวหนังหรือติดกับผนังอก มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง แต่ไม่ไปที่อวัยวะส่วนอื่นของร่างกาย

มะเร็งเต้านมระยะที่ 4 – มีการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นในร่างกาย เช่น กระดูก ปอด และตับ ซึ่งเป็นส่วนที่พบได้บ่อย

ตำแหน่งที่พบมะเร็งได้มากที่สุดคือบริเวณส่วนบนด้านนอกของเต้านม (Upper Outer Quadrant) พบประมาณร้อยละ 50 บริเวณรอบๆ หัวนมหรือฐานหัวนม พบประมาณร้อยละ 20 บริเวณด้านนอกของเต้านมพบประมาณร้อยละ 10 และบริเวณด้านในพบร้อยละ 20

การรักษาและการพยากรณ์โรค

มะเร็งที่ตรวจพบได้ตั้งแต่ยังเริ่มเป็นอยู่ภายในท่อน้ำนม จะมีโอกาสรักษาให้หายขาดได้กว่า 95% ที่ไม่ถึง 100% ก็เพราะว่าแม้จะผ่าตัดก้อนมะเร็งออกไปแล้ว ยังมีโอกาสที่เซลล์มะเร็งได้ลุกลามไปที่อื่นแล้ว ซึ่งขณะนี้แพทย์ยังไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่ามะเร็งร้ายไหนจะลุกลามและร้ายไหนจะคงเป็นเฉพาะในเต้านม อย่างไรก็ตาม แม้วินิจฉัยมะเร็งได้แต่เนิ่นๆ แต่มะเร็งยังอาจจะเกิดขึ้นได้อีก ในอนาคตการรักษามะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างได้แก่

1. ระยะของมะเร็งในขณะตรวจพบ เช่น ขณะนั้นมะเร็งยังคงอยู่เฉพาะในเต้านมข้างนั้น หรือได้ลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองหรือส่วนอื่นๆ ของร่างกายแล้ว
2. ขนาดและชนิดของมะเร็งเต้านม ขนาดของเต้านมเอง ลักษณะบางอย่างของเซลล์ และ อัตราเร็วของการแบ่งตัว
3. ความพอใจของผู้ป่วยต่อวิธีการรักษานั้นๆ
4. ข้อพิจารณาอื่นๆ เช่น อายุของผู้ป่วย สถานภาพของประจำเดิน สุขภาพทั่วไปและการเข้าถึงบริการทางรังสีรักษา

วิธีการรักษามะเร็งเต้านม

1. การผ่าตัดเต้านม ในปัจจุบันมีวิธีการผ่าตัด 2 วิธี คือ

1.1 Modified Radical Mastectomy มีการตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกันออก แต่กล้ามเนื้อทรวงอกยังคงอยู่ ทำให้ศัลยกรรมเต้านมทำได้ง่ายขึ้น แขนบวมน้อยลง

1.2 Partial Mastectomy หรือ Lumpectomy ตัดเฉพาะก้อนมะเร็งและเนื้อเต้านมที่ล้อมรอบก้อนมะเร็งออก และตัดต่อมน้ำเหลืองบางส่วนที่รักแร้ออกมาตรวจดูว่า มะเร็งลุกลามไปหรือยัง จากนั้นรักษาต่อด้วยรังสีรักษา

2. การบำบัดด้วยฮอร์โมน (Hormone Therapy) หลังการผ่าตัดแล้ว แพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาเสริม เพื่อป้องกันการเจริญเติบโตของ เซลล์มะเร็ง เพราะเซลล์มะเร็งอาจลุกลามไปทั่วร่างกายแล้วก็ได้ เซลล์มะเร็งบางชนิดจะถูกทำลายด้วยยากลายฮอร์โมน เช่น ทาม็อกซิเฟน (Tamoxifen) ซึ่งออกฤทธิ์คล้ายฮอร์โมนเอสโตรเจน

3. เคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการรักษาตามหลังการผ่าตัด เมื่อต้องการทำลาย มะเร็งที่ได้ลุกลามไปก่อนหน้านี้แล้ว เคมีบำบัดมักจะประกอบด้วยยาหลายๆ ชนิดมาให้เป็นชุดแพทย์ผู้ให้จึงต้องมีความชำนาญเป็นพิเศษในการพิจารณาและคิดคำนวณขนาด และชนิดของยา

4. รังสีรักษา (Radiation) จะให้หลังการผ่าตัดเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจจะยังหลงเหลืออยู่หลังการผ่าตัด โดยทั่วไปสามารถเริ่มฉายแสงได้ 3 – 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด โดยจะฉายราว 6 สัปดาห์ ๆ ละ 5 วัน

การตรวจคัดหามะเร็งเต้านม (Screening for Breast Cancer)

การตรวจคัดหามะเร็งเต้านม เพื่อให้พบในระยะเริ่มแรก (กรมอนามัย .2546: 12) มีวิธีที่นิยมใช้ด้วยกัน 4 วิธี ได้แก่

1. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self - Examination) เป็นการตรวจค้นหาความผิดปกติ ของเต้านม เนื้องอกเต้านม รวมทั้งความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ด้วยตนเอง

2. การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Annual Physical Examination) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3. การตรวจเต้านมด้วยรังสี (Mammography) เป็นการตรวจหาก้อนเนื้องอกของ เต้านม ด้วย รังสี เอ็กซ การตรวจด้วยรังสีนี้เป็นการถ่ายภาพของเนื้อเยื่อ (Soft Tissue) เป็นวิธีที่สามารถพบก้อนเนื้องอกที่มีขนาดเล็กมากจนอาจกล้ำไม่พบ (กิติ จินดาวิทย์. อ้างถึงใน กรมอนามัย 2546 :13) อย่างไรก็ตาม การตรวจด้วยวิธีนี้ ต้องเสียเวลา และค่าใช้จ่ายมาก และต้อง ใช้ผู้เชี่ยวชาญการซึ่งมักจะใช้ตรวจในสตรีที่มีอายุ ตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยอันควรเนื่องจากพบ

มะเร็งเต้านมมากที่สุดและเต้านมมีความไวต่อรังสีน้อย แต่ในสตรีที่มีอายุน้อยยังไม่จำเป็นต้องตรวจด้วยวิธีนี้

4. การตรวจวัดอุณหภูมิของเต้านม (Thermography) การตรวจวิธีนี้เชื่อว่าบริเวณที่เป็นมะเร็งจะมีเลือดมาหล่อเลี้ยงมากกว่าปกติ ทำให้บริเวณนั้นมีอุณหภูมิสูงกว่าบริเวณอื่นๆ แต่ก็พบว่ามีความผิดพลาดเกิดขึ้นได้ เพราะมีการศึกษาพบว่า บริเวณที่เป็นมะเร็งเต้านมไม่ได้มีอุณหภูมิสูงขึ้นเสมอไป และการที่บริเวณนั้นสูงขึ้นอาจเนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง ได้แก่การอักเสบของเต้านม แม้ว่าการตรวจเต้านมมีหลายวิธีที่สามารถค้นหามะเร็ง หรือเนื้องอกเต้านม ในระยะเริ่มแรกได้ แต่ วิธีแรก เป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด ไม่ยุ่งยาก ปลอดภัย สามารถปฏิบัติได้เอง โดยไม่เสียเวลาและค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

