

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ คณะผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็ง
2. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดมะเร็งเต้านม
4. การป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม
5. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
6. การผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งเต้านม
7. กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ
8. งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

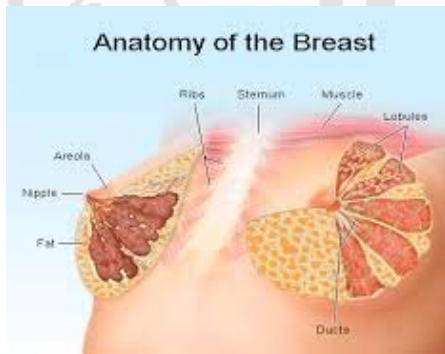
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับมะเร็ง

มะเร็ง (cancer) มาจากภาษากรีกว่า “ KARKINUS ” แปลว่า ปู เนื่องจากก้อนเนื้อมะเร็งเมื่อมองดูจะมีลักษณะคล้ายปู มนุษย์ทุกคนมียีนส์มะเร็ง (oncogene) อยู่ในเซลล์ โดยปกติยีนส์มะเร็งจะถูกยับยั้งไม่ให้ทำงานด้วยยีนส์ต้านมะเร็ง (anti-oncogene) ในร่างกายมนุษย์จะประกอบด้วยเซลล์หลายพันล้านเซลล์ แต่ละเซลล์จะมีตัวควบคุมทางพันธุกรรมไปยังเซลล์ที่กำลังจะเกิดขึ้นใหม่ การถอดแบบตัวเองของ DNA ลงไปในเซลล์เกิดใหม่ที่ปราศจากการรบกวนจากภายนอก จะทำให้ได้เซลล์ใหม่ที่มีรหัสพันธุกรรมที่เป็นปกติ เมื่อใดก็ตามที่เกิดความผิดปกติในกระบวนการถอดแบบเซลล์ที่เกิดขึ้นใหม่ก็จะมี ความผิดปกติด้วย เช่น เซลล์ที่มี nucleus แปลกไป ขนาดของ cytoplasm เล็กกว่าเซลล์ปกติ รูปร่างและขนาดของเซลล์แตกต่างไปจากเซลล์ปกติ และเซลล์มีการแบ่งตัวจำนวนมาก เรียกว่า เซลล์กลายพันธุ์ และพัฒนาไปสู่การเป็นเซลล์มะเร็ง ตัวการสำคัญที่ทำให้กระบวนการถอดแบบของ DNA เกิดความผิดพลาด จนนำไปสู่การเกิดเซลล์มะเร็งคือ สารก่อมะเร็ง (carcinogen) โดยปกติร่างกายจะมีกระบวนการซ่อมแซม DNA เพื่อจะทำให้เซลล์ที่ผิดปกติกลับมาเป็นปกติ แต่ความสามารถของร่างกายคนเรามีจำกัด ขณะเดียวกันร่างกายจะใช้ T-cell ที่อยู่ในเซลล์เม็ดเลือดขาว (WBC) ของระบบภูมิคุ้มกันออกมาจัดการกับเซลล์มะเร็งดังกล่าว เพื่อจะให้เซลล์มะเร็งหมดไป แต่เซลล์มะเร็งแบ่งตัวอย่างรวดเร็วเป็นทวีคูณจำนวนมาก T-cell จึงไม่สามารถกำจัดเซลล์มะเร็งให้หมดสิ้น เซลล์มะเร็งสามารถหลุดลอยไปตามกระแสโลหิตและน้ำเหลืองเมื่อไปหยุด ณ ที่ใดก็จะเกิดการแบ่งตัวและเจริญเติบโตขึ้นที่นั่น ทำให้เกิดมะเร็งตามเนื้อเยื่อและอวัยวะ

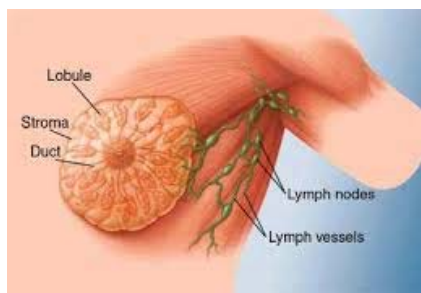
บริเวณนั้น ดังนั้นเมื่อมนุษย์มีอายุมากขึ้น สภาพร่างกายเสื่อมถอย ประสิทธิภาพของภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง โอกาสเป็นมะเร็งจึงสูงขึ้น จะพบว่าคนที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีโอกาสเป็นมะเร็งค่อนข้างมาก ที่พบมากในคนไทยคือ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งตับ มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งเต้านม และมะเร็งมดลูก (นิพนธ์ ตูวานนท์. 2557: ออนไลน์)

2. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

ลักษณะทั่วไปของเต้านม เต้านมเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกาย อยู่บริเวณหน้าอกตรงตำแหน่งซี่โครงที่ 2-6 ภายในเต้านมมีลักษณะเป็นต่อม (gland) แบ่งเป็นพู (lobe) ประมาณ 15-20 พู ภายในของแต่ละพูจะแตกแขนงออกเป็นพูเล็กๆ (lobules) ประมาณ 20-40 พูเล็ก ภายในแต่ละพูเล็กๆ จะมีเซลล์ทำหน้าที่ในการผลิตน้ำนม และจะขับน้ำนมผ่านท่อน้ำนมไปออกทางหัวนม (nipple) เซลล์ในเต้านมจะมีวัฏจักรการเติบโตที่ถูกกำหนดโดยตัวกำหนดลักษณะทางพันธุกรรมหรือยีนส์ (genes) ที่อยู่ภายในนิวเคลียส (nucleus) ทำหน้าที่ในการควบคุมการทำงานของเซลล์แต่ละเซลล์ในภาวะปกติ ยีนส์จะทำหน้าที่ควบคุมกระบวนการต่างๆที่เกิดขึ้นในเซลล์ให้ดำเนินไปตามปกติ ถ้ายีนส์มีการพัฒนาผิดปกติ เซลล์จะสูญเสียความสามารถในการควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์ ทำให้มีการเจริญเติบโตในลักษณะผิดปกติเกิดเป็นเนื้อร้ายหรือมะเร็ง ภายในเต้านมมีหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลือง ซึ่งจะไปรวมกันยังต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ เมื่อมะเร็งแพร่กระจายมักไปตามต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ และอาจไปยังกระดูก ตับ ปอดโดยไปทางหลอดเลือด



ภาพที่ 1 :กายวิภาคของเต้านม
ที่มา : www.medicinenet.com



ภาพที่ 2 : กายวิภาคและต่อมน้ำเหลืองของเต้านม
ที่มา : www.thaihealth.net

มะเร็ง คือเซลล์ที่เปลี่ยนสภาพไปเป็นเนื้อร้าย เติบโตและขยายตัวในหลอดเลือด และน้ำเหลือง กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย สารเคมีสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งเรียกว่า สารก่อมะเร็ง หรือ คาร์ซิโนเจน (carcinogen) ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้โครโมโซมในนิวเคลียสของเซลล์ผิดปกติไปจนกลายเป็นมะเร็งที่มีการแบ่งตัวขยายออกไปเรื่อยๆ

มะเร็งเต้านม (breast cancer) เริ่มก่อกำเนิดจากเซลล์เยื่อบุผิวของท่อน้ำนม เมื่อก้อนมะเร็งโตขึ้น จะมีการลุกลามไปตามท่อน้ำนม (mammary duct) สามารถทะลุผ่านเนื้อเยื่อชั้นผิว ไขมันในเต้านม กล้ามเนื้อ ผิวหนัง และลุกลามเข้าสู่ต่อมทางเดินน้ำเหลืองของเต้านม มะเร็งสามารถลุกลามผ่านผนังเส้นเลือด กระจายเข้าสู่ระบบท่อน้ำเหลืองที่อยู่ลึกลงไปของชั้น dermis ทำให้เกิดการบวมของผิวหนังแบบผิวส้ม (Peau d' orange) ต่อมาผิวหนังแตกเป็นแผล มีเลือดออกจากแผล และมีการเน่าเปื่อยของก้อน ตลอดจนกลืนน้ำเหลือง และติดเชื้อม

มะเร็งเต้านม จะมีการลุกลามเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองได้บ่อย โดยทั่วไปแล้วมักจะลุกลามเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้เป็นอันดับแรก ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร (T_1 lesion) จะมีการกระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ และสูงถึงร้อยละ 45 เมื่อก้อนมะเร็งขนาด 2-5 เซนติเมตร (T_2 lesion) ตำแหน่งของก้อนมะเร็งในเต้านมก็มีผลต่อการกระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองที่จุดต่างๆ เช่นกัน การกระจายของโรคเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองในเต้านมและเหนือไหปลาร้าเกิดขึ้นได้ แต่พบไม่บ่อย อุบัติการณ์ของการกระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองในเต้านม มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของก้อนมะเร็งและการลุกลามของต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งบริเวณส่วนบนด้านนอกของเต้านม (upper outer quadrant) และไม่มีกระจายเข้าสู่ต่อมน้ำนมบริเวณรักแร้ จะมีโอกาสพบมีความสัมพันธ์กับต่อมน้ำเหลืองในเต้านมเพียงร้อยละ 2-5 เท่านั้น แต่ถ้าก้อนมะเร็งอยู่บริเวณส่วนบนด้านในของเต้านม (inner quadrant) และมีการกระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ร่วมด้วย จะมีการกระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองในเต้านมสูงถึงร้อยละ 50 ส่วนการแพร่กระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองเหนือไหปลาร้าจะสัมพันธ์กับระยะของโรคและภาวะของการลุกลามสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ และต่อมน้ำเหลืองในเต้านม มีรายงานจากการผ่าตัดพบว่า อุบัติการณ์ของการแพร่กระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองเหนือไหปลาร้ามีเพียงร้อยละ 2-6 ถ้าไม่มีความสัมพันธ์กับต่อมน้ำเหลืองรักแร้และต่อมน้ำเหลืองในเต้านม และจะสูงถึงร้อยละ 17-43 ถ้ามีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้และต่อมน้ำเหลืองในเต้านม ส่วนการแพร่กระจายทางกระแสเลือดสู่อวัยวะอื่นๆ เกิดขึ้นได้ แมื่อก้อนมะเร็งจะมีขนาดเล็กและยังไม่มีกระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองก็ตาม แต่การแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นจะยิ่งสูงมากขึ้นอย่างชัดเจน ถ้ามีการกระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ร่วมด้วย อวัยวะที่พบมีการแพร่กระจายไปได้บ่อยคือ ปอด กระดูก ตับ ต่อมหมวกไต รังไข่ และสมอง

อาการและอาการแสดง

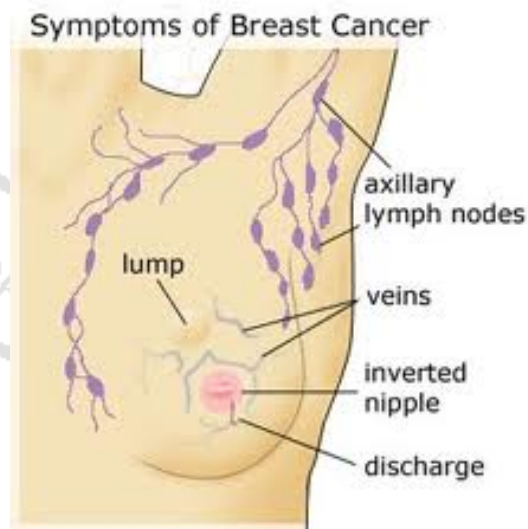
1. มะเร็งเต้านมในระยะแรก ส่วนใหญ่แล้วไม่ปรากฏอาการเจ็บปวด อาการอาจเริ่มด้วยการมีก้อนเล็ก ๆ ที่เต้านม โดยไม่มีอาการเจ็บปวด (พบเพียงร้อยละ 15 ที่มีอาการเจ็บ) บวม หรืออักเสบ ตำแหน่งที่พบบ่อยมากที่สุดคือ เต้านมส่วนบนด้านนอก (upper outer quadrant) ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยทั้งหมด

2. ก้อนจะโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ต่อมาอาจคลำพบก้อน เต้านมมีรูปร่างผิดปกติ มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณเต้านมหรือหัวนม เช่น รู้สึกเต้านมมีขนาดใหญ่ขึ้น มีอาการปวดเต้านม ผิวหนังของเต้านมบวมแดง ร้อน หรือผิวหนังบริเวณเต้านมเป็นสะเก็ดมีลักษณะหยาบและขรุขระเหมือนผิวส้ม ถ้าขนาดของก้อนเนื้ออกโตขึ้นจะแตกออกเป็นแผล

3. มีการดึงรั้งของหัวนม หัวนมมีการยุบหรือบวม ในบางรายมีของเหลวเป็นน้ำเหลืองปนเลือดออกทางหัวนม

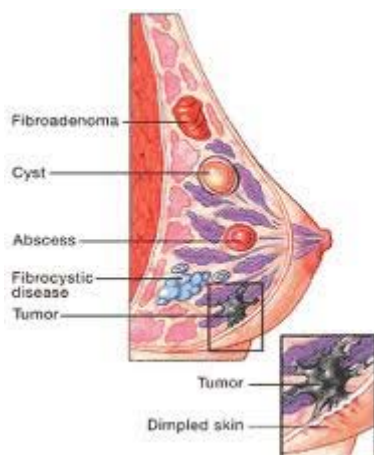
4. มีก้อนที่รักแร้ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้โต

5. ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มาพบแพทย์เมื่อมีการแพร่กระจายของโรคสู่อวัยวะอื่นแล้ว การเกิดมะเร็งเต้านมพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง พบได้น้อย ประมาณร้อยละ 1-2 เท่านั้น แต่จะพบการเป็นมะเร็งเต้านมทั้งสองเต้าที่เกิดขึ้นต่างเวลากัน (metachonous bilateral breast cancer) ได้ร้อยละ 5-8



ภาพที่ 3 : อาการแสดงของมะเร็งเต้านม

ที่มา : www.bangkokhealth.net



ภาพที่ 4 : ก้อนในเต้านม

ที่มา :www.siamhealth.net

ภาพที่ 5 : มะเร็งเต้านม

ที่มา :www.womenupyim.com

ระยะของมะเร็งเต้านม

ระยะ 0 เป็นระยะเริ่มต้นของเซลล์มะเร็ง ซึ่งยังไม่ลุกลามไปยังเนื้อเยื่อเต้านม

ระยะ 1 ก้อนมะเร็งมีขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร และยังไม่ลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลือง

ระยะ 2 ก้อนมะเร็งมีขนาดระหว่าง 2-5 เซนติเมตร ซึ่งอาจจะลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้หรือไม่ก็ได้ หรือมีขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร และลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้แล้ว แต่ยังไม่แพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น

ระยะ 3 ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร และลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้แล้ว แต่ยังไม่แพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น

ระยะ 4 มะเร็งแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น ๆ แล้ว

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบได้ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย แต่พบได้บ่อยในผู้หญิงและพบมากเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งที่พบในผู้หญิง พบว่ามีอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในผู้ชาย 1 คนต่อผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม 100 คน มะเร็งเต้านมเป็นในคนทุกอายุ และมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามอายุ มะเร็งเต้านมมักไม่พบในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี พบได้น้อยมากในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี แต่เกือบร้อยละ 80 ของมะเร็งเต้านมเกิดในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี

สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อไปนี้

1. พันธุกรรม มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านมอย่างมาก พบว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีประวัติคนในครอบครัวโดยเฉพาะญาติสายตรง เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เป็นมะเร็งเต้านม และ/หรือมะเร็งรังไข่ มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่พันธุกรรมของโรคนี้ จะมีความเสี่ยง

มากยิ่งขึ้นถ้าญาติเหล่านี้เป็นมะเร็งก่อนอายุ 50 ปี หรือมีญาติหลายคนเป็นมะเร็ง และอย่างน้อยร้อยละ 20 ของผู้หญิงที่มีมารดาเป็นโรคมะเร็งเต้านมมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า

2. ผู้ที่มีประวัติว่าเคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งมาแล้วมีโอกาสสูงที่จะเกิดกับอีกข้างหนึ่ง

3. ความผิดปกติทางพันธุกรรม หรือการกลายพันธุ์ของยีนส์ ประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดขึ้นจากพันธุกรรม และยีนส์ที่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านมคือ BRCA1 (breast cancer gene 1) บนโครโมโซมคู่ที่ 17 และ BRCA 2 (breast cancer gene 2)บนโครโมโซมคู่ที่ 13 โดยพบว่ายีนส์ดังกล่าวเป็นตัวควบคุมเซลล์ของเต้านมไม่ให้เกิดการแบ่งตัวผิดปกติ ถ้ามีความผิดปกติของยีนส์สองตัวนี้ ก็จะทำให้เซลล์เต้านมมีการแบ่งตัวผิดปกติ ความผิดปกติของเซลล์จะมากขึ้นจนเหนือการควบคุม ทำให้เกิดเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ที่มี BRCA1 และ BRCA 2 นอกจากจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมแล้ว ยังเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ และตับอ่อนอีกด้วย โดยพบว่ามะเร็งเต้านมประมาณร้อยละ 5-10 เกิดจากการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 และความถี่นี้จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5-10 เป็นร้อยละ 25 ในสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนวัย 30 ปี ยีนส์ 2 ชนิดดังกล่าว จัดอยู่ในกลุ่มของ Tumor Suppressor Gene หมายความว่า ยีนส์ทั้ง 2 ชนิดนี้ ถ้าปกติจะผลิตโปรตีนที่ทำหน้าที่ควบคุมเซลล์เป้าหมาย ในที่นี้หมายถึงต่อมน้ำนม และต่อมน้ำนม เซลล์ของรังไข่ ให้มีการแบ่งตัวอย่างปกติ คือยับยั้งไม่ให้แบ่งตัวมากเกินไปจนกลายเป็นเนื้องอก แต่ถ้ายีนส์ 2 ชนิดนี้ เกิดการกลายพันธุ์ ยีนส์ทั้ง 2 ก็จะทำให้เสียสภาพไม่สามารถผลิตโปรตีนซึ่งทำหน้าที่ควบคุมเซลล์เป้าหมาย เซลล์เป้าหมายก็จะแบ่งตัวผิดปกติเกิดเป็นโรคมะเร็งขึ้น ทั้งมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ที่เกิดจากพันธุกรรม มีการเปลี่ยนแปลงของยีนส์ตัวเดียวกัน คือ BRCA1 โดยบรรดาครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นมะเร็งเต้านมและหรือมะเร็งรังไข่นั้น จะมีการกลายพันธุ์ของยีนส์ BRCA1 เกิดขึ้นประมาณร้อยละ 45 ของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมากถึงร้อยละ 90 ของสมาชิกในครอบครัวที่มีทั้งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ นอกจากนี้ยังพบว่า ภายในครอบครัวที่มีการถ่ายทอดเฉพาะมะเร็งเต้านมอย่างเดียว ถ้าหากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 45 ปี ความถี่ในการกลายพันธุ์ของยีนส์ BRCA1 จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 70 ซึ่งสตรีที่มีการกลายพันธุ์ของยีนส์ BRCA1 นี้จะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งเต้านมในช่วงใดช่วงหนึ่งของอายุขัยได้มากถึงร้อยละ 85 และมีโอกาสเป็นมะเร็งที่รังไข่ได้ ประมาณร้อยละ 40-60 อีกด้วย BRCA2 เป็นยีนส์ที่สัมพันธ์กับมะเร็งเต้านมชนิดที่แยกได้ในเวลาใกล้เคียงกับ BRCA1 โดยจะพบการกลายพันธุ์ของยีนส์ BRCA2 ในครอบครัวมะเร็งเต้านมที่ไม่เกิดการกลายพันธุ์ของยีนส์ BRCA1

4. ประวัติประจำเดือน ผู้หญิงที่เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก (menarche) เมื่ออายุน้อย (อายุก่อน 12 ปี) เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้หญิงที่มีประจำเดือนครั้งแรกหลังอายุ 13 ปี ถึง 2 เท่า และมักจะเริ่มเป็นมะเร็งเต้านมในระยะกำลังจะหมดประจำเดือน และในผู้หญิงที่ประจำเดือนหมดช้า (late menopause) มีประจำเดือนมากกว่า 30 ปี มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้หญิงที่มีประจำเดือนน้อย

กว่า 30 ปี ผู้หญิงที่หมดประจำเดือนหลังอายุ 55 ปี มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้หญิงที่หมดประจำเดือนก่อนอายุ 44 ปี ถึง 2 เท่า

5.ประวัติการมีบุตร ผู้หญิงที่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าบุคคลทั่วไปร้อยละ 50 ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วแต่ไม่เคยตั้งครรภ์และผู้หญิงโสดที่ไม่แต่งงานเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมใกล้เคียงกับผู้หญิงที่มีบุตรช้า และผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ 1-3 ครั้ง

6.การใช้ยาคุมกำเนิดประเภทเอสโตรเจนและ/หรือโปรเจสโตเจนตั้งแต่อายุน้อยและใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานานมากกว่า 10 ปี

7.ผู้ที่ได้รับฮอร์โมนเสริม ทดแทนในวัยทองเป็นเวลานานกว่า 5 ปี จะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าคนปกติเล็กน้อย ฮอร์โมนเสริมที่กล่าวถึงคือ ฮอร์โมนเอสโตรเจนขนาดต่ำร่วมกับฮอร์โมนโปรเจสทิน ซึ่งนอกจากจะรักษาอาการของวัยทองแล้วยังมีการแนะนำให้เพื่อป้องกันโรคหัวใจ หลอดเลือด และโรคกระดูกพรุน

8.การรับประทานไขมันมากและเส้นใยอาหารต่ำ การรับประทานอาหารที่มีไขมันมากโดยเฉพาะไขมันสัตว์ อาหารทอด อาจเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมได้ เพราะไขมันสัตว์เป็นไขมันอิ่มตัวและเป็นปัจจัยหลักที่เซลล์มะเร็งใช้ในการแบ่งเซลล์ ตรงกันข้ามกับการรับประทานอาหารที่มีเส้นใยมาก เช่น ผัก ผลไม้ เมล็ดธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง หรือผักใบเขียว ที่อาจช่วยลดระดับเอสโตรเจนในเลือด และอาหารเหล่านี้มีสาร "เอแอลเอ" ซึ่งเป็นหนึ่งในสารที่พบในกรดโอเมกา-3 จะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

9.การรับประทานเนื้องอก ย่าง และรมควัน บ่อยๆ เชื่อว่าความร้อนจากการปิ้ง ย่าง รมควันทำให้ไขมันหลอมหยดลงบนถ่าน เกิดการสันดาปไม่สมบูรณ์ เกิดเป็นควันที่มีพิษเป็นสารก่อมะเร็งและลอยกลับขึ้นมาจับที่เนื้อสัตว์บนเตา หากรับประทานเข้าไปในปริมาณมากก็จะเกิดการสะสมในร่างกาย จนเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งกระเพาะอาหารได้ สารก่อมะเร็งที่พบในอาหารประเภทปิ้ง ย่าง และรมควันนั้น มีชื่อว่าสารพีเอเอช (Polycyclic Aromatic Hydrocarbon - PAH)

นอกจากนี้ สำนักงานอาหารแห่งประเทศสวีเดนยังทำการวิจัยพบว่า อาหารที่ถูกทอดหรืออบด้วยความร้อนสูง เช่น มันฝรั่งทอด ขนมปังกรอบและบิสกิตนั้น มีสารอะคริลาไมด์ (acrylamide) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งประกอบอยู่ด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารที่ทอดในน้ำมันที่ถูกใช้ปรุงอาหารเกินสองครั้งนั้นพบว่า มีสารก่อมะเร็งที่เกิดจากการแตกตัวของน้ำมันที่เสื่อมสภาพ ซึ่งหากบริโภคติดต่อกันก็อาจเข้าไปสะสมในร่างกายและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งในระบบทางเดินอาหาร ขณะที่ผู้ปรุงอาหารซึ่งสูดดมไอของน้ำมันเข้าไปก็มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นเช่นกัน

ไขมันที่พบมากในสัตว์เนื้อสีแดง เช่น เนื้อวัว หรือเนื้อหมูนั้นเป็นไขมันอิ่มตัว ที่ยังพบมากในไข่แดง นม และผลิตภัณฑ์จากนม เช่น เนย ชีส และโยเกิร์ต เป็นต้น รวมถึงน้ำมันที่ได้จากพืชบางชนิด เช่น น้ำมัน

ปาล์ม น้ำมันมะพร้าว น้ำมันแปรรูป เช่น มาการีน เนยขาว ซึ่งนอกจากจะทำให้ร่างกายผลิตคอเลสเตอรอลมากขึ้น จนเป็นสาเหตุของภาวะหลอดเลือดตีบแล้ว ไขมันประเภทนี้ยังมีส่วนเชื่อมโยงต่อการก่อตัวของมะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม และมะเร็งต่อมลูกหมากอีกด้วย โดยเฉพาะเมื่ออาหารประเภทนี้ถูกนำไปปรุงในอุณหภูมิที่ร้อนจัดก็จะก่อให้เกิดสารก่อมะเร็งที่มีชื่อว่าเฮเทอโรไซเคิลเอ (Heterocyclic Amine - HCA)

10. โรคอ้วนมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเป็นมะเร็งเต้านมโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิงวัยหลังระดูหมดและมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม หรือยังมีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมขึ้นร้อยละ 18 เนื่องจากเซลล์ไขมันเป็นแหล่งผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนได้ ดังนั้นในคนอ้วนจะมีฮอร์โมนเอสโตรเจนสูงกว่าคนที่น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติถึงร้อยละ 50 -219 นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงที่อ้วนและมีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/กิโลกรัม² ขึ้นไป มีฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายสูงกว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวปกติมากถึงร้อยละ 60 – 219 (ปีติ นิยมศิริวนิช, 2556: ออนไลน์) หรือภาวะอ้วนจะมีอินซูลินสูงในเลือด เพราะมีภาวะ insulin resistance ซึ่งก่อให้เกิดก่อนที่เต้านม โดยมีฤทธิ์ส่งเสริมกับภาวะมีเอสโตรเจน สูง

11. ความเครียดทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลีน (adrenaline) และ คอร์ติซอล (cortisol) ออกมามาก ฮอร์โมนอะดรีนาลีนไปกดภูมิคุ้มกันของร่างกาย ฮอร์โมนคอร์ติซอลทำให้เม็ดเลือดขาวทำงานน้อยลง จึงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันด้านทานโรคของร่างกายมีประสิทธิภาพน้อยลง เป็นสาเหตุให้ร่างกายเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูงกว่าปกติ

12. การสูบบุหรี่ทำให้ความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมและสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มที่จะเกิดการแพร่กระจายของเชื้อมะเร็งจากเต้านมไปยังปอดมากขึ้น เนื่องจากการสูบบุหรี่จะเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในปอดให้เอื้อต่อการกระจายตัวของเชื้อ และเชื้อจะเจริญเติบโตขึ้นจนทำลายปอดในที่สุด

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เปิดเผยรายงานการวิจัยโดย ดอกเตอร์ คาเรน มาร์โกลิส และคณะ จากมูลนิธิภาควิชาวิจัยสุขภาพรัฐมินิโซตา ซึ่งเผยแพร่ในวารสารบริติช เมดิคัล เจอร์นัล ฉบับวันที่ 5 มีนาคม 2554 โดยได้ติดตามสตรีอเมริกัน 80,000 คน ระหว่าง ค.ศ.1993 ถึง 1998 ผลปรากฏว่า มีหญิงในกลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งเต้านม 3,520 ราย จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า หญิงที่เคยสูบบุหรี่มาก่อน หรือไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างต่อเนื่อง สามารถเพิ่มความเสี่ยงการเกิดมะเร็งเต้านมขึ้นร้อยละ 20 หลังหมดประจำเดือน โดยความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับควันบุหรี่มือสองกับการเกิดมะเร็งเต้านมในผู้หญิง เป็นประเด็นที่ทั่วโลกให้ความสนใจกันมาก เนื่องจากในหลายปีที่ผ่านมา มีรายงานการวิจัยจำนวนมากขึ้นที่แสดงถึงการเกิด มะเร็งเต้านมในหญิงไม่สูบบุหรี่ที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง และสถาบันพิทักษ์สิ่งแวดล้อม รัฐแคลิฟอร์เนีย ประกาศอย่างเป็นทางการว่าการได้รับควันบุหรี่มือสองเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะในหญิงที่มีอายุน้อยก่อนวัยหมดประจำเดือน ทั้งนี้ ข้อมูลการวิจัยพบว่า สารเคมีที่พบในควันบุหรี่มือสองกว่า 20 ชนิด ทำให้เกิดมะเร็ง

เต้านมในหนูที่เป็นสัตว์ทดลอง และสามารถตรวจพบสารก่อมะเร็งในเนื้อเยื่อเต้านมของผู้หญิงที่ได้รับควันบุหรี่มือสองและในน้ำนมของหญิงที่ให้นมบุตรได้

นอกจากนี้ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ ยังกล่าวเพิ่มเติมว่า บทเรียนจากอดีตพบว่า นักวิทยาศาสตร์ประกาศว่า มะเร็งปอดเป็นมะเร็งชนิดแรกที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่เมื่อสี่สิบกว่าปีก่อน แต่ต่อมามีการทยอยประกาศมะเร็งของอวัยวะอื่นๆ ที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอีก 9 ชนิด อันได้แก่ มะเร็งช่องปากและลำคอ กลองเสียง หลอดลม หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร เม็ดเลือดขาว ไต กระเพาะปัสสาวะ และปากมดลูก ตามหลักฐานงานวิจัยที่มีมากขึ้น กรณีของความสัมพันธ์ของการเกิดมะเร็งเต้านมกับการได้รับควันบุหรี่มือสองก็คงจะเช่นเดียวกัน ที่น่าจะมีการประกาศอย่างเป็นทางการในไม่ช้านี้ ความสัมพันธ์นี้มีความสำคัญมาก เนื่องจากมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่ง หรือสองของผู้หญิงทั่วโลก และเป็นมะเร็งหมายเลขหนึ่งของผู้หญิงไทย โดยพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใหม่ปีละหนึ่งหมื่นคนเศษ และผู้หญิงจำนวนมากทั่วโลกได้รับควันบุหรี่มือสองในที่ทำงานและโดยเฉพาะในบ้าน ดังเช่นการสำรวจในประเทศไทย ปี พ.ศ.2552 ที่พบว่าผู้หญิงไทยหนึ่งล้านคน ได้รับควันบุหรี่มือสองในที่ทำงาน และ 8.8 ล้านคนได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน จึงมีการเรียกร้องให้ผู้สูบบุหรี่ทุกคนไม่สูบบุหรี่ในที่ทำงานและในบ้าน เพื่อลดจำนวนการเกิดมะเร็งเต้านมจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง

13. แอลกอฮอล์จัดอยู่ในจำพวกสารก่อมะเร็ง สารเอทานอลในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อถูกย่อยสลายในร่างกายแล้ว จะกลายเป็นสารที่มีชื่อว่า อะเซทแอลดีไฮด์ ซึ่งมีผลทำให้เซลล์ในร่างกายอ่อนแอลง และแอลกอฮอล์ยังมีส่วนช่วยเพิ่มเอสโตรเจนให้สูงขึ้น การเพิ่มปัจจัยการดื่มจึงเป็นสาเหตุของการเพิ่มระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนให้มากขึ้น การดื่มสุรายิ่งดื่มปริมาณมากยิ่งเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมากเท่า่นั้น พบว่าการดื่มในปริมาณปานกลางถึงสูง ทำให้เนื้อเยื่อเต้านมต้องเผชิญกับฮอร์โมนที่มากเกินไปจะกระตุ้นทำให้เกิดมะเร็งเต้านมได้ ผู้หญิงที่ดื่มสุรา 1 ดื่มต่อวัน เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมเล็กน้อย แต่มีการศึกษาพบว่าการดื่มสุรามากกว่า 24 กรัมต่อวัน (หรือประมาณ 2 ดื่มต่อวัน) จะเพิ่มความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มไม่ดื่มถึง 1.4-1.7 เท่า ถ้าหากดื่ม 3 ดื่มต่อวันจะเพิ่มความเสี่ยงที่เท่ากับการสูบบุหรี่หนึ่งของต่อวันหรือการใช้ฮอร์โมนทดแทน นอกจากนี้การดื่มสุราร่วมกับการสูบบุหรี่จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงมากกว่าร้อยละ 30 จากการศึกษาพบว่าการดื่มสุราประจำและมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมจะเพิ่มความเสี่ยงเป็น 2 เท่า (พิชัย แสงชาญชัย, เอกสารอัดสำเนา) และมีงานวิจัยว่าแอลกอฮอล์มีฤทธิ์ต้านคาโรทีนอยด์ ซึ่งเป็นสารต้านมะเร็ง วิตามินซี และซีลีเนียมจะมีระดับต่ำลงในเลือดเมื่อกินเหล้า ดังนั้นเหล้าอาจจะเพิ่มสาเหตุของมะเร็งเพราะลดตัวป้องกันมะเร็งของร่างกาย

14. การออกกำลังกายน้อยพบว่าทำให้เป็นมะเร็งได้ ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 30 - 60 นาที อาจช่วยลดความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 10-18 ซึ่งอธิบายได้ว่ามาจากมีการเคลื่อนไหวของกระเพาะ ลำไส้ และลดการหลั่งฮอร์โมนเพศหญิง (estrogen) ลดการเกาะตัวของไขมันตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย การเดินมีประสิทธิผลพอ ๆ กับการออกกำลังกายแบบหักโหม การออกกำลังกาย

กายอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลาอย่างน้อย 10 ปี ไม่ว่าจะอยู่ในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ ช่วยลดความเสี่ยงได้มากนอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยลดไขมันซึ่งเป็นแหล่งสร้างเอสโตรเจนที่สำคัญในหญิงวัยหมดระดูอีกด้วย

4. การป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม

การป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมโดยการตรวจคัดกรองเป็นการช่วยค้นหา มะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มต้นซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสการรักษา มะเร็งเต้านมให้หายขาด การตรวจคัดกรอง มะเร็งเต้านม ได้แก่

1. การตรวจเต้านมด้วยตัวเอง (breast self-examination: BSE) เมื่อเริ่มอายุ 20 ปี ผู้หญิงทุกคนควรตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนอย่างถูกวิธี ช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการตรวจคือ 5 ถึง 7 วัน นับจากประจำเดือนหมด ส่วนผู้หญิงที่หมดประจำเดือนแล้ว ให้กำหนดวันที่จดจำง่ายและตรวจในวันเดียวกันของทุกเดือน การตรวจเต้านมด้วยตนเองต้องตรวจตามวิธีที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ จะสามารถตรวจพบก้อนได้ตั้งแต่ยังมีขนาดไม่โตมากนักซึ่งการรักษาจะได้ผลดี

2. การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการตรวจเต้านม (clinical breast examination: CBE) สมาคมโรคมะเร็งสหรัฐอเมริกาแนะนำให้สตรีอายุ 20-39 ปี พบแพทย์เพื่อตรวจเต้านมอย่างน้อยทุก 3 ปี ส่วนผู้หญิงอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ให้ตรวจทุก 1 ปี สำหรับประเทศไทยแนะนำให้เริ่มตรวจเต้านมโดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เมื่ออายุ 40 ปี และตรวจทุก 1 ปี หรือเมื่อสงสัยว่ามีก้อนที่เต้านม

3. การตรวจเอกซเรย์เต้านม หรือการตรวจแมมโมแกรม (mammogram) เป็นวิธีการตรวจหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปในวงการแพทย์ วิธีการตรวจทำได้โดยการถ่ายภาพเอกซเรย์ผ่านเต้านมด้วยรังสีพลังงานต่ำเพื่อให้ปรากฏภาพลงบนแผ่นฟิล์ม การตรวจต้องกดเต้านมให้แบนลงอย่างช้า ๆ เพื่อให้มองเห็นความผิดปกติได้ดียิ่งขึ้น และลดปริมาณรังสีที่ได้รับและอาจมีการตรวจอัลตราซาวด์เต้านมร่วมด้วย เพื่อนำผลการตรวจทั้งสองอย่างมาพิจารณาประกอบกัน ทำให้การวินิจฉัยมีความถูกต้องแม่นยำมากยิ่งขึ้น และยังช่วยในการตรวจค้นหาก้อนบริเวณเต้านมที่มีขนาดเล็กจนคลำไม่พบ การตรวจแมมโมแกรมควรตรวจในคนทั่วไปที่ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมควรเริ่มต้นตรวจเมื่ออายุ 35 ปี โดยตรวจทุก 2 ปี หลังจากอายุ 40 ปีขึ้นไป ควรตรวจเป็นประจำทุกปีหรือตามคำแนะนำของแพทย์ (เกวลิน บุญลอย. 2552: ออนไลน์)

สาเหตุที่ไม่นิยมตรวจแมมโมแกรมในคนที่อายุน้อยกว่า 35 ปี เนื่องจาก

- 1) โอกาสเกิดมะเร็งเต้านมน้อย
- 2) ลักษณะภาพเต้านมในคนอายุน้อยมักจะบดบังก้อน
- 3) โอกาสได้รับรังสีตั้งแต่อายุน้อยเพิ่มขึ้น ในกรณีที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ควรเริ่มตรวจแมมโมแกรมเร็วกว่าคนทั่วไป 5 – 10 ปี

การเตรียมตัวก่อนมาตรวจ จะตรวจเมื่อไรก็ได้ ไม่จำเป็นต้องงดน้ำงดอาหาร ไม่มีการรับประทานยาหรือฉีดยาใด ๆ ควรมาตรวจหลังจากประจำเดือนหมดแล้ว 7 วัน จะทำให้รู้สึกเจ็บเต้านมลดลงในขณะที่ทำการตรวจ และควรงดทาแป้ง ลูกกลิ้ง หรือน้ำหอมบริเวณหน้าอกและรักแร้

นอกจากนี้จากข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่ในปัจจุบัน วิธีที่ดีที่สุดและคุ้มค่าที่สุดในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2555:21-22) สรุปได้ดังนี้

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมแบบกลุ่ม (mass screening) แบ่งได้ดังนี้

1. ผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ควรเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง และควรจะต้องได้รับการบอกถึงประโยชน์ (benefit) และข้อจำกัดของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งได้รับการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง และหากมีอาการที่สงสัยควรมีการตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม

2. ผู้หญิงที่มีอายุ 40 - 69 ปี และไม่มีอาการ นอกจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำแล้ว ควรได้รับการตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม ทุก 1 ปี

3. ผู้หญิงที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มนี้ ให้พิจารณาเป็นรายบุคคล โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของประโยชน์และอัตราการเสี่ยงของการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม ในเรื่องของสภาวะสุขภาพในขณะนั้นและระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่ต่อไป (life expectancy)

ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ได้มีผลต่อการลดอัตราการตาย แต่ก็ถือว่าเป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่สะดวก ประหยัดค่าใช้จ่าย และเหมาะสมสำหรับประเทศไทย และเป็น การสร้างความตระหนักให้กับผู้หญิงไทยให้มีความสนใจกับสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ผู้หญิงโดยทั่วไป ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ (benefit) คือ การตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะแรก ข้อจำกัดในกลุ่มผู้หญิงที่มีเนื้อเต้านมแน่น (dense breast) และการแปลผลผิดพลาดร้อยละ 10-30 และข้อพึงระวังที่ เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมประจำ (regular screening) จากการตั้งกดทับและปริมาณรังสี จำนวนน้อยที่ได้รับ

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมแบบอาสาสมัคร (Voluntary screening) แบ่งได้ดังนี้

1. กลุ่มผู้หญิงทั่วไป

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 ผู้หญิงที่อายุ 70 ปีขึ้นไป การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มนี้ให้พิจารณาเป็นรายบุคคล โดยพิจารณาถึงสภาวะสุขภาพในขณะนั้นและระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่ต่อไป (life expectancy)

2. ผู้หญิงกลุ่มเสี่ยง (high risk)

ผู้หญิงกลุ่มนี้ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเหมือนกับกลุ่มสตรีทั่วไป แต่ควรจะต้องเริ่มตรวจเร็วขึ้น เช่น ในกรณีที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมที่อายุน้อยกว่า 40 ปี ควรทำการตรวจคัดกรองเมื่ออายุที่ญาติเป็นมะเร็งเต้านมลบออกอีก 5 ปี และควรตรวจทุก 1 ปี

ผู้หญิงกลุ่มเสี่ยง (high risk) ได้แก่

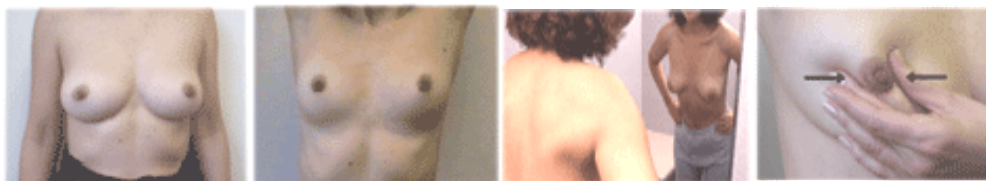
- 1) มีประวัติญาติสายตรง ได้แก่ มารดา พี่สาว/น้องสาว และบุตร เป็นมะเร็งเต้านม หรือมะเร็งที่รังไข่
- 2) ผู้ที่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมแล้วหนึ่งข้าง
- 3) ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงบริเวณหน้าอก ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรค Hodgkin's disease หรือ non-Hodgkin lymphoma เป็นต้น
- 4) ผู้ที่มีประวัติทำ breast biopsy แล้วมีผลเป็น atypical duct hyperplasia
- 5) ผู้ที่ได้รับประทานฮอร์โมนเสริมทดแทนวัยหมดประจำเดือนเป็นประจำเกิน 5 ปี
- 6) ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป

5. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไปทุกคนควรตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อคัดกรองหาก้อนในเต้านมหรือพังผืดหนาในเนื้อเต้านมทุกเดือน ช่วงเวลาที่เหมาะสม คือประมาณ 5 ถึง 7 วัน นับจากประจำเดือนหมด ซึ่งเป็นช่วงที่เต้านมไม่คัดตึง ไม่มีอาการปวด หรือกดเจ็บและบวมเหมือนในช่วงก่อนและขณะมีประจำเดือน สำหรับสตรีสูงอายุที่ประจำเดือนหมดแล้ว ควรตรวจเต้านมด้วยตัวเองในวันที่จดจำได้ง่าย และควรตรวจในวันเดียวกันของทุกเดือน สถานที่ตรวจต้องมืดชิดเพราะต้องถอดเสื้อออก ควรมีกระจกเงาและมีแสงสว่างพอสมควรที่จะช่วยให้สามารถมองเห็นเต้านมได้เป็นอย่างดี

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง มี 3 วิธี ดังนี้

1. ยืนหน้ากระจก



ภาพที่ 6 : การคลำเพื่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองในท่ายืนหน้ากระจก

ที่มา : www.women.kapook.com and www.health.com

- 1.1) ปลดแขนแนบข้างลำตัวตามสบายเปรียบเทียบกับเต้านมทั้ง 2 ข้าง ว่ามีการบิดเบี้ยวของหัวนม ความสูงต่ำของหัวนมหรือสิ่งผิดปกติอื่น ๆ หรือไม่ เช่น สีผิว รอยบุ๋ม รอยแผล หัวนมบุ๋มหรือบิดเบี้ยว
- 1.2) ประสานมือทั้ง 2 ข้างไว้เหนือศีรษะแล้วกลับมาอยู่ในท่าทำวสะเอว พร้อมสังเกตสิ่งที่ผิดปกติ
- 1.3) ให้นมตัวมาข้างหน้าโดยใช้มือทั้ง 2 ข้าง วางท่าสะเอว เกร็งกล้ามเนื้อหน้าอก ในท่างานนี้เต้านมจะห้อยลงไปทางตรงอาจมองเห็นความผิดปกติได้ชัดเจนมากขึ้น
- 1.4) บีบหัวนมเข้าหากันพร้อมสังเกตว่ามีของเหลวผิดปกติออกมาจากหัวนมหรือไม่ ถ้ามีต้องรีบไปพบแพทย์

2. นอนราบ



ภาพที่ 7 : การคลำเพื่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองในท่านอนราบ

ที่มา : www.women.kapook.com

- 2.1) นอนในท่าที่สบายแล้วสอดหมอนหรือม้วนผ้าสอดไว้ใต้ไหล่ด้านเดียวกับเต้านมที่จะตรวจ
- 2.2) ยกแขนข้างเดียวกับเต้านมที่จะตรวจไว้เหนือศีรษะหรือวางไว้ใต้ศีรษะก็ได้ เพื่อให้เต้านมด้านนั้นแผ่ราบ ซึ่งจะทำให้คลำพบก้อนได้ง่ายขึ้นโดยเฉพาะส่วนบนด้านนอกของเต้านม ซึ่งมีเนื้อนมหนามากที่สุด และอยู่ใกล้รักแร้ซึ่งเป็นศูนย์รวมของต่อมน้ำเหลือง เป็นบริเวณที่เกิดมะเร็งเต้านมบ่อยกว่าส่วนอื่น
- 2.3) ให้ใช้ 3 นิ้ว คือ นิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนาง ของมือตรงข้ามโดยนิ้วทั้งสามต้องชิดกัน กดคลำให้ทั่วทั้งเต้านมและรักแร้การคลำให้คลำวนเป็นก้นหอยเล็กๆ หรืออาจคลำวิธีอื่นที่จะกล่าวต่อไปก็ได้

วนออกจากหัวนมจนทั่วทั้งเต้านมและรักแร้ เพื่อตรวจดูว่ามีสิ่งผิดปกติหรือไม่ ทำเช่นนี้ 3 รอบโดยให้ระดับความลึกเป็น 3 ระดับ คือระดับผิว กดลึกถึงอีกถึงระดับกล้ามเนื้อเต้านม และลึกลงไปถึงกระดูกซี่โครง ที่สำคัญห้ามบีบเนื้อเต้านมเพราะจะทำให้รู้สึกว่ามีก้อน ซึ่งจริง ๆ แล้วไม่ใช่ก้อนเนื้อออก

2.4) เมื่อตรวจเต้านมด้านหนึ่งเรียบร้อยแล้ว ให้เปลี่ยนตรวจเต้านมอีกด้านหนึ่งโดยดำเนินการในลักษณะเดียวกัน

3.ขณะอาบน้ำ

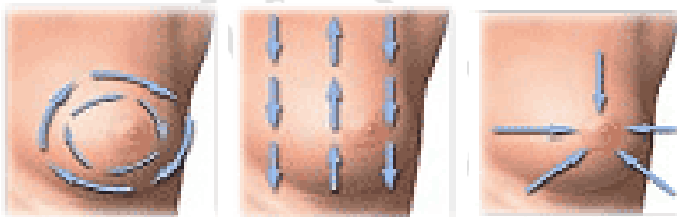


ภาพที่ 8: การตรวจเต้านมขณะอาบน้ำ
ที่มา : www.women.upyim.com
and www.thaihealth.net

3.1) สำหรับผู้หญิงที่มีเต้านมขนาดเล็กให้วางมือข้างเดียวกับเต้านมที่ต้องการตรวจบนศีรษะแล้วใช้มืออีกข้างคลำในทิศทางเดียวกับที่คลำในท่านอน

3.2) สำหรับผู้หญิงที่มีเต้านมขนาดใหญ่ให้ใช้มือข้างที่จะตรวจเต้านมประคองเต้านมและตรวจคลำเต้านมจากด้านล่าง ส่วนมืออีกข้างให้คลำเต้านมจากด้านบน

วิธีการคลำมี 3 วิธีดังนี้



ภาพที่ 9: การคลำเพื่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
ที่มา : www.hpe4.anamai.moph.go.th

1. การคลำในแนวกันหอยโดยเริ่มจากส่วนบนไปตามแนวกันหอยจนกระทั่งถึงฐานเต้านมบริเวณรักแร้
2. การคลำในแนวขึ้นลง เริ่มจากใต้เต้านมถึงรักแร้แล้วขยับนิ้วทั้ง 3 คลำในแนวขึ้นและลงสลับกันไปเรื่อยๆจนทั่วทั้งเต้านม
3. การคลำในแนวรูปลิ้มเริ่มจากส่วนบนของเต้านมจนถึงฐานแล้วกลับสู่ออกอย่างนี้ไปเรื่อยๆให้ทั่วทั้งเต้านม

6. การผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่ถือว่าเป็นอันตรายคุกคามต่อชีวิต (life threatening disease) ซึ่งหมายความว่า หากไม่รักษาหรือปล่อยทิ้งไว้จะไม่สามารถหายไปเอง แต่จะทำให้โรคมะเร็งเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้

การผ่าตัดเป็นกระบวนการแรกของการรักษามะเร็งเต้านม ที่ต้องทำตั้งแต่แรกเริ่มให้ดีที่สุด เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย มิเช่นนั้นหากโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำขึ้นในภายหลัง จะรักษาต่อได้ยาก ได้ผลไม่ค่อยดี สุดท้ายโรคมะเร็งจะลุกลามจนควบคุมไม่ได้ ในการผ่าตัดมีหลักการว่าเป็นการผ่าตัดกำจัดก้อนเนื้อมะเร็งและในบางครั้งรวมถึงเนื้อเยื่อที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งให้หมดเกลี้ยงไป ไม่ให้หลงเหลืออยู่เพื่อป้องกันไม่ให้โรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำ ขณะเดียวกันผลการผ่าตัดต้องออกมาดี แผลไม่น่าเกลียด ส่วนกรณี ผ่าตัดสงวนเต้า เต้านมต้องดูไม่น่าเกลียด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด โดยต้องพิจารณาเลือกวิธีการผ่าตัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

การวางแผนการผ่าตัด หลังจากทราบผลการตรวจเนื้อเยื่อ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ก็จะวางแผนการรักษา การรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบันนี้ จะตั้งเป้าหมายของการรักษาไว้ที่หวังผลหายขาด (curative aim) โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะแรกๆ (early breast cancer) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีการตรวจเช็คมะเร็งเต้านมอยู่เป็นประจำ ทำให้สามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นการรักษา จะเริ่มด้วยการผ่าตัดซึ่งถือเป็น ลำดับแรกของกระบวนการรักษาโรคมะเร็งเต้านม ปัจจุบันการผ่าตัดมีทางเลือกหลายวิธี โดยจะแยกส่วนของการผ่าตัดเป็นสองส่วน คือจะผ่าตัดที่เต้านมด้วยวิธีใด และอีกส่วนหนึ่งคือจะจัดการผ่าตัดที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้อย่างไร

การผ่าตัดเต้านม ยังแยกย่อยอีกหลายเทคนิควิธีการ ดังนั้นเพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีที่สุด ต้องเลือกวิธีผ่าตัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน และปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการผ่าตัด ได้แก่

ปัจจัยตัวมะเร็ง

1. ลักษณะของมะเร็ง มะเร็งที่มีลักษณะทางชีววิทยา (tumor features) ที่บ่งบอกว่าจะมีความร้ายแรง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำในเต้านมได้สูง ก็ไม่ควรเลือกวิธีผ่าตัดแบบสงวนเต้า
2. ตำแหน่งของก้อนมะเร็ง เป็นสิ่งที่จะกำหนดตำแหน่งของบาดแผล ลักษณะการจัดวางแนวแผล
3. ขนาดของก้อนมะเร็ง ก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่เมื่อเทียบกับขนาดเต้านมอาจไม่เหมาะสมที่จะผ่าตัดแบบสงวนเต้า
4. การกระจายตัวของมะเร็ง มะเร็งที่เกิดขึ้นหลายๆ ตำแหน่ง หรือกระจายตัวหลายๆ หย่อม ในเต้านม จะไม่สามารถเลือกวิธีผ่าตัดแบบสงวนเต้าได้

ปัจจัยด้านผู้ป่วย

1. อายุ ปัจจุบันผู้ป่วยอายุน้อย ถือว่าไม่เหมาะที่จะเลือกวิธีผ่าตัดแบบสงวนเต้า
2. กรรมพันธุ์ หรือปัจจัยเสี่ยงอื่น เป็นสิ่งที่บ่งบอกว่าเนื้อเยื่อเต้านมส่วนอื่นๆ ก็มีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งตามมาได้ในอนาคต ดังนั้นการผ่าตัดสงวนเต้าอาจไม่เหมาะในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และหากมีการตรวจยืนยันว่าผู้ป่วยมียีนส์มะเร็งเต้านม (BRCA 1/ BRCA 2) ด้วยแล้ว ถือเป็นข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยบาง คน ในการผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อเต้านมอีกข้างออกด้วย เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดมะเร็งในเต้านมข้างที่ยังปกติอยู่ในอนาคต
3. โรคประจำตัว ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับการฉายแสงได้ เนื่องจากมีโรคประจำตัว เช่น โรคผิวหนังบางชนิด หรือป่วยมากจนเดินทางไปฉายแสงไม่ได้ ก็ไม่ควรเลือกวิธีผ่าตัดแบบสงวนเต้าเพราะ ต้องมีการฉายแสงเป็นภาคบังคับที่ต้องทำควบคู่ไปด้วย
4. ความต้องการการผ่าตัดวิธีใดๆ ก็ตาม ต้องขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วยด้วย โดยแพทย์จะพิจารณาความเป็นไปได้ว่าสามารถทำได้ หรือไม่ได้

ปัจจัยด้านเต้านม

1. รูปร่างของเต้านม เช่น ความหย่อนยานของเต้านมข้างที่เป็น และข้างตรงกันข้ามก็จะต้องนำมาวางแผนเลือกแนวทางการผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดแบบสงวนเต้า เนื่องจากหลังผ่าตัดแล้ว เต้านมสองข้างควรสมดุลกัน และมีรูปร่างที่ดี ไม่บิดเบี้ยว ซึ่งรูปร่างเต้านมที่ดี ไม่น่าเกลียดนั้น ขึ้นกับการวางแผนในการผ่าตัดตั้งแต่แรก
2. ขนาดของเต้านม เต้านมขนาดเล็กๆ ไม่เหมาะที่จะเลือกผ่าตัดวิธีสงวนเต้า เนื่องจากมีความจำกัดในการเลาะก้อนเนื้อออกให้มีขอบเขตกว้างในระดับที่ต้องการ และยังมีโอกาสเสียรูปร่างหรือบิดเบี้ยวหลังผ่าตัดและหลังฉายแสงได้สูง แพทย์จะใช้วิธีตัดเลาะเนื้อเยื่อเต้านมออกให้หมด แล้วเสริมสร้างขึ้นมาใหม่

การผ่าตัดส่วนของเต้านม มีทางเลือก 2 แบบ

1. การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (total mastectomy หรือ modified radical mastectomy) เป็นการตัดเนื้อเยื่อเต้านมร่วมกับผิวหนังที่ปกคลุมอยู่ และหากตรวจต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้แล้วพบว่า มีเซลล์มะเร็งแพร่กระจายเข้าไป ก็จะทำตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกไปด้วยในคราวเดียวกัน หากไม่มีการแพร่กระจายก็จะตัดเฉพาะเนื้อเยื่อเต้านมออกเพียงอย่างเดียว การผ่าตัดวิธีนี้เหมาะกับ
 - 1.1 ผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะผ่าตัดแบบสงวนเต้า
 - 1.2 ผู้ที่มีโอกาสการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งในเต้านมข้างนั้นสูง เช่น อายุน้อย มีกรรมพันธุ์ หรือปัจจัยเสี่ยง
 - 1.3 ผู้ที่ไม่สามารถรับการฉายแสงหลังผ่าตัด เช่น มีข้อห้ามหรือ โรคประจำตัวบางอย่าง

1.4 ผู้ที่ไม่สามารถทำผ่าตัดแบบสงวนเต้าได้ เนื่องจากมีข้อห้าม เช่น มีมะเร็งอยู่หลายตำแหน่งในเต้านม มะเร็งขนาดใหญ่เกินกว่าจะสงวนเต้าได้ เป็นต้น



ภาพที่ 10 ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกทั้งสองข้าง
ที่มา <http://www.thai breast cancer.com>

2. การผ่าตัดแบบสงวนเต้า (partial mastectomy หรือ breast conserving treatment)

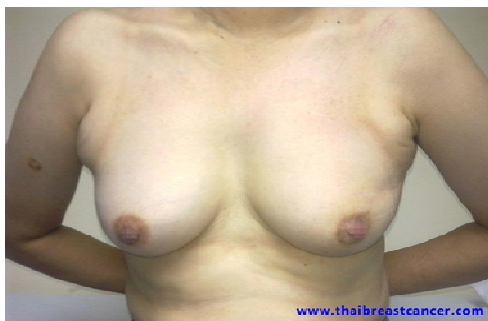
เป็นการผ่าตัดเอาเฉพาะส่วนที่เป็นก้อนเนื้อร้ายออก ไม่ได้ตัดเต้านมออกทั้งหมด ดังนั้นก็จะเหลือเต้านมไว้เหมือนเดิม การผ่าตัดวิธีนี้ต้องมีการฉายแสงควบคู่ไปด้วยจึงจะให้ผลเทียบเท่ากับการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด หากไม่ได้รับการฉายแสงก็จะทำให้การรักษาไม่ได้ผล คือมีโอกาสที่โรคกลับเป็นขึ้นมาใหม่ได้อีก หากต้องเลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้ออกด้วย ก็จะทำให้การผ่าตัดเพิ่มเติมส่วนรักแร้ไปด้วยในคราวเดียวกัน

การผ่าตัดวิธีนี้มีข้อดีคือ

1. สามารถเก็บรักษาเต้านมไว้ได้ โดยมีรูปทรงที่ใกล้เคียงกับก่อนผ่าตัด
2. ระยะเวลาพักฟื้นเร็วกว่า สามารถทำการผ่าตัด แบบไปกลับ หรือนอนโรงพยาบาลเพียง 1 คืนได้
3. ส่งผลดีต่อความรู้สึกว่าไม่ได้สูญเสียเต้านม

ข้อจำกัด

1. ไม่เหมาะในผู้ที่มีเต้านมขนาดเล็ก เพราะแพทย์จะมีข้อจำกัดในการตัดเนื้อมะเร็งออกให้เป็นบริเวณกว้างเท่าที่ต้องการได้
2. ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเป็นซ้ำของโรคสูง เช่น อายุน้อย มีกรรมพันธุ์
3. มีมะเร็งอยู่หลายตำแหน่งในเต้านมข้างนั้น
4. ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่เกินความเหมาะสม
5. ผู้ที่ไม่สามารถรับการฉายแสงได้



ภาพที่ 11 ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบสงวนเต้าข้างซ้าย
(ภายหลังการฉายแสงไปแล้วหนึ่งปี จะเห็นว่าไม่มีการเสียรูปทรงของเต้านม)
ที่มา <http://www.thaibreastcancer.com>

การผ่าตัดส่วนของต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (axillary dissection)

จะผ่าตัดเลาะออกกรณีที่มีมะเร็งแพร่กระจายเข้าไปแล้วเท่านั้น ซึ่งทราบโดยการตรวจชิ้นเนื้อก่อน ไม่ว่าจะเป็นการตรวจคลำ การทำแมมโมแกรม และสุดท้ายการตรวจต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลเพื่อพิสูจน์ยืนยันขั้นสุดท้าย

การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (sentinel lymph node biopsy) เป็นการผ่าตัดโดยเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (sentinel lymph node) ที่มีมะเร็งอาจแพร่กระจายเข้าไป เมื่อหาต่อมน้ำเหลืองดังกล่าวเจอแล้ว ก็นำไปตรวจทางเนื้อเยื่อเพื่อประเมินการลุกลามของมะเร็ง หากไม่มีก็หมายความว่ามะเร็งยังเดินทางมาไม่ถึงบรรดาต่อมน้ำเหลืองรักแร้ จึงไม่จำเป็นต้องผ่าเลาะออกมา เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในภายหลัง แต่หากพบมีมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล ก็หมายความว่า มะเร็งได้เดินทางแพร่กระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้แล้ว ก็จำเป็นต้องผ่าตัดเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองทั้งหมดออกมาเพื่อกำจัดมะเร็งต่อไป

สรุป การผ่าตัดเป็นการเริ่มต้นของการรักษามะเร็งเต้านม และเป็นประเด็นที่ต้องมีการพิจารณาพิเคราะห์ค่อนข้างมาก โดยต้องมีการวางแผนอย่างละเอียดในทุกขั้นตอน ไม่ว่าจะเป็นการเลือกว่าจะผ่าตัดวิธีไหนเหมาะสมกว่ากัน ระหว่างการผ่าตัดแบบตัดออกทั้งหมดและการผ่าตัดแบบสงวนเต้า ทั้งยังต้องเสริมสร้างเต้านมขึ้นมาทันทีพร้อมกันไปเลยหรือไม่ ทั้งยังต้องพิจารณาเรื่องการผ่าตัดในส่วนของต่อมน้ำเหลืองด้วยว่าต้องผ่าตัดออกมาด้วยหรือไม่ หรือต้องตรวจต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล ดูก่อน นอกจากนี้แล้ว ต้องพิจารณาเทคนิคของการผ่าตัดลงไปในส่วนรายละเอียด ได้แก่ต้องวางแผนการผ่าตัดให้ดี เลือกตำแหน่งแผล แนวแผล การคำนึงถึงการเกิดแผลเป็น ปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงแผล ปริมาณเนื้อเยื่อที่จะตัดออก ความตึงความหย่อนและปริมาณผิวหนังที่เหลือปกคลุมหน้าอกไว้ เพื่อป้องกันผลอันไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด นอกเหนือจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ทั่วไปอยู่แล้ว ดังนั้นการเริ่มเข้าสู่กระบวนการรักษาที่ดี ต้องเริ่มที่การผ่าตัดให้ดี การผ่าตัดให้ดี ต้องเริ่มที่การวางแผนการผ่าตัดที่ดี

ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดเต้านม

ภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ของการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านมเกิดจากการเลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้ แบ่งภาวะแทรกซ้อนเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนฉับพลัน (Immediate complications) ประกอบด้วย

1.1 การเสียชีวิต (mortality)

การผ่าตัดเต้านมเป็นการผ่าตัดที่ค่อนข้างจะปลอดภัยมาก ในปี 1979 จากรายงานของ Surveillance Epidemiology and End Results โปรแกรมของ National Cancer Institute พบว่ามีอัตราตายเพียง 0.4% ซึ่งส่วนมากจะมีสาเหตุมาจากโรคประจำตัวของผู้ป่วยที่เป็นอยู่แล้วมากกว่าเกิดจากผลของการผ่าตัดโดยตรง

1.2 การเสียเลือด (bleeding and hematoma)

พบได้ ร้อยละ 1- 4 จากการใส่ closed-suction catheter drainage ไว้ จะสามารถประเมินการเสียเลือดหลังผ่าตัดได้ค่อนข้างรวดเร็ว ถ้าเลือดออกมากในช่วงหลังผ่าตัดทันที มักจะออกมาจากหลอดเลือดแดงของ thoracoacromian หรือ internal mammary เป็นรูหรือทะเล ถ้ามีเลือดออกมากแต่ระบายออกมาทางสายไม่ทัน หรือเกิดการอุดตันของลิ้มเลือดอยู่ในสายก็จะเกิดเป็นก้อนเลือดซึ่งแทรกอยู่ระหว่างผิวหนังกับกล้ามเนื้อ pectoralis major ผิวหนังจะลอยขึ้นมาและขาดเลือดมาเลี้ยง อาจจะเป็นผลทำให้เกิดการตายบางส่วนของผิวหนังและแผลแยกได้ ดังนั้นถ้าเห็นว่ามีเลือดออกมากหรือมีก้อนเลือดซึ่ง ควรจะเอาผู้ป่วยกลับไปทำผ่าตัดใหม่ โดยเปิดแผลออกให้หมด ล้างก้อนเลือดซึ่งออกให้หมด หากจุดที่เลือดออกให้พบ บางครั้งอาจจะต้องใช้เย็บผูกจุดที่เลือดออก การป้องกันคือ ในระหว่างที่เลาะตัดเนื้อเต้านมออกมาจากผนังหน้าอก ควรพยายามหารูรั่วหรือรูทะเลให้พบและผูกให้ดี พยายามอย่าใช้ไฟฟ้า หลังผ่าตัดเสร็จแล้วควรจะตรวจดูบริเวณผ่าตัดให้เรียบร้อยว่าไม่มีเลือดออก แล้วใส่สายระบายเลือดขนาดค่อนข้างใหญ่ (ไซเบอร์ 14) 2 เส้น โดยสายหนึ่งอยู่ในบริเวณรักแร้และอีกสายวางอยู่บนกล้ามเนื้อ pectoralis major และต้องคอยดูแลอย่าให้สายตัน โดยให้ผู้ป่วยบีบบริเวณข้อต่อซึ่งเป็นส่วนที่นิยมไว้บ่อย ๆ เพื่อเป็นการไล่ลิ้มเลือดไม่ให้เกาะอยู่ในสายและจะดึงเอาสายทั้ง 2 เส้นออก เมื่อสารน้ำออกน้อยกว่าวันละ 50 มิลลิลิตร ติดต่อกัน 2 วัน เพื่อป้องกันการเกิดน้ำคั่งใต้ผิว (seroma)

1.3 การติดเชื้อ (infection)

พบน้อยมากเนื่องจากการทำ mastectomy เป็นการผ่าตัดในบริเวณที่สะอาดอยู่แล้ว ส่วนใหญ่จะเกิดจากการที่ผิวหนังขาดเลือดมาเลี้ยง ซึ่งเป็นมาจากการที่เลาะ skin flap บางเกินไป ทำให้ผิวหนังขาดเลือดมาเลี้ยง ผิวหนังที่ตายจะเป็นอาหารอย่างดี เชื้อแบคทีเรียเจริญเติบโตได้อย่างรวดเร็วทำให้เกิดการติดเชื้อได้ โดยปกติแล้วไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อเป็นการป้องกันไว้ก่อนการผ่าตัด ยกเว้นในรายที่ใส่อวัยวะเทียม โรคของลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยที่ได้รับสารเคมีบำบัดมาก่อนการผ่าตัดและเม็ดเลือดขาวยังค่อนข้างต่ำ ผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับน้ำตาลในเลือดค่อนข้างสูง และในผู้ป่วยที่มีก้อนเลือดคั่งหรือมีการติด

เชื้อจากการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ การติดเชื้อส่วนใหญ่จะเกิดจากเชื้อ *Staphylococcus aureus* ถ้ามีหนอง อยู่ใต้แผลก็ต้องระบายออกและตัดเนื้อที่ตายแล้วออกให้หมดและทำ wet dressing จนกว่าแผลสะอาด ถ้า แผลไม่กว้างนักก็อาจจะปล่อยให้แผลค่อย ๆ หายไปเองได้ ถ้าแผลกว้างมากก็อาจจะใช้ split thickness skin graft ปิดเพื่อแผลหายเร็วขึ้น

1.4 การบาดเจ็บต่อโครงสร้างประสาทและหลอดเลือด (injury to Neurovascular Structures of the Axilla)

การบาดเจ็บต่อ brachial plexus พบได้น้อยมาก ซึ่งสามารถจะป้องกันได้ โดยใช้มีดเลาะด้วยความระมัดระวัง อย่าเลาะบริเวณที่ใกล้ ๆ brachial plexus ด้วยเครื่องจี้ไฟฟ้า แต่อาจเกิดการสูญเสียความรู้สึกชั่วคราว (temporary sensory และ motor neurapraxia) ของแขนได้ โดยอาจจะมีอาการเพียงรู้สึกชาๆ ที่นิ้วจนถึงอ่อนแรงและชาทั้งแขน ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ brachial plexus ถูกยึดมากเกินไป จากการที่ดึงแขนขึ้นมากเกินไปในขณะท่ายาและปูผ้า ดึงรั้ง brachial plexus โดยตรงในขณะที่เลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ หรือบิดไหล่มากเกินไปในระหว่างที่ยกแขน อาการเหล่านี้จะเป็นเพียงชั่วคราว แพทย์สามารถให้คำยืนยันกับผู้ป่วยได้ว่าจะหายเป็นปกติ แต่อาจจะต้องใช้เวลามากหลายสัปดาห์ ที่พบได้บ่อยคือ การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท thoracodorsal และ long thoracic โดยที่เส้นประสาท thoracodorsal หรือ subscapula ซึ่งไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ latissimus dorsi โดยจะทอดคู่ไปกับเส้นเลือดแดงและดำ thoracodorsal แต่บางครั้งส่วนต้นของเส้นประสาทนี้ทอดอยู่ห่างจากเส้นเลือดทั้งสองโดยทอดอยู่ทางด้านในทำให้มีโอกาสถูกตัดได้ง่ายขึ้น แต่ถ้าต่อมน้ำเหลืองที่มีมะเร็งแพร่กระจายมาแล้วติดกับเส้นประสาทนี้ก็สามารถจะตัดทิ้งได้ เพราะว่าจะเกิดความพิการน้อยมาก โดยที่ผู้ป่วยอาจจะสังเกตเพียงว่าการหมุนไหล่ ทำ internal rotation และ abduction ของไหล่อ่อนแรงลงเท่านั้น แต่ที่สำคัญ คือศัลยแพทย์ไม่สามารถจะใช้ latissimus dorsi flap ในการทำ reconstruction

เส้นประสาท long thoracic ส่วนใหญ่จะทอดอยู่ชิดผนังทรวงอก แต่มีบางส่วนทอดอยู่ในไขมันของรักแร้ ดังนั้น จึงควรหาเส้นประสาทเส้นนี้ให้ได้ก่อนที่จะเริ่มเลาะรักแร้ เส้นประสาทนี้จะไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ serratus anterior ถ้าถูกตัดจะเกิดความไม่มั่นคงของกระดูกไหปลาร้า มองเห็นสับมีลักษณะเป็นปีก เรียกว่า Winged scapula

เส้นประสาท lateral และ medial pectoral เลี้ยงกล้ามเนื้อ pectoralis major ถ้าเส้นประสาทคู่นี้ถูกตัด จะทำให้เกิดการลีบของกล้ามเนื้อ pectoralis major จุดมุ่งหมายของการผ่าตัดแบบตัดเต้านมออกทั้งหมด ก็เพื่อที่จะเก็บกล้ามเนื้อ pectoralis major ไว้ ดังนั้นระหว่างการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ต้องระวังอย่าไปตัดเส้นประสาทนี้

เส้นประสาท intercostobrachial เป็นเส้นประสาทรับสัมผัสจากผิวหนังบริเวณด้านในของต้นแขน ในการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ส่วนใหญ่จะต้องตัดเส้นประสาทเส้นนี้ ดังนั้นควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ก่อนว่าหลังผ่าตัดอาจจะมีการชาบริเวณด้านในของต้นแขน

เส้นเลือดดำบริเวณรักแร้ (axillary vein) เมื่อเลาะผ่านขอบนอกของกล้ามเนื้อ pectoralis minor ไปแล้ว ต้องหา axillary vein ให้พบก่อน โดยใช้ blunt dissection รูดเอาส่วนของไขมันที่อยู่หน้าต่อหลอดเลือดลงมาเบา ๆ ก็จะมองเห็น axillary vein ถ้าวูดแรง ๆ อาจจะทำให้เกิดการฉีกขาดของแขนงของหลอดเลือดดำเล็ก ๆ ที่มาเทเข้า axillary vein ได้ ถ้ามีการฉีกขาดก็ควรจะทำการเย็บซ่อมแซมโดยใช้ fine cardiovascular nylon suture

เส้นเลือดดำบริเวณรักแร้ (axillary artery) โอกาสที่จะมีการฉีกขาดน้อยมาก เพราะว่ายู่ลึกกว่าเส้นเลือดดำ แต่ถ้ามีการฉีกขาดต้องเย็บซ่อมแซมอย่างดี

1.5 มีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax)

พบน้อยมาก มักเกิดจากการที่ศัลยแพทย์พยายามควบคุมเลือดที่ไหลออกมาจากรูรั่วของ internal mammary artery แล้วปลาย arterial forceps หรือ เข็มเย็บทะลุ parietal pleura ในรายที่ได้การทำผ่าตัดแบบ radical mastectomy ผู้ป่วยจะมีอาการของการหายใจลำบาก (respiratory distress) วินิจฉัยได้จากการถ่ายภาพรังสีทรวงอก รักษาโดยการทำให้ closed thoracostomy drainage

1.6 ซีโรมา (seroma)

คือ ก้อนจากการคั่งของซีรัม พบได้บ่อยพอสมควร ไม่มีอันตราย แต่อาจเกิดความรำคาญและกังวลกับผู้ป่วยว่ามีก้อนเกิดขึ้นแถวบริเวณรักแร้ ส่วนมากมักจะพบบริเวณรักแร้

ปัจจัยที่ทำให้เกิด seroma

1. ขอบเขตของการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ถ้าเลาะมากก็มีโอกาสเกิดมาก
2. ขยับแขนมากเกินไป หลังผ่าตัดใหม่ ๆ ควรจะต้องให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบริหารของหัวไหล่ เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด แต่ก็ยังไม่ควรให้ยกแขนสูงมากนัก เพราะจะทำให้ผิวหนังมีการขยับตัวมากจนทำให้ไม่ติดกับกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อบริเวณนั้น

3. ดึงสาย drain ออกเร็วเกินไป ควรต้องรอให้น้ำเลือดออกน้อยกว่าวันละ 50 มิลลิลิตร เป็นเวลาติดกัน 2 วัน

เมื่อเกิด seroma ขึ้นแล้ว วิธีการรักษาที่ดีที่สุดคือ เจาะดูดเอาน้ำเลือดออกมาให้หมด นัดผู้ป่วยมาเจาะดูดเป็นระยะ จนกว่าจะหมด ไม่จำเป็นต้องทำ incision and drainage

2. ภาวะแทรกซ้อนระยะหลัง (late complications) ที่พบคือ ท่อน้ำเหลืองอุดตัน

ท่อน้ำเหลืองอุดตัน (lymphedema) เป็นอาการแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยกังวลมากที่สุดของการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ และเป็นปัญหาสำคัญของศัลยแพทย์เพราะว่าเมื่อเกิดขึ้นมาแล้ว ยังไม่มีวิธีการรักษาที่ได้ผลอย่างแท้จริง เกิดจากการที่มีน้ำเหลือง (protein-rich fluid) เข้าไปสะสมอยู่ในเนื้อเยื่อ ซึ่งเป็นผลจากทางเดินน้ำเหลืองถูกขัดขวาง ซึ่งมักจะเกิดในบริเวณแขนหรือขา แต่ก็อาจจะพบได้ที่บริเวณศีรษะ คอ ช่องท้อง ปอด และบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ เมื่อระบบทางเดินน้ำเหลืองถูกทำลายหรือถูกอุดตัน บริเวณนั้นก็จะบวมและเนื้อเยื่อจะหนาตัวขึ้นเนื่องจากมีเยื่อพังผืด (fibrosis) ของ interstitial soft tissue มักเกิดหลังการ

ผ่าตัดหรือฉายแสงรักษาโรคมะเร็งโดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังการรักษามะเร็งเต้านม หลังการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ จะมีพังผืดเกิดขึ้น ซึ่งเป็นตัวสำคัญที่ทำให้เกิด lymphadema โดยที่พังผืดจะไปกีดขวางทางเดินน้ำเหลือง และเป็นตัวขัดขวางหลอดทางเดินน้ำเหลืองที่จะเกิดขึ้นมาใหม่

ปัจจัยที่ทำให้เกิดแขนบวมได้มากขึ้น คือ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นหลังผ่าตัด การฉายแสงบริเวณรักแร้ จะเพิ่มอุบัติการณ์ของแขนบวมจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 52 แผลผ่าตัดในแนวเฉียงมีโอกาสเกิดแขนบวมได้มากกว่าแผลผ่าตัดในแนวขวาง การเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ถึงเพียงระดับ 2 จะทำให้โอกาสเกิดแขนบวมลดลง การติดเชื้อมีในรักแร้จะทำให้เกิดแขนบวมได้มากขึ้น จากการศึกษาโดยดู clearance ของ radioactive iodine-labeled albumin จาก subcutaneous tissue พบว่าหลังทำ radical mastectomy การไหลของน้ำเหลืองในแขนข้างนั้นลดลงถึงร้อยละ 48 เมื่อมีการฉีกขาด การติดเชื้อมี เส้นเลือดฝอยแตก หรือมีการอุดตันของทางเดินน้ำเหลืองและหลอดเลือดดำ และร่วมกับการมีการขยายตัวของหลอดเลือดแดงเล็กจากความร้อนหรือการออกกำลังกาย โปรตีนจะรั่วเข้าไปสะสมอยู่ในเนื้อเยื่อมากขึ้น ซึ่งจะเป็นการเพิ่ม osmotic pressure ทำให้น้ำถูกดึงเข้าไปสะสมอยู่ในเนื้อเยื่อมากขึ้น ผิวหนังและ subcutaneous จะมีการยืดตัวทำให้ hydrostatic pressure ที่เกิดจากการเต่งของผิวหนังลดลง ถึงแม้ว่าน้ำที่เคยคั่งอยู่จะถูกระบายออกไปได้ ความเต่งของผิวหนังก็จะไม่เหมือนเดิมทำให้สารน้ำมีโอกาสกลับมาสะสมได้ง่ายขึ้น ถ้าไม่ได้รับการรักษาการบวมที่เป็นการบวมแบบกดบุ๋ม (reversible pitting phase) ก็จะเปลี่ยนไปเป็นระยะของการเกิดพังผืดได้ขึ้นผิวหนังร่วมกับการบวมที่กดไม่บุ๋ม (subcutaneous fibrosis with nonpitting edema) และมีความผิดปกติที่ผิวหนัง (fibrokeratosis) เรียกว่า “elephantiasis” น้ำหนักของแขนข้างนั้นจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนถ่วงให้หัวไหล่หลุดและดึงยึด brachial plexus จนเกิดอัมพาตของแขนข้างนั้นได้

วินิจฉัยได้โดยการวัดเส้นรอบวงแขน ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวกและรวดเร็ว โดยวัดเปรียบเทียบกับข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัด ส่วนมากนิยมวัดที่ระดับสูงและต่ำกว่า olecranon process 10 ซม. หรือ อาจจะใช้วิธีจุ่มแขนลงในน้ำแล้ววัดปริมาตรของน้ำที่ล้นออกมา ซึ่งจะเป็นวิธีที่แน่นอนกว่า แต่ไม่สะดวกในการปฏิบัติ

การรักษา

เนื่องจากยังไม่มีวิธีการรักษาที่ได้ผลดี ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุดคือการป้องกัน วิธีป้องกันที่ดีที่สุด คือไม่ทำการผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง ซึ่งการตรวจการแพร่กระจายของมะเร็งเต้านมไปยังต่อมน้ำเหลืองเช่นดีเนลจะเป็นทางออกได้ในอนาคต หลีกเลี่ยงการรักษาโดยการฉายแสงที่รักแร้ โดยจะฉายแสงเฉพาะในรายที่คิดว่ามะเร็งมีโอกาสเกิดเป็นซ้ำในรักแร้ได้สูง เช่นในรายที่มะเร็งแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ตั้งแต่ 4 ต่อมนขึ้นไป หรือมีต่อมน้ำเหลืองบวม (extranodal extension)

ในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังมีความจำเป็นที่จะต้องเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ดังนั้นการป้องกันการเกิดแขนบวมที่ดีที่สุด คือการทำผ่าตัดด้วยความประณีต อย่าให้มีเนื้อเยื่อชอกช้ำมากนักระวังอย่าให้เกิด

การติดเชื้อบริเวณรักแร้ เจาะดูด seroma ออกให้หมดโดยเร็ว นอกจากนั้นต้องให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะต้องปฏิบัติตามไปจนตลอดชีวิต

การป้องกันการติดเชื้อถือว่าเป็นเรื่องสำคัญ เพราะว่าสารโปรตีนที่สะสมอยู่ในแขนที่ยวมจะเป็นอาหารอย่างดีของเชื้อแบคทีเรีย จากการมีบาดแผลเพียงเล็กน้อย ก็จะทำให้เกิดการติดเชื้อ lymphangitis และ cellulitis ได้ เมื่อเกิดการติดเชื้อ ทางเดินน้ำเหลืองจะถูกทำลายไปอีกทำให้แขนยวมได้มากขึ้น เมื่อแขนยวมก็มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น ดังนั้น จึงต้องรักษาให้การติดเชื้อหายโดยเร็วที่สุด

การยกแขนสูงเป็นพัก ๆ เป็นวิธีที่ง่ายที่สุดที่ผู้ป่วยสามารถทำเองได้ ถ้าบวมไม่มากใช้วิธีการนวด (manual compression massage) โดยนวดไล่จากปลายมือขึ้นไปหาต้นแขน เวลาออกไปนอกบ้านให้สวมแขนเสื้อที่ทำจากผ้ายืด (elastic sleeve) ถ้าบวมมากอาจต้องใช้อุปกรณ์ลมเพื่อกดลดบวมเป็นระยะ ๆ (intermittent pneumatic compression device) ที่เรียกว่า Jobst pump ช่วย

การให้ยาขับปัสสาวะ ได้ผลไม่แน่นอน เนื่องจากยาขับปัสสาวะจะไม่มีผลต่อ osmotic pressure ที่เกิดจากการคั่งของสารน้ำที่มีโปรตีนสูง

ได้มีผู้ทดลองให้ 5-6-benzo- α -pyrone ไปกระตุ้นการทำงานของ macrophage เพื่อกำจัดสารประกอบโปรตีนที่คั่งค้างอยู่ในน้ำเหลือง ซึ่งพบว่าได้ผลบ้าง นอกจากนี้พบว่าได้มีผู้พยายามจะทำการผ่าตัดแก้ไขปัญหาดังกล่าว แต่ได้ผลน้อยมาก

อันตรายที่สำคัญที่สุดของภาวะท่อน้ำเหลืองอุดตัน (lymphedema) คือการเกิดมะเร็งท่อน้ำเหลือง (lymphangiosarcoma) ซึ่งพบน้อยมากเพียงร้อยละ 0.07 - 0.45 มักจะเกิดหลังทำผ่าตัดเต้านมประมาณ 10 ปี โดยจะมีลักษณะเป็นปุ่มของเส้นเลือดกระจายอยู่จำนวนมาก (multiple vascular-appearing satellite nodules) ซึ่งอาจขยายตัวหรือแตกออกเป็นแผลได้ และอาจมีการแพร่กระจายไปยังปอดได้ รักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งอาจเป็นการผ่าตัดแบบ local excision / wide excision หรือการตัดทิ้งไป (amputation) การฉายแสง สารเคมีบำบัด และใช้หลายวิธีร่วมกัน เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะลุกลามเร็วมาก โอกาสมีชีวิตอยู่รอด (median survival) เพียง 19 เดือน

การที่มีแขนบวมไม่ว่าจะมากหรือน้อย ผู้ป่วยจะมีความกังวล และเป็นความผิดปกติของร่างกายที่บุคคลทั่วไปจะสังเกตเห็นได้ และเมื่อเกิดขึ้นแล้ว การรักษาได้ผลไม่ดีนัก และโอกาสที่จะเกิดเป็นซ้ำขึ้นมาอีกค่อนข้างสูง ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุดคือให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแขนบวม คือ

1. ป้องกันไหล่ แขน และมีมืออย่าให้ถูกความร้อน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแขนบวม โดย

- เวลาทำกับข้าวควรสวมถุงมือกันความร้อน และพยายามใช้แขนข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดให้มากที่สุด

- อย่าตากแดดจัดๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลานั่งรถทางไกล อย่าให้แสงแดดส่องมาถูกแขนข้างที่ทำผ่าตัดเป็นเวลานาน ๆ ถ้าจำเป็นป้องกันโดยทาครีมกันแดด

2. ระวังอย่าให้มีวัตถุใดไปรัดแขนข้างที่ทำผ่าตัดไว้ โดย

- อย่าสวมเครื่องประดับที่คับจนรัดหรือทำให้เกิดการขีดข่วน
- อย่าสระผมของหนักบนบ่าข้างที่ทำผ่าตัดไว้
- อย่าวัดความดันเลือดที่แขนข้างนั้น

3. ระวังป้องกันอย่าให้เกิดอุบัติเหตุหรือการติดเชื้อของแขนและมือข้างนั้น

- สวมถุงมืออย่างอ่อนโยนเวลาล้างซาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าใช้ฝอยขัดด้วย
- สวมถุงมือเวลาทำสวน
- สวมปกอกกันนิ้วเวลาเย็บผ้าและระวังอย่าให้เข็มตำนิ้ว
- อย่าฉีดยาหรือเจาะเลือดจากแขนข้างนั้น
- อย่าใช้สบูหรือผงซักฟอกที่แรง ๆ หรือทำให้เกิดการแพ้ของผิวหนัง, สารเคมีที่มีฤทธิ์

รุนแรง ซึ่งอาจจะกัดผิวหนังได้

- ถ้าจำเป็นต้องโกนขน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่รักแร้ ขอให้ใช้เครื่องโกนไฟฟ้า

4. ระวังอย่าให้เกิดบาดแผลทุกชนิด ถ้ามีบาดแผลเกิดขึ้นต้องระวังดูแลเป็นพิเศษ เพราะเมื่อเกิดแขนบวมแล้วจะเกิดการติดเชื้อได้ง่ายเพียงแต่รอยถลอกหรือรอยไหม้เพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้เกิดการติดเชื้อลุกลามไปได้มาก ๆ อาจทำให้มีไข้สูงร่วมด้วย ดังนั้นควรมียาปฏิชีวนะชนิดซีฟิงและพลาสติกติดแผลติดตัวไว้เสมอ

แผลที่สะอาด

- ถ้ามีแผลที่ผิวหนังแม้เพียงเล็กน้อยต้องล้างทำความสะอาดด้วยสบู่แล้วปิดด้วยผ้าปิดแผลที่สะอาด
- ถ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการบวมต้องไปหาแพทย์ทันที
- ใช้ยาปฏิชีวนะชนิดซีฟิงทาแผลตามคำแนะนำของแพทย์
- รักษาความสะอาดและความชุ่มชื้นของผิวหนัง

5. ติดต่อแพทย์ทันทีถ้ามีอาการของแขนบวม, ปวด, ร้อนหรือแดง

6. พยายามหลีกเลี่ยงที่จะยกของหนัก, การทำงานที่จะต้องขยับแขนอย่างรวดเร็ว ๆ รุนแรง และซ้ำซาก

7. ควรปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันตามปกติ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และยกแขนสูงเมื่อมีโอกาส

7. กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

แนวคิดของสุขภาพ

สุขภาพ หรือ สุขภาวะ (Health) เป็นมโนทัศน์หลักหนึ่งของศาสตร์ทางการแพทย์ และเป็นเป้าหมายสำคัญของวิชาชีพพยาบาล และวิชาชีพทางสุขภาพทุกสาขาในการที่จะทำให้ประชาชน ซึ่งเป็นผู้ใช้บริการมีสุขภาพสมบูรณ์ตลอดอายุขัย องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของสุขภาพว่าหมายถึง สุขภาวะหรือภาวะเป็นสุขที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น ต่อมาในปี ค.ศ.1998 ได้เพิ่มคำว่า Spiritual well-being คือ สุขภาวะทางจิตวิญญาณเข้าไปด้วย

และคำว่า well-being ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเวศ วะสี (2545:15) แปลว่าภาวะที่เป็นสุข และได้ให้ความหมายของสุขภาพ คือ สุขภาวะทางกาย ทางจิตวิญญาณ ทางสังคม และทางปัญญา และความหมายของสุขภาพในลักษณะที่เป็นสุข คือความเป็นอิสระหรือการหลุดพ้นจากความบีบคั้นทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา

แนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ(Health behavior) บรูห์น (Bruhn.1988 อ้างถึงใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์.2550:5) ให้ความหมายว่าเป็นการกระทำ หรือการปฏิบัติของบุคคลเกี่ยวกับการดูแลรักษา การปรับปรุง และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการกระทำดังกล่าวอาจสังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ด้วยวิธีการต่างๆ การกระทำที่สังเกตได้ คือนิสัยหรืออุปนิสัย ส่วนการกระทำที่สังเกตไม่ได้ เป็นองค์ประกอบด้านความคิด สภาวะอารมณ์ และความรู้สึก เช่น ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม และแรงจูงใจ เป็นต้น พฤติกรรมสุขภาพแบ่งได้หลายประเภทขึ้นอยู่กับความเชื่อในการให้ความหมายสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยทั่วไปพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมปกป้องสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรค

1.พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน เพื่อให้มีความเป็นอยู่ที่ดี ไม่เจ็บป่วย บุคคล/กลุ่มคนผู้เป็นเจ้าของสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการกำหนดภาวะสุขภาพและทิศทางในการพัฒนาภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถตัดสินใจเลือกแบบแผนชีวิตและจัดการสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวให้เอื้อต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตลอดอายุขัยของตน

2.พฤติกรรมปกป้องสุขภาพ (Health protecting behavior) หมายถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ในการลดโอกาสหรืออันตรายที่จะมีต่อสุขภาพ เช่น อุบัติเหตุ ความเจ็บป่วย ความพิการที่มาจากสาเหตุต่างๆ การปกป้องสุขภาพในภาพรวม รัฐมักดำเนินการ แต่บุคคล กลุ่มคน และชุมชนต้องมีส่วนร่วม ตัวอย่างเช่น การจัดการมลภาวะจากสิ่งแวดล้อม การออกกฎหมายควบคุมการใช้สารอันตรายในอุตสาหกรรมและการเกษตร เป็นต้น

3.พฤติกรรมป้องกันโรค (Health preventing behavior) หมายถึงพฤติกรรมสุขภาพที่หลีกเลี่ยงการบาดเจ็บ การเกิดโรค และความพิการ

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

แนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพตามที่องค์การอนามัยโลกได้จัดการประชุมนานาชาติว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 1 ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ปีพ.ศ.2529 ซึ่งที่ประชุมได้ประกาศ

“กฎบัตรออตตาวา”(Ottawa charter for Health Promotion, 1986) ได้บัญญัติว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” หรือ “Health Promotion ” หมายถึง ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และ

ปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคล และกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอก และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองสามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม หรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็ง การขาดการออกกำลังกาย การขาดจิตสำนึกในเรื่องของความปลอดภัย ทำให้เกิดอุบัติเหตุ หลีกเลียงจากสิ่งแวดล้อมเป็นพิษที่เป็นสาเหตุที่ทำให้สุขภาพ ขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญ หรือเน้นการเพิ่มในด้านปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายมากขึ้น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีและจากการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลก หลายประเทศจึงพยายามปรับเปลี่ยนแนวคิดการแก้ไขปัญหาสุขภาพจาก “การซ่อมแซมรักษา” เป็น “การสร้างเสริมและปกป้องสุขภาพ” ดังนั้นจึงนิยมใช้คำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” แทนคำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งเป็นคำที่ใช้กันมาช้านาน

การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) อาจมีผู้ให้ความหมายไว้ต่างๆ กัน แต่ในภาพรวมเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การบรรลุสุขภาพดีในระดับสูงสุด (Optimal or High-level wellness) ของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาทางสุขภาพและการเจ็บป่วย ลดการสูญเสียงบประมาณในการรักษาที่ไม่จำเป็น องค์การอนามัยโลก กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มขีดความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง เพื่อให้มีสุขภาวะทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมและเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลสามารถตอบสนองความต้องการหรือความปรารถนาของตน และสามารถที่จะปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม หรือสามารถเผชิญกับสิ่งแวดล้อมได้

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) เป็นวิทยาศาสตร์และศิลปะของการช่วยเหลือบุคคลให้เปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตไปสู่การมีสุขภาพดีโดยพยายามส่งเสริมความตระหนักในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสร้างสรรคสิ่งแวดล้อมได้มีผู้นิยามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไว้หลายท่าน เช่น กอชแมน (Gochman.1988: 568-572) ให้ความหมายของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนเช่นการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การไช้ยา เป็นต้น และพฤติกรรมที่สังเกตเห็นไม่ได้ต้องอาศัยการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้ และการรับรู้ เป็นต้น สำหรับพาลังก์ (Palank.1991: 861) ให้ความหมายของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไว้ว่า “เป็นพฤติกรรมต่างๆที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก” พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ การมีกิจกรรมต่างๆเพื่อลดความเครียด ในขณะที่ เพนเดอร์ ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ได้กล่าวถึง การสร้างเสริมสุขภาพ (Pender.1996: 36) ไว้ว่า “การที่บุคคล

ปฏิบัติการกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพซึ่งสามารถบ่งบอกถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับของภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุกและความสำเร็จในจุดมุ่งหมายที่สูงสุดในชีวิต” นอกจากนี้ ประเวศวະสี (2545: 15) กล่าวว่า “การสร้างเสริมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพ” การสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วยภารกิจที่สังคมมีจิตสำนึกหรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพและเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน ระบบบริการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนโยบายอาจเรียกกระบวนการนี้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับคนทั้งมวล (Health promotion for all) คนทั้งมวลสร้างเสริมสุขภาพ (All for health promotion) หรือคนทั้งมวลมีสุขภาพดี (Good health for all) วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2541. อ้างถึงใน ชมนาด วรธนพรศิริ. 2555: 5-6) กล่าวว่า “การสร้างเสริมสุขภาพคือกระบวนการในการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถควบคุมและเสริมสร้างสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น” สภาวะพื้นฐานและทรัพยากรสำหรับสุขภาพได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบสิ่งแวดล้อมที่มั่นคงทรัพยากรที่ยั่งยืน และความเป็นธรรมของสังคม นิตยา เพ็ญศิริธนา (2544:55) ให้ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง “ผลรวมของความพยายามที่จะก่อให้เกิดความตระหนัก ตื่นตัว การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลให้ประชาชนมีความสมดุลของสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม” นอกจากนี้ พรสุข หุ่นนิรันดร์ (2545:42) ได้กล่าวว่าการสร้างเสริมสุขภาพหมายถึง “กระบวนการใดๆที่เพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อลดสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพ มีผลในการสร้างสุขภาพ สร้างความรู้ และค่านิยมในทางบวกต่อการมีสุขภาพดีในหมู่ประชาชนและสังคมรวมไปถึงการจัดบริการต่างๆที่จำเป็นต่อการสร้างสุขภาพดีด้วย”

สรุปได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพที่จะให้เกิดภาวะของการมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และด้านสังคม และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพหมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติในการดำเนินกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน เพื่อดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข

องค์การอนามัยโลก (WHO.1992 อ้างถึงใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2550:9) เสนอแนะบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพให้บุคคลากรด้าน

สาธารณสุข ที่สำคัญ 3 ประการ ประกอบด้วย

1. รณรงค์ผลักดันสังคม (Advocacy) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน เพื่อสร้างกระแสสังคม และสร้างแรงกดดันแก่สังคม หรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ในการกำหนดนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ หรือดำเนินการในการปรับเปลี่ยนปัจจัยต่างๆ เช่น เศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ให้เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน

2. เสริมสร้างความสามารถ (Enabling) เป็นการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ เพื่อให้มีสุขภาพดี โดยกำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพ ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึง มีทักษะในการดำเนินชีวิต และมีโอกาสที่จะเลือกทางเลือกที่มีคุณภาพเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้ประชาชนต้องสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวให้เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพได้

3. เป็นสื่อกลาง (Mediating) การเป็นสื่อกลางหรือการไกล่เกลี่ย ประสานระหว่างกลุ่ม/หน่วยงานต่างๆ ในสังคมทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งหน่วยงานด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข และหน่วยงานด้านสังคม เศรษฐกิจ สื่อมวลชน ทั้งนี้เนื่องจากสุขภาพเป็นหน้าที่ของทุกหน่วยงาน ทุกบุคคลที่เกี่ยวข้องต้องประสานงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูลกัน รวมถึงร่วมกันดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์

แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

ประเทศไทยมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 นับเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของระบบสุขภาพไทย เพราะได้ปฏิรูปแนวคิดว่าด้วย “สุขภาพ” ให้ครอบคลุมทุกมิติทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา โดยใช้คำว่า “สุขภาพะ” เพื่อสื่อความหมายใหม่นี้ แต่จากการประเมินแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554พบว่าสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งชายและหญิงไทย มาจากโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังเป็นหลัก และพบว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2562) สาเหตุการตายที่พบสูงสุดในหญิงไทย จะเห็นว่าโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และเบาหวาน เป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่สำคัญของคนไทย ที่พบว่าแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ป้องกันได้เพิ่มขึ้นมาตลอดใน 2 ทศวรรษที่ผ่านมาจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป จึงจำเป็นต้องรวมพลังของทั้งสังคมไทยในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ และการจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่ามีการลงทุนด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคน้อยเพียงร้อยละ 4.8 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวม ทำให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดกรอบการปฏิรูปร่างสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระยะ 5 ปี (พ.ศ.2555-2559) โดยกำหนดให้เพิ่มงบประมาณขึ้นจาก ร้อยละ 9.5 ในปี 2554 เป็น ร้อยละ 20 ในปี 2559 และทิศทางของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) ได้กำหนดให้มีวิสัยทัศน์ “ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาพะ” และมีเป้าประสงค์ 5 ข้อ คือ

1. ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีศักยภาพและสามารถสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ มีการใช้ภูมิปัญญาไทย และมีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองและสังคมได้

2. มีระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ไวพอ ทันการณ์ และสามารถจัดการปัญหาภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. มีระบบสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

4. มีระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน สามารถตอบสนองต่อความต้องการตามปัญหาสุขภาพ และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้ และผู้รับบริการ

5. มีระบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ

โดยกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ข้อ 3 : “มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา” ทั้งนี้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เป็นรากฐานของปัญหาภาระโรคที่สำคัญในปัจจุบัน โดยมีแนวทางการขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ส่งเสริมการปฏิบัติโดยการประสานกับสถาบันการศึกษาโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนเรื่องสุขภาพ หรือการสาธารณสุข เพื่อให้มีเนื้อหาเรื่องแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 ในทุกหลักสูตร (กระทรวงสาธารณสุข.2555 : 7) จากแนวคิดดังกล่าวจึงถือเป็นหน้าที่ของบุคลากรการศึกษาทุกคนที่ต้องร่วมมือกันในการให้ความรู้แก่ประชาชนไทยให้ตระหนักในสุขภาพของตนเอง เพื่อจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

จากความหมายของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้มีผู้พัฒนาแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรม หรือแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพของบุคคล แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน

ในปี ค.ศ.1975 เพนเดอร์ (Pender) ได้พัฒนาแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทการพยาบาลตามแนวคิดของเพนเดอร์ในสมัยนั้น เน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชน ต่อมาเพนเดอร์ได้เห็นความจำกัดของมโนทัศน์การป้องกันสุขภาพคือเป็นมโนทัศน์ทางสุขภาพเชิงลบเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยงแต่การยกระดับสุขภาพหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น บุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นมโนทัศน์เชิงบวก เพนเดอร์จึงเสนอแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1982 และมีการปรับปรุงแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพเป็นระยะๆ

การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลอีกบทบาทหนึ่ง การสร้างเสริมสุขภาพ ต้องการองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรมหรือวางแผนให้บุคคล ชุมชนได้รับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสู่การสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, et al. 2002) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้มากโดยเฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การจะเข้าใจทฤษฎีได้สิ่งที่ควรเรียนรู้เข้าใจในเบื้องต้น คือการรู้จักผู้พัฒนาทฤษฎีเพื่อเข้าใจที่มาของแนวคิดทฤษฎี ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของบุคคลและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) การคิดรู้ และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect) และพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral Outcome) การรู้ตัวแปรที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดพฤติกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม จากทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะและความเฉพาะของปัจจัยที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ความเป็นมาของทฤษฎี Health Promotion Model ของเพนเดอร์ มีฐานความคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Albert Bandura ซึ่งสนใจในกระบวนการเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและจากทฤษฎี Fishbein's theory ซึ่งเป็นทฤษฎีที่บอกการกระทำอย่างมีเหตุผลและบรรทัดฐานสังคม ทฤษฎีนี้มีส่วนคล้ายกับ Health Belief Model แต่ไม่มีข้อจำกัดในการอธิบายเกี่ยวกับการป้องกันโรคและพฤติกรรมที่นำมาซึ่งสุขภาพดี จากที่เพนเดอร์มีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการของมนุษย์ การทดลองด้านจิตวิทยา จึงทำให้มีการนำจิตวิทยาสังคมและทฤษฎีการเรียนรู้มาเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีนี้

การพัฒนาของทฤษฎี Health Promotion Model ฉบับปี ค.ศ. 1987 ของเพนเดอร์ แบ่งส่วนเป็นการรับรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบนำมาสู่การประยุกต์ตามบุคคล สถานการณ์ การมีปฏิสัมพันธ์ เกิดเป็นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีแนวคิดหลักและคำจำกัดความ (Major concepts and definition) ของคำต่างๆ ดังนี้

1. การเห็นความสำคัญของสุขภาพ (Importance of health) คือการที่บุคคลมองว่าสุขภาพ คือสิ่งที่มีคุณค่าที่ควรแสวงหา
2. รับรู้ว่าสุขภาพสามารถควบคุมได้ (Perceived control of health) บุคคลรับรู้และเชื่อว่าสามารถเปลี่ยนแปลงสุขภาพได้ตามต้องการ
3. รับรู้ความสามารถของตน (Perceive self – efficacy) บุคคลมีความเชื่ออย่างมากว่าพฤติกรรมสามารถเกิดได้ตามที่บุคคลกำหนด
4. คำจำกัดความของสุขภาพมีตั้งแต่การไม่มีโรคจนถึงสุขภาพสูงสุดทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
5. การรับรู้สภาวะสุขภาพ (Perceived health status) สภาวะที่รู้สึกดีหรือรู้สึกป่วยสามารถแยกได้จากพฤติกรรมสุขภาพ

6. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม (Perceived benefits of behaviors) บุคคลจะมีความโน้มเอียงสูงที่จะเริ่มหรือทำต่อเนื่องในพฤติกรรมนั้นๆ ถ้ารับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพ

7. การรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรม (Perceived barriers to health promoting behaviors) ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นยากลำบากจะทำให้มีความตั้งใจลดลงในการปฏิบัติตาม

สำหรับองค์ประกอบอื่น เช่น อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา รายได้ น้ำหนัก แบบแผนสุขภาพของครอบครัว การคาดการณ์ เป็นเพียงผลโดยอ้อมในกระบวนการคิด และต่อมาในปี ค.ศ.1996 เพนเดอร์ ได้ปรับปรุง Health Promotion Model ใหม่และมีกรอบแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อบุคคลเพิ่มอีก ดังนี้

1. พฤติกรรมเดิม (Prior related behavior) คือพฤติกรรมที่เป็นองค์ประกอบที่มีผลโดยตรงและโดยอ้อม และมีความเชื่อมโยงกับการรับรู้ถึงความสามารถของตน พฤติกรรมในอนาคตจะได้รับอิทธิพลจากความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการกระทำที่คล้ายคลึงในอดีต

2. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผล (Activity-related affect) ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบในพฤติกรรมบางอย่าง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และมีอิทธิพลโดยอ้อมถึงการรับรู้ในความสามารถของตน

3. การยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ (Commitment to a plan of action) รวมถึงแนวคิดที่ตั้งใจเป็นแผนกลยุทธ์ที่เป็นเหตุนำมาซึ่งความตั้งใจที่จะเป็นแผนในการปฏิบัติซึ่งเกิดขึ้นเองหรือบุคคลอื่นมีส่วนร่วมรับรู้

4. ความต้องการ ความชอบที่เกิดขึ้นแทรกทันที (Immediate competing demands and preferences) ในการที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติความต้องการที่จะปฏิบัติอาจไม่สำเร็จเพราะไม่สามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้ ความชอบเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการเลือกปฏิบัติ เช่นบางครั้งตั้งใจจะไปออกกำลังกายแต่กลับแวะเดินเที่ยวซื้อของในศูนย์การค้าเป็นต้น

จากแนวคิดหลักของทฤษฎี จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้นั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหลายปัจจัยที่ต้องประเมิน กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)(Pender. 2006: 1-12) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ดังนี้

1.คุณลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) บุคคลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จะเป็นตัวทำนายการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่สุดตัวหนึ่ง พฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้นได้กลายเป็นนิสัย และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติ โดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

คุณลักษณะเฉพาะหรือปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1) ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดประจำเดือน ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย

2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ

ปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้ เป็นส่วนที่ต้องให้ความสำคัญและประเมินในเบื้องต้นเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่จะนำมาสู่การออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านความคิด และอารมณ์ ต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

2. ความคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างกลยุทธ์/กิจกรรมพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มโนทัศน์หลักนี้ ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อยทั้งหมด 5 มโนทัศน์ดังนี้

2.1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 61 ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

2.2) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่เพียงพอถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น ส่วนอุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศและความไม่สะดวก เป็นต้นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมและมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆได้และรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูง

ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างและหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองของความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือมากการตอบสนองของความรู้สึกต่อพฤติกรรมใดๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรมความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้าง

เสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

2.4) อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคลแหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อแม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคลยังหมายความรวมถึงบรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญ กลุ่มบุคคลชุมชนซึ่งได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้) การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์มากน้อยเพียงใด) และการเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคมหรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม

2.5) อิทธิพลจากสถานการณ์ หมายถึง การรับรู้ และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ยังหมายความรวมถึงการรับรู้เงื่อนไขที่มาสนับสนุน ความต้องการและความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมบุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิตสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเองรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมในสภาพแวดล้อมนั้นไม่ใช่สิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจน่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) ประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่

3.1) ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่นรวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรมความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

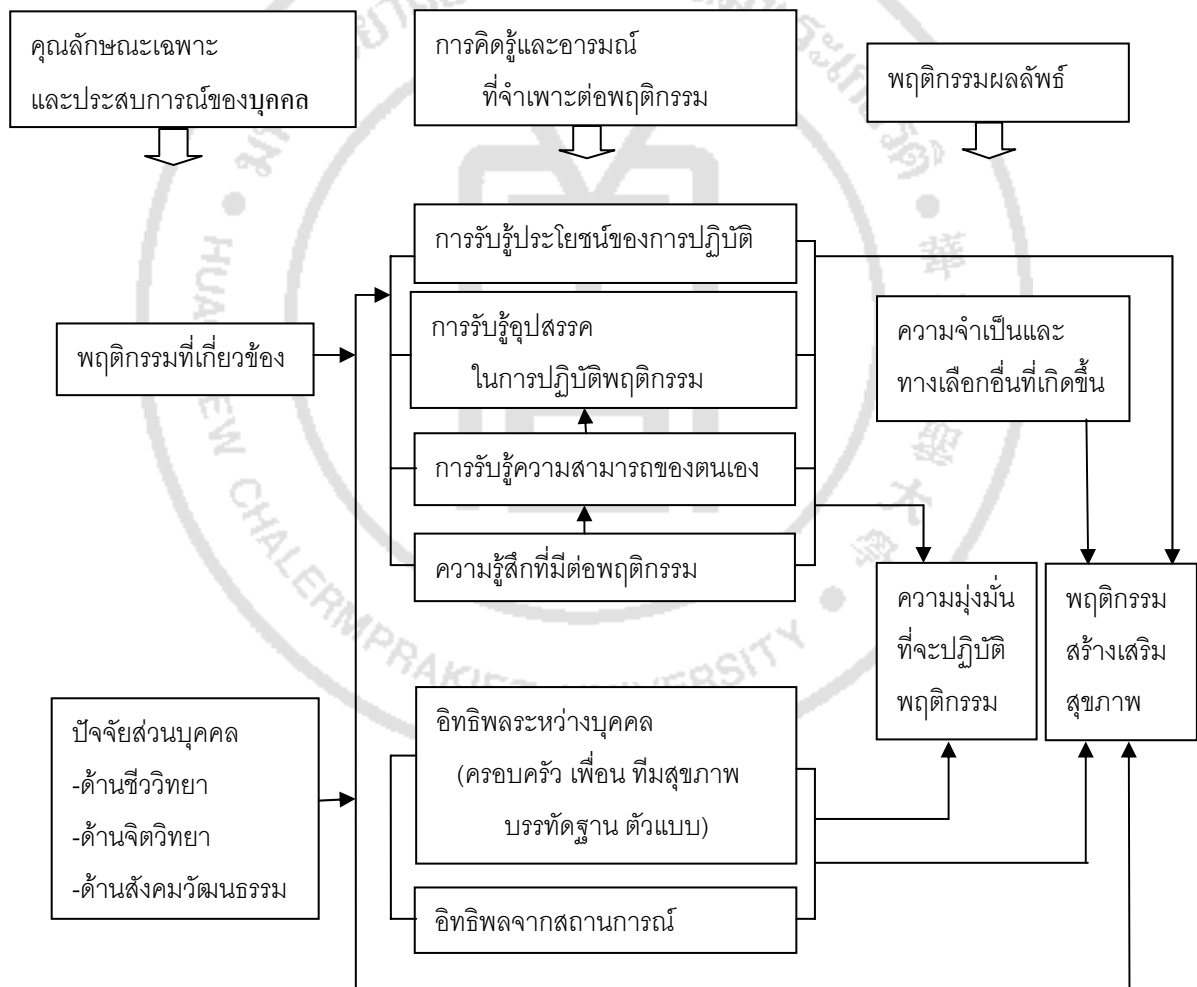
3.2) ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น หมายถึง พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองจากความชอบความพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยทันทีโดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือตนเองเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อยเนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่นเป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม

สร้างเสริมสุขภาพอย่างไรก็ตามความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นไม่ควรจะเกิดขึ้นน้อยเพราะถ้าเกิดขึ้นน้อยจะแสดงว่าบุคคลพยายามหาเหตุผลมาอ้างเพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

3.3) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นจุดสุดท้ายและเป็นผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมและเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จของผู้รับบริการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

จากที่กล่าวมาข้างต้น สามารถนำมาสรุปเป็นแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ได้ ตามที่แสดงในแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2: แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์



ที่มา : Pender, N.J., Murdaugh, C.L. and Parsons, M.A. (2006 : 50)

การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ที่ยังไม่เป็นมะเร็งเต้านมมีความจำเป็นมาก โดยเฉพาะในผู้หญิงกลุ่มเสี่ยง การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย

1. รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ แต่ละหมู่รับประทานให้หลากหลาย ในปริมาณที่พอดีกับการใช้พลังงานของร่างกายทุกวัน

2. รับประทานผักและผลไม้สดเป็นประจำทุกวัน โดยเฉพาะ ผัก ผลไม้ที่มีสีเขียวเข้ม สีเหลือง สีแดง สีส้ม สีม่วง ช่วยยับยั้งการเกิดโรคมะเร็ง และการรับประทานผัก ผลไม้ทุกวันจะได้รับใยอาหารเพิ่มขึ้น เพื่อให้มีการขับถ่ายทุกวัน ซึ่งจะช่วยลดการสะสมสารพิษของร่างกาย

3. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เนื่อสัตว์ติดมัน ให้เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย เช่น เนื้อปลา เนื้ออกไก่ (ลอกหนังออก) ฯลฯ เป็นต้น

4. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทแป้ง ย่าง ทอดจนไหม้เกรียม อาหารชุบแป้งทอดอม น้ำมัน ให้เลือกรับประทานอาหารที่ทำให้สุกด้วยการนึ่ง อบ ต้ม ตุ่น ดีกว่าอาหารทอด

5. หลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่สีโดยเฉพาะสีเข้มฉูดฉาด เลือกอาหารไม่ใส่สีหรือใช้สีธรรมชาติดีกว่า เช่น สีเหลืองจากขมิ้นและฟักทอง สีแดงจากครั่ง สีแสดจากแคโรทีน สีเขียวจากใบเตย เป็นต้น

6. ควรเลือกรับประทานอาหารสดดีกว่าอาหารแห้ง หรืออาหารที่ผ่านกระบวนการถนอมอาหาร เพราะมักมีการเติมสารเคมี ซึ่งสามารถเปลี่ยนเป็นสารก่อมะเร็ง ไม่ควรรับประทานอาหารเหล่านี้มากหรือบ่อย

7. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด หรืออาหารหมักดอง เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร และโรคอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน

8. ไม่ควรรับประทานอาหารเช้าๆ อาหารแปลกๆ เพื่อลดการได้รับสารพิษหรือสะสมสารพิษในร่างกาย

9. ลดหรืองดสิ่งเสพติด เช่น งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ งดการสูบบุหรี่ และไม่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีควันบุหรี่ เป็นต้น เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

10. ควบคุมการรับประทานอาหารแต่พอเหมาะ ไม่มากหรือน้อยเกินไป ทั้งนี้เพื่อเป็นการควบคุมน้ำหนักหรือดัชนีมวลกาย เพราะการเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีมวลกายเป็นดัชนีที่สามารถทำนายการเกิดมะเร็งเต้านมได้ (Ahn,Schatzkin,Lacey et.al.2007)

11. การออกกำลังกายแบบแอโรบิกวันเว้นวัน การออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นการออกกำลังกายโดยใช้กล้ามเนื้อกลุ่มใหญ่ เช่น แขน ขา อย่างต่อเนื่อง หนักพอ และนานพอ ทำให้ร่างกายมีการใช้แป้งและไขมันเป็นพลังงาน ทำให้หัวใจ ปอด และระบบการหมุนเวียนโลหิตแข็งแรง

12. การจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง เช่น การทำสมาธิ การผ่อนคลายจิตใจด้วยการฟังเพลง การคิดเชิงบวก เป็นต้น ทั้งนี้ เนื่องจากความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านม และ

โรคภัยอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ความเครียดเป็นต้นเหตุที่ทำให้เซลล์เพิ่มอัตราการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ซึ่งอาจทำให้เป็นมะเร็งได้ นอกจากนี้ความเครียดยังทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง (Jau-Fei.2004 อ้างถึงใน ชมนาด วรณพรศิริ. 2555: 15)

13. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้หญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป ควรเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเอง สำหรับผู้หญิงที่หมดประจำเดือนแล้ว ให้กำหนดวันที่สามารถทำได้ง่าย และตรวจในวันเดียวกันของทุกเดือน โดยมีรายละเอียดของการตรวจตามที่กล่าวไว้แล้ว องค์การอนามัยโลกแนะนำให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองประจำ จะช่วยให้สามารถพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกและรับการรักษาแต่เนิ่นๆ ช่วยลดอัตราการเป็นมะเร็งเต้านมได้ และควรตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

8. งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

มาสินี ไพบูลย์ และคณะ (2556: 115-119) ศึกษา “การส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของบุคลากรสตรีแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์” ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสตรีเข้าร่วมจำนวน 64 ราย ก่อนเข้าอบรมไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง 8 ราย (ร้อยละ 12.5) ตรวจเต้านมด้วยตนเอง 56 ราย (ร้อยละ 87.5) โดยแบ่งเป็นตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ 10 ราย (ร้อยละ 15.6) ตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่สม่ำเสมอ 46 ราย (ร้อยละ 71.9) มีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกวิธี 1 ราย (ร้อยละ 1.6) ตรวจไม่ถูกวิธี 63 ราย (ร้อยละ 98.4) หลังการอบรมทุกคนมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกวิธีโดยการตรวจเต้านมด้วยตนเองและตรวจอย่างสม่ำเสมอ 62 ราย (ร้อยละ 96.9)

ทรงเดช ประเสริฐศรี, อัมภาพร นามวงศ์พรหม และ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ (2555: 39-44) ศึกษา “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จำนวนเม็ดเลือดขาว อัตราการติดเชื้อ และคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ รัชบุรี” “ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม” อธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด มีผลทำให้พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งสนับสนุนแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยผลสำเร็จของโปรแกรมที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถของตนซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดของการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้จากต้นแบบทำให้เกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับตนเอง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่สำคัญอีกประการคือ อิทธิพลระหว่างบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

ฐิติชัยพร อุษุพันธ์ ,ณัฐจาพร พิชัยณรงค์และ สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์ (2554: บทคัดย่อ) วิจัย “การประยุกต์ใช้การเรียนรู้ของธอร์นไดค์ และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์” ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า 0.05 และมีความมั่นใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 91.18 การประยุกต์ใช้โปรแกรมทดลองดังกล่าว เพื่อส่งเสริมให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เป็นวิธีการที่ทำให้สตรีเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้ จึงสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางหนึ่งสำหรับบุคลากร สาธารณสุข เพื่อเป็นการส่งเสริมให้สตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอต่อไป

มยุรี บุญวรรณ,ชนิษฐา นาคะ และวิภาวี คงอินทร์ (2554: 17-24) วิจัย “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะและความยั่งยืนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง”ผลการศึกษาพบว่า1)สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า 0.01 , 2) สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองตามกิจวัตรมีคะแนนทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังได้รับการสอนสูงกว่าก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า 0.01 , 3) สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า 0.01 , 4) สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนความยั่งยืนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า 0.01

จีระพรรณ ศรีหามี เรือน สมณะ และสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2553: 243-248) วิจัย “ผลของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพและแรงสนับสนุนจากสามีที่มีต่อการป้องกันและควบคุมมะเร็งเต้านมของสตรีวัย 35-55 ปีตำบลจันทาร อำเภอจันทาร จังหวัดร้อยเอ็ด” โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสุขศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่แต่งงานแล้วมีอายุระหว่าง 35-55 ปี จำนวน 80 คนเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบสุ่มครีเอ เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ สไลด์ แผ่นพับ การสนทนากลุ่ม การเสนอตัวแบบ ตลอดจนได้รับแรงสนับสนุนจากสามีและใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การดูแลสุขภาพของตนในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับแรงสนับสนุนจากสามีอยู่ในระดับสูงซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า 0.05 สรุปผลการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพและแรงสนับสนุน

จากสามีทำให้สตรีกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการเพิ่มการตรวจมะเร็งเต้านมในกลุ่มสตรีที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้

ปิยะนุช จิตตานุนท์, สุมาลี วัฒนากกร และ วรณีย์ จันทรสว่าง (2552: 153 -165) วิจัย “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในเทศบาลตำบลคองหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา” เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีแต่ละกลุ่มอายุ ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 15-20 ของสตรีทั้งกลุ่มอายุ 35-44 ปี อายุ 45-54 ปี และอายุ 55 ปีขึ้นไป มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอเดือนละครั้ง และร้อยละ 50 ไม่เคยตรวจเต้านม ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าตรวจไม่เป็นหรือไม่ทราบวิธีตรวจ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความรุนแรงของสตรีทั้ง 3 กลุ่ม อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นกลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง สตรีทุกกลุ่มมีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระดับสูง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี 3 กลุ่มอายุมีความแตกต่างกัน กลุ่มอายุ 35-44 ปี ความรู้เป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในขณะที่ความรู้และการรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีกลุ่มอายุ 45-54 ปี และกลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป การรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สุณีย์ ชมพูนุช และ บัณฑิต กอรสุวรรณเลิศ (2550: บทคัดย่อ) วิจัย “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 – 59 ปี ในเขตตำบลนางแก้ว อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี” โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองและมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนในการป้องกันมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 อาชีพพบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .001 และมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนในการป้องกันมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนในการป้องกันมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ประวัติการพบบุคลากรด้านสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า.001 มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนในการป้องกันมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปิยวรรณ นาคคงคำ (2550: บทคัดย่อ) วิจัย “การศึกษารูปแบบการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์” โดยทดลองใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อายุ 20 – 45 ปี อาศัยอยู่ในเขตตำบลหอกลอง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 ราย วัดผลโดยเปรียบเทียบระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลองผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ทักษะเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีกลุ่มตัวอย่างให้สนใจตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น จึงควรนำไปใช้ในการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปเพื่อตรวจหาความผิดปกติและได้รับการดูแลรักษาในระยะต้น ๆ ก่อนที่จะยากแก่การรักษา

หทัยชนก บัวเจริญ และ วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2550: บทคัดย่อ) วิจัย “การศึกษาประเมินและเปรียบเทียบความรู้เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ” ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาหญิงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของมะเร็งเต้านมของอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48) ความรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.42) ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57) ประสิทธิภาพของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.61) และเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงพบว่าความรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมและความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการพัฒนาบริการสุขภาพในสถาบันการศึกษาเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมในนักศึกษาหญิงควรเน้นการให้ความรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมและส่งเสริมศักยภาพ

วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และ ชนิกา เจริญจิตต์กุล (2550: บทคัดย่อ) วิจัย “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่ทำงานในสถานประกอบการ” จำนวน 2 แห่งซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลบางไฉลงอำเภอบางพลีจังหวัดสมุทรปราการจำนวน 183 คนผลการศึกษา พบว่าสตรีส่วนใหญ่มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 14.39 ปี มีญาติพี่น้องมีก้อนที่เต้านมร้อยละ 4.9 และมีญาติพี่น้องเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 3.0 สตรีในสถานประกอบการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมในระดับมากร้อยละ 43.8 รองลงมาคือระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 56.2 สตรีในสถานประกอบการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งเต้านมในระดับมากร้อยละ 55.7 ถัดมาคือระดับปานกลางร้อยละ 44.3 ประเมินความสามารถที่จะตรวจ

ด้านมด้วยตนเองในระดับมากร้อยละ 94.6 ถัดมาคือระดับปานกลางร้อยละ 5.4 สตรีในสถานประกอบมีความรู้ในการตรวจด้านมด้วยตนเองในระดับมากร้อยละ 0.5 ระดับปานกลางร้อยละ 89.7 และระดับน้อยร้อยละ 9.7 ปัจจัยการประเมินความสามารถในการตรวจด้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งด้านมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งด้านมและความรู้เกี่ยวกับวิธีการตรวจด้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติปัจจัยที่สามารถทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเองของสตรีในสถานประกอบการคือการประเมินความสามารถในการตรวจด้านมด้วยตนเองโดยทำนายได้ร้อยละ 7 และมีข้อเสนอแนะว่านอกเหนือจากการจัดกิจกรรมโครงการให้ความรู้สร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงแล้วยังควรพัฒนารูปแบบที่สามารถส่งเสริมทักษะของการปฏิบัติในการตรวจด้านมด้วยตนเองได้จริงแก่สตรีที่ทำงานในสถานประกอบการ

รัตนภรณ์ เหมือนจันทร์ (2549: บทคัดย่อ) วิจัย “ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งด้านมผู้รับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลกปี 2549” ผลการศึกษา พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 สถานภาพคู่ ร้อยละ 90.64 การศึกษาระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า ร้อยละ 63.16 อาชีพรับราชการ ร้อยละ 80.31 ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว (มะเร็งด้านม) ไม่เป็น ร้อยละ 92 พฤติกรรมสุขภาพไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 100 ดื่มสุราร้อยละ 12.46 รับประทานอาหารปิ้งย่าง (บ่อย) ร้อยละ 77 รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง (บ่อย) ร้อยละ 59.26 เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกอายุน้อยกว่า 12 ปี ร้อยละ 29.82 ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งด้านม ผู้รับบริการจำนวน 513 รายซึ่งตรวจโดยพยาบาลวิชาชีพ พบว่าส่วนใหญ่คลำไม่พบก้อน ร้อยละ 91.81 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ ผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปี คลำได้ก้อนมากที่สุดร้อยละ 5.66 มีระดับความรู้ก่อนให้ความรู้ ร้อยละ 69.06 ระดับความรู้หลังให้ความรู้ ร้อยละ 95 ระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งด้านม โดยภาพรวมร้อยละ 93.33

สุวภัทร ลีพูลทรัพย์ (2548: บทคัดย่อ) วิจัย “ความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งด้านม และการตรวจด้านมด้วยตนเองของพยาบาลวิชาชีพหญิงที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2548-มกราคม 2549 ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีการตรวจด้านมด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 92.8 โดยผู้ที่ทำการตรวจด้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือนร้อยละ 42.7 สาเหตุของผู้ที่ไม่ตรวจด้านมด้วยตนเองส่วนใหญ่เพราะคิดว่าไม่มีความผิดปกติของด้านมร้อยละ 73.6 แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งด้านมและการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่ได้รับการเรียนการสอนในวิชาเรียนระดับปริญญาตรีและปริญญาโทด้านการพยาบาล รองลงมาคือ โปสเตอร์/แผ่นพับ ความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งด้านมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.8 และ 66.7 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าระดับความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจด้านมด้วยตนเอง ($P > 0.05$)ระดับ

ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า ช่วงอายุมีความสัมพันธ์ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แต่สถานภาพสมรสและแผนกที่ทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและทัศนคติในทางบวกเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองและแหล่งความรู้ที่ส่วนใหญ่ได้จากการเรียนการสอนในวิชาเรียนดังนั้นการสร้างความรู้ในด้านสุขภาพควรเริ่มตั้งแต่ในวัยเรียนและเน้นในด้านของทักษะการตรวจเต้านมอย่างถูกต้อง

ปิยธิดา นิลศรีกุล และ นฤชล จรุงเรือง (2545: 71-72) วิจัย “ปัจจัยเสี่ยง ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันมะเร็งเต้านมของผู้มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล” ผลการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการมีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมในประเด็นมีการใช้ฮอร์โมนคิดเป็นร้อยละ 46.2 รองลงมา คือ มีประจำเดือนครั้งแรกต่ำกว่า 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.1 และประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมคิดเป็นร้อยละ 4.8 ตามลำดับ ส่วนด้านคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันมะเร็งเต้านม พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 72.85 รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 48.1 , 46.79 ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้มารับบริการพบว่า ไม่เคยมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลตนเองสูงสุด ในด้านการตรวจเอ็กซเรย์แมมโมแกรมทุกปีคิดเป็นร้อยละ 92.30 รองลงมาคือไม่เคยปฏิบัติตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 75.40 และการตรวจเต้านมครบ 3 ท่าคิดเป็นร้อยละ 66.62 ตามลำดับ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นภัยเงียบที่คร่าชีวิตสตรีไทยจำนวนมากในแต่ละปี ทั้งๆ ที่เป็นปัญหาสุขภาพที่ป้องกันได้ แต่สตรีไทยยังขาดความรู้เรื่องความรุนแรงของมะเร็งเต้านม โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม ความสามารถของตนเองในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ในขณะเดียวกันนโยบายสาธารณสุขในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา ยังไม่ได้ให้ความสำคัญอย่างจริงจังกับการป้องกันปัญหาดังกล่าวทั้งด้านงบประมาณ การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชน และการนำแบบแผนการปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองให้สตรีกลุ่มเป้าหมายอย่างเชิงรุก จากผลการศึกษาพบว่าถ้าได้มีการให้ความรู้ดังกล่าวข้างต้น และฝึกให้มีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สตรีไทยจะตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ และสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น แบบแผนการดูแลตนเองมีหลายทฤษฎีที่นำไปใช้ได้ แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender. 2006) ซึ่งเป็นแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้รับความนิยม มาเป็นแบบในการสร้างแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของ

มะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม เพื่อให้สตรีกลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนัก และสนใจการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อการคัดกรองมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นได้ ลดอัตราการเป็นมะเร็งเต้านมขั้นรุนแรงที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต

