

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่องความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม
2. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการตายของสตรีจำนวนมาก ในประเทศไทย มะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2536 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมร้อยละ 29.8 ของมะเร็งทั้งหมดที่พบในเพศหญิง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2536 หน้า 6) และในปี พ.ศ. 2538 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมร้อยละ 31.5 และพบมากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2538 หน้า 6)

สาเหตุ

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าสาเหตุส่งเสริมบางประการที่ทำให้เป็นมะเร็งเต้านมได้ง่ายขึ้นดังนี้ (ธนิต วัชรพุกก์, 2536; Beclcher, 1992; Black & Matassar in Jacobs, 1993)

1. ประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม เช่น มารดา น้องสาว ยายหรืออา และอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมจะสูงขึ้น ถ้าสตรีผู้นั้นมีมารดาเป็นมะเร็งเต้านมทั้งสองข้างในวัยหมดประจำเดือน
2. มีประจำเดือนก่อนอายุ 12 ปี และหมดประจำเดือนหลังอายุ 55 ปี

3. ไม่มีบุตรหรือมีบุตรคนแรกหลังจากอายุ 30 ปี
4. ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนหลังจากหมดประจำเดือนหรือมีการใช้ยาที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนสูง ๆ
5. การได้รับหรือสัมผัสโดยรังสีโดยเฉพาะก่อนอายุ 35 ปี
6. เป็นโรคของเต้านมชนิดไม่ร้ายแรง เช่น อุ้งน้ำในเต้านมจะทำให้เกิดมะเร็งเต้านมมากกว่าคนปกติ 3 เท่า
7. เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งมาแล้ว จะทำให้มีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมข้างที่เหลือเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 ทุกปี
8. มีประวัติเป็นมะเร็งของอวัยวะอื่น โดยเฉพาะมะเร็งของเยื่อบุคอก มะเร็งรังไข่
9. ภาวะเครียดทางจิตใจ พบว่า ผู้หญิงที่มีความตึงเครียดตลอดเวลา จะทำให้ร่างกายเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมากขึ้น

นอกจากนี้ยังมีสาเหตุส่งเสริมอื่น ๆ อีกที่อาจจะช่วยส่งเสริมให้เป็นมะเร็งเต้านมได้ แต่ยังคงอาศัยเวลาติดตามและรวบรวมหลักฐานต่อไป เช่น การแท้งบุตรบ่อย ๆ โดยเฉพาะการแท้งก่อนการคลอดครั้งแรก ความอ้วน การรับประทานอาหารไขมันสูง

อาการและอาการแสดง (ไพรัช เทพมงคล, 2528; Beare & Myers, 1994; Belcher, 1992; Stevenson, 1992)

โดยทั่วไปจะพบเป็นมะเร็งเต้านมข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา ซึ่งตำแหน่งที่พบก้อนแบ่งได้ดังนี้ บริเวณส่วนบนด้านใน ร้อยละ 15 บริเวณส่วนล่างด้านใน ร้อยละ 12 และบริเวณส่วนล่างด้านนอก ร้อยละ 6 โดยผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมจะมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญดังนี้

1. มีก้อนแข็งในเต้านมโดยไม่มีอาการเจ็บปวด ก้อนอาจจะเคลื่อนที่หรือยึดติดแน่นก็ได้ ในระยะนี้จะวินิจฉัยได้ยาก นอกจากกลุ่มสมรหรือตัวผู้ป่วยคลำได้ก้อนและมาพบแพทย์ ซึ่งพบได้ประมาณ ร้อยละ 64 - 70 จากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และประมาณ ร้อยละ 30 จากการทำแมมโมกราฟี และเมื่อโรคเป็นมากขึ้นก้อนจะโตขึ้นมองเห็นได้ชัดเจนว่าขนาดและรูปร่างของเต้านมเปลี่ยนแปลงไป คลำก้อนได้แข็งขรุขระ ขอบเขตไม่ชัดเจนหรือยึดติดกับ Pectoral Fascia
2. มีอาการเจ็บปวด มีการดึงรั้งของผิวหนังหรือหัวนมให้บุ๋มลง มีน้ำเหลืองหรือเลือดออกจากหัวนม มีการขยายของหลอดเลือดบริเวณผิวหนังที่เต้านมจะบวมแดง