การตรวจเพื่อคัดกรองมะเร็งเต้านมตามวัยต่างๆ (กรมอนามัย. 2546 : 14)

ตารางที่ 2.7 สรุปการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมตามวัยต่างๆ สรุปได้ดังตารางที่ 2.7

อายุ	วิธีการตรวจคัดกรอง
ต่ำกว่า 40 ปี	- ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกๆเดือน
ต่ำกว่า 40 ปี แต่มีความเสี่ยงสูง แม่ พี่สาว น้องสาวเป็นมะเร็ง เต้านมขณะมีอายุ ต่ำกว่า 40 ปีหรือ ก่อนประจำเดือนหมด)	- ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกๆเดือน - เริ่มถ่ายภาพเอกซเรย์แมมโมแกรมของเต้านม ตั้งแต่วัยก่อนที่แม่ หรือพี่น้องเป็นมะเร็ง 5 – 10 ปี เช่นถ้าแม่เป็นตั้งแต่อายุ 35 ปี ก็ขอให้ถ่ายภาพเต้านม ตั้งแต่อายุ 25 ปี หรือ 30 ปี - ให้แพทย์ตรวจเต้านมทุกปี
อายุ 40 – 49 ปี	- ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน - ตรวจ แมมโมแกรมประจำปี - ให้แพทย์ตรวจร่างกายประจำปี
อายุ 50 ปี ขึ้นไป	- ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน - ตรวจ แมมโมแกรมประจำปี - ให้แพทย์ตรวจร่างกายประจำปี

ที่มา : กรมอนามัย (2546:14)

บทบาทของสตรี / บทบาทใหม่ของคนในสังคม

อมร นนทสุต. (2548 : 27 - 28) ได้คาดหวังบทบาทใหม่ของคนในสังคมไว้ ดังนี้
บทบาทที่คาดหวังของคนในสังคม อาจจัดเป็น 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

1. บทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง
2. บทบาทในการปฏิบัติต่อสภาวะแวดล้อม
3. บทบาทในฐานะผู้สร้างหรือผู้ปฏิบัติตามมาตรการทางสังคม

บทบาทใหม่ของคนในสังคมประกอบด้วย

การสร้างกระแส/ ปลุกจิตสำนึกให้เกิดความตื่นตัวและตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองและรับผิดชอบต่อส่วนรวม

2. การส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ เน้นการสร้างจิตสำนึก การเพิ่มศักยภาพการเรียนรู้ การปรับตัวภายในของบุคคล การมีส่วนร่วมของประชาชน กลุ่มเป้าหมาย

3. การสร้างช่องทางและกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย ต่อเนื่องและ บูรณาการกับกิจกรรมสังคม ให้เหมาะกับวัย สภาพแวดล้อม วิถีชีวิต วัฒนธรรม (ปราชญ์ชาวบ้าน ศาสนา หมอพื้นบ้าน)

4. การพัฒนาศักยภาพ ด้านการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

5. การสร้างเงื่อนไขและแรงจูงใจ การเรียนรู้ ด้านสุขภาพ (เน้นกระบวนการเรียนรู้) เช่น เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ส่งเสริม ประกาศเกียรติคุณให้แก่องค์กร / หน่วยงาน / บุคคลที่มีการดำเนินงานด้านสุขภาพที่ดี เพื่อให้เป็นตัวอย่าง และสร้างแรงจูงใจให้เกิดการดำเนินงานด้านสุขภาพ

6.การเปิดโอกาสให้ประชาชน มีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพโดยประชาชนเอง และมีส่วนร่วมในการพัฒนา กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่ม เพื่อการเรียนรู้ ด้านสุขภาพจากประสบการณ์ตรง สร้างโอกาสการนำเสนอ/ แสดงออกร่วมกิจกรรมการสร้างสุขภาพ (การเรียนรู้) ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลสามารถ เฝ้าระวัง และดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน (พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีให้ง่าย และสามารถตรวจสอบ / ติดตาม / เฝ้าระวังและดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง)

7. การสร้างกระบวนการเสริมทักษะ ที่มีความหลากหลายและต่อเนื่องที่สอดคล้องกับวัย/วิถีชีวิต/ศิลปวัฒนธรรม รวมทั้งบูรณาการกับกิจกรรมทางสังคม

8. การสร้างสมรรถนะ ในการควบคุม ดูแลสิ่งแวดล้อม

9.การสนับสนุนพัฒนา เทคโนโลยีที่ทำให้ประชาชนเฝ้าระวังสุขภาพ และดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ ประยุกต์เทคโนโลยีเดิม ประยุกต์หรือผสมผสานเทคโนโลยีทางการแพทย์กับเทคโนโลยีชาวบ้าน เพื่อให้เกิดทางเลือกการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย ง่าย สอดคล้องกับวิถีชีวิต และประยุกต์กับประสบการณ์ตรงของประชาชน

10.การส่งเสริมให้มีการถ่ายทอด เผยแพร่ความรู้ ทักษะการดูแลสุขภาพที่ บูรณาการกับการดำรงชีพ การศึกษา และศิลปวัฒนธรรม

11การบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพ ลงในหลักสูตรการเรียน การสอน โดยเน้นความมีทักษะ

12. การสืบสานและสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ เช่น การประสานกับวัฒนธรรมเดิมของท้องถิ่น หรือร่วมสร้างกับคนรุ่นใหม่ ประยุกต์เป็นวัฒนธรรมใหม่ หาแนวทางสร้าง ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติ ต่อเนื่องมีส่วนร่วมและรับผิดชอบร่วมกัน เช่น สุขภาพ ความเป็นธรรม ความมั่นคงในชีวิต อาชีพ เป็นต้น

13. ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีส่วนร่วม ดำเนินการถ่ายทอด เผยแพร่ความรู้ ด้านสุขภาพ

โดยสรุป บทบาทของสตรีในเรื่องการป้องกัน และการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง คือ สตรีจะต้องมีการศึกษาหาความรู้และนำความรู้มาปฏิบัติเป็นประจำ เพื่อค้นหาสิ่งผิดปกติแต่เนิ่น ๆ และช่วยในการเผยแพร่สู่ญาติ เพื่อน หรือประชาชนทั่วไปให้ปฏิบัติ ตามบทบาทการดูแลสุขภาพของตนเอง

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

กรมอนามัย (2546:7) ได้กล่าวถึง แนวทางในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เต้านมได้ ขั้นแรกควรทำความคุ้นเคยกับลักษณะปกติของเต้านมและลองคลำดู เมื่อคุ้นเคยแล้วจะสามารถสังเกตสิ่งที่เปลี่ยนไปได้ ถ้าตรวจตัวเองทุกเดือน หลายคนอาจรู้สึกแปลกๆ ที่ต้องคลำเต้านมตัวเอง ซึ่งเมื่อทำบ่อยๆจะเป็นเรื่องธรรมดา และจะเกิดความเคยชินไปเอง ช่วงเวลาของการตรวจเต้านมตนเองที่ดีที่สุด คือ หลังจากประจำเดือนหมด 7 – 10 วัน เพราะจะเป็นช่วงที่เต้านมไม่เจ็บเท่าไรนักและไม่บวมมาก กรณีที่หมดประจำเดือนแล้ว หรือสตรีวัยทอง ให้เลือกตรวจวันใดวันหนึ่งของเดือนเป็นประจำ

การตรวจเต้านมด้วยตนเองมี 3 ขั้นตอน โดยแต่ละขั้นตอนจะให้อ่านวยให้ตรวจพบก้อนมะเร็งได้ตั้งแต่ยังมีขนาดเล็ก ข้อสำคัญ คือ ต้องตรวจให้ครบทั้ง 3 ขั้นตอนเนื่องจากบางขั้นตอนอาจดูปกติดี แต่พอเปลี่ยนไปอีกขั้นตอนหนึ่งอาจพบความผิดปกติได้

ขั้นตอนที่ 1 การตรวจหน้ากระจกเงา

เป็นการสังเกตดูความผิดปกติ เปลือยร่างท่อนบนแล้วยืนหน้ากระจกเงา โดยปล่อยแขนทั้ง 2 ข้างลำตัวตามสบาย เปรียบเทียบเต้านมทั้ง 2 ข้างว่ามีการบิดเบี้ยวของหัวนมหรือมีสิ่งผิดปกติหรือไม่ จากนั้น ยกแขนเหนือศีรษะ ตำรวจดูสิ่งผิดปกติ เช่น รอยบุ๋ม ยุบ ย่นหรือไม่ แล้วเปลี่ยนเอามือทั้ง 2 ข้างแตะสะโพกไว้ โคงตัวลงมาข้างหน้า เกร็งอก สังเกตดูความเปลี่ยนแปลงต่างๆ

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจในขณะอาบน้ำ

ใช้น้ำ สบู่ ชโลมนิ้วมือ และเต้านมเพื่อทำให้นิ้วมือลื่นและสะดวกในการเลื่อนไหลไปบนผิวหนังของเต้านมที่เปียกน้ำได้อย่างง่ายดาย ใช้บริเวณกึ่งกลางของนิ้วส่วนบน นิ้วมือข้างขวา 3 นิ้ว ประกอบด้วยนิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง วางราบบนเต้านมข้างซ้าย คลำต่อเนื่อง โดย เคลื่อนนิ้วมือในลักษณะคลึงเบาๆให้ทั่วทุกส่วนของเต้านม เริ่มจากกระดูกไหปลาร้าราว ครึ่งนิ้ว หมุนรอบเป็นวงกลมเล็กๆตามเข็มนาฬิกาไปเรื่อยๆ ครอบรอบวงกลมด้านนอก แล้วค่อยๆ ขยับเข้ามารอบในจนถึงรอบหัวนม คลอบคลุมทุกส่วนของเต้านมทั้งหมด เมื่อตรวจเต้านมข้างซ้ายแล้วก็ตรวจข้างขวาด้วยมือซ้ายแบบเดียวกัน เพื่อค้นหาก้อนหรือเนื้อที่แข็งเป็นไต

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจในท่านอน

เป็นการคลำในท่านอนราบ ยกแขนข้างหนึ่งไว้ใต้ศีรษะ ใช้ฝ่าขนหนูม้วนสอดใต้ไหล่เพื่อให้เต้านมแบนราบจะทำให้คลำก้อนได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะส่วนบนด้านนอก ซึ่งมีเนื้อนมหนามากที่สุดและมีการเกิดมะเร็งบ่อยที่สุด โดยใช้บริเวณกึ่งกลางของนิ้วมือส่วนบน 3 นิ้วอีกข้างหนึ่งตรวจคลำโดยเริ่มต้นที่จุดบริเวณส่วนนอกเหนือสุดของเต้านมด้านนอก เวียนไปโดยรอบเต้านมแล้วเคลื่อนมือเข้ามาเป็นวงแคบเข้าจนถึงบริเวณลานนมและหัวนมพยายามตรวจให้ทั่วทุกส่วนของเต้านมตอนสุดท้ายให้ค่อยๆบีบหัวนมโดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ เพื่อสังเกตควมมีน้ำเลือดหรือน้ำหนองหรือน้ำใสๆ อื่นๆ ไหลออกมาหรือไม่ เสร็จแล้วตรวจเต้านมอีกข้างหนึ่งในลักษณะเดียวกัน

การสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นเทคนิคการรวบรวมข้อมูลด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของมนุษย์ รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นๆ คำตอบที่ได้จากการสนทนากลุ่ม จะเป็นคำตอบในเชิงเหตุผล แรงจูงใจ ตลอดจนการตัดสินใจของบุคคลและรวมถึง ทักษะคิด ต่อบรรยากาศหรือสิ่งต่างๆที่เราสนใจศึกษาการสนทนากลุ่มมีบรรยากาศเป็นการนั่งจับเข่าคุยกันโยธิน แสงดี (2540 : 65) เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ระหว่าง ผู้เข้าร่วมสนทนากับผู้วิจัยและระหว่าง ผู้ร่วมสนทนากับตนเองทุกคนมีอิสระในการอภิปรายประเด็นปัญหาได้อย่างเต็มที่ตามที่ตนเองมีประสบการณ์ เพื่อถ่ายทอดให้สมาชิกกลุ่มได้รับทราบ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ในการรวบรวมข้อมูลวิธีนี้ ผู้วิจัยจะต้องนัดหมายให้สมาชิกมารวมกัน ณ ที่ใดที่หนึ่ง สมาชิกที่เข้าร่วมสนทนาจะต้องเป็นผู้มีความรู้ มีประสบการณ์และเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ผู้วิจัย สนใจศึกษาและมีภูมิหลังที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด การสนทนากลุ่มจะถูกดำเนินการและควบคุม ด้วยบุคคลที่เรียกว่า ผู้นำการสนทนา ซึ่งเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุด ในการสนทนากลุ่ม เพราะจะเป็นผู้นำการสนทนาให้ดำเนินไปตามทิศทางของงานวิจัย จะต้องเป็นบุคคลที่ช่างพูดช่างคุยและเข้ากับบุคคลได้ทุกระดับ และต้องเป็นบุคคลที่มีไหวพริบดี สามารถยกประเด็นที่เกิดจากการสนทนากันมาตั้งคำถาม ซักถามกันต่อไปได้อีก จะทำให้ได้รายละเอียดในทางลึกมากยิ่งขึ้น การสนทนากลุ่ม นิยมใช้กันมากในการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยตลาด

ความสำคัญของการสนทนากลุ่ม

1. เทคนิคการสนทนากลุ่มจะช่วยประหยัดเวลาว่าการสัมภาษณ์ รายบุคคล กลุ่มมีโอกาสได้พูดคุยสนทนา ซักถาม ถกประเด็นต่างๆ ได้ชัดเจน ได้เรียนรู้แง่มุมของคนภายในกลุ่มด้วยกันเกิดภาวะความรู้สึกร่วมรับรู้ประเด็นต่างๆ ซึ่งสภาพการณ์ นี้จะไม่เกิดในการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลและการสนทนากลุ่มในสนามก็สามารถพูดคุยจัดทำได้ง่ายๆ อย่างไรก็ตามหัวข้อที่จะใช้ในการสนทนากลุ่มควร

จะต้องเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับกลุ่มหรือสาธารณชน มิใช่เรื่องส่วนบุคคลหรือเรื่องที่อาจก่อความรู้สึกของคนในกลุ่ม

2. คุณภาพของข้อมูลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของกลุ่มว่า มีความเป็นกันเอง อยากพูดจากัน อยากร่วมแสดงความคิดเห็นและไม่มีผู้ใดผูกขาดการพูด หรือมีท่าทางใช้อำนาจเหนือความคิดผู้ใด และสิ่งสำคัญที่สุด คือ ความสามารถและประสบการณ์ของผู้นำการสนทนาว่าจะมีความสามารถในการจัดการกลุ่มให้เกิดการพูดคุยก่อขึ้นไปอย่างราบรื่น สนุกสนาน ทุกคนกระตือรือร้น เวลาผ่านไปอย่างไม่เบื่อหน่าย รวมทั้งได้เนื้อหาข้อมูล ครบถ้วนตามหัวข้อที่ต้องการ

3. มีความคล่องตัวในการแสดงความคิดเห็น ได้ตอบกันอย่างต่อเนื่อง ในบางครั้งมีแนวความคิดใหม่ๆ เกิดขึ้นในกลุ่มเป็นการสร้างโอกาสในการพัฒนาแนวความคิดใหม่ๆ ที่มีศักยภาพ

4. การที่มีผู้นิยมใช้การสนทนากลุ่มกันอย่างแพร่หลายนั้น เป็นเพราะเชื่อกันว่า เสียค่าใช้จ่ายน้อย นอกจากนี้ยังมีความรวดเร็ว ในการรายงานผล ทั้งนี้ ถ้าหากผู้วิจัยไม่ต้องการบันทึกที่ถอดออกมาจากเทปก็จะทราบผลอย่างคร่าวๆ ของการวิจัยนั้นๆ ภายในเวลาเพียง 2-3 วันเท่านั้น

ขั้นตอนการจัดสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มมี ขั้นตอน ใหญ่ 3 ขั้นตอนคือ

1. ขั้นเตรียมการสนทนากลุ่ม
2. ขั้นดำเนินการสนทนากลุ่ม
3. ขั้นสรุปผลการสนทนากลุ่ม



ภาพที่ 2.1 แสดงขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

ที่มา : วารี เกิดคำ. (2542 : 175)

1.ขั้นเตรียมการสนทนากลุ่ม

1.1 สิ่งแรกที่ต้องทำในเรื่องของการสนทนากลุ่ม คือ การกำหนดเรื่องที่จะทำการศึกษากำหนดหัวข้อเรื่องนี้ อาจเกิดมาจากแนวคิด ทฤษฎีหรือเรื่องที่สนใจศึกษา

1.2 กำหนดตัวแปรหรือตัวบ่งชี้ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำการศึกษาเพื่อนำมาสร้างเป็นแนวทางในการดำเนินการสนทนา ซึ่งการกำหนดตัวแปรนั้น ก็จำแนกแยกแยะมาจากวัตถุประสงค์ของการวิจัยว่า วัตถุประสงค์ต้องการทราบอะไร ก็กำหนดตัวแปรออกมาแล้วนำมาสร้างเป็นคำถามย่อยๆ

1.3 เขียนแนวคำถาม โดยแนวคำถามทุกข้อจะต้องประกอบด้วยตัวแปรแล้วนำมาสร้างเป็นคำถามที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ในการวิจัยชัดเจนที่สุดนั่นเอง นั่นก็คือ การนำวัตถุประสงค์

ของการวิจัยในแต่ละข้อไปจำแนกเป็นตัวแปรแล้วสร้างเป็นคำถามย่อยๆ โดยมีหลักเกณฑ์ว่า คำถามแต่ละคำถามต้องตั้งสมมุติฐานย่อยๆ ไว้ในตัวเองว่า ทำไมเป็นอย่างนี้ เพราะอะไร ทำไม อย่างไร เขียนคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อที่จะให้ได้คำตอบออกมาในเชิงเป็นเหตุเป็นผล การเรียงคำถามควรจะเรียงคำถามจากง่าย ๆ เพื่อการเข้าใจ และสร้างบรรยากาศที่คุ้นเคยกัน ระหว่างผู้นำการสนทนาและผู้ร่วมสนทนา สำหรับคำถามหลักนั้น ควรจะอยู่ในช่วงกลางๆ ของการสนทนา เพราะเมื่อสมาชิกกลุ่มคุ้นเคยบรรยากาศดีแล้ว ก็สนทนากันในประเด็นที่สำคัญ จะได้คำตอบมากขึ้น กล่าวคือ สมาชิกกลุ่มสนทนาจะแสดงความคิดเห็นมากขึ้น ไม่ประหม่าเพราะคุ้นเคยกับการพูดคุยบ้างแล้ว กล่าวที่จะแสดงความคิดเห็นมากขึ้น และเมื่อซักถามประเด็นสำคัญแล้วในตอนท้ายของการสนทนา ก็จะเป็นคำถามเบาๆ ง่ายๆ อีกครั้งหนึ่ง เพื่อผ่อนคลายบรรยากาศในการสนทนา

1.4 คัดเลือกบุคคลากร บุคคลากรในการสนทนากลุ่มจะประกอบด้วยผู้นำการสนทนา สมาชิกสนทนากลุ่ม และผู้จดบันทึกการสนทนากลุ่มซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่จะทำให้ได้ข้อมูลสมบูรณ์หรือไม่ จึงต้องพิถีพิถันในการเลือกเป็นพิเศษ ดังนี้

1.4.1 คัดเลือกผู้นำสนทนาโดยมีหลักเกณฑ์การคัดเลือกว่าผู้นำการสนทนา หากไม่ใช่ผู้วิจัยเองจะต้องเป็นผู้ที่รู้เบื้องหลังความต้องการ และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเป็นอย่างดี รู้จักทฤษฎี และรู้จักวิธีการควบคุมปัญหา ควบคุมการสนทนาแบบกลุ่มเป็นอย่างดี ผู้นำการสนทนา จะต้องชักจูงให้สมาชิกกลุ่มอธิบายความรู้สึกในประเด็นที่ซักถามนั้นออกมาให้ได้ว่า มีความคิดเห็นหรือมีทัศนคติอย่างไร ผู้นำการสนทนาจะต้องนำทฤษฎีหรือความสนใจมาตั้งเป็นสมมุติฐานตลอดเวลา และจะต้องทดลองสมมุติฐานเล็กๆ เหล่านั้นก่อนล่วงหน้า โดยการถามปัญหาที่จะนำไปสู่การสนทนาที่ชัดเจน ซึ่งสมมุติฐานนี้เป็นสมมุติฐานย่อย ซึ่งต่างจากสมมุติฐานหลักที่ตั้งไว้แต่แรกควบคุมไว้กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ในการนั่งสนทนากัน ผู้นำการสนทนาจะต้องทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับประกอบการสนทนาไปด้วย โดยพยายาม หาความสัมพันธ์ข้อมูลนั้นกับข้อมูลอื่นๆ ที่ได้รับมาก่อน ผู้นำการสนทนาที่ดีจะต้องมีความชำนาญในการตั้งสมมุติฐานเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ปรากฏขึ้นในวงสนทนา การตั้งสมมุติฐานย่อยๆ เหล่านี้ จะช่วยให้ ผู้นำการสนทนาสามารถสร้างคำถามได้อย่างเหมาะสมและตรงกับจุดมุ่งหมายช่วยให้ผู้นำการสนทนาถามตรงแนวที่ต้องการ

1.4.2 คัดเลือกสมาชิกสนทนากลุ่ม การคัดเลือกสมาชิกเข้าร่วมสนทนากลุ่ม เป็นกระบวนการที่สำคัญมากในการสนทนากลุ่ม เรียกได้ว่าสำคัญเท่าๆ กับ การดำเนินการสนทนากลุ่ม เลยทีเดียว เพราะหากไม่ได้บุคคลตรงตามเป้าหมายมาเข้าสนทนากลุ่ม ผลการสนทนากลุ่มก็จะไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย หรือถ้าได้บุคคลประเภทพูดนอกเรื่องก็จะทำให้การสนทนากลุ่มล้มเหลวกลางคัน หรือถ้าได้บุคคลที่ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นและพูดจาเพื่อเชื้อ คุณภาพของข้อมูลก็ด้อยลง ผู้วิจัยควรคำนึงว่า โดยหลักของการจัดการสนทนากลุ่มแล้วสมาชิกกลุ่มไม่ใช่จะเป็นใครก็ได้ เพราะ

แม้ว่า การวิจัยเชิงคุณภาพไม่เน้นการเป็นตัวแทน แต่การวิจัยในลักษณะนี้เน้นถึงการที่สมาชิกกลุ่มเป็นตัวอย่างที่ดีของชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมาย ที่จะสามารถพูดคุย ได้ตอบ ในรูปแบบของกลุ่มการสนทนาในการที่จะแสดงทัศนะและค่านิยมของสังคม ตลอดจนสะท้อนถึงประสบการณ์รอบๆ ตัวได้ดี และควรหลีกเลี่ยงบุคคลที่ไม่เหมาะสมในการเข้ากลุ่ม เช่นคนที่เป็นผู้บังคับบัญชา คนที่จู้จี้เกินไป คนที่พูดเก่งจนคุมการสนทนาเพียงคนเดียว คนที่ฟังไม่ค่อยได้ยิน คนที่มีปัญหาทางจิตใจ เป็นต้น ซึ่งลักษณะที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เข้าข่ายเหล่านี้ อาจทำให้ข้อมูลที่ได้บิดเบือน หรือทำให้ผู้วิจัยไม่ได้ข้อมูลในเรื่องสำคัญๆ ที่ต้องการ เช่น ถ้ามีนายจ้างอยู่ในกลุ่มเดียวกับลูกจ้าง ก็อาจทำให้ลูกจ้างไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แท้จริงเพราะกลัวนายจ้างอาจเลิกจ้าง เป็นต้น

ในส่วนของจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มนั้น จากผลการทดลองของ โยธิน แสงวงศ์ (2540 : 65) พบว่า กลุ่มคนที่มีขนาด 7-8 คนนี้ เป็นกลุ่มที่จะทำให้มีการอภิปรายกว้างขวาง ถ้าหากกลุ่มมีขนาดใหญ่กว่านี้บรรยากาศของกลุ่มจะไม่น่าเป็นวงสนทนากลุ่มเดียว มีแนวโน้มที่จะแบ่งฝ่าย เป็นการยากในการถามตลอดจนการควบคุมบรรยากาศของกลุ่มสนทนา ผู้นำอภิปรายนั้นอาจจะคุมเกมสนทนาไม่อยู่ และไม่สามารถจะเจาะจงคำถามได้ละเอียด เนื่องจากขนาดกลุ่มใหญ่เกินไป

1.4.3 เตรียมผู้จัดบันทึกการสนทนา ผู้จัดบันทึกคำสนทนา เป็นผู้ที่ย่อยจดบันทึก คำสนทนา จะทำหน้าที่จดทุกคำพูดที่จะสามารถจดได้ตลอดจนการบันทึก อากัปกิริยาท่าทางของสมาชิกผู้เข้าร่วมกลุ่มด้วย เพราะการนั่งเฉย ๆ แต่แววตาท่าทางอาจจะแสดงถึงคำตอบได้ การพยักหน้า การส่ายหน้า ก็ เป็นการแสดงออกถึงคำตอบด้วย ผู้จัดบันทึกคำสนทนาต้องจดบันทึกสิ่งเหล่านี้ด้วย ข้อบันทึกของผู้จัดบันทึกนี้จะสามารถอ่านสรุปเป็นข้อสรุปของการสนทนากลุ่มในแต่ละครั้งได้ แล้วก็สามารถนำไปประกอบการถอดเทปข้อมูลด้วย เพื่อที่จะทำให้ทราบว่าเสียงที่ตอบคำถามนั้น เป็นเสียงใครบ้างที่ตอบ หรือโต้แย้งกันอย่างไร ผู้จัดบันทึกคำสนทนานั้นนอกจากจะช่วยจัดบันทึกแล้วยังมีหน้าที่อีกอย่างคือ คอยเตือนหรือบอกผู้นำการสนทนาในกรณีที่ผู้นำการสนทนาลืมคำถามหรือข้ามคำถาม และสิ่งสำคัญอีกประเด็นหนึ่งคือ ผู้จัดบันทึกคำสนทนา เมื่อเริ่มการสนทนาจะต้องเขียนผังการนั่งสนทนากลุ่มให้ผู้นำการสนทนาด้วย เพราะจะช่วยให้ผู้นำการสนทนาทราบว่าในกลุ่ม มีใครบ้าง ชื่ออะไร และอีกหนึ่งแผ่นก็เขียนไว้ให้ตนเอง จะได้ทราบว่าใครนั่งตรงไหน จะช่วยให้จัดบันทึกได้ง่ายขึ้น

1.5 เตรียมอุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูล ในการจัดสนทนากลุ่ม อุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญคือ เทปบันทึกเสียง ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่สามารถเก็บเหตุผลรายละเอียดและข้อคำตอบได้มากที่สุด และมักใช้เทปบันทึกเสียง 2 เครื่อง บันทึกข้อมูลเหลื่อมล้ำกันประมาณ 5 นาที เพื่อที่จะได้บันทึกข้อมูลส่วนที่เสียไปในระหว่างการเปลี่ยนเทปและเป็นประโยชน์สำหรับป้องกัน การบันทึกข้อมูลไม่ติดนอกจาก เทปบันทึกข้อมูลแล้ว ก็จะต้อง มี สมุดจดบันทึก อุปกรณ์อื่น ๆ เช่น ดินสอ ปากกา ยางลบ ถ่านไฟฉาย เทปเปล่า ๆ ฯลฯ นอกจากนี้ผู้วิจัยควรจะต้องเตรียมอุปกรณ์ที่จะช่วยเสริมการสนทนากลุ่มให้ดูเป็น

กันเองและเป็นธรรมชาติ ได้แก่ น้ำดื่ม ขนม ของขบเคี้ยว เล็ก ๆ น้อย ๆ หรืออาจเป็นรูปภาพหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้เข้าใจเรื่องหรือประเด็นที่เราสนใจจะถามมากยิ่งขึ้น

1.6 จัดเตรียมสถานที่ที่จะสนทนากลุ่ม ควรมีการกำหนดให้แน่นอน สีขาวที่ไหน ก็จัดกลุ่มที่นั่น ให้ความสะดวกแก่สมาชิกกลุ่มที่สุด ให้เงียบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีเสียงรบกวน แดดไม่ร้อน ผู้เข้าร่วมกลุ่มทุกคนรู้จักดี

