



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์

สรุปผลการดำเนินงาน

ประสิทธิผลของโครงการพิชัยโมเดล (Pichai Model)
ในการป้องกันโรคมะเร็งปอดของประชาชนในตำบลพิชัย
อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
ประจำปีงบประมาณ 2566

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)

นางสาววรรภัทร	เชิงปัญญา	นายแพทย์ชำนาญการ
นางสาวณภัสนันท์	เจริญทรัพย์	นายแพทย์ชำนาญการ
นางสุพัตรา	ธรรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางปานจิตร	วงศ์ใหญ่	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายอัครวรรธ	จิตเย็น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวสุภมาศ	ลายเงิน	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
นางสาวสาวิตรี	ลิลิตวิศิษฏ์วงศ์	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
นายสุรศักดิ์	ตามล	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ
นางพัชยา	โพธิ์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวอาทิตยา	สินสุริยศักดิ์	เภสัชกรชำนาญการ
นางสาวเกวลี	วิฑโล	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นางสาวกฤติกา	ดีพัฒนกุล	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
นายทัศนัย	คำลำปาง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นางชนิดา	กันดี	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นายภาณุพงศ์	พลายสาร	พยาบาลวิชาชีพ
นางสาวอุดมภรณ์	กันทา	นักรังสีการแพทย์
นางสาวรัตติกาล	คำพนม	นักวิชาการสาธารณสุข
นางสาวสุภิญญา	บรรเลงจิตร	นักกายภาพบำบัด
นางสาวธัญญลักษณ์	ไชยทะนุ	นักสังคมสงเคราะห์
นางสาววิมล	ต๋อยแก้ว	นักประชาสัมพันธ์
นายธนภุต	อินทกุล	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาประสิทธิผลของโครงการพิชัยโมเดลในการป้องกันโรคมะเร็งปอดของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปางนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและสนับสนุนอย่างดียิ่งของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับโอกาสในการพิจารณาโครงการฯ และอนุมัติงบประมาณในการดำเนินโครงการฯ นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนและได้รับคำปรึกษาในการดำเนินโครงการฯ ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง นายแพทย์วีรวัด อุครานันท์ คณะผู้ทำงานโครงการฯ จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณท่านสองเมือง วงศ์ไชย นายกเทศมนตรีเมืองพิชัย ท่านมานิต อุ่นเครือ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลพิชัย ท่านผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 10 บ้านต้นมัน และหมู่ที่ 14 บ้านไร่ศิลาทอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำหมู่ที่ 10 บ้านต้นมัน และหมู่ที่ 14 บ้านไร่ศิลาทอง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นมัน ที่ช่วยประสานความร่วมมือระหว่างคณะทำงานโครงการฯ และประชากรในตำบลพิชัย ตลอดจนขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการฯ ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมโครงการฯนี้ รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องอีกหลายๆ ท่าน ที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้ทั้งหมด ที่มีส่วนช่วยให้โครงการฯ นี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คณะกรรมการดำเนินโครงการฯ

สิงหาคม 2566

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1 - 3
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1 - 2
1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการ	2
1.3 ขอบเขตของการวิจัย	3
1.4 นิยามศัพท์เฉพาะการวิจัย	3
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัยพื้นที่เป้าหมาย	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4 - 40
2.1 ข้อมูลทั่วไปตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง	4 - 8
2.2 โรคมะเร็งปอด	9- 12
2.3 ความรู้ เรื่อง พฤติกรรม	12-16
2.4 ความรู้ เรื่อง สุขภาพ	16-21
2.5 ทฤษฎีปัญหาทางสังคม (Social Cognitive Theory: SCT)	21-30
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	30-40
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	41 - 45
3.1 ระเบียบวิธีวิจัย	41 - 42
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42 - 43
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	44
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	45
บทที่ 4 ผลการดำเนินโครงการ	46 - 57
4.1 ผลการดำเนินการก่อนดำเนินโครงการ	46 - 52
4.2 ผลการดำเนินการจัดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1	53
4.3 ผลการดำเนินการจัดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 12	53 - 55
4.4 ผลการดำเนินสิ้นสุดโครงการ	55 - 57

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผล ข้อเสนอแนะ ข้อจำกัด และแผนการดำเนินงานในระยะต่อไป	58 – 63
5.1 สรุปผล	58 – 61
5.2 สรุปผลการดำเนินโครงการ	61
5.2 ข้อเสนอแนะ	62
5.3 ข้อจำกัด	63
5.4 แผนการดำเนินงานในระยะต่อไป	63
บรรณานุกรม	64 - 65
ภาคผนวก	66 – 79
- ภาคผนวก ก: แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง โรคมะเร็งปอดของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง	67 - 70
- ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบ หมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model)	71 - 79

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ปัจจุบันโรคมะเร็งปอดถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก จากรายงานขององค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer) ในปีพ.ศ. 2561 พบว่า โรคมะเร็งที่พบได้มากที่สุดคือมะเร็งปอดและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกเผยแพร่รายงานสถานการณ์มะเร็งทั่วโลก มะเร็งชนิดที่มีผู้ป่วยที่สุดและเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ โดยมะเร็งทั้งสามชนิดนี้ คิดเป็น 1 ใน 3 ของกรณีที่มีการตรวจพบทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มะเร็งปอดนั้น ถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งที่สูงที่สุดใน 28 ประเทศ และในปี พ.ศ.2562 มีผู้ป่วยรายใหม่ล้มป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมมากที่สุด รองลงมา คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหารช่องท้อง ขณะที่ มะเร็งปอดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้คนมากที่สุดใน ปีนี้ ถึง 1.8 ล้านคน¹ โรคมะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 1 ของประเทศไทยจากสถานการณ์ของโรคมะเร็งในภาพรวมของประเทศไทย พบว่าโรคมะเร็งปอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 16 ของเหตุการณ์เสียชีวิตทั้งหมด และมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ โดยประมาณอยู่ที่ 17,495 ราย และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 11,199 ราย²⁻³ โรคมะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 ในจังหวัดลำปาง ซึ่งปัจจุบันก็ได้พบว่ามียาจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เฉพาะในปี 2561 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด 2,290 ราย แยกเป็นเพศชาย 876 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.3 เป็นเพศหญิงจำนวน 1,414 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.7 ตามลำดับ⁴

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติทะเบียนมะเร็ง ในเขตตำบลพิชัย พบว่า โรคมะเร็งปอดเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพหลักของประชาชน 3 อันดับแรก โรงพยาบาลมะเร็งลำปางได้ตระหนักถึงความสำคัญด้านสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลพิชัย เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถจัดการตนเองได้ ทางโรงพยาบาลมะเร็งลำปางจึงได้จัดโครงการแก้ไขปัญหสุขภาพในตำบลพิชัย โดยใช้ชื่อว่า โครงการพิชัยโมเดล โดยดำเนินการตั้งแต่ค้นหาปัญหาสุขภาพและดำเนินการแก้ไขปัญห จากการทำนิงานที่ผ่านมา พบว่า หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทองและหมู่ที่ 14 บ้านต้นมัน พบปัญหาเกี่ยวกับการเผาขยะและปัญหาสุขภาพ เรื่อง มะเร็งปอด⁵

จากการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปอดของประชาชนตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง⁶ พบว่า ปัจจัยอายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการดื่มสุรา อาการเสี่ยงโรคมะเร็งปอด และปัจจัยความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปอดของประชาชน ดังนั้นความรู้เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ดังนั้นคณะวิจัยจึงได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อ นำมาหารูปแบบแนวทางการจัดกิจกรรมนำไปสู่แก้ไขปัญห โดยหลายการศึกษาได้ทำการจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น การศึกษาของวิชาญ มีเครือรอด⁷ ทำการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอศรีมาศ

จังหวัดสุโขทัย การจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและติดตามพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาของประหยัด ช่อไม้ และ อารยา ปรานประวิตร⁸ ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาดิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ผลการวิจัย โดยมีการอบรมให้ความรู้และการดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อติดตามการดำเนินงาน พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สำหรับด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) การศึกษาอริสรา สุขวัจฉี และ อัญชลีพร อมาตยกุล⁹ ได้ทำการศึกษา เรื่อง การจัดการสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชนบ้านม่วงหวาน โดยดำเนินการสนทนากลุ่ม ประชุมระดมสมอง สังเกตกระตุ้นและกล่าวเตือนเมื่อกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ชุมชนได้สนับสนุนการดูแลสุขภาพโดยให้ข้อเสนอแนะและให้ข้อมูล พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้ดูแลสุขภาพตนเองโดยการควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว ออกกำลังกาย จัดการความเครียด ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพการอบรมให้ความรู้ การสนทนากลุ่ม ประชุมระดมสมอง สังเกตกระตุ้นและกล่าวเตือน และการติดตามพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จะช่วยให้มีประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นหลังจากดำเนินการกิจกรรม นอกจากนี้ยังพบอีกหลายการศึกษาที่ได้ทำการศึกษาในการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาสุขภาพ¹⁰⁻¹² ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำแนวทางจัดกิจกรรมโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในตำบลพิชัย โดยจัดกิจกรรมให้อบรมความรู้ ประชุมระดมสมองสังเกตกระตุ้นและกล่าวเตือน และติดตามการป้องกันโรคมะเร็งปอดของประชาชนของหมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทองและหมู่ที่ 14 บ้านต้นมัน เพื่อที่จะนำผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะได้นำมาพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีทางด้านสุขภาพของคนในชุมชนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโครงการพิชัยโมเดลในการป้องกันโรคมะเร็งปอดของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของโครงการพิชัยโมเดลในการป้องกันโรคมะเร็งปอดของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม 2566 – กันยายน 2566

1.4 นิยามศัพท์เฉพาะการวิจัย

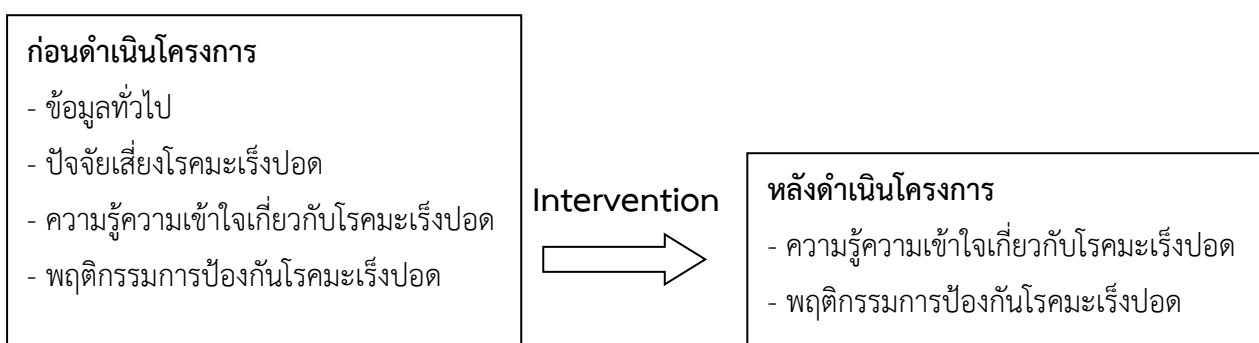
1.4.1 ประสิทธิภาพของโครงการพิชัยโมเดล หมายถึง ผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการพิชัยโมเดลในชุมชน ซึ่งได้จัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน เริ่มตั้งแต่ดำเนินการสำรวจปัญหา จัดกิจกรรมให้ความรู้ สนทนากลุ่ม(focus group) และติดตามการป้องกันโรคมะเร็งปอด โดยประสิทธิผลของโครงการพิชัยโมเดลวัดผลได้จาก ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมะเร็งปอด ที่มีการปรับเปลี่ยนจากก่อนเข้าร่วมโครงการจนกระทั่งเสร็จสิ้นโครงการ

1.4.2 โครงการพิชัยโมเดลในการป้องกันโรคมะเร็งปอดของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง หมายถึง การดำเนินแก้ไขปัญหาสุขภาพในรูปแบบการจัดทำโครงการพิชัยโมเดลในชุมชน ซึ่งกระบวนการดำเนินงานนั้นเริ่มตั้งแต่การสำรวจปัญหา การจัดทำประชาคม การแก้ไขปัญหา

1.4.3 โรคมะเร็งปอด หมายถึง โรคที่เกิดจากการมีเซลล์ผิดปกติในร่างกาย และเซลล์เหล่านี้มีการเจริญเติบโตรวดเร็วเกินปกติ ร่างกายควบคุมไม่ได้ เซลล์เหล่านี้จึงเจริญลุกลามและแพร่กระจายไปยังบริเวณปอด ซึ่งเกิดจากเยื่อหุ้มหลอดลมปอดที่ได้รับการระคายเคืองมาเป็นเวลานาน ซึ่งอาจเกิดในบริเวณหลอดลมใหญ่ หรืออาจเกิดในหลอดลมแขนงเล็กๆ ส่วนปลายที่ไกลออกมาจากขั้วปอด

1.4.4 ประชาชนในตำบลพิชัย หมายถึง ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง โดยในการศึกษาโครงการพิชัยโมเดลครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาเฉพาะหมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง และหมู่ที่ 14 บ้านต้นมัน เท่านั้น

1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลของโครงการพิชัยโมเดลในการป้องกันโรคมะเร็งปอดของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปางครั้งนี้ คณะผู้จัดได้ทำการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยครอบคลุมเนื้อหาในหัวข้อดังต่อไปนี้

- 2.1 ข้อมูลทั่วไปตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
- 2.2 โรคมะเร็งปอด
- 2.3 ความรู้ เรื่อง พฤติกรรม
- 2.4 ความรู้ เรื่อง สุขภาพ
- 2.5 ทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory: SCT)
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ข้อมูลทั่วไปตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง¹³

2.1.1 ข้อมูลพื้นฐาน

เทศบาลเมืองพิชัยมีสำนักงานตั้งอยู่เลขที่ 999 บ้านต้นมัน หมู่ที่ 14 ถนนลำปาง-งาว ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง โดยมีพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 16.5 ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกของอำเภอเมืองลำปางอยู่ห่างจากตัวอำเภอไปประมาณ 8 กิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่ เป็นที่ราบ อยู่ห่างจาก กทม. ตามทางหลวงแผ่นดินสายพหลโยธิน ประมาณ 614 กิโลเมตร

2.1.2 เขตการปกครอง

ตำบลพิชัยมีหมู่บ้าน จำนวน 17 หมู่บ้าน

1) เทศบาลเมืองพิชัย มีหมู่บ้านที่อยู่ในการปกครอง จำนวน 11 หมู่บ้าน โดยชุมชนที่มีพื้นที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยทั้งหมดมีจำนวน 6 หมู่บ้าน ได้แก่

หมู่ที่ 3 ชุมชนบ้านม่อนเขาแก้ว, ชุมชนบ้านทุ่งกู่

หมู่ที่ 4 ชุมชนบ้านต้นยาง

หมู่ที่ 9 บ้านฝายน้อย

หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตื่อ

หมู่ที่ 14 ชุมชนบ้านต้นมัน

หมู่ที่ 15 ชุมชนบ้านสันติสุข (แยกออกมาจาก หมู่ที่ 2 ชุมชนสามัคคี)

หมู่บ้านและชุมชนที่มีพื้นที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยบางส่วน จำนวน 5 หมู่บ้าน ได้แก่

- หมู่ที่ 1 บ้านพิชัย
- หมู่ที่ 2 ชุมชนสามัคคี
- หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง
- หมู่ที่ 8 บ้านทรายใต้
- หมู่ที่ 13 บ้านใหม่-บ้านเด่น

2) องค์การส่วนตำบลพิชัย มีหมู่บ้านที่อยู่ในการปกครอง จำนวน 11 หมู่บ้าน โดยชุมชนที่มีพื้นที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยทั้งหมู่บ้านจำนวน 6 หมู่บ้าน ได้แก่

- หมู่ที่ 6 บ้านปงวัง
- หมู่ที่ 4 บ้านไร่พัฒนา, บ้านไร่แผ่นดินทอง
- หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง
- หมู่ที่ 11 บ้านคอนมูล
- หมู่ที่ 16 บ้านวังชัยพัฒนา
- หมู่ที่ 17 บ้านมิ่งมงคล

หมู่บ้านและชุมชนที่มีพื้นที่อยู่ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยบางส่วนจำนวน 5 หมู่บ้าน ได้แก่

- หมู่ที่ 1 บ้านพิชัย หลังค่ายทหาร, สนามกอล์ฟ
- หมู่ที่ 2 บ้านสามัคคี
- หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง
- หมู่ที่ 8 บ้านทรายใต้
- หมู่ที่ 13 บ้านใหม่พัฒนา

2.1.3 ประชากร

ในเขตเทศบาลเมืองพิชัยมีประชากรทั้งสิ้นจำนวน 10,563 คน โดยเป็นชาย 4,926 คน หญิง 5,637 คน มีครัวเรือนทั้งสิ้น 7,688 หลังคาเรือน ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่โดยเฉลี่ย 732 คน / 1 ตารางกิโลเมตร จำนวนประชาชน และหลังคาเรือน แต่ละหมู่บ้าน มีดังนี้

ตารางที่ 2.1 จำนวนประชากรในเทศบาลเมืองพิชัยมีประชากร จำแนกรายหมู่บ้าน

หมู่ที่	หมู่บ้าน / ชุมชน	ชาย (คน)	หญิง (คน)	รวมประชากร (คน)
0	ทะเบียนบ้านกลาง	371	493	864
1	บ้านพิชัย	2,439	1,672	4,111
2	บ้านสามัคคี	494	512	1,006
3	บ้านม่อนเขาแก้ว / บ้านทุ่งกุ๋	560	601	1,161
4	บ้านต้นยาง	389	444	833
5	บ้านต้นตอง	851	956	1,807

หมู่ที่	หมู่บ้าน / ชุมชน	ชาย (คน)	หญิง (คน)	รวมประชากร (คน)
8	บ้านทรายใต้	540	648	1,188
9	บ้านฝายน้อย	385	438	823
12	บ้านท่าเตี๋ย	406	470	876
13	บ้านใหม่ บ้านเด่น	541	584	1,125
14	บ้านต้นมัน	776	872	1,648
15	บ้านสันติสุข	829	948	1,777
รวม		8,581	8,638	17,219

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ เดือน พฤษภาคม 2567

2.1.4 การไฟฟ้า

สำหรับกระแสไฟฟ้าได้รับการจ่ายกระแสไฟฟ้าจากสถานีไฟฟ้าย่อยของการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย ซึ่งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพิชัย หมู่ที่ 4 บ้านต้นยาง จึงทำให้ได้รับการบริการไฟฟ้าครบทุกหมู่บ้าน/ชุมชน

2.1.5 การประปา

การประปาได้รับการบริการน้ำประปา จากการประปาส่วนภูมิภาคจังหวัดลำปาง ในหมู่ที่ 1 หมู่ 15 หมู่ 2 บางส่วน และมีการจัดทำประปาหมู่บ้าน มีบ่อน้ำตื้น และน้ำบาดาลเพื่อการอุปโภค บริโภค

2.1.6 การคมนาคมและการสื่อสาร

พื้นที่ของตำบลพิชัย รับการบริการด้านการสื่อสารโทรคมนาคมจากในเมือง และได้รับการบริการโทรศัพท์สาธารณะประจำหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน/ชุมชน

2.1.7 การใช้ที่ดิน

ที่ดินส่วนใหญ่ใช้ในการเกษตรกรรม แต่ก็มีบางส่วนที่เป็นการจัดสรรที่ดินเป็นบ้านจัดสรรและอุตสาหกรรมในครัวเรือน โดยมีบ้านพิชัย บ้านสามัคคี และบ้านสันติสุขบางส่วนอยู่ในเขตผังเมืองรวม

2.1.8 ด้านเศรษฐกิจ

2.1.8.1 โครงสร้างเศรษฐกิจ รายได้ประชากร

ประชากรในพื้นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเช่นทำนาทำไร่ทำสวนปลูกพืชเศรษฐกิจและเลี้ยงสัตว์รับจ้างรวมถึงอุตสาหกรรมในครัวเรือนซึ่งเป็นอาชีพเสริม คือ การทำภาชนะเครื่องปั้น-ดินเผาในหมู่ที่ 3 และการทำเครื่องจักรสานเรือเถาว์ลยในหมู่ที่ 8

2.1.8.2 การเกษตรกรรม

ประชาชนในพื้นที่มักจะมีการปลูกพืชเศรษฐกิจเพื่อส่งขายหรือจำหน่ายในตลาดในท้องถิ่นและสู่ตลาดในเขตเมือง

2.1.8.3 อุตสาหกรรม / การบริการ

- ในพื้นที่เทศบาลเมืองพิชัยมีโรงงานขนาดใหญ่ 2 แห่ง

- โรงงานขนาดกลางและเล็ก 16 แห่ง

2.1.8.3 การพาณิชย์กรรม / การบริการ

- ในเขตเทศบาลเมืองพิชัย มีตลาดสดเอกชน 3 แห่ง คือ ตลาดบ้านพิชัย 1 แห่ง ,ตลาดบ้านต้นยาง 1 แห่ง และตลาดบ้านฝายน้อย 1 แห่ง
- มีร้านค้าต่างๆ 86 แห่ง
- มีเกสต์เฮ้าส์ 2 แห่ง
- มีร้านอาหาร 10 แห่ง
- มีปั้มน้ำมัน 4 แห่ง

2.1.9 ด้านสังคม

2.1.9.1 ชุมชน

ในเขตเทศบาลเมืองพิชัยมีประชากรทั้งสิ้นจำนวน 10,563 คน เป็นชาย 4,926 คน หญิง 5,637 คน มีครัวเรือนทั้งสิ้น 7,688 หลังคาเรือน ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่โดยเฉลี่ย 732 คน ต่อ 1 ตารางกิโลเมตร

2.1.9.2 ศาสนา

ประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพิชัยนับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ และนับถือศาสนาคริสต์ อิสลาม พราหมณ์ ฮินดู ซิกข์ เป็นบางส่วน

- วัดพุทธในเขตเทศบาลเมืองพิชัยจำนวน 9 แห่ง
- ฌาปนสถาน จำนวน 10 แห่ง

2.1.9.3 ประเพณีศิลปวัฒนธรรม

เทศบาลเมืองพิชัย มีขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นของตนเอง สืบทอดกันมายาวนานมีภาษาท้องถิ่นแบบชาวไทยล้านนา ประเพณีที่สำคัญมีดังนี้

- ประเพณีสงกรานต์ มีขึ้นระหว่างวันที่ 13 - 15 เมษายนของทุกปี
- การกินข้าวสลาก
- ลอยกระทง
- การถวายเทียนพรรษา
- ประเพณีการบวชเณร
- ประเพณีแต่งงาน
- การทอดกฐินผ้าป่า
- การแห่ลูกแก้ว
- การสงฆ์น้ำพระธาตุ