เนื่องจากการอุดตันของทางเดินน้ำเหลืองของผิวหนัง ทำให้มีลักษณะเหมือนผิวส้มและมีแผลบริเวณเต้านม

3. ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โต มีการกระจายของก้อนมะเร็งบนผิวหนังของเต้านม แขนบวมหรือมีอาการจากการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะสำคัญอื่น ๆ เช่น อาการทางปอด ตับ และสมอง

การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม

การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมยึดหลักการพิจารณาของก้อนเนื้อออกและการแพร่กระจายของโรค ซึ่งจัดตามระบบ TNM ของ International Union Against Cancer (UICC) และ American Joint Committee for Cancer Staging and End Results Reporting (AJCSS)

- T - มะเร็งปฐมภูมิ (Primary Tumor)
- T₁S - Carcinoma in Situ มะเร็งก้อนเล็กกว่า 2 เซนติเมตร
 - T₁a - เคลื่อนไหวได้
 - T₁b - ยึดแน่นกับกล้ามเนื้อหรือพังผืด
- T₂ - มะเร็งก้อนเล็กกว่า 2 - 5 เซนติเมตร
 - T₂a - เคลื่อนไหวได้
 - T₂b - ยึดแน่นกับกล้ามเนื้อหรือพังผืด
- T₃ - มะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร
 - T₃a - เคลื่อนไหวได้
 - T₃b - ยึดแน่นกับกล้ามเนื้อหรือพังผืด
- T₄ - มะเร็งมีขนาดเท่าใดก็ได้ที่ลุกลามถึงผิวหนังหรือทรวงอก กระดูกซี่โครง กล้ามเนื้อ Intercostal และกล้ามเนื้อ Serratus Anterior
- N - ต่อมน้ำเหลืองทุดิภูมิภาค (Regional Lymph node)
 - N0 - กล้ามเนื้อน้ำเหลืองไม่ได้
 - N1 - กล้ามเนื้อน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกันได้เคลื่อนไหวก่อนไม่ได้
 - N2 - กล้ามเนื้อน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกันได้ยึดแน่นเคลื่อนที่ไม่ได้

- N3 - กล้ามเนื้อน้ำเหลืองที่รักแร้ได้หรือเหนือแอ่งกระดูกไหปลาร้าข้างเดียว
 กันได้หรือแขนข้างเดียวกันบวม
- M - การแพร่กระจาย (Distant Metastasis)
- M0 - ไม่มีการแพร่กระจาย
- M1 - มีการแพร่กระจาย

การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมทางคลินิก(Benson, 1976, p. 312) แบ่งได้เป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ก้อนมะเร็งขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร เคลื่อนไหวได้หรือยึดแน่นกับกล้ามเนื้อหรือพังศืด ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หรืออวัยวะอื่น

ระยะที่ 2 ก้อนมะเร็งขนาด 2 - 5 เซนติเมตร เคลื่อนไหวได้หรืออาจยึดแน่นกับกล้ามเนื้อหรือพังศืดยังไม่มีการแพร่กระจายของโรคหรืออาจกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้เพียงข้างเดียว ต่อมน้ำเหลืองยังเคลื่อนไหวได้ไม่กระจายไปอวัยวะอื่น

ระยะที่ 3 ก้อนมะเร็งขนาดโตกว่า 5 เซนติเมตร เคลื่อนไหวได้หรืออาจยึดแน่นกับกล้ามเนื้อหรือพังศืด มะเร็งอาจกระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ต่อมน้ำเหลืองอาจเคลื่อนไหวหรือไม่ก็ได้ ไม่กระจายไปอวัยวะอื่น

ระยะที่ 4 มะเร็งลุกลามถึงบริเวณผิวหนังหรือผนังทรวงอก มีการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ หรือต่อมน้ำเหลืองเหนือและใต้แอ่งกระดูกไหปลาร้า อาจมีการกระจายไปยังอวัยวะอื่นได้

การรักษา มะเร็งเต้านม มีดังนี้ (Black & Matassar in Jacobs, 1993)

1. การผ่าตัด
2. การใช้รังสีรักษา
3. การใช้ฮอร์โมน
4. การใช้เคมีบำบัดร่วมกับการใช้ยาฆ่าเซลล์มะเร็ง
5. การให้เคมีบำบัดขนาดสูง

6. การปลูกถ่ายไขกระดูก

ผลการรักษาและการพยากรณ์โรค

ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคจะขึ้นอยู่กับระยะของโรคเป็นสำคัญ พบว่าถ้าตรวจพบโรคและรับรักษาตั้งแต่ระยะแรกจะทำให้การพยากรณ์โรคดี มีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่าเมื่อมีการแพร่กระจายไปแล้ว (Feldman et al., 1981, pp. 2740) ซึ่งแสดงให้เห็นในตาราง

ตาราง 1 แสดงอัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปีของมะเร็งเต้านมระยะต่าง ๆ (Dunphy, 1977, p. 280)

ระยะของมะเร็งเต้านม	อัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปี (คิดเป็นร้อยละ)
ระยะที่ 1	85
ระยะที่ 2	66
ระยะที่ 3	41
ระยะที่ 4	10

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการตรวจค้นหาโรคมะเร็งเต้านมเพื่อค้นพบโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันเวลาที่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมลงได้มาก

การตรวจค้นหาหามะเร็งเต้านมเพื่อพบโรคในระยะเริ่มแรก (Hallal, 1982, p. 137) นั้นยังนิยมใช้กันอยู่ 3 วิธี

1. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self examination) เป็นการตรวจค้นหาความผิดปกติของเต้านม เนื้องอกของเต้านม รวมทั้งความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ด้วยตัวของผู้ป่วยเอง
2. การตรวจเต้านมโดยบุคลากรในทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล
3. การตรวจเต้านมด้วยวิธีแมมโมกราฟี (Mammography) เป็นการตรวจหาก้อนเนื้องอกของเต้านมด้วยรังสีเอ็กซเรย์ การตรวจด้วยวิธีแมมโมกราฟีนี้เป็นการถ่ายภาพของ

เนื้อเยื่อเป็นวิธีที่สามารถพบก้อนเนื้องอกที่มีขนาดเล็กมากที่อาจคลำไม่พบ (กิตติ จินดาจวิทย์, 2533, หน้า 38; Hallal, 1982, p. 137) อย่างไรก็ตามการตรวจด้วยวิธีนี้ยังคงเป็นที่ถกเถียงกันอยู่มากสำหรับการใช้ตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรก เนื่องจาก

3.1 การตรวจควรทำเป็นประจำสม่ำเสมอ ทำให้ผู้รับการตรวจต้องได้รังสีเอ็กซเรย์บริเวณเต้านมบ่อย ๆ อาจเป็นผลทำให้เกิดมะเร็งได้

3.2 การตรวจหามะเร็งเต้านมด้วยวิธีแมมโมกราฟี แม้ว่าจะค้นหาโรคตั้งแต่ยังคลำก้อนไม่ได้ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับระยะ 5 ปี ของการอยู่รอด (5 years survival) หลังจากรักษากับผู้ป่วยที่คลำก้อนเนื้องอกได้ตั้งแต่ขนาดเล็กยังพิสูจน์ไม่ได้ว่าผลการรักษาจะดีกว่ากัน

3.3 การตรวจด้วยวิธีแมมโมกราฟีที่ต้องการเวลาและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากกว่าวิธีการตรวจอื่น ๆ

แม้ว่าการตรวจเต้านมทั้ง 3 วิธี จะเป็นวิธีที่สามารถค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกได้ก็ตาม แต่อาจพิจารณาได้ว่าวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีที่ดีที่สุด (Feldman, 1981, p. 2740; Tiffany, 1981, p. 53; Scanlon, 1981, p. 523) เนื่องจากสามารถตรวจพบก้อนเนื้องอกได้ตั้งแต่ขนาดเล็ก ๆ วิธีการตรวจไม่ยุ่งยาก ปลอดภัย สามารถปฏิบัติได้ด้วยตัวของผู้ป่วยเอง โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องมือตรวจพิเศษใด ๆ ประหยัดทั้งเวลาและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย . วิษณุ ปัทมภาสพงศ์ ศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยพบว่าร้อยละ 88 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะตรวจพบก้อนเนื้องอกด้วยตนเองโดยบังเอิญ มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 6 ที่ตรวจพบโดยความตั้งใจ ตรวจค้นหาความผิดปกติ ดังนั้นการที่จะเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้หญิงทุกคนทราบและสนับสนุนให้มีการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ค้นพบก้อนเนื้องอกที่เต้านมได้รวดเร็ว และมีความมั่นใจในการตรวจ ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันโรค ช่วยให้ค้นพบโรคช่วยและให้การรักษาแต่ระยะเริ่มแรกเป็นการลดอัตราการตายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมลงได้

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self - Examination)

การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรทำอย่างสม่ำเสมอ ช่วงเวลาที่ดีที่สุดที่จะทำการตรวจเต้านมคือระยะหลังหมดประจำเดือนใหม่ ๆ หรือวันที่ 4 - 7 ของรอบเดือน ระยะนี้เต้านมมีขนาดเล็กที่สุดสำหรับสตรีที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือน (Menopause) หรือระยะตั้งครรภ์ซึ่งไม่สามารถจะ

กำหนดตามการมีประจำเดือนได้ให้เลือกว่าวันที่จะตรวจด้านมอาจเป็นวันใดก็ได้ การตรวจด้านมควรทำอย่างสม่ำเสมอเดือนละครั้งจะทำให้เกิดการคุ้นเคยกับด้านมของตนเองและสามารถบอกถึงการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติได้ (Feldman, 1981, pp. 2741-2742)

การตรวจด้านมด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้คือ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ)

ขั้นที่ 1 การตรวจในขณะอาบน้ำ

ขณะอาบน้ำเป็นระยะเวลาที่ผิวหนังเปียกและลื่น ทำให้การตรวจง่ายขึ้นการตรวจทำโดยใช้ปลายนิ้วมือวางราบบนด้านม คลำและเคลื่อนนิ้วมือในลักษณะคลึงเบา ๆ ให้ทั่วทุกส่วนของด้านมเพื่อค้นหาก้อนหรือเนื้อที่แข็งเป็นไตผิดปกติ หลังอาบน้ำแล้วจึงทำการตรวจต่อไป

ขั้นที่ 2 การตรวจหน้ากระจก

ก. ยืนตรง มือแนบลำตัวแล้วยกแขนขึ้นสูงเหนือศีรษะ สังเกตลักษณะของด้านมเพราะโดยการเคลื่อนยกแขนขึ้นนั้นจะสามารถมองเห็นความผิดปกติ

ข. ยกมือท้าวเอว เอามือกดสะโพกแรง ๆ เพื่อให้เกิดการเกร็งและหดตัวของกล้ามเนื้อ สังเกตดูลักษณะผิดปกติ

ขั้นที่ 3 การตรวจในท่านอน

นอนราบยกมือข้างหนึ่งหนุนไว้ได้ศีรษะแล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งตรวจคลำทั่วทุกส่วนของด้านม เสร็จแล้วทำการตรวจด้านมอีกข้างหนึ่งในลักษณะเดียวกัน การตรวจด้านมแต่ละข้างให้เริ่มต้นที่จุดบริเวณส่วนนอกและเหนือสุดของด้านมเวียนไปโดยรอบด้านมแล้วเคลื่อนมือเขิบเข้ามาเป็นวงแคบเข้ามา จนถึงบริเวณหัวนมพยายามตรวจให้ทั่วทุกส่วนของด้านม สุดท้ายให้ค่อย ๆ บีบหัวนมโดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เพื่อสังเกตดูว่ามีน้ำเลือด น้ำเหลืองหรือน้ำใส ๆ อื่นใดออกมาหรือไม่ หากตรวจพบความผิดปกติใด ๆ ของด้านมควรรีบปรึกษาแพทย์

แนวความคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อคือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น (จรรยา สุวรรณทัต, 2526 หน้า 814) ความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อนั้นก็จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติ ปฏิบัติ

ตามความเชื่อนั้นโดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้และความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไปหรือความเชื่ออาจจะเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวังหรือสมมุติฐานซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (Rokeach, 1970, p. 112)

ในอดีตที่ผ่านมา นักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านได้เสนอแบบแผนมโนทัศน์ที่แตกต่างกัน เพื่อใช้อธิบายถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลแบบแผนที่ได้รับการยอมรับและมีผู้นามาใช้แพร่หลายคือแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนนี้มาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาและทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ สามารถอธิบายถึงการปฏิบัติเพื่อสุขภาพอนามัยของแต่ละบุคคลโดยอาศัยทฤษฎีเกี่ยวกับคุณค่าและความคาดหวังของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง ภาวะที่ไม่มีความแน่ใจ สิ่งที่บุคคลคาดหวังจากการกระทำจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ กล่าวคือบุคคลจะคาดการณ์จากการกระทำจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ กล่าวคือบุคคลจะคาดการณ์ถึงผลที่จะเกิดขึ้นก่อนที่จะตัดสินใจแสดงพฤติกรรมเพื่อให้ได้สิ่งนั้นออกมา ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติว่า แตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่นความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนามาจากแนวคิดของเคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนและหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้นเพราะบุคคลนั้นมีความเชื่อว่า

1. ตนเป็นผู้มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค
 2. โรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
 3. การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- หรือ ในกรณีที่เกิดโรคขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้และในการปฏิบัตินั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบากและอุปสรรคต่าง ๆ เป็นต้น (Rosenstock, 1974 , pp. 2 - 3)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นแบบแผนที่ใช้ตัวแปรทางจิตสังคมเพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Health related behavior) โดยระยะ

แรก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมุ่งอธิบายพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคของบุคคลโดยมีสมมุติฐานว่า บุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรค หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคในระยะแรก ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพ และไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น ๆ (Becker et al., 1977, p.29 - 30) เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกเพื่อทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลนั้นยังไม่ครอบคลุมพอ คาส์และคอบบี้ (Kasl & Cobb, 1966, p.246) จึงประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ

1. พฤติกรรมอนามัย (Health Behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบายเพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นต้น

ไมแมนและเบคเกอร์ (Maiman and Becker, 1974 อ้างในมัลลิกา มัลโก, 2534 หน้า 74) กล่าวว่า การที่บุคคลจะเกิดการรับรู้หรือความเชื่อ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะมีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take Action) หมายถึง ความพร้อมทางด้านจิตใจหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติอันสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสุขภาพและเงื่อนไขทางสุขภาพนั้น ๆ จะถูกกำหนดโดยการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The Individual's Evaluation of the Advocated Health Action) หมายถึง การที่บุคคลจะประเมินพฤติกรรมที่พึงกระทำในแง่ของความเป็นไปได้และผลที่คาดว่าจะได้รับ คือเป็นการประเมินผลประโยชน์ที่จะได้รับ เมื่อเปรียบเทียบกับอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก การเสียเวลา ตามที่บุคคลคาดการณ์หรือรับรู้ว่าจะเกิดขึ้น

สำหรับความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นส่วนประกอบในการวิจัยนั้นประยุกต์มาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในลักษณะพฤติกรรมอนามัยที่ แชมเปียน (Champion, 1993) ได้พัฒนารูปแบบมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1975) ซึ่งได้นำไปใช้ในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีประกอบด้วยองค์ประกอบด้วยองค์ประกอบของแบบแผน 6 ประการดังนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Percieved Susceptibility)

บุคคลจะมีการรับรู้แตกต่างกันว่า ตนเองมีโอกาสเกิดโรค การที่จะหลีกเลี่ยงภาวะเกิดโรคจำเป็นจะต้องมีพฤติกรรมอนามัยเพื่อการป้องกันโรคและรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคซึ่งแสดงออกโดยความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น อาจจะไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ บุคคลที่เคยเจ็บป่วยจะมีการคาดคะเนว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำได้อีก และบุคคลที่กำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงขึ้น

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Percieved Severity)

เมื่อบุคคลได้มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น ๆ แล้ว บุคคลย่อมประเมินบุคคลย่อมประเมินเช่นกันว่าโรคที่คุกคามสุขภาพนั้นมีความรุนแรงระดับใด โรคนั้นจะนำไปสู่ความตายได้หรือไม่หรือการเป็นโรคนั้นจะมีผลไปลดระบบการทำงานทั้งร่างกายและจิตใจหรือไม่เพียงใด หรือนำไปสู่ภาวะความพิการในลักษณะถาวรหรือไม่ บางคนรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่ามีผลต่อชีวิตครอบครัวและอาจมีผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมด้วย จึงเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมอนามัยเกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ในด้านนี้เป็นเรื่องของความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคและปัญหาความเจ็บป่วยมากกว่าที่จะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง ๆ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย (Percieved Benefit)