1.7 จัดเตรียมของกำนัล ของที่ระลึก มอบให้แก่สมาชิกกลุ่ม ที่ได้สละเวลาร่วมวงสนทนา

1.8 กำหนดระยะเวลาของการดำเนินการจัดสนทนากลุ่ม ผู้นำการอภิปรายควรจะใช้เวลาในการสนทนาไม่เกิน 2 ชั่วโมงกับ 15 นาที เพราะถ้าช้าหรือนานกว่านี้ สมาชิกกลุ่มจะล้า คำตอบของการสนทนาการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะน้อยลง

2. ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

เมื่อสมาชิกกลุ่มมาพร้อมกันแล้ว ก็เริ่มดำเนินการสนทนา โดยผู้ดำเนินการสนทนาในที่นี้คือผู้นำการสนทนา แนะนำตนเองและทีมงาน อันประกอบด้วย ผู้นำการสนทนา ผู้จดบันทึกและผู้บริการทั่วไป บางครั้งถ้ามีผู้สังเกตการณ์ (Observer) ก็แนะนำด้วย แล้วอธิบายถึงจุดมุ่งหมายในการสนทนา วัตถุประสงค์ของการวิจัย และบอกว่ามีการบันทึกเทปคำสนทนาตลอดจนการถกประเด็นปัญหา นอกจากนี้ก็จะมีผู้คอยจดบันทึกคำสนทนาด้วย แล้วจึง เริ่มถามนำด้วยคำถามอุ่นเครื่อง สร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง สร้างความคุ้นเคยให้เกิดขึ้นในการสนทนา หลังจากพิจารณาว่า กลุ่มเริ่มคุ้นเคยกันดีแล้วก็เริ่มคำถาม ในแนวการสนทนา ที่จัดเตรียมไว้ ชักใช้ไล่เลียงคำถาม โดยการทิ้งช่วงให้มีการถกประเด็น และได้แย้งกันพอสมควร พยายามสร้างบรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ในกลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนาด้วยกันเอง ควบคุมเกมไม่ให้หยุดนิ่ง อย่าซักถามคนใดคนหนึ่งจนเกินไป คำถามที่ถามไม่ใช่ถามคนเดียว แต่เป็นการสร้างประเด็นปัญหาถามทั้งกลุ่ม ให้กลุ่มถกประเด็นแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ถ้าไม่จำเป็นอย่าซักถามรายคน ผู้นำการสนทนาจะต้องเป็นผู้ที่ช่างคุยช่างซักสักหน่อย เป็นผู้ที่มีการสรรสร้างในการคุย มีการเว้นจังหวะการถามที่ดี ถามช้า ๆ ละเอียดยาวและต้องมีการพูดแทรกตลอดด้วย จะช่วยให้บรรยากาศการสนทนากลุ่ม สนุก ไม่น่าเบื่อ การนั่งสนทนากันอาจจะจัดนั่งแบบเป็นวงกลม นั่งบนพื้น หรือนั่งบนเก้าอี้และมีโต๊ะกลางแบบนั่งรับประทานอาหารร่วมกันก็ได้

3. ขั้นสรุปการสนทนากลุ่ม

ข้อมูลของการสนทนากลุ่มจะถูกบันทึกไว้ในเทปบันทึกเสียง และในแบบจดบันทึกการสนทนา การวิเคราะห์ที่อยู่ทับทของการเสวนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ของสมาชิกภายในกลุ่ม การถอดรายละเอียดทุกคำพูด จะช่วยให้อ่านแล้วเข้าใจ และสามารถมองภาพของการสนทนากลุ่มนั้น ๆ ได้ว่ามีบรรยากาศเป็นอย่างไร การมีส่วนร่วมในการถกประเด็นปัญหาของสมาชิกกลุ่มเป็นอย่างไร มีการโต้แย้งกันดีหรือไม่ ดังนี้ เป็นต้น บางโครงการจะถอดเทปเพียงบางส่วน เช่น 80 % 50 % หรือ 30% แล้วแต่ผู้ศึกษาว่าต้องการความละเอียดของข้อมูลมากน้อยเพียงใด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยในประเทศ

ประคอง รังคศิริ (2530) ได้วิจัยเรื่อง กระบวนการสอนวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แก่สตรีในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า สตรีอายุ ระหว่าง 21-30 ปี มารับการตรวจมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 37.07 กลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี มารับการตรวจน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 5.85 ระดับการศึกษาที่มาตรวจ มากที่สุด เป็นชั้นประถมศึกษาร้อยละ 32.20 และไม่ระบุการศึกษา ร้อยละ 5.85 ส่วนอาชีพพบว่า รับจ้างมา รับการตรวจมากที่สุด ร้อยละ 89 ส่วนเกษตรกรมารับการตรวจน้อยที่สุด ร้อยละ 15 ภายหลังการทดลอง สตรีสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ร้อยละ 72.27 ตรวจเป็นประจำร้อยละ 49.07 ตรวจเป็นครั้งคราว ร้อยละ 44.44 ตรวจไม่ได้ร้อยละ 1.85 ไม่แน่ใจว่าตรวจถูกต้อง ร้อยละ 25.95 และที่ตรวจได้สามารถ นำไปเผยแพร่ต่อ ร้อยละ 85.19

ลาวัลย์ มัสโอติ (2532) ได้วิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการสอนสุขศึกษาร่วมกับการกระตุ้น เตือนต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของนักศึกษาหญิงวิทยาลัยครูสวนดุสิต และสวนสุนันทา อายุ ระหว่าง 20-25 ปี ผลการวิจัย พบว่าภายหลังกระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองที่ 2 (1) มีความรู้เรื่องโรคมะเร็ง เต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (2) ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่ม ที่ 1 แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ (3) ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมต่ำกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4) ความเชื่อต่อผลดีจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่ำกว่าก่อนการ ทดลองและต่ำกว่ากลุ่มทดลองที่ 1 (5) ความเชื่อต่ออุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อน การทดลอง และกลุ่มทดลองที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความสม่ำเสมอของการตรวจเต้านม ด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยง ความเชื่อต่อ ความรุนแรง ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ ความเชื่อต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ อายุ สถานภาพสมรส และประสบการณ์ส่วนบุคคล

โสพรรณ โพทะยะ (2532) ได้วิจัยเรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติการตรวจ เต้านมด้วยตนเองในสตรีที่มีอาชีพ และระดับการศึกษาต่างกัน ผลการวิจัย พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมี ความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ความเชื่อด้าน สุขภาพ อาชีพ และระดับการศึกษา สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี ได้ ร้อยละ 16.5

วิมล คำสวัสดิ์ (2535) ได้วิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรง สนับสนุนทางสังคมจากแม่บ้านอาสาสมัครในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในชุมชนแออัดเขต

กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ผลของโปรแกรมสุขศึกษา สามารถทำให้สตรีเกิดความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งเต้านม ได้ถูกต้องมากกว่าก่อนดำเนิน โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง ตามระยะเวลาที่เหมาะสม นอกจากนั้น พบว่า อายุ รายได้ระดับการศึกษา และประสบการณ์ส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สัญญา นารายณ์รักษ์ (2535) ได้วิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของนักศึกษาวิทยาลัยครุราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน และความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นราวดี สันสยะ (2539) ได้วิจัย เรื่อง พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงวิทยาลัยเทคนิคชุมพร ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองพบว่าตัวแทนนักศึกษาสามารถขยายเครือข่ายได้ ถึงร้อยละ 100 โดยขยาย 3 ระดับชั้นเครือข่าย นักศึกษามีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิภาพการตอบสนองต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความมั่นใจในการขยายเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเองและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิภาพการตอบสนองต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

จิรพรรณ กมลชัย (2540) ได้วิจัย เรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ในการตรวจหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกด้วยตนเองของสตรีในชนบท จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสุขศึกษา ดังกล่าว สามารถทำให้สตรีมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมและโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่พึงประสงค์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรรณภา จิตดำรงขันติ (2540) ได้วิจัยเรื่อง ผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผน และการให้คำแนะนำปกติ ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลาง เขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบว่า สตรีที่เป็นกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปริญดา ทุนคำ (2541) ได้วิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริม

พฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงสถาบันราชภัฏนครสวรรค์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการตรวจด้านมด้วยตนเอง และมีพฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ ของการตรวจด้านมด้วยตนเองและมีพฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเองที่พึงประสงค์ดีขึ้น กว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรมอนามัย (2546) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การสำรวจการตรวจด้านมด้วยตนเองของ บุคลากรสาธารณสุข ในประเทศไทย ปี 2546 ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ เกือบ ร้อยเปอร์เซ็นต์ มีการรับรู้ข่าวสารเรื่องมะเร็งเต้านม ส่วนในเรื่องของการมีพฤติกรรมการตรวจด้านม ด้วยตนเองถูกต้องทุกขั้นตอน ในความถี่ที่เหมาะสม คือตรวจเดือนละครั้ง มีจำนวนอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำมาก คือ ร้อยละ 31.3

2.งานวิจัยต่างประเทศ

มอร์ริสัน. (Morrison. 1994) ได้วิจัย เรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ผลการวิจัย พบว่า ในแคนาดา มะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ในผู้หญิงแคนาดาสาเหตุการตายอันดับแรกของหญิงในแคนาดา คือมะเร็งผิวหนัง มะเร็งเต้านมรายใหม่ พบประมาณ 16,300 ราย และในปี 1993 เสียชีวิตประมาณ 5,400 ราย เมื่อ 20 ปี มาแล้ว มะเร็งเต้านมมีแนวโน้มสูงขึ้นประมาณร้อยละ 15 และมีการตายคงที่ ปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม อาทิ เช่น การใช้ฮอร์โมน การจำกัดอาหาร ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสม การมีประจำเดือนครั้งแรกเร็ว การหมดประจำเดือนช้า การตั้งครรภ์ในสตรีอายุนาน มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่น ผู้ที่มีไขมันสูง คนในครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็ง ความอ้วน การใช้แอลกอฮอล์ การใช้รังสี การใช้ฮอร์โมนรักษาในวัยทอง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ในขณะที่การใช้ยาคุมกำเนิดจำเป็นต้องเฝ้าระวังมะเร็งเต้านมมากขึ้น

ชราจ. (Schrag 2000) ได้วิจัยเรื่อง ยุทธศาสตร์การป้องกันมะเร็งสำหรับผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และระยะกลายพันธุ์ ผลการวิจัย พบว่า จากสมมุติฐานการเปลี่ยนแปลงของมะเร็งเต้านมพบว่า หญิงอายุเฉลี่ย 30 ปี ที่ตรวจพบก้อนเนื้อในระยะเริ่มต้น จากการซักประวัติการตรวจพบก้อนที่เต้านมและดูแลต่อเนื่อง ระยะที่พบก้อนที่เต้านม 0.4 - 1.3 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเดียว ระยะที่พบก้อนที่เต้านม 0.2 - 1.8 ปี จะต้องได้รับการผ่าตัดก้อนเนื้อทิ้งและ พบก้อนที่เต้านม 0.6 - 2.1 ปี ต้องได้รับการผ่าตัดเต้านมทิ้ง ยังมีเล็กน้อยที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงสภาพจนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ประมาณ ร้อยละ 6 สำหรับหญิงที่อายุนกว่านี้และมีการดูแลสุขภาพไม่ดีจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูงขึ้นประมาณ ร้อยละ 65 และเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 40

ฮาเอส. (Haas 2005) ได้วิจัยเรื่อง ประเมินผลลัพธ์ของหญิงที่ตรวจพบต่อมน้ำเหลืองเต้านมและผลของการตรวจแมมโมแกรมปกติ ผลการวิจัย พบว่า จากรายงาน การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 56.9 ของกลุ่มหญิงที่ได้รับการตรวจเบื้องต้น ตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยวิธีตรวจที่ได้รับการสอนจากเจ้าหน้าที่ โดยพบผู้เชี่ยวชาญการตรวจ 1 ครั้ง และการตรวจพิเศษ อัลตราซาวด์ การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ หรือการตัดก้อนเนื้อทิ้ง ชนผิวดำ พบก้อนเนื้อเต้านมน้อยกว่า ชนผิวขาว เล็กน้อยจากการตรวจพบปรากฏว่า น้ำหนักของหญิงที่ได้รับการตรวจไม่ได้ส่งผลต่อการตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านม หญิงที่ได้รับการตรวจและติดตามผลอย่างน้อย 1 ปี พบว่าผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ

รายงานการวิจัย มะเร็งนานาชาติ (International Breast Cancer Research Foundation 2005) ผลการวิจัย พบว่า การตรวจพบมะเร็งในหญิงที่มาตรวจครั้งแรก หญิงที่มีบุตรมาก มีฮอร์โมนต่อต้านการเกิดก้อนเนื้อมาก จะพบมะเร็งเต้านมน้อยกว่าหญิงที่มีบุตร 1- 2 คน (ซึ่งมีฮอร์โมนต่อต้านการเกิดก้อนเนื้อจำนวนน้อยกว่า) หญิงที่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 24 ปี ขึ้นไป จะมีฮอร์โมนต่อต้านการเกิดก้อนเนื้อมากกว่าหญิงที่มีบุตร 1 - 2 คน การศึกษานี้ให้ผลเป็นที่น่าสนใจ มะเร็งเต้านมถือเป็นโรคไม่ติดต่อประเภทหนึ่งที่ต้องเฝ้าระวัง

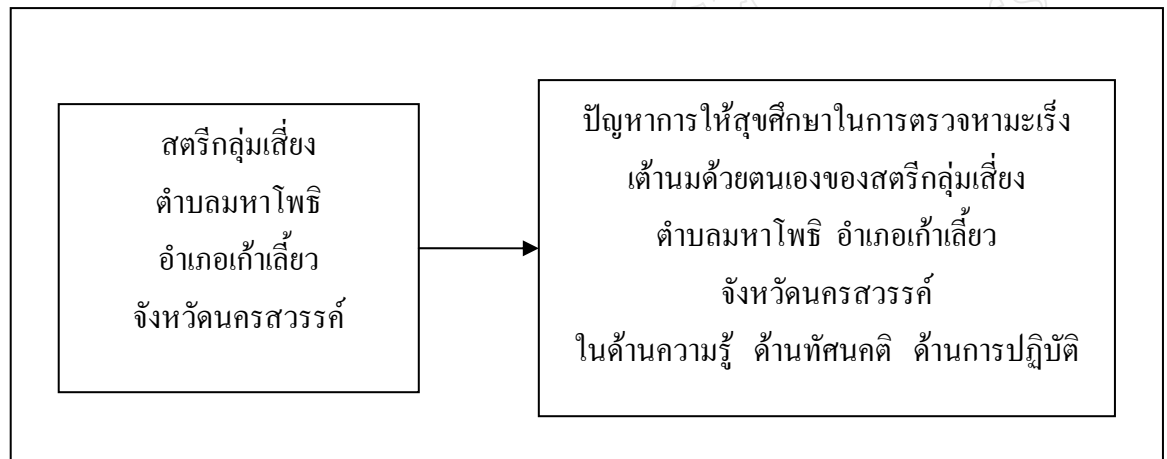
เอลมอร์ (Elmore 2005) ได้วิจัย เรื่อง การคัดกรองมะเร็งเต้านม ผลการวิจัย จากการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในชุมชน อาจมีความแตกต่างไปจากการสุ่มสำรวจในกลุ่มควบคุม จากการศึกษาในอเมริกา สรุปว่าการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องมือ แมมโมกราฟี ในกลุ่มหญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป การตรวจด้วยเครื่องมือ แมมโมกราฟี สามารถลดอัตราการตายของมะเร็งเต้านมในหญิงอายุ 50 - 69 ปี ลดลงประมาณร้อยละ 20-35 สามารถควบคุมมะเร็งได้ ในกลุ่มหญิงอายุ 40 - 49 ปีได้ถึง 14 ปี ถ้ามีการรักษาติดตามอย่างต่อเนื่อง ประมาณร้อยละ 95 ของหญิงที่ได้รับการตรวจด้วย เครื่องมือแมมโมกราฟี ไม่พบมะเร็งเต้านม ซึ่งได้รับการแปรผลโดยผู้เชี่ยวชาญทางรังสี รายงานการศึกษาลบหนึ่ง สรุปผลการคัดกรองในชุมชน พบมะเร็งเต้านมน้อยมาก ประมาณร้อยละ 28 -36 ซึ่งน้อยกว่าการสุ่มสำรวจพบร้อยละ 54 การตรวจเต้านมด้วยตนเองแสดงให้เห็นว่าสามารถลด อัตราตายของมะเร็งเต้านมได้ แต่ยังต้องใช้การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจเพราะการตรวจด้วยตนเองยังให้ผลผิดพลาดอยู่มาก การตรวจด้วยรังสี การใช้อัลตราซาวด์ ในกลุ่มเสี่ยง แต่ไม่สามารถครอบคลุมประชากรทั่วไปได้ สันนิษฐานว่า หากมีการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ แมมโมกราฟีมากขึ้น จะสามารถลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านมได้ และยังพบอีกด้วยว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่แพร่หลาย และไม่ได้อ่านตรวจทุกคน จึงควรมีการกระตุ้นให้มีการตรวจในหญิงทุกคน

โดยสรุป การตรวจหามะเร็งเต้านมทั้งในประเทศและต่างประเทศ ต่างก็มุ่งหวังให้สตรีมีความรู้ และสามารถตรวจหามะเร็งเต้านมด้วยตนเอง เพราะสตรีมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การป้องกันที่ดีที่สุดคือ การค้นพบในระยะเริ่มแรกและการเข้ารับการรักษอย่างถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญต่อไป จึงจะ เป็นการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมไม่ให้ลุกลามจนเสียชีวิตในวัยที่ยังไม่สมควร

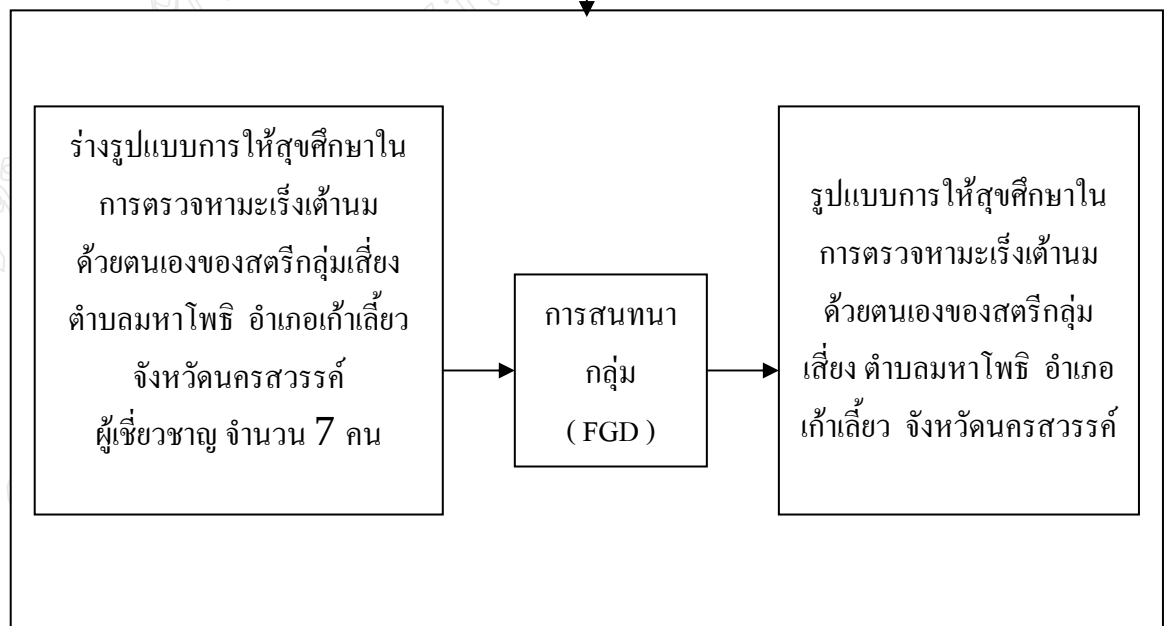
จากเอกสารและงานวิจัย พบว่า มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาที่คร่าชีวิตสตรีจำนวนมาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึง ศึกษารูปแบบการให้สุขศึกษาในการตรวจหามะเร็งเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลมหาโพธิ อำเภอกำแพงแก้ว จังหวัดนครสวรรค์ โดยศึกษาปัญหาในการให้สุขศึกษาจากสตรีกลุ่มเสี่ยง ใน 3 ด้าน คือ ด้านการให้ความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านการปฏิบัติ แล้วนำปัญหาจาก 3 ด้าน มาสร้างเป็นรูปแบบ ในการให้สุขศึกษาในการตรวจหามะเร็งเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลมหาโพธิ อำเภอกำแพงแก้ว จังหวัดนครสวรรค์

กรอบความคิดในการวิจัย

ช่วงที่ 1 ศึกษาปัญหาการให้สุขศึกษาในการตรวจหามะเร็งเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลมหาโพธิ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครสวรรค์



ช่วงที่ 2 สร้างรูปแบบการให้สุขศึกษา



ภาพที่ 2.2 แสดงกรอบความคิดในการวิจัย