2.1.10 การศึกษา

2.1.10.1 สถานศึกษาที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพิชัย ดังนี้

- โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 3 แห่ง (สังกัด สำนักงาน สพฐ.)
- โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา จำนวน 1 แห่ง
- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 3 แห่ง

2.1.10.2 สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ

- สนามกีฬาท้องถิ่น 2 แห่ง
- สวนสาธารณะ 3 แห่ง

2.1.11 การสาธารณสุข

- มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นมื่นและมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 320 คน
- ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองพิชัย จำนวน 1 แห่ง
- โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง 1 แห่ง
- อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ 1: 19,000 คน
- อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาล 1: 9,500 คน
- อัตราส่วนประชากรต่อ จนท.สาธารณสุข 1: 3,166 คน

2.1.11.1 ชยะ

- มีวิธีการจัดเก็บและกำจัดขยะมูลฝอย โดยจัดเก็บเอง
- ในเขตเทศบาลตำบลพิชัยมีปริมาณขยะ 8 ตัน / วัน
- มีรถเก็บขยะจำนวน 2 คัน
- การกำจัดขยะโดยฝังกลบ สถานที่สำหรับกำจัดขยะ อยู่ที่ บ้านจำบอน ตำบลต้นธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง มีพื้นที่ จำนวน 30 ไร่ เทศบาลตำบลพิชัยสามารถเก็บขนขยะ และนำไปกำจัดได้ทั้งหมดจึง ไม่เหลือขยะตกค้างและไม่มีปัญหาสิ่งแวดล้อม
- เก็บค่าธรรมเนียมกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลหลังคา เรือนละ 20 บาท/เดือน
- ร้านค้า/โรงงานอุตสาหกรรม 20 บาท/เดือน โดยคิดเพิ่มตามปริมาณทุกๆ 20 ลิตร คิดเพิ่ม 20 บาท

2.1.11.2 การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

เทศบาลเมืองพิชัยมีหน่วยงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของเทศบาล ในการทำหน้าที่ป้องกันและรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน

- รถดับเพลิง จำนวน 2 คัน โดย คันที่ 1 จุน้ำได้ 2,500 ลิตร, คันที่ 2 จุน้ำได้ 4,000 ลิตร
- รถบรรทุกน้ำ จำนวน 1 คัน ซึ่งบรรทุกน้ำได้ 10,000 ลิตร
- รถตรวจการณ์ จำนวน 1 คัน (มีเครื่องหาบหามประจำรถ 1 ชุด)
- พนักงานดับเพลิง จำนวน 11 คน
- อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน

(อปพร.) จำนวน 279 คน
- อ่างเก็บน้ำจำนวน 3 อ่าง

2.1.11.3 แหล่งน้ำ

เทศบาลเมืองพิชัยมีแหล่งน้ำธรรมชาติที่สำคัญต่อการเกษตรกรรมและ การชลประทาน ไหลผ่านพื้นที่ในเขตเทศบาลเมืองพิชัย คือ แม่น้ำวัง ซึ่งมีต้นกำเนิดจากอำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

2.2 โรคมะเร็งปอด¹⁴

โรคมะเร็งปอด เป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อย ทะเบียนมะเร็งระดับประชากรในประเทศไทย โดยพบอุบัติการณ์โรคมะเร็งปอดบ่อยเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย รองจากโรคมะเร็งตับ มีอุบัติการณ์เป็น 22.7 คนต่อประชากร 100,000 คน พบบ่อยเป็นอันดับ 4 ในเพศหญิงรองจากโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งตับ โดยพบอุบัติการณ์เป็น 10.1 คนต่อประชากร 100,000 คน

2.2.1 สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปอด

เซลล์ส่วนใดส่วนหนึ่งภายในปอดที่มีความผิดปกติ และเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วจนกลายเป็นก้อนเนื้อร้าย ซึ่งจะตรวจพบได้เมื่อมีขนาดใหญ่ มีจำนวนมาก และแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย การตรวจพบในระยะแรกนั้นทำได้ยากเพราะผู้ป่วยมักไม่มีอาการแสดง

2.2.2 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปอด

- 1) การสูบบุหรี่หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีควันบุหรี่
- 2) อายุ: ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดได้รับการวินิจฉัยเมื่อมีอายุตั้งแต่ 65 ขึ้นไป (โดยเฉลี่ยประมาณ 70 ปี)
- 3) การสัมผัสกับก๊าซเรดอน: เรดอนเป็นธาตุกัมมันตรังสีที่เป็นก๊าซเฉื่อยสามารถพบทั่วไปในอากาศ ซึ่งอาจพบสะสมในตัวอาคารบ้านเรือน การสัมผัสก๊าซนี้ เป็นสาเหตุหลักในการก่อโรคมะเร็งปอดในผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่
- 4) การสัมผัสสารก่อมะเร็ง: ยกตัวอย่างเช่น การหายใจเอาแร่ใยหินหรือควันจากท่อไอเสียเข้าสู่ร่างกาย การหายใจหรือบริโภคสารเคมีบางชนิด (อาเซนิก ถ่านหิน) หรือการสัมผัสสารยูเรเนียม
- 5) การรักษาด้วยการฉายแสงที่ทรวงอก: ยกตัวอย่างเช่น ในผู้ป่วยที่เป็นโรค Hodgkin lymphoma หรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมเพื่อรักษาโรคมะเร็งเต้านม
- 6) บุคคลที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งปอด
- 7) มลภาวะทางอากาศ

2.2.3 อาการมะเร็งปอด

- 1) อาการของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่
 - อาการไอเรื้อรัง อาจมีหรือไม่มีเสมหะก็ได้

- อาการไอเป็นเลือด
- หอบเหนื่อย หายใจลำบาก เนื่องจากก้อนมะเร็งโตขึ้น ทำให้เนื้อที่ปอดสำหรับหายใจเหลือน้อยลงหรือก้อนมะเร็งนั้นกดเบียดหลอดลม
- เจ็บหน้าอกเวลาหายใจ
- ปอดอักเสบ มีไข้ แต่อาการเหล่านี้อาจเกิดจากโรคอื่นๆ ของปอดได้เช่นกัน จึงไม่ใช่อาการของมะเร็งปอดเสมอไป

2) อาการของระบบอื่นๆ ได้แก่

- เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ
- บวมที่หน้า แขน คอ และทรวงอก เนื่องจากมีเลือดดำคั่ง
- เสียงแหบ เพราะมะเร็งลุกลามไปยังเส้นประสาทกล่องเสียง
- ปวดกระดูก
- กลืนลำบาก เนื่องจากก้อนมะเร็งกดเบียดหลอดอาหาร
- อัมพาต เนื่องจากมะเร็งแพร่กระจายไปสมองหรือไขสันหลัง
- มีตุ่มหรือก้อนขึ้นตามผิวหนัง ซึ่งอาการเหล่านี้ก็ไม่จำเพาะต่อโรคมะเร็งปอดเช่นกัน ผู้ที่มีอาการดังกล่าวข้างต้นควรได้รับการตรวจ

2.2.4 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอด¹⁵

ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานทางการแพทย์เพียงพอที่จะแนะนำให้ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอดด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การเอกซเรย์ปอดหรือตรวจเสมหะหาเซลล์มะเร็ง อย่างไรก็ตามมีหลักฐานพบว่า การตรวจทั้ง 3 วิธีดังกล่าวช่วยค้นพบมะเร็งระยะต้นได้มากกว่าประชากรที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง แต่การตรวจพบมะเร็งปอดระยะต้นด้วยวิธีดังกล่าวยังไม่สามารถช่วยให้ประชากรกลุ่มที่ได้รับการตรวจคัดกรอง มีอายุยาวนานกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ตรวจคัดกรอง ผู้รับการตรวจควรได้รับทราบถึงความเสี่ยงของการตรวจคัดกรองมะเร็งปอด และค่าใช้จ่ายที่ตามมาหลังจากได้รับการตรวจคัดกรองแพทย์ประจำตัวท่านสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปอดและความจำเป็นของท่านในการรับการตรวจคัดกรอง

1) การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอด

(1) การตรวจที่ใช้คัดกรองมะเร็งปอดชนิดต่างๆ

มีการนำการตรวจคัดกรองมาใช้เนื่องจากการตรวจเหล่านี้ ช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งปอดระยะต้น และลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด อย่างไรก็ตามไม่มีการวิจัยทางการแพทย์พบว่าการตรวจคัดกรองจะช่วยลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด นักวิทยาศาสตร์ทำการศึกษาการตรวจคัดกรองที่มีประโยชน์สูงและความเสี่ยงต่ำ การศึกษาเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งมีจุดมุ่งหมายเพื่อแสดงให้เห็นว่าการวินิจฉัยมะเร็งปอดได้ในระยะต้นๆ ซึ่งยังไม่มีอาการจะช่วยลดอัตราในการเสียชีวิตจากโรคหรือไม่ มะเร็งบางชนิดถ้าพบในระยะเริ่มแรกจะเพิ่มโอกาสในการหายมากขึ้น

(2) การตรวจที่นิยมใช้คัดกรองมะเร็งปอด

(2.1) เอกซเรย์ปอด คือการถ่ายภาพอวัยวะและกระดูกภายในทรวงอก โดยรังสีเอกซเรย์มีความสามารถในการทะลุทะลวง ร่างกายไปแสดงภาพบนแผ่นฟิล์ม

(2.2) การตรวจเสมหะ เป็นการนำเสมหะมาดูโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ เพื่อหาเซลล์มะเร็ง

(3) การตรวจคัดกรองแบบใหม่ที่กำลังอยู่ในระหว่างการวิจัยการแพทย์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เป็นการแสดงชุดภาพของอวัยวะภายในร่างกายโดยใช้เครื่องเอกซเรย์ในการ สแกนร่างกายแล้ว ประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ทำให้ได้รูปภาพออกมา

2) ความเสี่ยงของการตรวจคัดกรองมะเร็งปอด

(1) การตรวจคัดกรองมีความเสี่ยง

การตรวจคัดกรองบางอย่างไม่ได้มีแต่ประโยชน์ แต่มีความเสี่ยง ท่านจึงควรปรึกษาแพทย์ประจำตัวท่านก่อนทำการตรวจคัดกรองมะเร็งปอดแบบต่างๆ

(2) ความเสี่ยงของการตรวจคัดกรองมะเร็งปอด

(2.1) การตรวจพบว่าเป็นมะเร็งปอดอาจไม่ช่วยให้สุขภาพผู้ป่วย ดีขึ้น หรือมีอายุยืนยาวมากขึ้น โดยเฉพาะในกรณีที่ท่าน เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายหรือระยะ แพร่กระจายไปที่อื่น มะเร็งบางชนิดไม่มีอาการ แต่อาจพบโดยบังเอิญจากการตรวจคัดกรอง โดยส่วนมากมักได้รับการรักษา ซึ่งเราไม่ทราบว่าการได้รับการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว ขึ้นหรือสั้นลง เนื่องจากการรักษามะเร็งมักมีผลข้างเคียง

(2.2) ผลลัพธ์จากการตรวจอาจเป็นผลลบลง: การตรวจ คัดกรองอาจเป็นปกติ ทั้ง ที่อาจเป็นมะเร็งปอด ทำให้คนไข้ รายนั้นไปพบแพทย์เพื่อเริ่มการรักษาช้า

(2.3) ผลลัพธ์จากการตรวจอาจเป็นผลบวกลง: การตรวจคัดกรอง ให้ผลผิดปกติ ทั้งที่จริงๆ แล้วเป็นคนปกติดี ผลตรวจคัดกรองเช่นนี้ ทำให้ผู้ตรวจมีความกังวลและ ต้องทำการตรวจอื่นๆ อีกมากมาย เช่น การตัดเอาชิ้นเนื้อที่สงสัยไปตรวจ การตัดชิ้นเนื้อมีความเสี่ยง ที่จะทำให้ปอดแฟบได้ อาจต้องแก้ไขด้วยการผ่าตัดในภายหลัง

(2.4) เอกซเรย์ปอดทำให้ทรวงอกได้รับรังสี การได้รับรังสีบริเวณ ทรวงอกจากการตรวจเอกซเรย์ปอดอาจทำให้เป็นมะเร็งบางชนิดได้เช่น มะเร็งเต้านม แต่อุบัติการณ์ น้อยมาก

2.2.5 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งปอด

1) การรักษาเฉพาะที่ (Local treatment)

เป็นการรักษาโดยมีเป้าหมายเพื่อรักษาเฉพาะที่เนื่องจากตัวโรคจำกัดอยู่ เฉพาะที่ได้แก่ การผ่าตัด หรือ การฉายรังสี

1.1) การผ่าตัด (Surgery) เป็นการผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อปอดบางส่วนที่มี เซลล์มะเร็งออก หรือผ่าตัดเอาปอดทั้งข้างออกเมื่อตรวจพบการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปทั่ว ปอด ทั้งนี้แพทย์อาจมีการเลาะต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงออกด้วยหากเกิดการลุกลามของเซลล์มะเร็ง ไปยังต่อมน้ำเหลือง วิธีนี้เป็นการรักษาที่เหมาะสมสำหรับมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็ก

1.2) การฉายรังสี (Radiation Therapy) เป็นการใช้รังสีในปริมาณสูง ฉายไปบริเวณที่เกิดมะเร็งปอดขึ้นโดยตรง เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็ง มักจะใช้ควบคู่กับวิธีการรักษาอื่นๆ เช่น การผ่าตัด การทำเคมีบำบัด

2) การรักษาแบบส่งผลทั่วร่างกาย (Systematic treatment)

เป็นการรักษามะเร็งด้วยการใช้ยาประเภทต่าง ๆ ผ่านทางระบบไหลเวียนเลือดของร่างกาย ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนายากลุ่มต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาตามชนิดของมะเร็งประกอบด้วย

2.1) การให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการให้ยาเพื่อทำลายหรือหยุดยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งซึ่งถือว่าเป็นการรักษาหลักของการรักษาด้วยยาที่ใช้มากที่สุดในการรักษาโรคมะเร็งปัจจุบัน โดยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) อาจใช้เป็นการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างเดียว หรืออาจใช้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาที่เรียกว่า Chemoradiation

2.2) การให้ยามุ่งเป้า (Targeted Therapy) เป็นการรักษาโรคมะเร็งแบบออกฤทธิ์จำเพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยับยั้งกระบวนการส่งสัญญาณระดับเซลล์ ซึ่งเป็นต้นเหตุของการเจริญเติบโต และแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง

2.3) ยาภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy) เป็นการรักษาโดยการส่งเสริมให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานเพื่อให้สามารถกำจัด หรือควบคุมเซลล์มะเร็งในร่างกาย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.6 การป้องกันโรคมะเร็งปอด

การป้องกันโรคมะเร็งปอด สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระดับ คือ

1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) คือ การไม่สูบบุหรี่ และหยุดสูบบุหรี่ (สายด่วนเลิกบุหรี่ โทร.1600)

2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) คือ การตรวจหาและให้การรักษาดังแต่โรคมะเร็งยังไม่แสดงอาการ เมื่อพบเร็วก็หายขาดได้ การป้องกันระดับนี้ก็คือความหมายของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง

ในปัจจุบันการคัดกรองโรคมะเร็งปอด เราใช้วิธีตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องอกแบบใช้รังสีขนาดต่ำ หรือ Low Dose CT (LDCT) ซึ่งจะให้ภาพ 3 มิติบริเวณปอดที่มีรายละเอียดดี สามารถตรวจพบจุดหรือก้อนเล็ก ๆ ได้ โดยใช้ปริมาณรังสีที่ไม่สูงและไม่ต้องฉีดสารทึบแสง LDCT มีข้อมูลที่ช่วยลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปอดได้ 15-20% เมื่อเปรียบเทียบกับการทำเอกซเรย์ปอดแบบปกติโดยแนะนำให้ทำปีละ 1 ครั้ง เฉพาะผู้ที่มีข้อบ่งชี้เหล่านี้ ได้แก่

- มีอายุตั้งแต่ 55 ปีจนถึง 80 ปี
- ยังสูบบุหรี่อยู่ และโดยเฉลี่ยมากกว่า 30 ซองต่อปี
- ถ้าเลิกสูบบุหรี่แล้ว ต้องเลิกมาไม่นานเกิน 15 ปี
- สุขภาพร่างกายแข็งแรง และพร้อมที่จะรับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้

กรณีที่พบความผิดปกติจากการคัดกรอง

2.3 ความรู้ เรื่อง พฤติกรรม

2.3.1 ความหมายของคำว่าพฤติกรรม¹⁶

จากมุมมองและแนวคิดของสำนักคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมศาสตร์ที่มีอยู่หลากหลายและมีพัฒนาการที่ต่อเนื่องยาวนาน ส่งผลให้เกิดผลิตผลทางความคิดจำนวนมากและแตกต่างกันโดยผันแปรไปตามสำนักคิดหรือความเชื่อในสิ่งที่เชื่อว่าจริง และหนึ่งในผลิตผลที่สำคัญก็คือ การให้ความหมายของคำว่า "พฤติกรรม" ขึ้นมาใช้เองเพื่อให้มีความสอดคล้องกับความเชื่อของตน

ตัวอย่างแบบสุดโต่งก็คือ สำนักคิดพฤติกรรมนิยมที่เชื่อเรื่องปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าและเคร่งครัดในระเบียบวิธีแบบวัตถุวิสัยก็ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงไปที่การกระทำภายนอกที่ร่างกายที่สามารถสังเกตเห็นหรือวัดได้เท่านั้น ในขณะที่สำนักคิดวิทยาศาสตร์ทางปัญญาที่เชื่อว่าการกระทำเป็นผลมาจากความคิดและอารมณ์ความรู้สึกของบุคคลและมีความเป็นจิตวิสัยสูงก็ให้นิยามไปในลักษณะที่ยืดหยุ่นโดยครอบคลุมถึงการกระทำในตัวบุคคลที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง

อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการหลอมรวมทางความคิดของสำนักคิดพฤติกรรมปัญญานิยม ความหมายของคำว่าพฤติกรรมที่กระจัดกระจายอยู่นั้นก็ได้รับการสังเคราะห์ขึ้นใหม่ โดยมีนักคิดจำนวนไม่น้อยได้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมในลักษณะที่ครอบคลุมรอบด้าน และสอดคล้องกัน

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง ทุก ๆ อาการแสดงออกของมนุษย์ทั้งในขณะที่มีรู้ตัว (Conscious) และไม่รู้ตัว (Subconscious) ทั้งที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย (Internal) และภายนอก (External) ทั้งที่สามารถสังเกตเห็น (Overt) และไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง ต้องอาศัยเครื่องวัด (Covert) และทั้งที่เกิดขึ้นอย่างสมัครใจ (Voluntary) และไม่สมัครใจ (Involuntary) โดยทุก ๆ อาการแสดงออกจะผันแปรไปตามบุคคล เวลา และสถานที่

ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์หรือที่เราเรียกว่า "พฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral science)" จึงหมายถึง การศึกษาพฤติกรรมมนุษย์อย่างเป็นระบบ ทั้งที่ศึกษาในห้องปฏิบัติการหรือการสังเกตตามธรรมชาติ การศึกษาแบบแยกส่วนหรือเป็นองค์รวมการศึกษาเฉพาะช่วงเวลาหรือที่เป็นพลวัต มีความหลากหลายไปตาม สหวิทยาการในแต่ละศาสตร์หรือสาขา เช่น จิตวิทยา จิตวิทยาสังคม สังคมวิทยา มานุษยวิทยา เศรษฐศาสตร์ ฯลฯ

2.3.2 มิติทางด้านพฤติกรรม¹⁶

โดยทั่ว ๆ ไปคำว่า "พฤติกรรม" มักถูกใช้สลับไปมากับคำที่มีความหมายเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน เช่น คำว่า "ท่า" "กระทำ" "กิจกรรม" "ปฏิบัติ" "ตอบสนอง" "ปฏิกิริยาตอบสนอง" แต่ถ้านำคำว่า "พฤติกรรม" คำเดียวกันนี้ไปใช้ในเชิงเทคนิค (Technically) ก็มักเจาะจงไปที่การกระทำของอวัยวะใด ๆ ที่เป็นผลจากการทำงานของกล้ามเนื้อ ต่อมต่าง ๆ และระบบ

ประสาทและสมอง ซึ่งลำพังความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย และการนำไปใช้เชิงเทคนิคก็อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ได้อย่างสมบูรณ์เพราะในสภาพธรรมชาติการเกิดพฤติกรรมใด ๆ นั้นจะมีมิติที่บ่งบอกถึงคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการกระทำนั้น ๆ อยู่ด้วย โดยมีมิติทางด้านพฤติกรรม (Dimensions of behavior) ที่นักพฤติกรรมศาสตร์ให้ความสนใจมี 3 ด้าน คือ

1) **มิติด้านระยะเวลา (Duration)** หมายถึง จำนวนระยะเวลาที่ใช้ไปในการแสดงพฤติกรรมใด ๆ เช่น นางสาวมะลิเล่นโยคะเป็นระยะเวลา 30 นาที

2) **มิติด้านความถี่ (Frequency)** หมายถึง จำนวนครั้งที่เกิดพฤติกรรมในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น นายดอกรักสูบบุหรี่จำนวน 10 มวนต่อวัน

3) **มิติด้านความแรงหรือระดับความตั้งใจ (Intensity or force)** หมายถึง ความพยายามหรือระดับพลังงานที่ใช้ไปในการแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น นางกุหลาบขับรถด้วยความเร็วเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด

ดังนั้น การศึกษาเพื่ออธิบายหรือพรรณนาพฤติกรรมใด ๆ ของมนุษย์จึงควรพิจารณาให้ครอบคลุมมิติของพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน เช่น นายจำปาดื่มเหล้าขาวเป็นประจำทุกวัน (มิติด้านความถี่) และดื่มหนักมากจนถึงขั้นเมาหัวราน้ำ (Binge drinking) (มิติด้านความแรงหรือความตั้งใจ) และดื่มแบบนี้ต่อเนื่องมาเกือบ 2 ปีแล้ว (มิติด้านระยะเวลา)

2.3.3 ประเภทของพฤติกรรม¹⁶

นอกจากเรื่องมิติทางด้านพฤติกรรมที่ต้องทำความเข้าใจและให้ความสำคัญแล้ว เวลาพูดถึงคำว่า "พฤติกรรม" คนส่วนใหญ่ก็มักมีโมโนทัศน์ที่คับแคบโดยจำกัดเฉพาะการกระทำที่สามารถรับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 เท่านั้น ได้แก่ การมองเห็น การฟัง การลิ้มรส การดมกลิ่น หรือการสัมผัส แต่ลืมนึกถึงสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่ไม่สามารถรับรู้ด้วยประสาทสัมผัสภายนอก เช่น เมื่อนักเรียนเกาศีรษะในขณะที่ครูกำลังสอน พฤติกรรมที่เรามองเห็นได้ก็คือการเกาศีรษะ แต่ขณะเดียวกันก็อาจมีพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ กำลังเกิดอยู่ภายในตัวนักเรียนที่เราไม่สามารถสังเกตเห็น เช่น ความรู้สึกคัน ความเบื่อหน่าย หรืออาจเป็นอวัจนภาษา (Non-verbal language) ที่นักเรียนต้องการสื่อสารว่าไม่เข้าใจในสิ่งที่ครูกำลังสอน

นักพฤติกรรมศาสตร์ได้จำแนกพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 2 ประเภทไว้อย่างชัดเจน กล่าวคือ

1) พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นหรือใช้เครื่องมือวัดได้โดยตรง จำแนกออกเป็น

(1) พฤติกรรมโมลาร์ (Molar behavior) คือ พฤติกรรมที่สังเกตด้วยประสาทสัมผัสได้โดยตรง เช่น การรับประทานอาหาร การร้องไห้ การขมวดคิ้ว การออกกำลังกาย

(2) พฤติกรรมโมเลกุล (Molecular behavior) คือ พฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่สามารถใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ช่วยตรวจวัดได้โดยตรง เช่น การเต้นของหัวใจ การทำงานของระบบประสาท ระดับความดันโลหิต

2) พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) หมายถึง พฤติกรรมภายในตัวบุคคลที่ผู้อื่นไม่สามารถสังเกตหรือรับรู้ได้หากผู้แสดงพฤติกรรมไม่บอก และไม่สามารถใช้เครื่องมือวัดทางวิทยาศาสตร์ตรวจวัดได้โดยตรง จึงจำเป็นต้องใช้ภาวะสันนิษฐาน (Hypothetical construct) หรือการวัดทางอ้อมจากพฤติกรรมภายนอก เพื่อสรุปว่าพฤติกรรมภายในเป็นอย่างไร เช่น ทักษะคิด การรับรู้ ความเพื่อย ความหิว ความเจ็บปวด ความรัก การชื่นชมยินดี

ทั้งพฤติกรรมภายนอกและพฤติกรรมภายในต่างก็มีความสัมพันธ์ต่อกันและกัน โดยพฤติกรรมภายนอกมักสะท้อนให้ทราบถึงพฤติกรรมภายในของบุคคล เช่น เมื่อเห็นเด็กชายร้องไห้ผู้สังเกตอาจสันนิษฐานได้ว่าเขากำลังรู้สึกเศร้าหรือเสียใจ โดยอนุมาน (Infer) จากพฤติกรรมภายนอกที่บุคคลนั้น ๆ แสดงออกมา อย่างไรก็ตาม การแปลความหมายจากพฤติกรรมที่สังเกตเห็นเพียงอย่างเดียวก็อาจไม่ตรงกับความเป็นจริง เช่น ในกรณีเด็กชายคนเดิมที่กำลังร้องไห้อยู่ในนี้อาจไม่ได้เกิดจากความรู้สึกเศร้าหรือเสียใจดังที่อนุมานไว้แต่แรก แต่อาจเป็นเพราะเขากำลังรู้สึกดีใจหรือปลื้มใจในบางสิ่งบางอย่างอยู่ก็เป็นได้ ดังนั้น ภาวะสันนิษฐานจึงจำเป็นต้องสังเกตจากพฤติกรรมภายนอก ทั้งแบบวจนภาษาและอวจนภาษาควบคู่กันไป¹⁷

2.3.4 ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

ปัญหาสำคัญที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับพฤติกรรมมี 2 ลักษณะ (Martin, & Pear, 2014) คือ

1) การนำผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรม (Product of behavior) มาใช้เรียกแทนพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น น้ำหนักตัวของนางสาวพุดซ้อนที่ลดลง 2 กิโลกรัม ระยะทางที่นายพุดราเดิน 200 เมตร กรณีเช่นนี้ไม่จัดว่าเป็นพฤติกรรมเพราะทั้งน้ำหนักตัวที่ลดลง (กิโลกรัม) และระยะทางที่เดิน (เมตร) เป็นผลที่เกิดจากพฤติกรรมแต่ไม่ใช่การแสดงออกของบุคคลโดยตรง

2) การใช้ศัพท์เรียกพฤติกรรมด้วยคำใหญ่หรือคำที่มีความหมายกว้างๆ ไม่เฉพาะเจาะจง (Summary labels for behavior) เช่น คำว่า ความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบ ความตระหนัก ความประมาท ความอัจฉริยะ ความไม่น่าเชื่อถือ ความเป็นอิสระ ความเห็นแก่ตัว ความมั่งคั่ง คำเหล่านี้แม้ว่าจะช่วยบ่งบอกถึงแนวโน้มหรือทิศทางของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ว่ามีลักษณะที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ดีหรือไม่ดี พึงประสงค์หรือผิดปกติ แต่หากไม่มีการกำหนดคำนิยามหรือตัวชี้วัดพฤติกรรมที่แน่ชัดก็อาจทำให้เกิดความเข้าใจที่ผิดพลาดระหว่างการสื่อสารและ

การใช้คำใหญ่ก็ทำให้เป็นอุปสรรคในการระบุถึงรายละเอียดเชิงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมและทำให้การแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่ตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริง

กรณีตัวอย่างที่พบได้บ่อย เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหลายพื้นที่มักสรุปว่า อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ที่เพิ่มสูงขึ้นนั้นมีสาเหตุมาจากความประมาทของผู้ขับขี่ คำตอบดังกล่าวในเบื้องต้นอาจสามารถสื่อสารให้เห็นภาพรวมและทิศทางของปัญหาที่เกิดขึ้นได้ว่าเกิดจากพฤติกรรมในระดับบุคคลที่ไม่ถูกต้อง แต่ก็ยังไม่สามารถทำให้เกิดความเข้าใจที่กระจ่างชัดได้ว่าอะไรคือสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์เกิดความประมาท หรือมีตัวชี้วัดที่ชัดเจนและประเมินความประมาทที่ว่ามันอย่างไร ซึ่งอาจเป็นไปได้ทั้งที่เป็นผลมาจากการไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร ภาวะเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพของผู้ขับขี่ การขาดประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ในพื้นที่ดังกล่าว หรือปัญหาที่เกิดจากการใช้รถจักรยานยนต์ที่สภาพไม่พร้อมใช้งาน นอกจากนี้ยังอาจเกี่ยวข้องไปถึงปัญหาของภาครัฐเองที่ขาดความเข้มงวดกวดขันในการบังคับใช้กฎหมายจราจรในพื้นที่ หรือขาดการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ดังนั้น การใช้คำใหญ่ ๆ หรือคำที่มีความหมายที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับการศึกษาพฤติกรรมนอกจากจะไม่ช่วยทำให้เกิดความเข้าใจถึงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

2.4 ความรู้ เรื่อง สุขภาพ

2.4.1 ความหมายสุขภาพ¹⁶

คำว่า สุขภาพ เป็นคำใหญ่และเป็นนามธรรมสูง ไม่ต่างไปจากคำว่า ความรัก ความสุข ความงาม ฯลฯ ที่ความหมายของคำเหล่านี้มีความเป็นอัตวิสัยหรือเป็นสิ่งที่รู้ได้เฉพาะตน ดังนั้น จึงเป็นการยากที่จะค้นหาคำนิยามที่สมบูรณ์หรือนิยามสุดท้าย

พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายคำว่า สุขภาพไว้ในลักษณะเชิงบวกว่าหมายถึง ภาวะปราศจากโรค แต่โดยทั่ว ๆ ไปในสังคมไทยกลับใช้คำนี้ในความหมายแบบกลาง ๆ ดังประโยคคำถามที่พบได้บ่อยว่า *ไม่พบกันนานสุขภาพเป็นอย่างไรบ้าง* ทั้งนี้ก็เพราะ คนไทยส่วนใหญ่นิยมใช้คำว่าสุขภาพร่วมกับคำคุณศัพท์อื่น ๆ เพื่อบ่งบอกสถานภาพทางสุขภาพของตนเอง ทั้งที่มีความหมายเชิงบวกและความหมายเชิงลบ เช่น สุขภาพดี สุขภาพไม่ดี สุขภาพแข็งแรง สุขภาพแย่ จริง ๆ แล้ว มนุษย์มีความพยายามค้นหาความเห็นร่วมเกี่ยวกับความหมายของคำว่าสุขภาพมาตั้งแต่ยุคก่อนประวัติศาสตร์และเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน

2.4.2 มุมมองสุขภาพ¹⁶

มุมมองสุขภาพในแต่ละยุคสมัยก็มีความแตกต่างหลากหลายทั้งด้านมุมมองและการให้ความหมาย โดยสามารถจำแนกมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพออกเป็น 5 มุมมองหลัก คือ มุมมองเหนือธรรมชาติ มุมมองการแพทย์กระแสหลัก มุมมองแบบองค์รวม มุมมองนิเวศวิทยา และมุมมองสมัยใหม่ แต่ละมุมมอง มีสาระสำคัญดังนี้

1) สุขภาพ: มุมมองเหนือธรรมชาติ

ถอยหลังกลับไปในยุคก่อนประวัติศาสตร์ เมื่อครั้งที่มนุษย์ยังต้องพึ่งพิงฤทธานุภาพของบรรดาเหล่าสมมติเทพทั้งฝ่ายร้ายและฝ่ายดี และอิทธิพลของดวงดาวไกลโพ้นเพื่อคำอธิบายเกี่ยวกับภาวะโรคร้ายไข้เจ็บของมนุษย์ เช่น เมื่อประมาณ 25,000 ปีก่อนคริสตกาลมนุษย์ให้ความเคารพบูชาต่อพระแม่เจ้าในฐานะผู้มีอำนาจศักดิ์สิทธิ์ในการควบคุมการเกิดและตายของมนุษย์ หรือในยุคกรีกโบราณ มนุษย์มีความเชื่อเกี่ยวกับเทพีไฮเจีย (ปางหนึ่งของเทพีอะธีนา) ที่มีงูเป็นสัญลักษณ์ประจำกาย และมีไม้เท้ามีสเกลโทศักดิ์สิทธิ์ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการเยียวยารักษาโรคของผู้คนได้ทุกชนิด รวมถึงความเชื่อถึงอิทธิพลของดวงดาวที่เป็นสาเหตุของโรคไข้หวัดใหญ่ ซึ่งหนทางเดียวที่จะปกป้องไม่ให้ผู้คนต้องเจ็บป่วยล้มตายจากโรคร้ายไข้เจ็บก็คือการบวงสรวง

สักการะสิ่งศักดิ์สิทธิ์เหนือธรรมชาติเหล่านั้นด้วยพิธีกรรมต่างๆ นานา เช่น การเซ่นสรวง การสังเวย ตามแบบแผนประเพณีที่สืบทอดต่อ ๆ กันมา

ดังนั้น เรื่องของสุขภาพในยุคตำนานทวยเทพจึงแทบจะเป็นเรื่องเดียวกับจริยศาสตร์ในการดำเนินชีวิตที่ผู้คนในสังคมต้องยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ซึ่งนัยหนึ่งก็เพื่อแสดงออกถึงความจงรักภักดีต่อสิ่งเหนือธรรมชาติ แต่อีกนัยหนึ่งก็เพื่อให้ได้รับการยอมรับจากคนในสังคมที่ถือปฏิบัติพิธีกรรมต่างๆ เหล่านั้นว่าเป็นคนดี คนสะอาด และยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทั้งนี้ หากละเลยไม่ปฏิบัติตามก็จะถูกตีตราว่าเป็นคนชั่ว คนสกปรก และถูกกีดกันหรือขับไล่ให้ออกจากการเป็นสมาชิกเพราะอาจนำความโชคร้ายมาสู่สังคม

2) สุขภาพ: มุมมองการแพทย์กระแสหลัก

มุมมองและความหมายด้านสุขภาพที่แฝงสัมพันธ์อยู่กับความเชื่อเรื่องอิทธิฤทธิ์และตำนานทวยเทพได้ยุติลงเมื่อดำเนินมาถึงยุคการแพทย์กระแสหลัก ยุคที่มีเทคโนโลยีก้าวหน้าถึงขั้นส่องขยายให้เห็น "เชื้อโรค" ที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดโรคในมนุษย์ นับเป็นผลงานชิ้นสำคัญของ Louis Pasteur (ค.ศ. 1822-1895) และ Robert Koch (ค.ศ. 1843-1910) ที่ส่งผลให้ระยะเวลาต่อมา แนวคิดทฤษฎีเชื้อโรค (Germ theory) ได้รับการยอมรับอย่าง

กว้างขวางจนกลายเป็นแนวคิดทางการแพทย์กระแสหลัก และเป็นรากฐานสำคัญของนวัตกรรมด้านการแพทย์สมัยใหม่ ทั้งการตรวจวินิจฉัยโรคอย่างเป็นระบบ การฆ่าเชื้อโรคที่มีมาตรฐาน และการพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของมนุษย์ในยุคนั้น ดังนั้น คำว่าสุขภาพในยุคการแพทย์กระแสหลักจึงมีความหมายที่ซ่อนกันอยู่ใน 2 นัยยะ (Balog, 1978) คือ

นัยยะแรก: ภาวะสุขภาพ (Healthy) เป็นการให้ความหมายเชิงบวกกับคำว่าสุขภาพว่าหมายถึง ภาวะปราศจากโรคที่เป็นผลจากการที่บุคคลสามารถป้องกันการรับสัมผัสเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การปรุงอาหารให้สุกก่อนรับประทาน หรือการได้รับวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ

นัยยะที่สอง: ภาวะความเจ็บป่วย (Illness) เป็นการให้ความหมายเชิงลบกับคำว่าสุขภาพว่าหมายถึง ภาวะที่ร่างกายของมนุษย์ถูกรุกรานโดยเชื้อโรค ดังนั้นการรักษาอาการเจ็บป่วยจึงทำโดยการตรวจหาเชื้อโรค การวินิจฉัยโรค และการให้การบำบัดรักษาอวัยวะใด ๆ ที่ถูกเชื้อโรคทำลายให้คืนกลับมาเป็นปกติด้วยเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่

แม้ว่า แนวคิดการแพทย์กระแสหลักในช่วงศตวรรษที่ 18-19 จะส่งผลให้มนุษยชาติปลอดภัยจาก โรคติดเชื้อต่าง ๆ เช่น กาฬโรค ฝีดาษ และอหิวาตกโรค และมีผลทำให้ประชากรโลกมีอายุขัยเฉลี่ย (life -expectancy) เพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม กระบวนทัศน์สุขภาพที่เชื่อว่า เชื้อโรคคือสาเหตุเพียงหนึ่งเดียวของการเกิดโรคของมนุษย์ (A single specific a etiology) ก็กลายเป็นกับดักหลุมพราง (Pitfalls) ที่ทำให้การแพทย์และการสาธารณสุขในยุคนั้น ละเลยมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณของบุคคลโดยปล่อยให้เป็นที่ลี้ภัยความเชื่อหรือศาสนาในการให้การดูแลและเยียวยา และมีมิติด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมเองก็เหลือบทบาทเป็นเพียงประสบการณ์เฉพาะบุคคลเท่านั้น

3) สุขภาพ: มุมมองแบบองค์รวม

มุมมองและความหมายสุขภาพที่คับแคบของยุคการแพทย์กระแสหลักได้กลายเป็นอุปสรรคขัดขวางมวลมนุษยชาติไม่ให้มีภาวะสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์ เท่าเทียมและยั่งยืน

ต่อมา ในปี ค.ศ. 1940 องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศคำนิยามคำว่าสุขภาพขึ้นใหม่ว่าหมายถึง "ภาวะของความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสุขภาวะทางสังคม ตลอดจนการปราศจากโรคหรือความทุพพลภาพ" ความหมายใหม่นี้สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับแนวคิดเรื่ององค์รวมที่นอกจากจะช่วยขยายขอบเขตของคำว่าสุขภาพจากที่เคยจำกัดอยู่เพียงการปราศจากโรคหรืออาการความเจ็บป่วยไปสู่มุมมองเชิงอุดมคติที่ครอบคลุมองค์ประกอบ

ที่จะทำให้มนุษย์มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ทั้งทางด้านสังคม จิตวิทยา เศรษฐกิจ และการเมือง โดยมีสุขภาพทางด้านร่างกายเป็นเพียงหนึ่งในองค์ประกอบเหล่านั้น อย่างไรก็ตาม มุมมองและความหมายของสุขภาพขององค์การอนามัยโลกก็ถูกโต้แย้งว่าเป็นแนวคิดเชิงอุดมคติโดยเฉพาะคำว่า ความสมบูรณ์ทางกาย จิตใจ และสภาวะทางสังคม ที่มีความเป็นนามธรรมสูง ยากแก่การนำไปปฏิบัติในโลกแห่งความเป็นจริง และยากต่อการระบุเป้าหมายหรือบ่งชี้ความสำเร็จที่เป็นรูปธรรม

ต่อมา ได้เกิดแนวคิดเรื่องสังคมวิทยาการแพทย์ขึ้นเพื่อใช้อธิบายรูปแบบของความสัมพันธ์ที่มีความซับซ้อนของระบบสังคมและวัฒนธรรมในมิติเชิงโครงสร้างและหน้าที่ของสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อความเจ็บป่วยของบุคคล เช่น แนวคิดของ Talcott Parson ที่เสนอมุมมองของการแพทย์สมัยใหม่ในลักษณะที่เป็นความคาดหวังของสังคมที่มีต่อคนเจ็บป่วยผ่านบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยม และการปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกในสังคม รวมถึงก่อให้เกิดแนวคิดการกระทำหน้าที่ควบคุมทางสังคม (Social control) ของบุคลากรทางการแพทย์ในการสร้างแรงจูงใจ ควบคุมพฤติกรรม หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปของคนในสังคม¹⁸

ทั้งนี้ จุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้แนวคิดองค์รวมได้รับความสนใจมากขึ้นเมื่อ Marc Lalonde ได้เขียนรายงานเรื่อง "มุมมองใหม่เกี่ยวกับสุขภาพของชาวแคนาดา (A new perspective on the health of Canada)" หรือ "รายงานของลาลองเด" เมื่อปี ค.ศ. 1974 โดยเสนอแนวคิดเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพว่า สุขภาพของบุคคลเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านชีววิทยา สิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต และระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น การทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพจึงถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกฝ่ายในสังคม ทั้งนี้การเมืองรัฐบาล ท้องถิ่น และองค์กรเอกชน ที่ต้องร่วมกันจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนต่อมาแนวคิดดังกล่าวได้มีอิทธิพลอย่างมากต่อวงการแพทย์และสาธารณสุขในระดับโลกและเป็นฐานความคิดสำคัญของกลยุทธ์ส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ หรือที่เรียกโดยทั่วไป

4) สุขภาพ: มุมมองนิเวศวิทยา

แนวคิดนิเวศวิทยาที่เชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพนี้เกิดขึ้นเมื่อประมาณปี ค.ศ. 1960 - 1970 เป็นมุมมองใหม่เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตของบุคคล โดยให้ความหมายของคำว่าสุขภาพใน 2 นัยยะ คือ

นัยยะแรก: สุขภาพ หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ส่งผลต่อศักยภาพของบุคคล ในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ โดยที่สุขภาพด้านร่างกายจะเน้นไปที่ระดับประสิทธิผล

หรือความสำเร็จในการทำงาน ในขณะที่สุขภาพจิตจะเน้นไปที่ระดับความสามารถในการตอบสนองต่อบทบาทตามสถานะทางสังคมที่ตนเป็นอยู่

นัยยะที่สอง: สุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคล ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างประสบความสำเร็จ สร้างสรรค์ และมีความสุข ดังนั้นภาวะสุขภาพจึงผันแปรไปตามความสำเร็จหรือความล้มเหลวของความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

จากความหมายของคำว่าสุขภาพตามมุมมองนิเวศวิทยาดังกล่าวข้างต้น ได้ช่วยขยายวิสัยทัศน์ของคำว่าสุขภาพออกไป ไม่ให้จำกัดอยู่เพียงการเป็นเป้าหมายชีวิตของมนุษย์เท่านั้น แต่มีความสำคัญในฐานะเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของมนุษย์ และยังสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ถักทอและหล่อหลอมบุคคลและสังคมที่บุคคลนั้น ๆ อาศัยอยู่ อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีจุดอ่อนเกี่ยวกับความไม่ชัดเจนของการบ่งชี้ภาวะสุขภาพที่เป็นผลมาจากการปรับตัวของมนุษย์ เช่น เมื่อบุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคใด ๆ แต่สามารถปรับตัวกระทั่งสามารถปฏิบัติหน้าที่การทำงานและแสดงบทบาทตามสถานะทางสังคมกำหนดได้อย่างสมบูรณ์ แล้วจะจัดว่าบุคคลดังกล่าวมีภาวะสุขภาพที่ดีได้หรือไม่

5) สุขภาพ: มุมมองสมัยใหม่

จากมุมมองทางด้านสุขภาพที่กล่าวมาแล้วข้างต้น อาจสรุปได้ว่ามีฐานความคิดเชิงปรัชญาอย่างน้อย 4 แนวคิด นั่นคือ แนวคิดด้านคลินิก แนวคิดด้านบทบาทหน้าที่ แนวคิดด้านการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และแนวคิดด้านการพัฒนาศักยภาพของตนเอง (Smith, 1981) จึงเป็นเรื่องที่ไม่ง่ายนักหากจะค้นหาความหมายที่เป็นสากลของคำว่าสุขภาพ เพราะต่างก็มีการให้ความหมายและคุณค่าแฝงที่แตกต่างกันออกไป และขึ้นอยู่กับแรงปรารถนาที่แตกต่างกันไปทั้งในระดับบุคคลและบรรทัดฐานของแต่ละสังคมอีกด้วย

ทั้งนี้ ในปัจจุบันมีนักคิดจำนวนมากที่ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพสมัยใหม่ (Modern health) ไว้ที่น่าสนใจ อาทิ

Brook, et al. (1979) ให้ความหมายคำว่าสุขภาพในลักษณะจำแนกเป็นด้านย่อย ๆ ประกอบด้วย สุขภาพด้านร่างกาย หมายถึง ความสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองและปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ สุขภาพด้านจิตใจ หมายถึง ความรู้สึกทางบวกที่มีต่อการควบคุมตนเองและสร้างพลังในตนเอง และสุขภาพด้านสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม

Orem (1991) ให้ความหมายคำว่าสุขภาพในลักษณะที่เป็นองค์รวมไว้ว่า หมายถึง ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของโครงสร้างและการทำงานของร่างกายที่ส่งผลต่อพัฒนาการในการดำเนินชีวิตไปถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล

Pender (1996) ได้ให้ความหมายคำว่าสุขภาพไว้อย่างครอบคลุมและมีข้อบ่งชี้ที่เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น โดยสรุปได้ว่า สุขภาพ หมายถึง การบรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดในชีวิตของบุคคลผ่านการแสดงออกทางพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมและมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น รวมไปถึงสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมั่นคงและสมดุล

นอกจากนี้ ยังมีมุมมองใหม่ ๆ เกี่ยวกับสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงของโลกในศตวรรษที่ 21 เมื่อก้าวสู่ภาวะไร้พรมแดนและเมื่อโลกกลายเป็นหน่วยทางสังคม (Social unit) ที่มีลักษณะซับซ้อนขึ้น และเกิดการรวมตัวกันเป็นประชาคมเพื่อควบคุมระบบเศรษฐกิจ สังคม และการบริหารจัดการทรัพยากรในสังคมทุนนิยม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ของวิถีชีวิตด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต และก่อให้เกิด

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพเพิ่มขึ้นและทวีความรุนแรงขึ้น¹⁸

จึงกล่าวได้ว่า มุมมองและการให้ความหมายของคำว่าสุขภาพสมัยใหม่ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงภาวะปราศจากโรคเท่านั้น แต่เป็นนิยามที่ผสมผสานขึ้นจากหลากหลายปัจจัยที่จะเกี่ยวข้องไปถึงภาวะแห่งความสุขของบุคคลและของสังคม เป็นต้นว่า คุณภาพชีวิตของบุคคล สถานะของสุขภาพทางด้านร่างกายและความสามารถในการทำหน้าที่ สถานะของสุขภาพจิตและความอยู่เย็นเป็นสุข การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การศึกษา ศาสนา และสถานะสุขภาพทางด้านจิตวิญญาณ วิถีชีวิต ผลลัพธ์ของสถานะทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล รวมไปถึงสภาพความท้าทายใหม่ ๆ ที่เป็นผลมาจากภาวะไร้พรมแดนและหน่วยทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปด้วย

2.5 ทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory: SCT)¹⁶

2.5.1. การพัฒนาความคิด

ทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory: SCT) เป็นทฤษฎีในกลุ่มปัญญาและการเรียนรู้ที่อธิบายพฤติกรรมมนุษย์ว่าเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการคิดของบุคคลนั้น ๆ กับบุคคลอื่น ๆ ในสังคมหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว จุดนี้เองที่ทำให้แตกต่างไปจากทฤษฎีระดับบุคคลที่สนใจเพียงปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นเจ้าของพฤติกรรมเท่านั้น

จุดเริ่มต้น: ทฤษฎีปัญญาทางสังคมมีจุดเริ่มต้นมาจากการทดลองที่มีชื่อเสียงโด่งดังว่า Bobo doll study เมื่อปี ค.ศ. 1961 และ 1963 โดยนักจิตวิทยาและนักสังคมวิทยาที่ชื่อ Albert Bandura แห่งมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา การทดลองดังกล่าวจัดกระทำกับเด็กอายุ 3-6 ปี จำนวน 72 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มเท่า ๆ กัน ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง จำนวน 2 กลุ่ม (A, B) และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 1 กลุ่ม (C) มีขั้นตอนการทดลองดังนี้

ขั้นที่ 1: ขั้นให้สัมผัสตัวแบบ (Modeling)

ขั้นนี้เด็ก ๆ ทั้ง 3 กลุ่มถูกทำให้ได้รับสัมผัสตัวแบบที่แตกต่างกัน คือ

- กลุ่มทดลอง A เด็กทุกคนต้องไปอยู่ในห้องที่มีตัวแบบที่เป็นผู้ใหญ่และแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตุ๊กตา Bobo ให้เด็กเห็น ทั้งทางด้านกายภาพ (Physical) เช่น ทบ ตี เตะ ต่อย โยนขึ้นไปในอากาศ และด้านคำพูด (Verbal) ด้วยการตะโกนคำพูดต่าง ๆ ในขณะที่ใช้ความรุนแรง เช่น เตะเขา โยนเขา

- กลุ่มทดลอง : เด็กทุกคนต้องไปอยู่ในห้องที่มีตัวแบบที่เป็นผู้ใหญ่ แต่ตัวแบบไม่มีการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทางกายภาพและไม่ใช้คำพูดที่รุนแรงกับตุ๊กตา Bobo

- กลุ่มเปรียบเทียบ C เด็กทุกคนต้องไปอยู่ในห้องที่มีตุ๊กตา Bobo แต่ไม่มีตัวแบบ

ขั้นที่ 2: ขั้นเร้าความรู้สึกก้าวร้าว (Aggressive arousal)

ขั้นนี้เด็กทุกคนในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบถูกกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจด้วยการย้ายเด็ก ๆ ไปไว้ในห้องที่มีตุ๊กตาจำนวนมาก แต่ถูกสั่งห้ามไม่ให้จับตุ๊กตาโดยเด็ดขาด

ขั้นที่ 3: ขั้นทดสอบการเลียนแบบพฤติกรรม (Test for delayed imitation)

หลังจากที่เด็ก ๆ เกิดความรู้สึกคับข้องใจแล้ว ขั้นนี้เด็กจะถูกย้ายไปไว้ในห้องที่มีตุ๊กตาหลายชนิดและมีตุ๊กตา Bobo รวมอยู่ในนั้นด้วยทีละคน ซึ่งมีนักวิจัยเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของเด็ก ๆ เหล่านี้ผ่านทางกระจกโดยที่เด็กไม่รู้ตัว ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ผลการ

ทดลอง พบว่า เด็กที่อยู่ในกลุ่มทดลอง A แสดงพฤติกรรมเลียนแบบในลักษณะที่ก้าวร้าวทั้งทางด้านกายภาพและด้านคำพูดกับตุ๊กตา Bobo มากกว่ากลุ่มทดลอง B และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ C

หลังจากประสบความสำเร็จการทดลองครั้งแรก ต่อมาในปี ค.ศ. 1963 Bandura จึงได้ทำการทดลองครั้งที่ 2 ในลักษณะที่คล้ายกัน โดยการแบ่งเด็กออกเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มทดลองจำนวน 3 กลุ่ม (A, B, C) และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 1 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลอง A จะได้รับสัมผัสพฤติกรรมก้าวร้าวผ่านตัวแบบที่เป็นคนจริง ๆ ในขณะที่กลุ่มทดลอง B จะได้รับสัมผัสพฤติกรรมก้าวร้าวของตัวแบบที่เป็นนักแสดงในภาพยนตร์ และกลุ่มทดลอง C จะได้รับสัมผัสพฤติกรรมก้าวร้าวของตัวแบบที่เป็นตัวการ์ตูนแมวในภาพยนตร์ ผลการศึกษาที่ได้ไม่แตกต่างจากการทดลองครั้งแรกมากนัก โดยพบว่า เด็กที่ได้รับการสัมผัสกับพฤติกรรมก้าวร้าวไม่ว่าจากตัวแบบที่เป็นคน เป็นนักแสดงในภาพยนตร์ หรือเป็นตัวการ์ตูนแมวในภาพยนตร์ ล้วนแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเกือบสองเท่า (Bandura, Ross, and Ross, 1963)

2.5.2 กำเนิด Social Learning Theory

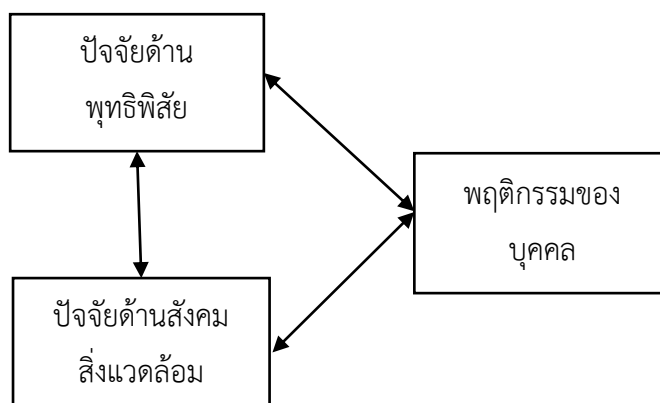
จากผลการทดลองข้างต้น ต่อมาในปี ค.ศ. 1977 Bandura ได้พัฒนาเป็นทฤษฎีโดยใช้ชื่อว่า ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory: SLT) เพื่อท้าทายแนวคิดเดิม ๆ ของทั้ง Pavlov (1927) และ Skinner (1953) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ของบุคคลเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าตามประสบการณ์ตรงที่ตนเองได้รับการเสริมแรงทั้งทางบวกหรือทางลบ

โดย Bandura ได้แย้งว่าในความเป็นจริงบุคคลไม่จำเป็นต้องเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของตนเองเท่านั้นเพราะสามารถเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของบุคคลอื่น ๆ ที่เผชิญกับสถานการณ์เดียวกันหรือที่คล้ายคลึงกับตนเอง โดยเฉพาะการเรียนรู้ผ่านตัวแบบที่มีความใกล้ชิดและมีความสำคัญกับตนเอง เช่น พ่อแม่ผู้บังคับบัญชา รุ่นพี่ ครู ตัวอย่างเช่น เด็กหญิงส้มโอช่วยครูลบกระดานดำทุกครั้งหลังเลิกเรียน เพราะเคยเห็นครูกล่าวชื่นชมเพื่อนที่มีพฤติกรรมดังกล่าว ทั้ง ๆ ที่ประสบการณ์การได้รับการเสริมแรงทางบวกดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นโดยตรงกับเด็กหญิงส้มโอก็ตาม

2.5.3 พัฒนาเป็น Social Cognitive Theory

ในหนังสือเรื่อง Social Foundations of Thought and Action ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ไว้เมื่อ ปี ค.ศ. 1986 Bandura ได้เปลี่ยนชื่อทฤษฎีใหม่จากเดิมที่ใช้ชื่อว่าทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory: SLT) เป็นทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory: SCT) โดยเขาให้เหตุผลว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพุทธิพิสัยของบุคคล" กับปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบบุคคลดังกล่าว ซึ่ง Bandura เชื่อว่าพลวัตของทั้ง 2 ปัจจัยจะส่งผลต่อกันและส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในลักษณะเป็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Triadic reciprocal determinism) ทั้งที่ปรากฏออกมาในลักษณะเป็นการกระทำที่ทำให้เกิดสุขภาพที่ดี หรืออาจตรงกันข้ามคือนำไปสู่สุขภาพที่เสื่อมลง (รูปที่ 5.1) และเสนอว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดนี้ไปพร้อม ๆ กัน

(Bandura, 2004) ซึ่งแต่ละปัจจัยอาจมีอิทธิพลที่ไม่เท่ากันและไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน กล่าวคือ ต้องรอระยะเวลากว่าที่ปัจจัยหนึ่งจะมีผลมากพอที่จะกำหนดปัจจัยอื่น ๆ (Pajares. 2002)



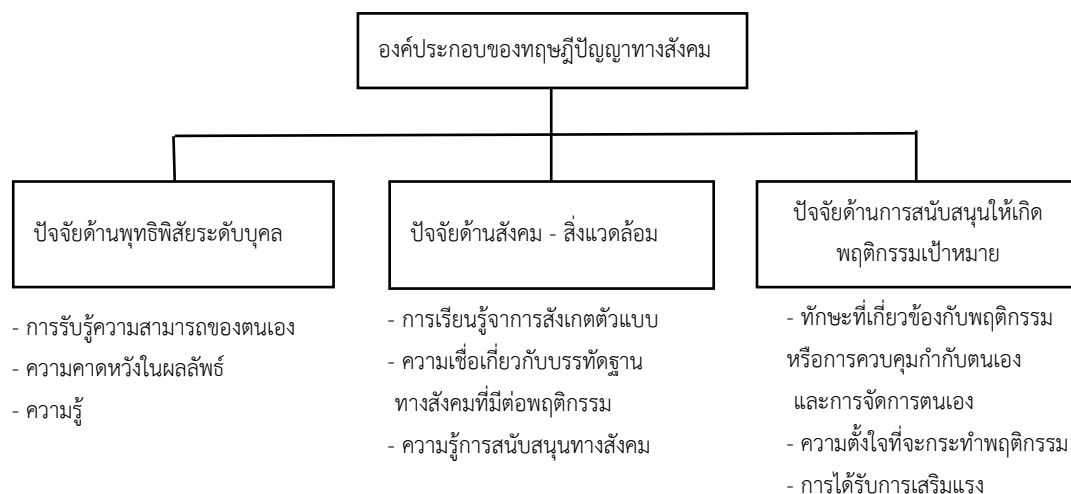
รูปที่ 1 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในทฤษฎีปัญญาทางสังคม

ที่มา: ดัดแปลงจาก Bandura (1986)

จากรูปที่ 1 อธิบายได้ว่า ปัจจัยด้านพุทธิพิสัยและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมต่างก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคล ในขณะเดียวกันพฤติกรรมของบุคคลเองก็ส่งผลต่อปัจจัยทั้ง 2 ด้านนั้นด้วย โดยปัจจัยด้านพุทธิพิสัยที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึก ความตั้งใจ จะเป็นตัวกำหนดรูปแบบและทิศทางของพฤติกรรม ในขณะเดียวกันแบบแผนและประสบการณ์จากพฤติกรรมนั้น ๆ ก็จะเป็นตัวรับประสาทความรู้สึกและโครงสร้างในสมองของบุคคลและจะมีผลต่อระดับพุทธิพิสัยของบุคคลนั้น ๆ ในขณะที่ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น การได้รับคำสอน การถูกชักจูงจากตัวแบบทางสังคม และกฎระเบียบข้อบังคับทางสังคมจะมีส่วนช่วยหล่อหลอม ชัดเกล้า และกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมตามที่คาดหวัง แต่ในขณะเดียวกันพฤติกรรมการตอบสนองของบุคคลที่แตกต่างกันก็จะย้อนกลับมากำหนดโครงสร้างและหน้าที่ทางสังคมสิ่งแวดล้อมด้วยเช่นกัน

2.5.4 องค์ประกอบและนิยามเชิงทฤษฎี

เมื่อจำแนกโครงสร้างของทฤษฎีปัญญาทางสังคมตามแนวคิดเรื่อง Triadic reciprocal determinism ของ Bandura พบว่า องค์ประกอบหลัก ๆ ของทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ 1) กลุ่มปัจจัยด้านพุทธิพิสัยของบุคคล 2) กลุ่มปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม และ 3) กลุ่มปัจจัยด้านการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งแต่ละองค์ประกอบประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ (ดังรูปที่ 2) สรุปได้ดังนี้



รูปที่ 2 องค์ประกอบของทฤษฎีปัญญาทางสังคม

2.5.4.1 กลุ่มปัจจัยด้านพุทธิพิสัยของบุคคล

หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการควบคุมกำกับพฤติกรรมของตนเอง (Self-regulate) โดยเป็นผลมาจากกระบวนการคิดและไตร่ตรองที่เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ของตนเอง ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Outcome expectations) และความรู้ในเรื่องพฤติกรรมนั้น ๆ (Knowledge) แต่ละตัวแปรมีความสำคัญสรุปได้ดังนี้

1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง

หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ให้สำเร็จ โดยระดับความเชื่อมั่นของบุคคลผันแปรไปตาม 4 ปัจจัย คือ 1) การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง 2) การสังเกตและการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของตัวแบบ 3) การได้รับการชักจูงหรือการสนับสนุนทางสังคมและ 4) สภาวะทางอารมณ์ของบุคคล

self-efficacy เป็นองค์ประกอบหลักในทฤษฎีปัญญาทางสังคมที่ Bandura กล่าวถึงไว้ในบทความเรื่อง Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change เมื่อปี ค.ศ. 1977 เพื่อต้องการแสดงให้เห็นว่า มนุษย์มีศักยภาพในการบริหาร

จัดการและควบคุมตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลได้ทั้งในทางสนับสนุนหรือขัดขวางต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ครอบคลุมตั้งแต่การกำหนดเป้าหมาย ความสนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะเริ่มแรก ระดับความตั้งใจและความพยายามในการหาวิธีพัฒนาทักษะของตนเอง ความสม่ำเสมอและความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรม

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

มี 4 ปัจจัย

(1) **ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง (Previous mastery experiences)** Bandura เชื่อว่า ประสบการณ์ตรงของบุคคลเกี่ยวกับความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในอดีตเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง กล่าวคือ หากบุคคลเคยประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังก็ย่อมส่งผลทางบวกต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในลักษณะเดิมหรือที่คล้ายคลึงกันในครั้งใหม่ ในขณะที่ประสบการณ์ความล้มเหลวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในอดีตหรือการไม่สมหวังในผลลัพธ์จะส่งผลให้บุคคลมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ลดลง

ดังนั้น การจัดกิจกรรมการเรียนรู้จึงต้องกระตุ้นให้บุคคลเกิดประสบการณ์ตรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้สำเร็จจนเกิดความรู้สึกว่า "ฉันสามารถทำได้" ซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวสามารถยกระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคล และทำให้เกิดความมั่นใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แม้จะออกจากโปรแกรมหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แล้วก็ตาม โดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้กับพฤติกรรมที่ไม่ซับซ้อนและใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนที่ไม่นาน เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย

(2) การสังเกตและการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตัวแบบ

(**Observational learning or vicarious experience**) การเรียนรู้จากตัวต้นแบบเป็นจุดที่ทำให้ทฤษฎีปัญญาทางสังคมแตกต่างไปจากทฤษฎีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า การเรียนรู้ผ่านการสังเกตจากความสำเร็จหรือความล้มเหลวของตัวแบบสามารถยกระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองได้มากขึ้น เมื่อตัวแบบเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลทางความคิดหรือเป็นบุคคลที่ชื่นชอบ หรือในบางครั้งอาจเป็นตัวแบบที่มีคุณลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจที่คล้ายคลึงกับตนเองจนทำให้เกิดความรู้สึกคล้ายคลึงกันว่า "ถ้าเขาทำได้ ฉันก็ทำได้" การเรียนรู้จากตัวแบบมีประโยชน์อย่างมากกับบุคคลที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์ตรงในเรื่องนั้น ๆ มาก่อนและเหมาะสมกับพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้ยาก เช่น การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยเรียนโดยนำคุณแม่ที่ยังอยู่ในวัยเรียนมาเล่าถึงความรู้สึกผิดพลาดและการสูญเสียโอกาสดี ๆ ในชีวิตไป การจัดการรณรงค์เลิกบุหรี่โดยให้บุคคลที่มีชื่อเสียงมาเล่าถึงประสบการณ์การเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

(3) **การชักจูงหรือการสนับสนุนทางสังคม (Social support or social persuasion)** บุคคลจะเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้นเมื่อได้รับ

กำลังใจการสนับสนุน และการเสริมทางบวกจากสังคมรอบข้าง โดยเฉพาะจากบุคคลที่มีความสำคัญ หรือเป็นที่พึงพอใจของบุคคลนั้น ๆ เช่น พ่อแม่ ครู เพื่อน

(4) สภาวะทางอารมณ์ (Emotional arousal) ความแปรผันด้านสภาวะทางอารมณ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยบุคคลที่กำลังมีความรู้สึกกลัว เครียด วิตกกังวล ท้อแท้ ซึมเศร้าก็อาจมีผลทำให้รับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำหรือต่ำกว่าที่เคยเป็น และมีผลกระทบต่อเนื่องถึงความมูมานะพยายามที่แสดงพฤติกรรมให้สำเร็จ ดังนั้น บุคคลที่อยู่ระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจึงควรได้รับการดูแลเอาใจใส่และระวังสภาวะผันแปรทางอารมณ์และความรู้สึกไปด้วย

ทั้งนี้ ปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมานี้ไม่ได้มีอิทธิพลต่อระดับการรับรู้ความสามารถของบุคคลโดยตรง แต่มีผลโดยอ้อมผ่านการตีความ เพื่อให้คุณค่าหรือความหมายกับประสบการณ์การเรียนรู้ที่มาจากทั้ง 4 ปัจจัย และระดับการให้คุณค่าดังกล่าวจึงส่งผลต่อระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลอีกทอดหนึ่ง และผันแปรไปตามระดับคุณภาพของการตีความ ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการเลือกรับข้อมูล (Selection) การเชื่อมโยงข้อมูล (Integration) และการระลึก (Recollection) ของบุคคลนั้น ๆ

2) ความคาดหวังในผลลัพธ์

ความคิดและความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ผลลัพธ์ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นนี้อาจเป็นได้ทั้ง 1) ผลลัพธ์ทางด้านกายภาพ (Physical outcome expectation) ที่สัมพันธ์กับสุขภาพทางด้านร่างกายของตนเอง เช่น การมีสุขภาพที่ดีขึ้น อาการความเจ็บป่วยที่ทุเลาลง 2) ผลลัพธ์ทางด้านสังคม (Social outcome expectation) เช่น การได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การมีสถานะทางสังคมที่ดีขึ้น การได้รับรางวัลหรือการเคารพยกย่อง และ 3) ผลลัพธ์ด้านการตอบสนองต่อมาตรฐานของตนเอง (Self-evaluation outcome expectation) ที่เป็นผลมาจากบุคคลประเมินเปรียบเทียบว่าผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการในชีวิตหรือมาตรฐานการดำเนินชีวิตของตนเองได้มากน้อยเพียงใด โดยเกี่ยวข้องกับความรู้สึกภายในของบุคคลดังกล่าว เช่น ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกสนุกเพลิดเพลิน มีความสุข ความรู้สึกถึงคุณค่าในชีวิต

3) ความรู้

ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้ในเรื่องพฤติกรรมเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลให้บุคคลเกิดกระบวนการทางความคิด โดยบูรณาการเข้ากับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์และทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ แต่เนื่องจากสภาพความเป็นจริงยังมีพฤติกรรมอีกหลายอย่างที่มีความซับซ้อนและไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้โดยลำพังการให้ความรู้ แต่จำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นร่วมด้วย การ

ผสมผสานระหว่างความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคลนี้เรียกว่า ระดับความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral capability)

2.5.4.2 กลุ่มปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

หมายถึง ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ทั้งที่เป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่แวดล้อมบุคคล และมีผลในการส่งเสริม เอื้ออำนวย หรือขัดขวางการ แสดงพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ (Observational learning or vicarious experience) 2) ความเชื่อเกี่ยวกับบรรทัดฐานทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม (Normative beliefs) และ 3) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) แต่ละตัวแปรมีสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้

1) การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ

หมายถึง การสังเกตหรือการได้เห็นตัวอย่างการกระทำของผู้ที่ประสบความสำเร็จและได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง จนทำให้ผู้สังเกตเรียนรู้ที่จะแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบและคาดหวังว่าตนเองจะได้รับผลลัพธ์แบบเดียวกัน ตัวแบบมี 2 ประเภท คือ 1) ตัวแบบที่เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดในชีวิตประจำวัน (Live modeling) หมายถึงบุคคลที่สามารถสังเกตหรือมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันได้โดยตรง และ 2) ตัวแบบเชิงสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) หมายถึง บุคคลที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรงต้องเรียนรู้ผ่านสื่อกลาง เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ

การเรียนรู้ผ่านการสังเกตจากตัวแบบเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลมีกระบวนการเรียนรู้ตามลำดับ (Bandura, 2008) ดังนี้

1) กระบวนการทำให้เกิดความสนใจ (Attention process) โดยบุคคลจะเกิดความสนใจที่จะเรียนรู้พฤติกรรมผ่านการสังเกตจากตัวแบบได้นั้นเกิดขึ้นได้จาก 2 ปัจจัย ประกอบด้วย

(1) ปัจจัยด้านตัวแบบ คือ คุณลักษณะที่สำคัญหรือโดดเด่นของตัวแบบ เช่น เป็นบุคคลที่มีอิทธิพลทางความคิดหรือทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกมาไม่ซับซ้อนมากนัก เป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ผู้สังเกตคาดหวัง

(2) ปัจจัยด้านผู้สังเกต คือ ความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกหรือสภาวะทางอารมณ์ ความพึงพอใจ ทัศนคติ ความคาดหวัง ความสามารถทางสติปัญญาของผู้สังเกต

2) กระบวนการเก็บจำ (Retention process) เมื่อบุคคลเกิดความสนใจในตัวแบบแล้วก็เกิดการเก็บจำคุณลักษณะหรือการกระทำของตัวแบบ แล้วแปลงข้อมูลที่ได้ให้อยู่ในรูปแบบของสัญลักษณ์เพื่อให้สามารถจัดการข้อมูลที่มีความสลับซับซ้อนและให้ง่ายต่อการจัดเก็บ ระลึก และดึงข้อมูลออกมาใช้

3) กระบวนการสร้างพฤติกรรมของตนเอง (Production process) เป็นการแปลงข้อมูลที่จัดเก็บไว้อย่างเป็นระบบและสร้างเป็นพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งจะ

ทำได้ตามตัวแบบมากหรือน้อยเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับคุณภาพของทั้ง 2 กระบวนการที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับ การได้รับข้อมูลสะท้อนกลับจากภายนอก เพื่อนำมาใช้ประเมินและปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง และทักษะหรือความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมเป้าหมาย

4) กระบวนการสร้างแรงจูงใจ (Motivation process) เป็นการกระตุ้นให้บุคคลเกิดพลังเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมไปในทิศทางที่มีเป้าหมายที่ได้เลือกไว้แล้ว ประกอบด้วย แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic motivation) เช่น คำชมเชย รางวัล การยอมรับจากสังคม และแรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) เช่น ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่า ซึ่งแรงจูงใจที่เกิดขึ้นมักสอดคล้องกับ ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ที่ตัวแบบได้รับและสังเกตคาดว่าตนเองจะได้รับเมื่อสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามตัวแบบได้แล้ว

2) ความเชื่อเกี่ยวกับบรรทัดฐานทางสังคม

หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการยอมรับ และความแพร่หลายในการปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ในสังคมหรือของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ดังกล่าวมีอิทธิพลทางบวกต่อการตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล (กล่าวถึงเนื้อหาโดยละเอียดในบทที่ 4 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน)

ทั้งนี้ คนส่วนใหญ่มักมีความเชื่อเกี่ยวกับบรรทัดฐานทางสังคมที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงใน 2 ลักษณะ คือ

(1) การรับรู้เกี่ยวกับการยอมรับและความแพร่หลายของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของสังคมหรือของกลุ่มอ้างอิงที่สูงเกินจริง เช่น เชื่อว่าสังคมยุคใหม่ยอมรับว่าการดื่มเหล้าของผู้หญิงเป็นเรื่องปกติธรรมดา

(2) การยึดถือบรรทัดฐานของกลุ่มที่ตนเองยอมรับหรือพึงพอใจเท่านั้นมาใช้เป็นมาตรฐานในการดำเนินชีวิตของตนเอง เช่น ในกลุ่มคนอ้วนมักเห็นว่าการดื่มน้ำอัดลมและขนมหวานเป็นความสุขในชีวิต เยาวชนรุ่นน้องมักทดลองสูบบุหรี่มวนแรกเพราะรุ่นพี่บอกว่า เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความเป็นหนุ่มเต็มตัวแล้ว ความเชื่อเกี่ยวกับบรรทัดฐานในลักษณะดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ต่อไป

3) การสนับสนุนทางสังคม

หมายถึง กิจกรรมหรือกระบวนการที่ กลุ่มหรือสังคมให้การช่วยเหลือสนับสนุน และปกป้องบุคคลที่เป็นสมาชิกหรือมีความสัมพันธ์ต่อกันให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเผชิญหน้ากับภาวะตึงเครียดในชีวิต และทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้

การให้การสนับสนุนทางสังคมจำแนกเป็น 4 ประเภท คือ

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การปลอบโยน การให้กำลังใจ การให้การยอมรับนับถือ การเชื่อมั่นในศักยภาพ

2) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ

3) การสนับสนุนเครื่องมือหรืออุปกรณ์ เช่น การจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4) การสนับสนุนให้เกิดการประเมินเพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนกลับ เช่น การสำรวจและการประเมินสถานะสุขภาพ

2.5.4.3 กลุ่มปัจจัยด้านพฤติกรรมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลที่มีส่วนสนับสนุนให้ตนเองสามารถแสดงพฤติกรรมเป้าหมายได้เป็นผลสำเร็จ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ทักษะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Behavioral skills) 2) ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม (Intentions) และ 3) การได้รับการเสริมแรง (Reinforcements) แต่ละตัวแปรมีสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้

1) ทักษะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

หมายถึง ความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง (Self-regulation) และจัดการตนเอง (Self-management) จนสามารถแสดงพฤติกรรมเป้าหมายหรือปรับเปลี่ยนจากพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ได้สำเร็จ บุคคลจะมีทักษะดังกล่าวได้ก็ต่อเมื่อมีความรู้และรับรู้ถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ ยังต้องรู้ถึงวิธีการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ให้เป็นผลสำเร็จด้วย โดย Bandura (1997) ได้ระบุถึง 5 วิธีการที่จะทำให้บุคคลมีทักษะที่จำเป็นและสามารถควบคุมกำกับพฤติกรรมตนเองได้เป็นผลสำเร็จ คือ

(1) ควบคุมกำกับตนเองหรือสร้างระบบการสำรวจและเฝ้าระวังพฤติกรรมของตนเอง (Self-monitoring)

(2) กำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น (Goal setting)

(3) ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสะท้อนกลับถึงวิธีการปรับปรุงที่จะทำให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Feedback and improve)

(4) ให้รางวัลตนเองเมื่อประสบความสำเร็จ (Self-reward)

(5) วิเคราะห์พฤติกรรมของตนเอง ทั้งก่อนและระหว่าง การเปลี่ยนแปลง (Self-critique) ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการควบคุมกำกับ ผิดแผน และช่วยเหลือตนเองให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ

2) ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม

หมายถึง การไตร่ตรอง ความพร้อม และการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมใด ๆ ของตนเอง (Ajzen, 2002) Bandura (2005) เชื่อว่า ระดับความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ ซึ่งบุคคลจะมีความตั้งใจมากน้อย

เพียงใดขึ้นอยู่กับ การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงความเป็นไปได้ที่ตนเองจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้สำเร็จและขึ้นอยู่กับระดับของเป้าหมายที่บุคคลนั้น ๆ ต้องการซึ่งแตกต่างกันไปตามมาตรฐานชีวิต ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และระดับความคาดหวังในผลลัพธ์

3) การเสริมแรงทางบวกและทางลบ

หมายถึง สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองตามที่ต้องการ ประกอบด้วย

(1) การเสริมแรงทางบวก ได้แก่ การให้สิ่งเร้าที่พึงประสงค์ที่ช่วย กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเป้าหมายมากยิ่งขึ้น เช่น การให้รางวัล การให้คำชมเชย การชื่นชม ตัวเอง

(2) การเสริมแรงทางลบ ได้แก่ การให้สิ่งเร้าที่ช่วยควบคุม พฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้ลดลง จำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การให้สิ่งเร้าที่ไม่ต้องการ เช่น การตำหนิ การลงโทษด้วยการให้ทำความสะอาดห้องน้ำ การลงโทษตัวเองด้วยการงดอาหารที่ชอบ และ 2) การไม่ให้สิ่งเร้าที่ต้องการ เช่น การตัดคะแนน การลดระยะเวลาในการเล่นเกมส์

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิชาญ มีเครือรอด⁷ ทำการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อ พฤติกรรมสุขภาพดัชนีมวลกายและระดับ ความดันโลหิต ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต ของ บุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรสาธารณสุขอำเภอ คีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริม สุขภาพ ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลและ ประสบการณ์ 2) สร้างอารมณ์ และความคิดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม 3) จัดกิจกรรมสร้าง เสริมสุขภาพ 4) ติดตามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูล พฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร สาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.81 และ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมุติฐานโดยใช้การทดสอบสถิติ Repeated measure ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ดัชนีมวลกายก่อนการ ทดลองและ

หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันที่ระดับ 0.18 3) ระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการ ทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยควรมี การขยายผลไปสู่บุคลากร ในหน่วยงานอื่นๆ เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

ประหยัด ช่อไม้ และ อารยา ปรานประวีตร⁸ ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรม สร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอลำปาง จังหวัดกระบี่ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยการรับรู้ความสามารถ ตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงและ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกำกับตนเองในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงได้แก่การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดน้อยกว่าก่อนการทดลอง แต่เพิ่ม ขึ้นมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) สำหรับด้านพฤติกรรมดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่การ บริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และ การจัดการความเครียด เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและ เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ และ พฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง แต่การรับรู้ความสามารถตนเองและ พฤติกรรม การกำกับตนเอง ลดลง อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากระยะเวลาในการจัดกิจกรรม ค่อนข้างน้อยและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดความล้าใจและ ยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในทันทีหลังจากทำกิจกรรมไปแล้ว

อริสรา สุขวัจณี และ อัญชลีพร อมาตยกุล⁹ ได้ทำการศึกษา เรื่อง การจัดการ สุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน บ้านม่วงหวาน : มุมมองจากการศึกษาเชิงคุณภาพ โดย ดำเนินการวิจัย: ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 75 คน ประกอบด้วย ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวานและ ครอบครัว เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) พระสงฆ์ ครู และแม่ค้าขายอาหารที่ชุมชนบ้านม่วงหวาน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม 3) แนวทางการประชุมระดมสมอง 4) แนวทาง การสังเกต และ 5) แบบบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย: กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้ดูแลสุขภาพตนเองโดยการควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว ออกกำลังกาย จัดการความเครียด ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ลดการสูบบุหรี่และไปรับการตรวจคัดกรอง โรค เบาหวานประจำปี ครอบครัวกลุ่มเสี่ยงได้แบ่งเบาภาระงาน ร่วมออกกำลังกาย กระตุ้นและกล่าว

เดือน เมื่อกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ชุมชนได้สนับสนุนการดูแลสุขภาพโดยให้ข้อเสนอแนะ และข้อมูล ด้านการดูแลสุขภาพ ปัญหาและอุปสรรคที่พบคือ การให้บริการตรวจคัดกรองเบาหวานไม่ทั่วถึง ขาด สถานที่ ผู้นำ แรงจูงใจและความต่อเนื่องในการออกกำลังกาย สรุป: การจัดการสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชนเป็นความรับผิดชอบของกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว เจ้าหน้าที่รพสต. ให้บริการตรวจสุขภาพ ผู้นำชุมชนร่วมรับรู้ปัญหา สนับสนุนการแก้ปัญหาและเป็นแบบอย่าง การดูแลสุขภาพ อสม. เฝ้าระวังและให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยง

สมปอง พะมุลิลา, ไสว ดอกพุ่ม, วรชมน ปาพรม และ ชลียา วามะลุน⁹ ได้ทำการศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ ทักษะคิด และการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยทำการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ ทักษะคิดและการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย และแนวคิดการเสริมสร้างพลัง อำนาจของกัปสัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ คนละ 45-60 นาที/ครั้ง ติดต่อกัน 6-8 วัน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยคือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มี 5 กิจกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ ทักษะคิด และการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test และ Paired t-test ผลพบว่า (1) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิดและการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร สูงกว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.01 (2) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ ทักษะคิดและการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร สูงกว่าก่อนการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยส่งเสริมและเพิ่มความรู้ ทักษะคิดและการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนได้

ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, สรลรัตน์ พลอินทร์ และพัชรินทร์ เนียมเกิด¹⁰ ได้ทำการศึกษา เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ในสตรีจังหวัดเพชรบุรี โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและปัจจัยที่ส่งเสริม พฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีจังหวัดเพชรบุรี 2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ในสตรีจังหวัดเพชรบุรี และ 3) ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีจังหวัด

เพชรบุรี การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในสตรีจังหวัดเพชรบุรีอายุ 20 - 45 ปี จำนวน 24 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริม พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีจังหวัดเพชรบุรีและทดลองใช้กับสตรีจังหวัดเพชรบุรีจำนวน 8 คน ระยะที่ 3 ประเมิน ประสิทธิภาพรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ในสตรีจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งเต้านมในสตรีจังหวัดเพชรบุรีและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง เต้านมในสตรีจังหวัดเพชรบุรี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ dependent t-test และ independent t-test ผลการวิจัย ระยะที่ 1 พบว่า สตรีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมค่อนข้างน้อย ปัจจัยที่ส่งเสริม พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ได้แก่ การควบคุมตนเองเพื่อป้องกันโรคการสนับสนุนใส่ใจจากครอบครัว และบุคลากรทาง สาธารณสุข สนับสนุนความรู้และทักษะระยะที่ 2 ได้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีจังหวัดเพชรบุรี โดยใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองของตนเองของแบนดูรา และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ระยะที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มใช้รูปแบบสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.01 ระดับ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีจังหวัดเพชรบุรีอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งการพัฒนา รูปแบบสามารถไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

ฐาพัชรลดา เกียรติเลิศเดชา, อารยา เชียงของ, ปราณี ทองศรี และอนงค์นุช สารจันทร์¹¹ ได้ทำการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและโรคมะเร็งปากมดลูก:กรณีศึกษาการสร้างเสริมความ รอบรู้ทางสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในเขต กรุงเทพมหานคร ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีวิจัยเฉพาะกรณีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายเงื่อนไขการสร้างความรู้ทาง สุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยเจริญพันธุ์ผู้ใหญ่ ข้อมูล คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร อายุ 25-59 ปี จำนวน 17 คน เลือกผู้ใหญ่ข้อมูลแบบเจาะจง โดยมีคะแนนความรอบรู้ ทางสุขภาพในระดับสูงที่ประเมินจากแบบวัดความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกรวมกับการสังเกต เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบ สัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า เงื่อนไขที่สำคัญของการสร้างความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมและโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ได้แก่การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการใช้สื่อสมัยใหม่ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ สื่อที่เข้าใจง่าย และใช้เวลา

น้อย และสื่อนวัตกรรม 3) การประเมินข้อมูลสุขภาพ เช่น การรู้เท่าทันสื่อ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ เช่น รู้จักตนเองทำให้เลือกใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

วัลยา ตูพานิช, ปราลีณา ทองศรี¹² ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถในตนเอง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จำนวน 60 คน เลือกแบบ purposive sampling เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 7 ครั้ง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวม ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และแบบประเมินภาวะสุขภาพ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา และ repeated measure one-way ANOVA ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหลังการทดลองทันที และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

มะลิ ไพฑูรย์เนรมิต, ยุวลักษณ์ นราโชติกา และนิรันดร เชี่ยวชาญชัย¹⁹ ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการจัดการความรู้ โดยการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการจัดการความรู้ เป็นการวิจัยและพัฒนา และเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งเป็น 3 ระยะ ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ 3 ด้านคือ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. และภาวะสุขภาพ ใช้วิธีการสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้วยแบบประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และการตรวจสุขภาพกลุ่มตัวอย่างนำไปเปรียบเทียบผลก่อน-หลัง ผลการวิจัย พบว่า (1) รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการจัดการความรู้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 7 กิจกรรมหลัก 18 กิจกรรมย่อยในกลุ่มเกษตรกรรม และ 17 กิจกรรมย่อยในกลุ่มอุตสาหกรรม (2) ประสิทธิภาพของรูปแบบ ในระยะก่อนและหลังดำเนินการโดยภาพรวมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยด้านระดับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และด้านพฤติกรรมสุขภาพ ในระยะหลังดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ส่วนด้านภาวะสุขภาพพบว่าในระยะหลังดำเนินการกลุ่มตัวอย่างมีค่าความดัน

โลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้น แต่ค่าขนาดรอบเอวและน้ำหนักตัวตามเกณฑ์มาตรฐานลดลงเล็กน้อย จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบนี้มีประสิทธิผล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการความรู้ และเกิดการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเข้าสู่ระดับปกติได้

พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม และคณะ²⁰ ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการ สันทนาแบบสร้างแรงจูงใจและการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อความเชื่อด้านสุขภาพในการมา ตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก โดยบทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการ สันทนาแบบสร้างแรงจูงใจและการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อความเชื่อด้านสุขภาพในการมาตรวจคัดกรอง มะเร็งเรื้องปากมดลูกเป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสภาพการณ์การไม่มาตรวจ คัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก 2) พัฒนารูปแบบการสันทนาแบบสร้างแรงจูงใจและการใช้เครือข่ายสังคม ออนไลน์ 3) ประเมินผลรูปแบบการสันทนาแบบสร้างแรงจูงใจและการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30 - 60 ปี จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้คือ 1) แบบ สัมภาษณ์การไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา 1.0 2) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก ค่าดัชนีความตรงของ เนื้อหา 0.96 ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟา 0.821 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ สันทนาแบบสร้างแรงจูงใจและการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา การแจกแจงความถี่ และการทดสอบที ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการสันทนาแบบสร้างแรงจูงใจ และการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้ความรู้เรื่อง โรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก 3) การค้นหาแรงจูงใจ 4) การผลักดันแรงจูงใจให้แน่นแฟ้นมั่นคง 5) การแนะนำ แบบมีตัวเลือก 6) การวางแผนและการสรุป และ 7) การติดตามโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์โดยผลการ ทดลองใช้รูปแบบสันทนาแบบสร้างแรงจูงใจและการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างมีความ เชื่อด้านสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสตรีกลุ่มเสี่ยงในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปาก มดลูกหรือโรคอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นักสุวรรณ โอภาส และคณะ²¹ ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริม แรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อ การรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูกและการมารับการตรวจ ส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ การวิจัยครั้งนี้เป็น การศึกษาเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกที่ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำนวน 80 คนเครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริม แรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก 2) วิดีทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง วิธี การตรวจ การปฏิบัติตัว 3) แผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก

4) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 5) แบบสอบถามการรับรู้โรคมะเร็งปากมดลูก 4 ด้าน และ 6) แบบบันทึกการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสถิติไควสแควร์, สถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซคท์, สถิติแมน - วิทนี ยูและสถิติวิลคอกซัน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้ทั้ง 4 ด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และร้อยละของการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

กาญจนา ฮามสมพันธ์ และคณะ²² ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือนในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยการให้ความรู้เสริมสร้างพลังอำนาจและแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการอภิปรายกลุ่มเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังให้การสนับสนุนทางสังคมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ผ่านการเยี่ยมบ้าน และกระตุ้นเตือนทางหอกระจายข่าว ผลการทดลองพบว่าหัวหน้าครัวเรือนมีความรู้ ทักษะต่อการป้องกันการโรคใบไม้ในตับรวมถึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ในตับเพิ่มขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม

ศิโรชัย เนตรทานนท์ และอุทัยวรรณ โคกตาทอง²³ ได้ทำการศึกษาเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน เขตสุขภาพที่ 5 ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 1 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชนและสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 20 คนตัวแทนผู้นำชุมชนที่เป็นทางการจำนวน 15 คนและตัวแทนแกนนำวัยทำงานจำนวน 15 คนใน 5 จังหวัดได้แก่สมุทรสาครราชบุรีสมุทรสงครามเพชรบุรีและกาญจนบุรีเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์แบบอุปนัยผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่สนับสนุนและเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชนจากการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมและโมเดลนิเวศวิทยาเชิงสังคม แบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ 1) ระดับบุคคลคือการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยบูรณาการกิจกรรมร่วมกันงานประเพณีท้องถิ่น 2) ระดับระหว่างบุคคลคือการที่คนในครอบครัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 3) ระดับองค์กรคือการสร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชนการสร้างเสริมความศรัทธาในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขการสร้างเชื่อมั่นในอาสาสมัครสาธารณสุขการส่งเสริมปราชญ์ชาวบ้านในการใช้ทักษะด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในองค์กร 4) ระดับชุมชนคือการจัดทำลานกีฬาส่วนสาธารณะและ

การจัดมทกรรมสุขภาพในงานประเพณีท้องถิ่น 5) ระดับนโยบายคือการสื่อสารข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องผ่านสื่อสังคมออนไลน์ผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชนประกอบด้วย 5 องค์ประกอบดังนี้ 1) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) การมีแบบอย่างที่ดี 3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 5) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

บังอร พิมพ์จันทร์ และคณะ²⁴ ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางบ่ออิ จังหวัดสุรินทร์ โดยการวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี ระหว่างก่อนและหลังทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและเปรียบเทียบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี อายุระหว่าง 35-60 ปี มีท่อน้ำดีหนาระดับปานกลางและระดับมาก จำนวน 59 คนที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางบ่ออิ เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 29 คน และจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเรือเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน โดยให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในด้านอายุ และระดับความหนาของท่อน้ำดี เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีกลุ่มเสี่ยง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน (1) ข้อมูลทั่วไป (2) พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.96 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.79 และ (3) ผลการตรวจพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติการทดสอบที่ สถิติการทดสอบ Wilcoxon matched pairs signed ranks test และสถิติการทดสอบความแตกต่างค่าสัดส่วน ผลการวิจัย พบว่า (1) หลังทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยรวมและรายด้านทุกด้านสูงกว่าก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้านการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ($p\text{-value}>0.05$)

วีระพล วิเศษสังข์ และคณะ²⁵ ได้ทำการศึกษาเรื่อง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อการลดการเกิด โรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยแรงงาน ตำบลชะยุ้ง อำเภอบึงสามพัน จังหวัดศรีสะเกษ โดยการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง จากผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนสมาชิกในครัวเรือนจำนวน 20 คน โดยจัดให้ได้รับกิจกรรมพัฒนาศักยภาพในการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับกลุ่มทดลอง ระยะที่ 2 คือ ระยะดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคัดเลือก

ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากประชากรกลุ่มวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 50 คน ทั้งนี้จัดให้กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย การตรวจสุขภาพเพื่อหาไข่วัยก่อนการทดลอง การอบรมให้ความรู้ การจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ จากนั้นดำเนินการติดตามตรวจสุขภาพเพื่อหาไข่วัยซ้ำอีกครั้งหลังการทดลองครบ 4 สัปดาห์เก็บรวบรวมข้อมูลก่อน และหลังการทดลอง ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านการรับรู้ และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และสามารถดำเนินการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับกลุ่มทดลองในระยะที่ 2 ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านการรับรู้ และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) และอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยแรงงานลดลงต่ำกว่าร้อยละ 5

ต้นหยง สุขเกษม, ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิ²⁶ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนผู้เข้าร่วมกลุ่มละ 42 คน กลุ่มทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมสุขภาพตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติเชิงอนุมาน Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และสตรีกลุ่มทดลองมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 40 คน (ร้อยละ 95.24) ขณะที่กลุ่มควบคุมเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 25 คน (ร้อยละ 59.52) และการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาของโปรแกรมการประยุกต์ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี สามารถทำให้กลุ่มทดลองมีแนวโน้มมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

นัตยา เกรียงชัยพฤษ์²⁷ ได้ทำการศึกษากระบวนการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด : กรณีศึกษา จังหวัดตรัง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯและปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดัน โลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก(Indepth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กลุ่ม ตัวอย่างคือ ผู้รับผิดชอบงานโครงการเฉลิมพระเกียรติ ๕๗ พรรษา มหาวิชราลงกรณ์ : หมู่บ้านปรับเปลี่ยน พฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนภาคีเครือข่ายระดับตำบล คณะกรรมการ/คณะทำงาน และประชาชนบ้าน ห้วยนาง หมู่ 2 ตำบลห้วยนาง อำเภอห้วยยอด และบ้านไสป้อ หมู่ 2 ตำบลนาหวง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ผลการศึกษา พบว่า จังหวัดตรังมีกระบวนการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ 1.สร้างทีมดำเนินงาน 2.ศึกษาข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้าน 3.จัดทำแผนพัฒนาหมู่บ้าน 4.จัดกิจกรรมการเรียนรู้ของประชาชน 5.เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ 6.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมดำเนินงาน และ 7. ประเมินการพัฒนาหมู่บ้าน การดำเนินการพัฒนาหมู่บ้านส่งผล ให้หมู่บ้านเป้าหมาย มีสถานที่การออกกำลังกาย ครั้วเรือนมีการปลูกผักปลอดสารพิษไว้บริโภคเอง มีแปลงผัก รวมของหมู่บ้าน หมู่บ้านมีสถานที่ในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องการบริโภคผักและผลไม้สดปลอดสารพิษ ลดอาหารไขมัน และการออกกำลังกาย หมู่บ้านมีการจัดกิจกรรม และส่งเสริมให้ประชาชนบริโภคผัก และผลไม้สดปลอดสารพิษ ลดอาหารไขมัน และการออกกำลังกาย กระบวนการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้าน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็งโรค ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดส่งผลให้ประชาชนในหมู่บ้าน ทั้ง 2 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการฯ มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร ลดอาหารไขมัน และการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้น ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ ได้แก่ นโยบายของผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารให้ความสำคัญ การบูรณาการงานระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกระดับ การสนับสนุนทรัพยากร และการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ความเข้มแข็งของคณะกรรมการหมู่บ้าน การที่ประชาชนให้ความสำคัญกับโครงการฯ ร่วมพัฒนาหมู่บ้าน และ ร่วมในกิจกรรมของหมู่บ้าน การติดตามและประเมินผลการทำงานอย่างเป็นระบบ และที่สำคัญประชาชนมี ส่วนร่วมในกิจกรรมของหมู่บ้าน อันส่งผลให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

บทที่ 3 วิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ที่มีทั้งการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (Quasi - experimental Study) ประเมินผลก่อนและหลัง การได้รับโปรแกรม (One Group Pre-Posttest Design) และการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประสิทธิผลของโครงการพิชัยโมเดลในการป้องกันโรคมะเร็งปอดของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

3.1 ระเบียบวิธีวิจัย

3.1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลพิชัย จำนวน 2 หมู่บ้าน (หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง และหมู่ที่ 14 บ้านต้นมัน) อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 2,848 คน

หมู่บ้าน	จำนวนประชากร
หมู่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง	1,203
หมู่ 14 บ้านต้นมัน	1,645
รวม	2,848

ที่มา : ข้อมูลประชากรในเขตเทศบาลเมืองพิชัย จังหวัดลำปาง

3.1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลพิชัย จำนวน 2 หมู่บ้าน (หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง และหมู่ที่ 14 บ้านต้นมัน) อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง หมู่บ้านละ 100 คน รวม 200 คน

3.1.3 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) ประชาชนที่มีภูมิลำเนาและที่อยู่อาศัยภายในตำบลพิชัย จำนวน 2 หมู่บ้าน (หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง และหมู่ที่ 14 บ้านต้นมัน)
- 2) ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง
- 3) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมในโปรแกรม
- 4) สามารถสื่อสารโดยการอ่านเขียน และพูดภาษาไทยได้
- 5) ยินดีเข้าร่วมการทำกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ไม่สะดวกในการทำกิจกรรม
- 2) ร่วมทำกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม

3.1.3 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่าง (Sampling) โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างโดยความบังเอิญ (Accidental sampling)

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ

1) แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคมะเร็งปอดของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เป็นการประยุกต์ใช้จากเครื่องมือมาตรฐานของกองสุขาภิบาล กรมสนับสนุนบริการกระทรวงสาธารณสุข (2561) และประยุกต์ใช้เครื่องมือจากงานวิจัยของอัญชลี สามงามมี(2564) เรื่อง ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปอดของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ สถานภาพ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว มีข้อความคำถามจำนวน 7 ข้อ ซึ่งลักษณะข้อความแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความลงในช่องว่าง (Open end)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติ สายตรง ประวัติการสูบบุหรี่ (บุคคล) ประวัติการสูบบุหรี่ (ครอบครัว) ประวัติการดื่มสุรา อาการด้านโรคมะเร็งปอด มีข้อความคำถามจำนวน 5 ข้อ ซึ่งลักษณะข้อความแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความลงในช่องว่าง (Open end)

ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ คะแนน 15 คะแนน ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก	=	1 คะแนน
ตอบผิด	=	0 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยการแปลความหมายจากค่าคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอดจำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้ต่ำ ปานกลาง สูง แบ่งตามระดับโดยอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1981; Best JW. Research in education, 1981) ดังนี้

- คะแนน 0-8 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอดอยู่ในระดับต่ำ

- คะแนน 9-12 คะแนน (ร้อยละ 60-80) หมายถึงประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอดอยู่ในระดับปานกลาง

- คะแนน 13-15 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึง ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอดอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปอดเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ในการป้องกันโรคมะเร็งปอด แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีจำนวน 7 ข้อๆละ 5 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นลักษณะปลายปิด (Close ended Question) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติ 6-7 วัน/ สัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 4-5 วัน/ สัปดาห์
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 3วัน/ สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 1-2 วัน/ สัปดาห์
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

โดย เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับพฤติกรรม	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	5 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	1 คะแนน	5 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมายพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปอดแบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง

- คะแนน 0 – 20 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปอดอยู่ในระดับต่ำ

- คะแนน 21 – 28 คะแนน (ร้อยละ 60-80) หมายถึงประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปอดอยู่ในระดับปานกลาง

- คะแนน 29 – 35 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึงประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปอดอยู่ในระดับสูง

2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปอด (กิจกรรมกลุ่ม) จำนวน 3 ข้อ

(1) การอบรมให้ความรู้ เรื่องโรคมะเร็ง, มะเร็งปอด, การป้องกันโรคมะเร็ง, การฟื้นฟูสมรรถนะปอด มีความเหมาะสมอย่างไรบ้าง

(2) สามารถนำไปปฏิบัติจริงได้อย่างไร

(3) มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างไรในการจัดกิจกรรม

3) แบบสอบถามวัดประสิทธิผลของโครงการพิชัยโมเดลในการป้องกันโรคมะเร็งปอดของประชาชน ในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 5 ข้อ

- (1) พฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปอดได้เป็นอย่างดี มีอะไรบ้าง
- (2) สิ่งกีดขวางที่ท่านปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปอด มีอะไรบ้าง
- (3) พฤติกรรมใดที่ท่านมักจะละเลยในการป้องกันโรคมะเร็งปอด มีอะไรบ้าง
- (4) ปัญหาและอุปสรรค ในการป้องกันโรคมะเร็งปอด มีอะไรบ้าง
- (5) ท่านต้องการให้โรงพยาบาลมีการสนับสนุนในการป้องกันโรคมะเร็งปอดอย่างไร

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1) ประชุมคณะกรรมการดำเนินโครงการฯ เพื่อวางแผนการดำเนินโครงการฯ และขอความร่วมมือจากประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน, ประธานอสม., อสม., ประชาชน จำนวน 2 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 9 บ้านฝายน้อย และ หมู่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง ทำการคัดเลือกประชาชนหมู่บ้านละ 100 ราย

2) เมื่อถึงวันที่เริ่มดำเนินโครงการ มีการแจกแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคมะเร็งปอดของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปางให้กับผู้เข้าร่วมโครงการ เพื่อทำการประเมินก่อนเข้าร่วมโครงการ

3) หลังจากตอบแบบสอบถามแล้ว ทางคณะกรรมการดำเนินโครงการฯ ดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้ เรื่องโรคมะเร็ง, มะเร็งปอด, การป้องกันโรคมะเร็ง, การฟื้นฟูสมรรถนะปอด โดยนับเป็นสัปดาห์แรกของการทำกิจกรรม

4) หลังจากนั้นอีก 12 สัปดาห์ ดำเนินการจัดกิจกรรมประชุมระดมสมองสังเกตกระตุ้นส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งและกล่าวเตือน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปอดโดยใช้แบบสอบถามเป็นแนวทางการจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม

5) หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม แจกแบบสอบถามวัดประสิทธิผลของโครงการพิชัยโมเดลในการป้องกันโรคมะเร็งปอดของประชาชน ในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ให้กับผู้เข้าร่วมโครงการ เพื่อทำการประเมินหลังเข้าร่วมโครงการ

6) บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล

7) สรุปผลการดำเนินโครงการฯ และจัดทำรูปเล่มรายงาน

ก่อนดำเนินโครงการ	Week 1	Week 12	Week 24 สิ้นสุดโครงการ
แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคมาเร็งปอดของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง (ประเมินก่อนเข้าร่วมโครงการ)	จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคมาเร็ง, มาเร็ง ปอด, การป้องกันโรคมาเร็ง, การฟื้นฟูสมรรถนะปอด	จัดกิจกรรมประชุมระดมสมองสังเกต กระตุ้นส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคมาเร็งและกล่าวเตือนและแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคมาเร็งปอด	แบบสอบถามวัดประสิทธิผลของโครงการพิชัยโมเดลในการป้องกันโรคมาเร็งปอดของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง (ประเมินหลังเข้าร่วมโครงการ)

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะวิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และนำเสนอด้วยสถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistic) เพื่อบรรยายลักษณะของประชากร ในแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคมาเร็งปอดของประชาชนใน ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่อเดือน โรคประจำตัว ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมาเร็งปอด ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมาเร็งของญาติสายตรง ประวัติการสูบบุหรี่ (บุคคล) ประวัติการสูบบุหรี่ (ครอบครัว) ประวัติการดื่มสุรา อาการด้านโรคมาเร็งปอด ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมาเร็งปอด ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคมาเร็ง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละในกรณีเป็นข้อมูลแจกแจง ส่วนกรณีข้อมูลต่อเนื่องจะนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation ; SD)

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จะวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนแบบสอบถาม พฤติกรรมป้องกันโรคมาเร็งปอด (กิจกรรมกลุ่ม) ส่วนที่ 1 หลังจากการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 และแบบสอบถามวัดประสิทธิผลของโครงการพิชัยโมเดลในการป้องกันโรคมาเร็งปอดของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง (ประเมินหลังเข้าร่วมโครงการ)

บทที่ 4

ผลการดำเนินวิจัย

4.1 ผลการดำเนินการก่อนดำเนินโครงการ

ผลการสำรวจข้อมูลชุมชนโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 2 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง และหมู่ที่ 14 บ้านต้นมัน หมู่บ้านละ 100 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 200 คน โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวนทั้งหมด 200 คน คิดเป็นร้อยละ 200

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 200)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	54	27.00
หญิง	146	73.00
2. สถานภาพสมรส		
โสด	48	24.00
สมรส/คู่	128	64.00
หม้าย	14	7.00
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	10	5.00
3. อายุ		
15-20 ปี	0	0.00
21-40 ปี	42	21.00
41-60 ปี	102	51.00
61 ปีขึ้นไป	56	28.00
(ค่าเฉลี่ย = 53.23, SD = 10.79, ค่าต่ำสุด = 34, ค่าสูงสุด = 71)		
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	1.00
ประถมศึกษา	76	38.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	5.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	16	8.00

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อนุสัญญา/ปวส.	8	4.00
ปริญญาตรีขึ้นไป	88	44.00
5. อาชีพ		
ทำสวน/ทำนา/ทำไร่	6	3.00
รับจ้างทั่วไป	120	60.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18	9.00
ทำโรงงาน/บริษัทเอกชน	10	5.00
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	20	10.00
อื่นๆ	20	13.00
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 15,000	176	88.00
15,001 – 20,000	20	10.00
20,001– 25,000	4	2.00
25,001 – 30,000	0	0.00
มากกว่า 30,001	0	0.00
(ค่าเฉลี่ย = 11,121, SD = 3,071.356 , ค่าต่ำสุด = 6,000 , ค่าสูงสุด = 21,000)		
7. โรคประจำตัว		
ไม่มี	156	78.00
เก๊าท์	2	4.55
ไขมันในเลือดสูง	16	36.36
เบาหวาน	26	59.09
ความดันโลหิตสูง	40	90.90
หอบหืด		
ไวรัสตับอักเสบบี		
ไวรัสตับอักเสบบีซี		
ไตเรื้อรัง		
อื่นๆ.....		

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 200 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 146 คน (ร้อยละ 73.00) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 128 ราย (ร้อยละ 64.00) รองลงมา คือ มีสถานภาพโสด จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 24.00) และมีสถานภาพหม้าย จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 7.00) โดยมีอายุเฉลี่ย 53.23 ± 10.79 ปี อายุต่ำที่สุด 34 ปี และอายุสูงที่สุด 71 ปี โดยอายุในช่วง 41 -60 ปี มากที่สุด จำนวน 102 ราย (ร้อยละ 51.00) ถัดมาเป็น ผู้ที่มีช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 56 ราย (ร้อยละ 28.00) มีการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 88 ราย (ร้อยละ 44.00) ถัดมาคือระดับประถมศึกษา จำนวน 76 ราย (38.00) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 120 ราย (ร้อยละ 60.00) มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนที่ $11,121 \pm 3,071.356$ บาท โดยส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนที่น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน จำนวน 176 ราย (ร้อยละ 88.00) รองลงมา คือ รายได้ 15,001 – 20,000 บาท /เดือน จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 10.00) ไม่มีโรคประจำตัวเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 156 ราย (ร้อยละ 78.00) และมีโรคประจำตัว จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 22.00) โดยส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 90.90) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 59.09) และโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 36.36)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด (n = 200)

ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด	จำนวน	ร้อยละ
1. ประวัติการเจ็บป่วย		
1.1 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง		
ไม่มี	192	96.00
มี	8	4.00
1.2 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง		
ไม่มี	147	73.50
มี	53	26.50
2. ประวัติการสูบบุหรี่ (บุคคล)		
2.1 ไม่สูบ	198	99.00
2.2 สูบ	0	0.00
ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น/บุหรี่ไฟฟ้า) จำนวนมวน/วัน	0	0.00
จำนวนปีที่เคยสูบ.....ปี	0	0.00
2.3 เคยสูบ แต่เลิกแล้วปี	2	1.00

ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด	จำนวน	ร้อยละ
3. ประวัติการสูบบุหรี่ (ครอบครัว : ในบ้านของท่านมีคนสูบบุหรี่ อยู่ในบ้านหลังเดียวกันหรือไม่)		
ไม่สูบ	200	100.00
สูบ	0	0.00
4. ประวัติการสูบกัญชา		
ไม่สูบ	200	100.00
สูบ	0	0.00
5. ระดับการดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	142	71.00
ดื่มประจำทุกวัน	58	29.00
ดื่ม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์	0	0.00
ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	0	0.00
ดื่ม 1-2 ครั้ง/เดือน	0	0.00
6. อาการด้านโรคมะเร็ง		
ไม่มีอาการ	192	96.00
ไอเรื้อรัง	8	4.00
ไอเป็นเลือด	0	0.00
หายใจเหนื่อยง่าย	0	0.00
เจ็บหน้าอก	0	0.00
เบื่ออาหาร/น้ำหนักลด	0	0.00
7. ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ		
7.1 ท่านประกอบอาชีพหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ต้องเจอกับสาร ดังต่อไปนี้หรือไม่ เช่น ซิลิกา แคลเซียม ถ่านหิน สารกันชื้น แบตเตอรี่ แร่ใยหิน เบริลเลียม โครเมียม ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า		
สัมผัสน้อยกว่า 1 ปี	66	33.00
สัมผัส 1-3 ปี	120	60.00
สัมผัส 3 - 5 ปี	6	3.00
สัมผัสมากกว่า 5 ปี	8	4.00
7.2 ท่านสัมผัสมลภาวะทางอากาศหรือฝุ่นควัน (PM 2.5)		
ไม่มี	198	99.00
มี	2	1.00

ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด	จำนวน	ร้อยละ
7.3 ท่านเคยสัมผัสรังสี บริเวณหน้าอก		
เคย	86	57.00
ไม่เคย	114	43.00

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 200 คน ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง จำนวน 192 คน (ร้อยละ 96.00) และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง จำนวน 147 คน (ร้อยละ 73.50) ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ (บุคคล) จำนวน 198 คน (ร้อยละ 99.00) ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว จำนวน 200 คน (ร้อยละ 100) ไม่มีประวัติการสูบกัญชา จำนวน 200 คน (ร้อยละ 100) ไม่ดื่มสุราเลย จำนวน 142 คน (ร้อยละ 71.00) ไม่มีอาการด้านโรคมะเร็ง จำนวน 192 คน (ร้อยละ 96.00) ด้านปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามประกอบอาชีพหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ต้องเจอกับสารดังต่อไปนี้หรือไม่ เช่น ซิลิกา แคนซีม ถ่านหิน สารกันชื้น แบตเตอรี่ แร่ใยหิน เบริลเลียม โครเมียม ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า ส่วนใหญ่มีการสัมผัสกับสารเคมี 1-3 ปี จำนวน 120 คน (ร้อยละ 60.00) รองลงมา สัมผัสน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 66 คน (ร้อยละ 33.00) ไม่มีการสัมผัสมลภาวะทางอากาศหรือฝุ่นควัน (PM 2.5) จำนวน 198 คน (ร้อยละ 99.00) และไม่เคยสัมผัสรังสี บริเวณหน้าอก จำนวน 114 คน (ร้อยละ 43.00)

ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด (n=200)

ข้อคำถาม	คำตอบด้านความรู้	
	ตอบถูก	ตอบผิด
1. โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ	200 (100.00)	0
2. การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งปอด	200 (100.00)	0
3. โรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้	200 (100.00)	0
4. คนที่มีมากกว่าอายุ 40 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี	84 (42.00)	116 (58.00)

ข้อคำถาม	คำตอบด้านความรู้ จำนวน (ร้อยละ)	
	ตอบถูก	ตอบผิด
5. ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม	198 (99.00)	2 (1.00)
6.อาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อย	200 (100.00)	0
7. การขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง	200 (100.00)	0
8. อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีผ่านกระบวนการปิ้งย่าง เเผา เช่น ไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียมพบสารก่อมะเร็งได้	200 (100.00)	0
9. การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้สดเป็นประจำทุกวันจะช่วยลดการสะสมของสารก่อมะเร็งในร่างกาย	200 (100.00)	0
10. การกินอาหารที่หลากหลาย เป็นการลดการสะสมสารก่อมะเร็ง	118 (59.00)	82 (41.00)

จากตารางที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด พบว่า ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 1. โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ ข้อ 2. การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งปอด ข้อ 3. โรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้ ข้อ 6.อาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อย ข้อ 7. การขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง ข้อ 8. อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีผ่านกระบวนการปิ้งย่าง เเผา เช่น ไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียมพบสารก่อมะเร็งได้ และข้อ 9. การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้สดเป็นประจำทุกวันจะช่วยลดการสะสมของสารก่อมะเร็งในร่างกาย จำนวน 200 คน (ร้อยละ 100) ส่วนข้อคำถามที่ผิดมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 4. คนที่มีมากกว่าอายุ 40 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวน 116 คน (ร้อยละ 58.00) รองลงมา ข้อ 10. การกินอาหารที่หลากหลาย เป็นการลดการสะสมสารก่อมะเร็ง จำนวน 82 คน (41.00)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปอด

ตารางที่ 4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปอด (n=200)

ข้อความคำถาม	ความถี่ในการปฏิบัติต่อสัปดาห์					$\bar{X} \pm SD$
	6-7 วัน	4-5 วัน	3 วัน	1-2 วัน	ไม่ปฏิบัติ	
1. ทานกินผัก และผลไม้สดที่หลากหลาย	70 (35.00)	124 (62.00)	6 (3.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.32±0.53
2. ทานกินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด กะทิ เนื้อมัน	8 (4.00)	6 (3.00)	68 (34.00)	110 (55.00)	8 (4.00)	3.52±0.79
3. ทานออกกำลังกายต่อเนื่อง ประมาณ 30 นาที จนรู้สึกเหนื่อย และมีเหงื่อออก	4 (2.00)	36 (16.00)	74 (37.00)	90 (45.00)	0 (0.00)	2.75±0.79
4. ทานอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่กำลังสูบบุหรี่หรือยาสูบ	2 (1.00)	2 (1.00)	50 (25.00)	140 (70.00)	6 (3.00)	3.73±0.58
5. ทานหลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมลพิษทางอากาศ	0 (0.00)	18 (9.00)	56 (28.00)	122 (61.00)	4 (2.00)	2.44±0.68
6. ทานสวมหน้ากากอนามัยผู้ปิดจมูก ฤงมือ หรือชุดคลุม เพื่อป้องกันการสัมผัส หรือสูดหายใจรับสารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกาย	154 (77.00)	40 (20.00)	4 (2.00)	2 (1.00)	0 (0.00)	4.73±0.55
7. ทานใช้ผ้าปิดจมูกเวลา ไอ จาม เพื่อป้องกันไม่ให้เสมหะ หรือไอจามรดกัน	172 (86.00)	26 (13.00)	0 (0.00)	2 (1.00)	0 (0.00)	4.84±0.44

จากตารางที่ 4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปอด พบว่า ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปอด มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อ 7. ทานใช้ผ้าปิดจมูกเวลา ไอ จาม เพื่อป้องกันไม่ให้เสมหะ หรือไอจามรดกัน (4.84±0.44 คะแนน) รองลงมา ข้อ 6. ทานสวมหน้ากากอนามัยผู้ปิดจมูก ฤงมือ หรือชุดคลุม เพื่อป้องกันการสัมผัส หรือสูดหายใจรับสารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกาย (4.73±0.55 คะแนน) และข้อ 1. ทานกินผัก และผลไม้สดที่หลากหลาย (4.32±0.53 คะแนน) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปอด น้อยที่สุด 3 อันดับแรก

ได้แก่ ข้อ 5. ทานหลักเลี่ยงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมลพิษทางอากาศ (2.44 ± 0.68 คะแนน) รองลงมา ข้อ 3. ทานออกกำลังกายต่อเนื่องประมาณ 30 นาที จนรู้สึกเหนื่อยและมีเหงื่อออก (2.75 ± 0.79 คะแนน) และ ข้อ 2. ทานกินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด กะทิ เนื้อติดมัน (3.52 ± 0.79 คะแนน)

4.2 ผลการดำเนินการจัดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1

1) รูปแบบการจัดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1

ประกอบด้วย 5 ฐานกิจกรรม ดังนี้

ฐานที่ 1 ฐานแยกขยะ “มารู้จักขยะมูลฝอยแต่ละประเภท

ฐานที่ 2 ฐาน PM 2.5 “เรียนรู้อยู่กับฝุ่น PM 2.5”

ฐานที่ 3 ฐานมะเร็งปอด “เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปอด”

ฐานที่ 4 ฐานประดิษฐ์อุปกรณ์บริหารปอด “เครื่องบริหารปอดจากวัสดุเหลือใช้”

ฐานที่ 5 ฐานมะเร็งปากมดลูก “มะเร็งปากมดลูก รู้เร็ว รู้ทัน ป้องกันได้”

2) ประมวลภาพกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1

(ภาคผนวก ข)

4.3 ผลการดำเนินการจัดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 12

หลังจากการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 12 โดยกิจกรรมประชุมระดมสมองสังเกต กระตุ้น ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งและกล่าวเตือน จากนั้นดำเนินการสอบถามข้อมูลจำนวน 5 ข้อ ดังนี้

1) ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ

ข้อคำถาม 1) การอบรมให้ความรู้ เรื่อง โรคมะเร็ง, มะเร็งปอด, การป้องกันโรคมะเร็ง, การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด, การคัดแยกขยะ มีความเหมาะสมอย่างไรบ้าง

คนที่ 1 “มีการใช้ระยะเวลาครึ่งวันเหมาะสมต่อการทำกิจกรรม”

คนที่ 2 “การจัดกลุ่มเรียนตามฐานมีความเหมาะสม เข้าใจง่าย ไม่ทำให้หน้าเบื่อ และง่วงนอน”

คนที่ 3 “การให้ความรู้ครั้งนี้ เป็นการจัดกิจกรรมแต่ละฐาน มีหมอ พยาบาล มาให้ความรู้ในหลายๆเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโรคมะเร็ง เรื่องการกายบริหารปอด การแยกขยะ”

คนที่ 4 “ในชุมชนชอบมีการเผาขยะ เพราะไม่รู้ว่ามีวิธีการแยกขยะจะสามารถสร้างรายได้ การจัดกิจกรรมนี้มีความเหมาะสมอย่างยิ่ง”

คนที่ 5 “เป็นกิจกรรมที่ดีอย่างยิ่ง มีหมอ พยาบาลมาให้ความรู้ถึงชุมชน ส่วนใหญ่ต้องไปอบรมที่อื่น”

คนที่ 6 “หมอ พยาบาล พุดคุยง่าย มีการยกตัวอย่างที่ทำให้เห็นภาพชัดเจน ทำให้เข้าใจเรื่องมะเร็ง”

คนที่ 7 “ชุมชนต้องความรู้เรื่องโรคมะเร็งพอดี เนื่องจากคนป่วยในชุมชนเป็นมะเร็งก็เยอะอยู่”

คนที่ 8 “เป็นการจัดกิจกรรมในวันหยุด ซึ่งทำให้คนสนใจเข้าร่วมงานจำนวนมาก และยังมีบริการให้บริการปรึกษาโรคมะเร็งโดยแพทย์ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ดียิ่ง”

คนที่ 9 “เนื้อหาการให้ความรู้ ในแต่ละกิจกรรมเป็นเรื่องที่คนในชุมชนต้องการรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องมะเร็ง การเผาขยะก็เป็นหนึ่งในสาเหตุมะเร็งปอด”

ดังนั้นสรุปได้ว่า การจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้โดยบุคลากรทางการแพทย์

สหสาขาวิชาชีพเป็นวิทยากร มีการจัดกิจกรรมในวันหยุดทำให้ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าร่วมได้จำนวนมากมีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง อีกทั้งมีรูปแบบการจัดกิจกรรมเป็นแบบแบ่งกลุ่มเวียนไปในแต่ละฐาน สำหรับหัวข้อการอบรมเป็นเรื่องที่เป็นปัญหาของชุมชนที่ควรตระหนัก เช่น การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง การป้องกันโรคมะเร็ง เช่น โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งปากมดลูก การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นต้น

ข้อคำถาม 2) สามารถนำไปปฏิบัติจริงได้อย่างไร

คนที่ 1 “สามารถนำสิ่งประดิษฐ์อุปกรณ์บริหารปอดไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง”

คนที่ 2 “สามารถแนะนำการใช้อุปกรณ์บริหารปอดให้กับผู้อื่นได้”

คนที่ 3 “สามารถสิ่งประดิษฐ์ไปต่อยอดกับอุปกรณ์ของใช้ที่หาได้ในชุมชน”

คนที่ 4 “มีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างหน่วยงาน อสม. และชาวบ้าน”

คนที่ 5 “ได้มีการนำเอาความรู้ที่ได้ไป ถ่ายทอด และแนะนำให้กับชาวบ้านที่ไม่ได้อบรม”

คนที่ 6 “จะนำความรู้ที่ได้ไปบอกคนในครอบครัวให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็ง หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค”

คนที่ 7 “จะได้ดำเนินการแยกขยะให้ถูกต้อง แต่ละประเภท ขยะบางประเภทก็ขายได้สร้างรายได้”

คนที่ 8 “จะนำความรู้ที่ได้ไปบอกคนในครอบครัวให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็ง หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค”

คนที่ 9 “จะได้ดำเนินการแยกขยะให้ถูกต้อง แต่ละประเภท ขยะบางประเภทก็ขายได้สร้างรายได้”

คนที่ 10 “จะรู้ว่าหน้ากากมีหลายประเภท แต่ละประเภทใช้ไม่เหมือนกัน เช่น หากเพื่อป้องกันโควิด ต้องใส่หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ และหากป้องกัน PM 2.5 ต้องใส่หน้ากาก N95 ”

ดังนั้นสรุปได้ว่า การจัดกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ เรื่อง โรคมะเร็ง, มะเร็งปอด, การป้องกันโรคมะเร็ง, การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด, การคัดแยกขยะ สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการจัดกิจกรรมไปปฏิบัติ รวมทั้งประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน อีกทั้งสามารถนำไปบอกต่อให้คนในครอบครัว คนในชุมชน มีความตระหนักในการป้องกันโรคมะเร็ง รวมทั้งการแยกขยะเพื่อลดการเผา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิด PM 2.5 ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด

ข้อคำถาม 3) มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างไรในการจัดกิจกรรม

คนที่ 1 “อยากได้ความรู้สมุนไพรเกี่ยวกับโรคมะเร็งเพิ่ม เช่น ถ้าเป็นมะเร็งชนิดนี้ ควรใช้สมุนไพรชนิดไหน”

คนที่ 2 “อยากได้ความรู้เกี่ยวกับการทำลูกประคบ ยาต้ม ยาหมอม สมุนไพร”

คนที่ 3 “อยากให้ส่งเสริมเน้นการใส่หน้ากากอนามัยในชุมชน”

คนที่ 4 “อยากให้มีการจัดกิจกรรมแบบนี้ ทุกๆปี”

คนที่ 5 “อยากให้แพทย์ พยาบาล มาร่วมออกหน่วยตรวจคัดกรองมะเร็งเพิ่มเติม”

คนที่ 6 “อยากให้มีการจัดกิจกรรมอื่นเพิ่มเติม การใช้สมุนไพร การประยุกต์ใช้ สิ่งของต่าง ๆ มาสร้างเสริมสุขภาพ หรือกิจกรรมทบทวนความรู้เป็นการฟื้นฟูความรู้ ที่อาจจะลืมเลือนไป”

ดังนั้นสรุปได้ว่า การจัดกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ควรมีความรู้ความหลากหลาย เช่น กิจกรรมสมุนไพรต้านมะเร็ง การทำยาสมุนไพร เป็นต้น ควรเพิ่มเรื่องของการออกหน่วยคัดกรองมะเร็ง และอยากให้มีการจัดกิจกรรมแบบนี้อย่างต่อเนื่องในชุมชนเพื่อเป็นการทบทวนความรู้ เป็นการฟื้นฟูความรู้

4.4 ผลการดำเนินการสิ้นสุดโครงการ

ข้อคำถาม 1) พฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติกาป้องกันโรคมะเร็งปอดได้เป็นอย่างดี มีอะไรบ้าง

คนที่ 1 “ในช่วงที่มีค่าฝุ่น PM 2.5 มาก และออกไปเจอผู้คนชาวบ้านมีการสวมใส่หน้ากากแบบ N95”

คนที่ 2 “เมื่อไปทำครกหินใส่อุปกรณ์ป้องกันหรือหาวิธีป้องกันตัวเองจากฝุ่นครก”

คนที่ 3 “ก่อนทำครกหินจะใส่หน้ากาก N95 เพื่อป้องกันฝุ่น”

คนที่ 4 “ลดการเผาขยะ เผากิ่งไม้”

คนที่ 5 “ฝึกกายบริหารปอด โดยใช้ขวดน้ำพลาสติกที่เจ้าหน้าที่สอนประดิษฐ์มา ออกกำลังกายบริหารปอดทุกวัน”

คนที่ 6 “คนที่ทำงานเกี่ยวกับการทำครกหินก็มีการใส่อุปกรณ์ป้องกันมากขึ้นและผลิตในที่ห่างออกไปจากชุมชน”

คนที่ 7 “มีการแยกขยะ เพื่อลดการเผา”

ดังนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติการป้องกันโรคมะเร็งปอดได้เป็นอย่างดี

1) มีการใส่หน้ากาก N95 ในช่วงที่มีค่าฝุ่น PM 2.5 ค่าสูง และใส่ขณะปฏิบัติงานในช่วงที่ทำงานเกี่ยวกับการทำครกหิน 3) มีการแยกขยะ ลดการเผาขยะ 4) ฝึกการบริหารปอด

ข้อคำถาม 2) สิ่งที่กระตุ้นให้ท่านปฏิบัติการป้องกันโรคมะเร็งปอด มีอะไรบ้าง

คนที่ 1 “ในช่วงที่มีมาตรการณรงค์ห้ามเผาขยะ ชาวบ้านให้ความร่วมมือดี”

คนที่ 2 “มีการประกาศเสียงตามสายรณรงค์การห้ามเผา การสวมหน้ากาก N95”

คนที่ 3 “มีรถมาให้บริการ x-ray ในชุมชน”

คนที่ 4 “มีโครงการที่เกี่ยวกับสุขภาพ จัดโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพ

โครงการพระราชดำริ โครงการ PM 2.5 ในตำบล จัดโดย รพสต. ”

คนที่ 5 “ในหมู่บ้านมีโครงการคัดแยกขยะในหมู่บ้านโดยมีวัดเป็นต้นแบบในการคัดแยกก่อนแล้วขยายต่อไปในหมู่บ้าน ขยะที่แยกไว้ก็สามารถขายได้โดยมีรถมารับซื้อในหมู่บ้าน และมีการทำปุ๋ยหมักไว้ใช้ ทำให้ลดการเผาขยะไปได้มาก”

คนที่ 6 “ในหมู่บ้านมีโครงการคัดแยกขยะในหมู่บ้านโดยมีวัดเป็นต้นแบบในการคัดแยกก่อนแล้วขยายต่อไปในหมู่บ้าน ขยะที่แยกไว้ก็สามารถขายได้โดยมีรถมารับซื้อในหมู่บ้าน และมีการทำปุ๋ยหมักไว้ใช้ ทำให้ลดการเผาขยะไปได้มาก”

คนที่ 7 “มีทางท้องถิ่นมารณรงค์และส่งเสริมให้ในครัวเรือนทำหลุมสำหรับทิ้งเศษอาหารที่เหลือทิ้งเป็นการลดปริมาณขยะ ลดน้ำหนักของขยะที่ท้องถิ่นจัดเก็บและลดกลิ่นเหม็นของขยะที่เกิดจากเศษอาหาร”

คนที่ 8 “มีการวัดค่าฝุ่นในแหล่งทำครกหิน พอเห็นค่าฝุ่นจึงต้องใส่หน้ากาก”

คนที่ 9 “มีการวัดค่าฝุ่นของจังหวัดลำปาง พอเห็นค่าฝุ่นสูงจึงรีบใส่ N95”

ดังนั้นสรุปได้ว่า สิ่งที่กระตุ้นให้ท่านปฏิบัติการป้องกันโรคมะเร็งปอด 1) มาตรการจากภาครัฐในการห้ามเผา 2) เสียงตามสาย/สื่อประชาสัมพันธ์ 3) ภาครัฐมีส่วนร่วมต่างๆ เช่น การจัดบริการ X-ray ปอดเพื่อตระหนักให้คนในชุมชนดูแลสุขภาพ, การจัดโครงการเกี่ยวกับสุขภาพ PM2.5, การรณรงค์คัดแยกขยะ เป็นต้น 4) มีการวัดค่าฝุ่น

ข้อคำถาม 3) พฤติกรรมใดที่ท่านมักจะละเลยในการป้องกันโรคมะเร็งปอด มีอะไรบ้าง

คนที่ 1 “ในหมู่บ้านมีการคัดแยกขยะ การขุดหลุมฝังขยะ แต่การเผาขยะในชุมชนยังมีอยู่”

คนที่ 2 “ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ในช่วงที่มีมาตรการณรงค์ห้ามเผาขยะ ชาวบ้านให้ความร่วมมือดีแต่พอหมดช่วง การรณรงค์ก็กลับมาเผาเหมือนเดิม”

คนที่ 3 “ในช่วงที่มีค่าฝุ่น PM 2.5 มาก และออกไปเจอผู้คนชาวบ้านมีการสวมใส่

หน้าากมากขึ้น แต่หากอยู่ที่บ้านก็จะไม่สวมใส่หน้าาก”

คนที่ 4 “มีการเผาขยะอยู่บ้างไม่มากโดยเฉพาะหน้าร้อน”

ดังนั้นสรุปได้ว่า หากไม่มีการกำหนดมาตรการ หรือการณรงค์ ก็จะดำเนินการลดเลยการเผา รวมทั้งการใส่หน้าาก

ข้อคำถาม 4) ปัญหาและอุปสรรค ในการป้องกันโรคมะเร็งปอด มีอะไรบ้าง

คนที่ 1 “ไม่มีงบประมาณในการจัดกิจกรรม”

คนที่ 2 “มีการเผาขยะในชุมชนแต่ไม่ทราบว่าเป็นใคร ซึ่งเหตุเกิดจากที่มีชาวบ้านเอาขยะ เศษไม้มาทิ้งบริเวณริมแม่น้ำ พอขยะกองใหญ่ขึ้น ก็จะมีกลุ่มคนที่ไม่ทราบว่าใครมาจุดไฟเผา ทำให้เกิดไฟลุกลามแล้วส่งกลิ่นเหม็น”

คนที่ 3 “อุปสรรคการป้องกันโรคมะเร็งปอดเป็นเรื่องของอาชีพทำครกหินของคนในหมู่บ้านแต่ปัจจุบันลดน้อยลงเพราะผลผลิตขายไม่ค่อยดีคนในหมู่บ้านออกไปทำงานที่อื่นมากขึ้น และเรื่องของฝุ่น PM 2.5 แต่ก็จะเป็นในช่วงปลายฤดูหนาวถึงฤดูร้อนมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นทุกปี”

ดังนั้นสรุปได้ว่า ปัญหาและอุปสรรค ในการป้องกันโรคมะเร็งปอด พบว่ายังมีอุปสรรคจากปัจจัยภายนอก นั่นคือ คนนอกชุมชนที่นำขยะมาทิ้งแล้วเผา อีกทั้งในชุมชนประกอบอาชีพการทำครกหินย่อมเกิดฝุ่น รวมทั้งการไม่มีงบประมาณในการจัดกิจกรรมในการป้องกัน มะเร็งปอด

ข้อคำถาม 5) ท่านต้องการให้โรงพยาบาลมีการสนับสนุนในการป้องกันโรคมะเร็งปอดอย่างไร

คนที่ 1 “อยากให้สนับสนุนสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้กับทางหมู่บ้านจะได้เป็นการกระตุ้นให้ชาวบ้านได้ตระหนักถึงปัญหาหรือการป้องกันโรคในหมู่บ้าน”

คนที่ 2 “อยากได้ป้ายประชาสัมพันธ์ และการประกาศเสียงตามสาย”

คนที่ 3 “การให้สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้าาก N95”

ดังนั้นสรุปได้ว่า ชุมชนต้องการให้โรงพยาบาลมะเร็งลำปางมีการสนับสนุนในการป้องกันโรคมะเร็งปอด 1) สื่อในรูปแบบต่างๆ เช่น แผ่นพับ เสียงตามสาย เพื่อให้ชาวบ้านตระหนักในการป้องกันโรค 2) อุปกรณ์การป้องกัน เช่น หน้าาก N 95

2) ประมวลภาพกิจกรรมหลังจากสิ้นสุดโครงการ

(ภาคผนวก ค)

3) สิ่งประทับใจที่สุดในการจัดโครงการครั้งนี้

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประชาคมได้ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่ประทับใจในการจัดโครงการ ซึ่งส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นโครงการที่ดี เนื่องจากทำให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้น สามารถนำไปปฏิบัติและปรับใช้ในหมู่บ้านของตนเองได้ อีกทั้งทางด้านเจ้าหน้าที่มีการต้อนรับอย่างดี และวิทยากรให้ความรู้ได้ดี มีสื่อ เข้าใจได้ง่าย ทำให้รู้ถึงปัญหาสุขภาพ และรู้สึกประทับใจในโครงการฯ ที่แต่ละหมู่บ้านได้ร่วมกันคิดโครงการขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน

บทที่ 5

สรุปผล ข้อเสนอแนะ ข้อจำกัด และแผนการดำเนินงานในระยะต่อไป

5.1 สรุปผล

5.1.1 ผลการดำเนินการจัดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1

การสำรวจข้อมูลชุมชนโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 2 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 10 บ้านไร่ศิลาทอง และหมู่ที่ 14 บ้านต้นมัน หมู่บ้านละ 100 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 200 คน โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวนทั้งหมด 200 คน คิดเป็นร้อยละ 200

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 200 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 146 คน (ร้อยละ 73.00) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 128 ราย (ร้อยละ 64.00) รองลงมา คือ มีสถานภาพโสด จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 24.00) และมีสถานภาพหม้าย จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 7.00) โดยมีอายุเฉลี่ย 53.23 ± 10.79 ปี อายุต่ำที่สุด 34 ปี และอายุสูงที่สุด 71 ปี โดยอายุในช่วง 41 -60 ปี มากที่สุด จำนวน 102 ราย (ร้อยละ 51.00) ถัดมาเป็นผู้ที่มีช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 56 ราย (ร้อยละ 28.00) มีการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 88 ราย (ร้อยละ 44.00) ถัดมาคือระดับประถมศึกษา จำนวน 76 ราย (38.00) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 120 ราย (ร้อยละ 60.00) มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนที่ $11,121 \pm 3,071.356$ บาท โดยส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนที่น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน จำนวน 176 ราย (ร้อยละ 88.00) รองลงมา คือ รายได้ 15,001 – 20,000 บาท /เดือน จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 10.00) ไม่มีโรคประจำตัวเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 156 ราย (ร้อยละ 78.00) และมีโรคประจำตัว จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 22.00) โดยส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 90.90) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 59.09) และโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 36.36)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด พบว่า ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 200 คน ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง จำนวน 192 คน (ร้อยละ 96.00) และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง จำนวน 147 คน (ร้อยละ 73.50) ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ (บุคคล) จำนวน 198 คน (ร้อยละ 99.00) ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว จำนวน 200 คน (ร้อยละ 100) ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 200 คน (ร้อยละ 100) ไม่ดื่มสุราเลย จำนวน 142 คน (ร้อยละ 71.00) ไม่มีอาการด้านโรคมะเร็ง จำนวน 192 คน (ร้อยละ 96.00) ด้านปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามประกอบอาชีพหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ต้องเจอกับสารดังต่อไปนี้หรือไม่ เช่น ซิลิกา แคลเซียม ถ่านหิน สารกันชื้น แบคทีเรีย แร่ใยหิน เบริลเลียม โครเมียม ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า ส่วนใหญ่มีการสัมผัสกับสารเคมี 1-3 ปี จำนวน 120 คน (ร้อยละ 60.00) รองลงมา สัมผัสน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 66 คน (ร้อยละ

33.00) ไม่มีการสัมผัสมลภาวะทางอากาศหรือฝุ่นควัน (PM 2.5) จำนวน 198 คน (ร้อยละ 99.00) และไม่เคยสัมผัสรังสี บริเวณหน้าอก จำนวน 114 คน (ร้อยละ 43.00)

ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด พบว่า ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 1. โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ ข้อ 2. การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งปอด ข้อ 3. โรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้ ข้อ 6.อาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อย ข้อ 7. การขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง ข้อ 8. อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีผ่านกระบวนการปิ้งย่าง เผา เช่น ไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียมพบสารก่อมะเร็งได้ และข้อ 9. การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้สดเป็นประจำทุกวันจะช่วยลดการสะสมของสารก่อมะเร็งในร่างกาย จำนวน 200 คน (ร้อยละ 100) ส่วนข้อคำถามที่ผิดมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 4. คนที่มีมากกว่าอายุ 40 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวน 116 คน (ร้อยละ 58.00) รองลงมา ข้อ 10. การกินอาหารที่หลากหลาย เป็นการลดการสะสมสารก่อมะเร็ง จำนวน 82 คน (41.00)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปอด พบว่า ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปอด มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อ 7.ท่านใช้ผ้าปิดจมูกเวลา ไอ จาม เพื่อป้องกันไม่ให้เสมหะ หรือไอจามรดกัน (4.84 ± 0.44 คะแนน) รองลงมา ข้อ 6. ท่านสวมหน้ากากอนามัยผู้ปิดจมูก ถุงมือ หรือชุดคลุม เพื่อป้องกันการสัมผัส หรือสูดหายใจรับสารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกาย (4.73 ± 0.55 คะแนน) และข้อ 1. ท่านกินผัก และผลไม้สดที่หลากหลาย (4.32 ± 0.53 คะแนน) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปอด น้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อ 5. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมลพิษทางอากาศ (2.44 ± 0.68 คะแนน) รองลงมา ข้อ 3. ท่านออกกำลังกายต่อเนื่องประมาณ 30 นาที จนรู้สึกเหนื่อยและมีเหงื่อออก (2.75 ± 0.79 คะแนน) และ ข้อ 2. ท่านกินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด กะทิ เนื้อติดมัน (3.52 ± 0.79 คะแนน)

5.1.2 ผลการดำเนินการจัดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1

รูปแบบการจัดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 5 ฐานกิจกรรม ดังนี้

- ฐานที่ 1 ฐานแยกขยะ “มารู้จักขยะมูลฝอยแต่ละประเภท
- ฐานที่ 2 ฐาน PM 2.5 “เรียนรู้อยู่กับฝุ่น PM 2.5”
- ฐานที่ 3 ฐานมะเร็งปอด “เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปอด”
- ฐานที่ 4 ฐานประดิษฐ์อุปกรณ์บริหารปอด “เครื่องบริหารปอดจากวัสดุเหลือใช้”
- ฐานที่ 5 ฐานมะเร็งปากมดลูก “มะเร็งปากมดลูก รู้เร็ว รู้ทัน ป้องกันได้”

5.1.3 ผลการดำเนินการจัดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 12

หลังจากการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 12 โดยกิจกรรมประชุมระดมสมองสังเกต กระตุ้น ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งและกล่าวเตือน จากนั้นดำเนินการสอบถามข้อมูลจำนวน 5 ข้อ ดังนี้

ข้อคำถามที่ 1 การอบรมให้ความรู้ เรื่อง โรคมะเร็ง, มะเร็งปอด, การป้องกันโรคมะเร็ง, การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด, การคัดแยกขยะ มีความเหมาะสมอย่างไรบ้าง

ผลการดำเนินกิจกรรม คือ การจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้โดยบุคลากรทางการแพทย์ สหสาขาวิชาชีพเป็นวิทยากร มีการจัดกิจกรรมในวันหยุดทำให้ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าร่วมได้จำนวนมากมีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง อีกทั้งมีรูปแบบการจัดกิจกรรมเป็นแบบแบ่งกลุ่มเวียนไปในแต่ละฐาน สำหรับหัวข้อการอบรมเป็นเรื่องที่เป็นปัญหาของชุมชนที่ควรตระหนัก เช่น การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง การป้องกันโรคมะเร็ง เช่น โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งปากมดลูก การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นต้น

ข้อคำถาม 2 สามารถนำไปปฏิบัติจริงได้อย่างไร

สรุปได้ว่า การจัดกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ เรื่อง โรคมะเร็ง, มะเร็งปอด, การป้องกันโรคมะเร็ง, การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด, การคัดแยกขยะ สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการจัดกิจกรรมไปปฏิบัติ รวมทั้งประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน อีกทั้งสามารถนำไปบอกต่อให้คนในครอบครัว คนในชุมชน มีความตระหนักในการป้องกันโรคมะเร็ง รวมทั้งการแยกขยะเพื่อลดการเผาซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิด PM 2.5 ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด

ข้อคำถาม 3 มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างไรในการจัดกิจกรรม

สรุปได้ว่า การจัดกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ควรมีความรู้ความหลากหลาย เช่น กิจกรรมสมุนไพรรักษาโรคมะเร็ง การทำยาสมุนไพรรักษาโรคมะเร็ง เป็นต้น ควรเพิ่มเรื่องของการออกหน่วยคัดกรองมะเร็ง และอยากให้มีการจัดกิจกรรมแบบนี้อย่างต่อเนื่องในชุมชนเพื่อเป็นการทบทวนความรู้เป็นการฟื้นฟูความรู้

5.1.4 ผลการดำเนินการสิ้นสุดโครงการ

หลังจากการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 12 โดยกิจกรรมประชุมระดมสมองสังเกต กระตุ้น ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งและกล่าวเตือน จากนั้นดำเนินการสอบถามข้อมูลจำนวน 5 ข้อ ดังนี้

ข้อคำถาม 1 พฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติป้องกันการโรคมะเร็งปอดได้เป็นอย่างดีมีอะไรบ้าง

สรุปได้ว่า พฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติป้องกันการโรคมะเร็งปอดได้เป็นอย่างดีมีอะไรบ้าง

- 1) มีการใส่หน้ากาก N95 ในช่วงที่มีค่าฝุ่น PM 2.5 ค่าสูง และใส่ขณะปฏิบัติงานในช่วงที่ทำงานเกี่ยวกับการทำครกหิน
- 3) มีการแยกขยะ ลดการเผาขยะ
- 4) ฝึกกายบริหารปอด

ข้อคำถาม 2 สิ่งที่กระตุ้นให้ท่านปฏิบัติป้องกันการโรคมะเร็งปอด มีอะไรบ้าง

สรุปได้ว่า สิ่งที่กระตุ้นให้ท่านปฏิบัติการป้องกันโรคมะเร็งปอด 1) มาตรการจากภาครัฐในการห้ามเผา 2) เสียงตามสาย/สื่อประชาสัมพันธ์ 3) ภาครัฐมีส่วนร่วมต่างๆ เช่น การจัดบริการ X-ray ปอดเพื่อตระหนักให้คนในชุมชนดูแลสุขภาพ, การจัดโครงการเกี่ยวกับสุขภาพ PM2.5, การรณรงค์คัดแยกขยะ เป็นต้น 4) มีการวัดค่าฝุ่น

ข้อคำถาม 3 พฤติกรรมใดที่ท่านมักจะละเลยในการป้องกันโรคมะเร็งปอด มีอะไรบ้าง

สรุปได้ว่า หากไม่มีการกำหนดมาตรการ หรือการรณรงค์ ก็จะดำเนินการละเลยการเผา รวมทั้งการใส่หน้ากาก

ข้อคำถาม 4 ปัญหาและอุปสรรค ในการป้องกันโรคมะเร็งปอด มีอะไรบ้าง

สรุปได้ว่า ปัญหาและอุปสรรค ในการป้องกันโรคมะเร็งปอด พบว่ายังมีอุปสรรคจากปัจจัยภายนอก นั่นคือ คนนอกชุมชนที่นำขยะมาทิ้งแล้วเผา อีกทั้งในชุมชนประกอบอาชีพการทำครกหินย่อมเกิดฝุ่น รวมทั้งการไม่มีงบประมาณในการจัดกิจกรรมในการป้องกันมะเร็งปอด

ข้อคำถาม 5 ท่านต้องการให้โรงพยาบาลมีการสนับสนุนในการป้องกันโรคมะเร็งปอดอย่างไร

สรุปได้ว่า ชุมชนต้องการให้โรงพยาบาลมะเร็งลำปางมีการสนับสนุนในการป้องกันโรคมะเร็งปอด 1) สื่อในรูปแบบต่างๆ เช่น แผ่นพับ เสียงตามสาย เพื่อให้ชาวบ้านตระหนักในการป้องกันโรค 2) อุปกรณ์การป้องกัน เช่น หน้ากาก N 95

5.2 สรุปผลการดำเนินโครงการ

จากการดำเนินการโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปางในครั้งนี้ เป็นการเริ่มต้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยงของโรคมะเร็งที่สามารถทำได้โดยการให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ในชุมชนโดยที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอันก่อให้เกิดความรู้ และสามารถเข้าถึงบริการในการส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็งได้ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลสามารถช่วยตนเองและพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นการเสริมสร้างความตระหนักเรื่องโรคมะเร็งให้กับประชาชน ในเขตตำบลพิชัย ดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยรูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายต่างๆ และนับเป็นการพัฒนารูปแบบ/ต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งในเขตตำบลพิชัย ตลอดจนสามารถเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่น สามารถนำรูปแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็งของตำบลพิชัยไปใช้เป็นต้นแบบต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะระดับบริหาร

5.3.1.1 การดำเนินการโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัยในเขตตำบลพิชัย ควรจะดำเนินการแบบบูรณาการให้ทุกหน่วยงาน ได้แก่ เทศบาลเมืองพิชัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นมื่น หน่วยงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการมนุษย์ หน่วยงานพัฒนาชุมชน เข้ามาร่วมมือบทบาทในการวางแผนพัฒนาชุมชนส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดีในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาวะสังคมและจิตวิญญาณ

5.3.1.2 ควรดำเนินการถอดบทเรียนโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย ในเขตตำบลพิชัย เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาโครงการให้ตอบสนองความต้องการแท้จริงของประชาชนตำบลพิชัย รวมทั้งเป็นต้นแบบในการพัฒนาชุมชนตำบลปลอดภัยต่อไป

5.3.2 ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ

5.3.2.1 เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า ข้อคำถามที่ตอบผิดมากที่สุด เช่น คนที่มีมากกว่าอายุ 40 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวน 116 คน (ร้อยละ 58.00) รองลงมา การกินอาหารที่หลากหลาย เป็นการลดการสะสมสารก่อมะเร็ง จำนวน 82 คน (41.00) ดังนั้น ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องความเสี่ยงของโรคมะเร็ง เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้มียังมีความรู้ในเรื่องมะเร็งที่มีความหลากหลาย

5.3.2.2 เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปอดน้อยที่สุดในเรื่อง การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมลพิษทางอากาศ อันเนื่องจากในฤดูหนาวภาคเหนือจะมีค่าฝุ่นควัน PM 2.5 สูงกว่าภาคอื่น ดังนั้นหากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ควรจะมีการป้องกันตนเองในรูปแบบต่างๆ เช่นการ สวมใส่หน้ากาก N95 ในช่วงที่มีค่าฝุ่น PM 2.5 สูง

5.3.2.3 เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า การจัดกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ เรื่อง โรคมะเร็ง, มะเร็งปอด, การป้องกันโรคมะเร็ง, การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด, การคัดแยกขยะ สามารถนำความรู้ที่ได้รับจาก การจัดกิจกรรมไปปฏิบัติ รวมทั้งประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน อีกทั้งสามารถนำไปบอกต่อให้คนในครอบครัว คนในชุมชน มีความตระหนักในการป้องกันโรคมะเร็ง รวมทั้งการแยกขยะเพื่อลดการเผาซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิด PM 2.5 ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด

5.3.2.4 เนื่องจากผลการศึกษา พบว่า สิ่งที่กระตุ้นให้ท่านปฏิบัติการป้องกันโรคมะเร็งปอด 1) มาตรการจากภาครัฐในการห้ามเผา 2) เสียงตามสาย/สื่อประชาสัมพันธ์ 3) ภาครัฐมีส่วนร่วมต่างๆ เช่น การจัดบริการ X-ray ปอดเพื่อตระหนักให้คนในชุมชนดูแลสุขภาพ, การจัดโครงการเกี่ยวกับสุขภาพ PM2.5, การณรงค์คัดแยกขยะ การวัดค่าฝุ่น เป็นต้น

5.3.3 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

5.3.3.1 ควรมีการศึกษาเชิงพัฒนารูปแบบพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย ในเขตตำบลพิชัย

5.3.3.2 ควรมีการศึกษาในวิจัยรูปแบบเชิงคุณภาพ เรื่อง การพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย ในเขตตำบลพิชัย ในชุมชนต้นแบบ เพื่อให้ครอบคลุมและนำไปสู่งานวิจัยที่ดีขึ้นต่อไป

5.4 ข้อจำกัด

5.4.1 โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย ในเขตตำบลพิชัย จัดได้เฉพาะวันเสาร์อาทิตย์ถึงจะมีผู้เข้าร่วมโครงการเป็นจำนวนมาก

5.4.2 โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย ในเขตตำบลพิชัยเป็นโครงการที่มีการเริ่มตั้งแต่กิจกรรมการค้นหาปัญหา จนถึงจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาของชุมชน ดังนั้นควรมีการดำเนินการต่อเนื่องและควรมีการประเมินโครงการเป็นประจำทุกปี

5.5 แผนการในการดำเนินงานในระยะต่อไป ในปีงบประมาณ 2567

5.4.1 ดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพ ในชุมชนในนำร่อง จำนวน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านต้นตอง หมู่ที่ 12 บ้านท่าเตือ และหมู่ที่ 13 บ้านเด่น-บ้านใหม่

บรรณานุกรม

- (1) คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. “นโยบายการต่อสู้กับโรคมะเร็งที่ถูกต้องเพื่อลดอุบัติการณ์ ลดภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตจากมะเร็งในประเทศไทย” เพื่อพิจารณากลับกรองเป็นระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2563. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : https://www.si.mahidol.ac.th/th/hotnewsdetail.asp?hn_id=2422
- (2) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2540. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?nid=3783
- (3) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2550 [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2550. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?nid=3784
- (4) Rhyne, R., Bogue, R., Kukulka, G., & Fulmer, H. Community oriented primary care: Health care for the 21st century. Washington, DC: American Public Health Association; 1988.
- (5) ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. การนำเสนอแนวคิด และประสบการณ์ เรื่อง Health Literacy ความแตกฉานด้านสุขภาพ. นครปฐม: ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
- (6) สำนักงานเทศบาลเมืองพิชัย. ข้อมูลทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2560. [สืบค้นเมื่อวันที่ 19 เม.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.pichaicity.go.th/index.php/story>
- (7) Zhang BH, Yang BH, Tang ZY. Randomized controlled trial of screening for hepatocellular carcinoma. J Cancer Res Clin Oncol. 2004; 130(7): 417-422.
- (8) Philadelphia: Wolters Kluwer. Goding, J. Colon and Rectal Cancer [Internet]. [place unknown]: [publisher unknow]; 2005 [cited 2011 June 16]. Available. [http:// content. Health. msn.com](http://content.Health.msn.com).
- (9) อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติและคณะ. รายงานการศึกษาความคุ้มค่าของการใช้ Alpha fetoprotein ร่วมกับอัลตราซาวด์ตับในการคัดกรองมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) ทุก 6 เดือนใน ผู้ที่มีแอนติเจนที่ผิวของตับอักเสบบีเป็นบวกหรือผู้ป่วยตับอักเสบบีเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2560. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.dms.moph.go.th/imrta/images/ebook/ta doc / 4.pdf>
- (10) เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล. โรคมะเร็งในประเทศไทยและสารก่อมะเร็งในสิ่งแวดล้อม. ใน: สมชาย บวรกิตติ, จอห์นพี และกฤษฏาศรีสำราญ, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมฉบับเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษามหาราชา. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์หน้า; 2542. น. 1001- 10220.

- (11) เต็มชัย ไชยวุฒิ และไพโรจน์ เหลืองโรจน์กุล. โรคตับและทางเดินน้ำดี. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว การพิมพ์; 2541.
- (12) อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคณะ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2554. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.nci.go.th/th/cpg/download%20Liver/01.pdf>
- (13) นรินทร์ วรวิทย์. มะเร็งตับ. กรุงเทพมหานคร หน่วยมะเร็งวิทยาภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
- (14) Schiff E. R. , Sorrell M. F. & Maddrey W. C. Schiff's disease of the liver. Philadelphia: Wolters klwer; 2003.
- (15) Yu MC, Yuan JM, Govindarajan S, Ross RK. Epidemiology of hepatocellular carcinoma. Can J Gastroenterol. 2000; 14(8): 703-709.
- (16) พิมพ์ฉิมมา ปัทมสิริวัฒน์. พันธุศาสตร์มะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
- (17) สุรีย์รัตน์ พวงสายใจ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีจังหวัดลำปาง. ลำปาง : โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
- (18) ธนุต์ม์ ก้วยเจริญพานิชก์. ตำรามะเร็งเต้านม. อุบลราชธานี: กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ กลุ่มการกจิวิชาการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี; 2558.
- (19) สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. การตรวจคัดกรองมะเร็งปอด [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2564 [ปรับปรุงเมื่อ 16 ม.ค. 2564; สืบค้นเมื่อวันที่ 19 เม.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=40>
- (20) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2552.
- (21) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ไชยการพิมพ์ จำกัด; 2558.
- (22) สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2559. [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2564]. จาก : <https://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=41>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก: แบบสอบถาม
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงโรคมะเร็งปอดของประชาชนใน
ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ID_code.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. สถานภาพ

1. โสด 2. สมรส/คู่ 3. หม้าย 4. หย่าร้าง/แยกกันอยู่

3. ปัจจุบันท่านอายุปี

4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดหรือกำลังศึกษาระดับชั้นใด

1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 5. อนุปริญญา/ปวส. 6. ปริญญาตรีขึ้นไป

5. อาชีพ

1. ทำสวน/ทำนา/ทำไร่ 2. รับจ้างทั่วไป
 3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 4. ทำงานโรงงาน/บริษัทเอกชน
 5. ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว 6. อื่นๆ.....

6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท/เดือน

7. โรคประจำตัว(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ไม่มี 2. มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 2.1 เก๊าท์ 2.2 ไขมันในเลือดสูง 2.3 เบาหวาน
 2.4 ความดันโลหิตสูง 2.5 หอบหืด 2.6 ไวรัสตับอักเสบบี
 2.7 ไวรัสตับอักเสบบี 2.8 ไตเรื้อรัง 2.9 อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งปอด

1. ประวัติการเจ็บป่วย

1.1 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของตนเอง

1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

1.2 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติสายตรง

1. ไม่มี 2. มี ระบุ.....

2. ประวัติการสูบบุหรี่ (บุคคล)

1. ไม่สูบ 2. สูบ

2.1 ประเภท(ก้นกรอง/ยาเส้น/บุหรี่ไฟฟ้า) จำนวน.....มวน/วัน

2.2 จำนวนปีที่เคยสูบ.....ปี

3.เคยสูบ แต่เลิกแล้ว.....ปี

3. ประวัติการสูบบุหรี่ (ครอบครัว : ในบ้านของท่านมีคนสูบบุหรี่อยู่ในบ้านหลังเดียวกันหรือไม่)

1. ไม่สูบ 2. สูบ

4. ประวัติการสูบกัญชา

1. ไม่สูบ 2. สูบ

5. ประวัติการดื่มสุรา

1. ไม่ดื่ม 2. ดื่ม โพรตระบุ

2.1 ดื่มประจำทุกวัน 2.2 ดื่ม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์

2.3 ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ 2.4 ดื่ม 1-2 ครั้ง/เดือน

6. อาการด้านโรคมะเร็งปอด

1. ไม่มีอาการ 2. ไอเรื้อรัง 3. ไอเป็นเลือด
 4. หายใจเหนื่อยง่าย 5. เจ็บหน้าอก 6. เบื่ออาหาร/น้ำหนักลด

7. ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

1. ท่านประกอบอาชีพหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ต้องเจอกับสารดังต่อไปนี้หรือไม่
 เช่น ซิลิกา แคลเซียม ถ่านหิน สารกันชื้น แบตเตอรี่ แร่ใยหิน

เบริลเลียม โครเมียม ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า

1.1 สัมผัสน้อยกว่า 1 ปี 1.2 สัมผัส 1-3 ปี

1.3 สัมผัส 3 - 5 ปี 1.4 สัมผัสมากกว่า 5 ปี

2. ท่านสัมผัสมลภาวะทางอากาศหรือฝุ่นควัน (PM 2.5)

3. ท่านเคยสัมผัสรังสี บริเวณหน้าอก

1. เคย 2. ไม่เคย ระบุจำนวน.....ครั้ง/ปี

ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด

ลำดับ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเซลล์หรือเนื้อเยื่อ		
2	การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งปอด		
3	โรคมะเร็งที่พบในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้		
4	คนที่มีมากกว่าอายุ 40 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงเป็นมะเร็งมากกว่า คนที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี		
5	ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งปอด มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม		
6	อาการบ่งชี้ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด เช่น ไอเรื้อรัง ไอมีเลือดปน เสียงแหบ หายใจเหนื่อย		
7	การขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง		
8	อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีผ่านกระบวนการปิ้งย่าง เผา เช่น ไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียมพบสารก่อมะเร็งได้		
9	การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้สดเป็นประจำทุกวันจะช่วยลดการสะสมของสารก่อมะเร็งในร่างกาย		
10	การกินอาหารที่หลากหลาย เป็นการลดการสะสมสารก่อมะเร็ง		

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปอด

ข้อความถาม	ความถี่ในการปฏิบัติต่อสัปดาห์				
	6-7 วัน (5)	4-5 วัน (4)	3 วัน (3)	1-2 วัน (2)	ไม่ปฏิบัติ
1. ท่านกินผัก และผลไม้สดที่หลากหลาย					
2. ท่านกินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด กะทิ เนื้อติดมัน					
3. ท่านออกกำลังกายต่อเนื่องประมาณ 30 นาที จนรู้สึกเหนื่อยและมีเหงื่อออก					
4. ท่านอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่กำลังสูบบุหรี่หรือยาสูบ					
5. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมลพิษทางอากาศ					
6. ท่านสวมหน้ากากอนามัยผู้ปิดจมูก ถูจมูก หรือชุดคลุม เพื่อป้องกันการสัมผัส หรือสูดหายใจรับสารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกาย					
7. ท่านใช้ผ้าปิดจมูกเวลา ไอ จาม เพื่อป้องกันไม่ให้เสมหะ หรือไอจามรดกัน					

ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง
วันที่ 15 มกราคม 2566 บ้านไร่ศิลาทอง



ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง
วันที่ 15 มกราคม 2566 บ้านไร่ศิลาทอง



ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง
วันที่ 15 มกราคม 2566 บ้านไร่ศิลาทอง



ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง
วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2566 บ้านต้นมื่น



ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง
วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2566 บ้านต้นมื่น



ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง
วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2566 บ้านต้นมื่น



ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
 ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง
 วันที่ 24 สิงหาคม 2566 บ้านไร่ศิลาทอง



ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง
วันที่ 24 สิงหาคม 2566 บ้านไร่ศิลาทองและบ้านต้นมีน



ภาคผนวก ข: ประมวลภาพกิจกรรมโครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดภัย
 ในเขตตำบลพิชัย (Pichai Model) จังหวัดลำปาง
 วันที่ 24 สิงหาคม 2566 บ้านต้นมีน