จากการที่บุคคลรับรู้โอกาสที่จะเกิดโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรคย่อมเป็นผลักดันให้เกิดการกระทำที่อาจนำไปสู่การลดลงของภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยบุคคลมีความเชื่อว่าทางเลือกที่กระทำนั้นมีประโยชน์สำหรับเขาในการลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้

4. การรับรู้ถึงอุปสรรค (Percieved Barrier)

การที่บุคคลจะมีปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น บุคคลจะมีการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอุปสรรค เช่น การกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ไม่สะดวก ทำให้เสียเวลา สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ก่อให้เกิด

ความเจ็บปวด ไม่สบายกาย ไม่สบายใจ ความอาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวเร้าให้เกิดการหลีกเลี่ยงการแสดงพฤติกรรมที่เชื่อนำประโยชน์นั้น

5. ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Confidence)

ความรู้สึกลึกซึ้งหรือความมั่นใจของตนเองถึงความสามารถที่จะตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งเป็นความเชื่อมั่นถึงผลที่ได้จากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

6. แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ (Health Motivation)

คือการเร้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยการให้สิ่งเร้าบางอย่าง ซึ่งเป็นปัจจัยในทางบวกการจูงใจที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ก็อาจเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลเข้าไปสู่การแสดงพฤติกรรมป้องกันนั้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Stillman (1977) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อของสตรีที่มีต่อโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี ร้อยละ 97 มีความเห็นว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ แต่ในแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติมีเพียง ร้อยละ 48 เท่านั้นที่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือนและสตรีในกลุ่มที่มีความเชื่อสูงนั้นไม่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองถึง ร้อยละ 20

Hallal (1982) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 80 เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองนี้มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีที่ไม่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองและสตรีที่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมสูงกว่าสตรีที่ไม่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

Champion (1987) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความถี่ในการตรวจด้วยตนเองกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจ แรงจูงใจทางสุขภาพ การควบคุมและความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี 588 คน พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจ ความรู้ในการตรวจ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

Wyper (1990) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยศึกษาในสตรี ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 14 ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 45 มีการตรวจอย่างน้อยเดือนละครั้ง ร้อยละ 41 มีการตรวจน้อยกว่าเดือนละครั้ง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่ามีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจ มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้สรรพคุณของการตรวจมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 ($r_s = .44$)

Stein (1992) ได้ศึกษาถึงปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการไปรับการตรวจเต้านมเพื่อค้นหาโรคมะเร็งเต้านม (Mammography) ในสตรีที่อายุมากกว่า 35 ปีพบว่า การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับการตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์กับการไปรับการตรวจเต้านมโดยวิธีแมมโมกราฟฟีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อวยพร สุทธิสนธิ (2528) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ความคิดเห็นและการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองคิดเป็นร้อยละ 85 แต่ในจำนวนนี้มีการตรวจอย่างสม่ำเสมอทุกเดือนเพียงร้อยละ 26.47 ส่วนผู้ป่วยมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองคิดเป็นร้อยละ 34.50 ในจำนวนนี้มีการตรวจอย่างสม่ำเสมอทุกเดือนเพียงร้อยละ 32.65 และพยาบาลและผู้ป่วยมีความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

