

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่อง “การเปิดรับข่าวสาร ความเครียดและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม” ผู้วิจัยได้ศึกษา ทฤษฎี แนวคิด ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่นำมาเป็นแนวทางในการวิจัยดังต่อไปนี้

แนวคิดและทฤษฎี

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม
2. แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสาร
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสื่อมวลชน สื่อบุคคล และสื่อเฉพาะกิจ
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเปิดรับสารของผู้รับสาร
5. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ
6. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
7. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
8. ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม เป็นโรคอีกชนิดหนึ่งที่คุกคามสุขภาพของสตรีไทย เป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานและถึงแก่ความตายเป็นจำนวนมาก อัตราการเกิดโรคพบได้ค่อนข้างสูง จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขอีกอย่างหนึ่งของประเทศไทยพบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปากมดลูกหรือพบประมาณร้อยละ 7.10 ของมะเร็งทั้งหมด (Brunner & Suddarth 1988:112: คณะกรรมการเครือข่ายมะเร็ง ม.มหิดล 2533 : 9) และจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมในสตรีไทย ประมาณร้อยละ 24.8 ของมะเร็งทั้งหมดที่พบในสตรี และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นทุกปี (National Cancer Institute 1988, อ้างใน วิไลลักษณ์ จันทรพิวง 2534:1) ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกาพบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 1 ของสตรีอเมริกัน (อาคม เขียรศิลป์ 2533:39) และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากมะเร็งปอด โรคมะเร็งเต้านม พบสูงสุดในช่วงอายุ 45-49 ปี และในช่วงอายุ 65 ปี ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 99 พบในเพศหญิง เพศชายพบได้น้อยประมาณร้อยละ 1 เนื่องจากต่อมน้ำนมของเพศชายเจริญไม่มาก ประกอบกับมีเนื้อเยื่อและไขมันที่ห่อหุ้มต่อมน้ำมน้อย (ไพรัช เทพมงคล 2527: 73, Ignatavicus & Bayne 1991:186)

การดำเนินของโรค และการแพร่กระจายของมะเร็งเต้านม (อาคม เขียรศิลป์ 2533:40)

เนื่องจากระยะเวลาการดำเนินโรคของมะเร็งเต้านมค่อนข้างจะยาวนาน ดังนั้น จึงถือว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรัง (Chronic Malignancy) โดยเริ่มจากเซลล์หนึ่ง เซลล์กลายเป็นมะเร็งต่อมา มีการแบ่งตัวเพิ่มขนาดเป็น 2 เท่าของขนาดเดิม (Successive Doubling) เพื่อให้มีขนาดโตขึ้น และต้องใช้เวลาจนถึง 7-8 ปี จึงจะมีขนาดโตที่มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 เซนติเมตร

มะเร็งเต้านมได้มีการแพร่กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลือง และตามกระแสเลือด ต่อมน้ำเหลืองทำหน้าที่เป็นโรงกรองโรงใหญ่ที่จะกักกันเซลล์มะเร็งที่หลุดออกไปจากก้อนมะเร็งปฐมภูมิ เมื่อผ่านโรงกรองที่บริเวณรักแร้ เซลล์มะเร็งมักจะไปฝังตัวที่บริเวณต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้า (Supraclavicular node) แล้วจะเข้าสู่กระแสเลือดดำ (Venous circulation) นอกจากนี้ เมื่อมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ เซลล์มะเร็งนี้มักจะกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองชื่อ Internal Mammary Nodes มักจะอยู่ที่ช่องว่างระหว่างกระดูกซี่โครงที่ 2 และ 3 (The Second and Third Intercostal spaces) จากบริเวณนี้จะกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณ เมดิแอสติเนียม (Mediastinum) การแพร่กระจายไปตามกระแสเลือดมักจะไปที่อวัยวะหรือระบบอื่น ๆ เช่น ระบบกระดูก ปอด ตับ และสมอง ทางคลินิกมักจะพบว่ามะเร็งเต้านม มักจะมีการกระจายไปที่กระดูก บริเวณกระดูกสันหลังและเชิงกรานมากที่สุด บางครั้งการกระจายของเซลล์มะเร็งเกิดขึ้น โดยผ่านออกไปจากผนังของทางเดินน้ำเหลือง (Permeation of Lymph vessels) ของเต้านม ทำให้เกิดการ

ฝั่งตัวของเซลล์มะเร็งที่เนื้อเยื่อใต้ผิวหนังทำให้มีการกระจายหรือฝั่งตัวของเซลล์มะเร็งไปทั่วตัวได้ รวมทั้งที่เยื่อหุ้มปอดและเนื้อปอด

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่ามะเร็งเต้านมมักจะกระจายไปแล้วมากกว่าที่จะอยู่เฉพาะที่เมื่อวินิจฉัยโรคได้ แม้ว่าการกระจายของเซลล์มะเร็งดังกล่าวยังคงตรวจไม่พบก็ตามทำให้เกิดการรักษาแบบ “Adjuvant Chemotherapy” หรือการรักษาทางเคมีบำบัด

การเสี่ยงต่อการกระจายของเซลล์มะเร็งไปตามทางเดินน้ำเหลืองหรือกระแสเลือดจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ

1. ขนาดของก้อนมะเร็งเต้านมปฐมภูมิ
2. จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ให้ผลบวกต่อเซลล์มะเร็งเต้านมหรือที่เรียกว่า “Node positive” (Node)

สาเหตุของมะเร็งเต้านม

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด คงทราบแต่เหตุที่ส่งเสริมหรือสนับสนุนที่รวบรวมจากการศึกษาทางระบาดวิทยาของมะเร็งเต้านม และการวิจัยทางห้องทดลองรวมทั้งคลินิก สรุปได้ว่าสตรีผู้ที่มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมาจากสาเหตุ ดังต่อไปนี้

1. เชื้อไวรัส เป็นสาเหตุอันหนึ่งของการเกิดมะเร็ง ในสัตว์ทดลองพบว่า ไวรัส ชื่อ MTV=Mammary Tissue Virus มีบทบาทสำคัญมากในการทำให้เกิดโรคมะเร็ง แต่ในปัจจุบันยังไม่พบว่ามี การติดต่อไวรัสชนิดนี้ในมนุษย์
2. เกี่ยวกับฮอร์โมน ยังไม่มีข้อมูลยืนยันว่าการเพิ่มของ Estrone และ Estradiol (เชื่อว่าเป็นสารก่อมะเร็ง) และการขาด Estriol (เชื่อว่าเป็นสารป้องกันการเกิดมะเร็ง) เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม
3. การได้รับหรือสัมผัสรังสี (Radiation Exposure) โดยเฉพาะเมื่อมีการอักเสบเต้านมหลังคลอด (Puerperal Mastitis)
4. อาหารและน้ำหนักตัว มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเต้านม โดยตรงอาหารจำพวกไขมันสูง จะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม
5. การมีโรคของเต้านมชนิดไม่ร้ายแรง (Benign breast disease) เช่นโรคถุงน้ำพังคืด (Cystic disease) จะมีอุบัติการณ์เกิดมะเร็งเต้านมในพวกนี้มากเป็น 2 เท่าของบุคคลหรือสตรีทั่วไป
6. มีประวัติในครอบครัวที่มี มารดา ลูกสาว และโดยเฉพาะพี่น้องท้องเดียวกัน และอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมจะสูงขึ้น ถ้าสตรีผู้นั้นมีมารดาเป็นมะเร็งเต้านมทั้ง 2 ข้าง โดยเฉพาะวัยก่อนหมดประจำเดือน จะมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงถึง 9 เท่าของสตรีทั่วไป และสตรีพวกนี้มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่า 50%

7. ปัจจัยเสี่ยงอีกอันหนึ่งคือ จำนวนบุตรที่มี (Parity)
 - ผู้ที่แต่งงานแล้วไม่มีบุตร จะมีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่าผู้ที่มีบุตร
 - จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จะแปรผกผันกับโอกาสที่เป็นมะเร็ง คือ ถ้าตั้งครรภ์บ่อยครั้งโอกาสจะเป็นมะเร็งเต้านมจะลดลง
 - การตั้งครรภ์แรกเมื่ออายุน้อยหรือเร็ว จะมีผลต่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ส่วนการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง ยังไม่ได้มีการพิสูจน์ว่าจะมีผลต่อการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม
 - ในกลุ่มนางชีจะมีอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมสูง
 - สตรีโสดมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเป็น 2 เท่าของสตรีที่ผ่านการแต่งงานมาแล้ว
 - สตรีที่เป็นหมันมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าสตรีที่มีบุตรได้
 - การเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมส่วนที่เหลืออีกข้างจะมีสูงถึง 5 เท่าของผู้ที่มีมะเร็งเต้านมครั้งแรก

8. ความเคร่งเครียดได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างมะเร็งเต้านมและผู้หญิงที่มี

ความเคร่งเครียดเป็นบุคลิกประจำตัว พบว่าผู้หญิงที่ตกอยู่ในภาวะที่มีประสาทตึงเครียดตลอดเวลา จะทำให้ต่อมหมวกไตหลั่ง ฮอริโมนอดรีนอลออกมามาก และฮอริโมนตัวนี้ไปกดภูมิป้องกันของร่างกาย เป็นเหตุให้ร่างกายเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมากขึ้น ยิ่งกว่านั้น ภาวะที่ตึงเครียดมากจะทำให้ร่างกายใช้ไขมันมาก ร่างกายหลังเอสโตเจนมากขึ้นด้วย ก็จะเป็นเหตุให้โอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้นอีกเช่นเดียวกัน (Cox 1984:15; Irwin & Anisman 1984:94)

อาการและการแสดงอาการ

1. มีก้อนแข็งในเต้านม ในระยะแรก ๆ จะไม่มีการเจ็บปวด เคลื่อนไหวได้
2. เมื่อเป็นมานาน ก้อนจะโตขึ้น คลำหรือมองเห็น เริ่มจะยึดแน่นกับที่ (Fixed) หรือมีการดึงรั้งผิวหนังหรือหัวนมให้บุ๋มลง จากการดึงรั้งของเส้นเอ็นของเต้านม (Cooper's Ligaments) มีน้ำเหลืองหรือเลือดไหลออกจากหัวนม ผิวหนังที่เต้านมจะบวมแดง เนื่องจากมีการอุดตันของทางเดินน้ำเหลือง ทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นมีลักษณะคล้ายผิวส้ม อาจแตกเป็นแผลและมีอาการเจ็บปวดเหมือนเป็นฝี
3. บริเวณของเต้านมที่จะพบก้อน ส่วนบนด้านนอก (Upper outer quadrant) พบได้ประมาณร้อยละ 50 บริเวณหัวนมใกล้กับบริเวณ Areola พบประมาณร้อยละ 20 ส่วนล่างด้านนอกของเต้านม (Lower outer Quadrant) ประมาณร้อยละ 10 และบริเวณซีกด้านในของเต้านม (Medial Half) พบประมาณร้อยละ 20

4. มาด้วยอาการแสดงของมะเร็งทิวติงุมิ เช่น ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โตหรือมีการกระจายของก้อนมะเร็งบนเต้านม (Satellite Nodules) หรือมีอาการทางปอด ตับ เคยมีรายงานในสตรีไทย มาด้วยก้อนที่รักแร้โต และพิสูจน์ได้ว่ามะเร็งเต้านมกระจายไป แต่มีก้อนที่เต้านม

หลักการรักษามะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถรักษาได้และมีอัตราการรอดชีวิต (Survival rate) ค่อนข้างดี ถ้าสามารถตรวจพบโรคและให้การรักษาตั้งแต่อยู่ในระยะเริ่มแรก (กิตติ จินดาวิจักษณ์ 2523:27) หลักการรักษามะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันมี 4 วิธี คือ (กรีซ โพรสิสุวรรณ 2531:294)

1. การผ่าตัด
2. การฉายแสง
3. การใช้เคมีบำบัด
4. การใช้ฮอร์โมนบำบัด

โดยสองวิธีแรกเป็นการรักษาเฉพาะที่ (Loco-regional Treatment) ถือว่าเป็นวิธีรักษามะเร็งเต้านมให้หายขาดได้ ส่วนสองวิธีหลังเป็นการรักษาทั้งระบบ (System Treatment) เพื่อกำจัดหรือลดจำนวนลงของเซลล์มะเร็งที่คาดว่าจะมีการกระจายออกไปบ้างแล้วให้หมดไป ดังนั้นในปัจจุบันมะเร็งเต้านมจึงสามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าเป็นในระยะที่ 1, 2 และ 3 บางราย (กรีซ โพรสิสุวรรณ 2531:294) ด้วยการใช้วิธีการรักษาแบบผสมผสาน ซึ่งประกอบด้วยการรักษาหลักและการรักษาเสริม (Adjuvant Treatment) โดยคำนึงถึงระยะของโรคเป็นสำคัญ และจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือกันระหว่างศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัดรักษามะเร็ง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางรังสีรักษาและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการใช้ยารักษามะเร็ง เพราะเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า มะเร็งเต้านมมักมีการแพร่กระจายไปตามอวัยวะต่าง ๆ แล้วมากกว่าจะอยู่เฉพาะที่เมื่อวินิจฉัยโรคได้ แม้ว่าการกระจายของเซลล์มะเร็งดังกล่าวจะไม่สามารถตรวจพบได้ก็ตาม

1. การรักษามะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัด การผ่าตัดเพื่อทำการรักษามะเร็งเต้านมแบ่งออกได้เป็นหลายวิธีคือ

1. การผ่าตัดเต้านมอย่างถอนราก (Radical Mastectomy)

เป็นการผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมด รวมทั้งกล้ามเนื้อเพคโตราลิสมัดใหญ่ มัดเล็กและต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณรักแร้ การผ่าตัดวิธีนี้แผลผ่าตัดจะกว้างมาก บางครั้งอาจต้องใช้การปลูกหนังจากบริเวณหน้าขาช่วยปิดแผลผ่าตัด

2. การผ่าตัดอย่างถอนรากแบบกว้าง (Extend Radical Mastectomy)

เป็นการผ่าตัดเต้านมอย่างถอนรากร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลือง บริเวณซอกกระดูกหน้าอกออกด้วย โดยการตัดกระดูกอ่อนซี่โครงให้เป็นช่องขนานกับขอบกระดูกหน้าอก

รวมทั้งเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอข้างเดียวกันออกด้วย การทำผ่าตัดทั้ง 2 วิธีนี้ปัจจุบันไม่นิยมทำ เพราะผลที่ได้จากการผ่าตัด ไม่คุ้มกับความกว้างของการผ่าตัดและความสูญเสียของผู้ป่วย

3. การผ่าตัดอย่างถอนรากแบบดัดแปลง (Modified Redical Mastectomy)

วิธีการทำผ่าตัดชนิดนี้นิยมทำมากกว่าวิธีอื่น ๆ เนื่องจากทำให้เกิดความพิการของผนังทรวงอกน้อยกว่า การผ่าตัดวิธีนี้จะใกล้เคียงกับการทำผ่าตัดเต้านมอย่างถอนราก โดยแตกต่างกันที่การตัดกล้ามเนื้อเพคโตราลิส ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 วิธีคือ

3.1 พาทีวเทคนิก (Patey Technique) การผ่าตัดวิธีนี้ จะตัดกล้ามเนื้อเพคโตราลิสมัดเล็กออก

3.2 ออชินคลอส-แมดเดนเทคนิค (Auchincloss-madden Technique) วิธีนี้จะไม่ตัดกล้ามเนื้อเพคโตราลิสทั้ง 2 มัดแต่เลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกเป็นบางส่วนเท่านั้น

4. การผ่าตัดเต้านมออกอย่างง่าย (Simple Mastectomy)

เป็นการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้ารวมถึงส่วนที่ยื่นเข้าไปในรักแร้ (Axillary tail of breast) โดยไม่มีการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออก

5. การผ่าตัดออกเฉพาะก้อนเนื้ออก (Lumpectomy)

เป็นการผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออกให้หมด โดยติดขอบของเนื้อดีไว้อย่างน้อย 1-2 ซม. หรือตัดเต้านมออกหนึ่งในสี่ในบริเวณที่มีก้อนมะเร็งอยู่ (Quadrantectomy) ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ การผ่าตัดวิธีนี้มุ่งหวังที่จะสงวนเต้านมและคงความสวยงามไว้ให้ใกล้เคียงของเดิมมากที่สุด รวมทั้งหวังผลการรักษามะเร็งให้ได้ดีพอ ๆ กับการผ่าตัดอย่างถอนรากแบบดัดแปลง จึงเป็นวิธีที่นิยมนำมาใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกที่มีขนาดของก้อนไม่เกิน 3-4 ซม. อย่างแพร่หลายโดยเฉพาะในต่างประเทศ

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด มะเร็งเต้านมภายหลังการผ่าตัดอาจพบภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนระยะแรก

1.1 การตกเลือดบริเวณแผลผ่าตัด อาจเกิดการตกเลือดขึ้นได้บริเวณแผลผ่าตัด เนื่องจากแผลผ่าตัดเต้านมมีบริเวณค่อนข้างกว้าง โดยทั่วไปแพทย์จะทำการปิดแผลกดทับเพื่อช่วยเสริมให้เลือดหยุด พร้อมทั้งใส่ท่อระบายต่อลงขวดปลอดเชื้อ

1.2 แผลผ่าตัดติดเชื้อ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหามากที่สุด ภายหลังการผ่าตัด มะเร็งเต้านม องค์ประกอบที่เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อ คือ มีน้ำเหลืองขังบริเวณใต้แผล แผลแยก แผลผ่าตัดเกิดเนื้อตาย ร่วมกับการเลาะตัดต่อมน้ำเหลือง ทำให้การไหลเวียนไม่สะดวก ตลอดจนมีปัจจัยเสริมจากตัวผู้ป่วยเอง เช่น การไม่ระวังรักษาความสะอาด ภาวะโภชนาการ อายุ รวมทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลแผลผ่าตัดที่ถูกต้อง

1.3 แผลผ่าตัดเกิดเนื้อตาย เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมถึงร้อยละ 10 ถึง 60 สาเหตุเกิดจาก ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณแผลไม่เพียงพออันเนื่องมาจากเทคนิคการเย็บแผลที่ตึงเกินไป แผลผ่าตัดติดเชื้อทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด (Vascular Thrombosis) การปิดแผลที่ใช้แรงกดมากเกินไป นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบเสริม ได้แก่ ชนิดของการผ่าตัด ลักษณะของแผลผ่าตัด ประสบการณ์การทำผ่าตัดของศัลยแพทย์ และ น้ำเหลืองซึ่งบริเวณใต้แผลผ่าตัด ร่วมกับปัจจัยเสริมจากตัวผู้ป่วย เช่น อายุมาก อ้วนเกินไป เต้านมมีขนาดใหญ่กว่าปกติ เป็นต้น

1.4 น้ำเหลืองซึ่งบริเวณใต้แผลผ่าตัด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุด แม้ว่าจะไม่รุนแรง แต่จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของน้ำเหลืองซึ่งบริเวณใต้แผลผ่าตัดจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ซึ่งเป็นปัญหาต่อการรักษา เช่น แผลผ่าตัดเกิดเนื้อตาย แผลหายช้า แผลผ่าตัดติดเชื้อ และเกิดการบวมของแขน สาเหตุที่แท้จริงยังไม่อาจสรุปได้แน่นอน แต่พบปัจจัยที่เป็นเหตุส่งเสริมการเกิดคือ จากขั้นตอนการทำผ่าตัดซึ่งต้องเลาะเนื้อเยื่อและต่อมน้ำเหลืองเป็นบริเวณกว้างทำให้แผลเกิดมีซอกโพรง หลอดเลือดหลอดน้ำเหลืองถูกทำลายจำนวนมาก จึงทำให้เลือดและน้ำเหลืองซึมออกมายังบริเวณแผลมาก รวมทั้งการใช้แขนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัดเป็นผลให้เกิดแรงดันภายในท่อน้ำเหลือง ทำให้น้ำเหลืองซึมออกมาข้างในช่องของทรวงอกในขณะที่หายใจมีผลให้แผลติดยาก เกิดมีช่องว่างเป็นที่ซึ่งของน้ำเหลืองได้ ปัจจัยอีกประการหนึ่ง คือ เทคนิคการทำผ่าตัดไม่ดีสามารถส่งเสริมให้น้ำเหลืองซึ่งบริเวณใต้แผลได้

การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะแรก ในระยะแรกของการผ่าตัดจึงต้องสังเกตความผิดปกติที่แสดงถึงภาวะการตกเลือดอย่างสม่ำเสมอ คือ การตรวจสอบสัญญาณชีพ สังเกตปริมาณเลือดที่ไหลออกจากท่อระบายและสังเกตรอยเลือดซึมบริเวณผ้าปิดแผล เป็นต้น ดูแลให้ท่อระบายจากแผลให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ดูแลและแนะนำให้ได้รับอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผลอย่างเพียงพอ แนะนำเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกายและบริเวณบาดแผล ผ้าปิดแผลไม่ให้รัดแน่นเกินไป เพื่อส่งเสริมให้มีการไหลเวียนของโลหิตบริเวณบาดแผล สังเกตอาการแสดงของภาวะอักเสบและติดเชื้อของแผลผ่าตัด เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลืออย่างทันถ่วงที

2. ภาวะแทรกซ้อนระยะหลัง

2.1 แขนบวม เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยภายหลังการผ่าตัด อาจเกิดขึ้นทันทีภายหลังการผ่าตัดหรืออาจเกิดภายหลังผ่าตัดไปแล้ว 1 ถึง 15 ปี สาเหตุของการบวมที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่นอน แต่อาจเกิดจากองค์ประกอบดังนี้คือ วิธีการผ่าตัด การติดเชื้อของแผลผ่าตัดและการ

ฉายรังสีบริเวณที่ทำผ่าตัด ซึ่งเป็นปัจจัยขัดขวางการไหลเวียนของระบบเลือดและน้ำเหลือง เกิดการคั่งของน้ำเหลือง มีการรั่วซึมของโปรตีนและทำให้แรงดันคอลลอยด์ ออสโมติกเพิ่มขึ้น

2.2 ข้อไหล่ติด เป็นภาวะแทรกซ้อนอีกอย่างหนึ่ง ที่พบได้บ่อยภายหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านม เนื่องจากการผ่าตัด ทำให้แขนข้างเดียวกับแผลผ่าตัดได้รับความกระทบกระเทือน เพราะแผลผ่าตัดยาวจนถึงรักแร้ รวมทั้งการเกิดภาวะแขนบวมหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยเจ็บตึง แผลมากเมื่อเคลื่อนไหวแขนและข้อไหล่ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงพยายามไม่ให้แขนข้างที่ทำผ่าตัด เคลื่อนไหวเป็นผลให้มีการติดของข้อไหล่ตามมา

2.3 การทรงตัวผิดปกติ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมจะปรากฏลักษณะการทรงตัวที่ผิดปกติให้เห็นที่ส่วนไหล่และส่วนหลัง คือ ผู้ป่วยจะมีไหล่เอียง ไหล่ห่อ หลังโก่ง ซึ่งผลเสียของการทรงตัวไม่ดี จะทำให้ผู้ป่วยเมื่อยล้าได้เร็วและสูญเสียบุคลิกภาพที่ดี

2.4 เส้นประสาทถูกกดเบียด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบร่วมกับอาการบวมของแขนพบได้บริเวณคอและข้อมือ ผู้ป่วยจะมีอาการหนัก ตึง ปวดและชา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานมาก

การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะหลัง การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะนี้ ขึ้นอยู่กับการส่งเสริมให้ระบบเลือดและน้ำเหลืองมีการไหลเวียนที่ดีและการดูแลแขนข้างที่ทำผ่าตัดอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยให้การพยาบาลอย่างถูกต้องตั้งแต่หลังผ่าตัดระยะแรก เช่น การนอนคว่ำยกแขนข้างที่ทำผ่าตัดให้สูงกว่าระดับหัวใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยแขนข้างที่ทำผ่าตัด แนะนำการบริหารข้อไหล่และการดูแลระมัดระวังอันตรายต่อแขนข้างที่ทำผ่าตัด คือ

1. หลีกเลี่ยงการฉีดยา ให้น้ำเกลือ เจาะเลือดและวัดความดันโลหิต
2. หลีกเลี่ยงการหิ้ว ยก ถือ ลากของหนัก
3. หลีกเลี่ยงการใส่แหวน กำไล สร้อยข้อมือ นาฬิกาและแขนเสื้อที่ใช้ยางยืดหรือมีขอบรัดแน่น
4. หลีกเลี่ยงความร้อนจากการอาบน้ำหรือ แสงแดด เต้าไฟ
5. หลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผลทุกชนิด
6. หลีกเลี่ยงสารเคมีที่มีความเข้มข้นสูงหรือที่เคຍแพ้ โดยการสวมถุงมือยาง
7. ป้องกันสัตว์มีพิษกัดต่อย
8. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวด บวม แดง ร้อนควรรีบปรึกษาแพทย์

2. การรักษาเสริมจากการผ่าตัด

2.1 การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด เป็นการรักษาที่ระบบ (System treatment) ใช้ในผู้ป่วยที่ตรวจพบต่อมน้ำเหลืองได้รั้งแล้วโดยเฉพาะในผู้ป่วยวัยก่อนหมดประจำเดือน

2.2 การรักษาเสริมด้วยรังสีวิทยา เป็นการรักษาเฉพาะที่ พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดซ้ำหรือใช้ในรายที่สงสัยว่ามีเนื้องอกหลงเหลืออยู่

2.3 การรักษาเสริมด้วยการใช้ฮอร์โมน เป็นการรักษาที่ระบบใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมระยะลุกลาม หรือใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมระยะแรก เพื่อป้องกันการกลับคืนมาใหม่ของโรค โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวัยหมดประจำเดือน

กล่าวโดยสรุป การรักษามะเร็งเต้านมในระยะต่าง ๆ ของโรคมี่ดังนี้ (Black & Matassarín – Jacobs, 1993; Deters, 1995; Stevenson, 1992)

มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น (Early breast cancer)

ระยะที่ 1 การรักษาหลักจะให้การรักษาเฉพาะที่เท่านั้นโดยการผ่าตัด และไม่ต้องให้การรักษาเสริมภายหลังการผ่าตัด (Adjuvant treatment)

ระยะที่ 2 การรักษาหลักขึ้นอยู่กับสภาพของต่อมน้ำเหลือง (Nodule status) และภาวะการณมีปัจจัยที่ทำให้การดำเนินโรคไม่ตีร่วมด้วย จะให้การรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดโดยสิ้นเชิงชนิดตัดแปลงก่อนแล้วจึงพิจารณาว่าจะให้การรักษาร่วมเฉพาะที่หรือเฉพาะการรักษาทั่วทั้งระบบแล้วแต่กรณี

มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม (Advanced breast cancer)

ระยะที่ 3 ให้การรักษาเฉพาะที่ และการรักษาที่ระบบ

ระยะที่ 4 การรักษาที่ระบบเป็นการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วย แต่บางรายอาจจำเป็นต้องอาศัยการรักษาประคับประคองเฉพาะที่ (Local palliative treatment) ด้วยถ้ามีอาการ

จะเห็นได้ว่าการรักษามะเร็งเต้านมมีหลายวิธี ทั้งการรักษาโดยการผ่าตัด และการรักษาเสริมจากการผ่าตัด โดยแต่ละวิธีนั้นจะมีจุดมุ่งหมายของการรักษาอยู่ที่เต้านมและระบบการกระจายของมะเร็งไปยังน้ำเหลือง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะที่ 2 ภายหลังการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดโดยสิ้นเชิงชนิดตัดแปลงซึ่งพบประมาณร้อยละ 34 ดังนั้นการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดจึงเป็นวิธีการรักษาสำหรับผู้ป่วยในระยะนี้และเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่ามีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยเพิ่มระยะเวลาการมีชีวิตของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น

เคมีบำบัด

เป็นวิธีการรักษาซึ่งนำมาใช้ในกรณีที่มะเร็งอยู่ในระยะแพร่กระจาย นอกจากนี้แล้วยังใช้เป็นการรักษาเสริม (Adjuvant chemotherapy) ร่วมกับการผ่าตัด และอาจใช้เป็นยานำ (Neoadjuvant chemotherapy) ก่อนการผ่าตัดหรือก่อนการฉายแสง การให้ยาเคมีบำบัดปัจจุบัน นิยมนำยาเดี่ยวจากหลายกลุ่มมาใช้ร่วมกัน (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536) การเลือกใช้ยาเคมีบำบัดกลุ่มใดนั้นจะพิจารณาจากชนิดของมะเร็งและระยะของมะเร็ง โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวเร็วด้วย ได้แก่ เซลล์ในไขกระดูก เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร เซลล์รากผม เป็นต้น โดยทั่วไปจะเลือกใช้ที่มีผลต่อเซลล์ปกติน้อยที่สุด และใช้ยาที่มีคุณสมบัติเสริมฤทธิ์กัน และมีอาการข้างเคียงที่แตกต่างกัน (Brunner & Suddart, 1992) การรักษาด้วยเคมีบำบัดหลายตัวร่วมกันจะช่วยลดการเกิดอาการข้างเคียงไม่ให้อาการรุนแรงเกินไป ทำให้ผู้ป่วยทนต่ออาการข้างเคียงได้ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา และเป้าหมายในการออกฤทธิ์ของยาจะอยู่ที่เซลล์มะเร็งชนิดที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ และตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดมากที่สุด (Lewis & Collier, 1992) ชนิดของเคมีบำบัดแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาออกเป็น 7 กลุ่ม ดังนี้ (Groenwald, Frogge, Goodman & Yarbro, 1992)

1. กลุ่มสารอัลคิลเลท (Alkylating agents)
2. กลุ่มไนโตรซอเรีย (Nitrosoureas)
3. กลุ่มยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษามะเร็ง (Antitumor antibiotics)
4. กลุ่มยาที่ต่อต้านการเผาผลาญสารอาหาร (Antimetabolite)
5. กลุ่มอัลคาลอยด์พืช (Plant alkaloids)
6. กลุ่มฮอร์โมน (Hormones)
7. กลุ่มเบ็ดเตล็ด (Miscellaneous agents)

การรักษามะเร็งเต้านมด้วยเคมีบำบัดโดยใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน จะให้ผลการรักษาดีกว่าการใช้เคมีบำบัดเพียงชนิดเดียว และทำให้ฤทธิ์ข้างเคียงของยาแต่ละตัวลดลง สูตรของเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีหลายสูตร แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะสูตรเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่มากที่สุด ซึ่งเกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้คือ CMF regimen ซึ่งประกอบไปด้วยเคมีบำบัด ชนิด ได้แก่ ซัยโคลฟอสฟาไมด์ (Cyclophosphamide) เมทโรเทริกเซท (Methotrexate) และ ไฟว์-ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil หรือ 5-FU) โดยคุณสมบัติและผลข้างเคียงของยาทั้ง 3 ชนิดมีดังต่อไปนี้ (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; Black & matassarini – Jacobs, 1992; Burke, Wikes, Berg, Bean & Ingwersen, 1991; Groenwald, Frogge, Goodman & Yarbro, 1992; Seger & Woodcock, 1995)

1. ซัยโคลฟอสฟาไมด์ (Cyclophosphamide) หรือ เอ็นดอกแซน (Endoxan) เป็นยาที่ใช้บ่อยมีทั้งในรูปยารับประทานชนิดเม็ดและยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และยาที่ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้อยู่ในรูปยารับประทานชนิดเม็ด ขนาดของยาที่ใช้ 100 มก./ม.² รับประทานวันละ 3 เวลา ติดต่อกัน 14 วัน และหยุดรับประทานยา 14 วัน แล้วจึงเริ่มให้ยาซ้ำในชุดใหม่ ก่อนให้ยาแต่ละครั้งจะต้องตรวจดูเม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือด โดยเม็ดเลือดขาวจะต้องมากกว่า 3,000/ม.³ และเกร็ดเลือดจะต้องมากกว่า 100,000/มม.³ จึงจะสามารถให้ยาได้

กลไกการออกฤทธิ์ เป็นยาอยู่ในกลุ่มอัลคิลเลท (Alkylating agents) ซึ่งมีฤทธิ์ต่อวงจรชีพของเซลล์ไม่จำเพาะ (Cell cycle non-specific : CCNS) แต่จะมีผลต่อเซลล์ในระยะเจริญเติบโตมากกว่าเซลล์ในระยะพัก โดยออกฤทธิ์รบกวนการแบ่งตัวของเซลล์โดยทำปฏิกิริยาจับกับ ดีเอ็นเอ (DNA) ทำให้เกิดความผิดปกติในการไขว่กันสาย ดีเอ็นเอ (Crosslink of DNA strands) ทำให้ ดีเอ็นเอ 2 สายถูกรั้งให้ติดกันโดยถาวรไม่สามารถแยกจากกันได้ จึงไม่เกิดการสร้าง ดีเอ็นเอ ขึ้นมาใหม่ และทำให้รูปร่างและหน้าที่ของ ดีเอ็นเอ เปลี่ยนแปลงไปด้วย และยาออกฤทธิ์โดยเอากลุ่มอัลคิล (Alkyl group) ไปแทนที่ไฮโดรเจนอะตอมใน ดีเอ็นเอ ทำให้รบกวนต่อกระบวนการถอดแบบ ดีเอ็นเอ (DNA replication) มีผลทำให้การสร้างโปรตีนเสียไปมีการตายของเซลล์ในระยะต่อมา

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา

1.2 ผลต่อระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการข้างเคียงที่สำคัญที่พบได้เสมอในผู้ป่วยแทบทุกราย กลไกการเกิดยังไม่เป็นที่เข้าใจชัดเจน เชื่อว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเคมีบำบัดไปกระตุ้นเคโมรีเซพเตอร์ ทริกเกอร์โซน (Chemoreceptor trigger zone: CTZ) แล้วส่งกระแสประสาทต่อไปยังศูนย์ควบคุมการอาเจียน (Vomiting center) (Fressele, 1996; Hogan, 1990) นอกจากนี้ยังพบอาการเบื่ออาหารเนื่องจากเคมีบำบัดมีผลทำให้การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลง ความอยากอาหารลดลง อาการนี้จะเกิดขึ้นชั่วคราว และหายไปภายใน 2 ถึง 6 สัปดาห์ หลังได้รับเคมีบำบัด

1.3 ผลต่อผิวหนัง ผม และเล็บ เคมีบำบัดจะทำให้ผิวดำคล้ำ โดยเฉพาะบริเวณขาหนีบเอว และรักแร้ ผิวน้ำมีความไวต่อแสงแดดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อรากผม และขน ทำให้หลุดร่วงได้ง่าย ซึ่งจะมีอาการตั้งแต่ผมร่วงเล็กน้อยจนถึงศีรษะล้าน แต่อาการจะเกิดขึ้นชั่วคราวและผมจะงอกใหม่ ภายใน 1 เดือนหลังจากหยุดยาแล้ว และทำให้เล็บมีรอยดำตามระยะเวลาการให้ยา

1.4 ผลต่อไขกระดูก เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือดจะลดลงภายหลังได้รับการเคมีบำบัด วันที่ 10 ถึง 14 และจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนเป็นปกติภายในวันที่ 21 ถึง 28 หลังการรักษา

1.5 ผลต่อไต และกระเพาะปัสสาวะ อาจเกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ปัสสาวะอาจมีสีแดงจางหรือเป็นเลือดได้

2. เมทโทเทร็กซ์เซท (Methotrexate) เป็นยาที่ใช้รักษามะเร็งได้หลายชนิดอาจใช้ร่วมกับยาอื่นในการรักษามะเร็งเต้านมชนิดที่แพร่กระจายหรือกลับเป็นซ้ำ มีทั้งในรูปยารับประทานชนิดเม็ด ๆ ละ 2.5 มก. ให้ขนาด 2.5 ถึง 10 มก. ต่อวัน และชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ขนาดของยาที่ใช้ 40 มก./ม.²/วัน ให้ในวันที่ 1 และ 8 จะให้ยาซ้ำในชุดใหม่ทุก 28 วัน

กลไกการออกฤทธิ์ อยู่ในกลุ่มยาที่ต่อต้านการเผาผลาญอาหาร ซึ่งมีฤทธิ์เฉพาะต่อวงจรชีวิตของเซลล์ (Cell cycle phase – specific) มีฤทธิ์ระหว่างระยะเอส (S phas) ในวงจรชีวิตของเซลล์ โดยไปขัดขวางหรือยับยั้งการสร้างกรดนิวคลีอิก ทำให้เซลล์ไม่สามารถสร้างดีเอ็นเอ (DNA) อาร์เอ็นเอ (RNA) และโปรตีนบางชนิดได้

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา

2.1 ผลต่อระบบทางเดินอาหาร อาการที่พบบ่อย คือ การมีแผลในปาก มักเป็นอาการเริ่มแรกซึ่งจะเริ่มด้วยอาการแสบปาก มีแผลลักษณะเป็นฝ้าขาวจนถึงมีการหลุดลอกของเยื่อในช่องปาก ปวดตามริมฝีปาก เหงือก กระพุ้งแก้ม เพดานปาก หรือลิ้นไก่ เนื่องจากเคมีบำบัดมีผลต่อการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อช่องปาก ทำให้การสังเคราะห์ ดีเอ็นเอ สำหรับเซลล์ใหม่ลดลง เซลล์เก่าหลุดออกไปตามอายุไม่มีเซลล์ใหม่มาทดแทนเกิดเป็นแผลขึ้น อาการนี้จะเกิดขึ้นหลังได้เคมีบำบัด 5 ถึง 7 วัน อาการจะดีขึ้นถ้าได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง และยาหมุดฤทธิ์ หากไม่ได้รับการดูแลมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในช่องปาก ปวดแสบปวดร้อนในปาก และรับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากเยื่อช่องปากมีความไวต่อความร้อน และความเย็นของอาหาร และอาจเกิดแผลในระบบย่อยอาหารทำให้มีอาการปวดท้อง อาเจียน หรือเกิดอาการท้องเสียได้ เนื่องจากเคมีบำบัดระคายเคืองต่อเยื่อทางเดินอาหาร ทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารลดลงจึงทำให้เกิดอาการท้องเสียนอกจากนี้อาจเกิดจากความวิตกกังวลหรือความเครียดซึ่งอาการจะเป็นอยู่ชั่วคราว และจะดีขึ้นเมื่อหมดฤทธิ์ของยา หรือเมื่อเซลล์เยื่อทางเดินอาหารเจริญขึ้นมาทดแทน

2.2 ผลต่อผิวหนัง มีอาการตั้งแต่ผื่นแดงไปจนถึงผิวหนังหลุดลอกคล้ายถูกไฟไหม้

2.3 ผลต่อไขกระดูก มีผลกดไขกระดูกทำให้เม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือดต่ำได้ จะเกิดในช่วง 5 ถึง 14 วันหลังจากได้รับยา ซึ่งจะทำให้มีภาวะเลือดออกได้ง่าย ซีด และมีไข้ ไขกระดูกจะมีเซลล์น้อยลงและเป็น megaloblasts เป็นส่วนใหญ่ ผลข้างเคียงจะรุนแรงมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยรายนั้นมีภาวะไตเสื่อมร่วมด้วย

2.4 ผลต่อไต เกิดการบาดเจ็บที่ท่อไต (Renal tubular injury) ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยสาเหตุจากการได้รับเมทโทเทร็กซ์เซทในขนาดสูงทำให้เกิดการตกตะกอนของยาในท่อไต ผลที่ตามมาทำให้มีการเพิ่มของ blood urea nitrogen (BUN) creatine (CR) และมีการลดของปริมาณปัสสาวะ

2.5 ผลต่อดัชนี พบได้ทั้งแบบเฉียบพลัน และเรื้อรังในระหว่างการรักษาด้วยเมทโรเทริกเซท ขนาดสูง พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของเอนไซม์จากตับ และจะลดลงมาปกติในระยะเวลาภายใน 1 สัปดาห์ และการใช้เมทโรเทริกเซทเป็นเวลานาน พบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจะเกิด hepatic fibrosis และจะมีอาการตับแข็งตามมา

2.6 ผลต่อระบบประสาท ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดเมทโรเทริกเซท เข้าช่องไขสันหลังจะมีอาการอ่อนแรงของแขนขา อาจมีการชักและหมดสติ ส่วนใหญ่จะเกิดอาการ หลังได้รับยาไปแล้วประมาณ 3 ถึง 4 ครั้ง

3. ไพร์-ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil หรือ 5-FU) ใช้ในการรักษามะเร็งหลายชนิด สามารถให้โดยการรับประทาน ฉีดเข้าหลอดเลือดแดง หลอดเลือดดำ และฉีดเข้าช่องท้อง ทางที่นิยมที่สุดคือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ขนาดของยาที่ให้ 600 มก./ม.²/วัน ให้ในวันที่ 1 และ 8 และจะให้ยาซ้ำในชุดใหม่ทุก 28 วัน

กลไกการออกฤทธิ์ อยู่ในกลุ่มยาที่ต่อต้านการเผาผลาญสารอาหาร ซึ่งมีฤทธิ์เฉพาะต่อ วงจรซีพของเซลล์ มีฤทธิ์ระหว่างระยะเอสในวงจรซีพของเซลล์ โดยเข้าไปเป็นนิวคลีโอไทด์ที่ผิดปกติ ใน อาร์เอ็นเอ และขัดขวางการสร้างธัยมิดิเลท (Thymidylate) ซึ่งเป็นนิวคลีโอไทด์ชนิดหนึ่งที่ได้ จากเมตาบอลิซึมของ 5-FU ผลการยับยั้งการสร้างสารนี้จึงเป็นการขัดขวางการสังเคราะห์ดีเอ็นเอ

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา

3.1 ผลต่อระบบทางเดินอาหาร อาการเริ่มแรกจะเกิดลิ้นอักเสบ (glossitis) มีแผลในปาก และท้องเดิน พบได้บ่อยในกรณีที่ยา 5 วันติดต่อกัน

3.2 ผลต่อไขกระดูก เนื่องจากยามีผลต่อเนื้อเยื่อที่แบ่งตัวอย่างรวดเร็ว จึงมีผลต่อไข กระดูก ทำให้มีการลดลงของเม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือดภายในเวลา 4 ถึง 7 วัน และจะกลับมา เป็นปกติภายใน 2 สัปดาห์หลังหยุดยา

3.3 ผลต่อระบบประสาท พบได้ไม่บ่อย ผู้ป่วยอาจมีอาการซึม (somnolence) เดินช้า (ataxia) และมีอาการอ่อนแรงของแขนและขา

3.4 อาจทำให้มีอาการเจ็บหน้าอก มีการเพิ่มขึ้นของ cardiac enzymes มีอาการ เหมือนกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเฉียบแบบเฉียบพลัน (acute myocardial ischemia) ซึ่งไม่สามารถอธิบายกลไกการเกิดนี้ได้จะพบอาการนี้ได้กรณีให้ 5-FU ขนาดสูงหยุดเข้าหลอดเลือดดำติดต่อกันเป็นเวลา 4-5 วัน

ในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดทั้ง 3 ชนิดร่วมกัน จะก่อให้เกิดอาการข้างเคียงมากมายจาก ประสบการณ์การทำงานและการสอบถามผู้ป่วยกลุ่มนี้ พอสรุปอาการข้างเคียงในสถานการณ์จริง ได้ว่า การได้รับเคมีบำบัดมักทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ ท้องเสีย ผอม ร่วง ผิวหนังมีสีคล้ำขึ้น และจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ทำให้มีการลดลงของปริมาณ

เม็ดเลือดขาว และเกร็ดเลือด โดยอาการข้างเคียงจะมากขึ้นเพียงใดขึ้นกับขนาดของยาที่ได้รับ และการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย และอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าการรักษาไม่ได้ผล อาการของโรคเลวลง นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งผลกระทบจากการรักษาในด้านต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับนั้น จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงที่พบมากคือ ความวิตกกังวลทำให้เกิดความเครียดได้

การฉายรังสี

ในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ขนาด และระยะของโรค เป็นต้น (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544) ซึ่งการรักษาด้วยวิธีการฉายรังสีนี้จะฉายโดยเครื่องโคบอลต์ หรือเครื่องเร่งอนุภาค (linear accelerator) โดยมักให้มีระยะห่างจากตัวผู้ป่วยประมาณ 80-100 เซนติเมตร โดยใช้รังสีเอกซเรย์ แกมมาเรย์ และอิเล็กตรอน (วิชาญ หล่อวิทยา, 2544) จะฉายให้กับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมในปริมาณโดยรวม 4500-5000 cGy (centigray) โดยให้ครั้งละ 180-200 cGy เป็นระยะเวลา 20-25 ครั้งติดต่อกัน (Crane, 1994; Hamolsky & Facione, 2000) ทางโรงพยาบาลมหาสารคามเชียงใหม่ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลในครั้งนี้ได้ใช้ปริมาณรังสี 200 cGy ต่อครั้ง เป็นระยะเวลา 25 ครั้งติดต่อกัน ซึ่งผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะแรก ๆ คือ ผิวหนังบริเวณที่ถูกรังสีจะบวม แดง ปวดแสบปวดร้อน ต่อมาสีผิวจะคล้ำลง เนื้อเยื่ออ่อน ๆ บริเวณนั้นจะตาย (ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, 2544) มีอาการกลืนลำบาก (กนกนุช ขึ้นเลิศสกุล, 2541; Bedell, 2000) และรู้สึกอ่อนเพลีย (Smeltzer & Bare, 2000)

กรณีที่ได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาแล้วส่งผลกระทบต่อไขกระดูกจำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาโดยการปลูกถ่ายไขกระดูก (bone marrow transplantation) (Smeltzer & Bare, 2000)

แนวทางการติดตามผลภายหลังการรักษามะเร็งเต้านมทางคลินิก (National Cancer Institute, อ้างใน กนกนุช ขึ้นเลิศสกุล, 2541) ประกอบด้วย

1. ถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุก 3 เดือน เป็นระยะเวลา 1 ปี และเปลี่ยนเป็นทุก 6 เดือนในช่วงปีที่ 2 หลังจากนั้นเปลี่ยนเป็นการถ่ายภาพรังสีทรวงอกปีละครั้งทุกปี
2. ตรวจเลือดทุก 3 เดือน เป็นระยะเวลา 1 ปี และเปลี่ยนเป็นทุก 6 เดือนในช่วงปีที่ 2 หลังจากนั้นเปลี่ยนเป็นการตรวจเลือดปีละครั้งทุกปี
3. ตรวจแมมโมแกรมทุกปี ปีละครั้ง

การได้รับการรักษาแต่ละวิธีล้วนส่งผลให้สตรีที่เป็นมะเร็งเกิดการเปลี่ยนแปลงมากมาย เริ่มตั้งแต่การได้รับการวินิจฉัย การรักษา และภายหลังการรักษา นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวสตรีเองยังส่งผลถึงครอบครัว และสังคมได้

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อสตรีเป็นมะเร็งเต้านม

สตรีเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แตกต่างกันตามความเชื่อ ทศนคติ วัฒนธรรม สังคม ประสบการณ์เดิม ลักษณะส่วนบุคคล ฯลฯ สตรีที่เคยมีประสบการณ์ การรับรู้ความหมายตามที่บุคคลทั่วไปเข้าใจว่า "มะเร็ง" คือ ความตาย สตรีกลุ่มนี้จะเกิดความรู้สึกทางลบ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) ดังเช่นการศึกษาของ จารุวรรณ กฤตย์ประชา (2538) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งเต้านมในด้านลบ คิดว่า "มะเร็ง" คือ โรคร้ายแรง รักษาไม่หาย นำไปสู่ความตาย หรือในบางการศึกษาพบว่า ภายหลังจากสตรีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม สตรีจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลคิดว่าเป็นเหตุการณ์ที่วิกฤตในชีวิตกลัวการสูญเสียเต้านมที่แสดงถึงความเป็นผู้หญิง (Crane, 1994)

สตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมิได้มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินของโรคเพียงประการเดียว แต่ยังคงมีการเปลี่ยนแปลงจากการรักษาที่ได้รับอีกด้วย (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) ซึ่งการรักษาที่จำเป็นสำหรับสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมนั้นมีหลายวิธี ดังนี้ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การฉายรังสี ฮอริโมนบำบัด และการปลูกถ่ายไขกระดูก (สมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; Smeltzer & Bare, 2000) การรักษาแต่ละวิธีล้วนทำให้สตรีเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว ดังที่จะกล่าวต่อไป

ด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเป็นมะเร็งเต้านมนั้นอาการแสดงออกทางร่างกายอาจมีอาการเจ็บปวด รูปร่างเต้านมมีการเปลี่ยนแปลง บางรายอาจมีอาการอักเสบบริเวณผิวหนังของเต้านม (ห้องสิน ตระกูลทิวกกร, 2540) จากการรักษามะเร็งเต้านม เช่น การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงออก ส่งผลให้รูปร่างเต้านมเปลี่ยนแปลง สตรีอาจสูญเสียเต้านม หรือผิวหนังบางส่วน รวมทั้งหลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง เส้นประสาทบางส่วน ถูกเลาะหรือตัดขาด ทำให้เกิดอาการดิ่งรัง ปวด บวมหรือมีอาการชา (Johnson, 1994; Wyatt & Friedman 1998) อาการต่าง ๆ นี้จะเริ่มดีขึ้นเมื่อสตรีเริ่มมีการเคลื่อนไหวออกกำลังกายแขนข้างที่ได้รับการผ่าตัดในระยะเวลา 2 วัน ถึง 6 เดือน (Crane, 1994) การให้เคมีบำบัด ทำให้เกิดอาการข้างเคียงซึ่งความรุนแรงขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด ความถี่ ระยะเวลาที่ได้รับยา และความทนของตัวสตรี โดยอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีแผลในปาก แผลในกระเพาะอาหาร ท้องเสีย ผม และขนร่วง ผิวและเล็บมีสีคล้ำขึ้น อ่อนเพลีย ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง เลือดออกง่าย ซีด มีไข้ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ปัสสาวะเป็นเลือด อาการร้อนวูบวาบ และประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดชั่วคราว (สมิตรา ทองประเสริฐ, 2536; Almadrones, 2000; Chapman & Goodman, 1997; Smeltzer & Bare, 2000) ซึ่งสตรีจะได้รับความทุกข์ทรมานมาก (Bedell, 2000) อาการต่าง ๆ จะเริ่มดีขึ้นเมื่อได้รับเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง อาการเหล่านี้จะดีขึ้นภายหลังได้รับเคมีบำบัดครบ 1-2 วัน (Potter &

Schafer, 1999) และผมจะเริ่มขึ้นหลังจากได้รับเคมีบำบัดครบ 2-3 เดือน (Burke, 1996) เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการฉายรังสี ในระยะแรก ๆ คือ ผิวหนังบริเวณที่ถูกรังสีจะบวมแดง ต่อมาสีผิวจะคล้ำลงจะเป็นสีดำ แห้ง ปวดแสบปวดร้อน กลืนลำบาก และไอ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541; Bedell, 2000) และสตรีส่วนมากจะรู้สึกอ่อนเพลีย (Smeltzer & Bare, 2000) อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการฉายรังสีนั้น จะดีขึ้นภายในระยะเวลา ประมาณ 1-3 สัปดาห์ หลังจากหยุดฉายรังสี (O'Rourke & Robinson, as cited in Hamolsky & Facione, 1999)

ด้านจิตใจและอารมณ์ สตรีอาจรู้สึกท้อแท้วิตกกังวล เริ่มตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งเต้านม สตรีบางรายจะนึกถึงความตาย โดยเฉพาะสตรีที่มีคนรู้จักเสียชีวิตจากการเป็นมะเร็ง เต้านม สตรีส่วนใหญ่จะมีความกลัวจากสาเหตุต่าง ๆ กัน เช่น กลัวรักษาไม่หาย กลัวทรมาน กลัว เสียค่าใช้จ่ายมาก กลัวการพลัดพรากจากบุคคลที่รัก หรือกลัวสังคมรังเกียจ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541; LeMone & Burke, 2000) กลัวการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง เป็นต้น สตรีที่มีประวัติเป็นมะเร็ง เต้านมข้างหนึ่งมาแล้วมีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมอีกข้างที่เหลือเพิ่มขึ้น 1 เปอร์เซ็นต์ทุกปี (Carpenter, 1993; Wong & Bramwell, 1992) นอกจากนี้ยังอาจรู้สึกสับสน ขาดสติ อยากหนี หนีไปจากความ เป็นอยู่ปัจจุบัน (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541; LeMone & Burke, 2000) เมื่อสตรี เข้ารับการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงหรืออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับร่างกายจะส่ง ผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ด้วย โดยการผ่าตัดจะส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ความเป็นผู้หญิงเป็นมลทินทำให้ความรู้สึกของการเป็นหญิงและมารดาลดลง (ศิริอร สินธุ, 2542) ขาดความมั่นใจในตนเอง ต่ำหนิตนเองว่าไร้ค่า (ปัทมา คุปตจิต, 2537) รู้สึกท้อแท้ ไม่อยากออกไป พบหน้าใครเพราะผลข้างเคียงจากการรักษา หมดหวัง ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นภาระต่อครอบครัวและ สังคม (Glajchen, 1999) การรักษาด้วยเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีผลข้างเคียงเกิดขึ้นทำให้สตรีบางราย รู้สึกฝืนร้ายทุกครั้งที่ต้องมารับเคมีบำบัด ซึ่งอาจนำไปสู่การยุติการรักษาจะยิ่งส่งผลกระทบต่อสตรี มากยิ่งขึ้น ส่วนการรักษาด้วยวิธีฉายรังสี สตรีส่วนมากมักกลัวและหลบหนีการรักษา เพราะได้รับ ข้อมูลด้านลบเกี่ยวกับการฉายรังสี (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยวิธี ดังกล่าวทำให้เกิดผลด้านบวกได้เช่นกัน เช่น มีความรู้สึกดีที่ได้ตัดเต้านมออกเมื่อเทียบกับก่อน ผ่าตัดเพราะในสตรีกลุ่มนี้รู้สึกว่า การเป็นมะเร็ง คือ การมีมลทิน ดังนั้นเมื่อได้รับการผ่าตัดมะเร็ง ออกแล้วความรู้สึกว่ามีมลทินจึงลดลง (Redby et al., อ้างใน ศิริอร สินธุ, 2542) มีกำลังใจที่จะ ต่อสู้และดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงและลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ของมะเร็ง (Feather & Wainstock, 1989) เพราะรู้สึกว่าเนื้อร้ายได้ถูกตัดออกไปแล้วไม่อยากให้ เกิดขึ้นอีก จากการศึกษาของจากรูวรรณ กฤตย์ประชา (2538) พบว่า เมื่อรับการรักษาได้ระยะหนึ่ง สตรีจะเกิดความรู้สึกมีความหวัง เพราะเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการ รักษาการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และเมื่อมารับการรักษาได้พบเห็นผู้ป่วยที่มี

อาการเหมือนกันยังสามารถมีสุขภาพดี ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จึงทำให้รู้สึกที่ไม่ใช่ตนเองผู้เดียวที่เป็นโรคนี ในสตรีกลุ่มที่ได้รับการฉายรังสี จะรู้สึกดีขึ้นเพราะแผลที่หน้าอกแห้งดี ในสตรีที่ได้รับเคมีบำบัดจะรู้สึกว่าก่อนเนื้อร้ายนั้นยุบลงไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวด (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541)

ในส่วนของ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัว สตรีจะรู้สึกว่าตนเป็นภาระของบุคคลในครอบครัว หากสตรีมีส่วนร่วมในการหารายได้จนเจือครอบครัวด้วยก็ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลงและไม่เพียงพอกับค่ารักษาพยาบาล (วรวิทย์ คลอวุฒินันท์, 2525; Northouse, 1989) ในสตรีที่เป็นโรคเมื่อต้องผ่าตัดเต้านมในขณะอายุยังไม่มาก อาจทำให้เสียโอกาสในการมีครอบครัว เนื่องจากเต้านมเป็นอวัยวะหนึ่งที่เป็นสัญลักษณ์ทางเพศของผู้หญิง เต้านมถือเป็นอวัยวะที่ดึงดูดเพศตรงข้าม เป็นจุดตอบสนองและกระตุ้นการมีเพศสัมพันธ์ (Wong & Bramwell, 1992) ปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้เกิดขึ้นกับสตรีที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมเพียงวิธีเดียว แต่จะเกิดกับสตรีที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่นกัน (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541) นอกจากนี้สภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดไม่ใช่ต่อสตรีเท่านั้นยังส่งผลต่อสามีและผู้ใกล้ชิดอีกด้วย (Northouse, 1989) จากการศึกษาของอาร์มชเดนส์และเลวิส (Armsden & Lawis, 1994) พบว่า ผลกระทบจากมารดาที่เป็นมะเร็งที่มีบุตรในวัยเรียนจะทำให้บุตรมีความนับถือในตนเองต่ำกว่าบุตรสาวที่มารดาไม่เป็นมะเร็งเต้านม เพราะจะถูกเพื่อนล้อเลียนว่ามารดาตนเองถูกตัดเต้านม

ในด้านสังคม สำหรับสตรีที่ได้รับบทบาทสำคัญในสังคม เช่น เป็นผู้ใหญ่บ้าน กำนัน เป็นต้น การเป็นมะเร็งเต้านมทำให้ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาลไม่ว่าวิธีการรักษาใด ๆ เป็นเวลานานหรือบ่อยครั้ง อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานในสังคมได้ ทำให้เกิดความล่าช้าเพราะขาดผู้ดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม ผลกระทบที่เกิดกับสตรีนั้นไม่เพียงแต่ส่งผลด้านลบเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีผลทางบวกได้เช่นกัน เช่น สมาชิกในครอบครัวอาจมีความรักใคร่ปรองดองมากขึ้น ความเป็นห่วงสุขภาพสตรี สนใจ และต้องการทราบข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ เพื่อให้การดูแลสตรีในขณะที่ปฏิบัติตัวอยู่ที่บ้าน เป็นต้น (Cohen, Kahn, & Steeves, 1998; Johnson, 1994) ในกรณีที่สตรีได้รับการผ่าตัดเต้านมมีการรวมกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น มีประโยชน์ต่อสตรีผู้อื่นที่มีภาวะเช่นเดียวกัน เช่น มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้กำลังใจหรือมีกิจกรรมช่วยเหลือสังคมหรือขอความช่วยเหลือจากสังคมเพื่อกลุ่มของตน เป็นต้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทั้งสตรี และสังคม (Rice & Szopa, 1988) หรือมีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองในสตรีหลังผ่าตัดเต้านมที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (บุญชื่น อิมมาก, 2537) เหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้น ในด้านร่างกาย และจิตใจนับเป็นแรงกดดันภายใน ส่วนผลการเจ็บป่วยต่อครอบครัว หน้าที่การงาน เป็นแรงกดดันภายนอก ซึ่งแรงกดดันเหล่านี้จะทำให้สตรีเกิดความเครียด

แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสาร

การสื่อสารมีลักษณะเป็นกระบวนการ เป็นกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงต่อเนื่องจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่ง และดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ ตลอดเวลา ไม่มีการหยุดนิ่ง ไม่มีจุดเริ่มต้นและจุดสุดท้ายอย่างแท้จริง และไม่สามารถจะกระทำซ้ำเดิมได้ หรืออาจกล่าวได้ว่า การสื่อสารเป็นกระบวนการที่เคลื่อนไปข้างหน้าเท่านั้น ย้อนกลับมาเหมือนเดิมอีกไม่ได้ หรือจะแก้ไขให้ผิดไปจากเดิมก็ไม่ได้

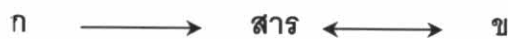
ซึ่งในกระบวนการการสื่อสารนั้นมีกระบวนการย่อยหลายกระบวนการคือ

กระบวนการคิดและการใช้ภาษา เป็นกระบวนการการใช้สมองของมนุษย์ในการสร้างมโนภาพใหม่ ๆ ทำให้เกิดระบบการรับรู้ และมีการเลือกใช้ถ้อยคำ ภาษาให้เหมาะสมกับมโนภาพนั้น

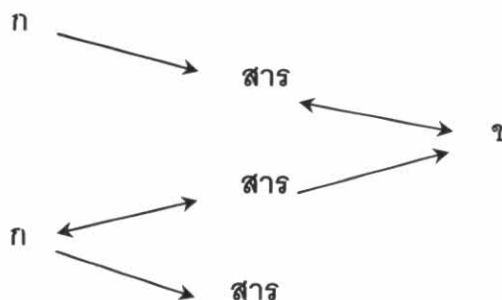
กระบวนการส่ง รับ แลกเปลี่ยนสารเพื่อความเข้าใจร่วมกัน โดยจุดเริ่มต้นระดับเล็กที่สุดคือ การสื่อสารระหว่างบุคคล 2 คน เป็นการส่งสารจากบุคคลคนหนึ่งไปยังบุคคลอีกคนหนึ่ง ดังรูป



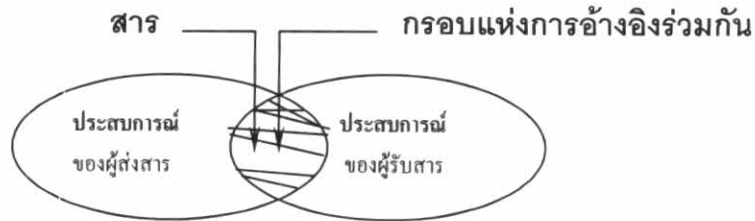
เมื่อ ก ส่งสารก็มีการใส่รหัสในรูปของสัญลักษณ์ต่าง ๆ เมื่อ ข รับสารก็มีการถอดรหัสและตีความ เพื่อรับรู้ความหมายของ ก ดังรูป



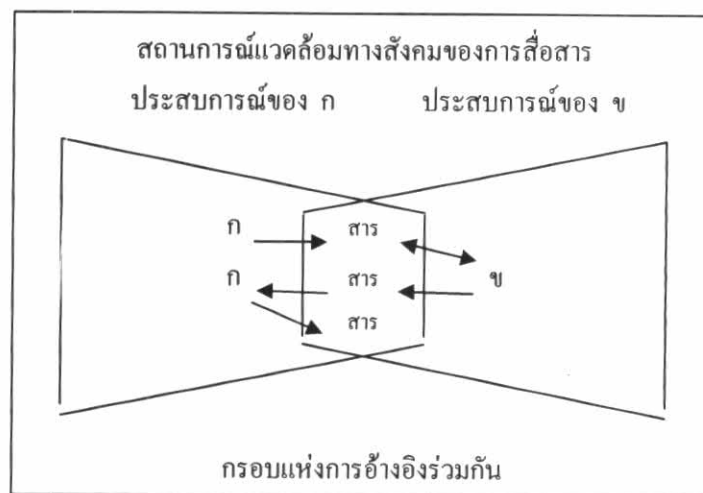
และระหว่าง ก กับ ข ก็มีการโต้ตอบระหว่างกัน เป็นปฏิกริยาป้อนกลับซึ่งกันและกัน ดังรูป



ซึ่งการตีความและให้ความหมายแก่สารจะตรงกันมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับกรอบอ้างอิง (Frame of Reference) อันหมายถึง ประสบการณ์ที่บุคคลเคยมีในอดีต ถ้าบุคคลมีกรอบอ้างอิงคล้ายกัน การตีความและให้ความหมายก็จะเหมือนกันและคล้ายกัน เกิดความเข้าใจกัน ดังรูป



นอกจากกรอบอ้างอิงแล้ว สถานการณ์แวดล้อมทางสังคมของการสื่อสารก็ยังมี ความสำคัญต่อการสื่อสารอย่างมากในการเป็นตัวกำหนดเงื่อนไขและสภาพของการสื่อสารในแต่ละครั้งดังรูป(ระวีวรรณ ประกอบผล,2529)



แบบจำลองการสื่อสาร

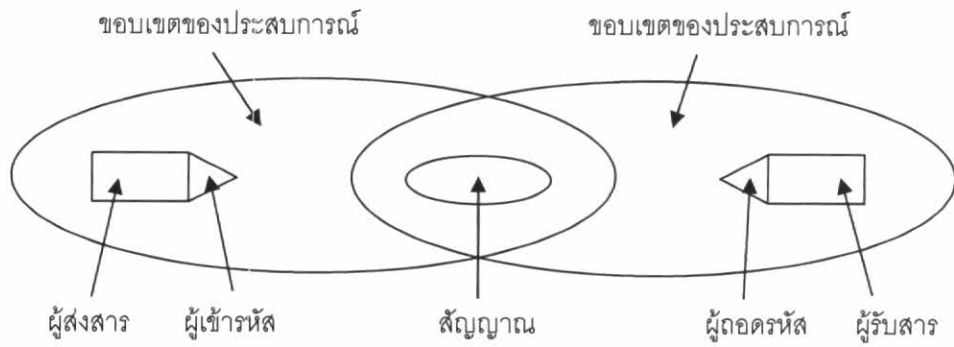
วิธีการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจกระบวนการสื่อสารที่นิยมใช้คือ การศึกษาแบบจำลองของการสื่อสาร แบบจำลองการสื่อสารเป็นตัวแทนที่แสดงถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงขององค์ประกอบต่างๆ ในการสื่อสารของมนุษย์ แสดงให้เห็นถึงหน้าที่และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ที่มีต่อกัน แบบจำลองนี้อาจถือได้ว่าเป็นการแสดงออกถึงความพยายามที่จะค้นหาเพื่อพัฒนาและจัดระเบียบการศึกษาว่าด้วยการสื่อสารที่จะต้องมีลักษณะเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (เดนิส แมคเคเวล และสเวน วินดาหุล, 2528) ในที่นี้จะขอยกแบบจำลองเพียง 2 แบบ ซึ่งเป็นแบบจำลองพื้นฐานที่จะนำไปวิเคราะห์การศึกษาในครั้งต่อไป

แบบจำลองของชแรมม์ (The Schramm Model)

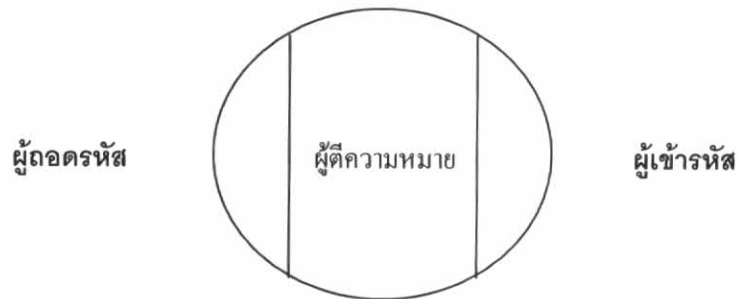
1. เป็นแบบจำลองที่อธิบายการสื่อสารระหว่างบุคคล ผู้ส่งสารและผู้เข้ารหัสสามารถเป็นคนคนเดียวกันได้ ในขณะที่ผู้ถอดรหัสและผู้รับสารก็สามารถเป็นคนคนเดียวกันได้เช่นกัน และสัญญาณคือภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร



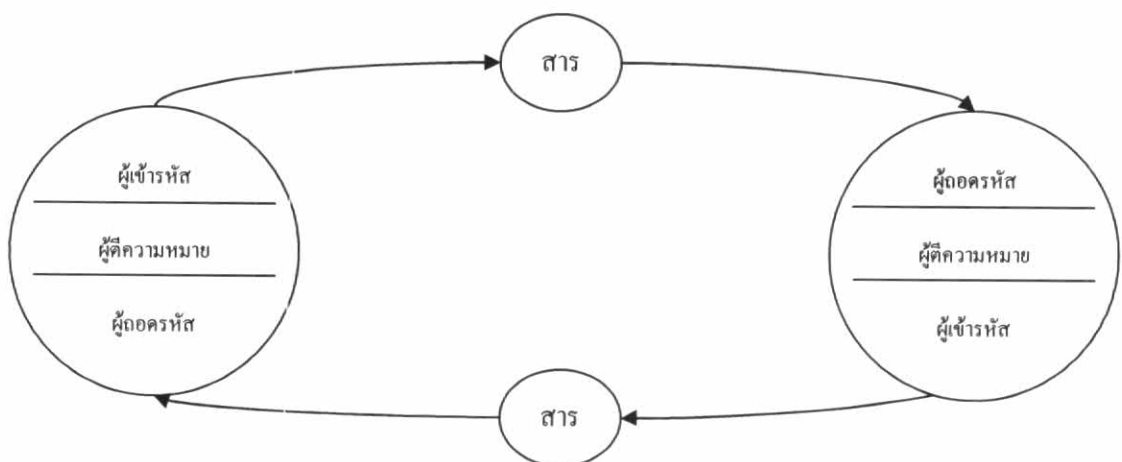
2. เป็นแบบจำลองที่อธิบายการสื่อสารระหว่างบุคคล ที่ผู้ส่งสารจะสามารถเข้ารหัสเพื่อส่งสารได้เท่าที่ประสบการณ์ที่ตนพึงมีเท่านั้น ในทำนองเดียวกันผู้รับสารก็สามารถถอดรหัสเพื่อทำความเข้าใจกับสารได้เท่าที่ประสบการณ์ที่ตนเองมีเท่านั้น ในทำนองเดียวกันผู้รับสารก็สามารถถอดรหัสเพื่อทำความเข้าใจกับสารได้เท่าที่ประสบการณ์ที่ตนเองมีเท่านั้น ความเข้าใจกันระหว่าง ผู้ส่งสารและผู้รับสารขึ้นอยู่กับขอบเขตของประสบการณ์ร่วมกัน ถ้ายังมีมากก็สามารถเข้าใจกัน ได้มาก



3. เป็นแบบจำลองที่อธิบายการสื่อสารภายในบุคคล ซึ่งคนคนหนึ่งเป็นทั้งผู้เข้ารหัส ผู้ตีความหมาย และผู้ถอดรหัสในขณะเดียวกัน



4. เป็นแบบจำลองที่อธิบายการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีการโต้ตอบกลับ และมีสื่อในการส่งสาร เป็นแบบจำลองแบบสองทาง (Two – way communication) โดยมีการสื่อสารกลับเป็นตัวที่แสดงลักษณะของการสื่อสารทางที่สอง (ปรมะ สดเวทิน, 2540)



แบบจำลองของเบอร์โล (The Berlo Model)

เดวิด เค. เบอร์โล (David K. Berlo) ได้เขียนหนังสือชื่อ The Process of Communication เมื่อ ปี 1960 อธิบายถึงแบบจำลองกระบวนการสื่อสาร โดยกล่าวไว้ว่า ในกระบวนการสื่อสารนั้นมีองค์ประกอบอยู่ 6 ประการ คือ

1. ผู้ส่งสาร (Communication source)
2. ผู้เข้ารหัส (Encoder)
3. สาร (Message)
4. สื่อ (Channel)
5. ผู้ถอดรหัส (Decoder)
6. ผู้รับสาร (Communication receiver)

แต่อย่างไรก็ตามเบอร์โลเห็นว่าการสื่อสารระหว่างบุคคล 2 คนนั้น ผู้ส่งสารและผู้เข้ารหัสสามารถเป็นบุคคลคนเดียวกันได้รวมเรียกว่า ผู้ส่งสาร ในทำนองเดียวกัน ผู้รับสารและผู้ถอดรหัสก็สามารถเป็นบุคคลคนเดียวกันได้เช่นกันรวมเรียกว่า ผู้รับสาร ทำให้องค์ประกอบที่สำคัญในกระบวนการสื่อสารตามแนวคิดของเบอร์โลสรุปได้เป็น 4 องค์ประกอบ คือ ผู้ส่งสาร (Source) สาร (Message) สื่อ (Channel) และผู้รับสาร (Receiver) แบบจำลองกระบวนการสื่อสารของเบอร์โลเป็นที่รู้จักกันดีในนามของ SMCR Model ซึ่งย่อมาจาก Source Message Channel และ Receiver ซึ่งอาจเขียนเป็นแบบจำลองได้ดังนี้

S	M	C	R
ผู้ส่งสาร	สาร	สื่อ	ผู้รับสาร
ทักษะในการสื่อสาร	ส่วนประกอบ โครงสร้าง	การเห็น	ทักษะในการสื่อสาร
ทัศนคติ	เนื้อหา	การได้ยิน	ทัศนคติ
ความรู้	การจัดสรร	การสัมผัส	ความรู้
ระบบสังคม	รหัส	การได้กลิ่น	ระบบสังคม
วัฒนธรรม		การลิ้มรส	วัฒนธรรม

เบอร์โลว์ กล่าวว่าการที่การสื่อสารจะมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 4 ประการนี้ ว่ามีประสิทธิภาพเพียงใด ประสิทธิภาพขององค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้ (ปรมะ สดเวทิน, 2540)

1. ผู้ส่งสาร ปัจจัยของผู้ส่งสารประกอบด้วย ทักษะในการสื่อสาร (Communication skill) ทศนคติ (attitude) ความรู้ (knowledge) ระบบสังคม (social system) วัฒนธรรม (culture)
2. สาร ปัจจัยของสารประกอบด้วย รหัส (code) เนื้อหา (content) การจัดเสนอ (treatment) ซึ่งทั้ง รหัส เนื้อหา และการจัดเสนอ ประกอบด้วย ส่วนประกอบ (element) และโครงสร้าง (structure)
3. สื่อ เบอร์โลว์ กล่าวว่า สื่อมีความหมาย 3 ประการ คือ หมายถึง การเข้ารหัสและการถอดรหัส (mode of encoding and decoding) หรือหมายถึง สิ่งที่นำสาร (message vehicle) เช่น คลื่นแสง คลื่นเสียง วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น หรือหมายถึง ความถึง พาหนะของสิ่งที้นำสาร (vehicle – carrier) เช่น อากาศ ซึ่งในกระบวนการสื่อสารของมนุษย์ สื่อตามความหมายของเบอร์โลว์ คือ ช่องทางที่จะนำสารไปสู่ประสาทในการรู้สึก (sense mechanisms) หรือการถอดรหัสของผู้รับสาร อันได้แก่การเห็น (seeing) การได้ยิน (hearing) การสัมผัส (touching) การได้กลิ่น (smelling) และการลิ้มรส (tasting)
4. ผู้รับสาร ปัจจัยของผู้รับสารประกอบด้วย ทักษะในการสื่อสาร (Communication skill) ทศนคติ (attitude) ความรู้ (knowledge) ระบบสังคม (social system) วัฒนธรรม (culture)

องค์ประกอบของกระบวนการสื่อสาร

จากที่ได้กล่าวถึงแบบจำลองต่าง ๆ แล้วนั้น สิ่งที่เป็นจุดมุ่งหมายหลักของการสื่อสารคือ ความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการสื่อสารนั่นเอง โดยขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ขององค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบของการสื่อสาร คือ ผู้ส่งสาร สาร สื่อ และผู้รับสาร ดังนี้

1. ผู้ส่งสาร

ผู้ส่งสารคือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นผู้ริเริ่มหรือเริ่มต้นส่งสารไปให้อีกบุคคลหนึ่งจะโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม หรือเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ส่งสารผ่านช่องทางหนึ่งไปยังผู้รับสาร ฉะนั้น ผู้ส่งสารจึงมีบทบาทในการขึ้นนำว่าพฤติกรรมการสื่อสารภายในสถานการณ์หนึ่งๆ นั้นจะเป็นไปในรูปใดและมีผลอย่างไร หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ ผู้ส่งสารคือผู้กระตุ้น (Stimulus) ที่ทำให้เกิดการตอบสนอง (Response) จากผู้รับสาร (พัชนี เขยจรรยา และคณะ, 2538)

ปัจจัยของผู้ส่งสารประกอบด้วย

1.1 **ทักษะในการสื่อสาร** ซึ่งหมายความถึง ความสามารถ ความชำนาญในการสื่อสาร มีทักษะที่เกี่ยวข้องคือ การพูด การเขียน ซึ่งเป็นทักษะในการเข้ารหัสการฟัง การอ่าน ซึ่งเป็นทักษะในการถอดรหัส การใช้เหตุผลหรือความคิด ซึ่งเป็นทักษะในการทั้งเข้าและถอดรหัส รวมทั้งทักษะทางอวัจนภาษาต่างๆ เช่น ภาษาท่าทาง เป็นต้น

ทักษะต่างๆ นี้มีผลต่อผู้ส่งสาร คือ มีผลต่อความคิดที่จะสื่อสารให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ และความตั้งใจของผู้ส่งสาร และมีผลต่อความสามารถในการเข้ารหัส กล่าวคือ โดยทั่วไปสิ่งที่สำคัญต่อทักษะในการสื่อสารของผู้ส่งสารคือ ภาษา ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ การคิดของมนุษย์ ภาษามีส่วนกำหนดความคิดของมนุษย์ ว่ามนุษย์นั้นจะคิดเรื่องอะไร คิดอย่างไร และคิดหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับความสามารถทางด้านภาษา เมื่อผู้ส่งสารมีทักษะในการสื่อสารที่ดีก็สามารถใช้ภาษาในการเข้าใจรหัสได้ดี รู้จักเลือกใช้ภาษาได้ตรงตามสิ่งที่ตั้งใจ ถูกต้องชัดเจน ถอดรหัสได้ง่าย การสื่อสารก็มีประสิทธิภาพ

1.2 **ทัศนคติ** ซึ่งหมายถึง วิธีการที่บุคคลประเมินสิ่งต่างๆ โดยความโน้มเอียงของตนเองเพื่อให้เข้าถึงหรือหลีกเลี่ยงสิ่งนั้นๆ ทัศนคติของผู้ส่งสารมีหลายประการ ได้แก่ ทัศนคติต่อตนเองทัศนคติต่อหัวข้อการสื่อสาร ทัศนคติต่อผู้รับสาร

ทัศนคติต่อตนเอง คือการประเมินความเชื่อมั่นของตนเองว่ามีความสามารถในการสื่อสารมาก – น้อยเพียงใด ถ้าผู้ส่งสารยังมีความเชื่อมั่นมาก การสื่อสารนั้นก็ยังมีประสิทธิภาพ

ทัศนคติต่อหัวข้อการสื่อสาร คือการประเมินความมีคุณค่าของหัวข้อการสื่อสารนั้น ถ้าผู้ส่งสารยังเชื่อมั่นว่าหัวข้อในการสื่อสารนั้นมีคุณค่ามาก การสื่อสารนั้นก็ยังมีประสิทธิภาพ

ทัศนคติต่อผู้รับสาร คือการประเมินผู้รับสาร ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมในการสื่อสารของผู้ส่งสาร ต่อสาร และต่อปฏิกริยาของผู้รับสาร โดยเฉพาะการชักจูงใจ

1.3 **ความรู้** ผู้ที่ไม่มีความรู้ย่อมไม่สามารถที่จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจถูกต้องตรงกันได้และหากมีความรู้เกินไป ก็อาจเกิดข้อผิดพลาดได้เช่นกัน ความรู้สึกที่สำคัญของผู้ส่งสารคือความรู้ในเรื่องที่จะสื่อสาร ซึ่งก็เป็นสิ่งเสริมความมั่นใจในการสื่อสาร และความรู้เรื่องของกระบวนการสื่อสารคือรู้ถึงความสัมพันธ์และความสำคัญขององค์ประกอบต่างๆ ของการสื่อสาร

1.4 **ระบบสังคม** สังคมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมกรรมการสื่อสาร เพราะบุคคลขึ้นอยู่กับกลุ่มทางสังคม มีตำแหน่ง บทบาท หน้าที่ ตามกลุ่มที่สังกัดอยู่ และเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

1.5 **วัฒนธรรม** หมายถึง ขนบธรรมเนียม ค่านิยม ความเชื่อทางวัฒนธรรมในแต่ละสังคมซึ่งส่งผลต่อความคิด และพฤติกรรมกรรมการสื่อสาร วัฒนธรรมที่ต่างกันก็มีการสื่อสารต่างกันด้วย

2. สาร

สาร คือ ผลผลิตทางกายภาพที่เป็นจริงอันเกิดจากผลการเข้ารหัสของผู้ส่งสาร สารหมายรวมถึงถ้อยคำ เสียง การแสดงออกด้วยสีหน้า อากัปกิริยา ปัจจัยของสารประกอบด้วยรหัสสารเนื้อหาสาร การจัดเสนอสาร ซึ่งต้องมีทั้งส่วนประกอบ และโครงสร้าง

2.1 **รหัสสาร** คือกลุ่มของสัญลักษณ์ที่ถูกสร้างขึ้นอย่างมีความหมายแต่บุคคล ภาษาถือได้ว่าเป็นรหัสสาร โดยจะต้องมีส่วนประกอบคือคำศัพท์ และกระบวนการหรือโครงสร้างที่ทำให้เกิดความหมายจากคำศัพท์นั้นคือการสร้างความสัมพันธ์ เมื่อจะเข้ารหัสนั้น ผู้เข้ารหัสจะต้องตัดสินใจว่าจะใช้รหัสใด จะเลือกส่วนประกอบใด และจะเลือกสร้างความสัมพันธ์ด้วยวิธีการอย่างไรในการเข้ารหัส

2.2 **เนื้อหาสาร** เป็นสิ่งที่ผู้ส่งสารเลือกเพื่อแสดงถึงความคิด วัตถุประสงค์ และความตั้งใจ ในการสื่อสาร โดยมีเนื้อหาสาระเป็นส่วนประกอบ และจะต้องมีการจัดโครงสร้างของเนื้อหาสารนั้นเป็นประเด็นและเป็นลำดับเมื่อจะสื่อสาร

2.3 **การจัดเสนอสาร** ได้แก่ วิธีการที่ผู้ส่งสารเลือกและจัดเตรียมรหัสสารและเนื้อหาส่วนประกอบของการจัดเสนอสารก็คือ รหัสและเนื้อหาสาร โครงสร้างคือการเรียบเรียงรหัสและเนื้อหาสารให้เป็นไปตามที่ผู้ส่งสารต้องการ ซึ่งก็แล้วแต่ลีลาของแต่ละบุคคล รวมทั้งต้องคำนึงถึงผู้รับสารด้วย (Berlo, 1960)

สาร ก็คือภาษา คือระบบของสัญลักษณ์ ซึ่งสมาชิกของสังคมใช้ทางที่ค่อนข้างมาตรฐานเพื่อให้เกิดความหมายร่วมกัน ภาษาเกิดจากการติดต่อกับคนอื่น ๆ และเกิดจากการเรียนรู้ทางสังคม ภาษาประกอบด้วยความหมาย ซึ่งถูกแฝงอยู่ในรูปของสัญลักษณ์ที่ทำหน้าที่กระตุ้นและตัวกลางทำให้เกิดการตอบสนอง

เกร์ชและคณะ (Drech et al.) กล่าวว่าภาษามีหน้าที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. ภาษา คือ สื่อ หรือ พาหะเบื้องต้นสำหรับการสื่อสาร
2. ภาษาสะท้อนให้เห็นทั้งบุคลิกลักษณะส่วนบุคคลนั้นๆ ในทางกลับกัน ภาษาก็ช่วยกำหนดบุคลิกลักษณะส่วนบุคคลและวัฒนธรรมเช่นกัน
3. ภาษาทำให้ความเจริญก้าวหน้าของวัฒนธรรมและการถ่ายทอดวัฒนธรรมเกิดขึ้นได้ ทำให้สังคมคงอยู่ต่อไป ช่วยในการกำหนดหน้าที่ และควบคุมกลุ่มต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สารหรือภาษาแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. วจนสารหรือวจนภาษา คือ สารหรือภาษาที่แสดงออกในรูปของถ้อยคำ คำพูดหรือตัวอักษร ซึ่งได้แก่ ภาษาพูด ภาษาเขียน เป็นต้น
2. อวจนสารหรืออวจนภาษา คือ สารหรือภาษาที่ไม่ได้แสดงออกโดยใช้ถ้อยคำ คำพูดหรือตัวอักษรโดยตรง แต่แสดงออกทางอื่น ซึ่งสามารถสื่อความหมายบางอย่างได้เช่นกัน ได้แก่ ระยะเวลาห่างระหว่างบุคคล สายตา น้ำเสียง การแสดงออกทางสีหน้า กิริยาท่าทาง การสัมผัส และรูปลักษณ์ต่างๆ

อย่างไรก็ตาม ความหมายของสารเกิดจากการตีความหมายของผู้รับสาร ความหมายของสารจึงอยู่ที่การตีความของผู้รับสาร มิใช่อยู่ที่ตัวสารเอง ฉะนั้น ผู้ส่งสารอาจต้องการส่งสารที่มีความหมายหนึ่งไปให้กับผู้รับสาร แต่ผู้รับสารกลับตีความของสารนั้นไปอีกทางหนึ่งก็ได้ (พัชนี เขยจรรยา และคณะ, 2538)

3. สื่อ

สื่อเป็นพาหนะนำสารไปสู่ผู้รับสาร เป็นตัวเชื่อมระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร ผู้ส่งสารต้องเลือกใช้สื่อให้เหมาะสมกับความสามารถหรือทักษะของตนเองในการใช้สื่อ ความสามารถหรือทักษะของผู้รับสาร สาร และความสามารถของตัวสื่อ วิธีการรับสื่อของผู้รับสาร รวมทั้งข้อจำกัดของสื่อที่จะเลือกใช้ นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงว่ามีสื่ออะไรให้เลือกใช้บ้าง งบประมาณที่มี สื่อใด ที่ผู้รับสารชอบ ความคุ้นเคยในการใช้สื่อนั้น อิทธิผลของสื่อนั้น ความเหมาะสมของสื่อต่อวัตถุประสงค์ ต่อเนื้อหาสารด้วย (Berlo, 1960)

ราว (Rao) เน้นว่าช่องทางการสื่อสารมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. ช่องทางเป็นหน่วยพลังงานมวลสารประเภทหนึ่งเรียกว่า สื่อ
2. ช่องทางเป็นตัวนำส่งหน่วยพลังงานมวลสาร ซึ่งมีการจัดเป็นระเบียบแบบแผนที่เรียกว่า สารสนเทศ
3. ช่องทางเป็นตัวเชื่อมระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง และยังมีมิติต่างๆ ที่จะช่วยในการประเมินประสิทธิภาพของช่องทางต่างๆ กัน ได้แก่
 1. ความน่าเชื่อถือของช่องทาง (channel credibility) คือ ความเชี่ยวชาญและความน่าไว้วางใจของช่องทางในสายตาหรือความรู้สึกของผู้รับสาร
 2. ปฏิกริยาตอบสนองจากช่องทาง (channel feedback) คือ โอกาสที่ช่องทางเปิดให้ผู้รับสารตอบสนองได้ทันทีและเต็มที่
 3. การมีส่วนร่วมในช่องทาง (channel involvement) คือ ความพยายามที่จะต้องใช้ประสาทรับรู้ต่างๆ ทั้งหมดในการเข้าใจสารหรือข้อมูลที่ได้จากช่องทางการสื่อสารนั้นๆ
 4. โอกาสในการใช้ช่องทาง (channel availability) คือ โอกาสที่จะใช้ช่องทางเพื่อเข้าถึงผู้รับสารกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง
 5. ความสามารถในการเก็บรักษาสารของช่องทาง (channel permanency) คือ ความคงทนของช่องทางสื่อสารในการถ่ายทอดและคงรักษาสารเป็นเวลานาน
 6. กำลังการแพร่กระจายของช่องทาง (channel multiplicative power) คือ ศักยภาพของช่องทางในการครอบคลุมพื้นที่ที่ต้องการสื่อสารให้แพร่กระจายขยายออกไปด้วยความเร็วและเวลา

7. การเสริมการทำงานช่องทางอื่น (channel complementarity) คือ ศักยภาพของช่องทางในการเสริมงานด้านการสื่อสารของช่องทางอื่นๆ (พัชนี เขยจรรยา และคณะ, 2538)

4. ผู้รับสาร

หากเรากล่าวถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพแล้ว ผู้รับสารถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นผู้ที่อยู่ปลายสุดของกระบวนการการสื่อสาร ปัจจัยของผู้รับสารเหมือนกับปัจจัยของผู้ส่งสาร เพราะบุคคลสามารถเป็นได้ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร คือ

4.1 **ทักษะในการสื่อสาร** โดยเฉพาะทักษะการถอดรหัสและความสามารถทางภาษาจะส่งผลต่อความคิดและการตีความเพื่อให้เข้าใจสารที่ถูกส่งมาจากผู้ส่งสาร

4.2 **ทัศนคติ** มีหลายประการ ได้แก่ ทัศนคติต่อตนเอง ทัศนคติต่อหัวข้อการสื่อสาร ทัศนคติต่อผู้ส่งสาร

ทัศนคติต่อตนเอง ถ้าผู้รับสารยังมีความเชื่อมั่นต่อตนเองมากกว่าสามารถเข้าใจสารของผู้ส่งสารได้มาก ก็จะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพของการส่งสาร

ทัศนคติต่อหัวข้อการสื่อ ถ้าผู้รับสารเชื่อว่าหัวข้อในการสื่อสารนั้นมีคุณค่ามาก การสื่อสารนั้นก็ยังมีประสิทธิภาพ

4.3 **ความรู้** คือความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาของสารที่ตนรับ และความรู้เรื่องของกระบวนการสื่อสารเช่นเดียวกับความรู้ผู้ส่งสาร

4.4 **ระบบสังคม** เช่นเดียวกับของผู้ส่งสาร

4.5 **วัฒนธรรม** เช่นเดียวกับของผู้ส่งสาร (Berlo, 1960)

นอกจากองค์ประกอบดังกล่าวแล้ว ยังมีสิ่งที่ต้องคำนึงถึงอีก ได้แก่

ปฏิบัติการตอบสนอง หรือ Feedback ก็คือสาร แต่เป็นสารที่ผู้รับสารส่งไปให้กับผู้ส่งสารเมื่อได้ตีความหมายของสารที่ตนได้รับ ในเมื่อความหมายของสารมิได้อยู่ที่ตัวสาร แต่อยู่ที่การตีความของผู้รับสาร ผู้ส่งสารจึงจำเป็นที่จะต้องสนใจและให้ความสำคัญกับปฏิบัติการตอบสนองเนื่องจากบางครั้งผู้ส่งสารอาจต้องการส่งสารที่ความหมาย X ไปให้ผู้รับสาร แต่ผู้รับสารอาจตีความหมายของสารนั้นเป็น Y ซึ่งไม่ตรงกับที่ผู้ส่งสารต้องการ ถ้าผู้ส่งสารสังเกตปฏิบัติการตอบสนองว่าไม่เป็นไปในทางที่ตนต้องการ ผู้ส่งสารก็สามารถปรับสารของตนให้ผู้รับสารเข้าใจตรงตามที่ตนต้องการได้ในที่สุด

ปฏิกิริยาตอบสนองมีทั้งที่เป็นคำพูดและไม่ใช่คำพูด อาจเกิดจากความตั้งใจของผู้สื่อสาร หรืออาจเกิดอย่างไม่ได้ตั้งใจ อาจเป็นไปในทางบวกหรืออาจเป็นไปในทางลบ อาจเป็นการแสดงออกโดยตรงหรือโดยอ้อม อาจแสดงออกทันทีหรือแสดงออกในเวลาต่อมา หรืออาจแสดงออกให้เห็นหรือเป็นการเก็บการตอบสนองไว้ในใจ

สภาพแวดล้อมของการสื่อสาร หรือ Communication Environment ซึ่งหมายถึง สิ่งต่างๆ รอบตัวผู้สื่อสาร สถานที่ซึ่งได้แก่ การจัดสถานที่ บรรยากาศ โอกาส เวลา รวมถึง เหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้ตั้งแต่วงแคบไปจนถึงวงกว้าง ผู้ส่งสารจะต้องวิเคราะห์ และเลือกสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อให้แน่ใจว่า การสื่อสารของตนมีโอกาสจะประสบความสำเร็จมากขึ้น ทั้งยังสามารถเลือกและปรับปรุงให้เหมาะสมได้ เพราะฉะนั้น สภาพแวดล้อมการสื่อสารที่เหมาะสมจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการด้วยกัน คือ จุดมุ่งหมาย หรือวัตถุประสงค์ของการสื่อสารความต้องการและความคาดหวังของผู้รับสาร โอกาสและ เหตุการณ์ที่เอื้ออำนวย ต่อการสื่อสารตลอดจนการคาดการณ์ต่อผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและการ ควบคุมอย่างถูกทิศทาง

สิ่งรบกวนการสื่อสาร หรือ Noise คือสิ่งจำกัดประสิทธิภาพการถ่ายทอดสารหรือสิ่ง ที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร ทำให้การสื่อสารไม่บรรลุผลเท่าที่ควร หรือบางครั้งอาจทำให้การ สื่อสารไม่สามารถดำเนินการต่อไปได้ อาจเป็นสิ่งรบกวนทางกายภาพซึ่งเกิดภายนอกตัวบุคคล หรือสิ่งรบกวนทางจิตใจซึ่งเกิดขึ้นภายในตัวบุคคล อาจจะเกิดภายในช่องทางการสื่อสารหรือเกิด จากภาษา

สิ่งรบกวนสามารถเกิดได้ในทุกองค์ประกอบของการสื่อสาร ซึ่งรวมถึง สิ่งที่รบกวนที่เกิด ในตัวผู้สื่อสารเอง ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร ได้แก่ สิ่งรบกวนที่เกิดจากลักษณะทางสรีระ ลักษณะทางจิตวิทยา หรือเกิดทางสภาพแวดล้อมทางสังคม

ผลของการสื่อสาร หรือ Communication Effect หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างและ หลังการสื่อสาร ซึ่งมาจากการตีความสารที่ได้รับของผู้รับสาร หรือสิ่งที่แสดงว่าผู้ส่งสารและผู้รับ สารมีการรับรู้ความหมายของสารในกระบวนการสื่อสารร่วมกันหรือไม่และมากน้อยเพียงใด

ผลของการสื่อสารมีความหมายอย่างน้อย 3 อย่างด้วยกัน คือ

1. หลังการสื่อสาร เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างหนึ่งอย่างใดในกระบวนการสื่อสารหรือไม่ อย่างไร
2. อันเนื่องมาจากการสื่อสารนั้น ผู้ส่งสารสามารถสร้างอิทธิพลบางอย่างเหนือตัวผู้รับ สารได้หรือไม่อย่างไร
3. การสื่อสารประสบความสำเร็จตามที่ผู้ส่งสารมุ่งหวังไว้หรือไม่ อย่างไร

การสื่อสารหนึ่งๆ ประสบความสำเร็จได้ต่อเมื่อ การตีความหมายสารที่ได้รับของผู้รับสาร สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของผู้ส่งสารหรืออีกนัยหนึ่ง คือ จุดมุ่งหมายของผู้ส่งสารสามารถ ตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้รับสาร (ความหมายที่ผู้ส่งสารตั้งใจส่งไป)

ผลการสื่อสารจึงอาจเป็นทั้งความนึกคิดหรือปัญญา ด้านอารมณ์และความรู้สึก และ ด้านพฤติกรรมหรือการกระทำ อาจเกิดขึ้นโดยเจตนาและไม่ได้เจตนา อาจปรากฏให้เห็นชัดหรือ แฝงซ่อนเร้นไว้

นอกจากนั้น องค์ประกอบของการสื่อสารในกระบวนการสื่อสารมีส่วนเกี่ยวข้องกับผลการ สื่อสารด้วยทั้งสิ้น (พัชนี เรขจรรยา และคณะ, 2538)

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสื่อมวลชน สื่อบุคคลและสื่อเฉพาะกิจ

ปรมะ สตะเวทิน (2530 : 65) ให้ความหมายว่า " การสื่อสารคือ กระบวนการของการ ถ่ายทอดสารจากบุคคลฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเรียกว่าผู้ส่งสารไปยังบุคคลอีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเรียกว่าผู้รับสารโดย ผ่านสื่อ"

การสื่อสารประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 องค์ประกอบ คือ ผู้ส่งสาร สาร สื่อ และ ผู้รับสาร (ปรมะ สตะเวทิน, 2530 : 66)

ผู้ส่งสาร คือ บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ต้องการจะทำการสื่อสาร ความคิด ความรู้สึก ความ ต้องการข่าวสาร และวัตถุประสงค์ของตน ดังนั้น ผู้ส่งสารจึงอาจเป็นคนเดียว คนหลายคน เช่น กลุ่มนักเรียน กลุ่มผู้ถูกเวนคืนที่ดิน หรืออาจเป็นสถาบัน เช่น พรรคการเมือง บริษัท รัฐบาล หน่วยงานราชการก็ได้

สาร คือ ผลผลิตของผู้ส่งสารที่ถ่ายทอดความคิด ความรู้สึก ความต้องการข่าวสาร และ วัตถุประสงค์ของตนที่ปรากฏออกมาในรูปของรหัส เช่น เมื่อเราพูด สารก็คือถ้อยคำที่เราพูด เมื่อ เราเขียน สารก็คือตัวหนังสือที่เราเขียนเป็นคำเป็นประโยค เมื่อเราแสดงกิริยาท่าทาง สารก็ปรากฏ อยู่ในกิริยาท่าทางที่เราแสดงออกมา เมื่อเราอ่านหนังสือพิมพ์ สารก็คือ ข่าว ข้อความ และภาพที่ ปรากฏในหน้าหนังสือพิมพ์

สื่อ คือ สิ่งที่น่าหรือถ่ายทอดสารของผู้ส่งสารไปสู่ผู้รับสาร เช่น เมื่อเราพูด สื่อก็คือ คลื่น เสียงในอากาศ เมื่อเราอ่านหนังสือพิมพ์ คลื่นแสงในอากาศและกระดาษหนังสือพิมพ์เป็นสื่อ เมื่อ เราดูวิทยุโทรทัศน์ สื่อก็คือ คลื่นแสง คลื่นเสียง และจอวิทยุโทรทัศน์

ผู้รับสาร บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่รับสารของผู้ส่งสาร ดังนั้น ผู้รับสารจึงอาจเป็นคนเดียว คนหลายคน เช่น กลุ่มผู้ฟังการอภิปราย มวลชน หรืออาจเป็นสถาบัน เช่น บริษัท องค์การ พรรคการเมือง เป็นต้น

สื่อมวลชน (Mass Media)

ปรมะ สตะเวทิน (2539 : 7) ได้สรุปความหมายของการสื่อสารมวลชน (Mass Communication) จากความเห็นของนักวิชาการหลายคนไว้ว่า “การสื่อสารมวลชนเป็นกระบวนการของการสื่อสารไปยังคนจำนวนมากในเวลาเดียวกันหรือในเวลาใกล้เคียงกัน โดยอาศัยสื่อมวลชนเป็นสื่อ”

สื่อมวลชน (Mass Media) หมายถึง สื่อที่สามารถนำสารจากผู้ส่งสารไปสู่ผู้รับสารที่ประกอบด้วยคนจำนวนมาก ได้อย่างรวดเร็วภายในเวลาใกล้เคียงกันหรือในเวลาเดียวกัน โดยทั่วไปแล้วสื่อที่เรียกว่า สื่อมวลชน ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ นิตยสาร และภาพยนตร์ (ปรมะ สตะเวทิน, 2540 : 134-135)

โรเจอร์ และชูเมคเกอร์ (Rogers and Shoemaker, 1971 : 145) ได้กล่าวถึง สื่อมวลชนว่า หมายถึงสื่อที่สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้รับที่มีจำนวนมากได้อย่างรวดเร็ว เป็นการเพิ่มพูนความรู้แพร่กระจายข่าวสาร รวมทั้งเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่ฝังรากลึกได้

คุณลักษณะของสื่อมวลชน

เสถียร เชยประทับ (ม.ป.ป.;18) ได้กล่าวว่า ช่องสารที่เป็นสื่อมวลชนสามารถปฏิบัติภารกิจต่างๆ ต่อไปนี้ได้ดี คือ

1. สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายจำนวนมากๆได้ในเวลาอันรวดเร็ว
2. สามารถให้ความรู้และข่าวสารได้ดี
3. สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ไม่ฝังรากลึก (Weakly Held Attitudes)

หน้าที่ของสื่อมวลชน

แฮโรลด์ ดี ลาสเวลล์ (Harold D. Laswell , 1948: 37-51) ได้กล่าวถึงหน้าที่สำคัญ 3 ประการของสื่อมวลชน คือ

1. สอดส่องระวังระวังเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (Surveillance of the Environment) หมายถึง การแสวงหาและเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม ทั้งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในและภายนอกสังคมหนึ่งๆ หน้าที่ในด้านนี้ก็คือ การรายงานข่าว หรือการแจ้งข่าวสาร
2. ประสานส่วนต่างๆ ในสังคมเพื่อแสดงปฏิกิริยาตอบสนองสิ่งแวดล้อม (Correlation of the Parts of Society in Responding to the Environment) หมายถึง การที่สื่อมวลชนแสดง

ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดเป็นข่าว ทำการวิเคราะห์และเสนอแนะว่าควรทำอย่างไรกับสิ่งนั้นๆ
หน้าที่ด้านนี้ก็คือ การแสดงความคิดเห็นหรือการชักจูงใจ

3. ถ่านทอดมรดกทางสังคมจากคนรุ่นหนึ่งไปยังคนรุ่นหลังๆ (Transmission of the Social Heritage from One Generation to the Next) หมายถึง การเผยแพร่ความรู้ ค่านิยม และบรรทัดฐานของสังคมแก่สมาชิกรุ่นใหม่ของสังคม เพื่อให้วิทยาการและวัฒนธรรมของสังคมคงอยู่ต่อไป หน้าที่ด้านนี้ คือ การให้การศึกษา

ต่อมา ชาร์ล อาร์ ไรท์ (Charles R. Wright, 1959 : 16) ได้เพิ่มเติมหน้าที่ ประการที่ 4 ของสื่อมวลชน คือ

4. หน้าที่ในการให้ความบันเทิง (Entertainment) หมายถึง การเผยแพร่การแสดงดนตรี และศิลปะเพื่อสร้างความจรรโลงใจแก่ประชาชน

อิทธิพลของสื่อมวลชน

ปรมะ สตะเวทิน (2539: 180-183) ได้สรุปแนวความคิดและผลการวิจัยของนักวิชาการหลายคน อาทิ โจเซฟ ที แคลปเปอร์ (Joseph, T.Klapper) แองกัส แคมพ์เบลล์, ฟิลิป อี คอนเวอร์ส, วอเรน อี มิลเลอร์ และโดนัลด์ อี สโตรคส์ (Angus Cambell, Philip E. Converse, Warren E. Miller and Donald E. Strokes) วิลเบอร์ ชรามม์, แจ็ค ลายล์ และเอ็ดวิน บี พาร์เกอร์ (Wilbur Schramm, Jack Lyle and Edwin B. Parker) เกี่ยวกับอิทธิพลของสื่อมวลชนไว้ดังนี้

1. อิทธิพลของสื่อมวลชนที่มีต่อประชาชนนั้น ไม่ใช่อิทธิพลโดยตรงแต่เป็นอิทธิพลโดยอ้อม เพราะมีปัจจัยต่างๆ ที่กั้นอิทธิพลของสื่อมวลชน ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่

1.1 ความมีใจโน้มเอียงของผู้รับสาร (Predispositions) ประชาชนจะมีความคิดเห็น ค่านิยม และมีความโน้มเอียง ที่จะประพฤติปฏิบัติ อย่างใดอย่างหนึ่งอยู่ก่อน ซึ่งได้รับอิทธิพลจากการคบหาสมาคมกับคนอื่น และสถาบันสังคมที่ตนเป็นสมาชิก เมื่อบุคคลนั้นสัมผัสกับสื่อมวลชน ก็จะนำเอาทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรมเหล่านี้ติดตามตัวมาด้วย

1.2 การเลือกผู้รับสาร (Selective Processes) ประชาชนจะเลือกรับสารที่สอดคล้องกับความคิดเห็นและความสนใจของตน และจะหลีกเลี่ยงไม่ยอมรับสารที่ไม่สอดคล้องหรือที่ขัดแย้งกับความคิดเห็น และความสนใจของตน ประชาชนจะพยายามตีความสารตามความเชื่อ และค่านิยมที่ตนมีอยู่เดิม และจะเลือกจดจำเฉพาะสิ่งที่สนับสนุนความคิดและความเชื่อของตน

1.3 อิทธิพลของบุคคล (Personal Influence) ชาวสารจากสื่อมวลชน อาจไม่ได้ไปถึงประชาชนทั่วไปในทันทีแต่จะผ่านสื่อบุคคล หรือผู้นำความคิดเห็น ก่อนจะไปถึงประชาชน ผู้นำความคิดเห็น มักสอดแทรกความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตนเข้าไปด้วย ผู้นำความคิดเห็นมักจะเป็นบุคคลที่

ได้รับความเชื่อถือ เลื่อมใส และไว้วางใจจากประชาชนทั่วไป จึงเป็นผู้มีอิทธิพลต่อความคิดเห็น และการตัดสินใจของประชาชน

1.4 ลักษณะของธุรกิจด้านสื่อมวลชน (Economic Aspects) การดำเนินธุรกิจด้านสื่อมวลชนในสังคมเสรีนิยม ซึ่งมีระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนั้น สื่อมวลชนสามารถแข่งขันกันได้โดยเสรี ต่างฝ่ายต่างเสนอความคิดเห็นและค่านิยมที่แตกต่างกันออกไป และประชาชนก็มีเสรีภาพในการที่จะเลือกเชื่อถือความคิดเห็นในความคิดเห็นหนึ่ง และตัดสินใจว่าจะเชื่อสื่อมวลชนไหนดี

2. อิทธิพลที่สื่อมวลชนมีต่อประชาชน เป็นเพียงผู้สนับสนุน (An Agent of Reinforcement) เท่านั้น คือ สื่อมวลชนจะสนับสนุนทัศนคติ รสนิยม ความมีใจโน้มเอียง ตลอดจนแนวโน้มด้านพฤติกรรมของประชาชนให้มีความเข้มแข็ง และพร้อมที่จะแสดงให้ปรากฏออกมา เมื่อมีแรงจูงใจเพียงพอ หรือเมื่อมีโอกาสเหมาะสม

3. สื่อมวลชนอาจทำหน้าที่เป็นผู้เปลี่ยนแปลงประชาชนได้เช่นกัน (An Agent of Change) แต่จะเกิดขึ้นต่อเมื่อบุคคลมีความโน้มเอียงที่จะเปลี่ยนแปลงอยู่ก่อนแล้ว จากสื่อมวลชนสามารถเสนอสิ่งที่สอดคล้องกับความต้องการของเขา เขาก็จะเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ สื่อมวลชนจึงทำหน้าที่เป็นเพียงผู้เสนอหนทางในการเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมเท่านั้น

4. สื่อมวลชนสามารถสร้างทัศนคติและค่านิยมใหม่ให้เกิดแก่ประชาชนได้ ในกรณีที่บุคคลนั้นๆ ไม่เคยมีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งนั้นมาก่อน ทัศนคติและค่านิยมใหม่นี้จะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลผู้นั้นรับสารที่เสนอเรื่องราวในแนวเดียวกันบ่อยๆ เป็นอิทธิพลในลักษณะสะสม (Cumulative Impact) มิใช่อิทธิพลที่ก่อให้เกิดผลได้ทันทีทันใด หรือในระยะเวลาอันสั้น

การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication)

การสื่อสารระหว่างบุคคล คือ การสื่อสารที่ประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปมาทำการสื่อสารกันในลักษณะตัวต่อตัว (person-to-person) กล่าวคือทั้งฝ่ายผู้ส่งสารและผู้รับสารสามารถติดต่อแลกเปลี่ยนสารกันได้โดยตรง (direct) ในขณะที่คนหนึ่งจะทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสาร คนอื่นๆ จะทำหน้าที่เป็นผู้รับสาร การสื่อสารระหว่างบุคคลจึงเกิดขึ้นได้ทั้งในกรณีของคนสองคน และในกรณีของกลุ่มย่อย (Small Group) ซึ่งมีคนมากกว่าสองคนขึ้นไปมารวมตัวกันในลักษณะที่สามารถแลกเปลี่ยนสารกันได้โดยตรง (ปรมะ สตะเวทิน, 2539: 35)

อรรถวรรณ ปิลันธนีโอวาท (2537: 187) ได้กล่าวถึงการสื่อสารระหว่างบุคคลว่า การสื่อสารระหว่างบุคคลบ่งเป็นนัยว่า ผู้ที่ทำการสื่อสารเป็นบุคคล (human) และมีปฏิกริยาโต้ตอบกันอย่างฉับพลันระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร

เสถียร เศษประทับ (2525: 1) ได้กล่าวถึงช่องสารที่เป็นสื่อระหว่างบุคคลไว้ว่า คือ ช่องสารที่เกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนข่าวสารแบบตัวต่อตัว ระหว่างบุคคลสองคนหรือมากกว่าสองคนขึ้นไป ช่องสารแบบนี้มีประสิทธิภาพมากกว่าช่องสารที่เป็นสื่อมวลชนในการจูงใจผู้รับสารที่มีความเฉยเมย หรือมีปฏิกริยาต่อต้านสารของผู้ส่งสาร

ประสิทธิภาพของสื่อบุคคล

โรเจอร์ และชูเมคเกอร์ (Rogers with Shoemaker, 1971 : 252-253) ได้กล่าวถึงประสิทธิภาพของสื่อบุคคลไว้ดังนี้

1. สามารถทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข่าวสารแบบบุคคลวิถึ ถ้าผู้รับสารไม่เข้าใจสารสามารถไต่ถามหรือขอข่าวสารเพิ่มเติมจากแหล่งสารได้ในเวลาอันรวดเร็ว ส่วนผู้ส่งสารก็สามารถปรับปรุงแก้ไขสารที่ส่งออกไปให้เข้ากับความต้องการและความเข้าใจของผู้รับสารได้ในเวลาอันรวดเร็ว เช่นเดียวกัน การที่ช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคลมีระดับของปฏิกริยาตอบสนอง (feedback) สูงทำให้สามารถลดอุปสรรคของการสื่อสารที่เกิดจากการเลือกรับสาร เลือกลงหรือเลือกจำสารได้ เนื่องจากสภาพการณ์ที่เห็นหน้ากันบีบบังคับให้ต้องรับสารนั้นไม่ว่าผู้รับสารจะมีความรู้สึก หรือทัศนคติต่อผู้ส่งสารหรือสารอย่างใดก็ตาม

2. สามารถจูงใจบุคคลให้เปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ฝังรากลึกได้

โรเจอร์ (Rogers, 1978: 291) ได้กล่าวเปรียบเทียบประสิทธิภาพของสื่อมวลชนและสื่อบุคคลไว้ว่า จากผลการวิจัยต่างๆ พบว่าสื่อมวลชนสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ซึ่งหมายถึง การเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การสื่อสารระหว่างบุคคลนั้นมีประสิทธิภาพมากกว่า เมื่อวัตถุประสงค์ของผู้ส่งสารอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เพราะข่าวสารที่ถ่ายทอดออกจากสื่อมวลชนอย่างเดียวไม่สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ฝังแน่นหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ เบตทิงฮอส (Bettinghaus, 1968:180) ที่ว่า สื่อมวลชนเป็นเพียงตัวเสริมความเชื่อ และทัศนคติที่มีอยู่เดิมให้ฝังแน่นมากกว่าจะเปลี่ยนแปลงทัศนคติอย่างสิ้นเชิง แต่อาจเปลี่ยนแปลงการรับรู้ได้บ้างในขอบเขตจำกัดของประสบการณ์ ฉะนั้น สื่อมวลชนจึงเป็นเพียงแหล่งความคิด และเป็นผู้วางแนวทางในการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น กิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างมนุษย์นั้นเป็นผลจากการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลแบบเห็นหน้าเห็นตากันทั้งสิ้น

และเนื่องจากสื่อแต่ละประเภทมีคุณสมบัติความสามารถแตกต่างกัน โรเจอร์ส และ สเวนนิ่ง (Rogers with Svenning, อ้างถึงใน ปรมะ สตะเวทิน , 2539: 162) ได้เปรียบเทียบ คุณสมบัติในการสื่อสารระหว่างบุคคลกับสื่อมวลชนเอาไว้ ดังต่อไปนี้

คุณสมบัติในการสื่อสาร	สื่อบุคคล	สื่อมวลชน
ลักษณะของการสื่อสาร	เป็นการสื่อสารแบบสองทาง	เป็นการสื่อสารแบบทางเดียว
ความเร็วในการส่งสารไปยังคนจำนวนมาก	ทำได้ช้า	เป็นไปอย่างรวดเร็ว
ความถูกต้องของสารเมื่อส่งไปยังคนจำนวนมาก	มีความถูกต้องน้อย	มีความถูกต้องมาก
ความสามารถในการเลือกผู้รับสารเป้าหมาย	ทำได้ง่าย	ทำได้ยาก
ความสามารถที่จะบริหารจัดการเลือกรับข่าวสารของประชาชน	ทำได้ง่าย	ทำได้ยาก
อิทธิพลต่อผู้รับสาร	เปลี่ยนทัศนคติของผู้รับสาร	ให้ความรู้แก่ผู้รับสาร

สื่อเฉพาะกิจ (Specialized Media)

นอกจากสื่อทั้งสองประเภทที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีสื่ออีกชนิดหนึ่งที่ผู้ส่งสารใช้ในการถ่ายทอดข่าวสารข้อมูลไปยังมวลชน บุคคล หรือกลุ่มบุคคล สื่อดังกล่าวนี้ถูกสร้างขึ้นเพื่อให้ติดต่อกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เรียกว่า สื่อเฉพาะกิจ (Specialized Media)

สมควร กวียะ (2530 อ้างถึงใน อรวรรณ ปิลันธน์โอวาท, 2537: 196) ได้ให้คำจำกัดความของสื่อเฉพาะกิจไว้ว่า คือ สื่อที่สร้างขึ้น หรือซื้อ หรือเช่าโดยองค์กรใดองค์กรหนึ่งเพื่อใช้ในการสื่อสารหรือประชาสัมพันธ์ขององค์กรนั้นโดยเฉพาะ สื่อเฉพาะกิจจัดว่าเป็นแขนงหนึ่งของสื่อมวลชน แต่ได้พัฒนาเนื้อหาเพื่อให้ประโยชน์เป็นเรื่องๆไป ฉะนั้นสื่อเฉพาะกิจโดยทั่วไปมีกลุ่มประชาชนที่เป็นเป้าหมายที่แน่นอน มีการส่งเนื้อหาต่างๆ อันจะเป็นประโยชน์เฉพาะแก่กลุ่มประชาชนกลุ่มนั้นๆ การผลิตไม่ยุ่งยากการนำเสนอเนื้อหาเป็นไปอย่างง่าย ๆ

ประสิทธิภาพของสื่อเฉพาะกิจ

อาดัมส์ (Adams, 1971 อ้างใน นิรันดร์ ทองหอม, 2540: 35) ได้กล่าวถึงความสำคัญของสื่อเฉพาะกิจไว้ดังนี้ คือ สื่อเฉพาะกิจจัดว่ามีความสำคัญต่อการเผยแพร่ข่าวสารและข่าวสารข้อมูล เพราะสื่อเฉพาะกิจเป็นสื่อที่จัดทำขึ้น เพื่อสนับสนุนกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะ การใช้สื่อเฉพาะกิจเป็นการให้ความรู้และข่าวสารที่เป็นเรื่องราวเฉพาะอย่าง โดยมีกลุ่มเป้าหมาย (target audience) ที่กำหนดไว้แน่นอน ตัวอย่างสื่อเฉพาะกิจได้แก่ การจัดพิมพ์เอกสาร จุลสาร แผ่นพับ หรือแผ่นปลิวออกเผยแพร่ ซึ่งอาจจะจัดส่งไปยังกลุ่มเป้าหมายโดยทางไปรษณีย์ (direct mail) นอกจากนี้การปิดโปสเตอร์ตามชุมชนต่างๆ การจัดนิทรรศการ การสาธิต (demonstration) ก็เป็นการใช้สื่อเฉพาะกิจที่มีประสิทธิภาพในการรณรงค์เผยแพร่ประดิษฐ์กรรมแปลกๆ และทันสมัยในสังคมนั้นๆ

จากแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสื่อที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าสื่อแต่ละประเภทมีจุดเด่นและจุดด้อยต่างกัน ดังนั้นการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลรักษาผ่านสื่อมวลชน สื่อบุคคล และสื่อเฉพาะกิจให้สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้รับสารเป้าหมาย คือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารของผู้รับสาร ว่ามีความสัมพันธ์กับความเครียดหรือไม่

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการเปิดรับสารของผู้รับสาร

ข่าวสารเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตของมนุษย์ มนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่ต้องการอาศัยการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ข่าวสารจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ประกอบการตัดสินใจของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมนุษย์เกิดความไม่แน่ใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากเท่าใด ความต้องการข่าวสารก็จะยิ่งเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น

โดยทั่วไปผู้รับสารไม่สามารถรับข่าวสารที่ผู้ส่งสารถ่ายทอดมาได้ทั้งหมด ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ เช่น กระบวนการเลือกสรรของมนุษย์ (selective process) ปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคม เป็นต้น

1. กระบวนการเลือกสรรของมนุษย์

ผู้รับสารเปิดรับข่าวสารโดยผ่านกระบวนการในการเลือกรับสาร (selective process) ตามขั้นตอนดังนี้

1.1 การเลือกรับหรือการเลือกใช้ (selective exposure) หมายถึง บุคคลมีแนวโน้มที่จะเลือกเปิดรับสารหรือเลือกใช้สารจากแหล่งที่เสนอความคิดที่สอดคล้องกับความคิดและทัศนคติของตน ทั้งนี้เพราะคนเรามีความต้องการที่จะปกป้อง รักษา และส่งเสริมความเป็นตัวเองของตน (Michael Burgoon อ้างใน ประมะ สตะเวทิน, 2539;122)

1.2 การเลือกให้ความสนใจ (selective attention) หมายถึง การที่บุคคลเลือกสรรโดยอาศัยความสนใจที่เรามีต่อสาร และสารนั้นก็สอดคล้องกับทัศนคติและความเชื่อดั้งเดิมของเรา

1.3 การเลือกรับรู้และการเลือกตีความหมาย (Selective perception and interpretation) หมายถึง บุคคลมีแนวโน้มที่จะเลือกรับรู้ และเลือกตีความหมายของสารที่เราได้รับตามประสบการณ์ของเรา ก่อให้เกิดการรับรู้ และตีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะคนเรามีประสบการณ์ต่างกัน

1.4 การเลือกจดจำ (Selective Retention) หมายถึง การที่บุคคลเลือกจดจำเนื้อหาสาระของสารที่สอดคล้องกับหรือสนับสนุนความคิดของเราไว้เป็นประสบการณ์ เพื่อนำไปใช้ในโอกาสต่อไป

2. ปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคม

ทฤษฎีความแตกต่างระหว่างบุคคล (individual differences theory) ทฤษฎีกลุ่มสังคม (social categories theory) และทฤษฎีความสัมพันธ์ทางสังคม (the social relation theory) เป็นทฤษฎีของเดอ เฟลอร์ (De Fluer, 1966) ที่ว่าด้วยปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคมที่มีอิทธิพลต่อการรับข่าวสาร ทำให้เกิดผลไม่เป็นไปตามเจตคติของผู้ส่งสาร

2.1 ทฤษฎีความแตกต่างระหว่างระหว่างบุคคล (individual differences theory) เป็นทฤษฎีที่ชี้ให้เห็นว่าผู้รับสารแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกันในทางจิตวิทยา เช่น ทัศนคติ ค่านิยม และความเชื่อ ทำให้สนใจเปิดรับข่าวสารแตกต่างกัน โดยมีหลักการดังนี้

2.1.1 มนุษย์มีความแตกต่างกันมากในองค์ประกอบทางจิตวิทยาส่วนบุคคล

2.1.2 ความต่างนี้มีบางส่วนมาจากลักษณะแตกต่างทางร่างกาย แต่ส่วนใหญ่แล้วเกิดจากการเรียนรู้

2.1.3 มนุษย์ถูกขบเลี้ยงภายใต้สภาพแวดล้อมต่างกันจะเปิดรับความคิดเห็นต่างกัน

2.1.4 การเรียนรู้สิ่งแวดล้อมทำให้ทัศนคติ ค่านิยม และความเชื่อที่รวมเป็นลักษณะทางจิตวิทยาส่วนบุคคล

2.2 ทฤษฎีกลุ่มสังคม (social categories theory) กล่าวว่าบุคคลที่มีลักษณะทางสังคมคล้ายกัน เช่น รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ ชาติพันธุ์ ศาสนา อายุ เพศ ภูมิภาค ฯลฯ จะแสดงพฤติกรรมการสื่อสารคล้ายกัน พฤติกรรมการสื่อสารนี้ได้แก่ การเปิดรับสาร ความพอใจในสื่อ และอุปนิสัยการใช้สื่อร่วมกัน

2.3 ทฤษฎีความสัมพันธ์ทางสังคม (the social relation theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้รับสารกับบุคคลอื่นในสังคม ในลักษณะของกลุ่มปฐมภูมิ หรือกลุ่มทุติยภูมิ ความสัมพันธ์ในกลุ่มปฐมภูมิเป็นความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดในหมู่ญาติ พี่น้อง และเพื่อน จะมีอิทธิพลต่อผู้รับสารมากกว่าความสัมพันธ์ในกลุ่มทุติยภูมิที่มีความใกล้ชิดน้อยกว่า ข่าวสารต่างๆที่ได้รับจากสื่อมวลชนมักจะถูกรับรู้หรือตีความโดยมีอิทธิพลของกลุ่มหรือบุคคลในกลุ่ม เช่น การที่ปัจเจกบุคคลจะเชื่อข่าวสารจากโฆษณาหรือไม่นั้นมักจะได้รับอิทธิพลจากการปรึกษาหารือ หรือไต่ถามเพื่อนฝูง หรือผู้ใกล้ชิด

ปรมา สตะเวทิน (2539 : 90-91) ได้กล่าวถึงอิทธิพลของสังคมในระดับกลุ่มปฐมภูมิที่มีต่อทัศนคติ ค่านิยม ตลอดจนพฤติกรรมของบุคคลไว้ว่า

กลุ่มปฐมภูมิ (Primary Groups) เป็นกลุ่มซึ่งเกิดจากการรวมตัวของคนที่มีความใกล้ชิดและคุ้นเคยกัน มีขนาดของสมาชิกไม่มากนัก โดยปกติไม่เกิน 12 คน ตัวอย่างของกลุ่มปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิทในที่ทำงานหรือโรงเรียน เป็นต้น ความสัมพันธ์ของบุคคลกับกลุ่มปฐมภูมิต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมในการสื่อสารของคน ด้วยสาเหตุที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะการมีความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องระหว่างสมาชิกของกลุ่ม ทำให้สมาชิกของกลุ่มมีประสบการณ์ร่วมกันจากการติดต่อสัมพันธ์กันเป็นประจำ จากการติดต่อสัมพันธ์กันเป็นประจำทำให้คนเรียนรู้ความคิดพื้นฐาน (Basic Ideas) และความเชื่อ (Beliefs) ประสบการณ์และค่านิยม (Values) เหล่านี้ กำหนดการรับรู้ของคน (what he perceives and how he perceives it)

นอกจากพฤติกรรมเลือกเปิดรับข่าวสารดังกล่าวแล้ว ยังมีองค์ประกอบอื่นๆ ดังที่ วิลเบอร์ แรมม์ (Wilbur Schramm, 19673) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีบทบาทสำคัญต่อการเลือกสรรของมนุษย์ ได้แก่

1. ประสบการณ์ เนื่องจากผู้รับสารย่อมมีประสบการณ์เกี่ยวกับข่าวสาร วัตถุประสงค์ ซึ่งแตกต่างกันไป ประสบการณ์จึงเป็นตัวแปรที่ทำให้ผู้รับสารแสวงหาข่าวสารที่เคยเห็นแตกต่างกัน
2. การประเมินสาระประโยชน์ของข่าวสาร เนื่องจากผู้รับสารจะแสวงหาข่าวสารที่ต้องการเพื่อสนองจุดประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง การประเมินสาระประโยชน์ของข่าวสารจึงช่วยให้ผู้รับสารได้เรียนรู้ว่า ข่าวสารอย่างหนึ่งมีประโยชน์แตกต่างจากข่าวอีกอย่างหนึ่งด้วย จึงก่อให้เกิดพัฒนาการและปรับปรุงอุปนิสัยและรูปแบบการแสวงหาข่าวสาร

3. **ภูมิหลังที่แตกต่างกัน** เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์ที่มักจะสนใจสิ่งที่ไม่เคยพบเห็นมาก่อน รวมทั้งสนใจในความแตกต่างหรือการเปลี่ยนแปลงจากสภาพที่เป็นอยู่ขณะนั้น ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางวัตถุ สิ่งของหรือเรื่องราวต่างๆ

4. **การศึกษาและสถานภาพทางสังคม** นับเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ขึ้นในตัวบุคคลและเป็นตัวชี้พฤติกรรมการสื่อสารของผู้นั้น ทั้งพฤติกรรมในการเลือกรับสื่อและเลือกเนื้อหาของข่าวสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การศึกษาจะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการอ่านและกระหายที่จะเพิ่มพูนด้วยการแสวงหาความรู้ให้กว้างขวางขึ้น

5. **ความสามารถในการรับสาร** ซึ่งเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจ ที่ทำให้พฤติกรรม การเปิดรับข่าวสารของบุคคลแตกต่างกัน โดยสภาพร่างกายในที่นี้หมายถึง สภาพร่างกายที่สมบูรณ์ ผู้รับสารที่มีอวัยวะของร่างกายครบถ้วน ประสาทสัมผัสทุกอย่างทำงานได้ปกติ ย่อมอยู่ในสภาพที่จะรับข่าวสารได้ดีกว่าผู้ที่บกพร่องทางร่างกายและประสาทสัมผัส นอกจากนี้ สภาพร่างกายยังมีส่วนสัมพันธ์กับสติปัญญาของคนอีกด้วย การเปลี่ยนแปลงอายุที่สูงขึ้น ระยะเวลาที่ได้รับการศึกษา รวมทั้งการเจริญเติบโตทางความคิดย่อมมีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและลบต่อการโน้มน้ำหนัก

6. **บุคลิกภาพ** ของผู้รับสารแต่ละคนเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเปิดรับข่าวสาร ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การโน้มน้ำหนักและพฤติกรรมของผู้รับสารอีกต่อหนึ่ง ทำนองเดียวกับองค์ประกอบในเรื่องความสามารถของบุคคล มีหลักฐานทางการวิจัยที่แสดงว่าความนับถือตนเอง (Self Esteem) และความวิตกกังวล (Anxiety) ของบุคคลล้วนเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอิทธิทางสังคม กล่าวคือ ผู้ที่มีความวิตกกังวลหรือตื่นเต้นมักได้รับอิทธิพลทางสังคมง่าย และมีความโน้มเอียงที่จะไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับค้นหาเพื่อที่ว่าจะได้หลีกเลี่ยงอิทธิพลทางสังคมนั่นเอง

7. **อารมณ์** สภาพทางอารมณ์ของผู้รับสารแต่ละคนเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้ผู้รับสารเข้าใจความหมายของสารหรืออาจเป็นอุปสรรคต่อความเข้าใจความหมายในข่าวสารของผู้รับ ถ้าผู้รับสารมีอารมณ์ปกติ มีความพร้อม มุ่งมั่นและมีสมาธิต่อข่าวนั้น สัมฤทธิผลของการสื่อสารจะมีมากกว่าผู้รับที่ไม่มีอารมณ์กับข่าวสารนั้น

8. **ทัศนคติ** เป็นตัวแปรที่มีอยู่ระหว่างการรับและการตอบสนองต่อข่าวสารหรือสิ่งเร้าต่างๆ ด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้รับที่มีต่อข่าวสารแต่ละประเภทที่พบ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เป็นคุณสมบัติหรือท่าทีที่ผู้รับสารแต่ละคนมีอยู่ก่อนที่จะรับข่าวสารอย่างใดอย่างหนึ่งโดยปกติ ทัศนคติของผู้รับสารเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ เมื่อทัศนคติเปลี่ยนแปลงไป การส่งข่าวสารหรือการโน้มน้ำหนักของผู้ส่งสารจะแตกต่างกันไป ในทำนองเดียวกันกับการตอบสนองของผู้รับจะเปลี่ยนไปตามสิ่งเร้าหรือข่าวสารที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย

พฤติกรรมกาเปิดรับข่าวสารของผู้รับสารแต่ละคน เป็นแรงผลักดันให้บุคคลหนึ่งบุคคลใดเลือกรับสื่อซึ่งเมอร์ริลล์ และโรเวนสไตน์ (John C. Merrill and Ralph L. Lowenstein, 1971 : 1374-135) ได้สรุปไว้ว่า มีปัจจัยหลายประการที่เป็นแรงผลักดันให้บุคคลหนึ่งบุคคลใดได้มีการใช้สื่อดังนี้

1. ความเหงา ด้วยเหตุผลที่ว่าโดยปกติบุคคลไม่ชอบที่จะอยู่ตามลำพัง เพราะจะเกิดความรู้สึกสับสน วิตกกังวล หวาดกลัว และการเมินเฉยจากสังคม บุคคลจะมีการรวมกลุ่มกันอยู่เพื่อสังสรรค์กับผู้อื่นเท่าที่โอกาสจะเอื้ออำนวยให้ แต่ถ้าไม่สามารถจะติดต่อสังสรรค์กับบุคคลได้โดยตรง บุคคลก็จะอยู่กับสื่อต่างๆ ที่ใช้ในการสื่อสารและแท้จริงแล้วคนบางคนพอใจที่จะอยู่กับสื่อมวลชนมากกว่าสื่อบุคคลด้วย เพราะสื่อมวลชนเป็นเพื่อนแก้เหงาได้ดี ไม่สร้างแรงกดดันในการสนทนา หรือทางสังคมแก่ผู้รับสาร

2. ความอยากรู้อยากเห็นในสิ่งต่างๆ เป็นคุณสมบัติพื้นฐานของมนุษย์และเมื่อเป็นเช่นนั้นสื่อมวลชนจึงถือเอาความอยากรู้อยากเห็นเป็นหลักสำคัญอย่างหนึ่งในการเสนอข่าวสาร ซึ่งปกติมนุษย์อยากรู้อยากเห็น โดยเริ่มจากสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวเองที่สุดไปจนถึงสิ่งที่อยู่ห่างตัวเองมากที่สุดตามลำดับ ทั้งนี้มีสาเหตุเป็นเพราะว่าสิ่งเหล่านั้นจะมีผลกระทบต่อตนเองทั้งทางตรงและอ้อมเท่านั้น แต่เป็นความอยากรู้อยากเห็นในสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่ต่างๆ เช่น สาเหตุของเหตุการณ์ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น รวมทั้งผลกระทบซึ่งอาจจะเกิดขึ้นกับตนเองหรือผู้อื่นด้วย

3. ประโยชน์ใช้สอยของตนเอง (Self – aggrandizement) เพราะมนุษย์ต้องการแสวงหาและใช้ข่าวสารเพื่อเป็นประโยชน์แก่ตนเอง ทั้งเพื่อนเสริมสร้างบารมีของตนเอง เพื่อให้ได้รับความสะดวกสบาย หรือเพื่อความสนุกสนานบันเทิง ซึ่งข่าวสารเหล่านี้ไม่ว่าจะเป็นประโยชน์ทางใดหนาก็ล้วนแล้วแต่จะสามารถหาได้จากสื่อมวลชน วิลเบอร์ แชมม (Wilbur Schramm, 1954 : 3-26) ได้ให้หลักทั่วไปอันเป็นเหตุผลกาเลือกกว่าคนยอมจะเลือกสื่อที่ใช้ความพยายามน้อยที่สุด (Least Effort) และได้รับประโยชน์ตอบแทนดีที่สุด (Promise of Reward) โดยผู้รับสารมักจะแสวงหาข่าวสารที่มาสนับสนุนความคิดเห็นที่มีอยู่ก่อน (Preconceptions) แล้ว รวมทั้งอคติของตนเองอย่างไม่รู้ตัวเสมอ ดังนั้น ผู้รับข่าวสารจึงแสวงหาข่าวสารที่สอดคล้องกับท่าทีทางจิตใจที่มีอยู่ก่อนหน้านั้นแล้ว (Predispositions) ข่าวสารที่แสวงหาจึงจะไม่เป็นข่าวสารที่ขัดแย้งกับความเชื่อของตนเอง

4. ลักษณะเฉพาะของสื่อมวลชนโดยทั่วไป กล่าวคือ นอกจากองค์ประกอบเกี่ยวกับ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม หรือองค์ประกอบอื่นที่ไม่สามารถเห็นเด่นชัด เช่น ทักษะคติ ความคาดหวัง ความกลัว เป็นต้น ของผู้รับสาร จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการใช้สื่อแล้ว สื่อมวลชนแต่ละอย่างก็มีลักษณะเฉพาะที่ผู้รับข่าวสารแต่ละคนแสวงหาและได้ประโยชน์ไม่

เหมือนกัน ทั้งนี้เพราะว่าผู้รับข่าวสารแต่ละคนย่อมจะหันเข้าหาลักษณะเฉพาะบางอย่างจากสื่อที่จะสนองความต้องการและทำให้ตนเองเกิดความพึงพอใจ

แม็คคอมบ์ส และเบ็คเคอร์ (McCombs and Becker, 1979) ได้ให้ความเห็นว่าบุคคลเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชน เพื่อตอบสนองความต้องการ 4 ประการ คือ

1. เพื่อต้องการรู้เหตุการณ์ (Surveillance) โดยการติดตามความเคลื่อนไหวและสังเกตการณ์สิ่งต่างๆ รอบตัวจากสื่อมวลชน เพื่อจะได้รู้ทันเหตุการณ์ ทันสมัย และรู้ว่าอะไรเป็นสิ่งที่สำคัญที่ควรรู้
2. เพื่อต้องการช่วยตัดสินใจ (Decision) โดยเฉพาะการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับชีวิตประจำวัน การเปิดรับข่าวสารทำให้บุคคลสามารถกำหนดความเห็นของตนต่อสภาวะ หรือเหตุการณ์ต่างๆ รอบตัวได้
3. เพื่อการพูดคุยสนทนา (Discussion) การเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชน ทำให้บุคคลมีข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการพูดคุยกับผู้อื่นได้
4. เพื่อความต้องการมีส่วนร่วม (Participation) เพื่อรับรู้ และมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ความเป็นไปต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมและรอบๆ ตัว
5. ต้องการเสริมความคิดเห็นหรือสนับสนุนการตัดสินใจที่ตนเองได้กระทำไปแล้ว (Reinforcement)
6. ต้องการความบันเทิง (Relaxing and Entertaining) เพื่อความเพลิดเพลินและผ่อนคลายอารมณ์ของผู้รับสาร

แนวคิดการเปิดรับข่าวสารชี้ให้เห็นว่ามนุษย์มีความจำเป็นที่จะต้องติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกัน และจะเปิดรับสารก็ต่อเมื่อต้องการข่าวสาร ข้อมูลต่างๆ ที่ตนเองสนใจและเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง จากแนวคิดนี้จะช่วยให้เราสามารถอธิบายพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมว่า ผู้รับสารแต่ละคนมีจุดมุ่งหมาย และการเลือกเปิดรับสารแตกต่างกันไปตามที่ตนเองต้องการ

ลักษณะทางประชากรของผู้รับสารกับการเปิดรับสื่อ

ปรมะ สตะเวทิน (2539 : 112-118) กล่าวว่า โดยทั่วไปผู้รับสารแต่ละคนจะมีลักษณะที่แตกต่างกันไป โดยเฉพาะลักษณะทางประชากร (Demographic Characteristics) อันได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา สถานะทางสังคม และเศรษฐกิจ ศาสนา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. อายุ (Age)

อายุของผู้รับสารเป็นลักษณะประการหนึ่ง ที่เราสามารถใช้ในการวิเคราะห์ผู้รับสาร อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดและพฤติกรรม โดยทั่วไปแล้ว คนที่มีอายุน้อยกว่ามักจะมีความคิดเสรีนิยม (Liberal) ยึดถืออุดมการณ์ (Idealistic) ใจร้อน (Impatient) มากกว่า คนที่มีอายุมาก ในขณะที่คนที่มีอายุมากมักจะมีความคิดอนุรักษนิยม (Conservative) ยึดการปฏิบัติ (Practical) มีความระมัดระวัง (Cautious) และมองโลกในแง่ร้าย (Pessimistic) มากกว่าคนที่มีอายุน้อย สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก คนที่มีอายุมากมีประสบการณ์ในชีวิต ซึ่งเคยผ่านยุคเชษฐต่าง ๆ ตลอดจนมีความผูกพันที่ยาวนานและมีผลประโยชน์ในสังคมมากกว่าคนที่มีอายุน้อย

ซึ่งลักษณะของการใช้สื่อมวลชนก็แตกต่างกัน คนที่มีอายุมากมักจะใช้สื่อมวลชนเพื่อแสวงหาข่าวสารหนัก ๆ มากกว่าเพื่อความบันเทิง คนที่มีอายุมากมักจะอ่านจดหมายถึงบรรณาธิการ, ข่าวการบ้านการเมือง, หรือบทบรรณาธิการมากกว่าอ่านเรื่องตลกหรือข่าวกีฬา ในขณะที่คนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่ค่อยจะอ่านบทบรรณาธิการ แต่จะใช้สื่อมวลชนเพื่อความบันเทิง ในการฟังวิทยุก็เช่นกัน คนที่มีอายุมากมักจะฟังรายการหนัก ๆ เช่น ข่าว, การอภิปรายปัญหาสังคม, ดนตรีคลาสสิก, รายการศาสนาไม่ค่อยฟังดนตรีสมัยใหม่ คนที่มีอายุมากจะดูรายการโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับการศึกษา, ข่าวและข่าวสารด้วย (ปรมะ สตะเวทิน, 2540)

นอกจากนี้แล้วอายุยังเป็นตัวกำหนดความแตกต่างในเรื่องความยากง่ายในการชักจูงใจด้วย กล่าวคือ คนที่มีอายุมากขึ้นโอกาสที่คนจะเปลี่ยนใจหรือถูกชักจูงจะน้อยลง

2. เพศ (Sex)

การวิจัยทางจิตวิทยาหลายชิ้นได้แสดงให้เห็นว่า ผู้หญิงกับผู้ชายมีความแตกต่างกันอย่างมาก ทั้งในเรื่องความคิด, ค่านิยม และทัศนคติ ทั้งนี้ เพราะวัฒนธรรมและสังคมกำหนดบทบาทและกิจกรรมของคนสองเพศไว้ต่างกัน ผู้หญิงจะมักจะเป็นคนที่มีจิตใจอ่อนไหวหรือเจ้าอารมณ์ (Emotion) โอนอ่อนผ่อนตาม (Submissive) และเป็นแม่บ้านแม่เรือน (Home-Oriented) นอกจากนั้น การวิจัยหลายชิ้นยังพบว่าผู้หญิงถูกชักจูงใจได้ง่ายกว่าผู้ชาย (ปรมะ สตะเวทิน, 2540)

พฤติกรรมในการเปิดรับสื่อมวลชน เพศหญิงมักจะใช้เวลาในการดูโทรทัศน์ และฟังวิทยุมากกว่าเพศชาย โดยนิยมดูรายการละครในขณะที่เพศชายนิยมอ่านหนังสือพิมพ์มากกว่า

3. สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-Economic Status)

ซึ่งหมายรวมถึง อาชีพ, รายได้, เชื้อชาติ และชาติพันธุ์ ตลอดจนภูมิหลังของครอบครัว การวิจัยทางนิเทศศาสตร์ได้ชี้ให้เห็นว่า สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้รับสารมีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อปฏิกิริยาของผู้รับสารที่มีต่อผู้ส่งสารและสาร สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจทำให้คนมีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน มีประสบการณ์ต่างกัน มีทัศนคติ ค่านิยมและเป้าหมายที่ต่างกัน ทฤษฎีทางสังคมวิทยาทั้งหลายได้ยอมรับอิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลกันโดยทั่วไป และถือครอบครัวเป็นสังคมแรกของบุคคล ในทำนองเดียวกันคนที่มีอาชีพต่างกัน ย่อมมองโลก มีแนวคิด มีอุดมการณ์ มีค่านิยมต่อสิ่งต่าง ๆ แตกต่างกันไป งานวิจัยของ ชรามม์ และไวท์ (Schramm and White, 1949) ซึ่งศึกษาการเปิดรับสารของผู้รับสารและสังคมอเมริกัน พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงมักจะเป็นผู้นิยมเปิดรับสิ่งพิมพ์ และนิยมเนื้อหาที่ค่อนข้างหนัก ไม่ค่อยสนใจเนื้อหาด้านความบันเทิง แมคเนลลี่และคณะ (McNelly and Others, 1968) พบว่าคนมีฐานะดีและการศึกษาสูง เป็นกลุ่มที่ได้รับข่าวสารที่มีเนื้อหาสาระจากสื่อมวลชนมากที่สุด ผลที่ได้จากการวิจัยในลักษณะนี้ สามารถอธิบายได้เช่นเดียวกับกรณีของการศึกษาว่า ผู้ที่มีรายได้สูงมักจะเป็นคนมีการศึกษาสูงและมีตำแหน่งหน้าที่การงานที่ดี จึงมักถูกผลักดันให้จำเป็นต้องเรียนรู้ หาข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ให้ทันเหตุการณ์อยู่เสมอ (ยุบล เบ็ญจรงค์กิจ, 2534)

4. การศึกษา (Education)

การศึกษาหรือความรู้ (Knowledge) เป็นลักษณะอีกประการหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อผู้รับสาร ดังนั้นคนที่ได้รับการศึกษาในระดับที่ต่างกัน ในยุคสมัยที่ต่างกัน ในระบบการศึกษาต่างกัน ในสาขาวิชาที่ต่างกัน จึงย่อมมีความรู้สึนึกคิด อุดมการณ์ และความต้องการที่แตกต่างกันไป นอกจากนั้นตัวครูผู้สอน ก็มีอิทธิพลต่อความคิดของผู้เรียนด้วย เพราะผู้สอนได้สอดแทรกความรู้สึนึกคิดของตัวเองให้กับผู้เรียน ในทำนองเดียวกันที่พ่อแม่ได้สอดแทรก ความคิดของตนให้แก่บุตรในการอบรมเลี้ยงดู คนที่มีการศึกษาสูง หรือมีความรู้ดีจะได้เปรียบอย่างมากในการที่จะเป็นผู้รับสารที่ดี ทั้งนี้เพราะคนเหล่านี้มีความรู้กว้างขวางในหลายเรื่อง มีความเข้าใจศัพท์มาก และมีความเข้าใจสารได้ดี แต่คนเหล่านี้มักจะเป็นคนที่ไม่ค่อยเชื่ออะไรง่าย ๆ สารที่ไม่มีหลักฐานหรือเหตุผลสนับสนุนเพียงพอ มักจะถูกโต้แย้งจากคนเหล่านี้

โดยทั่วไปแล้วคนที่มีการศึกษาสูง มักจะใช้สื่อมวลชนมากกว่าคนที่มีการศึกษาน้อย และคนที่มีการศึกษาสูง มักจะใช้สื่อมวลชนประเภทสิ่งพิมพ์ ในขณะที่คนที่มีการศึกษาน้อย มักจะใช้สื่อประเภทวิทยุ โทรทัศน์ และภาพยนตร์ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ หากผู้มีการศึกษาสูงมีเวลาร่วมพอด คนเหล่านี้จะใช้ทั้ง สื่อประเภทสิ่งพิมพ์ สื่อประเภทวิทยุ โทรทัศน์ และภาพยนตร์ แต่หากมีเวลาจำกัดผู้มีการศึกษาสูง มักจะแสวงหาข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ มากกว่าสื่อประเภทอื่น

5. ศาสนา (Religion)

การนับถือศาสนา เป็นลักษณะอีกประการหนึ่งของผู้รับสารที่มีอิทธิพลต่อตัวผู้รับสารทั้งในด้านทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรมของตน คนที่นับถือศาสนาต่างกันจะมีความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมที่แตกต่างกันไป

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการสื่อสารกับสุขภาพ

คำจำกัดความของสุขภาพ

ธรรมนูญแห่งองค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2491 ได้บัญญัติคำจำกัดความของคำว่า "สุขภาพ" ไว้ว่า "สุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย สังคม และจิตใจประกอบกัน ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น" โดยภายใต้บริบทแห่งการส่งเสริมสุขภาพ คำว่าสุขภาพ มีน้ำหนักในการตีความเชิงนามธรรมน้อยกว่ากระบวนการไปสู่จุดมุ่งหมาย ซึ่งสามารถอธิบายในลักษณะของขุมพลังที่จะผลักดันให้คนเราสามารถใช้ชีวิตที่มีคุณค่าทั้งทางด้านส่วนตัว สังคม และเศรษฐกิจ สุขภาพเป็นขุมพลังแห่งชีวิต มิใช่เป้าหมายของการดำรงชีวิต เป็นแนวคิดเชิงบวกที่เน้นความสำคัญของทรัพยากรบุคคลและสังคม เช่นเดียวกับสมรรถภาพทางร่างกาย (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพหมายถึงกระบวนการเพิ่มความสามารถของคนเราในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น เป็นกระบวนการปลุกฝังให้คนเรามีความสามารถที่จะควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ เพื่อช่วยให้สุขภาพดีขึ้น โดยการมีส่วนร่วมมีความจำเป็นในการสร้างความยั่งยืนของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ซึ่งนอกจากมีตัวกำหนดจากปัจจัยด้านปัจเจกแล้ว ยังได้รับผลกระทบอย่างสำคัญจากปัจจัยพื้นฐานทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา ความมั่นคงปลอดภัยในสังคม ความสัมพันธ์ในสังคม อาหาร รายได้ การเสริมสร้างอำนาจแก่สตรี ระบบนิเวศที่มั่นคง การใช้ทรัพยากรแบบยั่งยืน ความยุติธรรมทางสังคม การเคารพสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาค

ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นการเคลื่อนไหวทางสังคมที่จะต้องมีมีส่วนร่วมจากทุกภาคของสังคม ทั้งภาคสาธารณสุข ภาครัฐบาลและนอกภาครัฐบาล รวมทั้งภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรวิชาชีพ และองค์กรชุมชน (สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ, 2541)

และจากร่างกรอบแนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ (2544) ได้ใช้คำว่า การสร้างเสริมสุขภาพ แทนคำว่า การส่งเสริมสุขภาพ และให้ความหมายว่า หมายถึง กระบวนการใด ๆ ที่เพิ่มความสามารถในคนในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีผลในทางการสร้างสุขภาพ สร้างความรู้ และค่านิยมในทางบวกต่อการมีสุขภาพดีในหมู่ประชาชนและสังคม รวมไปถึงการจัดการบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการสร้างสุขภาพดีด้วย

คุณค่าหรือหลักการสำคัญ

กระบวนการการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยคุณค่าหรือหลักการสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2541)

1. การเสริมสร้างอำนาจ (Empowerment) หมายถึง การเพิ่มศักยภาพหรือความสามารถของปัจเจกบุคคลและชุมชนในการควบคุมปัจจัยที่กำหนดสภาวะสุขภาพของพวกเขา
2. การมีส่วนร่วมของสาธารณะ (Public Participation) หมายถึง การส่งเสริมให้ปัจเจกบุคคลและชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลต่อชีวิต สภาพความเป็นอยู่ และสุขภาพของพวกเขา
3. การให้ความสำคัญแก่ปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ
4. การลดความไม่เท่าเทียมและความไม่ยุติธรรมทางสังคม
5. การกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาค (Intersectoral Cooperation) ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน

กลยุทธ์พื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

ในการดำเนินกลยุทธ์ส่งเสริมสุขภาพนั้น มีกลยุทธ์พื้นฐานที่สำคัญอยู่ 3 ประการดังนี้ คือ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

1. การรณรงค์ผลักดันด้านสุขภาพ (Advocacy for health)

เป็นการปฏิบัติการต่าง ๆ ทั้งโดยปัจเจกบุคคลและสังคมโดยรวม ที่คิดค้นมาเพื่อสร้างพันธสัญญาทางการเมือง การสนับสนุนทางนโยบาย การยอมรับของสังคม และการสนับสนุนโดยระบบต่าง ๆ ต่อเป้าหมายหรือโครงการด้านสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะ

โดยปฏิบัติการดังกล่าวแล้วอาจจะดำเนินการโดย และ/หรือ ในนามของปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มต่าง ๆ เพื่อสร้างสภาพความเป็นอยู่ (Living Condition) ที่เอื้อต่อสุขภาพ และการบรรลุครองชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ (Lifestyles conducive to health) ซึ่งอาจทำได้หลายรูปแบบ รวมถึง

การใช้สื่อมวลชนและสื่อประสม การแสวงหาเสียงสนับสนุนทางการเมือง และการระดมพลังชุมชน โดยการรวบรวมฮันทามติในประเด็นหนึ่งที่ชัดเจน

2. การเพิ่มความสามารถ (Enabling)

เป็นการดำเนินกิจกรรมในลักษณะเป็นภาคีร่วมปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้เขาเหล่านั้นมีอำนาจเพิ่มขึ้น โดยระดมทรัพยากรบุคคลและวัตถุต่าง ๆ เพื่อทำการส่งเสริมและปกป้องสุขภาพ มีจุดเน้นอยู่ที่การให้อำนาจ (Empowerment) โดยเป็นภาคี และการระดมทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งให้เห็นความสำคัญของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและนักเคลื่อนไหวทางสุขภาพด้านอื่น ๆ ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวเร่งให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การช่วยให้คนทั่วไปเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสนับสนุนเพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะ และการเข้าถึงกระบวนการทางการเมือง ซึ่งมีส่วนหล่อหลอมนโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

3. การไกล่เกลี่ย (Mediating)

หมายถึง กระบวนการที่ผลประโยชน์ต่าง ๆ (ส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจ) ของปัจเจกบุคคลและชุมชน และภาคต่าง ๆ (รัฐและเอกชน) ถูกนำมาประนีประนอมกันโดยวิธีการต่าง ๆ เพื่อที่จะส่งเสริมและปกป้องสุขภาพ ซึ่งก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในครองครองของชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ (Living conditions) ของประชาชน หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะสร้างข้อขัดแย้งระหว่างภาคต่าง ๆ และผลประโยชน์ขัดกันในกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้อง ข้อขัดแย้งเหล่านี้อาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ประเด็นการเข้าถึง การใช้ และการกระจายทรัพยากรต่าง ๆ การควบคุมการดำเนินกิจกรรมของปัจเจกบุคคลหรือองค์กร การไกล่เกลี่ยข้อขัดแย้งในวิถีทางที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพอาจต้องอาศัยปัจจัยนำเข้าหรือการมีบทบาทของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ รวมทั้งการใช้ทักษะด้านการชี้นำเพื่อสุขภาพ

กิจกรรมสำคัญ

กฎบัตรออกตาวาได้กำหนดกิจกรรมสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อตอบสนองของกลยุทธ์ดังกล่าว ดังต่อไปนี้ (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2541)

1. สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy)

เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพมีขอบเขตไปนอกภาคสาธารณสุข ผู้กำหนดนโยบายในทุกภาค (ภาคสาธารณสุข และนอกภาคสาธารณสุข) ทุกระดับที่เกี่ยวข้องจะต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากการตัดสินใจของตนเอง และยอมรับผิดชอบในผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้น

นโยบายส่งเสริมสุขภาพย่อมประกอบด้วยมาตรการต่าง ๆ เช่น กฎหมาย การคลัง ภาษี การรับรององค์กร เป็นต้น มาตรการเหล่านี้จะต้องประสานกันเพื่อนำไปสู่สุขภาพ รายได้ และความเสมอภาคทางสังคม ก่อให้เกิดสินค้าและบริการต่างๆ ที่ปลอดภัยและมีผลดีต่อสุขภาพ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและรื่นรมย์กว่าเดิมด้วย

ในการนี้ จำเป็นต้องค้นหาอุปสรรคที่ทำให้ภาคอื่น ๆ ที่อยู่นอกภาคสาธารณสุข ไม่อาจดำเนินนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และหาทางขจัดอุปสรรคดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถเลือกหนทางที่ส่งเสริมสุขภาพได้ง่ายขึ้น

ในการประกาศนโยบายสาธารณะของผู้บริหารในทุกภาคและทุกระดับของสังคม (ไม่เพียงแต่ภาคสาธารณสุข) จะต้องแสดงเจตจำนงในการส่งเสริมสุขภาพและความเสมอภาคของประชาชน และแสดงความรับผิดชอบในผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่เกิดขึ้น

จุดมุ่งหมายหลักของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพก็คือ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี

สุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชนพื้นฐาน และการลงทุนทางสังคมที่คุ้มค่า รัฐบาลจำต้องทุ่มเททรัพยากรในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ซึ่งจะช่วยยกระดับการผลิตทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม

ตามข้อเสนอแนะแอดดีเลค นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญ 4 ประการดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพของสตรี ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของครอบครัวและชุมชน
2. อาหารและโภชนาการ จะต้องให้หลักประกันแก่ทุกคนในการได้รับอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพในปริมาณที่เพียงพอและสอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรม
3. บุหรี่ และแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัจจัยทำลายสุขภาพอันร้ายกาจ ควรจะได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน
4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment)

ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ประกอบเป็นระบบสังคมและระบบนิเวศน์ที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดังนั้น ชุมชนทุกระดับ (ตั้งแต่ชุมชนท้องถิ่น ประเทศ ภูมิภาค โลก) จะต้องร่วมกันดูแลสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ โดยต้องถือว่าการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติทั่วโลกเป็นการกิจร่วมกันของประชาคมโลก

นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำรงชีวิต การทำงาน และการพักผ่อนก็มีผลกระทบต่อสุขภาพเช่นกัน การงานและการพักผ่อนควรจะเป็นแหล่งที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้คน และวิถีที่สังคมจัดระบบการงานนั้น ก็ควรจะช่วยเสริมสร้างสังคมที่มีสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพเป็นการเสริมสร้างเงื่อนไขการดำรงชีวิต และการทำงานที่มีความปลอดภัย ไร้ใจ ฟังพอใจและสนุกสนาน การประเมินผลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมที่มีการ

เปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของเทคโนโลยี การทำงาน การผลิตพลังงาน และการเติบโตของเขตเมืองนั้น เป็นมาตรการจำเป็น และหลังจากนั้นจะต้องมี ปฏิบัติการที่เป็นผลบวกต่อสุขภาพของสาธารณชน กลยุทธ์ส่งเสริมสุขภาพใด ๆ ก็ตาม จะต้อง ผนวกเรื่องของการพิทักษ์คุ้มครองสิ่งแวดล้อมและการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ

สิ่งแวดล้อมในที่นี้ไม่เพียงแต่หมายถึงมิติทางด้านกายภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงมิติทาง สังคม การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณอีกด้วย

คำประกาศซันด์สวอป ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับขอบข่ายของการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ ต่อสุขภาพไว้ 6 ด้านด้วยกัน ได้แก่

1. การศึกษา
2. อาหารและโภชนาการ
3. บ้านและชุมชนโดยรอบ
4. การงานและอาชีพ
5. การคมนาคม
6. การสนับสนุนและการดูแลจากสังคม

นอกจากนี้ยังได้กำหนดกลยุทธ์สำหรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพไว้ 7 ประการ ดังนี้

1. การพัฒนานโยบาย (Policy development)
2. ข้อบังคับ/กฎหมาย (Regulation)
3. การปรับองค์กร (Reorientation of organization)
4. การรณรงค์ผลักดัน (Advocacy)
5. การสร้างพันธมิตร/ การสร้างความตระหนัก (Building alliances/ creating awareness)
6. การเสริมความสามารถหรือการสร้างปัจจัยเอื้อ (Enabling)
7. การระดมพลัง/การเสริมสร้างอำนาจ (Mobilizing / empowering)

3. เสริมสร้างกิจกรรมของชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action)

การส่งเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินการโดยอาศัยการปฏิบัติของชุมชนที่เป็นรูปธรรม และมี ประสิทธิภาพ ทั้งในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน และการ ดำเนินการเพื่อบรรลุสถานะที่ดีกว่าเดิม หัวใจของกระบวนการดังกล่าวได้แก่ การเสริมสร้างอำนาจ ของชุมชน ความรู้สึกเป็นเจ้าของของพวกเขา และการควบคุมความเพียรพยายามและอนาคตของ พวกเขา

การพัฒนาชุมชนจำต้องระดมทรัพยากร (ทั้งมนุษย์ และวัตถุ) ภายในชุมชน เพื่อยกระดับการช่วยเหลือตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งพัฒนาระบบที่มีลักษณะยืดหยุ่นในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งแก่การมีส่วนร่วมของชุมชน และการควบคุมกำกับในเรื่องสุขภาพ ทั้งนี้โดยชุมชนจะต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีโอกาสของการเรียนรู้ และแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง

ฉะนั้น การส่งเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินการโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน และการดำเนินการ รวมทั้งระดมทรัพยากรภายในชุมชน เพื่อยกระดับการช่วยเหลือของตนเองและการสนับสนุนทางสังคม โดยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เมื่อมีโอกาสในการเรียนรู้และมีแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง

4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills)

การส่งเสริมสุขภาพโดยการสนับสนุนในเรื่องของการพัฒนาบุคคลและสังคม ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพ และการเสริมทักษะชีวิตนั้น เป็นการเพิ่มทางเลือกแก่ประชาชนให้สามารถควบคุมสภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของพวกเขาได้มากขึ้น และเพิ่มโอกาสต่อการพัฒนาสุขภาพ

การส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเรียนรู้ตลอดชีวิต เตรียมพร้อมในการดำเนินชีวิตในวัยต่าง ๆ และสามารถควบคุมโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น นับว่าเป็นสิ่งจำเป็นหน่วยงานต่าง ๆ (เช่น การศึกษา ธุรกิจ องค์กรอาสาสมัคร เป็นต้น) จะต้องเป็นผู้ริเริ่มจัดให้เกิดกระบวนการดังกล่าวขึ้นในโรงเรียน ในบ้าน ในที่ทำงาน ในชุมชนต่าง ๆ รวมทั้งภายในหน่วยงานของตนเอง

ฉะนั้น การส่งเสริมสุขภาพจะต้องสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาความรู้และทักษะส่วนบุคคล โดยการให้ข้อมูลข่าวสารและการศึกษาด้านสุขภาพรวมทั้งการเสริมสร้างทักษะชีวิต เพื่อเตรียมปัจเจกบุคคลให้มีความพร้อมในการดำเนินชีวิตและดูแลสุขภาพตนเองตามวัยต่าง ๆ และสามารถควบคุมโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับตน โดยกระบวนการดังกล่าว จะต้องริเริ่มให้เกิดขึ้นในครอบครัว ในโรงเรียน ในที่ทำงาน ในชุมชน และในหน่วยงานต่าง ๆ

5. ปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient health service)

ภาระหน้าที่ของระบบบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุขและรัฐบาล ซึ่งจะต้องทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งไปสู่สุขภาพของประชาชน

นอกเหนือจากงานรักษาพยาบาลแล้ว ภาคสาธารณสุขจะต้องหันมาทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น โดยจะต้องมีพันธะในการสนับสนุนให้บุคคลและชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ในลักษณะที่ไวต่อปัญหาและสอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน นอกจากนี้ ยังต้องเปิดกว้างในการร่วมมือกับภาคอื่น ๆ (เช่น สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม)

การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข จำเป็นต้องให้ความสำคัญในด้านการวิจัยทางสาธารณสุขและหลักสูตรการฝึกอบรมของบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อนำสู่การปรับเปลี่ยนเจตคติ การปรับทิศทาง และการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นการมองปัญหาของปัจเจกบุคคลในฐานะคนทั้งคน (องค์รวม)

ซึ่งนายแพทย์หทัย ชิตานนท์ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย กล่าวว่า กลยุทธ์ที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ควรประกอบด้วยแนวคิด 4 ประการดังนี้ (สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย, 2541)

1. การให้ข้อมูลข่าวสารและการให้การศึกษาแก่สาธารณะ (Public information)

ความรู้ในข้อมูลข่าวสารจะช่วยให้ประชาชนเกิดความตระหนักและทราบถึงวิธีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม รวมถึงสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องอันจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

2. การชี้นำสาธารณะ (Public advocacy)

แสดงให้เห็นสังคมเห็นว่า ควรมีการดำเนินการอย่างไรจึงจะปรับเปลี่ยนปัจจัยต่าง ๆ (เศรษฐกิจ การเมือง สังคม) ให้เอื้อต่อสุขภาพ

3. การตลาดทางสังคม (Social marketing)

เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่กระทบถึงสังคมในระดับประเทศ จำเป็นต้องใช้กลวิธีขายความคิดแก่สังคม วิชาการตลาดทางสังคมจึงสามารถมีบทบาทได้มาก เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายคือสังคมทั้งส่วนรวมได้เข้าใจแนวคิด ปรับนโยบาย พฤติกรรม และโครงสร้างต่าง ๆ สื่อมวลชนถือเป็นสื่อกลางที่สำคัญยิ่ง

4. การไกล่เกลี่ยประสาร (Mediation)

เนื่องจากเรื่องสุขภาพไม่ใช่หน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขแต่เพียงฝ่ายเดียว ดังนั้นหน่วยงานไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ เอกชน ชุมชน เพื่อสื่อมวลชน จึงเกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีการประสานงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูล รวมถึงร่วมกันขับเคลื่อนให้บรรลุวัตถุประสงค์

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพต้องอาศัยกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเมือง กฎหมาย การคลัง ภาษี การจัดการ การปรับองค์กร การประสานความร่วมมือระหว่างหรือสาขา การมีส่วนร่วมของชุมชน

การเสริมสร้างอำนาจแก่ชุมชน การศึกษา การตลาดเพื่อสังคม การพัฒนาองค์ความรู้ การวิจัย เป็นต้น

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

อาจตั้งต้นที่ประเด็นปัญหาสุขภาพ (เช่น โรคหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ) กลุ่มประชากรที่เสี่ยงภัย (เช่น เด็ก สตรี คนหนุ่มสาว ผู้ด้อยโอกาส ฯลฯ) หรือฐานชุมชน (เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล โรงงาน สถานที่ทำงาน กองทัพ เมือง ชุมชนแออัด หมู่บ้าน ฯลฯ)

กลุ่มเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพควรให้ความสำคัญอันดับแรกแก่กลุ่มคนที่ปกติ (ยังไม่เจ็บป่วย) เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีและป้องกันมิให้เกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ ซึ่งเป็นการลงทุนต่ำ และมีประสิทธิผลสูง

อันดับรองลงมา คือ การตรวจกรองโรค (Screening) เพื่อค้นหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และให้การรักษาให้หายขาดหรือป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการตามมา

สุดท้าย กระบวนการส่งเสริมสุขภาพก็ยังมีบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือมีภาวะทุพพลภาพ โดยกิจกรรมในรูปของ “กลุ่มช่วยเหลือตนเอง” (Self – help group) และ “การดูแลตนเอง” (Self – care) ซึ่งเป็นการเน้นการเสริมอำนาจของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง

โครงสร้างพื้นฐานและกลไกสนับสนุน

ในการส่งเสริมสุขภาพ จำเป็นต้องสร้างโครงสร้างพื้นฐานที่มีภาวะการนำที่เข้มแข็ง ส่งเสริมความรับผิดชอบและบทบาทของทุกภาคของสังคม ฝึกและขยายภาคีทางสุขภาพ เพิ่มการลงทุนในด้านการพัฒนาสุขภาพ เพิ่มศักยภาพ เพิ่มศักยภาพของชุมชนและเสริมสร้างอำนาจของปัจเจกบุคคล

สรุป

กล่าวโดยรวม การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่นี้เป็นยุทธศาสตร์ที่พัฒนาต่อเนื่องมาจากหลักการพื้นฐานของ “การสาธารณสุขมูลฐาน” เพื่อบรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” สำหรับประเภทอุตสาหกรรมที่มีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่ก้าวหน้า โดยเกิดจากวิวัฒนาการของแนวความคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดสภาวะสุขภาพ ที่ขยายจากปัจจัยทางการแพทย์แบบชีวภาพ (เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ เทคโนโลยีและบริการทางการแพทย์ มาสู่ปัจจัยทางพฤติกรรม จนมาถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้วยแรงผลักดันจากการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (ที่มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นทุกขณะ) รวมทั้งการเคลื่อนไหวทางสังคม (เช่น

ประชาธิปไตย ประชาสังคม ความยุติธรรม การเคารพสิทธิมนุษยชน ความเสมอภาค การพัฒนา
แบบยั่งยืน เป็นต้น)

การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่จึงมีลักษณะแตกต่างจากการส่งเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม
สิ้นเชิง ดังตาราง (สุรเกียรติ์ อชานูภาพ, 2541)

ตาราง ข้อแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่กับการส่งเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม

การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่	การส่งเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม
- เป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม	- เป็นบริการที่จัดโดยองค์กรสุขภาพ
- มุ่งที่สุขภาพประชาชน / ชุมชน	- มุ่งที่สุขภาพบุคคล
- เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม	- เป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล
- เน้นปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม	- เน้นที่ปัจจัยทางพฤติกรรมส่วนบุคคล
- ใช้กลยุทธ์ 5 ประการตามกฎบัตรออกตาวา - สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ - สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ - เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง - ปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข	- ใช้กลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคม การให้ข้อมูล ข่าวสาร และการให้สุขศึกษา
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ความ ร่วมมือระหว่างภาคและการเสริมสร้างอำนาจ / ศักยภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน	- ส่งเสริมความรู้ เจตคติ และทักษะของปัจเจก บุคคล

จากตาราง จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่นี้เน้นที่กระบวนการทางสังคมโดยให้
ทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพของตนและสังคม ซึ่งเครื่องมือที่จะทำให้เกิดการ
ขับเคลื่อนทางสังคมดังกล่าวก็คือการสื่อสารระหว่างคนในสังคมนั่นเอง ไม่ว่าจะเป็นการพูดคุยกัน
ระหว่างบุคคล หรือการใช้สื่อมวลชนต่าง ๆ

การสื่อสารสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพ คือการศึกษาและการใช้กลยุทธ์ของศาสตร์ด้านการสื่อสารในงานสุขภาพ โดยการนำเสนอข้อมูลการเผยแพร่ข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ เช่น การใช้สื่อสารมวลชน เผยแพร่ให้สาธารณชนทราบเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ หรือการใช้สื่อผสม การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ประชาชนทั่วไปหรือกลุ่มเป้าหมายได้รับรู้ สนใจ ตระหนัก เกิดจิตสำนึกในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ซึ่งแนวคิดของการสื่อสารเพื่อสุขภาพสามารถใช้กลยุทธ์ในงานสุขภาพศึกษา การส่งเสริมและสร้างเสริมสุขภาพเช่น กลยุทธ์ของการรณรงค์ด้านสุขภาพ เป็นการใช่วิธีการสื่อสารในการสร้างกระแสสังคม กระตุ้น ดึงดูดใจ ให้ประชาชนสนใจ รับรู้ ตระหนักเกิดจิตสำนึก เกิดค่านิยมด้านสุขภาพ ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ในแต่ละบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

บทบาทของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

การสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Health communication) เป็นกลวิธีในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชนในประเด็นต่างๆ ด้านสุขภาพที่น่าห่วงใย และทำให้ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในความสนใจของสาธารณชนอย่างต่อเนื่อง เป็นการใช้สื่อมวลชนและสื่อประสม และนวัตกรรมทางเทคโนโลยีอื่นๆ ในการแพร่กระจายข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีประโยชน์ต่อสาธารณชน เพิ่มความรู้เกี่ยวกับแง่มุมจำเพาะต่างๆ ของสุขภาพส่วนบุคคลและสุขภาพโดยรวมรวมทั้งในเรื่องความสำคัญของสุขภาพต่อการพัฒนา

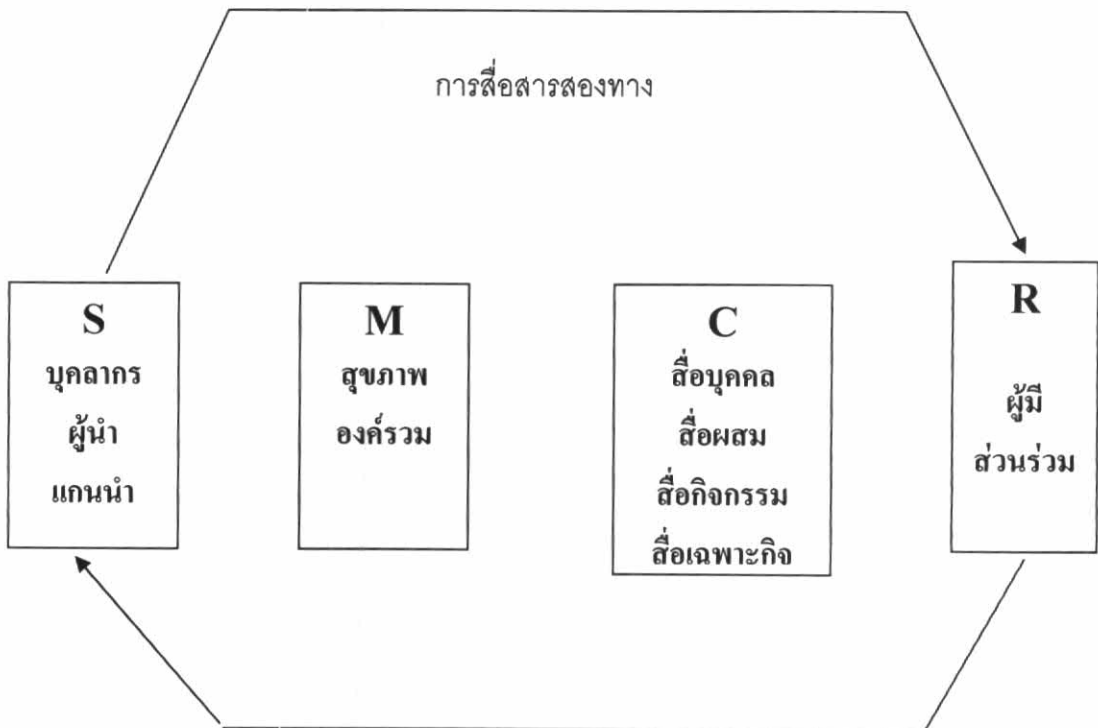
การสื่อสารเพื่อสุขภาพมุ่งที่จะยกระดับสถานะสุขภาพของปัจเจกบุคคลและกลุ่มประชากรวัฒนธรรมยุคใหม่ส่วนใหญ่ได้รับการถ่ายทอดโดยสื่อมวลชนและสื่อประสม ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ การวิจัยแสดงว่ารายการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับให้ถูกต้องตามทฤษฎีสื่อสารมวลชนอาจทำให้เรื่องสุขภาพกลายเป็นประเด็นที่สาธารณชนให้ความสนใจ ช่วยย่นสารที่สื่อไปยังสาธารณชน กระตุ้นให้ประชาชนแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม และในบางกรณีอาจก่อให้เกิดครรลองชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างยั่งยืน

การสื่อสารเพื่อสุขภาพครอบคลุมหลายเรื่องด้วยกัน รวมทั้งการศึกษาที่สื่อผ่านความบันเทิง (Edutainment, Enter-education) ศาสตร์ด้านสื่อสิ่งพิมพ์เพื่อสุขภาพ การสื่อสารระหว่างบุคคล การชี้แนะของสื่อมวลชน การสื่อสารระดับองค์กร การสื่อความเสี่ยง การสื่อสารทางสังคมและการตลาดเพื่อสังคม โดยอาจใช้สื่อประเภทต่างๆ นับตั้งแต่การสื่อผ่านสื่อสารมวลชน สื่อประสม ไปจนถึงการใช้สื่อพื้นบ้าน หรือสื่อทางวัฒนธรรมของท้องถิ่น เช่น การเล่านิทาน การแสดงหุ่นกระบอก และเพลงพื้นบ้าน นอกจากนี้ ยังอาจพัฒนารูปแบบรายการขึ้นใหม่ หรือแทรกสารเข้าไปในรายการที่อยู่แล้ว เช่น ละครชุดทางโทรทัศน์

ความก้าวหน้าด้านสื่อสารมวลชนในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้สื่อประสมหรือเทคโนโลยีสารสนเทศใหม่ๆ ช่วยให้ประชาชนเข้าข้อมูลข่าวสารถึงได้มากขึ้น การสื่อสารด้านสุขภาพจึงเป็นองค์ประกอบที่ทวีความสำคัญมากขึ้นเป็นลำดับต่อการกระทำให้กระบวนการการให้อำนาจแก่ปัจเจกบุคคลและชุมชนบรรลุผล (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

กลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพในงานสุขศึกษาและการสร้างเสริมสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพที่สามารถเป็นกลยุทธ์สร้างพลังและความสำเร็จในงานสุขศึกษา และการสร้างพลังและความสำเร็จในงานสุขศึกษา และการสร้างเสริมสุขภาพได้นั้น พิจารณาจากแนวคิดการสื่อสารสุขภาพดังนี้



การสื่อสารสร้างความเข้าใจร่วมกัน

1. รูปแบบการสื่อสาร

จะเป็นการสื่อสาร 2 ทาง ผู้ส่งสารและผู้รับสาร เป็นคู่สื่อสารที่ได้ตอบแลกเปลี่ยนกัน เป็นผู้ส่งสารและผู้รับสารไม่มีใครผูกขาดการเป็นผู้ส่งสารหรือรับสารตลอดเวลา และสื่อสารในแนวระนาบหรือแนวนอน (Horizontal communication) เน้นรูปแบบการกระจายอำนาจไม่ใช่ตั้งการสื่อสารในแนวตั้ง (Vertical communication) ซึ่งการสื่อสารในแนวระนาบนี้ จะก่อให้เกิดการปฏิบัติตนด้านสุขภาพด้วยความสมัครใจมากกว่าเพราะเป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นปรึกษาหารือและทำความเข้าใจร่วมกันในกลุ่มเดียวกัน ในระดับที่เท่าเทียมกัน

2. องค์ประกอบการสื่อสารประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

รายละเอียดขององค์ประกอบทั้ง 4 ผู้ส่งสาร – สาร – สื่อ / ช่องทาง – ผู้รับสารที่จะมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ดังนี้คือ

ตาราง องค์ประกอบการสื่อสารประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ผู้ส่งสาร	สาร	สื่อ / ช่องทาง	ผู้รับสาร
-มีความรู้ ความสามารถมีทักษะ การสื่อสาร -บุคลิกดี -น่าเชื่อถือศรัทธา -รับผิดชอบ -จิตสาธารณะ -มาจากทุกกลุ่มไม่ เฉพาะบุคคลากรสุข ภาพเท่านั้น -สามารถเปลี่ยนแปลง ความรู้ถ่ายทอดให้ ปฏิบัติได้ -สื่อสารเพื่อเปิด โอกาสให้มีส่วนร่วม	-ข้อมูลเพียงพอนำไป ปฏิบัติได้ -จัดเก็บเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้ -เนื้อหาง่ายเป็น รูปธรรม -สารสร้างสรรค์ไม่น่า เบื่อ -ข้อมูลท้องถิ่น ข้อมูล ชุมชน -ทดสอบก่อนนำไปใช้ ปรับแต่งให้เหมาะสม กับผู้รับ -สารชัดเจนเข้าใจง่าย -สารสอดคล้องวัตถุประสงค์ -กระตุ้นอารมณ์เข้ากับ บริบทชุมชนและ สังคม เนื้อหาองค์รวม ด้านสุขภาพ ครอบคลุม ทุกมิติ	-เข้าถึงผู้รับ -สื่อมวลชนและสื่อ ชุมชนในสัดส่วนที่ เหมาะสม -สื่อผสม -จัดกิจกรรมพิเศษพอ เหมาะสมควรเพื่อ สร้างกระแสสังคม -ย้ำ-ซ้ำ-ต่อเนื่อง ครบวงจร -สื่อบุคคลเป็นหลัก สื่ออื่นเป็นรอง -ความนิยมและน่าเชื่อ ถือของสื่อ	-มีปฏิริยาโต้ตอบ -แบ่งเป็นกลุ่มย่อยๆ (Audience segmentation) เพื่อส่งเสริมเฉพาะ เหมาะกับกลุ่มผู้รับ -เป็นกลุ่มเป้าหมาย หลักตัวจริง

3. ความสำคัญและความสัมพันธ์ของทุกองค์ประกอบ

องค์ประกอบคือผู้ส่งสาร – สาร – สื่อหรือช่องทาง – ผู้รับสาร ล้วนมีความสำคัญเท่าเทียมกันจะขาดส่วนใดส่วนหนึ่ง การสื่อสารไม่อาจจะเกิดขึ้นได้แต่การสื่อสารจะมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล หากผู้ส่งสารคำนึงถึงผู้รับสารเป็นอันดับแรกและเลือกสารและสื่อให้ตรงกับการรับรู้ สนใจและเปิดรับของกลุ่มเป้าหมาย ส่วนความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ เพื่อความสำเร็จ นั้น ความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการในการสื่อสาร จะประสบความสำเร็จและเป็นที่ต้องการของกลุ่มเป้าหมายมากกว่า

4. การสื่อสารมวลชน และการสื่อสารชุมชน

ศักยภาพของการสื่อสารมวลชนนั้นเป็นการสื่อสารเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายรับรู้ สนใจ ตระหนักและเกิดจิตสำนึกได้ เพราะเป็นการสื่อสารที่กระตุ้น เร้าอารมณ์และน่าสนใจ สื่อสารไปถึงทุกคน ทุกสถานที่ ไปไกลครอบคลุมได้ทั่วถึงกำหนดความถี่และจำนวนครั้งที่เข้าถึงได้ และมีความรวดเร็วสามารถย้ายข้อต่อเนื้อเรื่องได้ สื่อมวลชนจึงถูกใช้เพื่อการสร้างกระแสสังคม สร้างภาพลักษณ์ขององค์กรและผู้บริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในประเด็นของการสุศึกษา การส่งเสริมและสร้างเสริมสุขภาพนั้น สื่อมวลชนไม่สามารถก่อให้เกิดการปฏิบัติตน เพื่อสร้างสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ต้องใช้การสื่อสารชุมชน โดยมีสื่อบุคคลเป็นหลัก และสื่ออื่น ๆ ในชุมชน เช่น สื่อท้องถิ่น สื่อพื้นบ้าน หอกระจายข่าวสาร เสียงตามสายการจัดกิจกรรมภายในชุมชน และการสร้างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมประกอบ จึงจะก่อให้เกิดการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ทั้งนี้เพราะคุณสมบัติของสื่อมวลชนนั้น เป็นการสื่อสารที่สามารถโน้มน้าวใจและสร้างกระแสสังคม รวมทั้งการกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารระหว่างบุคคลถึงคู่ดประชาชน หรือกลุ่มเป้าหมายให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ โดยการสื่อสารชุมชนเป็นการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำไปปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ ในบริบทของชุมชน

5. การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม

หมายถึง การมีส่วนร่วมในการสื่อสาร ซึ่งทำได้หลายระดับ คือ

- การมีส่วนร่วมในฐานะผู้รับสาร / ผู้ใช้สาร
- การมีส่วนร่วมในฐานะผู้ส่งสาร / ผู้แสดง ผู้ผลิต
- การมีส่วนร่วมในฐานะ ผู้วางแผนและกำหนดนโยบาย

การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมสามารถสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการสื่อสาร เพื่อความสำเร็จ ตามองค์ประกอบหลัก คือ ผู้ส่งสาร – สาร – สื่อ / ช่องทาง และผู้รับสาร ซึ่งแนวคิดการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมนี้ เป็นการพัฒนาสุขภาพแนวใหม่ ที่เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากผู้รับสารหรือภาคประชาชน การให้ความสำคัญกับบทบาทของประชาชน ที่จะร่วมพัฒนาการสื่อสารนั้นด้วยโดยมีหลักสำคัญคือการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ การมีจิตสาธารณะการมีจิตสำนึกในการที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพ รวมทั้งสิ่งที่สำคัญ คือ กระบวนการทำงานด้านสุขภาพ ที่เปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายหรือภาคประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจและปฏิบัติในสิ่งที่เป็ความต้องการของชุมชนเอง มีกระบวนการเรียนรู้และจัดการการเรียนรู้ที่สามารถนำไปสู่ความยั่งยืนได้

เป้าหมายของการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมคือ

- เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายเห็นคุณค่าตนเอง
- สร้างความมั่นใจ เชื่อมั่น
- เพื่อให้มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารได้
- เพื่อสร้างทักษะในการผลิตสื่อ ใช้สื่อ
- เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย มีส่วนร่วม ในการคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ วางแผน และ ดำเนินการปัญหาชุมชนได้

กลยุทธ์การรณรงค์ในงานสุขศึกษาและการสร้างเสริมสุขภาพ

การรณรงค์ด้านสุขภาพ เป็นรูปแบบหนึ่งของการสื่อสารสุขภาพซึ่งสามารถใช้เป็นกลยุทธ์ ในการดำเนินงานสุขศึกษา การส่งเสริมและสร้างเสริมสุขภาพได้ เพราะการรณรงค์ได้นำเอาข้อดี และประเด็นเด่นของการสื่อสารมาใช้ในการดำเนินงาน ประกอบด้วย การวางแผนยุทธศาสตร์ ด้านสื่อ และสารที่หลากหลาย เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับพฤติกรรมของผู้รับสาร ทั้งนี้จากกรณีศึกษาการรณรงค์ด้านสุขภาพ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรณรงค์ด้านสุขภาพ ดังนี้

5. ผู้นำโครงการที่รับผิดชอบ มีอุดมการณ์และมีจิตสาธารณะทำงานเพื่อส่วนรวม
6. แรงสนับสนุนทางสังคม โดยเจ้าหน้าที่ภาครัฐ / เอกชน / ธุรกิจและท้องถิ่นหรือ ชุมชน
7. งบประมาณได้รับงบประมาณสนับสนุนจากทุกภาคส่วน
8. การมีส่วนร่วม และการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม
9. การสร้างเครือข่าย และการสื่อสารเครือข่าย
10. การสร้างสุขภาพองค์รวม ไม่ใช่เพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ

11. ความต่อเนื่อง และมีการดำเนินงานครบวงจร
12. เป็นการรณรงค์โดยชุมชน เป็นศูนย์กลางหรือเป็นสำคัญ
13. ใช้การสื่อสารในรูปแบบการสื่อสารสองทางในแนวระนาบหรือแนวนอน เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน
14. พลังของความสัมพันธ์ในการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการ

คอสเตลโล (Costello,1977) ได้ให้ความหมายของ “การสื่อสารกับสุขภาพ” ไว้ว่า เป็นการศึกษากระบวนการที่บุคคลได้รับและตีความข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ออกมาเป็นข้อมูลที่มีความหมายในเชิงการบริโภค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือความคิด

เครป และ ทอนตัน (Kreps and Thornton ,1984) กล่าวว่า การสื่อสารกับสุขภาพนี้ คือ “ปฏิกิริยาของมนุษย์ที่มีต่อกระบวนการในการดูแลสุขภาพ” โดยเน้นที่ความจำเป็นของผู้ป่วย/ผู้บริโภคภายใต้บริบทของสุขภาพ ทั้งนี้ อาจเป็นกระบวนการสื่อสารทั้งภายในบุคคล ระหว่างบุคคล ระดับกลุ่ม องค์กร สาธารณะและมวลชน

การสื่อสารมีหน้าที่ต่าง ๆ ดังนี้

1. เผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชน
2. ให้ความรู้แก่ประชาชนทางด้านสาธารณสุขที่ยังเป็นที่สงสัย ไม่เข้าใจ รวมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
3. ชักจูงให้คล้อยตามหรือให้คำแนะนำในเรื่องต่าง ๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมทางสาธารณสุขด้านต่าง ๆ
4. กระตุ้นเตือน ให้ประชาชนแสดงปฏิกิริยาได้ตอบอย่างต่อเนื่อง (อรสา ปานขาว ,2539 : 622)

ทั้งนี้ การสื่อสารในทางสาธารณสุขนี้ มีอยู่หลายระดับด้วยกันทั้งการสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารกับกลุ่มและการสื่อสารกับมวลชน และอาจพิจารณาได้ตามทฤษฎีการสื่อสารแบบหลายขั้นตอน (Multi – Step Flow Theory) กล่าวคือ การสื่อสารด้านสุขภาพจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสารนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงช่องทางเดียวแต่มีเครือข่ายทางสังคมหลายเครือข่ายที่จะมีอิทธิพลต่อความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้รับสาร ผู้รับสารสามารถรับสารได้จากหลายแหล่งไม่ว่าจะเป็นสื่อมวลชน การสื่อสารระหว่างบุคคล สื่อเฉพาะกิจ หรือแม้กระทั่งสื่อ Internet ในปัจจุบันที่นับวันจะยังมีอิทธิพลมากขึ้น

เมื่อบุคคลรู้สึกถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่า เป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยพยายามอธิบายหรือตีความอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง ในขณะที่เดียวกันก็จะมี การปรึกษาเพื่อน ญาติพี่น้อง และพยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้อาการนั้นทุเลาหรือหมดไป ก่อนที่บุคคลนั้นจะไปพบแพทย์ กล่าวคือ เป็นการแสวงหาความคิดเห็น และคำแนะนำจากบุคคลอื่น ซึ่งมีความรู้ด้านสุขภาพ โดยไม่คำนึงว่า บุคคลนั้นจะเป็นที่ยอมรับของสังคมส่วนใหญ่หรือไม่ อาจเป็นผู้ร่วมงาน เพื่อนบ้าน มิตรสหาย ญาติพี่น้อง หมอพื้นบ้าน และรวมถึงพฤติกรรมที่บุคคลนั้นไม่ได้ทำอะไรเลย นอกจากสังเกตอาการว่าความผิดปกติจะหายไปเองได้หรือไม่ ตลอดจนสามารถตัดสินใจได้ว่า ควรไปหาแพทย์ได้แล้ว เมื่อเห็นว่า การรักษาตนเองไม่ดีขึ้น

ดังตัวอย่างที่ประเทศฟิลิปปินส์ มีการเผยแพร่ข่าวสารทางด้านการวางแผนครอบครัวทางวิทยุ เมื่อสตรีได้ฟังรายการแล้ว จะต้องไปปรึกษาสามี แม่สามี เพื่อนหรือบาทหลวงก่อน ก่อนที่จะไปพบแพทย์เพื่อวางแผนครอบครัว บุคคลต่าง ๆ ที่ได้ปรึกษานี้ก็คือ เครือข่ายทางการสื่อสารนั่นเอง เครือข่ายนี้จะมีผลมากต่อการรับรู้และการตอบสนองของสตรีต่อข่าวสารการวางแผนครอบครัว (จินตนา งามวิทยาพงศ์ 2537 : 10)

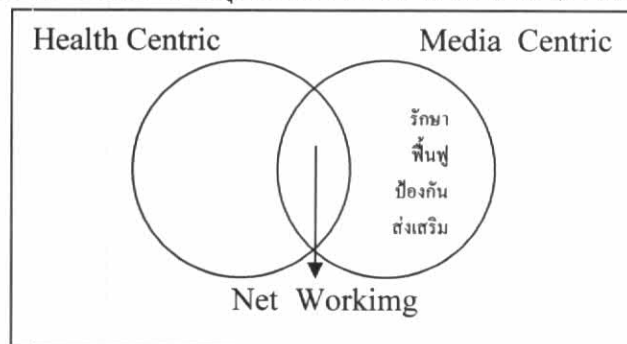
ในภาพ บุคคลจะไม่ได้ติดต่อกับองค์กรทางสาธารณสุขโดยตรง แต่จะเป็นการติดต่อผ่านสื่อต่างๆ ทั้งสื่อที่เป็นข่าวและสารคดี และสื่อเพื่อความบันเทิงที่สอดแทรกความรู้ทางด้านสุขภาพไว้ด้วย

นอกจากการสื่อสารของบุคคลโดยตรงกับกลุ่มต่างๆ แล้ว การที่กลุ่มต่างๆ มีการติดต่อซึ่งกันและกันก็ได้ส่งผลถึงบุคคลด้วย เช่น การติดต่อระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับสื่อบันเทิงและสื่อข่าว แม้จะเป็นเพียงครั้งคราวแต่ถือเป็นการสื่อสารที่สำคัญ ดังที่แพทย์ไปให้คำปรึกษาผ่านรายการโทรทัศน์ นั้นก็ส่งผลถึงบุคคลที่ได้ฟังหรือชมรายการให้ได้รับความรู้

สื่อกับสุขภาพ

สื่อมีความสำคัญในฐานะที่เป็นตัวกลางระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันอันจะนำไปสู่พฤติกรรมที่เป็นที่คาดหวังไว้ได้ สื่อที่สำคัญที่บุคคลจะให้ความสำคัญในการเผยแพร่และแสวงหาข้อมูลข่าวสาร ก็คือ สื่อมวลชน ซึ่งจากภาพข้างต้นก็หมายถึงสื่อบันเทิงและสารคดีนั่นเอง ในสายตาของผู้ส่งสารนั้น จากลักษณะของสื่อมวลชนที่สามารถเข้าถึงคนไปจำนวนมากภายในเวลาเดียวกัน สื่อมวลชนจึงกลายเป็นความหวังของผู้ส่งสารที่จะใช้ในการเผยแพร่ข่าวสารของตน ในขณะที่ผู้รับสารก็สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ และเลือกแหล่งสารได้มากยิ่งขึ้นจากการพัฒนาเทคโนโลยีทางการสื่อสาร “สุขภาพอนามัย” เป็นประเด็นหนึ่งที่ทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสารต้องการได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยสื่อมวลชน

บทบาทของสื่อมวลชนในด้านสุขภาพอาจพิจารณาได้ดังนี้ (ศิริชัย ศิริกายะ, 2540)



แผนภาพ บทบาทของสื่อมวลชนในด้านสุขภาพ

จากแผนภาพ แสดงให้เห็นว่า สื่อมวลชนมีหน้าที่ในการรักษา (เช่น บอกวิธีการต่างๆ ในการรักษาสุขภาพ) การฟื้นฟู (เช่น สื่ออาจช่วยให้ความบันเทิง) การป้องกันและการส่งเสริม ซึ่งถือเป็นหน้าที่หลักของสื่อมวลชนในด้านนี้ (เช่น รายการส่งเสริมสุขภาพ รายการแอโรบิก)

สื่อมวลชน ที่ใช้ในด้านสาธารณสุขอาจพิจารณาได้ดังนี้

1. สื่อสิ่งพิมพ์ อาทิ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร ฯลฯ ที่ได้สอดแทรกข่าวสารด้านสุขภาพไว้เสมอ สารที่ปรากฏออกมามักจะจูงใจและเรียกความสนใจผู้อ่านเพราะเป็นเรื่องใกล้ตัว ทันสมัย ทันเหตุการณ์ สำหรับนิตยสารมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ นิตยสารเพื่อสุขภาพอนามัยโดยตรง เช่น นิตยสารหมอชาวบ้าน ซึ่งไม่ได้มีจุดมุ่งหมายทางการค้า แต่มุ่งถ่ายทอดความรู้ และนิตยสารเพื่อความบันเทิงทั่วไป ที่ได้สอดแทรกเนื้อหาสาธารณสุขไว้
2. สื่อภาพและเสียง ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ ซึ่งมีรายการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยจำนวนมาก ทั้งในรูปสอดแทรกในรายการบันเทิง และบทความทางวิชาการออกอากาศอยู่เป็นประจำ

ลอว์เรนซ์ วอลแลค (Lawrence Wallack, 1991) ได้กล่าวว่า มี 3 ทฤษฎีที่อธิบายถึงบทบาทของสื่อมวลชนในด้านสาธารณสุข คือ

1. Impact Theory ที่เชื่อว่าสื่อมีพลังในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน
2. ทฤษฎีนี้เสนอว่า สื่อมวลชนเป็นอุปสรรคที่ขัดขวางการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน เนื่องจากลักษณะที่เป็นธุรกิจของสื่อมวลชนเอง ที่ทำให้เกิดการ "หากิน" กับปัญหาสุขภาพ
3. ทฤษฎีนี้เห็นว่าสื่อมวลชนไม่ได้มีอิทธิพลมากมายหรือโดยตรงต่อประชาชน แต่ต้องทำงานร่วมกับปัจจัยอื่น

อย่างไรก็ดี ลอว์เรนซ์ วอลแลค (Lawrence Wallack) ไม่ได้เห็นด้วยกับทั้ง 3 ทฤษฎีที่กล่าวมา โดยเขาเห็นว่า สื่อมวลชนไม่ได้มีผลต่อสุขภาพ แต่ขึ้นกับบุคคลนั้นๆ ว่าจะเลือกรับอย่างไร (อ้างใน นิภาพรรณ สุขศิริ, 2540 : 5-6)

ความแตกต่างของผู้รับสารทั้งเรื่องลักษณะประชากร จิตวิทยา วัฒนธรรมมีผลต่อรูปแบบการคิดและวิธีการทำความเข้าใจของบุคคลต่างๆ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละที่ การใช้สื่อมวลชนอย่างเดียวย่อมไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มคนทุกกลุ่มได้เท่ากัน ในลักษณะเช่นนี้ สื่อบุคคลจะมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งผู้ส่งสารทุกคนต้องคำนึงถึง ซึ่งตามทฤษฎีโน้มน้าวใจ สื่อบุคคลจะมีบทบาทสำคัญมากในเรื่องของการโน้มน้าวใจคนให้ปฏิบัติตามได้มากกว่าสื่อมวลชน สื่อบุคคลถือว่ามีมีความสำคัญอย่างยิ่งและเป็นแกนหลักในการนำนวัตกรรมไปสู่กลุ่มเป้าหมาย ฉะนั้นในการสื่อสารสาธารณสุขจึงต้องอาศัยสื่อบุคคลด้วย ดังภาพข้างต้นที่ชี้ให้เห็นถึงอิทธิพลของบุคคลอื่นๆ รวมทั้งบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจของบุคคลในด้านสุขภาพ

นอกจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล การพัฒนาทางเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศในปัจจุบัน ส่งผลให้ Internet มีบทบาทสำคัญมากขึ้น ซึ่งถือเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการดูแล

สุขภาพ จากที่มีแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาสุขภาพและรวมไปถึงผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพมากมาย

ราคอฟสกี และแอสซาฟ (Rakowski and Assaf, 1990) ได้ศึกษาถึงการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ใหญ่ในชุมชนตัวอย่าง เพื่อหาความสัมพันธ์และความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านอื่น ๆ พบว่า กลุ่มที่มีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารมากมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้านอื่น ๆ มากด้วย แต่การไปรับบริการด้านสุขภาพที่เป็นแบบแผนกลับไม่มีความสัมพันธ์กับการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการกระทำดังกล่าวอยู่ภายใต้อิทธิพลของบุคลากรทางการแพทย์ ผลการศึกษาโดยรวมสนับสนุนให้เห็นถึงความสำคัญของการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวของบุคคล

แคทาแลน และเบอร์เนอร์ (Catalan and Brener, 1994) ได้ศึกษาถึงเรื่องสุขภาพของใคร่ครวญเกี่ยวกับการตัดสินใจและการแสวงหาข้อมูลข่าวสารในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV และกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มวิชาชีพ พบว่า ทั้งสองกลุ่มต้องการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล โดยกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มวิชาชีพมีความต้องการให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยเอง ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยต้องการแสวงหาข้อมูลข่าวสารมากกว่า และกลุ่มผู้ที่ไม่มีอาการมีแนวโน้มที่จะดูแลตัวเองได้ดีกว่ากลุ่มผู้ที่มีอาการแล้ว

มุฮา และสมิท (Muha and Smith, 1998) ได้ศึกษาการใช้และการเลือกแหล่งในการแสวงหาข้อมูลข่าวสาร ประสิทธิภาพในการบริการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็ง พบว่า ข้อมูลข่าวสารช่วยในการตัดสินใจในการรับการรักษา เพราะข้อมูลข่าวสารทำให้รู้สึกว่ามีความรู้เพิ่มขึ้น และทำให้เข้าใจกับทางเลือกในการรักษาต่าง ๆ ทำให้สามารถเลือกการรักษาได้ดีขึ้น อายุและการศึกษามีผลต่อการแสวงหาข้อมูลข่าวสารอย่างมาก นอกจากข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วยังมีแหล่งอื่น ๆ อีก เช่น ห้องสมุด ร้านหนังสือ ผู้ป่วยคนอื่น เพื่อน ญาติ เป็นต้น

รีเบคคา และคลอเดีย (Rebecca and Claudia, 1998) ได้ศึกษาการยึดเหนี่ยวและการแตกสลาย : บทบาทของข้อมูลข่าวสาร เครือข่ายระหว่างบุคคลในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพพบว่า การสื่อสารระหว่างบุคคลทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในด้านต่าง ๆ ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ทั้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวและในกลุ่มเพื่อน ซึ่งนอกจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารแล้วยังมีการบอกเล่าถึงประสบการณ์อย่างสร้างสรรค์เกี่ยวกับสุขภาพด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

ตั้งแต่ศตวรรษที่ 14 มีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียด โดยมีผู้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นความยากลำบาก (hardship) ความลำบาก (straits) ความทุกข์ยาก (adversity) หรือความเจ็บปวดทรมาน (affliction) (Lumsden, as cited in Lazarus, 1984) ส่วนการศึกษาเรื่องความเครียดในวงการแพทย์ เริ่มในศตวรรษที่ 19 โดยมีแนวคิดว่า ความเครียด และความตึงเครียดเป็นพื้นฐานของความเจ็บป่วย (Hinkle, as cited in Lazarus, 1984) ต่อมาในปี ค.ศ. 1936 ฮาน เซลเย (Hans Selye) มองความเครียดว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายจากการกระตุ้นทั้งร่างกาย และจิตใจ หรือเรียกว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (stressor) ซึ่งความเครียดไม่ใช่ผลของตัวกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม แต่เป็นการตอบสนองทางสรีรวิทยา ในระหว่างปี ค.ศ. 1950 – ค.ศ.1977 แนวคิดและผลงานความเครียดของเซลเยได้รับความสนใจ และถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลาย (Hinkle, as cited in Lazarus, 1984)

ต่อมานักสังคมวิทยา และนักจิตวิทยา ให้แนวคิดที่แตกต่าง โดยนักสังคมวิทยามองความเครียดซึ่งนิยมใช้คำว่าตึงเครียด (strain) ว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของปัญหาด้านสังคมของบุคคล คือ บุคคลเกิดความรู้สึกแปลกแยก ไร้พลังอำนาจ และโดดเดี่ยว (McClosky & Schaar, as cited in Lazarus, 1984) มีผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิต การฆ่าตัวตาย และอาชญากรรม (Smeler, as cited in Lazarus, 1984) ส่วนนักจิตวิทยามองความเครียดว่าเป็นพยาธิสภาพทางจิต แต่ใช้คำว่าความวิตกกังวลมากกว่าความเครียด งานวิจัยของนักจิตวิทยาในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 จึงเน้นการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวล (Lazarus, 1984)

ปี ค.ศ. 1966 ลาซาลัส (Lazarus) ได้เผยแพร่แนวคิดใหม่เกี่ยวกับความเครียด โดยให้ความหมายความเครียด ว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินว่าความสัมพันธ์นั้นมีความเกี่ยวข้องกับตนเองหรือมีผลในทางที่ติดต่อกับตนเองหรือเกิดความเครียดเมื่อเกิดความเครียดบุคคลจะประเมินว่าความเครียดนี้เป็นสิ่งทำลายหรือเป็นอันตรายหรือถูกคุกคามขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ของบุคคล (Lazarus, 1984)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำรูปแบบทางชีวพฤติกรรมของความเครียดของมิลเลอร์, สมิท, และโรธสไตน์ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) มาเป็นกรอบแนวความคิดในการศึกษา เนื่องจากกรอบแนวคิดนี้อธิบายการเกิดความเครียดในเชิงที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมและปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล รวมทั้งการตอบสนองของบุคคลต่อความเครียด เป็นอาการที่สามารถประเมินได้โดยตรงทั้งนี้ มิลเลอร์, สมิท, และโรธสไตน์ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นภาวะความตึงเครียดที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลรับรู้ต่อแรงกดดันทั้งภายใน และ

ภายนอกตนเอง ทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงมีปฏิกิริยาตอบสนองเกิดอาการในระบบต่าง ๆ แรงกดดันจะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

แรงกดดันที่เกิดขึ้นนั้น มีทั้งแรงกดดันภายใน และภายนอก ซึ่งแรงกดดันภายนอกมี 2 ด้าน คือ ด้านกายภาพ (physical) และด้านจิตสังคม (psychosocial) แรงกดดันด้านกายภาพได้แก่ แรงโน้มถ่วงของโลก มลภาวะทางอากาศ ทางเสียง สภาพอากาศที่แปรปรวน โดยทั่วไปแล้วแรงกดดันทางกายภาพได้เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเสมอไป ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และผลที่จะเกิดขึ้น เช่น ฝนตกอาจทำให้เกษตรกรพึงพอใจ เป็นต้น แต่เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้อาศัยในเมืองที่ต้องเดินทาง ส่วนแรงกดดันด้านจิตสังคม จะเกี่ยวข้องกับ ครอบครัว บุคคล สังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเงิน และปัญหาที่พบในที่ทำงานหรือโรงเรียน แรงกดดันภายใน มี 2 ด้าน คือ ด้านความต้องการทางสรีรวิทยา และด้านจิตใจ ความต้องการด้านสรีรวิทยา ได้แก่ ความหิว กระจาย อ่อนล้า เจ็บปวด ความต้องการทางเพศ ความต้องการขับถ่าย ความต้องการด้านจิตใจ ได้แก่ มุมมองที่มีต่อตนเองว่าเราเป็นใคร กำลังทำอะไร มีสิทธิพื้นฐานหรือสิทธิพิเศษอย่างไร ความคาดหวังที่ต่อตนเอง และผู้อื่นที่มีต่อตนเอง ความผิดพลาดในอดีตที่ผ่านมา

ณ ช่วงเวลาหนึ่ง บุคคลจะเผชิญกับแรงกดดันภายนอกหลาย ๆ อย่างพร้อมกัน แต่บุคคลจะรับรู้และจัดการกับแรงกดดันได้ในขอบเขตที่จำกัด จึงต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของแรงกดดันนั้น ๆ ถ้าบุคคลไม่สามารถจัดการได้จะเกิดภาวะตึงเครียดขึ้น และแรงกดดันภายในจะเป็นตัวเสริมของแรงกดดันภายนอก ทำให้เกิดภาวะตึงเครียดมากขึ้น การที่บุคคลเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เป็นแรงกดดันหรือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเดียวกัน แต่บุคคลมีโอกาที่จะเกิดความเครียดได้แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยของบุคคล ได้แก่ ภาวะทางกายภาพ การปฏิบัติในการดูแลตนเอง และแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาของบุคคล เช่น การมองโลกในแง่ดี การมีแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ทำให้บุคคลมีความไวต่อความเครียด (Susceptibility of stress) ไม่เท่ากัน ภาวะทางกายภาพเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวภาพ การปฏิบัติในการดูแลตนเอง เกี่ยวข้องกับสุขนิสัยหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต ส่วนแหล่งประโยชน์ในด้านครอบครัว ด้านการเงิน ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ และแหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคล มิลเลอร์, สมิท, และโรธสไตน์ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) อธิบายว่า บุคคลสามารถที่จะเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดได้โดยการมีสุขนิสัยที่ดี และการใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

บุคคลที่มีความต้านทานต่อความเครียดน้อย เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นแรงกดดันภายนอกและภายในที่มีมาก บุคคลจะตัดสินใจว่าสถานการณ์นั้นเป็นภาวะตึงเครียด และเมื่อบุคคลรับรู้ถึงภาวะตึงเครียดร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยอัตโนมัติ โดยที่บุคคลนั้นไม่รู้ตัว

พลังงานสำรองของร่างกายจะถูกนำมาใช้ ปฏิกริยาไฟฟ้าของผิวหนัง การหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อตึงตัว หลอดเลือดหดตัว เลือดจะไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น การเผาผลาญอาหารเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ระบบภูมิคุ้มกันถูกกระตุ้น เกิดเลือดเข้มข้นขึ้นทำให้เลือดแข็งตัว ไตเก็บโซเดียมไว้มากขึ้น ฯลฯ กระบวนการต่าง ๆ เหล่านี้ถูกควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบต่อไรร่วมต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากแอดรีนาลีน (Adrenaline) สารชีวเคมีและฮอร์โมนต่าง ๆ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993)

ร่างกายจะมีปฏิกริยาตอบสนองใน 7 ระบบ ได้แก่ ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic nervous system) ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ระบบลิมบิก (Limbic system) คือสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ระบบนีโอคอร์ติคอล (Neocortical system) คือ สมองส่วนที่ควบคุมการคิด ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน (Miller, Smith, & Rothstein, 1993)

อาการหรือปฏิกริยาที่ตอบสนองเมื่อเกิดความเครียด

อาการหรือปฏิกริยาที่ตอบสนองเมื่อเกิดความเครียด สามารถแบ่งตามระบบ ได้ดังนี้ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993)

1. อาการเครียดในระบบกล้ามเนื้อ

ระบบกล้ามเนื้อเกี่ยวข้องกับความเครียดเพราะว่าเป็นพื้นฐานที่จำเป็นต้องใช้เมื่อเกิดการต่อสู้หรือหนี ถึงแม้ส่วนอื่น ๆ จะเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมพร้อมกับการหนี แต่หากกล้ามเนื้อไม่มีความพร้อมเราก็ไม่สามารถปลอดภัย ดังนั้นจึงเป็นเหตุให้กล้ามเนื้อต้องมีปฏิกริยาที่เร็วก่อนส่วนอื่น เมื่อเกิดความเครียดกล้ามเนื้อได้แรงกดดันมากขึ้น การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อมีความสำคัญต่อปฏิกริยาต่อสู้หรือหนี ซึ่งเป็นการตอบสนองเมื่อเกิดแรงกดดัน ประสาทซิมพาเทติกหลั่งนอร์แอดรีนาลีน (Noradrenaline) ทำให้กล้ามเนื้อมีการเกร็งตัว ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อภาวะคุกคามหรืออันตราย

2. อาการเครียดในระบบประสาทพาราซิมพาเทติก

ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก เป็นระบบประสาทที่ลดปฏิกริยาต่อการกระตุ้นของร่างกาย ควบคุมการเต้นของหัวใจ ระบบย่อยอาหาร การขับถ่าย และเพศ เมื่อเกิดความเครียดจะทำให้เกิดการระคายเคืองของกระเพาะอาหาร ลำไส้ ระบบขับถ่าย และการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบ อาการที่เกิดขึ้น เช่น คลื่นไส้ จุกเสียด ท้องเสีย ท้องผูก เป็นต้น แม้ความเครียดจะหายไปแต่อาการเหล่านี้อาจจะยังอยู่ เมื่อได้รับการกระตุ้นเพียงเล็กน้อยอีกครั้ง ก็จะเกิดอาการได้

3. อาการเครียดในระบบประสาทซิมพาเทติก

ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานประสานกับระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ในเวลาปกติ จะทำหน้าที่รักษาสมดุลของการไหลเวียนโลหิต เมื่อเกิดความเครียดระบบนี้จะมีบทบาทที่กระตุ้นทุกส่วนให้ตื่นตัวรับมือสถานการณ์ ในเวลาปกติประสาทซิมพาเทติกควบคุมการหลั่งนอร์แอดรีนาลีนในปริมาณเล็กน้อย เพื่อกระตุ้นให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานปกติ ในเวลาเครียดระบบประสาทนี้จะสั่งให้ต่อมแอดรีนัล (Adrenal gland) หลั่งนอร์แอดรีนาลีนเพิ่มขึ้นในกระแสเลือดพร้อมกับแอดรีนาลีน สารสำคัญตัวนี้ทำให้ร่างกายทุกส่วนตื่นตัว

หากความเครียดระดับสูงกระตุ้นร่างกายบ่อย ๆ จะทำให้หัวใจทำงานผิดปกติ ความดันโลหิตสูง หรือปวดศีรษะข้างเดียวซึ่งเกิดจากการหดตัวของเส้นเลือดฝอยไปเลี้ยงสมอง

4. อาการเครียดด้านอารมณ์

เมื่อความเครียดกระตุ้นร่างกายมากจนถึงขีดอันตราย มักทำให้เกิดอารมณ์ โกรธ กังวล เศร้าตามมา ปกติเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นร่างกายและอารมณ์จะถูกกระตุ้น โดยผ่านระบบลิมบิก อารมณ์ของความเครียดมี 3 อาการดังกล่าว ซึ่งมักจะแยกลำบาก ดังนั้น เมื่อเกิดความเครียดขึ้นบุคคลจะรับรู้เพียงว่าไม่สบายใจ

5. อาการเครียดด้านความคิด

ความคิดเป็นกระบวนการทำงานที่ซับซ้อนของสมองหลายส่วน ที่ต้องทำงานประสานกัน ความเครียดทำลายขีดขวางการทำงานของส่วนต่าง ๆ ดังกล่าว สิ่งที่เกิดขึ้น คือ สารแอดรีนาลีนจากสมองส่วนที่เรียกว่า แอสเซนดิง เรติคิวลา แอคทิเวชัน (Ascending Reticular Activation System :ARAS) จะกระตุ้นทุกส่วนของสมองให้ทำงานเร็วเป็นสองเท่าของปกติ สมองจะกระตุ้นส่วนของอารมณ์ด้วย ซึ่งทำให้ความคิดเร็วขึ้นไปอีก เมื่อรู้สึกกดดันมาก ร่างกายก็จะถูกกระตุ้นมากขึ้นทำให้สมองทำงานมากจนเกินไป ภาวะเช่นนี้ ความคิดก็จะเร็วจนเกินไป ความคิดไม่ต่อเนื่อง ความจำเสีย การตัดสินใจก็จะไม่เหมาะสม จะทำอะไรที่ขาดการยับยั้งไว้ตรอง หลังจากนั้นปัญหาที่จะตามมาอีก คือ เราจะชินต่อภาวะของสมองที่ถูกกระตุ้น คิดว่านั่นคือภาวะที่ปกติของเรา เป็นผลให้บางคนใช้สารเคมีหรือยาเสพติดเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายคึกคักขึ้น เมื่อรู้สึกตัวว่าสงบลงแล้วถ้าถูกกระตุ้นครั้งต่อไป ARAS จะไวมากขึ้น แอดรีนาลีนเพียงเล็กน้อยก็จะมีผลต่อสมอง

6. อาการเครียดในระบบต่อมไร้ท่อ

ระบบฮอร์โมนเป็นอีกระบบที่ถูกกระตุ้นมากในเวลาที่มีความเครียด ทั้งนี้เพื่อเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับความเครียด สมองส่วนที่เรียกว่าไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) กระตุ้นต่อพิทูอิทารี (Pituitary gland) หลังฮอร์โมนไปกระตุ้นต่อมต่าง ๆ ในส่วนอื่นของร่างกาย ฮอร์โมนที่มีบทบาทสำคัญ คือ ฮอร์โมนแอดรีโนคอร์ติโคโรปิค (Adrenocorticotrophic hormone; ACTH) และคอร์ติซอล (Cortisol) ที่ ACTH หลังจากชั้นนอกของต่อมอดรีนัล ACTH มีบทบาทสำคัญที่เป็นประโยชน์มากในเวลาที่ต้องเตรียมพร้อม เช่น เพิ่มน้ำตาลในตับ และกระตุ้นอินซูลิน (Insulin) จากตับอ่อน

เพื่อเพิ่มพลังกำลังเวลาที่เราต้องสู้หรือหนี คอร์ติซอลเพิ่มภูมิคุ้มกันและทำให้สมองตื่นตัว และกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ในระหว่างนี้จะป้องกันไม่ให้เกิดอาการรวมหรือภูมิแพ้

ระหว่างที่ฮอร์โมนจำนวนหนึ่งทำงานอย่างหนัก ตัวอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องก็จะทำงานช้าลง เช่น ฮอร์โมนเพศทำงานช้าลง ทำให้ความต้องการทางเพศลดลงเวลาที่มีความเครียด ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย ส่วนในเพศหญิงจะมีประจำเดือนไม่ปกติ ฮอร์โมนสำหรับการเจริญเติบโตเช่นกันจะหลั่งน้อยลงทำให้เด็กเติบโตช้าเป็นต้น

7. อาการเครียดในระบบภูมิคุ้มกัน

ระบบภูมิคุ้มกันแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ฮิวโมรอล (Humoral) และ เซลลูลาร์ (Cellular) ส่วนฮิวโมรอลนั้น อยู่ในของเหลวที่อยู่ในร่างกายทำหน้าที่ต่อสู้กับเชื้อโรคและไวรัสต่าง ๆ ที่เข้ามาในร่างกาย ถ้าทำงานผิดปกติจะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เช่น ไข้หวัด เป็นต้น ส่วนเซลล์ลูลาร์นั้นอยู่ในเซลล์ทำหน้าที่ต่อสู้กับไวรัสที่เข้าไปทำอันตรายเซลล์ ถ้าทำงานผิดปกติอาจทำให้เกิดเนื้องอกหรือเป็นมะเร็ง

ความเครียดมีผลต่อความแข็งแรงของระบบภูมิคุ้มกัน ปกติระบบนี้จะป้องกันร่างกายให้ปราศจากโรค มีสุขภาพดีโดยการทำงานอย่างเงียบ ๆ มีประสิทธิภาพ และเป็นอิสระ คอร์ติซอลและแอดรีนาลีนที่กระตุ้นร่างกายมีผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานมากขึ้นหรือน้อยลงกว่าปกติ ถ้าทำงานมากจะทำลายเนื้อเยื่อส่วนดีไปด้วยทำให้เกิดโรคภูมิแพ้ หากเสียหรือน้อยลงจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง

อาการหรือปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดดังกล่าวมีลักษณะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิดของความเครียด

ชนิดของความเครียด

ปฏิกิริยาตอบสนองจะทำให้เกิดอาการแสดงออกในระบบต่าง ๆ หรือไม่ขึ้นอยู่กับการลึกลงเข้าไปในขอบเขตอันตรายของการปลุกเร้าทางสรีรวิทยา (Physiological arousal danger zones) มากน้อยเพียงใด หากปฏิกิริยาตอบสนองมีความแรง (Intensity) และระยะเวลา (Duration) ไม่มากถึงระดับของขอบเขตอันตรายของการปลุกเร้าทางสรีรวิทยาจะยังไม่เกิดอาการของความเครียด

มิลเลอร์, สมิท, และโรทสไตน์ (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) แบ่งความเครียดเป็น 3 ชนิด ตามลักษณะเฉพาะ อาการ ระยะเวลาที่เกิด และวิธีการรักษา ดังนี้

1. ความเครียดเฉียบพลันหรือความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวเพียงครั้งเดียว (Acute stress or single-episode acute stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่ เกิดขึ้นในระยะสั้น ๆ ซึ่งร่างกายจะถูกกระตุ้นถึงขอบเขตอันตรายของการปลุกเร้าทางสรีรวิทยา ดังแสดงในภาพที่

2 ทำให้มีอาการเครียดปรากฏในระบบกล้ามเนื้อ และระบบประสาทพาราซิมพาเธติก อาการแสดงที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการในระบบทางเดินอาหาร เช่น จุกเสียด แสบยอดอก แผลในกระเพาะอาหาร ท้องอืด ท้องเสีย ท้องผูก ลำไส้เคลื่อนไหวนผิดปกติ เป็นต้น อาการในระบบกล้ามเนื้อ เช่น ปวดศีรษะจากความเครียด ปวดหลัง ปวดกระดูก เป็นต้น และการปลุกเร้าถึงขอบเขตอันตรายเป็นครั้งคราวมีผลทำให้เกิดอาการในระบบหลอดเลือดและหัวใจ เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ปวดศีรษะข้างเดียว มือเท้าเย็น หนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก เป็นต้น ความเครียดชนิดนี้จะทำให้รู้สึกตื่นเต้นเร้าใจเพียงเล็กน้อย แต่จะทำให้รู้สึกหมดกำลังไปมาก ความเครียดชนิดนี้เกิดขึ้นได้กับคนส่วนมาก และพบได้ในชีวิตประจำวัน แต่ไม่ก่อให้เกิดความเครียดได้มากเท่ากับความเครียดระยะยาว วิธีการบำบัด คือ การควบคุมกำกับตนเอง (Self-regulation) ในระยะเวลา 8-12 สัปดาห์

2. ความเครียดที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ (Recurrent, episodic acute stress) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน แต่เกิดขึ้นซ้ำกันบ่อย ๆ ทำให้การปลุกเร้าทางสรีรวิทยาอยู่ในขอบเขตอันตรายเป็นเวลานานขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 3 ความเครียดที่สะสมจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทซิมพาเธติก ระบบลิมบิก และระบบนีโอคอร์ติคอล เป็นอาการที่คุกคามชีวิตได้ มักเกิดในผู้ที่มีชีวิตลำบากแสนท้อ และเหตุการณ์วิกฤตที่เข้ามาอย่างรวดเร็ว และต้องดำรงอยู่เป็นเวลานาน ดังเช่น กรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในระยะแรกเมื่อได้รับการวินิจฉัยนับเป็นแรงกดดันแรก หลังจากนั้นต้องเข้ารับการรักษา เช่น การผ่าตัดเต้านม เป็นต้น ตามด้วยการรักษาวิธีอื่น ๆ ขึ้นกับระยะการดำเนินของโรค ซึ่งผู้ป่วยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายที่ทำให้เกิดแรงกดดันอีก สำหรับมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 โดยทั่วไปจะใช้ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 6 เดือน

ในบุคคลทั่วไปความเครียดชนิดนี้เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลไม่สามารถจัดการกับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ มักเกิดขึ้นกับบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอ (Type A behavior) ได้แก่ บุคคลที่มีความก้าวร้าว ตี้อัน ชอบการแข่งขัน และมีความวิตกกังวลไม่สิ้นสุด (Ceaseless) รูปแบบการดำเนินชีวิต และบุคลิกภาพเป็นนิสัยที่ทำให้คนกลุ่มนี้มองเห็นสิ่งผิดพลาดในชีวิตตนเอง และมักกล่าวโทษว่าเป็นเพราะผู้อื่นหรือโทษสิ่งแวดล้อม อาการแสดงของความเครียดที่พบ ได้แก่ ปวดศีรษะเรื้อรัง ปวดศีรษะข้างเดียว ความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก และโรคหัวใจ การรักษาต้องเป็นลำดับขั้นตอนโดยการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ

3. ความเครียดเรื้อรัง (chronic stress) เป็นความเครียดที่มีการปลุกเร้าทางสรีรวิทยาอยู่ในขอบเขตอันตรายตลอดเวลา ดังแสดงในภาพที่ 4 เนื่องจากระดับความทนของบุคคลลดลง ด้วยอาจมีปัจจัยเสริม เช่น สารเคมีที่บุคคลนั้นใช้ การพักผ่อนนอนหลับที่ไม่เพียงพอ ภาวะโภชนาการ ความเครียดเรื้อรังเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถหาทางแก้ไขสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ถ้า

หากว่าแรงกดดันจากการได้รับการวินิจฉัยและการรักษาเกิดขึ้นในเวลาใกล้เคียงกัน และผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้

บุคคลที่มีความเครียดเรื้อรังจะไม่ตระหนักรู้ถึงความเครียดที่เกิดขึ้น และไม่รู้ว่าการต่าง ๆ เกิดขึ้นเนื่องจากความเครียดนั้น เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นยาวนาน มีผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ และการมีชีวิตอยู่ หากความเครียดนี้ดำเนินไปตลอดจะทำให้บุคคลไม่มีความหวังและไม่คิดจะหาวิธีแก้ไข มีอันตรายที่รุนแรงถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้ เนื่องจากทำให้เกิดผิดปกติในระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน นำไปสู่ความรู้สึกหมดหนทาง หมดหวัง และท้อแท้ หรือบางครั้งอาจเกิดจากการได้รับประสบการณ์ในอดีตที่ฝังใจกลายเป็นบาดแผลในใจบุคคลที่มีความเครียดเรื้อรังมักไม่ได้รับความสนใจจากบุคคลอื่น ๆ เพราะเป็นความคุ้นเคยและชินต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้น

ความเครียดเรื้อรังอาจมีผลทำให้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย การใช้ความรุนแรง โรคหลอดเลือดสมองหรือเป็นโรคมะเร็ง ทั้งนี้เป็นเพราะแหล่งประโยชน์ทางร่างกายและจิตใจถูกบั่นทอนเป็นระยะเวลานาน อาการที่เกิดขึ้นต้องมีการรักษาด้วยการบำบัดพฤติกรรม และการจัดการกับความเครียด

4. ความเครียดจากการบาดเจ็บ (traumatic stress) เกิดจากการที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น อุบัติเหตุ การถูกทำร้ายทางเพศ ทางร่างกาย วาจา หรือจิตใจ การสูญเสียบุคคลที่รัก เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังที่เรียกว่า อาการเครียดหลังจากได้รับบาดเจ็บ (post-traumatic stress disorder: PTSD) ซึ่งจะทำให้บุคคลยังคงมีความทรงจำเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เจ็บปวดนั้น และกระตุ้นให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น อารมณ์สับสน เป็นต้น

ปัจจัยหลายประการมีส่วนเพิ่มความเครียดจากการบาดเจ็บ เช่น การถูกทำร้ายโดยบุคคลที่เคารพรักจะทำให้เกิดความเครียดมากกว่าการถูกทำร้ายโดยบุคคลที่ไม่รู้จัก และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุขณะเล่นกีฬาจะเกิดความเครียดน้อยกว่า การถูกบุคคลอื่นทำร้าย เป็นต้น นอกจากนี้การบาดเจ็บซ้ำซากที่ไม่มีโอกาสจะหลบหลีกได้ เช่น การถูกทารุณกรรมในครอบครัว เป็นต้น จะทำให้ความเครียดสูงชันมากเช่นกัน การบาดเจ็บในลักษณะดังกล่าวจะส่งผลกระทบยาวทำให้จิตใจเกิดอาการซึมเศร้า วิตกกังวล พฤติกรรมผิดปกติ บุคลิกภาพผิดปกติ และฆ่าตัวตายในที่สุด ความเครียดจากการบาดเจ็บจะบรรเทาได้ด้วยการช่วยเหลือสนับสนุนของชุมชน จะทำให้บุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือยังรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีคนเอื้ออาทร มีความหวังและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

การมีความเครียดในระดับที่เหมาะสมจะช่วยผลักดันให้บุคคลไปสู่ความสำเร็จได้ แต่ถ้ามักเกินไปอาจมีผลเสียต่อสุขภาพ โดยทำให้สุขภาพเสื่อมลง

ระดับความเครียด

ระดับความเครียดเป็นความรุนแรงที่บุคคลรับรู้หรือรู้สึกได้จากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มาคุกคาม (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา, 2540) มีผู้แบ่งระดับความเครียดไว้แตกต่างกัน โดยมีเลออร์, สมิท, และโรสเตน (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ตามคะแนนของแบบวัดที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินความเครียดไม่ได้ให้คำอธิบายในรายละเอียด อย่างไรก็ตามสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และพิมพ์มาศ ตาปัญญา (2540) ได้สร้างแบบวัดความเครียดสวนปรงขึ้น โดยพัฒนาจากรูปแบบทางชีวพฤติกรรมของความเครียดของมิลเลอร์, สมิท, และโรสเตน (Miller, Smith, & Rothstein, 1993) และอธิบายถึงความเครียดแต่ละระดับไว้ ดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ (mild stress) เป็นความเครียดขนาดเล็กน้อย สามารถหายไปได้เองในระยะเวลาสั้น เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตใช้พลังงานเล็กน้อยในการปรับตัว จัดเป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

2. ความเครียดระดับปานกลาง (moderate stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือมีเหตุการณ์ที่สำคัญ บุคคลจะมีการตอบสนองออกมาในลักษณะความกลัว ความวิตกกังวล ฯลฯ จัดอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่รุนแรง เป็นความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้นมากกว่าจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย

3. ความเครียดระดับสูง (high stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง บุคคลไม่สามารถปรับตัวลดความเครียดนั้นได้ในระยะเวลาสั้น ๆ จัดเป็นความเครียดในระดับอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาอาจทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง

4. ความเครียดระดับรุนแรง (severe stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ล้มเหลวในการปรับตัว เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ควบคุมตนเองไม่ได้ จัดเป็นความเครียดในระดับอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายเกิดโรคตามมา

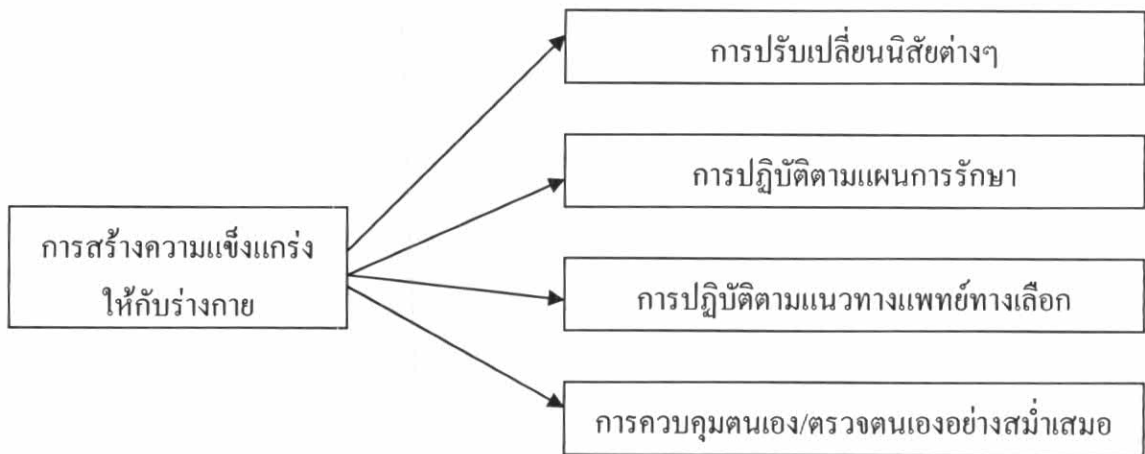
การระบุว่าบุคคลใดมีความเครียดระดับใด จำเป็นต้องมีการประเมินความเครียด

แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกิดขึ้นภายหลังจากที่ได้รับข้อมูลข่าวสารแล้ว และผู้ป่วยตัดสินใจที่จะยอมรับรู้และกระทำตามสิ่งที่สื่อเสนอ ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านใหญ่ๆ 2 ด้าน ได้แก่ (วัชรภรณ์ เปาโรหิตย์, 2549 : 81-115)

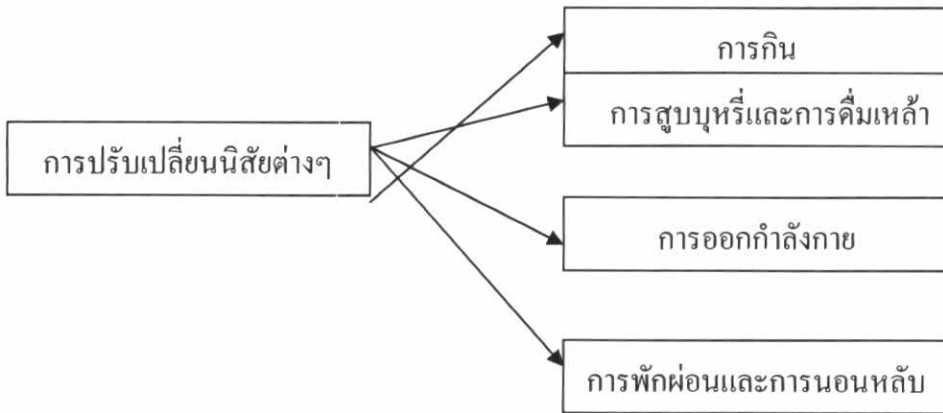
7.1 ด้านร่างกาย หรือ การสร้างความแข็งแกร่งให้กับร่างกาย (Building Physical Strong)

การสร้างความแข็งแกร่งให้กับร่างกายเป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อสร้างและเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย โดยการปรับเปลี่ยนนิสัยต่างๆ การปฏิบัติตามแผนการรักษา, การปฏิบัติตามแนวทางแพทย์ทางเลือก และการควบคุมตนเอง/ตรวจตนเองอย่างสม่ำเสมอ หลังจากที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาแล้ว ผู้ป่วยจะตระหนักว่าควรสร้างความแข็งแกร่งให้กับร่างกายอยู่เสมอ ดังต่อไปนี้



แผนภาพแสดงการจำแนกประเภทของการสร้างความแข็งแกร่งให้กับร่างกาย

1. การปรับเปลี่ยนนิสัยต่างๆ คือ การเปลี่ยนแปลงจากนิสัยเดิมไปสู่นิสัยใหม่ ทั้งทางด้าน การกิน, การสูบบุหรี่, การดื่ม, การออกกำลังกาย, การพักผ่อน และการนอนหลับโดยการหลีกเลี่ยง การกินอาหารบางประเภท, หยุดการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์, ออกกำลังกายให้มากขึ้น และพักผ่อนให้เพียงพอ การเปลี่ยนแปลงนิสัยไปในทางที่ดีนี้ได้รับอิทธิพลจากการเปิดรับข้อมูล ข่าวสารและความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยเชื่อว่าสาเหตุการเกิดมะเร็งนั้นเกี่ยวข้องกับ การกินอาหาร, การสูบบุหรี่, การดื่มแอลกอฮอล์, การขาดออกกำลังกายและการพักผ่อนไม่ เพียงพอ



แผนภาพแสดงการจำแนกประเภทของการปรับเปลี่ยนนิสัยต่างๆ

1.1 *การกิน* ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและการดูแลรักษาทางด้านการปรับเปลี่ยนนิสัยการกินเพื่อสร้างความแข็งแรงให้กับร่างกาย เนื่องจากสาเหตุของการเกิดมะเร็งมาจากอาหารที่กินเข้าไป และจากความร้อนของร่างกาย มีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของมะเร็งว่าเกี่ยวข้องกับอาหาร เช่น สารพิษในอาหาร และ อาหารต้องห้าม ผู้ป่วยบางรายเชื่อว่าอาหารบางประเภทสามารถป้องกันมะเร็งได้ เช่น อาหารที่ประกอบไปด้วยวิตามินและแอนติออกซิแดนท์ ผู้ป่วยมะเร็งจึงให้ความสนใจอย่างมากที่จะเลือกประเภทอาหารในการกิน มากไปกว่านั้นผู้ป่วยยังระมัดระวังที่จะซื้อ, เตรียม, ปิ้งอาหาร และเก็บอาหาร ผู้ป่วยได้ทราบข้อมูลว่าอาหารบางประเภท เช่น อาหารไหม้เกรียม, อาหารทอดและอาหารย่าง/ปิ้ง ประกอบด้วยสารก่อมะเร็ง ดังนั้นผู้ป่วยจึงปฏิบัติตัวโดยการหลีกเลี่ยงการกินอาหารเหล่านี้ ผู้ป่วยมะเร็งหลายรายได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีปรับเปลี่ยนอาหารให้เหมาะสมหลังจากการรักษา มะเร็ง บางรายตระหนักรู้เกี่ยวกับสารอาหารซึ่งให้ประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยเพิ่มความแข็งแรงทางร่างกายและลดโอกาสการเป็นมะเร็ง ดังนั้นผู้ป่วยจึงเปลี่ยนการกินแบบเดิมไปสู่การกินอาหารที่ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์แทน นอกจากนั้นยังกินอาหารโดยคำนึงถึงประโยชน์เป็นหลักและการกินอาหารซึ่งเป็นธัญพืช การงดเว้นการบริโภคเนื้อสัตว์ บริโภคแต่พืชผักผลไม้ อาหารมังสวิวัติ และอาหารเสริม

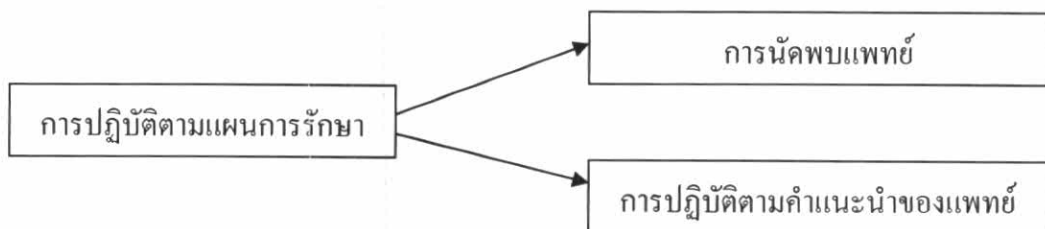
1.2 *การสูบบุหรี่และการดื่มเหล้า* เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดมะเร็ง หลังจาก que ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและได้รับการรักษาจากแพทย์ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารที่ว่า บุหรี่และแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของมะเร็ง ผู้ป่วยควรหยุดสูบบุหรี่และดื่มเหล้าเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งและฟื้นฟูร่างกาย แบบแผนการใช้ชีวิต

1.3 *การออกกำลังกาย* การเปลี่ยนแปลงนิสัยการออกกำลังกายจากเดิมไป เป็นการออกกำลังกายมากขึ้น เพื่อชีวิตที่มีสุขภาพดี จากข้อมูลข่าวสารและความเชื่อที่ว่า

สาเหตุของมะเร็งเกี่ยวข้องกับความอ่อนแอของร่างกาย ผู้ป่วยค้นพบวิธีการปฏิบัติตัวโดยการเพิ่มความแข็งแรงให้กับร่างกายซึ่งทำให้อาการดีขึ้นโดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ, กินอาหารที่มีประโยชน์ และใช้การแพทย์ทางเลือกตามความเชื่อของการป้องกันมะเร็ง นอกจากนี้ยังมีการออกกำลังกายแบบอื่นๆ เช่น โยคะ, ชีวจิต ฯลฯ เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับร่างกาย ผู้ป่วยต้องออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องทุกวันเนื่องจากการได้รับรู้ถึงผลประโยชน์จากการออกกำลังกาย

1.4 การพักผ่อนและการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงนิสัยการพักผ่อนและการนอนหลับเกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยรับรู้ว่าการพักผ่อนและการนอนหลับมีผลต่อความแข็งแรงของร่างกาย และเป็นพฤติกรรมที่สำคัญในการฟื้นฟูร่างกายให้กลับสู่สภาพแข็งแรง ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งส่วนมากมักพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ บางรายนอนไม่หลับตอนกลางคืน ตื่นง่ายบ่อยครั้ง หลังจากที่ผู้ป่วยได้เปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพ จึงพบว่าการนอนหลับนั้นสำคัญมากเพราะการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้ร่างกายอ่อนแอและทรุดโทรมลง ดังนั้นภายหลังจากการเปิดรับข่าวสารแล้วผู้ป่วยจึงเปลี่ยนมาพักผ่อนและนอนหลับให้เพียงพอในแต่ละวัน

2. การปฏิบัติตามแผนการรักษา คือ การนัดพบแพทย์และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การนัดพบแพทย์ต้องพบเป็นประจำและมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจหาความผิดปกติทางร่างกาย ส่วนการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ได้แก่ การทำตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัดและการกินยาอย่างถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยเชื่อว่าการปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจและเชื่อในแผนการรักษาของแพทย์ว่าเป็นวิธีการรักษาหลักเพราะข้อมูลข่าวสารที่ผู้ป่วยได้รับเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นมะเร็งถูกกำหนดโดยผลของการรักษาตามแผนการรักษา ยาแผนปัจจุบันสามารถรักษาโรคและช่วยยืดอายุผู้ป่วยได้ จากการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลด้านการรักษาโรคมะเร็งพบว่าผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่มั่นใจเกี่ยวกับผลที่ตามมาของการรักษา ซึ่งผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด เพื่อที่จะทำให้อาการแข็งแรงและปลอดภัยมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้



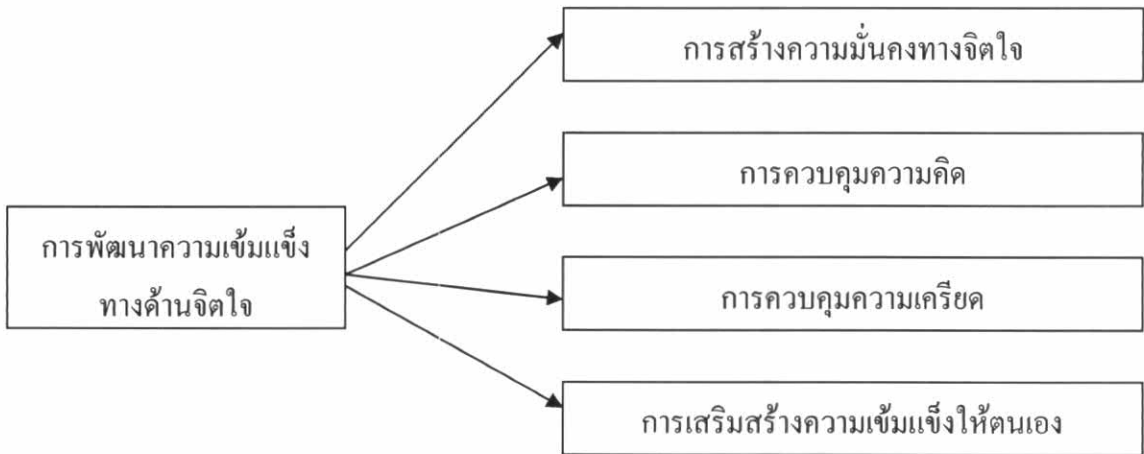
แผนภาพแสดงการจำแนกประเภทของการปฏิบัติตามแผนการรักษา

3. การปฏิบัติตามแนวทางแพทย์ทางเลือก นอกเหนือจากการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันแล้วผู้ป่วยยังใช้การแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย โดยการหาอาหารเสริม, สมุนไพร, ชีวจิต, การรักษากับพระ และการอบเซาว์น้ำ เพื่อสร้างความแข็งแรงให้กับร่างกาย การได้รับข้อมูลข่าวสารจากหนังสือ, สื่อมวลชน และการสนับสนุนจากเพื่อน, การสนับสนุนจากคนในครอบครัว และการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพเป็นแหล่งข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะใช้วิธีรักษาตามแนวทางแพทย์ทางเลือก ความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของแต่ละวิธีของการแพทย์ทางเลือกทำให้ผู้ป่วยมีการค้นหาวิธีการที่จะใช้การรักษาแบบนี้ แนวทางแพทย์ทางเลือกสามารถสร้างความคิดในแง่บวกหรือการมองโลกในแง่ดีเกี่ยวกับผลที่ตามมาของการรักษาที่คาดหวังไว้ ผู้ป่วยบางรายบอกว่าประสิทธิภาพของการแพทย์ทางเลือกบางประเภทช่วยเพิ่มความแข็งแรงให้กับร่างกายและเพิ่มระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย เช่น การอบเซาว์น้ำ, การกินอาหารเสริมและวิตามิน สมุนไพรบางชนิด เช่น หญ้าปักกิ่ง และเห็ดหลินจือ สามารถรักษามะเร็งได้

4. การควบคุมตนเอง/ตรวจตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยการเฝ้าดูหรือสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยระมัดระวังเกี่ยวกับสถานภาพทางร่างกายโดยการถามถึงผลการตรวจจากแล็บ, การปรึกษาแพทย์ และพบแพทย์เมื่อเกิดความผิดปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลา โดยสรุปผู้ป่วยสามารถสร้างความแข็งแรงให้กับร่างกายได้โดยการใช้ปฏิบัติตัวดังนี้ การปรับเปลี่ยนนิสัยต่างๆ, การปฏิบัติตามแผนการรักษา, การปฏิบัติตามแนวทางแพทย์ทางเลือก และการควบคุมตนเอง/ตรวจตนเองอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดมะเร็งและคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวล้วนมีอิทธิพลต่อวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งทั้งสิ้น

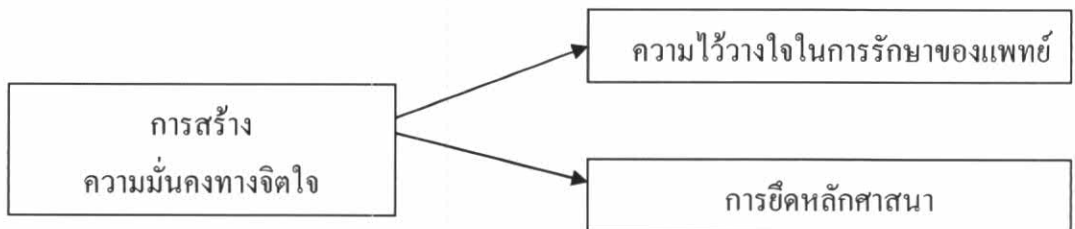
7.2 การพัฒนาความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ (Developing Psychological strength) หรือ การทำจิตใจให้เข้มแข็ง

กล่าวถึงความคิดและการกระทำของผู้ป่วยที่จะทำให้สภาพทางจิตใจเข้มแข็งขึ้น โดยการสร้างความมั่นคงทางจิตใจ, การควบคุมความคิด, การควบคุมความเครียดและการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ตนเอง โดยปกติแล้วผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลเมื่อเป็นมะเร็ง ซึ่งความรู้สึกนี้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ความคิดและการกระทำของผู้ป่วยในการพัฒนาความเข้มแข็งทางด้านจิตใจได้รับอิทธิพลมาจากการเปิดรับข่าวสารและความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคมะเร็งและการป้องกัน รวมทั้งคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว



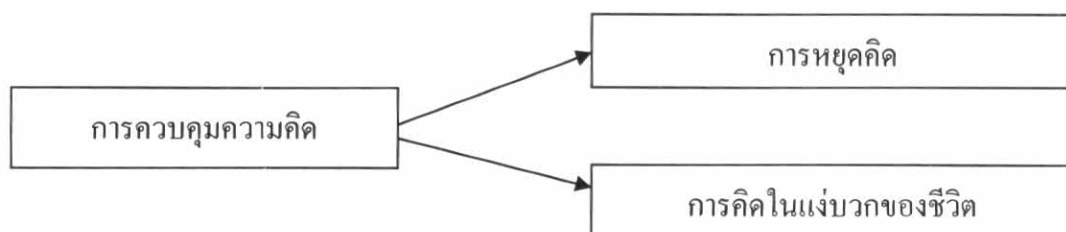
แผนภาพแสดงการจำแนกประเภทของการพัฒนาความเข้มแข็งทางจิตใจ

1. การสร้างความมั่นคงทางจิตใจ คือ การหาที่ปลอดภัยทางจิตใจซึ่งก็คือ ความไว้วางใจในการรักษาของแพทย์ (การปฏิบัติตามคำแนะนำและการพบแพทย์ตามนัด) และการยึดหลักศาสนา วิธีนี้เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอย่างหนึ่งในการเผชิญกับปัญหาจากโรคมะเร็ง มีการค้นพบว่า ศาสนาพุทธได้เข้ามามีส่วนในการสร้างความรู้สึกรับรู้ความเข้มแข็งทางจิตใจและให้กำลังใจกับผู้ป่วยได้



แผนภาพแสดงการจำแนกประเภทของการสร้างความมั่นคงทางจิตใจ

2.การควบคุมความคิด โดยปกติผู้ป่วยมะเร็งจะมีความคิดวิตกกังวลเรื่องร่างกายและมีความเครียดซึ่งจะมีผลกระทบในการดำเนินชีวิตและการทำงานรวมทั้งชีวิตครอบครัวด้วย การควบคุมความคิดสามารถทำได้โดยการหยุดคิดและการคิดในแง่บวกของชีวิต

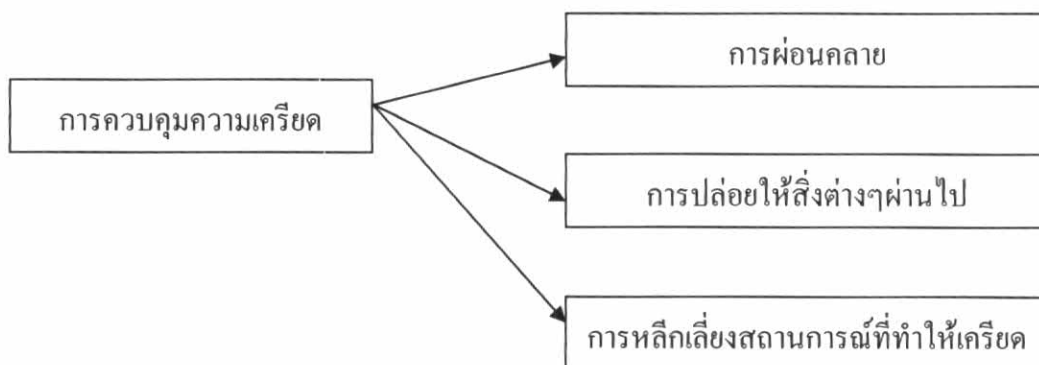


แผนภาพแสดงการจำแนกประเภทของการควบคุมความคิด

2.1การหยุดคิด เกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากโรค เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความโศกเศร้าทางอารมณ์ ซึ่งทำได้โดยการทำตัวให้ยุ่งโดยการทำงานหรือทำบางสิ่งบางอย่าง ผู้ป่วยควรหาบางสิ่งบางอย่างมาทำ เช่น การทำสิ่งของด้วยมือ ได้แก่ กระเป่า, ผ้าพันคอ, การถักด้วยไหมพรม, การเย็บปักถักร้อยเสื้อ, การแกะสลักผลไม้ นอกจากนี้ยังสามารถทำโดยการจดจ่อกับเหตุการณ์ที่เป็นอยู่จริงในปัจจุบัน ผู้ป่วยมะเร็งจะพบกับเหตุการณ์ต่างๆที่เป็นการคุกคามต่อชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยต้องพยายามไม่กังวลเกี่ยวกับความน่ากลัวของโรคที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้ป่วยควรสนใจเฉพาะสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเท่านั้น เช่น ภาวะกรดในกระเพาะ และอาการท้องผูก ฯลฯ แล้วจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องที่เป็นในขณะนั้นๆ

2.2การคิดในแง่บวกของชีวิต คือการคิดถึงการได้รับผลประโยชน์จากการเป็นโรคมะเร็งซึ่งเป็นวิธีปฏิบัติที่ช่วยควบคุมความคิดเกี่ยวกับโรคและทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น ซึ่งช่วยสร้างให้ชีวิตมีค่าขึ้นและมีกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ ผลประโยชน์จากการเป็นโรคมะเร็ง เช่น ได้ปฏิบัติตัวในการดูแลร่างกายอย่างดีในการควบคุมอาหาร, การพักผ่อน, ได้ใช้เวลาว่างทำสิ่งที่ตัวเองชอบ เป็นต้น

3.การควบคุมความเครียด ทำได้โดยการหาบางสิ่งมาทำให้ผ่อนคลาย, การปล่อยให้สิ่งต่างๆผ่านไป (ไม่สนใจในสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด) และการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เครียด (เช่น หลีกเลี่ยงการบอกถึงความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่, การเปลี่ยนงานใหม่เพื่อหลีกเลี่ยงสภาวะเดิมที่เคร่งเครียด ฯลฯ)



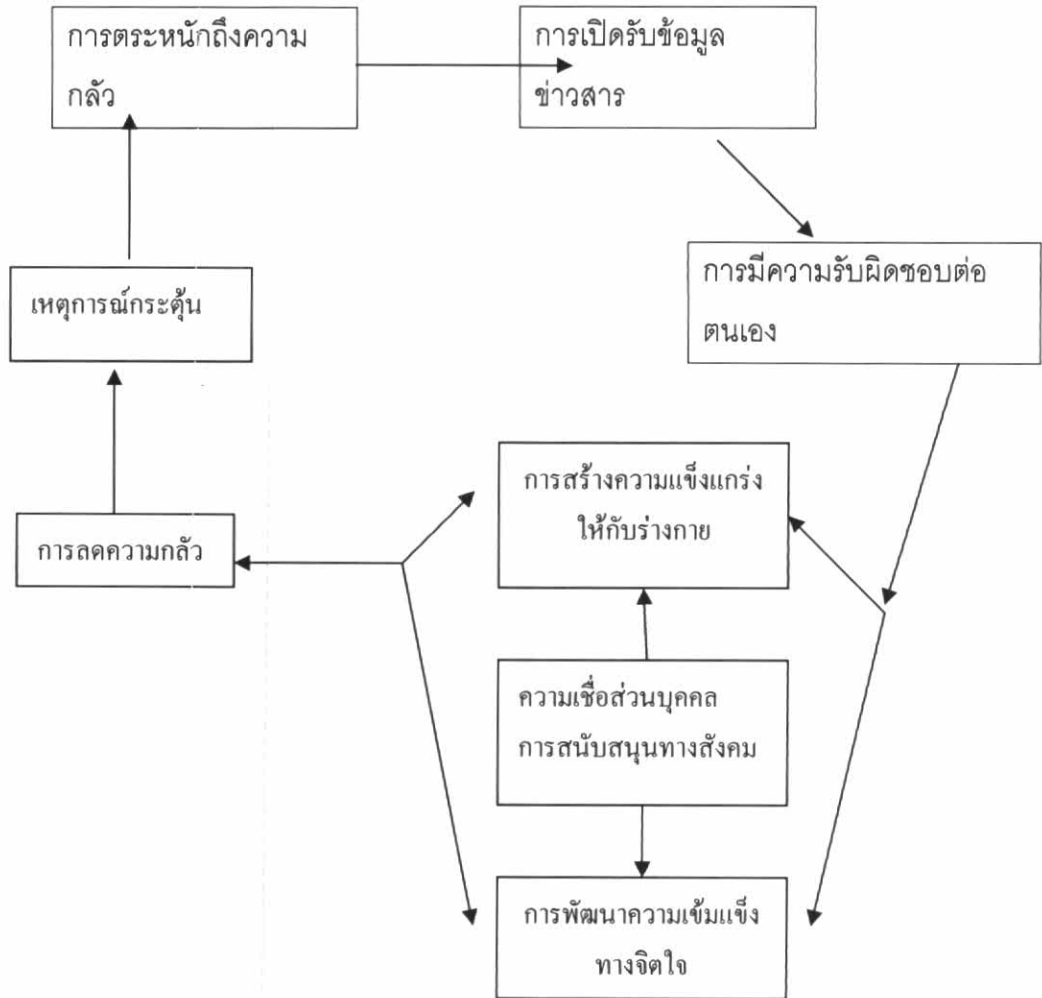
แผนภาพแสดงการจำแนกประเภทของการควบคุมความเครียด

4. การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ตนเอง เป็นวิธีการปฏิบัติที่จะพัฒนาความกล้าให้ตนเองในการต่อสู้กับโรคซึ่งทำได้โดยการมีความกล้าหาญ (ไม่กลัวโรคมะเร็ง ไม่ยอมแพ้ และต่อสู้กับโรค), การคิดในแง่บวก (มีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับโรคและมีกำลังใจต่อสู้กับโรค), การใช้ชีวิตตามปกติ และปรับปรุงการประเมินค่าตนเอง (ทำให้ตัวเองมีคุณค่าและพอใจกับการมีชีวิตอยู่ เช่น แบ่งประสบการณ์การเป็นมะเร็งให้ผู้อื่นและช่วยเหลือผู้ป่วยคนอื่นในการจัดการปัญหาจากโรคมะเร็ง ฯลฯ)



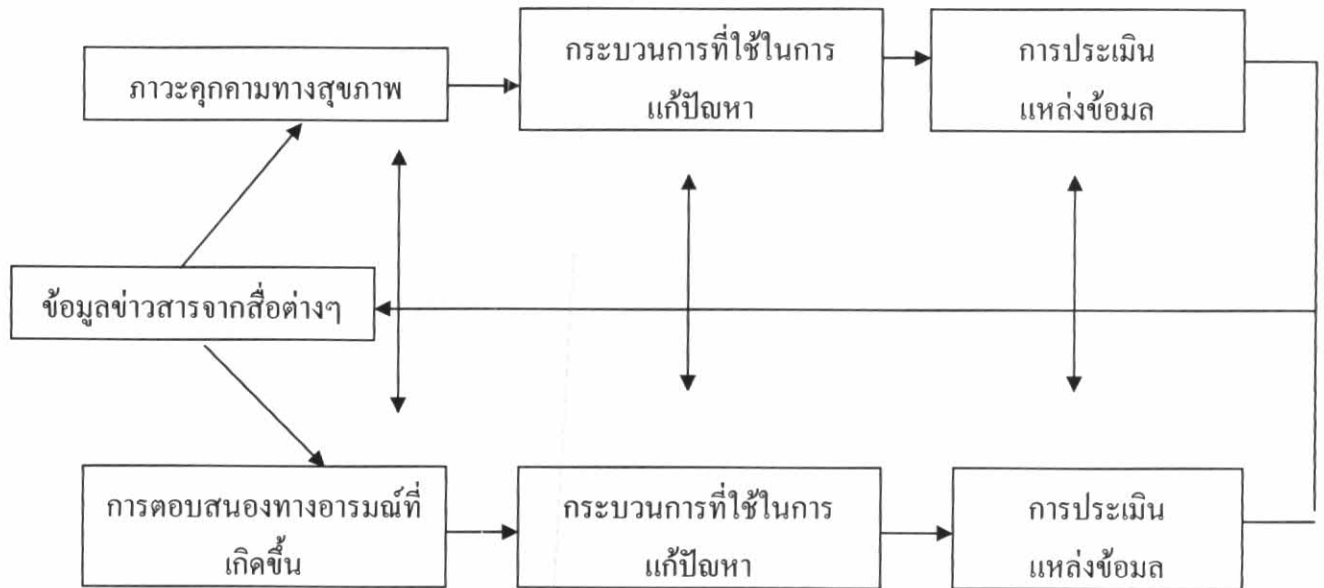
แผนภาพแสดงการจำแนกประเภทของการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ตนเอง

ทั้งนี้ รายละเอียดของการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาจาก ส่วนหนึ่งของ “แบบจำลองที่อธิบายการมีชีวิตอยู่ด้วยการควบคุมความกลัวจากโรคมะเร็ง” ดังนี้



แบบจำลองการมีชีวิตอยู่ด้วยการควบคุมความกลัวจากโรคมะเร็ง

นอกจากนี้ผู้วิจัยจะอธิบายสถานการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยใช้ “แบบจำลองการควบคุมตนเองตามการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง” ควบคู่ไปกับแบบจำลองข้างต้น เพื่อให้ผู้ที่สนใจศึกษาเกิดความเข้าใจชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนี้



แบบจำลองการควบคุมตนเองตามการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง

แบบจำลองนี้อธิบายการเปิดรับข่าวสาร คือ ถ้าข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ แสดงถึงสภาวะคุณภาพต่อสุขภาพ ก็จะส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึก ดังนั้นผู้ป่วยจึงแสวงหาวิธีการปฏิบัติในการลดหรือหลีกเลี่ยงแหล่งหรือสิ่งที่จะก่อให้เกิดภาวะคุณภาพต่อสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยจากสื่อต่าง ๆ นั้นเอง

จากแบบจำลอง 1 และ 2 ที่ยกมาข้างต้น สามารถสรุปเชื่อมโยงได้ว่า ภายหลังจากการเปิดรับข่าวสารแล้วผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะแสวงหาวิธีการที่จะลดความตึงเครียดทางอารมณ์ โดยการปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลข่าวสารต่างๆ

ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม

สำหรับแนวคิดนี้ เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร ๒ กลุ่ม โดยมีการสื่อสารเป็นตัวแปรต้น ส่วนตัวแปรตามคือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และพฤติกรรม (Practice) โดยมีหลักการที่ว่า ในการสื่อสารเพื่อพัฒนานั้น ทั้งความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันเป็นสายโซ่ ที่อาจเริ่มจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งแล้ว สอดคล้องกับตัวแปรอื่น ๆ ตามมา โดยไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นด้วย K-A-P อันเป็นสูตรสำเร็จ

ความรู้ (Knowledge) ในที่นี้เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้รับผ่านประสบการณ์ โดยการเรียนรู้จากการตอบสนอง แล้วจัดระบบโครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำ (ข้อมูล) กับสภาพจิตใจ ด้วยเหตุนี้ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรรซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตใจของตนเอง ความรู้จึงเป็นกระบวนการภายใน อย่างไรก็ตามความรู้ก็อาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของมนุษย์ได้ต่อไป

ทักษะ (Attitude) เป็นความรู้สึกและความนึกคิดต่อคนรอบข้าง วัตถุและสิ่งแวดล้อม โดยทัศนคตินั้นมีรากฐานมากจากความเชื่อที่อาจส่งผลด้านพฤติกรรมในอนาคตได้ ทัศนคติจึงเป็นเพียงความพร้อมที่จะตอบสนองสิ่งเร้า และทัศนคดียังเป็นพรหมแดนเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับพฤติกรรม โดยทัศนคติของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้หลายวิธี ซึ่งจุมพล รอดคำดี (๒๕๓๒) ได้กล่าวถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติว่ามีอยู่ ๓ ระดับ คือ

๑.) การเปลี่ยนแปลงความคิด สิ่งที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ จะมาจากข้อมูลข่าวสารใหม่ ซึ่งอาจจะมาจากสื่อมวลชนหรือบุคคลอื่นๆ

๒.) การเปลี่ยนแปลงความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงในระดับนี้มากจากประสบการณ์ หรือความประทับใจ หรือสิ่งทำให้เกิดความสะเทือนใจ

๓.) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินงาน ซึ่งไปมีผลต่อบุคคล ทำให้ต้องปรับพฤติกรรมเสียใหม่

พฤติกรรม (Practice) เป็นการกระทำหรือพฤติกรรมใดๆ ของคนเราส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นการแสดงออกของบุคคล โดยมีพื้นฐานที่มีจากความรู้และทัศนคติของบุคคล การที่บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกัน ก็เนื่องมาจากมีความรู้และทัศนคติที่แตกต่างกัน ซึ่งความแตกต่างของความรู้และทัศนคติเกิดจากความแตกต่างในการเปิดรับสื่อ และความแตกต่างในการแปลความหมายของสารที่ได้รับ สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดประสบการณ์สั่งสมที่แตกต่างกัน อันมีผลต่อ

พฤติกรรมของแต่ละบุคคล โดยทั่วไปการใช้การสื่อสารเพื่อโน้มน้าวพฤติกรรมนั้นมีวิธีการดังนี้ (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533: 123)

1. การปลุกเร้าอารมณ์ (Emotional Arousal) เพื่อให้เกิดความตื่นเต้นเร้าใจในการติดตามไม่ว่าด้วยภาพหรือเสียง
2. ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) การแสดงความอ่อนโยน เสียสละ และความกรุณาปราณี ยอมแพ้เพื่อความเป็นพระชนะเป็นมารก็อาจโน้มน้าวใจผู้อื่นให้ยอมรับได้
3. การสร้างแบบอย่างขึ้นในใจ (Internalized Norms) การสร้างมาตรฐานอย่างหนึ่งขึ้นเพื่อให้มาตรฐานนั้นปลูกศรัทธา และเป็นตัวอย่างแก่ผู้รับสารที่ต้องปฏิบัติตาม
4. การให้รางวัล (Reward) เช่น การลดแลกแจกแถมในการโฆษณาเพื่อเป็นการจูงใจให้ซื้อสินค้าที่หอนั้นๆ

ซึ่งผลการโน้มน้าวใจด้วยวิธีการดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดพฤติกรรมพื้นฐานได้ 2 แบบ คือ กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมใหม่ หรือมีพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง (Activation) และหยุดยั้งพฤติกรรมเก่าๆ (Deactivation) ทั้งการกระตุ้น และการหยุดยั้งเป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมอื่นๆ ตามมา เช่น การตัดสินใจวินิจฉัยต่อประเด็นปัญหา การจัดยุทธวิธีดำเนินงาน และการสร้างพฤติกรรมเพื่อส่วนรวม

ดังนั้น ในกระบวนการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจเชื่อว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมจะมีลักษณะเป็นไปในเชิงเส้นตรง นั่นคือ การให้ความรู้แก่ผู้รับสารจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติตามและผู้ส่งสารต้องการ และส่งผลไปยังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในที่สุดผลการวิจัยหลายชิ้น แสดงให้เห็นว่า บางครั้งความสัมพันธ์ก็เป็นไปในทางเส้นตรงตามที่ทำนายไว้ แต่บางครั้งมีช่องระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม นั่นคือ ความรู้เปลี่ยนแปลง แต่ทัศนคติไม่เปลี่ยนแปลงหรือผู้รับสารมีการเปลี่ยนทัศนคติแต่ไม่เปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้เช่นกัน

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการเปิดรับข่าวสาร ความเครียดและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมซึ่งสามารถใช้แนวคิดนี้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ป่วยภายหลังการเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการรักษาได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นันทพร อติเรกโชติกุล (2542) ศึกษา "การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทัศนคติกับการตรวจ มะเร็งเต้านมของสตรีในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา" พบว่า

1. โทรทัศน์เป็นสื่อมวลชนที่สตรีเปิดรับมากที่สุด สำหรับสื่อเฉพาะกิจพบว่าสตรีเปิดรับ ข่าวสารจากโปสเตอร์มากที่สุด และสื่อบุคคลพบว่าสตรีเปิดรับข่าวสารจากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงานมากที่สุด
2. สตรีที่มีอายุ อาชีพ รายได้และการศึกษาต่างกั้มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับ โรคมะเร็งแตกต่างกัน
3. การตรวจมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการตรวจมะเร็งเต้านมและการ เปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมจากสามี/เพื่อนชาย, ญาติพี่น้อง, เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงานและบุคลากรทางการแพทย์
4. ความน่าเชื่อถือของหนังสือพิมพ์, นิตยสาร, บิดา/มารดา, ญาติพี่น้อง, เพื่อนบ้าน/เพื่อน ร่วมงานและบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม
5. สตรีต้องการให้เผยแพร่โรคมะเร็งเต้านมทางโทรทัศน์มากที่สุด และต้องการทราบเรื่อง ปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด

สุวรรณิ โพธิศรี (2534) ศึกษาการเปิดรับสื่อ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการ ป้องกันโรคเอดส์ ของผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 6 เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า

การเปิดรับข่าวสารโรคเอดส์ สื่อที่เปิดรับมากที่สุดคือ โทรทัศน์ รองลงมาคือ หนังสือพิมพ์ เอกสารเผยแพร่ คู่มือ และเพื่อน ตามลำดับ

อายุ รายได้ และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเปิดรับข่าวสารจากหนังสือพิมพ์และ โปสเตอร์ อาชีพ และรายได้มีความสัมพันธ์กับการสื่อสารกับคู่มือ เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และครู

ปริมาณการเปิดรับข่าวสารโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ ทัศนคติ และ พฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์

สื่อมวลชนเป็นสื่อที่มีบทบาทในการให้ความรู้ และยอมรับปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ สูงสุด

อุไรศรี อะสันตารี (2541) ศึกษา "ปัจจัยที่มีผลต่อการนำเด็กไปรับวัคซีนโปลิโอใน โครงการรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอ ในเขตเมือง จังหวัดหนองคาย" พบว่า

1. อายุและระดับการศึกษาที่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการนำเด็กไปรับวัคซีนโปลิโอต่างกัน
2. คุณลักษณะทางนวรรรมของวัคซีนโปลิโอมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการนำเด็กไป รับวัคซีนโปลิโอ

3. พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการนำเด็กไปรับวัคซีนโปลิโอ
4. พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารอธิบายพฤติกรรมการนำเด็กไปรับวัคซีนโปลิโอได้มากกว่า ลักษณะทางประชากรและคุณลักษณะทางนวัตกรรมการรับวัคซีนโปลิโอ

ณัฐพรรณ ศรีमुख (2541) ศึกษา “การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมการยอมรับวิถีชีวิตตามหลักชีวิตจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร” พบว่า

1. การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับวิถีชีวิตตามหลักชีวิตจิตจากหนังสือของ ดร.สาทิส อินทรกำแหง และวารสารเกี่ยวกับชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตตามหลักชีวิตจิต
2. การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับวิถีชีวิตตามหลักชีวิตจิตจากสื่อ โทรทัศน์ นิตยสาร บุคคลในครอบครัวหนังสือของ ดร.สาทิส อินทรกำแหงและวารสารเกี่ยวกับชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติเกี่ยวกับวิถีชีวิตตามหลักชีวิตจิต
3. การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับวิถีชีวิตตามหลักชีวิตจิตจากสื่อมวลชน สื่อบุคคล และสื่อเฉพาะกิจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการยอมรับวิถีชีวิตตามหลักชีวิตจิต
4. ผู้ที่มี เพศ อายุ สถานภาพการสมรส แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการยอมรับวิถีชีวิตตามหลักชีวิตจิตแตกต่างกัน
5. การเปิดรับสื่อจากหนังสือพิมพ์ บุคคลในครอบครัว และเพื่อนฝูง หนังสือของ ดร.สาทิส อินทรกำแหง วิดีโอเกี่ยวกับชีวิต แผ่นพับ และลักษณะทางประชากร เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายเรื่องการยอมรับวิถีชีวิตตามหลักชีวิตจิต

วาทีนิ บุญชลาภ และคณะ (2536) ศึกษาเกี่ยวกับสื่อเอ็ดส์ การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อพิจารณาสื่อในอนาคตพบว่า สื่อที่ได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์มากที่สุด คือ โทรทัศน์ รองลงมาคือวิทยุ โปสเตอร์และหนังสือพิมพ์ และมีความเห็นว่าสื่อที่นำเสนอทางโทรทัศน์มีความทันสมัยและน่าเชื่อถือ ควรมีการแยกกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน และครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย และมีการนำเสนอเรื่องราวทั้งในเมืองและชนบท

วินิตา ชวนางกุล (2539) ศึกษา “การเปิดรับสื่อ ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับความรู้และปริมาณการเปิดรับข่าวสารโรคเอดส์จากสื่อบางประเภท แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโรคเอดส์

เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย (2544) ศึกษา “ความเข้มแข็งอดทนและความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม” พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมมีความเข้มแข็งอดทนระดับสูง โดยมีมิติด้านความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย และความสามารถที่จะอดทนในระดับสูงเช่นกัน
2. กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดโดยรวมระดับต่ำ เมื่อพิจารณาอาการเครียดหลายด้านพบว่า อาการเครียดในระบบกล้ามเนื้อ อาการเครียดในระบบประสาทซิมพาทิก อาการเครียดด้านความคิด และอาการเครียดในระบบภูมิคุ้มกันมีระดับต่ำ และความเครียดด้านอาการเครียดในระบบประสาทพาราซิมพาทิก อาการเครียดด้านอารมณ์ และอาการเครียดในระบบต่อมไร้ท่ออยู่ในระดับปานกลาง
3. ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในระดับต่ำ ($r=-.31$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

กนกนุช ชินเลิศสกุล (2539) ศึกษา “ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม” พบว่า กระบวนการอยู่กับมะเร็งเต้านมของสตรีไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงเริ่มต้นจากการรับรู้ความผิดปกติของเต้านมอย่างบังเอิญและต่อเนื่องไปจนกระทั่งถึงช่วงใกล้ความตาย จำแนกได้ 3 ระยะ คือ ระยะก่อนจะพบโรค ระยะเมื่อพบโรค และระยะอยู่กับความเจ็บป่วย

ก่อนจะพบโรค สตรีให้ความหมายของก่อนความผิดปกติ 3 ความหมาย ได้แก่ เป็นเพียงความผิดปกติ เป็นเนื้องอก และเป็นมะเร็ง ส่วนการตอบสนองต่อการรับรู้ความผิดปกติในขั้นต้น จำแนกเป็น 2 แบบ ได้แก่ การปล่อยปละละเลย กับการแสวงหาคำตอบ ซึ่งเมื่อพบโรคมะเร็งเต้านมแล้ว สตรีมีการตอบสนองต่อความคิดความรู้สึกทางลบ 2 วิธี ได้แก่ การปลดปล่อยความกดดัน และแสวงหาทางแก้ไข กับการปรับเปลี่ยนความคิด ส่วนในระยะอยู่กับความเจ็บป่วย พบว่าชีวิตประจำวันของสตรีเปลี่ยนแปลงไปตามผลกระทบของการรักษาแต่ละวิธี ซึ่งอาจเป็นการผ่าตัดรังสีรักษา และเคมีบำบัด ตลอดจนการดำเนินของโรครายหลังการรักษา ซึ่งครอบคลุมทั้งภาวะปลอดอาการ กับการกลับเป็นซ้ำ แสดงให้เห็นว่าประสบการณ์ชีวิตสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมมีความหลากหลายขึ้นกับการรับรู้ของสตรีและผลลัพธ์การจัดการสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ปริญญา สนิกะวาที (2542) ศึกษา “ผลของการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด” พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังฝึกการสร้างจินตภาพลดลงจากก่อนฝึกการสร้างจินตภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองภายหลังได้รับเคมีบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ละเอียด ภัคติจิตต์ (2535) ศึกษา “ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังกับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับรังสีรักษา” พบว่า

1. ความคาดหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.651, p < .001$)
2. การเปรียบเทียบความหวังระหว่างกลุ่มที่ทราบการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกับกลุ่มที่ไม่ทราบการวินิจฉัยมีความหวังไม่แตกต่างกัน
3. พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดที่ผู้ป่วยใช้บ่อย 6 อันดับคือ การเลือกรับฟังเฉพาะสิ่งที่ดี การกระทำตามที่บุคคลอื่นคาดหวังและแนะนำ การพยายามลืมความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย การพยายามกระทำให้ดีที่สุดเพราะไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ได้และการพยายามปลอบใจตนเอง พฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดที่ผู้ป่วยใช้น้อยคือ การโทษผู้อื่น และการโทษสิ่งอื่น
4. ผู้ป่วยใช้พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์และความรู้สึก กับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหาโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

ประคอง อินทรสมบัติ (2520) ศึกษา “ความเครียดในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย” พบว่า

1. ผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม มีความเครียดทั้งส่วนรวมและแต่ละด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสนองสมมติฐานการวิจัยที่ว่า “ผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม มีความเครียดทั้งส่วนรวมและแต่ละด้านไม่แตกต่างกัน”
2. ผู้ป่วยชายและหญิง มีความเครียดโดยส่วนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านบรรยากาศสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและบุคลากร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านครอบครัวเศรษฐกิจสังคมและความเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานการวิจัยที่ว่า “ผู้ป่วยชายและหญิง มีความเครียดทั้งส่วนรวมและแต่ละด้านไม่แตกต่างกัน”

จากงานวิจัยทั้งหมดนี้จะเห็นว่าลักษณะของประชากรที่แตกต่างกัน มีการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่แตกต่างกัน สื่อที่เปิดรับน่าเชื่อถือและทันสมัยมากที่สุดคือ โทรทัศน์ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมมีความเข้มแข็งอดทนสูงและชีวิตประจำวันของสตรีเปลี่ยนแปลงไปตามผลกระทบของการรักษาแต่ละวิธีซึ่งอาจเป็นการผ่าตัด รังสีรักษาและเคมีบำบัด ตลอดจนการดำเนินของโรครายหลังการรักษา ผู้ป่วยจะเผชิญความเครียดโดยเลือกรับฟังเฉพาะสิ่งที่ดี ลืมความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย พยายามปลอบใจตนเอง พยายามกระทำให้ดีที่สุด เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข