

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมมาราโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ได้นามในโรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้นำเสนอตามลำดับ ต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม
3. แนวคิด PRECEDE Framework
4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
5. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
6. การป้องกันและรักษาโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลสระบุรี
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

1.1 ความหมายของโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม คือ เซลล์ของเนื้อเยื่อเต้านมที่มีการเปลี่ยนแปลงภายในจนทำให้มีการเจริญเติบโตได้อย่างรวดเร็วร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ (เมธีรัตน์ สุภาพ 2547) และสามารถแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียง ตลอดจนเนื้อเยื่อทั่วร่างกายและแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายโดยทางเดินน้ำเหลืองและทางกระแสเลือดรวมถึงการแพร่กระจายลูกหลานเฉพาะที่ด้วย เช่น การแพร่กระจายสู่กระดูก ตับปอดและสมอง เป็นต้น

ชนิดของมะเร็งเต้านมที่พบบ่อยที่สุดคือ มะเร็งท่อน้ำนม ซึ่งเกิดจากเซลล์ในท่อน้ำนม ส่วนมะเร็งที่เกิดในต่อมน้ำนม (Lobes and Lobules) เรียกว่ามะเร็งต่อมน้ำนม ซึ่งมักจะพบในเต้านมทั้งสองข้างได้มากกว่ามะเร็งชนิดอื่น มะเร็งเต้านมอักเสบ (Inflammatory breast cancer) เป็นมะเร็งเต้านมชนิดที่พบได้ไม่บ่อย ลักษณะอาการจะตรวจพบว่า บริเวณเต้านมมีลักษณะของการอักเสบ คือ บวม แดงและร้อน

1.2 อุตบัติการณ์

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก องค์การอนามัยโลก พบว่าในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 12.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งราว 7.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 จากสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตพบได้มากกว่าการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียรวมกันโรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งต่อมลูกหมาก ในบรรดาผู้ป่วยใหม่จำนวน 12.7 ล้านคน พบมะเร็งปอด 1.6 ล้านคน มะเร็งเต้านม 1.38 ล้านคน มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.2 ล้านคน มะเร็งกระเพาะอาหาร 0.99 ล้านคน และมะเร็งต่อมลูกหมาก 0.90 ล้านคน ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต 7.6 ล้านคน เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด 1.37 ล้านคน มะเร็งกระเพาะอาหาร 736,000 คน มะเร็งตับ 695,000 คน มะเร็งลำไส้ใหญ่ 608,000 คน และมะเร็งเต้านม 458,000 คน องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 21.4 ล้านคน และ คาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตราว 13 ล้านคน และประมาณร้อยละ 70 ของผู้เสียชีวิตจะอยู่ในประเทศที่มี รายได้ปานกลางถึงต่ำ องค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (IARC) ได้จัดทำปฏิบัติการการณ์การเกิดโรคมะเร็ง ของทุกประเทศทั่วโลกหรือที่เรียกว่า GLOBOCAN รวมถึงประเทศไทยด้วย โดยใช้ข้อมูลจากรายงาน ทะเบียนมะเร็งปี พ.ศ. 2543 มาคำนวณการคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2553 โดยใช้ฐานข้อมูลการเจริญเติบโต ของประชากรของประเทศไทยเป็นปัจจัยหลักในการคำนวณ ทำให้ได้จำนวนผู้ป่วยใหม่ 118,601 คน เป็นเพศชายจำนวน 53,087 คน และเพศหญิงจำนวน 65,514 คน ขณะเดียวกันสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการคำนวณสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยจากหน่วยทะเบียนมะเร็ง ระดับประชากร 16 แห่ง ทั่วประเทศ โดยข้อมูลสถิติโรคมะเร็ง ในปี พ.ศ. 2548 (อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคนอื่นๆ 2550) มีจำนวนผู้ป่วยใหม่ 98,852 คน เป็นเพศชาย จำนวน 48,596 คน และเพศหญิง จำนวน 50,256 คน โรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็ง ลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่วนโรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในเพศ หญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่และจากข้อมูล ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง ประมาณ 61,082 คน เป็นเพศชาย 35,437 คน เป็นเพศหญิง 25,645 คน ซึ่งถือเป็นสาเหตุการตาย อันดับหนึ่งและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเพศชายมีจำนวนผู้เสียชีวิต 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งช่องปากและคอหอย มะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่วนเพศหญิง มีจำนวน ผู้เสียชีวิต 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และ มะเร็งลำไส้ ใหญ่ จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสำคัญ 5 อันดับแรกของประเทศ คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด

มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งคิดเป็น 56.38% ของมะเร็งทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ 2556)

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยสตรีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้หญิงทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2550 มีสตรีที่เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม จำนวน 40,480 ราย และพบผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกถึง 1,300,000 ราย ในปี พ.ศ. 2551 พบอุบัติการณ์สูงสุดในทวีปอเมริกาเหนือออสเตรเลียและยุโรปตะวันตก ส่วนในทวีปเอเชียยังถือว่าอุบัติการณ์การเกิดยังมีน้อย (American cancer society 2013) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน สูญเสียโอกาส สูญเสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เป็นภาระทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ต่อสังคม

ในประเทศไทยมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในสตรี รองลงมาได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งปอดตามลำดับ ในปี 2549-2553 พบว่าอัตราการเพิ่มของมะเร็งเต้านมมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าเมื่อเทียบกับการเพิ่มของมะเร็งปากมดลูก และสถิติอัตราการเสียชีวิตของประชากรไทยจากโรคมะเร็ง 5 ปีย้อนหลัง พบว่า มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 รองจากมะเร็งตับ มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด และมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมีอัตราเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยมีอัตราการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2549-2553 คือ 6.3, 6.8, 7.3, 7.3 และ 7.7 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2554) และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจำนวน 13,184 ราย เสียชีวิตประมาณ 4,665 หรือ 12 รายต่อวัน ส่วนอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมในภาคตะวันออก เฉียงเหนือในปี 2553 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 64 ราย หรือคิดเป็น 8.4 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั่วประเทศ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2554) ปัจจุบันยังไม่สามารถลดจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมให้น้อยลงหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ได้ เนื่องจากไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมที่แท้จริง(พรรณ โพทะยะ 2532)

1.3 กายวิภาคของเต้านม

เต้านมประกอบด้วยส่วนของต่อมน้ำนม (mammary gland) และท่อน้ำนม (mammary duct) เต้านมแต่ละข้างประกอบด้วยท่อน้ำนมซึ่งแตกแขนงมาจากท่อน้ำนมครั้งแรก (lobes) ประมาณ 15-20 ต่อม ซึ่งแต่ละlobes จะแตกแขนงเล็กลงไปอีก (lobule) ส่วนปลายของlobules จะมีลักษณะเป็นถุง (Bulbs) ติดอยู่กับท่อน้ำนมไปเปิดบริเวณหัวนมซึ่งสามารถผลิตน้ำนมได้ โดยท่อน้ำนมจะเป็นตัวเชื่อมต่อระหว่าง Lobes, Lobules และ Bulbs ภายในเต้านม แต่ละข้างยังมีหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลือง หลอดน้ำเหลืองจะนำสารน้ำที่ไม่มีสีเรียกว่าน้ำเหลืองไปยังอวัยวะ

ที่เรียกว่า ต่อม้ำเหลือง ต่อม้ำเหลืองมีลักษณะเป็นรูปถั่วขนาดเล็ก พบได้ทั่วร่างกายมีหน้าที่ในการกรองสารต่างๆ จากน้ำเหลืองและช่วยต้านทานกับเชื้อโรคต่างๆ กลุ่มของต่อม้ำเหลืองที่พบในบริเวณใกล้เคียงกับเต้านม คือ บริเวณรักแร้ บริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าและบริเวณหน้าอก

1.4 การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม

การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม มีความสำคัญทางการแพทย์ทั้งในด้านการวินิจฉัยและการพิจารณาในการให้การรักษา ระยะของมะเร็งเต้านม สามารถบอกถึงขอบเขตการแพร่กระจายของโรค โดยการพิจารณาถึงขนาดของก้อนมะเร็ง การกระจายไปยังต่อม้ำเหลือง การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ ที่เรียกว่าระบบที่เอ็นเอ็ม (TNM system) ที่ (T- Tumor) หมายถึง ขนาดของก้อนมะเร็งที่ตรวจพบ เอ็น (N-Node) หมายถึง จำนวนต่อม้ำเหลืองที่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง เอ็ม (M-Metastasis) หมายถึง การกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ ซึ่งผลการตรวจนำมาจัดแบ่งเป็นระยะของมะเร็งเต้านมได้เป็นระยะต่างๆ ดังนี้ (Amin and other 2017)

1.4.1 ระยะ 0 (Carcinoma in situ) มี 2 ชนิด

1) *Ductal carcinoma in situ (DCIS)* จะพบเซลล์ผิดปกติในบริเวณเยื่อหุ้มท่อน้ำนมซึ่งเป็นระยะที่ไม่มีการลุกลามของโรคแต่มีโอกาที่จะกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลามได้โดยที่ปัจจุบันยังไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่ารอยโรคบริเวณใดจะกลายเป็นระยะลุกลาม

2) *Lobular carcinoma in situ (LCIS)* เป็นภาวะที่พบเซลล์ผิดปกติใน lobules ของเต้านม ภาวะนี้นานๆ ครั้งจะกลายเป็นระยะลุกลามได้ อย่างไรก็ตามใน LCIS ในเต้านมข้างเดียวจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมได้ทั้งสองข้าง

1.4.2 ระยะ I ขนาดของก้อนเล็กกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม.และยังไม่มีมีการกระจายออกนอกบริเวณเต้านม

1.4.3 ระยะ IIA มี 3 ภาวะ ได้แก่

1) ไม่มีก้อนที่เต้านม แต่พบมะเร็งที่ต่อม้ำเหลืองใต้รักแร้
2) ก้อนมีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม. และมีการแพร่ไปยังต่อม้ำเหลืองใต้รักแร้

3) ก้อนมีขนาด 2-5 ซม. แต่ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อม้ำเหลือง

1.4.4 ระยะ IIB มี 2 ภาวะ ได้แก่

1) ก้อนมีขนาด 2-5 ซม. และมีการแพร่กระจายไปยังต่อม้ำเหลืองใต้รักแร้
2) ก้อนใหญ่กว่า 5 ซม. แต่ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อม้ำเหลือง

1.4.5 ระยะเวลา IIIA มี 4 ภาวะ ได้แก่

- 1) ไม่มีก้อนที่เต้านม แต่มีมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้บริเวณใกล้เคียงเต้านมและบริเวณรักแร้
- 2) เนื้องอกมีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม. และมีมะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม
- 3) เนื้องอกมีขนาด 2-5 ซม. และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม
- 4) เนื้องอกมีขนาดใหญ่กว่า 5 ซม. และแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม

1.4.6 ระยะเวลา IIIB ก้อนมะเร็งมีขนาดเท่าไรก็ได้ร่วมกับเนื้องอกมีการแพร่ไปยังอวัยวะใกล้เคียง เช่น กล้ามเนื้อหรือผิวหนังบริเวณหน้าอกและมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง

1.4.7 ระยะเวลา IIIC เนื้องอกมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือไหปลาร้าและอาจจะพบร่วมกับการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม

1.4.8 ระยะเวลา IV มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นของร่างกายส่วนมากพบที่กระดูก ปอด ตับ หรือสมอง

มะเร็งเต้านม ในระยะเริ่มแรกจะไม่พบความผิดปกติ จะพบความผิดปกติเมื่อก่อนที่เต้านมหรือใต้รักแร้มีขนาดโตขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงของขนาดเต้านม มีของเหลวไหลออกมาจากเต้านม ผิวเต้านมมีลักษณะขรุขระ ความผิดปกติเหล่านี้สามารถวินิจฉัยได้โดยการคลำก้อน การถ่ายภาพรังสีเต้านม การตรวจเต้านมด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การเจาะดูดเซลล์ การเจาะชิ้นเนื้อและการผ่าตัด การวินิจฉัยดังกล่าวจะทำให้ทราบถึงระยะของมะเร็งเต้านมซึ่งสามารถบอกถึงขอบเขตการแพร่กระจายและความรุนแรงของโรคโดยพิจารณาจากขนาดของก้อนการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ ซึ่งสามารถแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมได้เป็น 5 ระยะ การตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะท้ายๆ พบว่า อาการของโรคมีความรุนแรงมากกว่าการตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก คือ ขนาดของก้อนและการแพร่กระจายของโรคจะลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะข้างเคียงได้มากกว่า ทำให้การรักษาผู้ป่วยในระยะนี้ได้ผลไม่ดีมากนัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การกำเริบของโรคมะเร็งเต้านมขึ้นกับขนาดของก้อนมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบ ขนาดของก้อนมะเร็งที่ใหญ่ขึ้นจะมีผลทำให้โรคมะเร็งมีการกำเริบเร็วขึ้นและเสียชีวิตในช่วงเวลาอันสั้น มะเร็งเต้านมที่มีขนาด 1 เซนติเมตร จะมีโอกาสโรคกำเริบประมาณร้อยละ 10 ในขณะที่มีมะเร็งขนาด 1-2 เซนติเมตร จะมีโอกาสกำเริบ ประมาณร้อยละ 20-25 ในระยะเวลา 5 ปี

และจากการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการรอดชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม พบว่า อัตราการรอดชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมขึ้นกับการกระจายของเซลล์มะเร็งสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ผู้ป่วยที่ไม่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งสู่ต่อมน้ำเหลืองจะมีอัตราการรอดชีวิต 10 ปี ประมาณ ร้อยละ 75 และลดลงเหลือประมาณ ร้อยละ 25 เมื่อเซลล์มะเร็งกระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้แล้ว จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าการตรวจพบมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุด ที่ทำให้การรักษาได้ผลดีและสามารถป้องกันการแพร่กระจายของโรคมะเร็งเต้านมได้

1.5 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม ยังไม่มีข้อมูลที่ยืนยันอย่างชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค แต่พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่ส่งเสริมทำให้สตรีเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ดังนี้

1.5.1 อายุ พบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น ซึ่งอัตราเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ดังนี้คือ สตรีที่อายุ 20-29 ปี มีอัตราเสี่ยงเป็น 1:2,021 อายุ 30-39 ปี มีอัตราเสี่ยงเป็น 1: 242 อายุ 40-49 ปี มีอัตราเสี่ยงเป็น 1: 64 และอายุ 50-59 ปี มีอัตราเสี่ยงเป็น 1:40 ซึ่งสตรีที่มีอายุ 40 ปี ขึ้นไปจะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมค่อนข้างสูงและในสตรีที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมสูงที่สุด (Gross 2000)

1.5.2 ประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมของบุคคลในครอบครัวหรือกรรมพันธุ์
สตรีที่มีบุคคลในครอบครัว เช่น มารดา พี่สาว น้องสาว หรือบุตรสาวเป็นมะเร็งเต้านม จะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมสูง ซึ่งร้อยละ 5 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมักจะมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อนและสตรีที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเมื่ออายุยังน้อยได้

1.5.3 ประวัติการเป็นมะเร็งเต้านม สตรีที่เคยเป็นก้อนเนื้องอกบริเวณเต้านมหรือเป็นมะเร็งเต้านมข้างใดข้างหนึ่งมาก่อน จะมีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมอีกข้างหนึ่งได้และสตรีที่มีประวัติเป็นมะเร็งในตำแหน่งอื่นๆ เช่น มะเร็งมดลูก มะเร็งเยื่อบุมดลูก มะเร็งรังไข่ และมะเร็งลำไส้ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมได้

1.5.4 อายุที่เริ่มมีประจำเดือนและหมดประจำเดือน ทั้งสองระยะมีความเกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านม คนที่มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุยังน้อย เช่น น้อยกว่า 12 ปี หรือหมดประจำเดือนช้า เช่น หลังอายุ 55 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น

1.5.5 อายุเมื่อคลอดบุตรคนแรก ในคนที่ไม่เคยมีบุตรเลยหรือมีเมื่ออายุมากแล้วจะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น

1.5.6 การบริโภคอาหาร การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ต้มเครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสริมทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้ ซึ่งสตรีที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกวันวันละ 1 แก้ว จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้แต่ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมจะเพิ่มเป็น 2 เท่า ในสตรีที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์วันละ 3 แก้ว (Downie 1996 Gross 2000) นอกจากนี้สตรีที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำตั้งแต่อายุน้อย จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้ในเวลาต่อมา เพราะแอลกอฮอล์จะไปลดการทำลายหรือเพิ่มการสร้างเอสโตรเจนในร่างกาย นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังมีคุณสมบัติที่ช่วยทำให้สารก่อให้เกิดมะเร็งผ่านผนังเซลล์ได้ง่ายขึ้นและปกป้องการทำลายสารที่ก่อมะเร็งหรือกระตุ้นสารที่จะกลายไปเป็นสารก่อมะเร็ง (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ 2547)

1.5.7 การใช้ฮอร์โมน สตรีที่ต้องใช้ฮอร์โมนทดแทน เช่น ในสตรีสูงอายุที่ต้องรับประทานเอสโตรเจนเป็นระยะเวลา 5 ปี ขึ้นไป จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้ สตรีที่ใช้เอสโตรเจน เป็นระยะเวลา 10-15 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ 2547) นอกจากนี้การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นระยะเวลา 5 ปี ขึ้นไป จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้ (LeMone and Burke 2000)

1.5.8 การสัมผัสกับรังสี หรือการสัมผัสสารเคมี การสัมผัสกับรังสีในช่วงวัยรุ่นถึงอายุ 30 ปี จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้ ซึ่งมะเร็งเต้านมนั้นจะเกิดได้ภายหลังสัมผัสกับรังสีแล้วเป็นเวลา 10 ถึง 40 ปี ดังนั้นเมื่อสตรีที่เคยสัมผัสกับรังสีในช่วงวัยรุ่น ถึงอายุ 30 ปี จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้สูงกว่าสตรีที่ไม่เคยได้รับรังสีมาก่อน (LeMone and Burke 2000) โดยเฉพาะถ้าสัมผัสกับรังสีในขณะที่เซลล์ของเต้านมกำลังมีการเจริญเติบโตหรือมีการเปลี่ยนแปลง ยิ่งจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (Gross 2000)

1.5.9 ความอ้วน พบว่าผู้หญิงที่อ้วน โดยเฉพาะในวัยหลังหมดประจำเดือนเพิ่มอุบัติการณ์ในการเกิดมะเร็งเต้านมได้ 1.5-2.0 เท่าจากการศึกษาสาเหตุของมะเร็งเต้านม

โดยสรุปยังไม่มีข้อมูลที่ยืนยันอย่างชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค แต่พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่ส่งเสริมให้สตรีเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม อายุที่มากขึ้น ประวัติการเป็นมะเร็งของบุคคลในครอบครัว การมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อย การคลอดบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี การบริโภคอาหารไขมันสูง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ภาวะอ้วน การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนและการได้รับรังสีจะเห็นได้ว่าปัจจัยดังกล่าวล้วนส่งผลให้สตรีมีแนวโน้มในการเกิดมะเร็งเต้านมที่สูงขึ้น แต่มีบางรายงานที่พบว่ามะเร็งเต้านมอาจเกิดได้ในสตรีทุกคน ทั้งในสตรีที่มีปัจจัยเสี่ยง

หรือไม่มีก็ได้ ซึ่งร้อยละ 70 ของสตรีที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้ (สุภาพร มหาวรรณ 2544) ดังนั้น สตรีทุกคนควรให้ความสำคัญต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

1.6 อาการของโรคมะเร็งเต้านม

ก้อนที่เต้านมเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดของโรคมะเร็งเต้านมโดยมะเร็งในระยะเริ่มต้นจะไม่มีอาการเจ็บหรือปวด เมื่อก้อนโตขึ้นจะทำให้เกิดอาการดังต่อไปนี้

1.6.1 คลำพบก้อนที่เต้านมหรือใต้รักแร้

1.6.2 มีการเปลี่ยนแปลงของขนาดเต้านม

1.6.3 มีน้ำไหลออกจากหัวนมหรือเจ็บ หัวนมถูกรั้งเข้าไปในเต้านม

1.6.4 ผิวที่เต้านมจะมีลักษณะขรุขระเหมือนเปลือกส้ม

1.7 การวินิจฉัยก้อนที่เต้านม

การวินิจฉัยหาสาเหตุของก้อนแพทย์จะซักประวัติเกี่ยวกับก้อนประวัติครอบครัว ประวัติสุขภาพทั่วไป หลังจากนั้นแพทย์จะตรวจ

1.7.1 **การคลำก้อน (Palpation)** โดยแพทย์จะคลำขนาดของก้อน ลักษณะของก้อนแข็งหรือนิ่ม ผิวขรุขระหรือเรียบ ขยับเคลื่อนไหวได้หรือไม่ ต่อม้าน้ำเหลืองใต้รักแร้โตหรือไม่

1.7.2 **การถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammography)** เป็นข้อมูลเพื่อช่วยในการวินิจฉัยนอกจากใช้ค้นหามะเร็งแล้วยังใช้บอกลักษณะของก้อนผิดปกติที่อาจพบได้

1.7.3 **การตรวจเต้านมด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound)** เป็นการตรวจเพื่อเสริมความแม่นยำ โดยเฉพาะถ้ามีก้อนในเต้านม การตรวจวิธีนี้จะแยกได้ว่าก้อนนั้นเป็นถุงน้ำ (Cyst) หรือก้อนเนื้อ (Solid Tumor)

1.7.4 **การเจาะดูดเซลล์ (Aspiration)** การใช้เข็มเจาะดูดเอาน้ำออกและส่งหาเซลล์มะเร็งในกรณีที่ก้อนเนื้อนั้นเป็นของเหลว

1.7.5 **การเจาะชิ้นเนื้อ (Core Needle Biopsy)** การใช้เข็มเจาะชิ้นเนื้อส่งพยาธิวิทยาเพื่อหาเซลล์มะเร็ง เหมาะที่จะทำในรายที่เนื้องอกอยู่ตื้น และมีขนาดค่อนข้างโต โดยมากควรโตมากกว่า 2 เซนติเมตรขึ้นไป ก้อนยิ่งโต ความไว (Sensitivity) ของการตรวจวิธีนี้จะยิ่งสูง โดยถ้าก้อนโตมากกว่า 2.5 เซนติเมตร ความไว (Sensitivity) มักเกินร้อยละ 90 การตรวจวิธีนี้ผลบวกหลง (False Positive Result) พบน้อยมาก แต่อาจมีข้อผิดพลาดการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Error) จากการทำการเจาะชิ้นเนื้อได้ ดังนั้นถ้าผลเป็นลบ (Negative Finding) แนะนำให้ทำผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อ (Surgical Biopsy)

1.7.6 การผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อ (Surgical Biopsy) เป็นการผ่าเอาก้อนเนื้อออกและส่งตรวจทางพยาธิวิทยา อาจเป็นการผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อบางส่วน (Incisional Biopsy) หรือการผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อทั้งก้อน (Excisional Biopsy) โดยขึ้นอยู่กับขนาดของเนื้องอกในกรณีที่ก้อนมีขนาดเล็กตั้งแต่ 1-2 เซนติเมตร ลงมาก็ควรจะทำ การผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อทั้งก้อน จะทำให้มีชิ้นเนื้อพอสำหรับการตรวจ ถ้าผลทางพยาธิวิทยาออกมาเป็นก้อนเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง (Benign) ก็สามารถเป็นการรักษาไปด้วย ถ้าผลเป็นมะเร็ง (Malignant) ก็จะต้องรักษาแบบมะเร็งเต้านมต่อไป ในกรณีที่ก้อนมีขนาดใหญ่ก็มักจะทำ การผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อบางส่วน เพื่อการวินิจฉัยมากกว่าที่จะพยายามทำการผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อทั้งก้อน

1.8 การป้องกันมะเร็งเต้านม

ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีที่แน่นอนในการป้องกันมะเร็งเต้านม ดังนั้นการป้องกันมะเร็งเต้านมที่ดีที่สุด คือการค้นหาความผิดปกติของเต้านมตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ร่วมกับการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดมะเร็งเต้านมให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ 2547) ด้วยวิธีดังนี้

1.8.1 ป้องกันโดยการปรับเปลี่ยนในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Life Style Modification)

1) **เปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร** เช่น ลดอาหารเนื้อสัตว์ ลดอาหารไขมันสูง เนื่องจากอาหารทั้งสองชนิดนี้เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม โดยจากการศึกษาพบว่าคนที่กินเนื้อสัตว์ แอมเบอร์เกอร์ เบคอน ที่ทำให้สุกมาก จะมีอัตราเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านม (Odds Ratios) มากกว่าคนทั่วไป 4.62 เท่า

2) **เลือกรับประทานอาหารที่อาจมีส่วนในการป้องกันการเป็นมะเร็งเต้านม** ได้แก่ อาหารจำพวกถั่วโดยเฉพาะถั่วเหลือง ผักและผลไม้ที่มีแคโรทีนอยด์ (Carotenoids) วิตามินซีสูง และ วิตามินอีสูง เพราะสารอาหารเหล่านี้มีคุณสมบัติเป็นแอนติออกซิแดนต์ (Antioxidant) ซึ่งจะช่วยลดการเป็นมะเร็งเต้านมได้ นอกจากนี้ยังมีบางการศึกษาพบว่า หัวหอม หัวกระเทียม น้ำมันมะกอก ไข่ มะเขือเทศ และชาเขียว อาจช่วยลดการเป็นมะเร็งเต้านมได้

3) **ควบคุมน้ำหนัก** มีหลายรายงานการศึกษาที่แสดงว่าความสูงและน้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านม เช่น โคแซนคซิค (Kochanczyk 1982) พบว่า คนที่มีดัชนีมวลกาย (BMI : Body Mass Index) สูงเมื่อเทียบกับดัชนีมวลกายต่ำ จะเพิ่มอัตราเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม 2.08 เท่า

4) **ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ** เพราะการออกกำลังกายจะทำให้จำนวนครั้งของประจำเดือนที่มีไข่ตกลดลง ดังนั้นจำนวนโปรเจสเตอโรนและเอสโตรเจนที่อยู่ในร่างกาย ก็อาจจะลดน้อยลงทำให้อัตราการเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมก็อาจจะลดลง นอกจากนี้ในคนที่ออกกำลังกาย

กำลังกายจำนวนไขมันจะน้อย ซึ่งไขมันจะเป็นต้นกำเนิดของเอสโตรเจนและเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม ดังนั้นเมื่อไขมันน้อยก็จะลดอัตราเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมลงได้

5) **งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์** เพราะแอลกอฮอล์จะไปลดการทำงานของหรือสร้างเอสโตรเจนในร่างกาย นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังมีคุณสมบัติเป็นโคคาร์ซิโนเจน (Cocarcinogen) โดยทำให้สารก่อให้เกิดมะเร็ง (Carcinogen) ผ่านผนังเซลล์ได้ง่ายขึ้นปกป้องการทำลายสารที่ก่อมะเร็งหรือกระตุ้นสารที่จะกลายไปเป็นสารก่อมะเร็ง (Procarcinogen)

6) **ให้เตรียมอาหารและเก็บอาหารอย่างปลอดภัย** เพราะการเตรียมอาหารที่สด สะอาดและเก็บอาหารอย่างมิดชิดและถูกวิธีจะทำให้อาหารไม่บูดเน่าหรือมีการปนเปื้อนจากเชื้อโรค ซึ่งเมื่อรับประทานเข้าไปร่างกายอาจสะสมเป็นสารก่อมะเร็งได้

1.8.2 แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

จากการศึกษาข้อมูลทั้งในและต่างประเทศของคณะทำงานประเมินเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านมระยะแรก ซึ่งได้มีการประชุมระดมความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญรวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องทางด้านนี้ ได้สรุปแนวทางในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ดังนี้ (อาคม ชัยวิวัฒน์ และคนอื่นๆ 2555)

วิธีการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหามะเร็งเต้านม มีอยู่ 3 วิธี ได้แก่

- 1) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (breast self examination: BSE)
- 2) การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม (clinical breast examination: CBE)
- 3) การตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammography)

การตรวจคัดกรองหมู่มาก (Mass screening) จากข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่ในปัจจุบัน วิธีที่ดีที่สุดและคุ้มค่าที่สุดในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เป็นแบบการตรวจคัดกรองหมู่มากสรุปตามกลุ่มอายุได้ดังนี้

1. ผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

ควรเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง และควรจะต้องได้รับการบอกถึงประโยชน์ และข้อจำกัดของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งได้รับการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง และหากมีอาการที่สงสัยควรมีการตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม

2. ผู้หญิงที่มีอายุ 40 - 69 ปี และไม่มีอาการ

นอกจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำแล้ว ควรได้รับการตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม ทุก 1 ปี

3. ผู้หญิงที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในผู้หญิงกลุ่มนี้ให้พิจารณาเป็นรายบุคคล โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของประโยชน์และอันตรายเสี่ยงของการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านมในเรื่องของสภาวะสุขภาพในขณะนั้นและการมีชีวิตอยู่ต่อไป (life expectancy)

ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ได้มีผลต่อการลดอัตราตาย แต่ก็ถือว่าเป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ประหยัดที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย และเป็นการสร้างความตระหนักให้กับผู้หญิงไทยให้มีความสนใจกับสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ผู้หญิงโดยทั่วไปควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ คือ การตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะแรก ข้อจำกัดในกลุ่มสตรีที่มี เนื้อเต้านมหนาแน่น(Dense breast) และการแปลผลผิดพลาดร้อยละ 10-30 และข้อพึงระวังที่เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมประจำ (regular screening) จากการดึงดูดทับและปริมาณรังสีจำนวนน้อยที่ได้รับ

การตรวจคัดกรองโดยสมัครใจ(Voluntary screening)แบ่งเป็นผู้หญิงทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงดังนี้

1. ผู้หญิงทั่วไป

1.1 ผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

ควรเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง และควรจะต้องได้รับการบอกถึงประโยชน์ (benefit) และข้อจำกัดของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งได้รับการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง และควรมีการตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม อย่างน้อยทุก 3 ปี

1.2 ผู้หญิงที่มีอายุ 40 – 69 ปีขึ้นไป และไม่มีอาการ

นอกจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำแล้ว ควรตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม ทุก 1 ปี และตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (mammography) ทุก 1 – 2 ปี ถ้าสถานบริการมีความพร้อมที่จะตรวจได้

1.3 ผู้หญิงที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในผู้หญิงกลุ่มนี้ให้พิจารณาเป็นรายบุคคล โดยพิจารณาถึงสภาวะสุขภาพในขณะนั้นและการมีชีวิตอยู่ต่อไป (life expectancy)

2. กลุ่มเสี่ยง (high risk)

ผู้หญิงกลุ่มนี้ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเหมือนกับกลุ่มผู้หญิงทั่วไปแต่ควรจะต้องเริ่มตรวจเร็วขึ้น เช่น ในกรณีที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมที่อายุน้อยกว่า 40 ปี ควรทำการตรวจคัดกรอง เมื่ออายุที่ญาติเป็นมะเร็งเต้านมลบออกอีก 5 ปี และควรตรวจทุก 1 ปี

กลุ่มเสี่ยง (high risk) ได้แก่

2.1 ผู้ที่มีประวัติญาติสายตรง ได้แก่ มารดา พี่สาว/น้องสาว และบุตร เป็นมะเร็งเต้านม หรือมะเร็งที่รังไข่

2.1 ผู้ที่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมแล้วหนึ่งข้าง

2.3 ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงบริเวณหน้าอก ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Hodgkin's disease หรือ non- Hodgkin lymphoma) เป็นต้น

2.4 ผู้ที่มีประวัติทำผ่าตัดก้อนเต้านมแล้วผลชิ้นเนื้อเป็นชนิดที่สามารถเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งเต้านมได้ภายหลัง (Atypical Ductal Hyperplasia)

2.5 ผู้ที่ได้รับประทานฮอร์โมนเสริมทดแทนวัยหมดประจำเดือนเป็นประจำเกิน 5 ปี

1.9 การรักษาโรคมะเร็งเต้านม

วิธีการรักษามะเร็งเต้านม หลักการรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบัน ใช้หลักการรักษาโดยอาศัยระยะของการเกิดโรคเป็นสำคัญและในการเลือกวิธีการรักษามะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย การรักษาจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อรักษาในระยะเริ่มแรกของโรค หากเป็นระยะท้ายๆ ของโรคผลการรักษาก็ไม่ดี การรักษามะเร็งเต้านมสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ (ดรุณี บุญยืน เวทวัฒน์ 2538)

1.9.1 การรักษาเฉพาะที่ด้วยการผ่าตัดและการฉายรังสีรักษา

1) การผ่าตัด ซึ่งประกอบไปด้วย

(1) การผ่าตัดที่เต้านม ซึ่งได้แก่ การตัดเต้านมทั้งข้าง (Mastectomy) ซึ่งอาจทำร่วมกับการเสริมสร้างเต้านม (Breast reconstruction) ในคราวเดียวกันและการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Breast Conservative Surgery)

(2) การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ซึ่งได้แก่ การผ่าตัดเพื่อตรวจต่อมน้ำเหลืองเซ็นติเนล (Sentinel Lymph Node Biopsy) และการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ทั้งหมด (Axillary Lymph Node Dissection)

2) การฉายรังสีรักษา ใช้ป้องกันการเกิดมะเร็งซ้ำใหม่หลังผ่าตัด ช่วยลดขนาดของก้อนมะเร็งได้

1.9.2 การรักษาทั่วร่างกาย

- 1) การให้เคมีบำบัด เพื่อลดการเกิดมะเร็งซ้ำใหม่และเพิ่มอัตราการรอดชีวิต
- 2) การรักษาทางฮอร์โมน พบว่า ฮอร์โมนเพศหญิงมีส่วนกระตุ้นให้มะเร็งโตขึ้น ดังนั้นการให้สารต้านฮอร์โมนหรือตัดรังไข่ออก พบว่าทำให้ก้อนมะเร็งเล็กลง หรือป้องกันการเกิดมะเร็งซ้ำใหม่และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้

การรักษามะเร็งเต้านมจะง่ายหรือซับซ้อนขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็งเต้านม โดยถ้าเป็นระยะแรกเริ่มการรักษาหวังผลหายขาดสูง มีโอกาสเป็นซ้ำต่ำ อัตราการรอดชีวิตสูง และโอกาสที่จะมีคุณภาพจากการรักษาที่น้อยกว่าระยะลุกลามซึ่งมีโอกาเป็นซ้ำสูง อัตราการรอดชีวิตต่ำ และโอกาสที่จะมีคุณภาพจากการรักษาที่สูงกว่าเช่น ต้องได้รับการฉายแสง หรือรับยาเคมีบำบัดเป็นจำนวนมาก เป็นต้น โดยสรุปถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมมาพบแพทย์ที่เร็วขึ้นทำให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมได้เร็วขึ้นเป็นผลให้ตรวจพบระยะแรกเริ่ม ซึ่งจะนำไปสู่ผลการรักษาที่ดีขึ้น ไม่ซับซ้อน ไม่เสียค่าใช้จ่ายมาก มีโอกาสเป็นซ้ำต่ำ อัตราการรอดชีวิตสูง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

2.1 ความหมายของสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

สุขภาพ โดยทั่วไปคือ สุขภาพดี (Health) หมายถึง การที่บุคคลมีสุขภาพกาย สุขภาพทางจิตและคุณภาพชีวิตที่ดีไม่ถูกรบกวนด้วยโรคภัยไข้เจ็บหรือภาวะทุพพลภาพ (WHO 2006) เป็นภาวะที่เต็มด้วยศักยภาพของบุคคล กล่าวคือเป็นภาวะที่บุคคลและครอบครัวมีสภาพทางร่างกายและทางจิตสมบูรณ์ที่สุด นอกจากนั้น สุขภาพดี หมายถึง ภาวะของร่างกายที่ปลอดจากโรคภัยไข้เจ็บและมีความสมบูรณ์ของร่างกายด้วย ดังนั้นการมีสุขภาพที่ดีจึงต้องหมายถึง การที่ปัจเจกบุคคลมีชีวิตอยู่ด้วยศักยภาพของตน ทำหน้าที่ของตนทั้งทางกายทางจิตทางสังคม โดยมีผลบวกต่อตน ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ มีข้อแตกต่างตามมิติของการมองในด้านต่างๆ เช่น ในมิติการมองด้านสังคมศาสตร์

พฤติกรรมสุขภาพ มีผู้ให้คำนิยามไว้ ดังต่อไปนี้

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด

สมทรง รักษาเผ่า และสงวนภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2540) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรม สุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงภายในที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัด ได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกริยาภายในตัวบุคคลทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่ เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบ ตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัด ได้ด้วยเครื่องมือต่างๆของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำซึ่งปรากฏให้บุคคล อื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทาง หรือคำพูดที่แสดงออกไม่ว่าจะเป็น น้ำเสียง สีหน้า

สุชาติ โสมประยูร และคนอื่นๆ (2545) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งในด้านความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติและทักษะโดยเน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2549) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มนุษย์แสดงออกในด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ ซึ่งสามารถจะสังเกตหรือวัดได้โดยตรงและทางอ้อม พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติที่สังเกตได้ เช่น หลีกเลี้ยงการสูบบุหรี่ การดัดเครื่องดัดที่มีแอลกอฮอล์ การรักษาสุขภาพฟัน การมาตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพจึงหมายถึง การกระทำใดๆ ก็ตามที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ให้มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจและสังคม ปลอดภัย ไร้เจ็บ ซึ่งควรจะต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นประจำในชีวิตประจำวัน

2.2 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

จินดา บุญช่วยเกื้อกุล (2548) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพคนได้ 3 ประเภท ดังนี้

2.2.1 พฤติกรรมการการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่กระทำในภาวะปกติ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายเป็นประจำ การไม่สูบบุหรี่หรือเสพสิ่งเสพติด การพักผ่อนที่เหมาะสมกับ สภาพตนเอง และอีกลักษณะหนึ่งคือ พฤติกรรมการป้องกันโรคและอุปนิสัยต่างๆ เช่น การไปตรวจร่างกายเป็นประจำปี การฉีดวัคซีนหรือรับวัคซีนหรือสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ เป็นต้น

2.2.2 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อรู้สึกว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง เช่น เมื่อรู้สึกปวดท้อง บุคคลอาจมีพฤติกรรมต่อการปวดท้องได้หลายลักษณะ เช่น อาจเพิกเฉยเพื่อรอดูอาการต่อไป หรืออาจปรึกษาบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับความผิดปกติของตน หรืออาจไปแสวงหาการรักษาพยาบาล เช่น ไปซื้อยามารับประทานหรือไปพบแพทย์ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยจำแนกออกได้ 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นขั้นของการรับรู้ (Preceive) ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น และระยะที่สอง คือ ระยะที่มีพฤติกรรมตอบสนอง (Take Action) กับความผิดปกตินั้นๆ

2.2.3 พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้รับผลการวินิจฉัยแล้ว เป็นพฤติกรรมที่ทำตามคำสั่งหรือคำแนะนำของผู้ให้การรักษา เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น เช่น แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหวัด ต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง พักผ่อนมากๆ รักษาร่างกายให้อบอุ่น ไม่ดื่มน้ำเย็นหรือ หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรคมีมากขึ้น

สำหรับการศึกษานี้เน้นพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยคือ การปฏิบัติเมื่อพบว่ามีความผิดปกติโดยจะมาพบแพทย์เร็วหรือช้า ในขณะที่เดียวกันก็มีการวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2.3 พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรค

พฤติกรรมเป็นสิ่งที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม ในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งทั้งภายในร่างกายที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้และภายนอกในร่างกายที่สามารถสังเกตเห็นได้ ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะต้องมีสาเหตุอาจมีเพียงสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุก็ได้ รวมทั้งอาจทำให้เกิดพฤติกรรมเดียวกันหรือต่างกันได้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต 2536) อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ผู้วิจัยขอให้ความหมายของพฤติกรรมการมาพบแพทย์ เป็นพฤติกรรมสุขภาพ

นั่นเองเพราะตามความหมายของพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่วๆ ไป แต่มุ่งเน้นเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งได้มีผู้ให้คำนิยามไว้ดังต่อไปนี้

คาส์และคอบบ์ (Kasl and Cobb 1976) ให้ความหมายว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่เชื่อว่าตัวเองมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคค้นหาโรคก่อนที่จะมีอาการของโรค

แฮร์ริสและคนอื่นๆ (Harris and others 1996) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะของพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพ (Health-Protection Behavior) ว่าเป็นพฤติกรรมในลักษณะของบุคคลที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจเป็นกิจกรรมที่ปัจเจกบุคคลปฏิบัติไม่ว่าบุคคลนั้นๆ จะรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าเป็นอย่างไรหรืออยู่ในสภาวะใดโดยมีจุดมุ่งหมายของการกระทำพฤติกรรม เพื่อการปกป้องส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งภาวะดังต่อไปนี้

1. การปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อรักษาสุขภาพโดยทั่วๆ ไป
2. การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ได้แก่ การปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและลดความรุนแรงจากการบาดเจ็บ
3. การปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การตรวจร่างกายประจำปี การตรวจสุขภาพฟัน เป็นต้น
4. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพที่มีมลพิษ การหลีกเลี่ยงอาชญากรรม
5. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงสารที่มีอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา เป็นต้น

แพนเดอร์ (Pander 1987) ระบุว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี โดยรวมหรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมป้องกันโรคนั้น มุ่งระวังไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น

โกชแมน (Gohman 1988) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นคุณสมบัติหรือลักษณะต่างๆ ของบุคคล ซึ่งได้แก่ ความเชื่อความคาดหวังแรงจูงใจ ค่านิยมการรับรู้และองค์ประกอบอื่นๆ ซึ่งได้แก่ ความรู้ บุคลิกภาพส่วนบุคคล รวมทั้งภาวะความรู้สึกอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย พฤติกรรมการแสดงออก การปฏิบัติและนิสัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี การฟื้นฟูสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

พาแลงค์ (Palank 1991) ให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพและความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองโดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคส่วนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับสภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น

กิตินันท์ สิทธิชัย (2540) ให้ความหมายว่า เป็นการแสดงออกที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจนเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกายลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยา เป็นต้น รวมทั้งสิ่งที่สังเกตไม่ได้ เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้ การรับรู้ เป็นต้น ดังนั้นคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมใดๆ ของบุคคลหรือการกระทำของบุคคลที่กระทำด้วยความสมัครใจในภาวะที่บุคคลมีสุขภาพดีหรือไม่เจ็บป่วยทั้งที่สังเกตเห็นได้และไม่ได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพนั่นเอง พฤติกรรมสุขภาพจำแนก ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวมหรือมุ่งให้ครอบครัวหรือชุมชนมีสุขภาพดี

2. พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งระวังไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาหนึ่งปัญหาใดเป็นการขัดขวางกระบวนการเกิดโรค รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงลดการเกิดการบาดเจ็บและความพิการและแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ พฤติกรรมป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ ซึ่งได้แก่ การไปรับภูมิคุ้มกัน การตรวจทางพันธุกรรมและการสืบค้นหาโรค รวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การรัดเข็มขัดนิรภัย การใส่หมวกกันน็อค การปฏิบัติตามกฎจราจรและการป้องกันอุบัติเหตุขณะทำงาน เป็นต้น

ดังนั้นจากทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคที่นำมาใช้กับการศึกษาครั้งนี้คือเมื่อผู้ป่วยตรวจพบก้อนที่เต้านม ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ดีก็ควรมีพฤติกรรมที่มาพบแพทย์ที่ดีไปด้วย

3. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE Framework

PRECEDE Framework หรือ PRECEDE model เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Multiple Causality Assumption) มีสมมุติฐานว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัย และการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเสียก่อนโดยอาศัยกระบวนการและวิธีการต่างๆ รวมกัน เพื่อการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ คำว่า PRECEDE ย่อมาจาก Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยหลักหรือปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อและปัจจัยเสริมในการวินิจฉัย และประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม PRECEDE Framework พัฒนาโดย Green ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ในการประเมินผลโครงการสุขภาพ ซึ่งเป็นที่ตระหนักดีว่าข้อจำกัดของการดำเนินงานสุขภาพ คือ การวางแผน ส่วนใหญ่มักเป็นลักษณะของแผนกิจกรรมหรือแผนปฏิบัติการ ส่วนการประเมินผลมักจะเน้นการประเมินผลกิจกรรมหรือประเมินปัจจัยนำเข้าเป็นหลัก ซึ่งทำให้ไม่สามารถจะปรับปรุงหรือพัฒนาดำเนินงานสุขภาพให้บรรลุได้อย่างแท้จริง ปัญหาดังกล่าวเป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้งานสุขภาพไม่เป็นที่ยอมรับเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาสุขภาพและแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ต่อมา Green and Kreunter (1991) ผู้ร่วมงานในมหาวิทยาลัย JOHN HOPKINS ได้พัฒนา PRECEDE Framework สำหรับนำมาใช้ในการวิจัย และประเมินผลโครงการสุขภาพ และโครงการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ อย่างกว้างขวาง การใช้ PRECEDE Framework เป็นกระบวนการวิเคราะห์การดำเนินงานในลักษณะโครงการเริ่มต้นจากเป้าหมายหรือสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพิจารณาย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร ทำไมหรือสาเหตุมาจากอะไร กล่าวคือ เป็นกระบวนการที่วิเคราะห์ย้อนกลับว่า สิ่งที่เป็นอยู่นั้นมีองค์ประกอบ หรือปัจจัยนำอะไรบ้าง ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ หรือสภาพดังปรากฏแล้ว จึงนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการวางแผนเพื่อดำเนินการแก้ไขพฤติกรรมให้ถูกต้องต่อไป (จริยา ปันจวงกูร 2549)

ขั้นตอนและกระบวนการของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE Framework

ดังที่ได้กล่าวข้างต้นการดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE Framework

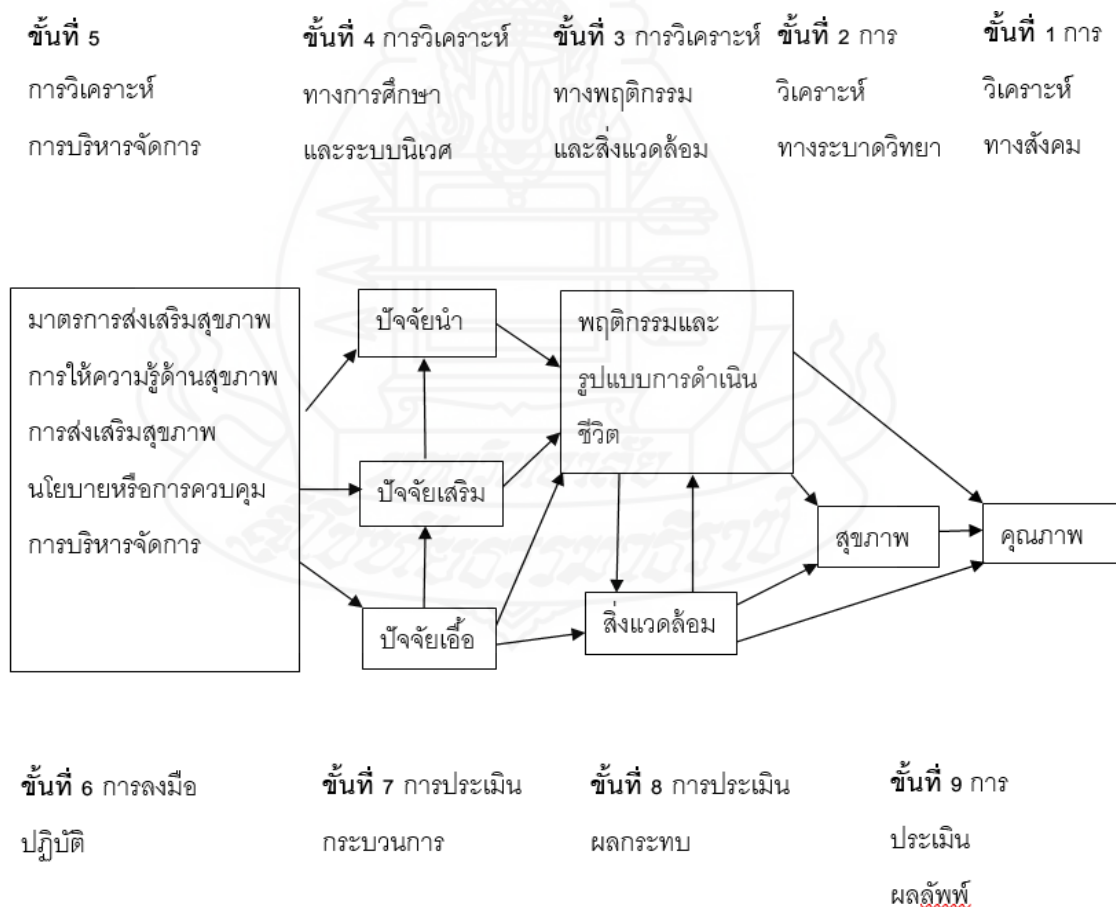
นับเป็นการเริ่มจากผล (Output) ได้แก่ สภาวะสุขภาพย้อนกลับไปที่สาเหตุ (Input)

ได้แก่ ปัจจัย หรือสาเหตุของปัญหาสุขภาพ ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 การดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE Framework

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE สามารถนำไปใช้ในโครงการสาธารณสุขต่างๆ เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามกระบวนการที่กำหนด 7 ขั้นตอน โดยเริ่มจากการวินิจฉัยคุณภาพชีวิต ปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพก่อน จากนั้นจึงมาพิจารณาวางแผนโครงการ โดยเลือกวิธีที่เหมาะสมพร้อมทั้งพิจารณาป้องกันและแก้ปัญหาอุปสรรคทางด้านการบริหารที่จะเกิดขึ้น และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลการดำเนินงานโครงการเป็นระยะๆ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้แต่ละขั้นตอน ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 แสดงกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE Framework (Green and Kreuter 1991)

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Social Diagnosis)

การวินิจฉัยทางสังคม เป็นการดำเนินงานขั้นแรกของกระบวนการสุขศึกษาตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการวางแผนสุขศึกษา ในขั้นนี้เน้นการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิต โดยการประเมินปัญหาต่างๆ ของกลุ่มประชากร หรือชุมชนว่าลักษณะและปัญหาต่างๆ ในสังคม หรือชุมชนที่เป็นเป้าหมายของการดำเนินการเป็นอย่างไร ปัญหาต่างๆ ที่มีมาแต่อดีตที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตเป็นไปได้ในลักษณะใด มีขอบเขต และความรุนแรงของปัญหาแค่ไหน ปัญหาเหล่านั้นมีความเกี่ยวพันซึ่งกันและกันอย่างไรบ้าง ซึ่งปัญหาต่างๆ ที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้ระดับคุณภาพชีวิตของประชากร ทั้งนี้เนื่องจากคุณภาพกับสังคม และคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมากในลักษณะ 2 ทิศทาง คือ ปัญหาสุขภาพมีผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสังคมและคุณภาพชีวิต ในขณะเดียวกันกับคุณภาพชีวิตและสังคมก็มีต่อสุขภาพ ดังนั้นปัญหาต่างๆ ที่ประเมินได้ย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาสุขภาพ การวินิจฉัยสังคมมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 6 ประการ คือ

- 1.1 เพื่อวิเคราะห์หาสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตในประชากรเป้าหมาย
- 1.2 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ปรากฏอยู่ในสังคมโดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่และข้อมูลที่ได้ศึกษาโดยวิธีการต่างๆ
- 1.3 เพื่อกำหนดวาระของปัญหาสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- 1.4 เพื่อหาเหตุผลโดยละเอียดสำหรับชี้วัดให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่วิเคราะห์แล้ว
- 1.5 เพื่อหาเหตุผลที่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานสุขภาพศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาสังคมนั้นๆ
- 1.6 เพื่อหาเหตุผลที่ชัดเจนสำหรับใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการประเมินโครงการในเชิงเศรษฐกิจ

สรุป การวินิจฉัยสังคมสามารถจะกระทำได้ในหลายลักษณะเดียวกัน เช่น โดยการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล และเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นไป และปัญหาสังคมของกลุ่มเป้าหมายที่สามารถจะหาได้จากแหล่งต่างๆ หรือจากการสำรวจชุมชนโดยตรง นอกจากนี้ยังสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้จากการใช้เทคนิคต่างๆ ด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Epidemiological Diagnosis)

การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด เป็นการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคมหรือมีผลกระทบมาจากปัญหาสังคมว่ามีปัญหาสุขภาพหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอะไรบ้างที่เป็นปัญหาสำคัญของสังคมหรือกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่แล้วทางวิทยาการระบาด หรือข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมเพิ่มขึ้นใหม่โดยวิทยาการต่างๆและวิเคราะห์ตามหลักการทางด้านวิทยาการระบาดข้อมูลทางด้านวิทยาการระบาดจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค และภาวะสุขภาพ ความชุกของโรคหรือการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพการกระจายของการเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพ (วิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่และเวลา) ตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการกระจายในลักษณะที่เป็นอยู่ (วิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล สิ่งที่ทำให้เกิดโรคและสภาพแวดล้อม) การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจะช่วยให้จัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงานและการกำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมโดยทั่วไปแล้ว ในแต่ละสังคมหรือในแต่ละกลุ่มเป็นเป้าหมายย่อมจะมีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อม สังคมเศรษฐกิจ และปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นอยู่การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพโดยละเอียดจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงาน ดังนี้ คือ

2.1 ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์โดยแนชดระหว่างปัญหาสุขภาพกับภาวะสุขภาพอื่นๆ และคุณภาพชีวิต

2.2 ทำให้เข้าใจถึงทิศทางของปัญหาสุขภาพ ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำหรับการกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา และเป็นแนวทางสำหรับการดำเนินงานสุขภาพศึกษาในโอกาสต่อไป

2.3 ช่วยให้สามารถกำหนดบทบาท และความรับผิดชอบของบุคลากรและหน่วยงานต่างๆ ได้อย่างชัดเจนในกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพนั้นถ้าหากว่ามีปัญหาสุขภาพหลายปัญหา ก็จำเป็นต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพได้ มีหลักเกณฑ์และแนวการพิจารณา ดังนี้

2.3.1 พิจารณาว่าปัญหาใดบ้างที่มีผลกระทบต่อประชากร หรือสังคมมากที่สุด ในแง่ของการสูญเสียชีวิต การสูญเสียจากการหยุดทำงาน ค่าใช้จ่ายในการพักผ่อน ความพิการที่เกิดขึ้นทั้งชั่วคราวและถาวร ปัญหาความยุ่งยากภายในครอบครัว และค่าใช้จ่ายที่ชุมชนหรือหน่วยงานต่างๆ จะต้องใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

2.3.2 ปัญหาใดบ้างที่เป็นอันตรายต่อกลุ่มประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเป็นพิเศษ เช่น เด็ก หรือแม่

2.3.3 ปัญหาใดที่มีเทคโนโลยีในการแก้ไขปัญหาลแล้ว และมีหน่วยงานต่างๆ รับผิดชอบและสามารถดำเนินการแก้ไขได้

2.3.4 ปัญหาใดทั้งที่ยังไม่มีหน่วยงานใดดำเนินการแก้ไขและมีความจำเป็น หรือเหตุผลอะไรที่ไม่ได้รับการดำเนินการแก้ไข

2.3.5 ปัญหาใดบ้างเป็นที่น่าสนใจของหน่วยงานที่จะดำเนินการแล้วส่งผลให้เห็นได้อย่างชัดเจนในแง่ของการทำให้สุขภาพดีขึ้นมีผลต่อเศรษฐกิจ หรือผลประโยชน์ของชุมชนโดยตรง

2.3.6 มีปัญหาใดบ้างที่จัดว่าเป็นปัญหาสำคัญของภูมิภาค และประเทศที่กำลังได้รับการดำเนินการแก้ไขปัญหาอยู่ในปัจจุบัน

สรุปได้ว่า การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด หรือการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพเป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมนั่นเอง บุคลากรสาธารณสุขส่วนมากมักไม่ได้เกี่ยวข้อง หรือดำเนินการแก้ไขปัญหาสังคมโดยตรง แต่จะวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพแต่ละปัญหากับปัญหาสังคม การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพอย่างละเอียดจะเป็นพื้นฐานสำหรับการวิเคราะห์พฤติกรรมของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE ในต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยทางพฤติกรรม (Behavioral Diagnosis)

การวินิจฉัยทางพฤติกรรมเป็นการวิเคราะห์หาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพ ที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 ปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องหรือมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคลและปัญหาสุขภาพที่มีได้เกี่ยวข้องหรือมีได้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคล ในขั้นตอนนี้จะทำการวิเคราะห์ว่าปัญหาสุขภาพอะไรบ้างที่มีพฤติกรรมของบุคคลเป็นองค์ประกอบของปัญหาไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม บทบาทของพฤติกรรมของบุคคลในการทำให้เกิดปัญหานั้นๆ เป็นไปในลักษณะใดมากน้อยแค่ไหน และมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่นๆ ในปัญหาเดียวกันหรือในปัญหาอื่นๆ อย่างไร ดังนั้นพฤติกรรมที่วิเคราะห์ได้ในขั้นตอนนี้ เป็นเป้าหมายสำคัญในการดำเนินงานที่จะต้องได้รับการเปลี่ยนแปลงโดยการกำหนดแนวทางและวิธีการเปลี่ยนแปลงได้ตามวัตถุประสงค์ โดยเฉพาะวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่กำหนด จะเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการบรรลุผลได้ อย่างไรก็ตามแม้การวินิจฉัยพฤติกรรมในขั้นตอนนี้จะมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมแต่ก็ควรจะได้พิจารณาถึงสาเหตุต่างๆ ที่ไม่ได้เป็นพฤติกรรมควบคู่กันไปด้วยการวิเคราะห์พฤติกรรมที่สำคัญมี 5 ขั้นตอนด้วยกัน ดังนี้

1. จำแนกปัญหาสุขภาพระหว่างปัญหาที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม และปัญหาที่มีได้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม
2. สสำรวจพฤติกรรมภายหลังจากที่ได้จำแนกปัญหาสุขภาพทั้ง 2 ประเภท ออกจากกันแล้วโดยทำการวิเคราะห์ในแต่ละปัญหาว่ามีพฤติกรรมอะไรบ้าง ทั้งที่เป็นปัจจัยของปัญหา
3. จัดลำดับความสำคัญของพฤติกรรม โดยวิเคราะห์จากพฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นปัจจัยของปัญหาว่าพฤติกรรมใดมีความสำคัญมากน้อยกว่ากันอย่างไรบ้าง กล่าวคือพฤติกรรม หรือการกระทำต่างๆ นั้นมีผลต่อการทำให้เกิดปัญหาต่างกันอย่างไรและเพียงใด
4. จัดลำดับพฤติกรรมตามสภาพของการเปลี่ยนแปลง โดยการวิเคราะห์ คว้าพฤติกรรมต่างๆ ที่ได้จัดลำดับความสำคัญไว้แล้วนั้น สามารถจะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายหรือยาก เพียงใดและโดยวิธีการอย่างไร
5. เลือกพฤติกรรมเป้าหมายโดยพิจารณาจากรายการพฤติกรรมที่ได้ จัดจำแนกตามความสำคัญ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลง โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรม ที่มีความสำคัญและสามารถจะเปลี่ยนแปลงได้มากที่สุด เป็นเป้าหมายหลักของการดำเนินงาน เป้าหมายรองลงไป ได้แก่ พฤติกรรมที่มีความสำคัญแต่เปลี่ยนแปลงได้ยาก และพฤติกรรมที่มี ความสำคัญในลำดับในลำดับรองลงไปแต่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายตามลำดับ

สรุปได้ว่า การวินิจฉัยทางพฤติกรรมเป็นการวิเคราะห์หาพฤติกรรม สุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพ ที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 ปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง หรือมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคลและปัญหาสุขภาพที่มีได้เกี่ยวข้อง หรือมีได้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคล

ขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยทางการศึกษา (Educational Diagnosis)

การวินิจฉัยทางการศึกษา เป็นการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ หรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกระบวนการสุศึกษาที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นจุดอ่อนของงานสุศึกษาที่ผ่านมาทั้งในอดีตและ ปัจจุบันตามหลักพฤติกรรมศาสตร์นั้น พฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีปัจจัยต่างๆ หลาย ประการ สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ลักษณะด้วยกัน คือ

4.1 ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยในการสร้าง แรงจูงใจให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยในตัวบุคคลได้รวมเอาสภาพการณ์ของแต่ละบุคคล ในด้านความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้ทางสุขภาพ ที่สัมพันธ์กันกับแรงจูงใจภายใน หรือกลุ่มคนที่จะนำไปสู่การกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ปัจจัยประเภทนี้เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลซึ่งส่วนใหญ่แล้ว มักจะได้รับจากการให้ความรู้การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการสร้างค่านิยมที่บุคคลได้รับทั้งในทางตรงและทางอ้อมหรือจากการเรียนรู้ด้วยตนเองปัจจัยดังกล่าวนี้ อาจจะช่วยเหลือขัดขวางยับยั้งการเกิด หรือการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมก็ได้แล้ว แต่ระดับและทิศทางของปัจจัยนำเข้าได้แก่

4.1.1 ความรู้โดยทั่วไปแล้วการเพิ่มความรู้ไม่จำเป็นจะต้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป เพียงแต่พบว่าความรู้และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันเท่านั้น แม้ว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคล และต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ อีกมากที่มีอิทธิพลมากต่อการเกิดแรงจูงใจของบุคคล ที่จะใช้ความรู้ที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจประพฤติ ปฏิบัติ หรือกระทำต่างๆ ได้

4.1.2 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นโดยทั่วไปแล้วได้รวมเอาความไม่เชื่อในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพเอาไว้ด้วย ความเชื่อมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเป็นอย่างมาก โดยจะเห็นได้จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่ง ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับความเชื่อของสุขภาพและพยากรณ์หรือคาดการณ์พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากแบบแผนความเชื่อของบุคคลนั้นๆ

4.1.3 ค่านิยมด้านสุขภาพและค่านิยมในด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล เป็นส่วนสำคัญของพฤติกรรมในบุคคลใดก็ตาม ถ้าค่านิยมต่างๆ สอดคล้องกันก็จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสูง แต่ถ้ามีการขัดแย้งกันของค่านิยมต่างๆ ก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่างๆ ดังนั้นในการดำเนินงานศึกษาจึงจำเป็นต้องพิจารณาหากลวิธีที่เหมาะสมที่จะสร้างค่านิยมทางสุขภาพหรือลดความขัดแย้งกันระหว่างค่านิยมทางสุขภาพกับค่านิยมในด้านอื่นๆ ให้มากที่สุด

4.1.4 ทัศนคติหรือเจตคติ หมายถึง แนวโน้มของจิตใจความรู้สึกที่คงที่ ที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด บุคคลหนึ่งบุคคลใดหรือสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใดเป็นผลมาจากประสบการณ์ และความเชื่อที่สะสมกันมา และผ่านการประเมินคุณค่าในลักษณะของดีหรือไม่ดีโดยบุคคลนั้นๆ แล้ว ทัศนคติทางสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในลักษณะของความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยมีการประเมินคุณค่าในเรื่องนั้นๆ ด้วยถ้าทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด เป็นในทิศทางใด พฤติกรรมหรือการกระทำจะเป็นทิศทางนั้น

4.2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เป็นปัจจัยสนับสนุน หรือยับยั้งให้เกิด ได้แก่ เกิดพฤติกรรม พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนด้านต่างๆ (ไม่ใช่ปัจจัยด้านบุคคล) ดังต่อไปนี้ คือ

4.2.1 ทักษะในการกระทำนั้น ซึ่งหมายถึงความสามารถในการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ การที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ในการกระทำต่างๆ ต้องอาศัยประสบการณ์และมีทักษะทางสุขภาพที่มากเพียงพอที่จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขึ้นได้

4.2.2 แหล่งทรัพยากรมีบริการ อุปกรณ์ตลอดจนสิ่งต่างๆ ที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมอยู่อย่างเพียงพอหาได้ง่าย

4.2.3 ความสามารถเข้าถึงบริการ หรือทรัพยากร เช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทาง ระยะทางการเสียเวลา การยอมรับ

4.3 ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นการเสริม หรือแรงกระตุ้นให้กระทำ เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือบุคคล หรือ กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น

4.3.1 สถานศึกษา ได้แก่ เพื่อน นักเรียน ครู บุคลากรอื่นในโรงเรียน พ่อ แม่ ผู้ปกครองบุคลากรอื่นในครอบครัว

4.3.2 ชุมชน ได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุขกลุ่มอ้างอิง

4.3.3 สถานพยาบาล ได้แก่ เพื่อนผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล บุคลากรอื่น ปัจจัยส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน การยกย่อง ชมเชย การให้กำลังใจ การเอาเป็นแบบอย่าง การดำเนินคดีเตียน การลงโทษ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การวางแผนการดำเนินงานจึงต้องพิจารณาวิเคราะห์ และใช้กลวิธีการสร้าง หรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ปัจจัยเสริมให้เกิดแรงจูงใจของบุคคล ให้เกิดการกระทำ หรือ เกิดพฤติกรรมเป็นอย่างมากการดำเนินงานตามขั้นตอนการวินิจฉัยทางการศึกษา คือ การพิจารณาว่าปัจจัยต่างๆ ที่เป็นลักษณะที่ต้องการได้ ถ้าได้มีการปรับปรุงแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงเสียใหม่ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์เลือกกลวิธีการทางการศึกษา (Selection of Strategies)

เมื่อได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ของกระบวนการสุศึกษาที่จะทราบได้ว่าจะต้องมีปัจจัยต่างๆ อะไรบ้าง มากน้อยแค่ไหนและในลักษณะใด จึงจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพได้พร้อมกัน ทั้งนี้ก็ทำการวิเคราะห์ถึงแนวทางและกระบวนการที่จะใช้ในการสร้างปัจจัยหรือเปลี่ยนแปลงปัจจัยตามกระบวนการดำเนินงานสุศึกษา เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงปัจจัยแต่ละอย่างต้องใช้กลวิธีที่แตกต่างกันออกไปและบางกรณีอาจจำเป็นต้องใช้กลวิธีในรูปแบบต่างๆ ผสมผสานกัน ดังนั้นการเลือกใช้กลวิธีทางการสุศึกษาที่ดีและเหมาะสมที่จำเป็นตามแนวความคิดการดำเนินงานสุศึกษาดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าขอบเขตสุศึกษามีไม่เพียงแต่การ

ให้หรือเผยแพร่ความรู้เท่านั้น แต่เป็นกระบวนการที่ครอบคลุมไปถึงการสร้างปัจจัยการสนับสนุน และการพัฒนาปัจจัยสร้างเสริมด้วย จึงมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วยตามกระบวนการสุขศึกษา ได้อย่างแท้จริง

ขั้นตอนที่ 6 การวินิจฉัยทางการบริหาร (Administrative Diagnosis)

เป็นขบวนการบริหารจัดการโครงการด้านสุขภาพ วิเคราะห์ประเมินปัญหา ด้านการบริหารจัดการ ด้านงบประมาณและปัจจัยต่างๆ ที่จะมีผลกระทบต่อ การดำเนินโครงการ ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการบริหารนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปัจจัยต่างๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการให้เหลือน้อยที่สุดและเพื่อส่งเสริมให้โครงการประสบผลสำเร็จและมีผลกระทบในด้านดีมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation)

การประเมินผลการดำเนินงานเป็นกระบวนการ ซึ่งแทรกอยู่ตามระยะต่างๆ ในกรอบแนวคิด PRECEDE ก็ได้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินงานที่ผสมผสานอยู่ในการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มวางแผน โดยกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของการประเมินในแต่ละขั้นตอนไว้แต่แรก และต่อเนื่อง นั่นคือการประเมินผลการดำเนินงานของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE เป็นการประเมินผลทุกระยะ

สรุป จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัยรวมกัน มิใช่เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE Framework มาใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรม การมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีโดยเน้นถึง ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยทางพฤติกรรม และขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยทางการศึกษา ซึ่งทำให้การศึกษานี้สามารถจำแนกตัวแปรต้นออกเป็นปัจจัยนำ คือ ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ปัจจัยเอื้อ คือ การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม และปัจจัยเสริม คือ สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ เพื่อนำไปสู่การศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาล สระบุรีต่อไป

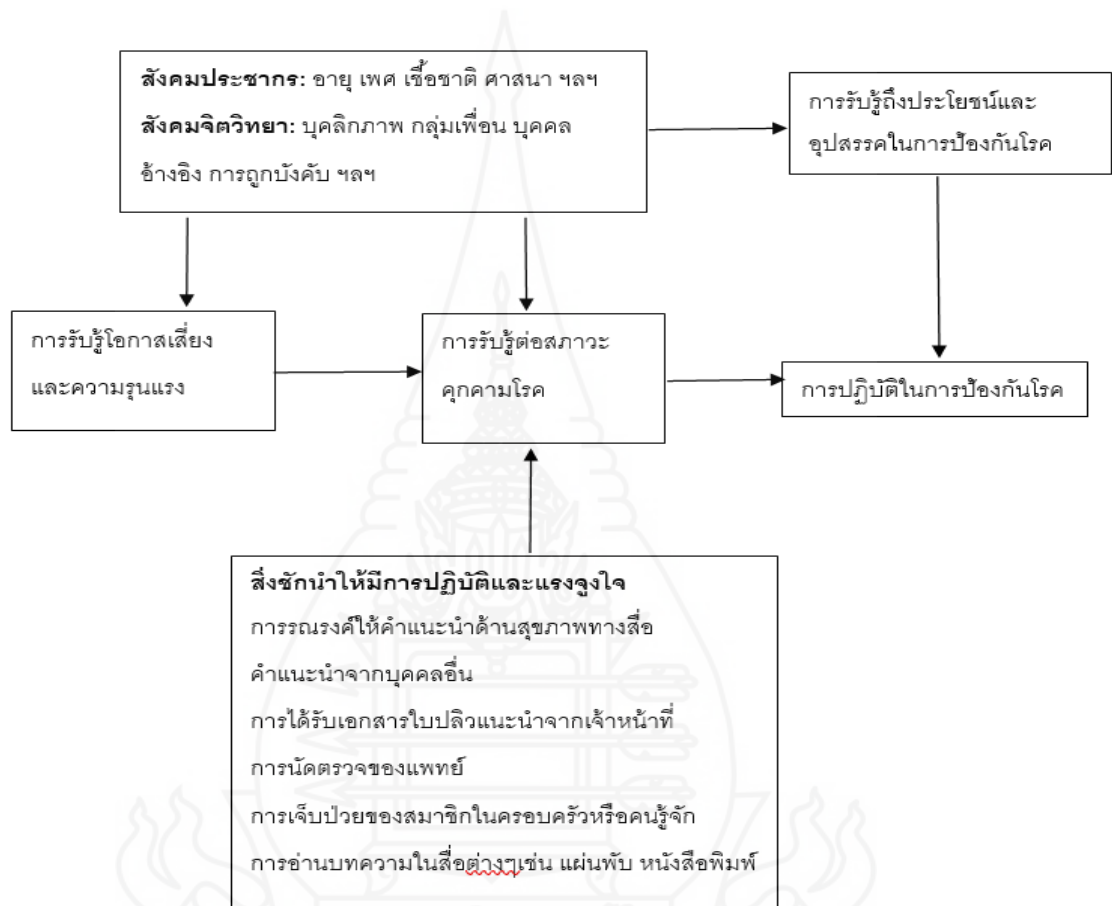
4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model หรือ HBM)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนที่ได้ระบุเอกลักษณ์ของแนวคิดรวบยอดที่เชื่อมโยงสนับสนุนการวัดในระดับบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบหนึ่งที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่อต้องการอธิบายว่าทำไม บุคคลจึงมีพฤติกรรมการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม เพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick-role Behavior) (จรรยา ปันตวงกูร, 2549) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับความเอาใจใส่และอื่นๆ (ประภา เพ็ญ สุวรรณ 2526) Rosenstock, Hochbaum, Kegeles and Leventhel เป็นบุคลากรกลุ่มแรกที่ได้ทำการศึกษาและนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายปัญหาสาธารณสุข ซึ่งแนวคิดในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีสถานะของ Kurt Lewin โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลว่าจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลจะเข้าใกล้หรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจ เพราะคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง (Rosenstock 1974) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของเขาและการปฏิบัตินั้น เกิดผล

ด้านการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงโรค โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยา
เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวดและความอาย เป็นต้น

ต่อมา Becker (1975) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบาย
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังภาพที่ 2.3



ภาพที่ 2.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker 1975)

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนาย
พฤติกรรมป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยมี 5 ประการ ดังนี้คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรง
ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและในภาวะการณ์เจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคล
จะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติ
ตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคล

ต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ ซึ่งมีรายงานการวิจัยหลายเรื่องให้การสนับสนุน ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของผู้ป่วย (Becker 1975)

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived Severity)

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค ที่มีผลต่อร่างกายซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ (Becker 1975) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่าง ปี ค.ศ.1974 ถึง 1984 พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเกิดโรค สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 36

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค (Perceived Benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย นอกจากนี้ Becker (1975) ได้สรุปผล การรักษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกันกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษในเรื่องต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สะดวกสบายหรือในการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ขัดกับการประกอบอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคและการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลโดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ อนามัยทั่วไป ความพอใจที่จนยอมรับค่านิยมร่วมมือและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อประสิทธิภาพ ในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำ ด้านสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือและความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ของเจ้าหน้าที่แรงจูงใจสามารถวัดได้จากความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ โดยทั่วไปความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำและการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพต่างๆ มีรายงานการวิจัยที่พบว่า มารดาของเด็กป่วยที่มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปของบุตร เช่น มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร มารดากลุ่มนี้จะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นอย่างดีและการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะมีการปฏิบัติในการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอว่ากลุ่มที่ไม่มีความตั้งใจในเรื่องดังกล่าว

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพด้วยเช่นเดียวกันได้มีการศึกษาและการวิจัยมากมายเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรค ทั้งนักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยาสังคม ในรูปแบบการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมทศนคติ การรับรู้ของบุคคลความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยด้านต่างๆ (Becker 1975) จึงได้มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคและได้มีการยอมรับจากบุคคลทั่วไป

ความเชื่อจะเป็นการตัดสินใจของคนที่มีต่อการกระทำหรือปรากฏการณ์ใดๆ ก็ตามว่าเป็นความจริงถูกต้องหรือไม่และความจริงจะเป็นสิ่งที่ใช้แสดงออก เพื่อเป็นในระยยะแห่งความเชื่อถือนั้น ซึ่งจากที่กล่าวมา แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาและประเมินจากผู้เขียนหลายคน ซึ่งได้พยายามอธิบายและทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในลักษณะของความเชื่ออย่างแท้จริงของบุคคล ซึ่ง Green and Kreuter (1991) ได้กล่าวว่า แบบแผนความเชื่อนี้มีข้อสันนิษฐาน (Assumption) ดังนี้คือ

1. บุคคลต้องเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคที่ไม่ปรากฏอาการชัดเจน เช่น มะเร็ง ความดันโลหิตสูง บุคคลจะต้องเชื่อว่าเขาสามารถเป็นโรคได้โดยที่ยังไม่รู้สึกรู้ว่ามีอาการ

2. บุคคลต้องรับรู้ถึงศักยภาพ (Potential) ของความรุนแรงของอาการที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นโรคในลักษณะการเจ็บป่วย ความไม่สุขสบาย เสียเวลาทำงาน เสียเงินทอง เสียหน้า อับอาย และอื่นๆ ตามความกลัวของตนซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความรุนแรงเชิงทฤษฎีก็ได้

3. จากการประเมินสภาพแวดล้อม บุคคลต้องเชื่อว่าถ้าได้รับการเสนอแนะจะเกิดผลประโยชน์ขึ้นแก่ตนเองแน่ ดังนั้นบุคคลจึงมีการประเมินเปรียบเทียบทุกๆ สิ่งที่ตนเอง ต้องลงทุน และลงแรงกับผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำดังกล่าว ซึ่งหมายถึง บุคคลจะตัดสินใจทำตามเหตุผลที่ได้ไตร่ตรองถึงผลดีผลเสียแล้วอย่างรอบครอบ ไม่ได้เป็นการปฏิบัติเพราะถูกบังคับหรือทำตามกลุ่มบุคคลสมัยนิยมโดยไม่ได้มีเหตุผลของตนเอง

4. จำเป็นต้องมี “การกระตุ้นให้เกิดการกระทำ” ซึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันเป็นผลให้บุคคลต้องการที่จะแสดงการกระทำออกมาจุดเด่นของแบบแผนความเชื่อสุขภาพ คือ จะช่วยวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรมและการค้นหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลเป็นกรอบแนวคิดที่มีประโยชน์ในการออกแบบยุทธวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารที่จะจูงใจให้บุคคลที่จะกระทำอย่างถูกต้องในเรื่องสุขภาพ (วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ 2541) แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสรุปได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคล ในการที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและรักษาโรค ว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัตินับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพบุคคลนั้นๆ ด้วย (จริยา ปัทมวงษ์ 2549)

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมีเหตุผลของบุคคลในการเลือกตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมป้องกันโรคให้กับตนเอง สมาชิกในครอบครัวและคนอื่นๆ ดังนั้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมาพบแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการมาพบแพทย์ สิ่งชักนำได้แก่ การกระตุ้นสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ข่าวสารจากสื่อ/อินเทอร์เน็ต และบุคลากรสาธารณสุข จะมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีอย่างไรเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการเพื่อค้นพบโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

5. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง เป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญที่สามารถใช้ค้นหาความผิดปกติของเต้านม เนื้องอกของเต้านมในระยะเริ่มแรก รวมทั้งความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการดูและคลำในการตรวจ ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ไม่เจ็บปวดไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษใดๆ (ปาริชาติ ชูประดิษฐ์ 2543) โดยปกติการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองในสตรีที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ควรปฏิบัติประจำทุกเดือน จะปฏิบัติวันใดก็ได้ในแต่ละเดือนที่สามารถทำได้ง่าย (สุภาพร มหาวรรณ 2544) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ถ้าปฏิบัติด้วยความถูกต้องเป็นประจำทุกเดือนจะทำให้เพิ่มโอกาสในการค้นพบโรคมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ในระยะแรก ทำให้การรักษาการพยากรณ์โรคดีขึ้นและทำให้ลดการตายจากมะเร็งเต้านมได้ถึงประมาณร้อยละ 19 (Green and Taplin, 2003) ในการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความถูกต้อง ควรจะทราบถึงลักษณะที่ปกติและผิดปกติของเต้านม (สุภาพร มหาวรรณ 2544) โดยลักษณะของเต้านมปกติมีดังนี้

1. ขนาด ลักษณะ และรูปร่างของเต้านมจะต้องเหมือนกันหรือคล้ายกัน ทั้งสองข้างในแต่ละท่าของการตรวจ
2. ผิวหนังที่บริเวณเต้านมปกติ ไม่พบรอยแตก หรือรอยผิดปกติใด ๆ และบริเวณหัวนมและลานหัวนมจะมีสีเข้มกว่า

3. หัวนมปกติ ไม่มีรอยแตก ไม่ดิ่งรั้งหรือบวมลงไปกว่าเดิม ไม่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งออกจากหัวนม

4. ขณะคลำเต้านมจะรู้สึกถึงเนื้อเยื่อของเต้านมและไขมันบริเวณเต้านม โดยไม่มีก้อนใดๆ

5. ขณะคลำเต้านมจะไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตบริเวณรักแร้และไหปลาร้า

6. ในสตรีมีครรภ์ เต้านมจะแข็งตึง และมีขนาดใหญ่ขึ้นกว่าปกติ สีผิวบริเวณหัวนมจะเข้มขึ้น และจะมีน้ำใสๆ คล้ายน้ำนมไหลออกมาจากหัวนมโดยเฉพาะในระยะที่ 3 ของการตั้งครรภ์ และก่อนคลอด

7. ในสตรีสูงอายุ เต้านมจะเหี่ยวและหย่อนยาน

8. ในช่วงก่อนและขณะมีประจำเดือน เต้านมอาจจะแข็งตึงและบวมปวดได้

หลักการในการตรวจเต้านมด้วยตนเองตามเกณฑ์ของสมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา จะใช้วิธีการดูควบคู่กับวิธีการคลำ ทั้งในท่านั่ง ท่านอนและท่านอนตามลำดับ คือ การตรวจจะกระทำในขณะอาบน้ำ การตรวจโดยการส่องดูที่กระจกและตรวจในท่านอนราบ

1. การดู ในการดู ผู้ตรวจจะอยู่ในท่านั่งหรือยืนก็ได้ โดยเริ่มดูจากท่าปล่อยแขนทั้งสองข้างไว้ในลำตัวตามสบาย ท่าเกร็งแขนแนบลำตัว ท่าวางมือบนเอวทั้งสองข้างพร้อมกับออกแรงกดสะโพกลงไปด้วย และท่าสุดท้ายให้ยกแขนทั้งสองข้างขึ้นเอามือประสานกันไว้หลังศีรษะ ซึ่งในแต่ละท่าให้สังเกตดูลักษณะของเต้านมทั้งด้านหน้าและด้านข้างของเต้านม โดยควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

1.1 สังเกตขนาด ลักษณะ และรูปร่างของเต้านมทั้งสองข้างว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่

1.2 สังเกตดูลักษณะผิดปกติของผิวหนังบริเวณเต้านม เช่น การเปลี่ยนแปลงของสีผิวมีรอยย่น รอยบุ๋ม หรือมีรอยผิวส้ม บวมแดง เห็นรอยเส้นเลือดชัดเจนหรือไม่

1.3 สังเกตดูลักษณะผิดปกติของหัวนม เช่น หัวนมบวมลงไปกว่าเดิมหรือถูกดึงรั้ง มีรอยแผลหรือรอยแตกบริเวณหัวนม

2. การคลำ การคลำจะใช้ตรวจในขณะอาบน้ำและในท่านอนราบ โดยใช้มือข้างหนึ่งคลำเต้านมข้างที่อยู่ตรงข้ามและมืออีกข้างวางไว้เหนือศีรษะ ใช้นิ้วมือ 3 นิ้ว คือ นิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนางวางแนบชิดกันแล้วใช้บริเวณฝ่านิ้วมือทั้งสามในการคลำ คลำเต้านมไปที่ละข้างควรเริ่มคลำตั้งแต่ส่วนบนด้านนอกของเต้านมเข้ามา คลำให้ทั่วทุกบริเวณของเต้านม รวมไปถึงบริเวณไหปลาร้า กระตุกอก ได้รวมนม และคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ด้วย ซึ่งเทคนิคในการคลำควรปฏิบัติดังนี้

2.1 การคลำไม่ใช่ปลายนิ้วมือ ควรใช้นิ้วมือในการคลำ เราจะทำให้คลำพบก้อนเนื้อได้ดีกว่า

2.2 การคลำวนเป็นวงเล็กๆ ค่อย คลำซ้ำๆ ให้ทั่วเต้านม

2.3 การใช้แรงกดในกาคลำควรกดเบาๆ ก่อนแล้วค่อยเพิ่มแรงกดขึ้นพอประมาณ และกดให้แรงคงที่ การคลำโดยกดเบาๆ จะเป็นการตรวจค้นหาความผิดปกติบริเวณผิวหนัง และเมื่อออกแรงกดขึ้นพอประมาณจะทำให้รู้สึกถึงการคลำพบก้อนเนื้อและเนื้อเยื่อไขมันของเต้านมได้ ส่วนบริเวณเนื้อเยื่อของเต้านมที่ติดกับกระดูกซี่โครงใต้ราวนมและบริเวณที่เป็นกล้ามเนื้อให้กดแรงขึ้นได้

2.4 หลังจากการคลำทุกครั้งควรตรวจดูหัวนม โดยบีบดูสิ่งคัดหลั่งจากหัวนมทุกครั้ง

2.5 การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีวิธีการคลำแบบง่ายๆ อยู่ 3 วิธี ซึ่งจะเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

2.5.1 การคลำแบบวนเป็นวง (Spiral Method) โดยเริ่มคลำจากส่วนบนด้านนอกของเต้านมไปตามแนวกันหอย โดยใช้นิ้ววนเป็นวงใหญ่ไปทั่วรอบๆ เต้านม เพื่อตรวจหาว่ามีก้อนผิดปกติหรือเนื้อแข็งๆ หรือไม่ จากนั้นวนมือให้เป็นวงเล็กลงไปเรื่อยๆ อย่างน้อย 3 วงจนถึงหัวนม ทำเช่นนี้ 2 ครั้ง ครั้งแรกถูเบาๆ และอีกครั้งกดให้แรงขึ้น

2.5.2 การคลำแบบแนวขึ้นลง (Vertical Method) โดยเริ่มคลำจากใต้เต้านมถึงรักแร้ขึ้นและลงสลับกันไปเรื่อยๆ เพื่อตรวจดูสิ่งผิดปกติ จนกระทั่งทั่วเต้านม

2.5.3 การคลำแบบแนวรูปสามเหลี่ยม (Wedge Method) โดยแบ่งเต้านมออกเป็น 4 ส่วนซึ่งมีจุดศูนย์กลางที่หัวนม แล้วเริ่มคลำจากส่วนฐานของเต้านมจนถึงยอดบริเวณหัวนม ในแนวขึ้นลงสลับกันแบบนี้ไปทีละส่วนจนทั่วทั้งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยวิธีการดูและการคลำดังกล่าวข้างต้น ควรใช้ประกอบการตรวจใน 3 วิธี ดังนี้

1. วิธีการตรวจในท่านยืนขณะอาบน้ำ การคลำในขณะอาบน้ำโดยถูสบู่เป็นฟองเล็กน้อยให้ทั่วบริเวณหน้าอก สบู่จะทำให้ลื่นและคลำได้ง่าย ยกมือข้างหนึ่งไว้หลังศีรษะแล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งคลำเต้านมข้างเดียวกับที่ยกมือขึ้นและใช้นิ้วมือสามนิ้ว คือ นิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนางวางชิดกันเป็นพื้นเรียบ คลำให้ทั่วทุกส่วนของเต้านม รวมถึงบริเวณใกล้กระดูกไหปลาร้าและใต้รักแร้ในการคลำควรใช้แรงกดเบาๆ ก่อนแล้วค่อยๆ กดให้แรงขึ้น เพื่อตรวจบริเวณที่อยู่ลึกลงไป

2. วิธีการตรวจโดยการส่องกระจกโดยผู้ตรวจเต้านมนั่งหรือยืนหน้ากระจกในท่าแขนทั้งสองข้างอยู่ข้างลำตัว มองหาความเปลี่ยนแปลงของเต้านมที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยสังเกตดูขนาดรูปร่าง ลักษณะของความผิดปกติบนเต้านมทั้งสองข้าง ลักษณะของความผิดปกติบนผิวหนัง

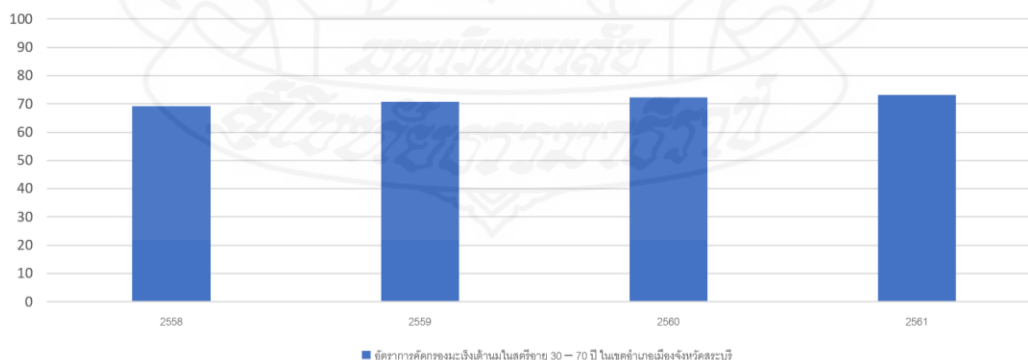
บริเวณเต้านม หัวนม เช่น ลักษณะของการยื่น การตั้งรู้ง หรือรอยบุ๋มบริเวณผิวหนังของเต้านมและหัวนม การบวมและสีผิวบริเวณเต้านม โดยละเอียดทั่วทั้งสองข้างของเต้านม หลังจากนั้นตรวจดูความผิดปกติในท่าที่เอามือทั้งสองข้างวางไว้ที่เอวใช้แรงกดสะโพกเพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าอกเกร็งตัวแล้วสังเกตลักษณะความผิดปกติพร้อมกับโน้มตัวลงไปข้างหน้า เพื่อดูว่าเต้านมทั้งสองข้างห้อยลงอยู่ในลักษณะเดียวกันหรือไม่และสุดท้ายให้ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ สังเกตลักษณะความเปลี่ยนแปลงของความผิดปกติดังกล่าว

3. วิธีการในท่านอน ในท่านอนจะทำให้เต้านมที่ใหญ่แบนราบลงและทำให้คลำได้ง่ายขึ้น การตรวจให้นอนราบลง รวมนมอับเต้านมหรือผ้าพักรองใต้ไหล่หรือรองไว้กลางหลัง เพื่อให้ยกแอ่นขึ้นอาจหาโลชั่นบริเวณหน้าอกเล็กน้อยเพื่อช่วยให้ทำการตรวจได้ง่ายขึ้นในกรณีที่ตรวจเต้านมข้างใดให้ยกมือข้างนั้นขึ้นไว้เหนือศีรษะแล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งคลำตามวิธีใด วิธีหนึ่ง (การคลำแบบวนเป็นวง การคลำแบบแนวขึ้นลง การคลำแบบแนวรูปลิ้ม) เริ่มคลำจากเต้านมส่วนบนด้านนอกโดยใช้ฝ่านิ้วมือคลำเป็นวงเล็กๆ ไปเรื่อยๆ โดยละเอียดให้ทั่วทั้งเต้านมสังเกตว่ามีก้อนหรือความผิดปกติหรือไม่ เมื่อคลำถึงหัวนมให้สังเกตดูความผิดปกติรอบๆ หัวนมด้วย โดยใช้นิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้บีบเข้าหากัน เพื่อดูว่ามีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติออกมาหรือไม่ แล้วจึงตรวจคลำบริเวณรักแร้ข้างเดียวกัน เมื่อตรวจเสร็จแล้วก็กระทำเช่นเดียวกันกับเต้านมอีกข้างหนึ่งตั้งแต่นั้น

เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง นำมาซึ่งการมีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง จนสามารถตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องตามวิธีการ เป็นประจำทุกเดือน กระทรวงสาธารณสุขได้มีการรณรงค์ให้สตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอซึ่งถ้าพบความผิดปกติจะได้รับมาพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมได้เร็วและเริ่มทำการรักษาเร็วทำให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง แต่ถ้าไม่มาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติก็ไม่สามารถค้นหามะเร็งเต้านมระยะแรกเริ่มได้ การศึกษานี้ถึงได้ใช้การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านม

6. การป้องกันและรักษาโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลสระบุรี

โรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 750 เตียงมีความเชี่ยวชาญในการรักษาโรคตติยภูมิโดยเฉพาะโรคมะเร็ง จากข้อมูลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสระบุรี ภายในปี พ.ศ. 2550-2555 (สุรกิจ พรชัย 2557) จำนวนทั้งหมด 398 ราย ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นเพศหญิงร้อยละ 99.3 มีอายุระหว่าง 24-89 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.7% อายุเฉลี่ยคือ 52.66 ปี อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีที่ 5 ปีของการรักษาโรคมะเร็งเต้านมคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะศูนย์และระยะที่หนึ่งมีอัตราการรอดชีวิตเท่ากับร้อยละ 100 ระยะที่สองเท่ากับร้อยละ 93.7, ระยะที่สามเท่ากับร้อยละ 52.57 และระยะที่สี่ร้อยละ 9.1 ตามลำดับ ซึ่งไม่ได้แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ แต่ผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลสระบุรีพบว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก(ระยะศูนย์ ระยะที่หนึ่งและระยะที่สอง) เพียงร้อยละ 53.6 ระยะลุกลาม (ระยะที่สาม) ร้อยละ 35.5 และระยะแพร่กระจาย (ระยะที่สี่) ร้อยละ 11.1 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเทียบกับเป้าหมายในยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งจะต้องพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลสระบุรีได้มีการรณรงค์ตามยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกคือส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการรณรงค์การกระตุ้นให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองและมีการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกวิธี ซึ่งได้มีการติดตามผลการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี ดังภาพที่ 2.4



ภาพที่ 2.4 อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30-70 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี

พบว่าสตรีส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70 มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่สตรีส่วนมากเมื่อตรวจพบความผิดปกติที่เต้านมแล้วไม่มาพบแพทย์จึงทำให้พบมะเร็งเต้านมระยะแรกเริ่มไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งอาจมีปัจจัยและสาเหตุมาจากหลายประการ การศึกษานี้จึงพยายามค้นหาปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม จึงได้สนใจศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม เพื่อนำมาเป็นแนวทางเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผน แนะนำและส่งเสริมให้สตรีจังหวัดสระบุรี เห็นถึงความสำคัญของการมีก้อนที่เต้านม อันเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการค้นพบโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกเพื่อให้การรักษาได้ทันเวลาที่ เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมอีกทั้งสามารถนำไปประยุกต์เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมในจังหวัดสระบุรี ต่อไป

7.1 งานวิจัยในประเทศ

โสพรรณ โพทะยะ (2532) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองและความสัมพันธ์ ในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาแตกต่างกัน จำนวน 750 ราย พบว่าสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จิรวรรณ กมลชัย (2539) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ในการตรวจหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกด้วยตนเองของสตรีในชนบท จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการให้อาสาสมัครสาธารณสุขให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม เพื่อสร้างความตื่นตัวแก่สตรีและชักชวนเข้าร่วมกิจกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดกิจกรรมการบรรยายประกอบ วิดีทัศน์ สนทนากลุ่มเรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การใช้ตัวแบบมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติกับเต้านมเทียม 2 ครั้ง และการกระตุ้นเตือนจากอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาดังกล่าวสามารถทำให้สตรีมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง

การเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมและพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่พึงประสงค์ขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กัลยาณี นาคฤทธิ์ (2541) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยกลางคนในกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม สิ่งชักนำ ได้แก่ อิทธิพลของบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 62.1 โดยส่วนใหญ่การตรวจเต้านมที่เคยตรวจมีความถูกต้องถึงร้อยละ 48.8 ตรวจได้ถูกต้องปานกลางร้อยละ 41.9 และตรวจได้ถูกต้องมากเพียงร้อยละ 9.2

ฉวีวรรณ พลแสน (2541) ศึกษาประสิทธิผลของกลวิธีการให้ความรู้และพัฒนาทักษะร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มากำหนดกิจกรรมในการบรรยายการใช้ตัวแบบกระบวนการกลุ่ม การสาธิตจำนวน 65 คน โดยกลุ่มนี้ได้รับสุขศึกษาจากผู้วิจัยร่วมกับตัวแทนสตรีที่ผ่านการอบรม จำนวน 10 คน ใช้เวลาศึกษา 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูล 3 ครั้งคือ ก่อนการทดลอง 1 ครั้ง และหลังการทดลอง 2 ครั้ง ผลลัพธ์หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง

ประกายทิพย์ จันทรภิรมย์ (2541) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยรุ่น ในกรุงเทพมหานคร พบว่า สตรีวัยรุ่นไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 53.10 ในกลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ตรวจถูกต้องปานกลาง ร้อยละ 60.80 และปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยเชื้อ ได้แก่ ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความสะดวกในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มที่ตรวจและไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บงกช เก่งเขตกิจ และคนอื่นๆ (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทย ได้แก่ การรับรู้ข่าวสาร การรับรู้อุปสรรค ความเชื่อโรคของเต้านมและการรับรู้โอกาสเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 67.7 แต่มีเพียงร้อยละ 17.3 เท่านั้นที่ตรวจเต้านมทุกเดือน

เยาวดี วิเศษรัตน์ (2542) ได้ศึกษาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มสตรีที่อาศัยในเขตเมือง จังหวัดยโสธร พบว่า ความรู้ ความเชื่อซึ่งได้แก่ตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

วีรดา คงมาลัย (2543) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีในชนบทโดยผ่านสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข : ศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดสุพรรณบุรี รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ สตรีในหมู่ 5 ตำบลพิหารแดง อำเภอเมือง ดำเนินการวิจัยโดยการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้แก่สตรีโดยผ่านอาสาสมัครระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ภายหลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์การตรวจเต้านมด้วยตนเองและการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จกมล ศักดิ์ตระกูล (2543) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 120 คน แบ่งกลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 52 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฐิตวันต์ พิทักษ์จวงวัฒนา (2544) ได้ศึกษาการประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการกระตุ้นเตือน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้ผลดีของ

การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองและมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้

วนิดา ดีทองนอก (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มแกนนำสตรี และการสร้างเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำสตรีบ้านดอนอีลุ่ม ตำบลตลาดไพร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา และบ้านห้วยทราย ตำบลหันห้วยทราย อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 80 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 40 คน คือ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มแกนนำสตรี จำนวน 40 คน บ้านดอนอีลุ่มและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นกลุ่มแกนนำสตรีบ้านหันห้วยทราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมให้ความรู้ การนำเสนอตัวแบบ การประชุมกลุ่ม การสาธิต การฝึกปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง การให้สิ่งชักนำเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ก่อนและหลังการทดลอง ผลการทดลองพบว่า หลังการทดลองแกนนำสตรีในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ประโยชน์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

เมธีรัตน์ สุภาพ (2547) ได้ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีของผู้หญิงกลุ่มอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ในมหาวิทยาลัยขอนแก่นผลการศึกษาพบว่า มีจำนวนที่มีพฤติกรรมตรวจเต้านมไม่สูงมากนักในอนาคต กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีความต้องการที่จะต้องการที่จะป้องกันโรคมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเองและตรวจโดยแพทย์ พยาบาล ตรวจด้วยรังสีเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายหรือกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องชัดเจนอันส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีประสิทธิภาพ

วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล (2541) ทำการศึกษาในสตรีที่มีก้อนที่เต้านมที่มารอการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์จำนวน 100 คน พบว่าสถานการณ์ความเครียดที่สตรีกลัวคือการเป็นมะเร็งเต้านม กลัวถูกตัดเต้านม มีความเครียดโดยรวมระดับปานกลาง

สมใจ วินิจกุล และสุนันทา กระจำนแดน (2549) พบว่าบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง จะมีความสม่ำเสมอในการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองมากกว่าคนที่มีความรู้น้อยและพบว่าทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

วิมล คำสวัสดิ์ (2535) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแม่บ้านอาสาสมัครในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในชุมชนแออัดเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า สตรีที่มีประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ การมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคก่อนที่เต้านมเป็นมะเร็งเต้านม หรือเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประสบการณ์ที่เคยได้เห็น ได้ดู ได้รับทราบเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมเป็นตัวกระตุ้นให้สตรีเกิดความสนใจในเรื่องนี้มากขึ้น

6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

แอสสัฟ และคนอื่นๆ (Assaf and others 1985) ศึกษาเปรียบเทียบวิธีการสอนให้สตรีปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า การแจกแผ่นพับหรือการฉายภาพยนตร์ มีผลให้สตรีปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยมาก แต่ถ้าให้สตรีฝึกปฏิบัติตรวจเต้านมจำลอง จะช่วยให้สตรีคลำพบความผิดปกติของเต้านมได้ดียิ่งขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าความบ่อยในการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองมาจากแรงผลักดันทางสังคม ซึ่งก็คือบุคคลที่มีความสำคัญต่อตน ได้แก่ เพื่อน ครอบครัว แพทย์ สามี และเพื่อนที่เป็นมะเร็ง

ไวเปอร์ (Wyper 1990) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยศึกษาในสตรี ผลการศึกษาพบว่า ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 14 มีการตรวจอย่างน้อยเดือนละครั้ง ร้อยละ 45 มีการตรวจน้อยกว่าเดือนละครั้ง ร้อยละ 41 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจ มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการตรวจมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 ($r=.44$)

แชมเปียน (Champion 1992) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจ แรงจูงใจทางสุขภาพ การควบคุมและความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี 588 คน พบว่า

1. สตรีที่มีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองจะมีการรับรู้ถึงความสำคัญของการค้นหาโรคในระยะเริ่มแรกและมีแรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
2. ความเชื่อหรือผลรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความถี่ของการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

3. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติ การตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ แต่จากการศึกษาในกลุ่มสตรีทั่วไปพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมกับการปฏิบัติ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และเขาได้แสดงความคิดเห็นว่าเมื่อสตรีมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสูง ความกลัวจะส่งผลให้สตรีไม่กล้าปฏิบัติ การตรวจเต้านมด้วยตนเองเพราะเกรงว่าจะทำให้ตนตรวจพบก้อนมะเร็ง

4. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญ

5. การสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีผลทำให้ สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ

6. การรับรู้อุปสรรคของการตรวจ มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจมะเร็งเต้านม ด้วยตนเอง

7. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ต่อการตรวจมะเร็งเต้านม ด้วยตนเอง

สไตเบิร์ก (Steinberge 1991) ได้ศึกษาถึงปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการไปรับ การตรวจเต้านมเพื่อค้นหาโรคมะเร็งเต้านม (Mammography) ในสตรีที่มีอายุมากกว่า 35 ปีพบว่า การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับการตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์กับการไปรับการตรวจเต้านมโดยวิธี แมมโมกราฟีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฮอลเลา (Hallal 1982) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 80 เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรี ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองนี้ มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีที่ไม่ทำ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสตรีที่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของ การตรวจเต้านมสูงกว่าสตรีที่ไม่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ปาเมลา เลีย (Pamela – Lea 1997) ศึกษาผลของการให้คำแนะนำร่วมกับแรง สนับสนุนทางสังคม ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยสูงอายุ โดยแบ่ง 3 กลุ่ม กลุ่ม a เป็นกลุ่ม ควบคุมไม่มีแรงสนับสนุนทางครอบครัว กลุ่ม b ให้กลุ่มเพื่อนเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่ม c ให้คู่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ภายหลังให้คำแนะนำตามโปรแกรม แรงสนับสนุนต่างกัน ไม่มีผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีวัยสูงอายุ

สตีลแมน (Stillman 1977) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อของสตรีที่มี ต่อโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี ร้อยละ 97 มีความเห็นว่าการตรวจเต้านม

ด้วยตนเองจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ แต่ในแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติมีเพียง ร้อยละ 48 เท่านั้นที่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือนและสตรีในกลุ่มที่มีความเชื่อสูงนั้นไม่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองถึง ร้อยละ 20

รัทเลต (Rutledge 1987) พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มสตรี 9 แห่ง ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทั้งนี้เพราะสตรีเหล่านี้ยังไม่มีอาการของโรค มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคน้อยมาก หรือไม่เคยมีบุคคลใกล้ชิดเป็นโรคนี้นมาก่อน จึงทำให้ไม่สามารถมองเห็นความรุนแรงของโรคได้

รัทเลต (Rutledge 1988) ศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสตรีจากชมรมสตรี 9 แห่ง จำนวน 103 คน พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองและสตรีที่มีการรับรู้หรือความเชื่อว่ามีอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยจะมีการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอกว่าสตรีที่มีการรับรู้หรือเชื่อว่ามีอุปสรรคอย่างมากที่จะปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง

หลุยส์ และคนอื่นๆ (Louise and others 1980) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีผู้สูงอายุทั้งในด้านความถี่และวิธีการปฏิบัติ ส่วนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีสูงอายุได้ ทั้งนี้ การที่จะสรุปว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีผลทำให้สตรีปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองได้หรือไม่นั้น อาจต้องพิจารณาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

เมอร์ริสัน (Merrisson 1996) ที่ศึกษาในสตรีที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป พบว่า สตรีที่มีระดับความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพบว่าพยาบาลมีอิทธิพลในการที่จะทำให้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นให้สตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น

เฮดอร์โดทเทีย และฮามาริน (Halldorsdottir and Hamarin 1995) ศึกษาพบว่าทัศนคติจะมีความสัมพันธ์กับความมุ่งมั่น ตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากที่สุด

เน็ตเทล และคาร์ลสัน (Nettle-Carlson 1989) พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้สตรีไม่ปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ นั้น ได้แก่ ลืมและขาดความมั่นใจในทักษะการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง

แมดดอกซ์ (Maddox 1991) ได้ศึกษาพบว่า การได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองจะทำให้สตรีมีความเชื่อมั่นในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง

ด้วยเหตุที่ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในตัวเองนั้น เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลรวมทั้งมีผลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคล

ชาวเมอร์ และลัคเคอร์ (Chalmer and Luker 1996) ได้ศึกษาในสตรี 55 คน พบว่าสตรีที่มีญาติ พี่น้องเป็นมะเร็งเต้านมจะส่งผลให้สตรีเหล่านั้น มีการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากการประมวลเอกสารทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาแล้วข้างต้น พบว่าส่วนมากเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการศึกษาผลของการส่งเสริมให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์และอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมาพบแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการมาพบแพทย์ ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง สิ่งชักนำได้แก่ การกระตุ้นสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ข่าวสารจากสื่อ/อินเทอร์เน็ต และบุคลากรสาธารณสุข ส่วนการศึกษาของพฤติกรรมการมาพบแพทย์มีเพียงการศึกษาเดียวของวรารัตน์ ทิพย์สุวรรณกุล (2541) ที่พบว่าความเครียดมีผลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลทำให้สตรีกลุ่มนี้มีการมาโรงพยาบาลเพื่อมาพบแพทย์โดยนำความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาที่กล่าวมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อที่จะนำไปปรับปรุงบริการของโรงพยาบาลสระบุรีและหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายของโรงพยาบาลสระบุรีเพื่อสามารถค้นหาและเฝ้าระวังในระยะเริ่มแรกได้มากขึ้นและลดอัตราการตายของมะเร็งเต้านม