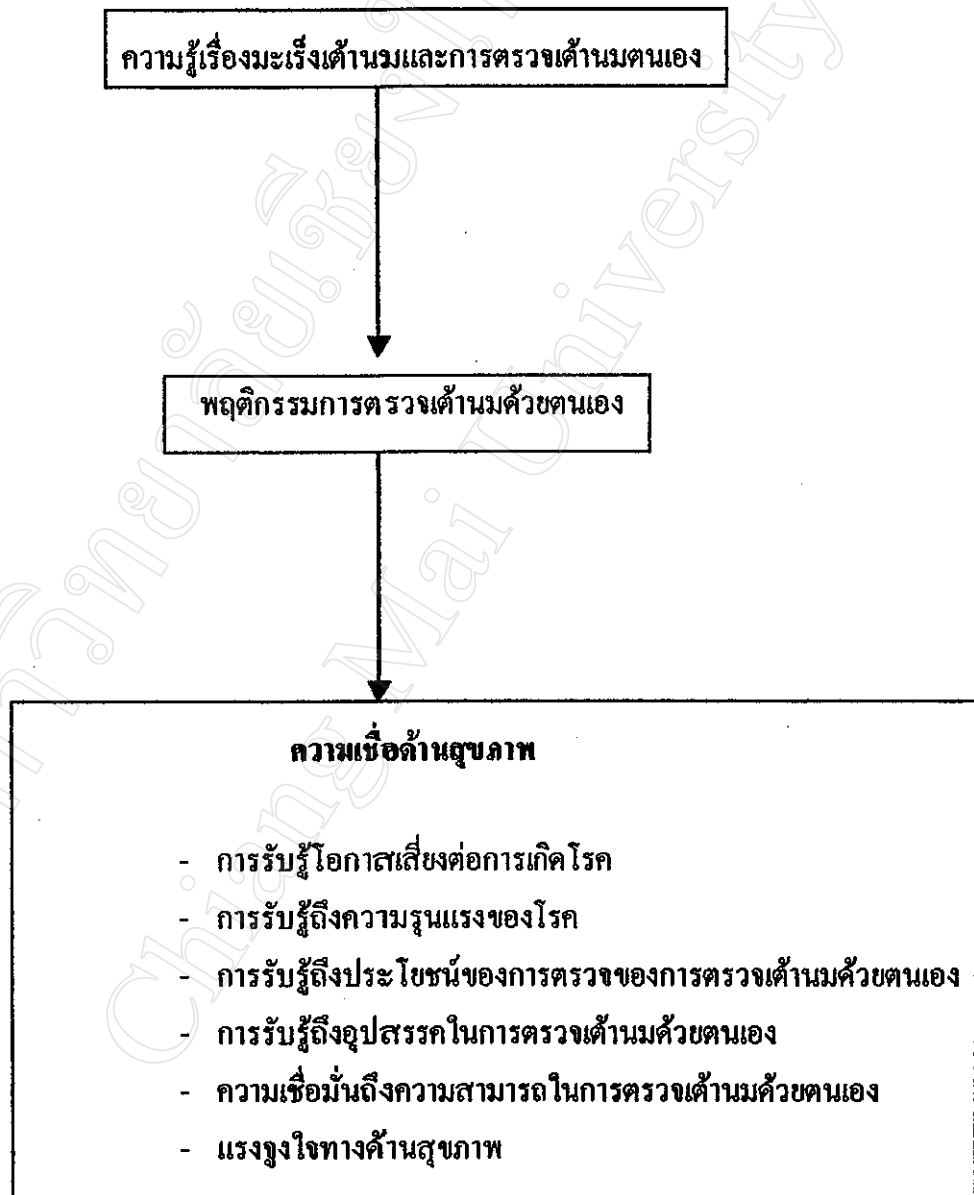
โสพรรณ โพทะยะ (2532) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาแตกต่างกัน พบว่าสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 และความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ประกายทิพย์ จันทร์ภิรมย์ (2541) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยรุ่น ในกรุงเทพมหานคร พบว่า สตรีวัยรุ่นไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 53.10 ในกลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองพบว่า ตรวจถูกต้องปานกลาง ร้อยละ 60.80 และปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยอื่น ได้แก่ ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการตรวจ

ด้านด้วยตนเอง ความสะดวกในการตรวจด้านด้วยตนเอง และ บังจยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งด้านแบบการตรวจด้านด้วยตนเองระหว่างกลุ่มที่ตรวจและไม่ตรวจด้านด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และบังจยนำ บังจยเอื้อ บังจยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจด้านด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศจะเห็นได้ว่าบังจยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในการป้องกันโรค การร่วมมือในการรักษาโรค และการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ความรู้เรื่องโรคยังมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือมีความสามารถเพิ่มมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่เดิมทั้งในความเข้าใจ ความรู้สึกรู้สึกคิดและด้านปฏิบัติ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้น ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ทำให้บุคคลมีความสามารถในการป้องกันตัวเองได้มากขึ้นซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ใช้ตัวแปรเหล่านี้เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้

ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและการตรวจด้านมด้วยตนเอง



แผนภาพ 1 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย