

รายงานวิจัย

ผลการสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ  
ต่อความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน

Effects of Health Belief Model Instruction on Breast Self-Examination

Compliance in Perimenopausal Women.



ทรงพร จันทรพัฒน์  
วัฒนา ศรีพจนารก  
ยูเลียนนา พงศ์ธนสาร

Order Key 27457  
BIB Key 174297

เลขที่ RC 260-C5 742  
เลขทะเบียน.....  
L 3/1 ส.ศ. 2543

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ประเภทพัฒนานักวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2541

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสอนโดยใช้แนว  
คิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยใกล้หมด  
ประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มารับบริการเป็นครั้งแรกในคลินิกสตรีวัยทองของ  
โรงพยาบาลหาดใหญ่ การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยกลุ่มตัวอย่าง  
30 รายแรก เป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการบริการตามกิจวัตรของคลินิกสตรีวัยทองโดยแพทย์หรือ  
เจ้าหน้าที่อื่น ๆ และกลุ่มตัวอย่าง 30 รายหลัง เป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการสอนโดยใช้แนวคิดรูป  
แบบความเชื่อด้านสุขภาพจากผู้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยแผนการสอน  
เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วัตถุประสงค์เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หุ่นเต้าน  
นม และคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเรื่องรูป  
แบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และทำการประเมินโดยใช้แบบประเมินเรื่องความ  
ร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองทั้งก่อนการสอนหรือเมื่อแรกมารับบริการ และวัดซ้ำหลังการ  
สอนเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ  
ทดสอบผลการสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการตรวจเต้านม  
ด้วยตนเอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการสอน ( 3 ระยะ ) ด้วยสถิตินัยพารา  
เมตริก ด้วยวิธี Friedman Two - way Anova และทดสอบผลการสอนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม  
ทดลองหลังการสอน ( 3 ระยะ ) ด้วยสถิตินัยพาราเมตริก ด้วยวิธี Mann - Whitney U Two - way  
Anova ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนของกลุ่มควบคุมเมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือน ต่อมาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนของกลุ่มทดลองเมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือน ต่อมาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อวิเคราะห์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม เมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือน ต่อมา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

3. รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือน ต่อมาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อวิเคราะห์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือน ต่อมาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และมีแรงจูงใจต่อภาวะสุขภาพเมื่อ 3 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

4. ความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนของกลุ่มควบคุม มีจำนวนครั้งในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้งเปลี่ยนแปลงจากเมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือน ต่อมา และมีการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนการสอนและหลังการสอน 3 ครั้ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

5. ความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนของกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้งเปลี่ยนแปลงจากเมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือน ต่อมา และมีการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนการสอนและหลังการสอน 3 ครั้ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

6. ความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีจำนวนครั้งในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเปลี่ยนแปลงเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือน ต่อมา และมีการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการสอน 3 ครั้ง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

### Abstract

The purpose of this study was to investigate the effects of health belief model instruction on breast self - examination compliance in perimenopausal women. Quasi-experimental research was implemented. The sample was composed of 60 women who first attended menopausal clinic at Hatyai Hospital. The samples were purposively assigned in to 2 groups. The first 30 samples were control group who received routine care from the hospital personnel and the next 30 samples were the experimental group who received the instruction from the researcher. The research instruments were lesson plan about breast cancer and breast self - examination, video and handbook of breast self-examination, and breast model for demonstration and return-demonstration of breast self - examination practice. The data were collected with two - group pretest - posttest (time series) by using the questionnaire that consisted of health beliefs based on the model developed by Becker, and evaluation of breast self - examination compliance. The descriptive statistics : number and percentage were used in data analysis. The results of health belief model instruction on breast self - examination compliance within group before and after the test (in 3 time periods : 3 weeks , 6 months and 12 months later) were tested by using non - parametrics statistics, Frideman Two - way Anova. The data between groups after the test were analyzed by using non - parametrics statistics , Mann Whitney U Two - way Anova .

The results can be concluded as follows :

1. There was no statistical difference in mean rank scores of health belief model before and after the test in the control group



2. There was no statistical difference in mean rank scores of health belief model before and after the test in the experimental group

However, when health belief model of the experimental group were further analyzed in detail, it was found that confidence before and after the test was statistical difference ( $p < 0.05$ )

3. There was no statistical difference in mean rank scores of health belief model before and after the test between the control group and experimental group

However, when health belief model of the samples were further analyzed in detail, there was found that perceived of risk to breast cancer before and after the test was statistical difference ( $p < 0.05$ ). And health motivation after the first test was also statistical difference ( $p < 0.05$ )

4. The breast self-examination compliance in the control group revealed that there were changes in the frequency of breast self-examination before and after the test. These was also a statistical difference in mean rank scores of breast self-examination practice ( $p < 0.05$ )

5. The breast self-examination compliance in the experimental group revealed that there were changes in the frequency of breast self-examination before and after the test. These was also a statistical difference in mean rank scores of breast self-examination practice ( $p < 0.05$ )

6. The breast self-examination compliance between the control group and experimental group revealed that there were changes in the frequency of breast self-examination after test. There was also a statistical difference in mean rank scores of breast self-examination practice ( $p < 0.05$ )

## สารบัญ

|   | หน้า |
|---|------|
| กิตติกรรมประกาศ                                 | ก    |
| บทคัดย่อภาษาไทย                                 | ข    |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ                              | ง    |
| สารบัญ  | ฉ    |
| สารบัญตาราง                                     | ช    |
| สารบัญภาพ/แผนภูมิ                               | ฉ    |
| <b>บทที่ 1 บทนำ</b>                             |      |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา                  | 1    |
| วัตถุประสงค์ในการวิจัย                          | 4    |
| สมมติฐานการวิจัย                                | 4    |
| ขอบเขตการวิจัย                                  | 5    |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย                     | 5    |
| <b>บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b> |      |
| สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน                        | 6    |
| มะเร็งเต้านม                                    | 7    |
| รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ      | 11   |
| การสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ     | 18   |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย                            | 22   |
| <b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>               |      |
| รูปแบบการวิจัย                                  | 24   |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง                         | 25   |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย                      | 25   |
| ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล                      | 29   |
| การวิเคราะห์ข้อมูล                              | 30   |
| <b>บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล</b>           |      |
| ผลการวิจัย                                      | 31   |
| อภิปรายผล                                       | 45   |

## สารบัญ (ต่อ)

|  | หน้า |
|--|------|
| บทที่ 5 สรุปลการวิจัยและข้อเสนอแนะ   |      |
| สรุปลการวิจัย  | 54   |
| ข้อเสนอแนะ   | 56   |
| บรรณานุกรม   | 58   |
| ภาคผนวก  |      |
| ก    แผนการสอนเรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง  |      |
| ข    แบบสอบถามเรื่องรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและ<br>แบบประเมินเรื่องความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง |      |
| ค    คู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง  |      |

## สารบัญตาราง

| ตารางที่ |  | หน้า |
|----------|--|------|
| 1        | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ   | 32   |
| 2        | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ  | 32   |
| 3        | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา  | 33   |
| 4        | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพสมรส  | 33   |
| 5        | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน   | 34   |
| 6        | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแหล่งที่ได้ยินหรือ ได้<br>รู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง   | 35   |
| 7        | เปรียบเทียบอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ<br>มะเร็งเต้านมรายด้านและโดยรวมของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการสอน                         | 36   |
| 8        | เปรียบเทียบอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ<br>มะเร็งเต้านมรายด้านและโดยรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการสอน                          | 37   |
| 9        | เปรียบเทียบอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็ง<br>เต้านมรายด้านและโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลัง<br>การสอน 3 สัปดาห์ | 38   |
| 10       | เปรียบเทียบอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็ง<br>เต้านมรายด้านและโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง<br>หลังการสอน 6 เดือน    | 39   |
| 11       | เปรียบเทียบอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็ง<br>เต้านมรายด้านและโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง<br>หลังการสอน 12 เดือน   | 41   |
| 12       | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนครั้งในการตรวจ<br>เต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังการสอน  | 42   |
| 13       | เปรียบเทียบอันดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง<br>ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการสอน  | 43   |
| 14       | เปรียบเทียบอันดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง<br>ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการสอน                                    | 44   |

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

1

แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

หน้า

23

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งในสตรีที่พบอุบัติการณ์สูงขึ้นเรื่อย ๆ จากการสำรวจของสถาบันมะเร็งภายในประเทศสหรัฐอเมริกาใน ค.ศ. 1995 พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึง 46,000 ราย และมีผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมถึง 183,000 ราย (Champion, 1995) สำหรับประเทศไทย มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของสตรีจำนวนมากเช่นกัน (กองสถิติสาธารณสุข, 2537) โดยในปี พ.ศ. 2538 พบอุบัติการณ์มากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 29.9 ของมะเร็งทั้งหมดที่พบในเพศหญิง (ปีนัทย์, 2539.) เช่นเดียวกับอุบัติการณ์ที่พบในภาคใต้ โดยเฉพาะจังหวัดสงขลาสามารถพบได้ร้อยละ 13.1 (หัชชา, 2538, ทะเบียนมะเร็งจังหวัดสงขลา 2539.)

ปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเป็นมะเร็งเต้านมของสตรี ประกอบด้วยประวัติการเป็นโรคนี้ในครอบครัว การมีประจำเดือนเร็วกว่าอายุ 12 ปี ประจำเดือนหมดช้าหลังอายุ 55 ปี ผู้ไม่เคยผ่านการคลอด หรือมีบุตรคนแรกหลังอายุ 30 ปี หรือได้รับยาที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนขนาดสูง (Baron & Walsh, 1995 ; Belcher, 1992 ; Black & Matassarini-Jacobs, 1993) นอกจากนี้ เชื้อชาติ (Gonzalez, 1990) และพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การดื่มสุรา การรับประทานไขมันมากกว่าปกติ เป็นสาเหตุที่เสริมให้เกิดมะเร็งเต้านมได้เช่นกัน (Baron & Walsh, 1995) ยิ่งกว่านั้นยังมีปัจจัยบางประการที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้คือ เรื่องอายุ ซึ่งสถาบันมะเร็งเคฟเดน ในประเทศสหรัฐอเมริกา (National Cancer Institute Devcan Program, 1993) ได้สำรวจพบว่า เมื่ออายุมากขึ้นอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมสตรีสูงขึ้น กล่าวคือ เมื่ออายุ 25 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านม 1 : 19,608 ราย เมื่ออายุ 40 ปี มีอุบัติการณ์ 1 : 217 ราย และอายุที่มากขึ้นกว่านี้อัตราความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมสูงตามไปด้วย คาดว่าผู้หญิงทุกคนนับตั้งแต่อายุ 18 ปี หากมีชีวิตยืนยาวถึง 85 ปีแล้ว 1 ใน 8 จะต้องเป็นมะเร็งเต้านมอย่างแน่นอนในช่วงหนึ่งของชีวิต (Baron & Walsh, 1995) และยิ่งกว่านั้น มีข้อมูลจากสมาคมโรคมะเร็งของสหรัฐอเมริกาที่แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 75 ของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมไม่ปรากฏปัจจัยเสี่ยงใด ๆ เลย (ชุมศักดิ์, 2538) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เพศหญิงทุกคนเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมไม่ว่าจะมีปัจจัยอื่นมาเสริมหรือไม่

การมีก้อนในเต้านมในระยะแรก ๆ จะไม่มีอาการเจ็บปวด และไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ จึงเป็นการยากในการวินิจฉัย นอกจากผู้ป่วยจะคลำพบก้อนได้เองและไปพบแพทย์เพื่อตรวจยืนยัน ฮิวเกลย์ และบราวน์ (Huguley & Brown , 1981) ได้รายงานผลการสำรวจพบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมตรวจพบก้อนในเต้านม จากการตรวจด้วยตนเองถึงร้อยละ 68 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า วิธีการที่จะวินิจฉัยมะเร็งได้เร็วที่สุดซึ่งจะเป็นผลดีต่อการรักษา คือ การตรวจหาก้อนเนื้อในเต้านมบ่อย ๆ นั้นเอง สมาคมมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดให้สตรีที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปตรวจค้นหามะเร็งเต้านมตั้งแต่เริ่มแรก โดยแนะนำให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง ตรวจเต้านมโดยแพทย์ปีละ 1 ครั้ง และถ่ายภาพเอกซเรย์เต้านม (Mammogram) ทุก 1-2 ปี และเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไปถ่ายภาพเอกซเรย์เต้านมถึงขั้น คือ ทุก 1 ปี ส่วนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และตรวจเต้านมโดยแพทย์ความถี่เหมือนเดิม (Baron & Walsh , 1995) สำหรับสตรีไทยส่วนใหญ่มักไม่ค่อยกล้าที่จะสำรวจเต้านมของตนเอง ฉะนั้นเมื่อปรากฏว่ามีก้อนก็มักจะเป็นก้อนที่โตมาก บางรายอาจคลำพบก้อนในขณะที่ก้อนมีขนาดเล็ก แต่ด้วยความอายจึงไม่ยอมพบแพทย์ตั้งแต่ต้น จึงมักจะสายเกินกว่าที่จะรักษาได้

ในวงการแพทย์ทั่วโลกได้เห็นความสำคัญของการป้องกันและคัดหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก โดยการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับเรื่องนี้เป็นรายบุคคล รายกลุ่ม ซึ่งอาจผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือ วารสาร บทความทางวิทยุ โทรทัศน์ และสื่ออื่น ๆ โดยมีความเชื่อว่าเมื่อบุคคลมีความรู้แล้วจะทำให้เกิดเจตคติในเรื่องนั้น ๆ ดีขึ้น และนำไปสู่การปฏิบัติ แต่บางกรณีพบว่าไม่ได้เป็นเช่นนั้น มีงานวิจัยหลายฉบับที่ผลสรุปออกมาว่า การมีความรู้และเจตคติที่ดีไม่ได้นำไปสู่การปฏิบัติที่ดีเสมอไป (Olson & Morse, 1996; Champion, 1992; Leslie & Roche, 1995; Schlueter, 1982) สำหรับการตรวจหามะเร็งเต้านม มาร์ตี้ แม็คเดอร์มอทท์ และโกลด์ (Marty, Mcdermott & Gold , 1983) ทำการสำรวจสตรีอเมริกันจำนวน 1,580 คน สตรีเหล่านี้จำนวนร้อยละ 96 มีความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมในระยะเริ่มแรกดี แต่มากกว่าครึ่งหนึ่งของสตรีกลุ่มนี้ไม่ได้ตรวจเต้านมอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่า ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลโดยเน้นเฉพาะพฤติกรรมหรือการปฏิบัติเพื่อรักษาภาวะสุขภาพนั้น มีปัจจัยหลายอย่างที่ซับซ้อน มากกว่าความรู้และเจตคติ โดยนักพฤติกรรมศาสตร์ได้วิเคราะห์หาเหตุผลและได้ให้ความสนใจรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน โดยมีผลของการวิจัยสนับสนุนว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพ (กรรณิการ์, 2535 ; สมใจ, 2531 ; นวลจันทร์, 2531) โดยรูปแบบ

ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมนั้น ถ้าสตรีมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของมะเร็งเต้านม ร่วมกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้ว ก็จะทำให้มีการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคว่ามี มากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง จึงมีพฤติกรรมด้านสุขภาพซึ่งหมายถึงมีการปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวเหมาะสม มีการแสวงหาวิธีที่จะ ป้องกันไม่ให้เกิดโรค ตลอดจนช่วยลดโอกาสเสี่ยง หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเป็นมะเร็ง เต้านมจริง ๆ

จากแนวคิดและผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจที่จะนำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยว กับมะเร็งเต้านมมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ในการค้นหา มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก และเพื่อให้ประชากรเป้าหมายมีแบบแผนการดำรงชีวิตทางด้าน พฤติกรรมอนามัยได้ตามต้องการและยั่งยืน จึงต้องมีเทคนิคในการให้สุศึกษาและสื่อการสอน สอนเพื่อให้กลุ่มประชากรดังกล่าวมีส่วนร่วมส่งเสริมการเรียนรู้แบบแก้ปัญหา มีโอกาสได้ฝึก ปฏิบัติและใช้วิธีการสอนผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 (สุริยะ และคณะ , 2527) รวมทั้งความถี่รอบยอด ชัดเจนขึ้น สามารถเชื่อมโยงประสบการณ์จากนามธรรมเป็นรูปธรรมได้ง่าย มีทัศนคติที่ดี และมีแรง จูงใจในการปรับพฤติกรรมได้ด้วยความมั่นคง แต่เนื่องจากไม่มีวิธีการให้สุศึกษาและสื่อการสอน ใดมีความสมบูรณ์ครอบคลุมให้บรรลุจุดประสงค์ในทุก ๆ ด้าน ผู้วิจัยได้เห็นข้อจำกัดนี้ หลังจาก ศึกษาค้นคว้าได้ทราบถึงข้อดีข้อจำกัดของรูปแบบการให้สุศึกษาและสื่อการสอนแต่ละวิธีแล้ว จึง ได้คัดสรรวิธีการให้การศึกษาและสื่อการสอนที่คาดว่าจะจะเป็นวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมข้อดีของวิธี การสอนและสื่อการสอน ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และลดข้อบกพร่องของแต่ละวิธีให้หมดไป ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้วิธีการให้สุศึกษา และสื่อการสอนหลาย ๆ อย่างรวมกัน เป็นการสอนโดยใช้ แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วิธีการให้สุศึกษา และสื่อการสอนที่ผู้วิจัยเลือกใช้คือ การบรรยาย พร้อมทั้งการให้คู่มือกลับไปศึกษา การฉายวิดีโอทัศน์ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต-สาธิตย้อนกลับในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่าเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยให้สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนมีรูปแบบ ความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องและร่วมมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ตนเองโดยการตรวจเต้านมด้วยตนเองในการค้นหาความผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรกได้อย่างยั่งยืนต่อไป



## วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 4 ครั้ง คือ เมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือน ต่อมาตามลำดับ
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 4 ครั้ง คือ เมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมา ตามลำดับ
3. เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง จำนวน 3 ครั้ง คือ ในสัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมา ตามลำดับ
4. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง จำนวน 3 ครั้ง คือ ในสัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมาตามลำดับ

## สมมติฐานการวิจัย

1. รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนของกลุ่มควบคุมเมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมา ไม่แตกต่างกัน
2. รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนของกลุ่มทดลอง เมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมา แตกต่างกัน
3. ความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนของกลุ่มควบคุม เมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมา ไม่แตกต่างกัน
4. ความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนของกลุ่มทดลอง เมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมา แตกต่างกัน
5. รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมา แตกต่างกัน
6. ความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมา แตกต่างกัน

## ขอบเขตของการทำวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการสอนโดยใช้แนวทฤษฎีรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มารับบริการจากคลินิกสตรีวัยทอง โรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อวัดผลเกี่ยวกับความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยทำการศึกษาตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 60 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 30 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมและ 30 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง ตั้งแต่ต้นเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2541 ถึง ปลายเดือนกรกฎาคม 2542

## คำจำกัดความ

การสอนโดยใช้แนวทฤษฎีรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การฉายวิดีโอ การสาธิต-สาธิตย้อนกลับในการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการให้คู่มือความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมให้สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนไปศึกษาด้วยตนเอง โดยใช้แนวทฤษฎีรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม การรับรู้ต่อประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม และแรงจูงใจต่อภาวะสุขภาพซึ่งได้คัดแปลงมาจากรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974 cited by Champion, 1994)

ความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หมายถึง

1. จำนวนครั้งในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยจะทำการประเมินเมื่อแรกมารับบริการ 3 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมาตามลำดับ โดยถ้ากลุ่มตัวอย่างตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง แสดงว่ามีความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมาก แต่ถ้ามีการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่สม่ำเสมอและหรือนาน ๆ ครั้ง แสดงว่าให้ความร่วมมือน้อย

2. การปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้แบบสังเกตวิธีการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาวรรณคดี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน หมายถึง สตรีอายุ 40 - 59 ปี ที่มารับบริการจากคลินิกสตรีวัยทอง โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อการ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้ คือ สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน มะเร็งเต้านม รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และการสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อ ด้านสุขภาพ

#### สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน

ในปัจจุบันประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น โดยอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงชีวิตในช่วง วัยกลางคนจนถึงวัยชรามากขึ้น พบว่าในปี พ.ศ. 2533 ถึง พ.ศ. 2538 อายุขัยเฉลี่ยของสตรีคือ 68.75 ปี จะสูงขึ้นเป็น 71.15 ปี ในระหว่างปี พ.ศ. 2548-2558 โดยปี พ.ศ. 2535 มีสตรีอายุ 40-59 ปี ประมาณ 4.75 ล้านคนและจะเพิ่มขึ้นเป็น 7 ล้านคนในไม่กี่ปีข้างหน้า (กองวางแผนทรัพยากร มนุษย์, 2535 อ้างตามกนกพร และคณะ, 2539) และจากสถิติพบว่าปี ค.ศ. 2000 สตรีไทยในกลุ่ม อายุมากกว่า 40 ปี จะมีประมาณ 14.1% ของประชากรไทยทั้งหมดในขณะนั้น (กอบจิตต์และคณะ, มปป.)

วัยใกล้หมดประจำเดือน (perimenopause หรืออาจเรียกว่า climacteric) เป็นช่วงเวลาดำเนิน ของชีวิตสตรีที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทางกายวิภาคและสรีรวิทยา รวมทั้งจิตใจจากวัยเจริญ พันธุ์เข้าสู่วัยที่ไม่สามารถมีบุตรได้อีก มักจะกินเวลาหลายปีในช่วงการเปลี่ยนแปลงนี้ โดยทั่วไปจะ นับตั้งแต่ 2-3 ปี ก่อนหมดประจำเดือนจนถึงช่วงหลังหมดประจำเดือนแล้วอย่างน้อย 1 ปี ในช่วง เวลาดังกล่าวอาจพบการเปลี่ยนแปลงร่วมด้วย เช่น ความผิดปกติของรอบประจำเดือน อาการที่เกี่ยวข้อง กับอวัยวะอื่น (vasomotor symptoms) และอาการฝ่อของอวัยวะสืบพันธุ์เนื่องจากขาดฮอร์โมน เอสโตรเจน (genital atrophy) เป็นต้น (สุจิต และคณะ, 2533)

ได้มีผู้ศึกษาแบบแผนการมีประจำเดือน (menstrual pattern) ของสตรีวัยใกล้หมดประจำ เดือนและจำแนกไว้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ (เชษฐาสินี และคณะ, 2538 ; ชื่นและบุญสม, 2539)

1. กลุ่มมีประจำเดือนปกติ (premenopausal) คือลักษณะประจำเดือนในปัจจุบันมีตามปกติ เหมือนปีก่อน ๆ มีอายุระหว่าง 40-45 ปี

2. กลุ่มที่มีประจำเดือนผิดปกติ (perimenopausal หรือ menopausal) คือลักษณะประจำเดือนในปัจจุบันมีจำนวนมากหรือน้อยกว่าปกติมานานกว่า 1 ปี มีอายุระหว่าง 45-55 ปี

3. กลุ่มที่หมดประจำเดือน (post-menopausal) คือ ไม่มีประจำเดือนมาอย่างน้อย 1 ปี อายุประมาณตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป และในกลุ่มสตรีที่ทำผ่าตัดมดลูกออก (hysterectomy) ได้จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ตัดมดลูกเร็ว (early) คือทำผ่าตัดก่อนอายุ 40 ปี และกลุ่มที่ตัดมดลูกช้า (late) คือทำการผ่าตัดเมื่ออายุ 40 ปี หรือมากกว่านั้น

จะเห็นได้ว่าสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนจะประสบภาวะการเปลี่ยนแปลงในพัฒนาการของร่างกาย ประกอบกับอาจขาดความรู้ ทำให้พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างไม่เหมาะสม เช่น ในปี พ.ศ. 2532 คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) ได้สรุปประเด็นปัญหาของสตรีไทยในสังคมปัจจุบันไว้ เช่น สตรีไทยยังให้ความสนใจในการตรวจโรคน้อย มีปัญหาสุขภาพอนามัยจากการทำงานมากขึ้น ขาดความรู้ในการบริโภค นิยมสูบบุหรี่และดื่มสุราเพิ่มขึ้น (ทัศนาศ, 2538 อ้างตาม กนกพร และคณะ, 2539) ดังนั้นการให้สตรีวัยนี้รู้จักดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก เพราะจะสามารถป้องกันการเป็นโรคได้ตั้งแต่เริ่มแรกหรือหากมีปัญหาการเจ็บป่วยก็จะสามารถไปรับการรักษาและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและทันที่ ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายของรัฐลงได้อีกมาก

## มะเร็งเต้านม

ปัจจุบันอุบัติการณ์ของการเป็นมะเร็งเต้านมของโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉลี่ยประชากร 100,000 ราย สามารถพบผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมได้ 65 ราย ในประเทศสหราชอาณาจักรอังกฤษมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมประมาณปีละ 29,000 ราย และเสียชีวิตลงปีละ 1,500 ราย หรือกล่าวได้ว่าอัตราการตายด้วยสาเหตุของมะเร็งเต้านมประมาณ 28.4 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย ดังนั้นรัฐบาลจึงได้กำหนดเป้าหมายให้มีอัตราการตายด้วยสาเหตุดังกล่าวลดลง 25 % ภายในปี ค.ศ. 2000 โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่มีอายุระหว่าง 50-65 ปี จากการกำหนดให้มีโปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมแห่งชาติ (Denton , 1996) สำหรับประเทศไทย มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของสตรีจำนวนมากเช่นกัน (กองสถิติสาธารณสุข ,2537) โดยในปี พ.ศ. 2538 พบอุบัติการณ์มากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูกซึ่งคิดเป็นร้อยละ 29.9 ของมะเร็งทั้งหมดที่พบในเพศหญิง (ปิ่นหทัย, 2539) เช่นเดียวกับอุบัติการณ์ที่พบในภาคใต้ โดยเฉพาะจังหวัดสงขลา สามารถพบได้ร้อยละ 13.1 (หัชชา ; 2538 ทะเบียนมะเร็งจังหวัดสงขลา , 2539)

## สาเหตุและเหตุส่งเสริม

สาเหตุของมะเร็งเต้านมนั้น ยังไม่ทราบเป็นที่แน่นอน แต่จากการศึกษาทางระบาดวิทยาของมะเร็งเต้านม และจากการวิจัยทางห้องทดลองรวมทั้งทางคลินิก พอสรุปได้ว่าสตรีที่มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมจากเหตุที่ส่งเสริมหรือสนับสนุน ดังนี้ (ไพรัช, 2534 ; อาคม, 2528 ; Champion, 1995)

1. เชื้อชาติ พบมากในชาวมิซซาวมากกว่าชาวเอเชีย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอุบัติการณ์ของการเป็นมะเร็งเต้านมในสตรีอเมริกันเชื้อสายคอเคเซียนพบว่ามียากกว่าสตรีอเมริกันเชื้อสายอัฟริกันถึง 20% แต่กลับพบว่าสตรีอเมริกันเชื้อสายอัฟริกันมีอัตราตายสูงกว่าและอัตราการมีชีวิตรอดน้อยกว่าสตรีอเมริกันเชื้อสายคอเคเซียน (American Cancer Society 1996a cited by Foxall et al., 1998) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการค้นพบในระยะแรกของกลุ่มนี้มีความก้าวหน้าของโรคมามากแล้ว และมีการตรวจคัดเพื่อค้นหาความผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรกน้อยกว่า

2. ไวรัส อาจจะเป็นสาเหตุ เพราะสามารถพบ visus particles ในน้ำนม และมีการศึกษาพบว่าพื้นผิวของเซลล์มะเร็งเต้านมจะตรวจพบ Molecular markers ที่เรียกว่า "Mammary Tumor Glycoprotein" (MTGP) ซึ่งจะตรวจพบเฉพาะในมะเร็งเต้านมประมาณร้อยละ 75 แต่ตรวจไม่พบในมะเร็งชนิดอื่น ๆ และเชื่อว่า MTGP นี้เกิดจากเชื้อไวรัส การตรวจหา MTGP นี้อาจจะใช้ช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้

3. สตรีโมน ซึ่งยังไม่มีข้อมูลที่ยืนยันว่าการเพิ่มของเอสโตรน (estrone) และเอสตราดิอัล (estradiol) ที่เชื่อว่าเป็นสารก่อมะเร็ง และการขาดเอสตรีอัล (estriol) ที่เชื่อว่าเป็นสารป้องกันการเกิดมะเร็ง เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม สตรีที่เคยผ่าตัดเอารังไข่ออกก่อนอายุ 35 ปี มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้การศึกษาในระยะหลัง ๆ นี้พบว่า การรักษาโรคด้วยสตรีโมนเพศหญิงในสตรีวัยหมดประจำเดือนแล้ว มีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเต้านมสูงขึ้นรวมทั้งผู้ที่รับประทานยาที่เข้าสตรีโมนโดยแพทย์มิได้สั่ง

4. พันธุกรรม พบว่าในบางครอบครัวมีความโน้มเอียงที่จะเกิดมะเร็งเต้านมได้หลายคน โดยมีประวัติในครอบครัวที่มารดา ลูกสาวที่เป็นพี่น้องท้องเดียวกัน โดยถ้าสตรีผู้นั้นมีมารดาเป็นมะเร็งเต้านม 2 ข้าง โดยเฉพาะวัยก่อนหมดประจำเดือน จะมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงถึง 9 เท่าของสตรีทั่วไป และสตรีพวกนี้จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่า 50% และถ้ามีพี่น้องฝาแฝดเป็นมะเร็งเต้านมก็มักจะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่าบุคคลที่ไม่ได้มีพี่น้องป่วยเป็นโรคนี

5. การกระทบกระแทกบริเวณเต้านมบ่อย ๆ ทำให้ไขมันและเซลล์ที่ได้รับการกระทบกระเทือนได้รับการบอบช้ำ การเน่าตายของเซลล์ไขมัน ซึ่งอาจทำให้เกิดมะเร็งได้

6. การระคายเคืองเรื้อรัง จากการฉีดหรือใส่สารแปลกปลอมเข้าไปในเต้านมเพื่อการเสริมสวย ที่อาจทำให้เกิดมะเร็งเต้านมได้

7. สิ่งแวดล้อมและมลพิษต่าง ๆ เช่น ควันทูบรี สารเผาไหม้ เป็นต้น

8. การมีก้อนเนื้อที่ไม่ร้ายแรงที่เต้านม จากการศึกษาทางคลินิกและทางสถิติพบว่าพวกที่มีซิสต์ (cystic disease) อาจถือว่าเป็นสาเหตุส่งเสริม เพราะว่าอุบัติการณ์เกิดมะเร็งเต้านมในพวกที่มีซิสต์นี้ จะมีมากเป็น 2 เท่าของบุคคลหรือสตรีทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามปัจจุบันนี้ยังไม่มีการพิสูจน์ได้ว่าซิสต์ที่เต้านมเป็นอาการเริ่มแรกของการเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็ง (precancerous lesion)

9. ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสูตินรีเวช เช่น จำนวนบุตรที่มี (parity) โดยพบว่าผู้ที่ไม่มีบุตรจะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้ที่มีบุตร จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์จะแปรผันกับโอกาสที่จะเป็นมะเร็งเต้านม คือถ้าตั้งครรภ์บ่อย โอกาสจะเป็นมะเร็งเต้านมจะลดลง การตั้งครรภ์แรกเมื่ออายุน้อยหรือเร็ว จะมีผลต่อการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม ส่วนการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง ยังมีได้พิสูจน์ว่าจะมีผลต่อการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม สตรีโสดมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเป็น 2 เท่าของสตรีที่ผ่านการแต่งงานมาแล้ว นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีที่เป็นหมันมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าสตรีที่มีบุตรได้ และการเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมข้างที่เหลืออยู่จากการตัดเต้านมแรกออกไป จะมีสูงถึง 5 เท่าของผู้ที่มีมะเร็งเต้านมครั้งแรก

10. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ เช่น อาหารที่มีไขมันสูง คอสม์ซอร์รอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ (hypothyroidism) สตรีที่มีความเป็นอยู่ดี สุขสบาย (higher socio-economic status)

11. อายุ ซึ่งความเสี่ยงจะเพิ่มตามอายุ และเกิดได้มากในวัยใกล้หมดประจำเดือน (พิชัย, 2533) ข้อมูลทางสถิติแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเต้านมจะเพิ่มขึ้นตั้งแต่อายุ 35 ปี เป็นต้นไป และสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนอายุถึง 70 ปีเป็นอย่างน้อย (Kessler, 1992 cited by Champion, 1995)

### อาการและอาการแสดง

1. อาการแสดงเฉพาะ คือการมีก้อนแข็งในเต้านม ในระยะแรก ๆ จะไม่มีการเจ็บปวดเคลื่อนไหวได้ ในระยะนี้จะวินิจฉัยได้ยาก นอกจากตัวผู้ป่วยเองคลำได้ก่อน และมาปรึกษาแพทย์

2. เมื่อเป็นมากขึ้น ก้อนจะโตขึ้น คลำหรือมองเห็นได้ชัดเจน เริ่มจะยึดแน่นกับที่ หรือมีการดึงรั้ง ผิวหนังหรือหัวนมให้ปุ่มลง จากการดึงรั้งของ Cooper's ligaments มีน้ำเหลืองหรือเลือด

ออกทางหัวนม ผิวหนังที่เต้านมจะบวมแดงเนื่องจากการอุดตันของทางเดินน้ำเหลืองของผิวหนัง ทำให้มีลักษณะเหมือนผิวส้ม ค่อมมาก่อนจะแตกเป็นแผล และมีอาการเจ็บปวดเหมือนเป็นฝี

### 3. ตำแหน่งที่จะพบก้อน (กอบจิตต์ และคณะ., มปป.)

- ซีกบนด้านนอกของเต้านม (upper outer quadrant) พบได้ประมาณร้อยละ 50
- บริเวณหัวนม (areolar area) พบประมาณร้อยละ 18
- ซีกล่างด้านนอกของเต้านม (lower outer quadrant) พบประมาณร้อยละ 11
- ซีกบนด้านในของเต้านม (upper inner quadrant) พบประมาณร้อยละ 15
- ซีกล่างด้านในของเต้านม (lower inner quadrant) พบประมาณร้อยละ 6

4. ผู้ป่วยอาจจะมาด้วยอาการหรืออาการแสดงของของมะเร็งทิวติงกูมิ เช่นค่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โต หรือมี Satellite nodules บนผิวหนังของเต้านม หรือมีอาการทางปอด ตับ ฯลฯ เคยมีรายงานในผู้ป่วยชาวไทยที่มาพบแพทย์ด้วยค่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โตมากในขณะที่ตรวจเต้านมไม่พบก้อนและภายหลังได้รับการพิสูจน์แน่นอนว่าเป็นมะเร็งเต้านม

## การตรวจเพื่อการวินิจฉัย

1. การตรวจเต้านมโดยแพทย์ พบว่าโดยทั่วไปแพทย์จะทำการตรวจเต้านมให้สตรีเพียงปีละครั้งเท่านั้น ในการตรวจสุขภาพประจำปี เริ่มจากให้ผู้ป่วยบริการถอดเสื้อในออก ดูขนาดของเต้านมเปรียบเทียบกันทั้งสองข้าง ดูสีของผิวหนัง ระดับของหัวนม ลักษณะของหัวนม และต้องบีบดูว่ามีน้ำเหลือง เลือด หรือน้ำใส ๆ อื่นได้ออกมาหรือไม่ ผิวหนังบางแห่งมีลักษณะนูนออกมา หรือบุ๋มเข้าไปหรือไม่ จากนั้นค่อย ๆ ให้ผู้ป่วยบริการยกแขนกางขึ้นช้า ๆ จนอยู่เหนือศีรษะ อาจจะได้เห็นลักษณะของการมีก้อนชัดเจนขึ้น การคลำเต้านมโดยใช้ปลายนิ้วมือ คลำและเคลื่อนปลายนิ้วในลักษณะคลึงเบา ๆ ให้ทั่วทุกส่วนของเต้านมเพื่อค้นหาก้อนหรือเนื้อที่แข็งเป็นไตผิดปกติ รวมทั้งคลำค่อมน้ำเหลืองของรักแร้ด้วย จากนั้นใช้หมอนหนุนไหล่ข้างที่ตรวจในท่านอน จะทำให้ตรวจได้ง่ายขึ้น

2. การตรวจโดยถ่ายภาพเอกซเรย์เต้านม (mammogram) เป็นการตรวจที่สำคัญใช้เป็นการตรวจคัด (screening) ในกรณีที่คลำก้อนไม่ได้ ได้แก่ผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น สตรีที่มีมารดาหรือพี่น้องเป็นมะเร็งเต้านม ผู้ที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งมาแล้ว และผู้ที่มีก้อนแข็งในเต้านมหรือคลำก้อนได้ขนาดเล็ก ๆ ไม่แน่ใจว่าจะเป็นเนื้องอกธรรมดาหรือเป็นมะเร็ง การตรวจวิธีนี้จึงเหมาะสำหรับก้อนเล็ก ๆ ขนาดประมาณ 1/2 ซม. ถ้าเป็นเนื้องอกธรรมดาจะเห็นเป็นก้อนมีขอบเขตเรียบชัดเจน และมักจะกลม ถ้าเป็นมะเร็งขอบมักจะไม่เรียบมีชายยื่นออกมาแบบขลุ่ย



(crab sign) หรือมีหางยื่นออกมาด้านใดด้านหนึ่ง (comet sign) อาจพบหินปูนจับในก้อน หรือเห็นมีการคั่งรังของผิวหนัง วิธีนี้มีความแม่นยำประมาณร้อยละ 85-90 ในรายที่มีเต้านมขนาดใหญ่ คล้ำก่อนได้ยาก อาจจะต้องใช้วิธีนี้ร่วมด้วย อย่างไรก็ตามมีจำนวนร้อยละ 10 ที่การตรวจโดยวิธีนี้ที่ไม่สามารถวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง กล่าวคือผลการตรวจที่ออกมาเป็นปกติ แต่หลังจากนั้น 2-3 เดือน อาจเกิดมะเร็งเต้านมขึ้นได้ หรือแม้แต่สตรีที่สามารถคลำพบก้อนในเต้านมได้เอง แต่การตรวจโดยถ่ายภาพเอกซเรย์เต้านมไม่สามารถให้ผลที่แน่ชัดได้ (Wood, 1996)

3. การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (ทำ excisional biopsy สำหรับก้อนเล็กหรือทำ incisional biopsy สำหรับก้อนใหญ่) ถ้าเป็นไปได้ควรจะทำ Frozen section เพื่อจะได้ทำผ่าตัดในเวลาต่อกันไปเลย ควรที่จะทราบผลเนื้อและรีบทำการรักษาต่อภายหลังการตัดชิ้นเนื้อภายใน 2 สัปดาห์ ถ้าเวลานานกว่า 2 สัปดาห์แล้วโอกาสที่มะเร็งจะแพร่กระจายไปไกลได้มากขึ้น

4. การทำอัลตราซาวด์ (ultrasound) เพื่อตรวจดูว่าเป็นถุงน้ำ (cyst) หรือเป็นก้อนแข็ง

5. ใช้เข็มเล็ก ๆ เจาะน้ำหรือเซลล์มาส่องตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (fine needle aspiration)

ทำให้ทราบเกี่ยวกับพยาธิสภาพของก้อนเนื้อของเต้านม (breast tumor) ที่ได้ผลละเอียดและแม่นยำ ก่อนข้างสูง (กิตติศักดิ์ และคณะ, 2538)

## รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (Health belief model and preventive behavior )

ความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา (Philipps, Long and Woods, 1983) ทั้งนี้ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ อาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และบุคคลนั้นอาจรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นความจริงเสมอไป เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้น ๆ ความเชื่อจึงเป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ มาแล้วไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อม และยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย ดังนั้นแต่ละบุคคลจึงมีระบบความคิดแตกต่างกันตามประสบการณ์และการเรียนรู้ และความเชื่อที่แตกต่างกันนี้ จะมีความหมาย สามารถอธิบายได้อย่างเป็นเหตุเป็นผลตามระบบความคิดในแต่ละสังคม ความเชื่อที่บุคคลได้รับการเรียนรู้และถ่ายทอดมาจะเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม และเป็นรูปแบบของพฤติกรรมที่กำหนดให้สมาชิกในสังคมปฏิบัติ (มณฑิรา และคณะ, 2537)



เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะปฏิบัติตัวตามความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ เช่น ความเชื่อทางการแพทย์แผนใหม่ ความเชื่อด้านไสยศาสตร์ หรือความเชื่อทางการแพทย์แผนโบราณ เป็นต้น และความเชื่อด้านสุขภาพจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจและการกระทำของบุคคลในด้านการป้องกันโรคและการให้ความร่วมมือในการรักษาของบุคคล (King, 1984) แต่เนื่องจากบุคคลละเลยต่อสุขภาพอนามัยของตนเองในด้านการป้องกันโรค จึงได้มีการศึกษาหาสาเหตุและหาแนวทางให้บุคคลร่วมมือในการดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพอนามัยของตนเองมากขึ้น รูปแบบที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้อย่างแพร่หลายคือ รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคล 3 ลักษณะ ดังนี้ (Kasl and Cobb, 1966)

1. พฤติกรรมการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ (health behavior) หมายถึงการกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรก ซึ่งยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (illness behavior) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น การปรึกษาญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (sick role behavior) หมายถึงกิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ สร้างมาจากทฤษฎีจิตวิทยาสังคมของเลวิน (Lewin's field theory) และทฤษฎีเชิงพฤติกรรม (Behavior theory) พื้นฐานของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นตัวแปรทางจิตสังคมมาอธิบายพฤติกรรมหรือการตัดสินใจเลือกกระทำของบุคคลเมื่อเกิดความไม่แน่ใจ โดยมีสมมติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับ และความเชื่อในผลที่จะได้จากการกระทำของตน ซึ่งโรเซนสตอค (Rosenstock) ได้อธิบายแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ การปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรมียุทธศาสตร์ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา จากแนวคิดดังกล่าวจึงมีปัจจัยของรูปแบบความเชื่อด้าน

สุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคดังนี้ (Becker, 1974 cited by Champion, 1994 ; มณจิรา และคณะ, 2537)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเจ็บป่วยได้ และเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยจึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค ความเชื่อนี้จะแตกต่างกัน เช่นบางคนเชื่อว่าตนไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค บางคนเชื่อว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับปานกลาง และบางคนเชื่อว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าผู้อื่น โอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะมีผลต่อการเกิดโรค การรักษาและส่งเสริมสุขภาพอย่างมาก บุคคลใดที่มีการรับรู้ว่ามีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคก็จะเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองดี ในกรณีที่เกิดความเจ็บป่วยแล้ว การที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับความรู้โอกาสที่จะป่วยเป็นโรคหรือการเกิดโรคซ้ำ ซึ่งสามารถวัดการรับรู้ของผู้ป่วยได้ 3 ทางคือ

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ถ้าบุคคลไม่เชื่อการวินิจฉัยหรือขาดความเชื่อถือในตัวแพทย์ หรือมีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจะทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคผิดไป

1.2 การคาดคะเนว่าตนอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หรือมีโอกาที่จะเกิดโรคซ้ำอีกถ้าหากเคยเป็นโรคมาก่อน

1.3 ความนึกคิดของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือความเจ็บป่วยโดยทั่วไป

การศึกษาวิจัยที่สนับสนุนความสำคัญของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การศึกษาของวัลภา (2527) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กก่อนวัยเรียนมารับภูมิคุ้มกัน โรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือการศึกษาของฮอททาล์ม (Hochbaum) ได้ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค และการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อค้นหาวัณโรคในระยะแรกพบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงเข้าร่วมโครงการถ่ายภาพรังสีทรวงอกถึงร้อยละ 82 ขณะที่กลุ่มที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำเข้าร่วมโครงการเพียงร้อยละ 21 (Pender, 1982)

ขณะเดียวกันมีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การศึกษาของฮาว์ (Howe, 1989) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มสตรีที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแฮลลาลอน (Hallal, 1982) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้าน

สุขภาพกับการตรวจเต้านมของสตรีที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 201 คน ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดย 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อด้านสุขภาพดีจะมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองบางครั้งเท่านั้น

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมอนามัยจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือส่งผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมิได้หมายความว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง แต่เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจให้ความร่วมมือน้อยกว่าผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงได้ มีงานวิจัยที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคและการรักษา ดังเช่น การศึกษาของเนลสันและคณะ (Nelson et. al., 1978) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณค่าความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่มีอันตรายรุนแรง จะให้ความร่วมมือในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ดีกว่าผู้ป่วยที่คิดว่าโรคนี้อันตรายไม่รุนแรง หรือจากการศึกษาของเซอร์โคเนียและฮาร์ท (Cerkoney and Hart, 1980) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลับพบว่าจากการศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker et. al., 1977) ที่ชี้ให้เห็นว่าระดับการรับรู้ความรุนแรงที่สูงจะขัดขวางต่อการให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล แต่ถ้าระดับการรับรู้ความรุนแรงต่ำกลับจะเป็นสิ่งที่กระตุ้นใจให้เกิดพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้จากการศึกษาปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโครงการตรวจค้นหาบุคคลที่เป็นพาหะของโรคเทย์-แซคส์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การที่บุคคลรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคในระดับต่ำหรือปานกลาง จะกระตุ้นให้บุคคลสนใจมาตรวจว่าตนเองเป็นพาหะหรือไม่ แต่ถ้าบุคคลรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคในระดับสูงเกินไป บุคคลจะวิตกกังวลและพยายามหลีกเลี่ยงที่จะมารับบริการ แต่อย่างไรก็ตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคก็เป็นส่วนหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยถ้าบุคคลมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคร่วมกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้ว จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง ซึ่งจะให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเหมาะสม

3. การรับรู้ต่อประโยชน์ของการรักษา (perceived benefits) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงพอที่จะทำให้เกิดอันตรายหรือผลเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมแล้ว บุคคลจะแสวงหาวิธีที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโรค การแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมป้องกันโรค หรือพฤติกรรมของ

ผู้ป่วยนี้เป็นผลจากความเชื่อว่าวิธีการที่เลือกปฏิบัติมีประสิทธิภาพและมีประโยชน์แก่ตนเอง ดังที่ เบคเกอร์และคณะ (Becker et. al., 1974) ทำการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับประทานยาสม่ำเสมอ มีความเชื่อว่ายาที่ได้รับจากแพทย์มีประสิทธิภาพในการรักษา และการรักษาที่ได้รับอยู่มีประโยชน์ ผู้ป่วยที่เชื่อในความสามารถของแพทย์ว่ารักษาความเจ็บป่วยให้หายได้จะไปพบแพทย์ตามนัด และจากการศึกษาของคิง (King) พบว่าการรับรู้ต่อประโยชน์ของการตรวจวัดความดันโลหิตจะช่วยป้องกันอันตรายจากความดันโลหิตสูงได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมการตรวจวัดความดันโลหิต (Janz and Becker, 1984)

อย่างไรก็ตาม มีบางการศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อประโยชน์ของการป้องกันโรคมักมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพเช่น การศึกษาของชลูเอเตอร์ (Schlueter, 1982) ที่พบว่า ผู้ที่เชื่อว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์แก่ตน แต่จะปฏิบัติตามความเชื่อเพียงร้อยละ 37.5 เท่านั้น

4. การรับรู้ถึงอุปสรรค (perceived barrier) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ เวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษ อาจทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สุขสบาย หรือการเกิดความขัดแย้งกันระหว่างการมารับบริการหรือปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนค่าใช้จ่ายต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้ทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลจะมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังที่แชมเปียน (Champion, 1984) ได้ทำการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อการป้องกันโรค เนื่องจากถ้าบุคคลมีความรู้สึกว่าอุปสรรคเป็นสิ่งที่ยุ่งยากและน่ากลัว พฤติกรรม การป้องกันโรคก็จะลดต่ำลงด้วย นอกจากนี้โอลสันและมอร์ส (Olson & Morse, 1996) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพถึงสาเหตุที่ทำให้สตรีมีการตรวจหรือไม่ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าสตรีที่ไม่ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจากมีความรู้สึกกลัวต่อการเป็นมะเร็งเต้านม จึงปฏิเสธที่จะคิดหรือรับรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ และมีบางรายมีความเห็นว่ามะเร็งเต้านมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และไม่สามารถค้นหาความผิดปกติได้ มักนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด ขณะที่บางรายให้เหตุผลว่า กำลังเจ็บป่วยด้วยสาเหตุอื่นที่ร้ายแรงอยู่แล้ว เกรียดกับเรื่องต่าง ๆ หรือมีภาระยุ่งเกินกว่าที่จะคิดคำนึงถึงการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีบางรายให้เหตุผลว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่มีประโยชน์หรือไม่จำเป็นสำหรับตน เนื่องจากปัจจุบันอายุยังน้อย สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดี หรือไม่มีประวัติทางค้ำพันธุกรรม เป็นต้น นอกจากนี้บางรายให้เหตุผลว่าไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคการปฏิบัติ

และรู้สึกเงินหาย ถ้าบ่อกใจในการพูดคุยเรื่องนี้กับบุคคลอื่น และถ้าหากตรวจพบก้อนเนื้อในเต้านม อาจทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อชีวิตหรืออนาคต และบ่งรายให้เหตุผลว่าไม่สามารถที่จะฝึกปฏิบัติให้เป็นนิสัยได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation) ซึ่งหมายถึงสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องสุขภาพอนามัย บุคคลจะพยายามลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรค ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ โดยการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย ทั้งนี้ไมแมนและเบคเกอร์ (Maiman and Becker, 1974) กล่าวว่าแรงจูงใจเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย และเป็นเครื่องวัดการรับรู้สิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น เบคเกอร์เป็นผู้ที่ได้เพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพไว้ในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพด้วย เพื่อให้สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของบุคคลในการให้ความร่วมมือปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย (compliant behaviors) (Becker, 1974) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของฟอกซอลล์ บาร์รอนและฮาวเฟค (Foxall, Barron & Houfek, 1998) ซึ่งทำการศึกษาเปรียบเทียบวิธีปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และความเชื่อทางสุขภาพระหว่างพยาบาลอเมริกันเชื้อสายอัฟริกันและเชื้อสายคอเคเซียน พบว่าพยาบาลอเมริกันเชื้อสายอัฟริกันมีการตรวจเต้านมดีกว่าพยาบาลอเมริกันเชื้อสายคอเคเซียน และความดีในการตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจด้านสุขภาพอีกด้วย

6. ปัจจัยร่วม (modifying factors) ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลนั้น นอกเหนือจากการรับรู้และแรงจูงใจของบุคคลแล้ว ยังมีปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง เจตคติและสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนอื่น ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องดังนี้

6.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ที่เกิดจากการแสดงบทบาทของแต่ละฝ่าย และการคาดหวังต่อบทบาทของกันและกัน โดยถ้าการคาดหวังและบทบาทของแต่ละฝ่ายสอดคล้องกัน สัมพันธภาพก็จะดำเนินไปโดยราบรื่นเป็นไปในทางที่ดีและเกิดผลดีต่อการรักษา แต่ถ้าหากผู้ป่วยรู้สึกผิดหวังที่ไม่ได้รับความสนใจ การพูดคุยอย่างพอสมควรจากเจ้าหน้าที่หรือการที่เจ้าหน้าที่แสดงตัวว่ามีสถานภาพเหนือผู้ป่วย จะนำไปสู่ความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับ (ทวีทอง, 2528) มีผลการวิจัยจำนวนมากที่สนับสนุนว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการมีอิทธิพลต่อความร่วมมือของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น นาธาซันและเบคเกอร์ (Nathanson and Becker, 1985) ที่ทำการศึกษาพบว่าการจัดบริการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแก่สตรีวัยรุ่นโดยมุ่งเน้นให้พยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้คำแนะนำและสตรีวัยรุ่นเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะทำ

ให้สตรีวัยรุ่นเหล่านี้มีการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดต่อเนื่องมากกว่าสตรีวัยรุ่นกลุ่มที่มารับบริการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่จัดขึ้นในลักษณะเป็นทางการ ซึ่งไม่ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับสตรีวัยรุ่น

6.2 การมาพบแพทย์ผู้รักษาคนเดิม โดยชาร์นีย์ (Charney) ได้ทำการศึกษาพบว่ามารดาของผู้ป่วยเด็กจะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น หากแพทย์ผู้ตรวจรักษาให้แก่เด็กเป็นแพทย์คนเดิม (Becker & Maiman, 1975)

6.3 ปัจจัยทางสังคม ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อความพร้อมหรือแรงจูงใจเนื่องจากปัจจัยทางสังคมจะมีผลทางอ้อมต่อความเชื่อและส่งผลโดยตรงต่อบุคคลในด้านกระบวนการทางสังคมและการอยู่ร่วมกันในสังคม ดังจะเห็นจากการศึกษาของเลย์แมน, แคลสปรีคและบีโนลิต (Lierman, Kasprzyk & Benoliel (1991) ที่ศึกษาพบว่าผู้ที่ตรวจเต้านมสม่ำเสมอ 4-6 ครั้งใน 6 เดือน จะมีการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้างได้แก่ สามี เพื่อน แพทย์ ครอบครัวของเพื่อน หรือคนรู้จักที่เป็นมะเร็ง โปรแกรมการประกันสุขภาพ นิตยสาร หนังสือพิมพ์ การประชาสัมพันธ์ทางวิทยุหรือโทรทัศน์และ โครงการรณรงค์ต่าง ๆ ล้วนมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การตรวจเต้านมของตนเองเช่นเดียวกับซาราซาร์ (Sarazar, 1994) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับคุณลักษณะบางประการ ความเชื่อ และพฤติกรรมในการปฏิบัติของสตรีทำงานที่มีอายุระหว่าง 21-65 ปี พบว่า 29% ของกลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพราะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ที่ เป็นมะเร็งเต้านม มีความเชื่อว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองทำให้สามารถค้นหาปัญหาของเต้านมได้ และมีความกลัวต่อการเป็นมะเร็ง นอกจากนี้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองจะได้จากบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อนและผู้ใกล้ชิดตามลำดับ หรือสุรทัศน์ (2538). ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมสุขศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสตรีแกนนำชุมชนต่อสตรีที่มีบุตร พบว่ากลุ่มทดลองมีการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกดีกว่ากลุ่มควบคุม

6.4 ตัวแปรด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย โดยเพศหญิงจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปสูงกว่าเพศชาย (Rosenstock 1974 ; Eisen et. al.,1985) สำหรับอายุ รายได้ ระดับการศึกษานั้น ผลการวิจัยส่วนใหญ่ไม่สนับสนุนมากนัก ดังที่ สาลี (2530) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่ใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าเพศหญิงมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และการรับรู้อุปสรรคในการใช้บริการสาธารณสุขสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ตัวแปรด้านอายุ การศึกษา รายได้ ไม่มีอิทธิพลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ



6.5 ความเชื่อหรือเจตคติของบุคคล ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของลู (Lu, 1995) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีชาวจีนที่อาศัยอยู่ในอเมริกา จำนวน 174 ราย ผลการศึกษพบว่า 15% ของกลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอทุกเดือน 48% ที่ไม่เคยปฏิบัติเลย และประมาณ 50% ไม่แสดงความเห็นต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม เพราะเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้อาจเกิดจากโชคชะตา ไม่รักษาคำมั่นสัญญาต่อเทพเจ้า หรือภาวะไม่สมดุลของหยินและหยางภายในร่างกาย และภาวะเจ็บป่วยจะมีความรุนแรงก็ต่อเมื่อต้องเสียชีวิตหรือทำให้หน้าที่ความรับผิดชอบเปลี่ยนแปลงไป ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือการรับรู้ถึงศักยภาพต่อการตรวจเต้านมของตนเอง

ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าปัจจัยต่าง ๆ ในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการรักษา แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมต่าง ๆ สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยได้ ดังนั้นในการให้ความรู้แก่สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนเกี่ยวกับการป้องกันและค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก นอกจากจะคำนึงถึงปัจจัยด้านความรู้แล้ว ผู้ที่ให้ความรู้จำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลด้วยเพื่อให้เกิดผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยได้ตามต้องการและยั่งยืน

### การสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

กรรณิการ์ (2527) กล่าวว่า การดำเนินการเพื่อลดภาวะเสี่ยงในบุคคลที่รู้สึกว่าตนมีสุขภาพอนามัยปกติอยู่นั้น เป็นการยาก เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. การไม่มีอาการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นความจำเป็นบังคับให้ตระหนักถึงอันตรายและรีบชวนขยายเสาะแสวงหาความช่วยเหลือ
2. การขาดความสนใจ เอาใจใส่ต่อเหตุการณ์อนาคตข้างหน้า และมุ่งสนใจในชีวิตปัจจุบันมากกว่า
3. การไม่เชื่อในโอกาสของการเกิดภาวะเสี่ยง หรือแม้ทราบว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการตายหรือเป็นโรค 50 คนใน 100 คน ก็มักคิดถึงโอกาสในทางดีสำหรับตนเองว่าคงไม่เป็นผู้โชคร้ายที่จะต้องอยู่ในกลุ่ม 50 คน
4. การลดภาวะเสี่ยงในส่วนความรับผิดชอบของบุคคลผู้นั้น ต้องใช้ความสามารถในการควบคุมตนเองสูง อาจต้องปฏิบัติฝึกฝนในนิสัยแบบแผนชีวิตที่ตรงข้ามกับที่ตนเองเคยปฏิบัติเป็น

เวลานาน จึงเป็นภาระที่ยากและใช้เวลานานกว่าจะเห็นผลหรืออาจต้องกระทำโดยการวัดและประเมินผลการกระทำสิ่งนี้ได้ไม่ชัดเจน ทำให้ขาดความรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่า

5. การเสาะแสวงหาบริการสุขภาพในเรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ในบางกรณีอาจต้องได้รับการตรวจประเมินภาวะสุขภาพอนามัย เช่น การเจาะเลือดที่ต้องรู้สึกเจ็บตัว ต้องรอคอยนานเนื่องจากผู้รับบริการมีจำนวนมากกว่าผู้ให้บริการ หรือต้องได้รับการตรวจวิธีพิเศษที่มีความไวพอในการจับความผิดปกติที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่มีค่าใช้จ่ายที่สูง อุปสรรคเหล่านี้ยอมทำให้ ผู้มีความตั้งใจน้อย ถอยหนีได้

ดังนั้นเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม บุคคลมีการตระหนักต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค โรเซนสตอค (Rosenstock, 1996) จึงได้เสนอวิธีพัฒนาระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพไว้ 2 วิธีคือ

1. วิธีการสอน (teaching techniques) วิธีนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การใช้โสตทัศนูปกรณ์ การใช้อิทธิพลของบุคคลและการใช้อิทธิพลของกลุ่ม มาเป็นส่วนประกอบในการสอน เป็นต้น

2. วิธีปรับพฤติกรรม (behavior modification techniques) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับบริการฝึกหัดตนเองในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการคัดแปลงสิ่งแวดล้อมและสังคมให้เอื้ออำนวยต่อการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงปรารถนา วิธีปรับพฤติกรรมนี้มีประโยชน์ต่อบุคคลที่มีความต้องการจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย หรือถูกกระตุ้นให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น การลดหรือเลิกสูบบุหรี่ หรือการลดน้ำหนักในคนอ้วน เป็นต้น

นอกจากนี้เบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1980) ได้เสนอกลวิธีที่จะส่งเสริมให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยปฏิบัติตามความรู้หรือคำแนะนำที่ได้รับดังนี้

1. การให้ข้อมูลรายละเอียดที่ถูกต้องนั้นจะต้องชัดเจน เข้าใจง่าย มีการอธิบายย้ำและชี้ให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนตรวจสอบความเข้าใจของผู้รับบริการหรือผู้ป่วยว่าเข้าใจตรงกันหรือไม่ และเขียนคำแนะนำที่ชัดเจนเข้าใจง่ายมอบให้แก่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยเพื่อไปทบทวน

2. การปรับปรุงขั้นตอนการรักษาและการปฏิบัติตนให้ง่าย ใช้เวลาสั้น สั้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อย และมีผลกระทบกระเทือนต่อพฤติกรรมเดิมหรือการดำรงชีวิตของผู้รับบริการหรือผู้ป่วยน้อยที่สุด และกระตุ้นให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมั่นใจและเห็นความสำคัญของการปฏิบัติ โดยการช่วยให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมองเห็นความก้าวหน้าของผลการรักษาและการปฏิบัตินั้น ๆ



3. การตรวจสอบรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคของผู้รับบริการ ได้แก่ ความสนใจปัญหาสุขภาพโดยทั่วไปของผู้รับบริการ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรค การเปรียบเทียบผลดีที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำกับความยากลำบากและอุปสรรคในการปฏิบัติ เพื่อจะเป็นข้อมูลช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถวางแผนชักชวนผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยให้ปฏิบัติภายหลังการได้รับความรู้หรือคำแนะนำได้ตรงจุดยิ่งขึ้น

4. การปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งจะช่วยเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อเจ้าหน้าที่และบริการที่ได้รับ มีผลทำให้การปฏิบัติของผู้รับบริการดีขึ้น

5. การใช้วิธีการสร้างเงื่อนไข หรือข้อผูกพันกับผู้รับบริการ โดยให้ผู้รับบริการเป็นผู้กำหนดวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและทำข้อตกลงการปฏิบัติและการรักษาร่วมกับผู้รับบริการ การใช้แรงสนับสนุนจากสังคม ซึ่งอาจเป็นเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว ให้มีส่วนช่วยกระตุ้นสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้รับบริการในการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการให้ความรู้หรือคำแนะนำจะประสบผลสำเร็จเพียงใดขึ้นอยู่กับการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับลักษณะผู้เรียน แล้วจะต้องอาศัยสื่อการสอนที่เหมาะสม เนื่องจากสื่อต่าง ๆ มีคุณค่าและลักษณะพิเศษภายในตัวของสื่อเอง (ไชยยศ, 2526.)

กิง (King, 1984) กล่าวว่า การสอนหรือให้ข้อมูลเพื่อมุ่งให้ความรู้เพียงอย่างเดียวจะไม่ทำให้เกิดผลเต็มที่ ถ้าไม่คำนึงถึงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับเบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1980) ที่เน้นถึงความสำคัญของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามภายหลังการได้รับความรู้ การสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้วิธีการสอนแบบผสมผสาน เนื่องจากถ้าใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง อาจไม่สามารถตอบสนองวัตถุประสงค์ของการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและพฤติกรรมอันเหมาะสมได้ แต่อย่างไรก็ตามการสอนแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดในตัวเอง (อากรณ, 2537) วิธีการสอนในการวิจัยครั้งนี้จึงประกอบด้วย

1. การบรรยาย โดยมีแผนการสอน ซึ่งกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมการเรียนการสอน สื่อการสอน และแนวทางการประเมินผลไว้อย่างมีระบบ สำหรับเนื้อหาที่กำหนดจะมีความสอดคล้องกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ขณะทำการสอนมีการใช้อุปกรณ์ เช่น ภาพพลิก ช่วยในการกระตุ้นความสนใจให้ติดตามฟังได้ตลอด นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องมีการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ให้ความเป็นกันเอง เพื่อให้มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้เกิดความไว้วางใจ ตลอดจนเปิดโอกาสให้มีการพูดคุยซักถามปัญหาต่าง ๆ สนับสนุนและให้กำลังใจ รวมทั้ง

ให้มีปฏิสัมพันธ์กันเอง ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เป็นการส่งเสริมบรรยากาศของการเรียนรู้ นอกเหนือจากการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น สถานที่ เสียง การถ่ายเทอากาศ เป็นต้น สำหรับเนื้อหาในแผนการสอน จะประกอบด้วยข้อมูลดังนี้

1.1 โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมว่ามีมากน้อยเพียงใด ปัจจัยเสี่ยงซึ่งประกอบด้วยอายุ การถ่ายเทอากาศทางพันธุกรรม การกระทบกระแทกบริเวณเต้านมบ่อย ๆ การระคายเคืองเรื้อรัง เชื้อไวรัส การรับประทานยาที่เข้าฮอร์โมนโดยแพทย์มิได้สั่งและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโดยใช้ฮอร์โมนทดแทนในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและมลพิษต่าง ๆ เป็นต้น

1.2 ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม ซึ่งจะมีอาการหรืออาการแสดงหรือมีความรุนแรงเป็นอย่างไร ก็ขึ้นกับระยะของการเป็นโรคว่ามีการแพร่กระจายไปที่ใด ซึ่งจะมีผลให้เกิดทุพภิกขภัยจากความเจ็บปวดและรบกวนต่อการดำเนินชีวิตตามปกติ

1.3 วิธีการรักษา ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เป็นข้อมูลที่ทำให้ได้เห็นคุณค่าของการรักษาและการปฏิบัติตนที่มีต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยชักจูงให้ผู้รับการสอนมีการปฏิบัติตามแผนการสอนต่อไป

1.4 แนวทางในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคของการปฏิบัติตน เป็นข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้รับการสอนไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำหรือการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ รวมทั้งแนวทางในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคเหล่านั้น

2. การอภิปรายกลุ่ม เป็นการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสอน โดยจัดให้มีสมาชิกกลุ่มละ 4-5 คน และผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการอภิปรายอยู่ในหัวข้อการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมที่จะมีผลต่อสุขภาพและจิตสังคม การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดหามะเร็งเต้านมตั้งแต่เริ่มแรก และปัญหาอุปสรรคที่มีหรือคาดว่าทำให้ตนเองไม่สามารถคัดหามะเร็งเต้านมได้ ซึ่งการอภิปรายกลุ่มนี้จะเป็นการเอื้อประโยชน์ให้แก่กลุ่มตัวอย่างทั้งด้านพุทธิพิสัย ด้านทักษะพิสัย และด้านเจตพิสัย

3. การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ โดยทำการสาธิตไปตามลำดับขั้นตอนเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตามแผนการสอนที่ได้เตรียมมา จากการสาธิตการตรวจเต้านมกับหุ่นและให้กลุ่มตัวอย่างได้ทดลองตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นรายบุคคลในสถานที่ที่เตรียมไว้โดยเฉพาะ ผู้วิจัยตรวจสอบและให้คำแนะนำการตรวจเต้านมกับกลุ่มตัวอย่าง จนกลุ่มตัวอย่างสามารถตรวจเต้านมได้ถูกต้อง

4. การฉายวิดิทัศน์เรื่องวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งจัดทำโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นเวลาประมาณ 15 นาที โดยเนื้อหาจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม อาการและอาการแสดงของการเป็นมะเร็งเต้านม และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การสอนโดยวิธีนี้ จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น และควรจำสิ่งที่ควรจำไว้ได้เป็นเวลานาน

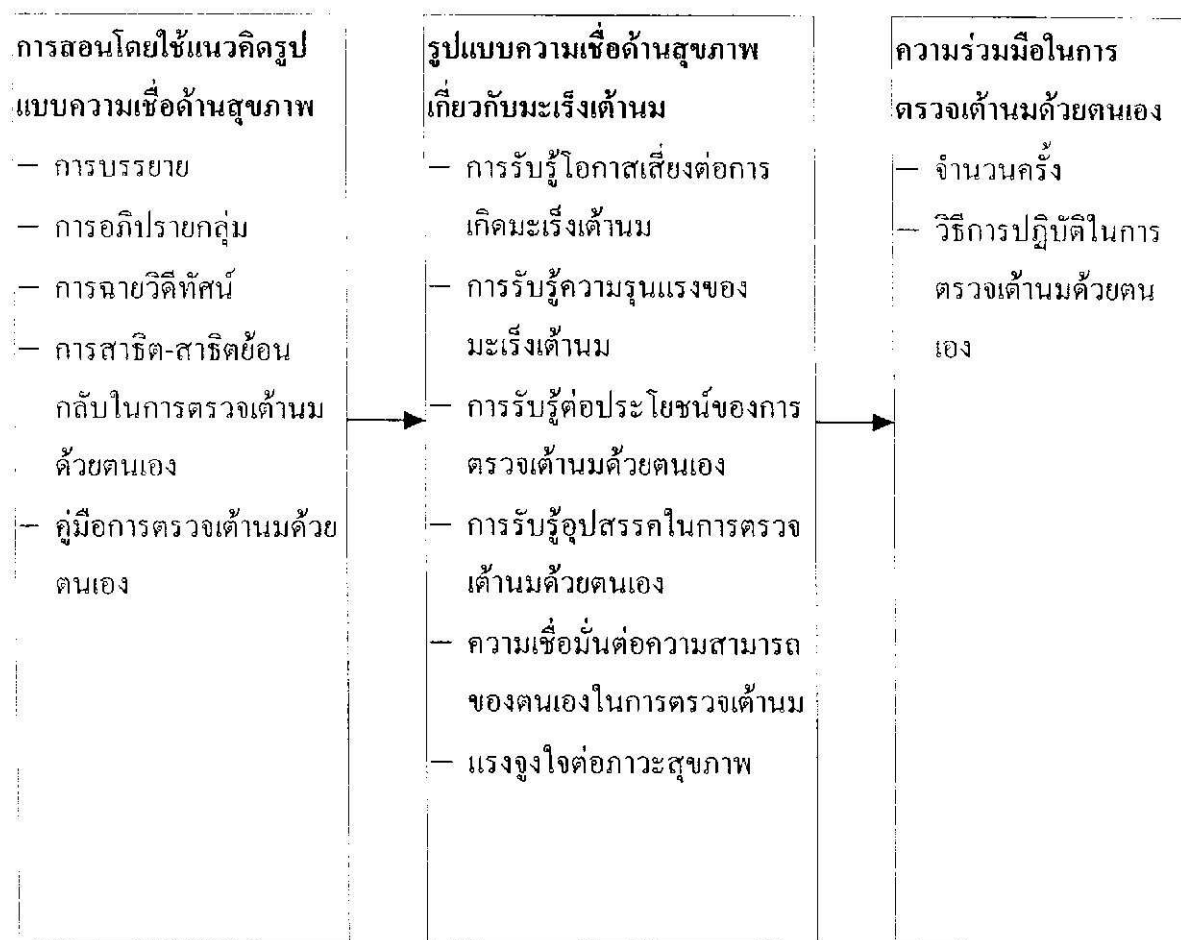
5. การแจกคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อนำกลับไปศึกษาทบทวนด้วยตนเองได้ตลอดเวลา นอกจากนี้หน้าสุดท้ายของคู่มือ ยังทำเป็นตารางปฏิทินเล็ก ๆ เพื่อช่วยเตือนความจำเกี่ยวกับระยะเวลาที่ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองอีกด้วย สำหรับคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเองนี้ จะช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้และเพิ่มความจำโดยการอ่านทบทวนทำความเข้าใจหลาย ๆ ครั้ง อันเป็นวิธีการเรียนมากเกินไป (over learning) ซึ่งจะมีประโยชน์เป็นอย่างมากสำหรับผู้เรียนซ้ำ เนื่องจากการศึกษาทดลองที่แสดงให้เห็นว่าถ้ามีการเรียนซ้ำมากกว่าปกติเท่าใด ความคงทนความจำหรือความถาวรของการเรียนมากเท่านั้น (ชม, 2523)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการศึกษาที่บุคคลจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเป็นอย่างไรนั้น จะขึ้นอยู่กับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้จะทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยเลือกวิธีการปฏิบัติที่ดีว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติกับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น ถ้าการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมิมากกว่าการการรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน ก็จะช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

สำหรับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้น จากการศึกษาที่ผ่านมา มีข้อเสนอแนะว่า ถึงแม้สตรีส่วนใหญ่จะมีความรู้ในเรื่องนี้ก็จริง แต่ก็ไม่ได้ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำในการค้นหาการเป็นมะเร็งตั้งแต่เริ่มแรก ทั้งนี้อาจเนื่องจากไม่มั่นใจในทักษะเกี่ยวกับวิธีการตรวจของตนเอง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974 cited by Champion, 1994) มาเป็นพื้นฐานกรอบแนวคิดในการวิจัยในการที่จะทำใ้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และจะสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมของบุคคล โดยใช้รูปแบบของการสอนซึ่งประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การฉายวิดิทัศน์ การสาธิต-สาธิตย้อนกลับในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งการให้คู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การรับรู้ความรุนแรง

ของโรคมะเร็งเต้านม (เกิดความกลัว) โอกาสเสี่ยงที่จะเกิด (สร้างความกลัว) และประโยชน์-ความง่ายในการตรวจเต้านม พร้อมส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในทักษะเกี่ยวกับวิธีการตรวจของตนเอง อันจะเป็นประโยชน์ในการค้นหาการเป็นมะเร็งเต้านมตั้งแต่เริ่มแรก ดังแสดงในแผนภูมิ



แผนภูมิที่ 1 การสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

### บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม (control group) ได้แก่สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่ได้รับการบริการตามกิจวัตรของคลินิกสตรีวัยทอง จำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลอง (experimental group) ได้แก่ สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่ได้รับการสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อสุขภาพ จำนวน 30 ราย ดังแผนภูมิต่อไปนี้

|             |  |
|-------------|--|
| กลุ่มควบคุม | $O_1 \dots\dots\dots O_2 \dots\dots O_3 \dots\dots O_4$    |
| กลุ่มทดลอง  | $O_1 \dots X \dots\dots O_2 \dots\dots O_3 \dots\dots O_4$ |

- $O_1$  หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการสอน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
- $O_2$  หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในเรื่องรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์
- $O_3$  หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในเรื่องรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการสอนเมื่อ 6 เดือน
- $O_4$  หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในเรื่องรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการสอนเมื่อ 12 เดือน

- X หมายถึง การสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การฉายวิดีโอ การสาธิต-สาธิตย้อนกลับในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการแจกคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อนำกลับไปศึกษาทบทวนด้วยตนเองต่อไป

### ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีที่มารับการที่คลินิกสตรีวัยทอง โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกจากสตรีที่มารับบริการตั้งแต่ต้นเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2541 ถึงปลายเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2542 จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุ 40 - 59 ปี
2. ไม่มีความผิดปกติของเต้านมที่ต้องให้การรักษา เช่น เนื้องอกหรือมะเร็ง หรือความผิดปกติอื่น ๆ
3. อ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภทคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย
  - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัวของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยแต่ละเดือน และแหล่งที่ได้ยินหรือได้รู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
  - 1.2 แบบสอบถามเรื่องรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิดจากรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974 cited by Champion, 1994) ประกอบด้วยข้อมูล 6 ด้านคือ
    - 1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม จำนวน 12 ข้อ
    - 1.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม จำนวน 10 ข้อ
    - 1.2.3 การรับรู้ต่อประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 6 ข้อ

1.2.4 การรับรู้อุปสรรคในการตรวจด้านมด้วยตนเอง จำนวน 9 ข้อ

1.2.5 ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจด้านม จำนวน 6 ข้อ

1.2.6 แรงจูงใจต่อภาวะสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อความ จำนวน 47 ข้อ เป็นข้อความที่มีลักษณะในด้านบวก จำนวน 36 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46 และ 47 และข้อความในลักษณะลบ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 12, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33 และ 34 (ดูรายละเอียดในภาคผนวก)

ลักษณะแบบสอบถามมีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับข้อความที่เลือกตอบดังนี้

#### ข้อความที่มีความหมายทางด้านบวก

|                      |         |  |             |
|----------------------|---------|--|-------------|
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบอย่างมาก                           | ได้ 1 คะแนน |
| ไม่เห็นด้วย          | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบ                                   | ได้ 2 คะแนน |
| ไม่แน่ใจ             | หมายถึง | ผู้ตอบไม่แสดงความคิดเห็นและไม่แน่ใจว่ามีความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดหรือมีความเชื่ออย่างไรกับข้อความนั้น | ได้ 3 คะแนน |
| เห็นด้วย             | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบ                                     | ได้ 4 คะแนน |
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง    | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับ ความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบเป็นอย่างมาก                         | ได้ 5 คะแนน |

#### ข้อความที่มีความหมายทางด้านลบ

|                      |         |  |             |
|----------------------|---------|--|-------------|
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบอย่างมาก | ได้ 5 คะแนน |
|----------------------|---------|--|-------------|

|                   |         |  |             |
|-------------------|---------|--|-------------|
| ไม่เห็นด้วย       | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบ                                   | ได้ 4 คะแนน |
| ไม่แน่ใจ          | หมายถึง | ผู้ตอบไม่แสดงความคิดเห็นและไม่แน่ใจว่ามีความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดหรือมีความเชื่ออย่างไรกับข้อความนั้น | ได้ 3 คะแนน |
| เห็นด้วย          | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบ                                      | ได้ 2 คะแนน |
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของผู้ตอบอย่างมาก                             | ได้ 1 คะแนน |

คะแนนรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมมีพิสัยระหว่าง 47 - 235 คะแนน รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นคะแนนรวมจากแบบวัด โดยคะแนนสูง แสดงว่ามีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมสูง คะแนนต่ำ แสดงว่ามีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมต่ำ

### 1.3 แบบประเมินเรื่องความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อมูล

#### 2 ส่วนคือ

1.3.1 แบบบันทึกจำนวนครั้งในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนด้วย

1.3.2 แบบสังเกตวิธีการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นหลังจากทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- ถ้าปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดในแบบประเมิน ให้คะแนน 1 คะแนน
- ถ้าไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดในแบบประเมิน ให้คะแนน 0 คะแนน

คะแนนความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีเกณฑ์การแปลผลดังนี้คือ การบันทึกจำนวนครั้งในการตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้น ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ภายหลังจากการสอน แสดงว่าให้ความร่วมมือมาก ถ้ามีการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่สม่ำเสมอและ/หรือนาน ๆ ครั้ง แสดงว่าให้ความร่วมมือน้อย ส่วนคะแนนการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีพิสัยระหว่าง 0-10 คะแนน เป็นคะแนนรวมจากการสังเกต วิธีการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยคะแนนสูง แสดงว่าปฏิบัติได้ดี และคะแนนต่ำ แสดงว่าปฏิบัติได้ไม่ดี



2. เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวิจัย ประกอบด้วย
  - 2.1 คู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
  - 2.2 แผนการสอนเรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
  - 2.3 หุ่นเต้านม
  - 2.4 วิดีทัศน์ เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

## การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

### การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามเรื่องรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม แบบประเมินเรื่องความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งคู่มือและแผนการสอนเรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการให้พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วย 1 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้มาปรับปรุงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปหาความเชื่อมั่น

### การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเรื่องรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 20 ราย แล้วจึงนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79 สำหรับแบบสังเกตวิธีการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้น ได้นำไปหาความเชื่อมั่นจากการสังเกตวิธีการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา โดยใช้สูตรของโพลิต และ ฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1981) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90

## ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. หลังจากได้รับการอนุมัติการเก็บข้อมูลในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มารับบริการเป็นครั้งแรกของคลินิกสตรีวัยทอง โรงพยาบาลหาดใหญ่ ทุกวันพุธ เวลา 13.00-16.00 น. คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกสตรีที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย

2. ภายหลังจากจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม โดยผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 30 รายแรก ถูกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นเว้น 6 สัปดาห์แล้วจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจนครบ 30 ราย เช่นเดียวกัน และมีการปฏิบัติในแต่ละกลุ่มดังนี้คือ

### กลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมจะได้รับการบริการตามกิจวัตรของคลินิกสตรีวัยทองตามลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจประเมินสภาพร่างกายโดยแพทย์และพยาบาล การรับคำปรึกษาโดยแพทย์ เกสัชกร โภชนากร รวมทั้งรับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยทองโดยพยาบาลประจำการ และได้รับการปฏิบัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ยกเว้นการได้รับการสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

### กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเรื่องรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และแบบประเมินเรื่องความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2. ผู้วิจัยทำการสอนเรื่องรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีรูปแบบการสอนดังนี้คือ ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจเต้านมเป็นเวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นให้คู่มือที่สนซึ่งจัดทำโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นเวลาประมาณ 15 นาที ต่อจากนั้นผู้วิจัยได้สาธิตการตรวจเต้านมกับหุ่นเต้านมและให้กลุ่มตัวอย่างได้สาธิตย้อนกลับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยตรวจสอบและให้คำแนะนำการตรวจเต้านมกับกลุ่มตัวอย่าง จนกลุ่มตัวอย่างสามารถตรวจเต้านมได้ถูกต้อง แล้วแจกคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเองแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำกลับไปศึกษาด้วยตนเอง จัดให้กลุ่มตัวอย่างพักผ่อนเป็นเวลา 15 นาที ต่อจากนั้นจัดให้มีการอภิปรายกลุ่ม

โดยมีกรอบอยู่ในหัวข้อการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมที่จะมีผลต่อสุขภาพและจิตสังคม การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดหามะเร็งเต้านมตั้งแต่เริ่มแรก และปัญหาอุปสรรคที่มีหรือคาดว่าจะมีที่ทำให้ไม่สามารถคัดหามะเร็งเต้านมตั้งแต่เริ่มแรกได้ การสอนสิ้นสุดเมื่อการอภิปรายกลุ่มเสร็จเรียบร้อยแล้ว

3. หลังจากนั้นอีก 3 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการจากคลินิกสตรีวัยทองเป็นครั้งแรกจะกลับมาที่คลินิกวัยทองอีกครั้งหนึ่ง เพื่อรับทราบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามการนัดของแพทย์ในการนัดพบครั้งที่ 2 นี้ หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจจากแพทย์เสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและแบบประเมินเรื่องความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

4. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีก 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมาเพื่อทำการเก็บข้อมูลรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และประเมินความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นการเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลอง

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงทั้ง 2 กลุ่ม ผู้วิจัยได้นำข้อมูลนี้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC for window9. โดยใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ

2. ทดสอบความแตกต่างของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนการสอนหรือเมื่อแรกมารับบริการ และภายหลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติพารามตริก คือ Friedman Two-way Anova

3. ทดสอบความแตกต่างของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมาระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองด้วยสถิติพารามตริก โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Two way Anova

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มาใช้บริการในคลินิกสตรีวัยทอง โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม เรื่องรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และผู้วิจัยทำการประเมินเรื่องความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยการสอบถามจำนวนครั้งในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พร้อมสังเกตวิธีการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังดำเนินการ และนำข้อมูลมาประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม SPSS/PC for window 9 ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม
3. ความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ

| อายุ     | กลุ่มควบคุม |        | กลุ่มทดลอง |        | รวม   |        |
|----------|-------------|--------|------------|--------|-------|--------|
|          | จำนวน       | ร้อยละ | จำนวน      | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 40-50 ปี | 19          | 63.3   | 18         | 60.0   | 37    | 61.7   |
| 51-59 ปี | 11          | 36.7   | 12         | 40.0   | 23    | 38.3   |
| รวม      | 30          | 100.0  | 30         | 100.0  | 60    | 100.0  |

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 40-50 ปี ร้อยละ 61.7 เป็นกลุ่มควบคุมร้อยละ 63.3 กลุ่มทดลองร้อยละ 60.0 และกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 51-59 ปี ร้อยละ 38.3 เป็นกลุ่มควบคุมร้อยละ 36.7 กลุ่มทดลองร้อยละ 40.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ

| อาชีพ        | กลุ่มควบคุม |        | กลุ่มทดลอง |        | รวม   |        |
|--------------|-------------|--------|------------|--------|-------|--------|
|              | จำนวน       | ร้อยละ | จำนวน      | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ไม่รับราชการ | 11          | 36.7   | 9          | 30.0   | 20    | 33.3   |
| รับราชการ    | 19          | 63.7   | 21         | 70.0   | 40    | 66.7   |
| รวม          | 30          | 100.0  | 30         | 100.0  | 60    | 100.0  |

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับราชการร้อยละ 66.7 เป็นกลุ่มควบคุมร้อยละ 63.7 กลุ่มทดลองร้อยละ 70.0 และไม่รับราชการร้อยละ 33 เป็นกลุ่มควบคุมร้อยละ 36.7 กลุ่มทดลองร้อยละ 30.0

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา

| ระดับการศึกษา    | กลุ่มควบคุม |        | กลุ่มทดลอง |        | รวม   |        |
|------------------|-------------|--------|------------|--------|-------|--------|
|                  | จำนวน       | ร้อยละ | จำนวน      | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี | 15          | 50.0   | 9          | 30.0   | 24    | 40.0   |
| ปริญญาตรี        | 15          | 50.0   | 21         | 70.0   | 36    | 60.0   |
| รวม              | 30          | 100.0  | 30         | 100.0  | 60    | 100.0  |

จากตารางที่ 3 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 60.0 เป็นกลุ่มควบคุมร้อยละ 50.0 กลุ่มทดลองร้อยละ 70.0 และมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 40.0 เป็นกลุ่มควบคุมร้อยละ 50.0 เป็นกลุ่มทดลองร้อยละ 30.0

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพสมรส

| สถานภาพสมรส | กลุ่มควบคุม |        | กลุ่มทดลอง |        | รวม   |        |
|-------------|-------------|--------|------------|--------|-------|--------|
|             | จำนวน       | ร้อยละ | จำนวน      | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| โสด         | 8           | 26.67  | 6          | 20.0   | 14    | 23.33  |
| คู่         | 22          | 73.33  | 24         | 80.0   | 46    | 76.67  |
| รวม         | 30          | 100.0  | 30         | 100.0  | 60    | 100.0  |

จากตารางที่ 4 พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.67 เป็นกลุ่มควบคุม ร้อยละ 73.33 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 80.0 และมีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 23.33 เป็นกลุ่มควบคุมร้อยละ 26.67 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 20.0

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน<br>(บาท) | กลุ่มควบคุม |        | กลุ่มทดลอง |        | รวม   |        |
|-------------------------------|-------------|--------|------------|--------|-------|--------|
|                               | จำนวน       | ร้อยละ | จำนวน      | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| น้อยกว่า 5,000                | 6           | 20.0   | 2          | 6.7    | 8     | 13.3   |
| 5,001-10,000                  | 3           | 10.0   | 3          | 10.0   | 6     | 10.0   |
| 10,001-15,000                 | 5           | 16.7   | 6          | 20.0   | 11    | 18.3   |
| มากกว่า 15,000                | 16          | 53.3   | 19         | 63.3   | 35    | 58.3   |
| รวม                           | 30          | 100.0  | 30         | 100.0  | 60    | 100.0  |

จากตารางที่ 5 พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 58.3 รองลงมามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 18.3 ส่วนน้อยที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 10.0 เมื่อพิจารณาตามกลุ่ม พบว่าทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 53.3 และ 63.3 ตามลำดับ รองลงมาของกลุ่มทดลอง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 20.0 ส่วนน้อยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 6.7 ขณะที่กลุ่มควบคุมรองลงมามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 20.0 ส่วนน้อยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 10.0

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแหล่งที่ได้ยินหรือได้รู้เรื่องมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

| แหล่งที่ได้ยินหรือรู้                       | กลุ่มควบคุม |        | กลุ่มทดลอง |        | รวม   |        |
|---|-------------|--------|------------|--------|-------|--------|
|   | จำนวน       | ร้อยละ | จำนวน      | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง |             |        |            |        |       |        |
| วิทยุ โทรทัศน์                              | 8           | 13.3   | 15         | 25.0   | 23    | 38.3   |
| วารสาร นิตยสาร หนังสือพิมพ์                 | 21          | 35.0   | 19         | 31.7   | 40    | 66.7   |
| แพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาล                     | 23          | 38.3   | 20         | 33.3   | 43    | 71.6   |
| บุคคลใกล้ชิด                                | 19          | 31.7   | 16         | 26.7   | 35    | 58.3   |

จากตารางที่ 6 แหล่งที่ได้ยินหรือได้รู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง ได้ยินหรือได้รู้เรื่องจากแพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาล ร้อยละ 71.6 รองลงมา เป็นการได้ยินหรือรู้เรื่องจากวารสาร นิตยสาร หนังสือพิมพ์ ร้อยละ 66.7 ได้รับรู้ข้อมูลที่สดจากวิทยุ โทรทัศน์ ร้อยละ 38.3



ส่วนที่ 2 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม  
 ตารางที่ 7 เปรียบเทียบอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม รายด้าน และโดยรวมของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการสอน

| รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ                         | อันดับคะแนนเฉลี่ย       |           |         |          | Friedman-value<br>(ในค่า $\chi^2$ -value) | df | p-value |
|---|-------------------------|-----------|---------|----------|---|----|---------|
|   | Mean Rank ( $\bar{R}$ ) |           |         |          |   |    |         |
|   | ก่อนสอน                 | 3 สัปดาห์ | 6 เดือน | 12 เดือน |   |    |         |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม        | 2.75                    | 2.10      | 2.57    | 2.58     | 5.515                                     | 3  | 0.138   |
| การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม                | 2.50                    | 2.78      | 2.18    | 2.53     | 4.105                                     | 3  | 0.250   |
| การรับรู้ต่อประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง     | 2.22                    | 2.42      | 2.62    | 2.75     | 4.065                                     | 3  | 0.255   |
| การรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง          | 2.37                    | 2.62      | 2.38    | 2.63     | 1.548                                     | 3  | 0.671   |
| ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของคนเองในการตรวจเต้านม | 2.50                    | 2.50      | 2.47    | 2.53     | 0.052                                     | 3  | 0.997   |
| แรงจูงใจต่อภาวะสุขภาพ                             | 2.52                    | 2.42      | 2.55    | 2.52     | 0.333                                     | 3  | 0.954   |
| รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม                   | 2.37                    | 2.55      | 2.38    | 2.70     | 1.602                                     | 3  | 0.659   |

$p < 0.05$

จากตารางที่ 7 กลุ่มควบคุมมีอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมก่อนการสอนหรือเมื่อแรกมารับบริการ 2.37 และภายหลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมา มีอันดับคะแนนเฉลี่ย 2.55, 2.38 และ 2.70 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพด้วยสถิติหนึ่งพารามตริก Friedman-two-way Anova พบว่าอันดับคะแนนเฉลี่ยก่อนการสอนหรือเมื่อแรกมารับบริการ หลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือนและ 12 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมทุก ๆ รายด้าน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม รายด้าน และโดยรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการสอน

| รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ                         | อันดับคะแนนเฉลี่ย       |           |         |          | Friedman-value<br>(ในค่า $\chi^2$ -value) | df | p-value |
|---|-------------------------|-----------|---------|----------|---|----|---------|
|   | Mean Rank ( $\bar{X}$ ) |           |         |          |   |    |         |
|   | ก่อนสอน                 | 3 สัปดาห์ | 6 เดือน | 12 เดือน |   |    |         |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม        | 2.27                    | 2.60      | 2.52    | 2.62     | 1.652                                     | 3  | 0.648   |
| การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม                | 2.77                    | 2.08      | 2.62    | 2.53     | 5.473                                     | 3  | 0.140   |
| การรับรู้ข้อประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง     |                         |           |         |          |   |    |         |
| การรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง          | 2.23                    | 2.48      | 2.82    | 2.47     | 3.840                                     | 3  | 0.279   |
| ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม | 1.87                    | 2.63      | 2.78    | 2.72     | 14.385                                    | 3  | 0.002*  |
| แรงจูงใจต่อภาวะสุขภาพ                             | 2.43                    | 2.52      | 2.48    | 2.57     | 0.298                                     | 3  | 0.960   |
| รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม                   | 2.32                    | 2.35      | 2.67    | 2.67     | 2.310                                     | 3  | 0.511   |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 8 กลุ่มทดลองมีอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมก่อนการสอนหรือเมื่อแรกมารับบริการ 2.32 และภายหลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมา มีอันดับคะแนนเฉลี่ย 2.35 , 2.67 และ 2.67 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพด้วยสถิติพาราเมตริก Friedman-two-way Anova พบว่าอันดับคะแนนเฉลี่ยก่อนการสอนหรือเมื่อแรกมารับบริการ ภายหลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือนและ 12 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมด้านความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม รายด้านและโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการสอน 3 สัปดาห์

| รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ                         | อันดับคะแนนเฉลี่ย<br>Mean Rank ( $\bar{R}$ ) | Mann-Whitney<br>U value | p-value |
|---|--|-------------------------|---------|
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม        |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 24.48  | 269.500                 | 0.007*  |
| กลุ่มทดลอง  | 36.52  |                         |         |
| การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม                |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 32.58  | 387.500                 | 0.354   |
| กลุ่มทดลอง  | 28.42  |                         |         |
| การรับรู้ต่อประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง     |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 27.52  | 360.500                 | 0.183   |
| กลุ่มทดลอง  | 33.48  |                         |         |
| การรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง          |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 31.42  | 422.500                 | 0.681   |
| กลุ่มทดลอง  | 29.58  |                         |         |
| ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 33.62  | 356.500                 | 0.162   |
| กลุ่มทดลอง  | 27.38  |                         |         |
| แรงจูงใจต่อภาวะสุขภาพ                             |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 26.37  | 326.800                 | 0.048*  |
| กลุ่มทดลอง  | 34.63  |                         |         |
| รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม                   |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 29.02  | 405.500                 | 0.510   |
| กลุ่มทดลอง  | 31.98  |                         |         |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 9 อันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม เมื่อ 3 สัปดาห์ หลังการสอนของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 29.02 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 31.98 เมื่อทดสอบความแตกต่างของอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ด้วยสถิติที่นัพาราเมตริก Mann-Whitney U พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นอันดับคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และแรงจูงใจต่อภาวะสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม รายด้านและโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการสอน 6 เดือน

| รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ                         | อันดับคะแนนเฉลี่ย<br>Mean Rank ( $\bar{R}$ ) | Mann-Whitney<br>U value | p-value |
|---|--|-------------------------|---------|
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม        |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 26.10  | 318.000                 | 0.050*  |
| กลุ่มทดลอง  | 34.90  |                         |         |
| การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม                |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 30.12  | 438.500                 | 0.865   |
| กลุ่มทดลอง  | 30.88  |                         |         |
| การรับรู้ข้อประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง     |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 27.97  | 374.000                 | 0.258   |
| กลุ่มทดลอง  | 33.03  |                         |         |
| การรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง          |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 27.77  | 368.000                 | 0.221   |
| กลุ่มทดลอง  | 33.23  |                         |         |
| ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 29.12  | 408.500                 | 0.536   |
| กลุ่มทดลอง  | 31.88  |                         |         |
| แรงจูงใจต่อภาวะสุขภาพ                             |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 27.77  | 368.000                 | 0.197   |
| กลุ่มทดลอง  | 33.23  |                         |         |
| รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม                   |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 27.02  | 345.500                 | 0.122   |
| กลุ่มทดลอง  | 33.98  |                         |         |

\* $p < 0.05$

จากตารางที่ 10 อันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมเมื่อ 6 เดือน หลัง การสอนของกลุ่มควบคุม 27.02 และกลุ่มทดลอง 33.98 เมื่อทดสอบความแตกต่างของอันดับ คะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิตินพารามेटริก Mann-Whitney U พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในทุกด้าน ยกเว้นอันดับคะแนนเฉลี่ยด้านการ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม รายด้านและโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการสอน 12 เดือน

| รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ                         | อันดับคะแนนเฉลี่ย<br>Mean Rank ( $\bar{R}$ ) | Mann-Whitney<br>U value | p-value |
|---|--|-------------------------|---------|
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม        |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 25.73  | 307.00                  | 0.034*  |
| กลุ่มทดลอง  | 35.27  |                         |         |
| การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม                |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 31.75  | 412.500                 | 0.579   |
| กลุ่มทดลอง  | 29.25  |                         |         |
| การรับรู้ต่อประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง     |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 29.40  | 417.000                 | 0.623   |
| กลุ่มทดลอง  | 31.60  |                         |         |
| การรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง          |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 30.38  | 446.500                 | 0.958   |
| กลุ่มทดลอง  | 30.62  |                         |         |
| ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 32.55  | 388.50                  | 0.358   |
| กลุ่มทดลอง  | 28.45  |                         |         |
| แรงจูงใจต่อภาวะสุขภาพ                             |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 37.48  | 359.500                 | 0.160   |
| กลุ่มทดลอง  | 33.52  |                         |         |
| รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวม                  |  |                         |         |
| กลุ่มควบคุม                                       | 29.72  | 426.500                 | 0.728   |
| กลุ่มทดลอง  | 31.28  |                         |         |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 11 อันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมเมื่อ 12 เดือนหลังการสอนของกลุ่มควบคุม 29.72 และกลุ่มทดลอง 31.28 เมื่อทดสอบความแตกต่างของอันดับคะแนนเฉลี่ย รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ

นัยพารามตริก Mann-Whitney U พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นอันดับคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

### ส่วนที่ 3 ความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนครั้งในการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังการสอน

| จำนวนครั้งในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง | ก่อนสอน |        | 3 สัปดาห์ |        | 6 เดือน |        | 12 เดือน |        |
|------------------------------------|---------|--------|-----------|--------|---------|--------|----------|--------|
|                                    | จำนวน   | ร้อยละ | จำนวน     | ร้อยละ | จำนวน   | ร้อยละ | จำนวน    | ร้อยละ |
| <b>กลุ่มควบคุม</b>                 |         |        |           |        |         |        |          |        |
| หลาย ๆ ครั้งใน 1 เดือน             | 3       | 10.0   | 7         | 23.3   | 8       | 16.6   | 4        | 13.4   |
| เดือนละครั้ง                       | 3       | 10.0   | 4         | 13.4   | 9       | 30.0   | 13       | 43.3   |
| ปีละ 3-4 ครั้ง                     | 7       | 23.3   | 7         | 23.3   | 8       | 26.7   | 8        | 26.7   |
| ปีละ 1-2 ครั้ง                     | 17      | 56.7   | 12        | 40.0   | 8       | 26.7   | 5        | 16.6   |
| <b>กลุ่มทดลอง</b>                  |         |        |           |        |         |        |          |        |
| หลาย ๆ ครั้งใน 1 เดือน             | 4       | 13.4   | 7         | 23.3   | 5       | 16.6   | 5        | 16.6   |
| เดือนละครั้ง                       | 4       | 13.4   | 16        | 53.3   | 20      | 66.7   | 22       | 73.4   |
| ปีละ 3-4 ครั้ง                     | 6       | 20.0   | 3         | 10.0   | 3       | 10.0   | 2        | 6.7    |
| ปีละ 1-2 ครั้ง                     | 16      | 53.2   | 4         | 13.4   | 2       | 6.7    | 1        | 3.3    |

จากตารางที่ 12 กลุ่มควบคุมมีจำนวนครั้งในการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนการสอนส่วนใหญ่ปีละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 56.7 และเปลี่ยนแปลงหลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมาเป็นร้อยละ 40.0 , 26.7 และ 16.6 ตามลำดับ ขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนครั้งในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้งก่อนสอนร้อยละ 10.0 เป็นร้อยละ 13.4 , 30.0 และ 43.3 หลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมาตามลำดับ

กลุ่มทดลอง มีจำนวนครั้งในการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนการสอน ส่วนใหญ่ปีละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 53.2 และเปลี่ยนแปลงหลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์, 6 เดือน และ 12 เดือน ต่อมาเป็นร้อยละ 13.4 , 6.7 และ 3.3 ตามลำดับ ขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนครั้งในการตรวจเต้านมด้วย

ตนเองเดือนละครั้ง ก่อนการสอนร้อยละ 13.4 เป็นร้อยละ 53.3, 66.7 และ 73.4 หลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมาตามลำดับ

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบอันดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการตรวจด้านมด้วยตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการสอน

| การปฏิบัติในการตรวจด้านม<br>ด้วยตนเอง | อันดับคะแนนเฉลี่ย       |              |            |             | Friedman-value<br>(ในค่า $\chi^2$ -value) | df | p-<br>value |
|---------------------------------------|-------------------------|--------------|------------|-------------|---|----|-------------|
|                                       | Mean Rank ( $\bar{X}$ ) |              |            |             |   |    |             |
|                                       | ก่อน<br>สอน             | 3<br>สัปดาห์ | 6<br>เดือน | 12<br>เดือน |   |    |             |
| กลุ่มควบคุม                           | 1.30                    | 2.45         | 3.13       | 3.12        | 59.746                                    | 3  | 0.000*      |
| กลุ่มทดลอง                            | 1.07                    | 2.62         | 3.08       | 3.23        | 65.740                                    | 3  | 0.000*      |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 13 กลุ่มควบคุมมีอันดับคะแนนเฉลี่ยก่อนการสอนหรือเมื่อแรกมารับบริการ 1.30 และภายหลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมา มีอันดับคะแนนเฉลี่ย 2.45, 3.13 และ 3.12 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของอันดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการตรวจด้านมด้วยตนเองทั้ง 4 ระยะ ด้วยสถิติพารามตริก Friedman-two-way Anova พบว่าอันดับคะแนนเฉลี่ยก่อนการสอนหรือเมื่อแรกมารับบริการ หลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

กลุ่มทดลองมีอันดับคะแนนเฉลี่ยก่อนการสอนหรือเมื่อแรกมารับบริการ 1.07 และภายหลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมา มีอันดับคะแนนเฉลี่ย 2.62 , 3.08 และ 3.23 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของอันดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการตรวจด้านมด้วยตนเองทั้ง 4 ระยะ ด้วยสถิติพารามตริก (Friedman-two-way Anova) พบว่าอันดับคะแนนเฉลี่ยก่อนการสอนหรือเมื่อแรกมารับบริการ หลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือนและ 12 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )



ตารางที่ 14 เปรียบเทียบอันดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่าง  
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการสอน

| การปฏิบัติในการตรวจเต้านม<br>ด้วยตนเอง | อันดับคะแนนเฉลี่ย<br>Mean Rank ( $\bar{R}$ ) | Mann-Whitney U value | p-value |
|--|--|----------------------|---------|
| 3 สัปดาห์                              |  |                      |         |
| กลุ่มควบคุม                            | 23.05  | 226.500              | 0.001*  |
| กลุ่มทดลอง                             | 37.95  |                      |         |
| 6 เดือน                                |  |                      |         |
| กลุ่มควบคุม                            | 23.25  | 232.500              | 0.001*  |
| กลุ่มทดลอง                             | 37.75  |                      |         |
| 12 เดือน                               |  |                      |         |
| กลุ่มควบคุม                            | 20.98  | 164.500              | 0.001*  |
| กลุ่มทดลอง                             | 40.02  |                      |         |

\*p < 0.05

จากตารางที่ 14 กลุ่มควบคุมมีอันดับคะแนนเฉลี่ยภายหลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมา 23.05, 23.25 และ 20.98 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอันดับคะแนนเฉลี่ยภายหลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมา 37.95, 37.75 และ 40.02 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของอันดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองภายหลังการสอนทั้ง 3 ระยะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิตินินพารามेटริก Mann-Whitney U พบว่าอันดับคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

## อภิปรายผล

### รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

จากสมมติฐานที่ 1 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนของกลุ่มควบคุมเมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมาไม่แตกต่างกัน ได้รับการสนับสนุน สามารถอธิบายเหตุผลได้ดังนี้

กลุ่มควบคุมจะได้รับข้อมูลตามปกติจากเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ประจำอยู่คลินิกสตรีวัยทอง ซึ่งให้ข้อมูลเป็นแบบรายบุคคล และต้องใช้เวลาอย่างเร่งรีบ เนื่องจากจำนวนบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ประจำอยู่คลินิกสตรีวัยทองมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มารับบริการ และการให้บริการของคลินิกนี้จะเปิดบริการเฉพาะวันพุธในเวลา 13.00-16.00 น. เท่านั้น ทำให้สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่เป็นกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลที่ไม่ครอบคลุมและไม่ทั่วถึงได้ ถึงแม้ว่าทางโรงพยาบาลจะมีนโยบายในการสอนสุขภาพหรือบริการการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้ที่มารับบริการก็ตาม โดยส่วนใหญ่จะให้ทางสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุทัศน์ เครื่องกระจายเสียง แผ่นโปสเตอร์ และแผ่นพับ ซึ่งอาจไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้รับบริการได้ตระหนักถึงความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ (2523 อ้างตามวนิดา, 2538) ที่ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพของมารดาและการพาเด็กมารับวัคซีนป้องกันโรคหัด พบว่ากลุ่มทดลองซึ่งได้รับความรู้โดยการอ่านเอกสารประเภทแผ่นพับ ซึ่งประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคหัด สาเหตุ ปรากฏการณ์ของโรค ระยะติดต่อและการแพร่กระจายของโรค อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การดูแลรักษาและการป้องกันโรคหัด จากวิธีการให้ความรู้ดังกล่าวไม่ทำให้มารดามีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ และไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูล เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้มีการกระตุ้นให้มารดามีการรับรู้ที่ถูกต้อง ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จึงทำให้กลุ่มควบคุมในการวิจัยครั้งนี้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมาไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 2 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนของกลุ่มทดลองเมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมาแตกต่างกัน ไม่ได้รับการสนับสนุนซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า

การที่บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นก่อน ดังที่เครก (Craig, 1983) กล่าวว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความรู้ที่ลึกซึ้ง ความคิด ความเข้าใจหรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของ

บุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา ทั้งนี้ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดเป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลังที่บุคคลได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ มาแล้ว นอกจากนี้ความเชื่อยังเป็นองค์ประกอบหนึ่งของเจตคติ (ประภาเพ็ญ, 2526) ซึ่งซิมบาร์โด เอบเบอร์เซนและมาสลาซ (Zimbardo, Ebbesen & Maslach, 1977) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงเจตคติของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ กล่าวคือถ้าบุคคลมีความรู้ความเข้าใจที่ดีก็จะทำให้เจตคติของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นการที่จะทำให้เกิดความเชื่อด้านสุขภาพหรือเจตคติที่พึงปรารถนา สามารถทำได้โดยการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องนั้น ๆ เสียก่อน

ภายหลังการสอนแม้ว่ากลุ่มทดลองอาจจะเกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้นก็ตาม แต่กลุ่มทดลองแต่ละคนก็อาจเกิดการเรียนรู้ไม่เท่ากัน คือบางคนอาจเกิดการเรียนรู้ได้เร็ว แต่บางคนอาจเกิดการเรียนรู้ได้ช้า ทั้งนี้เลย์ (Ley, 1973 อ้างในพนิดา, 2539) กล่าวว่า ภายหลังจากการสอนประมาณ 5 นาที ผู้ป่วยจะลืมเรื่องที่สอนไปประมาณครึ่งหนึ่ง แต่ผู้ป่วยจะสามารถระลึกข้อมูลที่สอนได้ถ้าเขาได้อ่านทบทวนเรื่องที่สอนซ้ำ ดังนั้นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้กลุ่มทดลองแต่ละคนเกิดการเรียนรู้ใกล้เคียงกัน คือใช้วิธีการเรียนมากเกินไป (over learning) คือให้กลุ่มทดลองแต่ละคนได้ใช้เวลาเรียนให้มากขึ้นหรือซ้ำ ๆ กัน การเรียนซ้ำ ๆ นี้มีประโยชน์และสำคัญมาก โดยพบว่า การเรียนซ้ำมากกว่าปกติเท่าใด ก็จะมีความคงทนของความจำมากขึ้นเท่านั้น จากการศึกษาทดลองพบว่า การเรียนตามปกติแล้วปล่อยไว้ ปรากฏว่าผู้เรียนจะมีความคงทนของความจำอยู่ร้อยละ 26 แต่ถ้าเรียนเพิ่ม  $\frac{1}{2}$  เท่าของปกติ จะมีความคงทนของความจำอยู่ร้อยละ 38 และถ้าเรียนเพิ่ม 1 เท่าของปกติ จะมีความคงทนของความจำเหลืออยู่ ร้อยละ 49 (ชม, 2523) ซึ่งสอดคล้องกับแมคโดนัลด์ (MacDonald อ้างใน นवलอนงค์, 2530) ที่กล่าวว่าเมื่อเรียนครั้งแรกแล้วมีการทบทวนเป็นระยะบ่อย ๆ ระยะเวลาหนึ่ง และต่อมา มีการทบทวนเป็นระยะห่าง ๆ จะช่วยความทรงจำดี ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลองแต่ละคนต่างก็ได้รับคู่มือการตรวจเต้านมโดยการนำกลับไปอ่านทบทวนทำความเข้าใจที่บ้าน จึงอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มทดลองสามารถเกิดการเรียนรู้และเพิ่มความจำได้โดยการอ่านทบทวนทำความเข้าใจหลาย ๆ ครั้ง เป็นการเรียนรู้ซ้ำ ๆ ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้สูงขึ้น แต่ยังไม่มากพอที่จะทำให้เกิดความแตกต่างจากก่อนสอนอย่างชัดเจน จึงทำให้กลุ่มทดลองมีรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมทุกระยะ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาผลของการวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ในรายด้านของความเชื่อมันต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งอาจอธิบายเหตุผลได้ว่า กลุ่มทดลองจะได้รับความรู้จากผู้วิจัยตามแผนการสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่ง

ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม สื่อการสอนและแนวทางในการประเมินผลอย่างมีระบบ อันจะทำให้กลุ่มตัวอย่างนี้ได้รับข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น ดังที่ พนิกา (2539) กล่าวว่า การให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ปวยเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความคิด ความเข้าใจ ความเชื่อ และการปฏิบัตินั้นควรมีการทำแผนการสอนอย่างมีระบบ โดยมีองค์ประกอบของแผนการสอนคือวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการ อุปกรณ์การสอน การวัดและการประเมินผล และสอดคล้องกับ ฌอนอมขวัญ (2539) ที่พบว่าผู้ปวยจะเกิดการเรียนรู้ ร่วมมือตามคำแนะนำ และเกิดทักษะในการปฏิบัติได้มาก ถ้ามีการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนตามโปรแกรมที่จัดสรรอย่างมีระบบ สำหรับการสอนครั้งนี้มีการผสมผสานการอภิปรายกลุ่ม กลุ่มละ 4-5 คน และในขณะที่มีการอภิปรายกลุ่มผู้วิจัยได้สร้างบรรยากาศที่ดีโดยการให้ค วามเป็นกันเอง เอาใจใส่กับทุกคนเท่าเทียมกัน เปิดโอกาสให้มีการซักถามได้อย่างเต็มที่และยังกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ของตนเองภายในกลุ่ม จึงช่วยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ได้ระบายความรู้สึกต่อกัน การที่สมาชิกในกลุ่มได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกับผู้วิจัย จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น ตามที่แวน ฮูเซอร์และคณะ (Van Hoozer, et al., 1987) ได้กล่าวว่าการที่ผู้เรียนและผู้สอนมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้เนื่องจากผู้เรียนได้เรียนรู้โดยตรง และได้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสมทันการ ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจได้ ถูกต้อง และจากการศึกษาของทัศนีย์ (2535) ที่ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะนำโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มมีความรู้เรื่องโรคดีกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังที่ทราบว่สัมฤทธิ์ผลในการสอนส่วนหนึ่ง ขึ้นอยู่กับการใช้สื่อในการสอน การเรียนรู้ที่คั้นนั้นจะต้องให้ผู้เรียนได้ใช้ประสาทสัมผัสพร้อมกันหลายด้าน จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ง่ายรวดเร็ว ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดความสนใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ภาพพลิกประกอบคำบรรยายเป็นสื่อการสอน เพื่อช่วยให้กลุ่มทดลองได้ใช้ประสาทสัมผัสทางตาด้วยการดูภาพพลิกเพิ่มจากการรับฟังบรรยายเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ภาพพลิกยังสามารถพลิกกลับไปกลับมาได้เมื่อต้องการ ทำให้ผู้วิจัยและกลุ่มทดลองมีปฏิสัมพันธ์ตอบสนองการรับข้อมูลได้ตามต้องการ กลุ่มทดลองจึงเกิดการเรียนรู้ได้ดี นอกจากนี้การสอนครั้งนี้ยังได้กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาทางทักษะซึ่งสามารถกระทำได้โดยการอธิบาย การดูวิดีโอ และการสาธิต-สาธิตย้อนกลับกับหุ่นเด้านมที่มีลักษณะเด้านมปกติและเด้านมที่มีก้อนอยู่ภายใน จึงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น (Zapka & Mamon, 1982 ; Champion, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของ

แชมเปียน (Champion, 1995) ที่ได้รายงานว่าได้ถึงแม้สตรีจะมีความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจเต้านมอย่างถูกต้อง แต่ถ้าไม่ได้รับข้อมูลและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก็จะไม่สามารถตรวจเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสอนสาธิตและมีการสาธิตย้อนกลับจึงมีความสำคัญ เนื่องจากทำให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนในการตรวจเต้านม ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมที่ขึ้น และสามารถตรวจเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือกล่าวได้ว่าถ้าตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ขึ้น ก็จะสามารถตรวจได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ก็จะยังมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนในการตรวจเต้านมเพิ่มขึ้นเช่นกัน (Hallal, 1982)

จากสมมติฐานที่ 5 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมาแตกต่างกัน ได้รับการสนับสนุนบางส่วน โดยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ภายหลังการสอนอันดีคະແນແຈລືຍແບບແຜນความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี และเมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มจะเห็นว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันในกลุ่มอายุระหว่าง 40-50 ปี และ 51-59 ปีตามลำดับ จากข้อมูลทางสถิติแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์ของการเป็นมะเร็งจะสูงขึ้นในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป และสูงขึ้นเรื่อย ๆ อย่างน้อยจนถึงอายุ 70 ปี (Kessler, 1992 Cited by Champion, 1995) และเพิร์สสัน, สเวนสันและเอก (Persson, Svensson & Ek, 1997) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับอายุ เขตที่อยู่อาศัย เชื้อชาติและศาสนา พบว่าอายุจะเป็นตัวทำนายในการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยเฉพาะสตรีที่มีอายุระหว่าง 45-64 ปี จะมีการตระหนักในการค้นหาความเสี่ยงตั้งแต่เริ่มแรก เนื่องจากมีการรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมากขึ้นนั่นเอง และจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมที่ชี้แสดงให้เห็นถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ความรุนแรงของโรคนี้อ รวมทั้งประโยชน์และอุปสรรคที่มีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมของแต่ละบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลายรายมีประสบการณ์รู้จักกับบุคคลที่เป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งอาจเป็นเพื่อนฝูง หรือญาติพี่น้องในครอบครัว ร่วมกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางวิทยุ โทรทัศน์ โครงการณรงค์ต่าง ๆ ที่ได้จัดขึ้น กระแสกดดันของการสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมของตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้นการสอนโดยใช้เทคนิคการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม จึงเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มทดลองมีรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ

มะเร็งเต้านม ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือนและ 12 เดือน ต่อมา แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไอเซนและคณะ (Eisen et. al., 1985) ที่ทดลองจัดโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่าหลังการทดลองการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

และเมื่อพิจารณาอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมด้านแรงจูงใจต่อภาวะสุขภาพ เมื่อ 3 สัปดาห์หลังการสอนพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่านอกเหนือจากแรงจูงใจต่อภาวะสุขภาพจากปัจจัยภายในอันได้แก่ อายุ การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมแล้ว ปัจจัยภายนอกอันเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลองตามรูปแบบการสอนที่กำหนด ทำให้กลุ่มทดลองจะพยายามลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และลดความรุนแรงของโรค ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังเช่นฟอกซอลล์ บาร์รอนและฮาวฟลด์ (Foxall, Barron & Houfek, 1998) ที่ทำการศึกษเปรียบเทียบวิธีปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองและความเชื่อทางสุขภาพระหว่างพยาบาลอเมริกันเชื้อสายอัฟริกันและเชื้อสายคอเคเชียน พบว่าความถี่ในการตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจด้านสุขภาพอีกด้วย

อย่างไรก็ดีเมื่อเปรียบเทียบอันดับคะแนนเฉลี่ยรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมโดยรวมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือน ต่อมาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษานี้เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสนใจ ห่วงใยสุขภาพ รวมทั้งมีความตั้งใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี อันได้แก่ การมารับบริการในคลินิกวิทยุของนี้ ทั้งที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจประเมินสภาพร่างกายครั้งแรกประมาณ 6,000 บาท และมารับการตรวจตามนัดทุกครั้ง แสดงถึงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มบุคคลที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพสูง อยู่เดิมแล้ว เช่นเดียวกับที่ลอเวอร์ (Lauver, 1987) ได้ให้ข้อคิดเห็นจากการศึกษาวิจัยไว้ว่าบุคคลที่มารับบริการจากหน่วยงานของรัฐ หรือให้ความร่วมมือต่อบริการการสอนสุขศึกษาจะมีความตระหนักต่อภาวะสุขภาพของตนเอง จึงมีการค้นหาบริการต่าง ๆ เพื่อให้สุขภาพดีขึ้น และมีความโน้มเอียงต่อการที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่แล้ว

## ความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากสมมติฐานที่ 3 ความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนของกลุ่มควบคุมเมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมา ไม่แตกต่างกัน ไม่ได้รับการสนับสนุน โดยอาจอภิปรายได้ดังนี้

ก่อนการสอนส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองปีละ 1-2 ครั้ง เป็นจำนวนร้อยละ 56.7 และมีการเปลี่ยนแปลงลดลงเป็นร้อยละ 40, 26.7 และ 16.6 เมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมาตามลำดับ และมีการเปลี่ยนแปลงความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้งจากร้อยละ 10.0 เป็นร้อยละ 13.4, 30.0 และ 43.3 ตามลำดับ ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงอันดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะกลุ่มควบคุมต้องตอบแบบสอบถามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมถึง 4 ครั้ง โดยแบบสอบถามดังกล่าวจะประกอบด้วยความรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม รวมทั้งการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การที่ต้องตอบแบบสอบถามดังกล่าวอาจเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มควบคุมเกิดความสนใจ ตระหนักในปัญหาสุขภาพและเกิดความต้องการที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อปรับการดำเนินชีวิตตามปกติในทางส่งเสริมสุขภาพ ดังที่แชมเปียน (Champion, 1995) ได้รายงานไว้ในการศึกษาที่พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนการปฏิบัติในการตรวจเต้านมสูงเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง เนื่องจากมีความสนใจต่อมะเร็งเต้านมและการค้นหาหามะเร็งเต้านมตั้งแต่เริ่มแรก จึงมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองจนเป็นนิสัยปฏิบัติที่ได้อยู่แล้ว ประกอบกับปัจจุบันการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการค้นหาความผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรกซึ่งดำเนินการโดยองค์กรของรัฐและเอกชนได้แพร่หลายผ่านสื่อมวลชนต่าง ๆ ทั่วประเทศ ทั้งทางหนังสือพิมพ์ เอกชน แผ่นพับ โปสเตอร์ วิทยุ และโดยเฉพาะโทรทัศน์ ที่กระจายครอบคลุมอยู่ในทุกพื้นที่ของประเทศ ทำให้ประชาชนได้รับความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมจากสื่อเหล่านี้ ดังที่ทรอตต้า (Trotta, 1980) ศึกษาปัจจัยที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าปัจจัยส่งเสริมที่สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมนี้ได้แก่ข้อมูลที่มีการพิมพ์ เผยแพร่จากเอกสาร วารสารหรือแผ่นพับเป็นต้น รวมทั้งการสอนเป็นรายบุคคลจากแพทย์หรือพยาบาล เนื่องจากสิ่งเหล่านี้ทำให้มีการรับรู้อุปสรรคที่เกิดจากการไม่ทราบเทคนิคการปฏิบัติหรือความไม่มั่นใจลดลง จึงทำให้ประสบผลสำเร็จต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ (2531) ที่ศึกษาผลของการให้คำแนะนำต่อความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนของหญิงมีครรภ์ที่คิดเชื้อซิฟิลิส โดยกลุ่มควบคุม เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและอันตรายต่าง ๆ ที่



มีต่อตนเองและบุตรจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ซ้ำ ๆ หลายครั้ง ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นให้มารับการฉีดยาจนครบทุกครั้ง จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

จากสมมติฐานที่ 4 ความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนของกลุ่มทดลองเมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมาแตกต่างกัน ได้รับการสนับสนุนโดยอภิปรายได้ดังนี้

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ก่อนการทดลองมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองปีละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 53.2 และเปลี่ยนแปลงลดลงเป็นร้อยละ 13.4, 6.7 และ 3.3 เมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมาตามลำดับ ขณะที่กลุ่มทดลองที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้งเปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 13.4 เป็นร้อยละ 53.3 , 66.7 และ 73.4 ตามลำดับ ร่วมกับการพิจารณาอันดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการตรวจเต้านม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามที่ซิมบาร์โด เอบเบอร์สเซนและมาสลาซ (Zimbardo, Ebbesen & Maslach, 1977) ได้กล่าวว่าการที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ จะทำให้ทัศนคติของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป และในที่สุดก็จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง เช่นเดียวกับที่คิง (King, 1984) กล่าวว่า บุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพอย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของคน สอดคล้องกับการศึกษาของไอนูอิ ยัวตีและวิลเลียมสัน (Inui Yourtee & Williamson, 1976 cited by Janz & Becker, 1984) ได้ศึกษาวิธีการชักนำความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง โดยสร้างแผนการสอนตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุม หลังจากได้รับการสอนสุขศึกษา 3 เดือนและ 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลงด้วย

จากสมมติฐานที่ 6 ความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมาแตกต่างกัน ได้รับการสนับสนุน ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนที่ผสมผสานวิธีการสอนหลายอย่างด้วยกัน จึงเกิดความรู้ความเข้าใจและมั่นใจต่อทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น และเนื่องจากความรู้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำ ในเรื่องของการเชื่อมโยงและจัดระบบข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่มนุษย์ได้รับจากการศึกษาค้นคว้า การสังเกตและจากประสบการณ์ที่สั่งสมไว้ จึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดแนวคิดและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (Bloom, 1972) ยิ่งกลุ่มทดลองได้รับความรู้โดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมด้วยแล้ว



จึงเชื่อว่าบุคคลจะให้ความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือค้นหาความผิดปกติได้ดียิ่งขึ้น ดังที่ฮาฟเนอร์และเคิร์ชท์ (Haefner & Kirscht, 1970) กล่าวว่าผู้ป่วยที่มีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับภาวะเสี่ยง และอันตรายต่าง ๆ ที่เกิดจากโรค ตลอดจนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาหรือการป้องกันโรค จะมีผลทำให้เกิดความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ เช่นเดียวกับกอนซาเลซ-เฟอร์นันเดซและคณะ (Gonzalez - Fernandez et. al., 1990. cited by Kyngas & Lahdenpera, 1999) กล่าวว่าถ้าผู้รับบริการมีความรู้มากเท่าใด ผู้รับบริการก็จะมีความร่วมมือมากขึ้นเท่านั้นเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของแชมเปียน (Champion, 1995) ที่ใช้การปรึกษาตามแนวความคิดความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และทำการติดตามผล 1 ปีต่อมา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความถี่และประสิทธิภาพของการตรวจเต้านมดีกว่ากลุ่มควบคุม และเช่นเดียวกับมาร์ตี แมคเดอมอทท์ และ โกลด์ (Marty, Mcdermott & Gold, 1983) ที่ได้ศึกษารูปแบบการให้สุขศึกษาแก่นักศึกษาหญิงสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ใน มหาวิทยาลัยมินเนโซตา-ดูลูซ ของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเปรียบเทียบวิธีการให้ความรู้ด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน คือ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่หนึ่งมีการแจกแผ่นพับให้ไปศึกษาด้วยตนเอง กลุ่มที่สองให้มีการอภิปรายเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและสังเกตวิธีการสาธิตการตรวจเต้านม และอีกกลุ่มให้มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับในการตรวจเต้านมร่วมด้วย ผลการศึกษาสรุปได้ว่า กลุ่มที่มีโอกาสสาธิตและสาธิตย้อนกลับในการตรวจเต้านม มีเจตคติที่ดีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองและมีความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ ส่วนแชมเปียน และสกอตต์ (Champion & Scott, 1993) ได้ศึกษาสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่ไม่มีความผิดปกติของเต้านม ในเขตเทศบาลของตะวันตกกลางของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 301 คน โดยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม กลุ่มที่ได้รับการสนใจโดยใช้กรอบแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม กลุ่มที่ได้รับการฝึกหัดการตรวจเต้านม และกลุ่มที่ได้รับการสนใจโดยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการฝึกหัดการตรวจเต้านม ทำการศึกษาเป็นเวลา 1 ปี ใช้ตัวชี้วัดคือ คะแนนการประเมินสมรรถนะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การสังเกตสมรรถนะการตรวจเต้านมโดย ผู้วิจัยและการประเมินความสามารถในการตรวจพบก้อนในเต้านม ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 3 กลุ่มเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และพบว่าในการตรวจพบก้อนในเต้านม กลุ่มที่ได้รับการสนใจโดยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมร่วมกับการฝึกหัดการตรวจเต้านม สามารถค้นหาก้อนในเต้านมได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกหัดการตรวจเต้านมเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยที่ได้ แสดงให้เห็นว่าการสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่มีแบบแผนและวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการกำหนดเนื้อหาที่เหมาะสมสอดคล้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้ผู้รับบริการมีความรู้ ความเข้าใจถูกต้อง มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น และมีผลทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี เพื่อดำรงภาวะสุขภาพไว้อย่างมั่นคง สามารถทำได้โดยการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีวิธีการอันมีประสิทธิภาพ และจำเป็นต้องคำนึงถึงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล

## บทที่ 5

### สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้เป็นสตรีที่มารับบริการเป็นครั้งแรก ในคลินิกสตรีวัยทองที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 ราย และได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 30 รายและกลุ่มทดลอง 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ แผนการสอนเรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วัตถุประสงค์เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หุ่นเต้านมและคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามเรื่องรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและแบบประเมินความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งเป็นการบันทึกจำนวนครั้งในการตรวจเต้านมด้วยตนเองและแบบสังเกตวิธีปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสังเกตวิธีปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้สูตรของ โพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1981) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90

การดำเนินการวิจัยใช้เวลาทั้งสิ้น 14 เดือน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามกิจวัตรของคลินิกสตรีวัยทอง ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการสอนตามแบบแผนที่กำหนดจากผู้วิจัย ได้ทำการเก็บรวบรวม 4 ครั้งคือ ก่อนการสอนเมื่อแรกมารับบริการ หลังการสอนเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมา

ประมวลผลข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC for window 9.

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่ม พบว่าส่วนใหญ่มีอายุ 40-50 ปี ร้อยละ 60.0 และ 63.3 มีอาชีพรับราชการร้อยละ 70.0

และ 63.7 การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 70.0 และ 50.0 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 80.0 และ 73.33 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 63.3 และ 53.3 และแหล่งที่ได้ยินหรือได้รู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นแพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาลร้อยละ 33.3 และ 38.3 ตามลำดับ

## 2. รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

2.1 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนของกลุ่มควบคุมเมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนของกลุ่มทดลองเมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อวิเคราะห์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม เป็นรายด้านพบว่าสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่ได้รับการสอน โดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ มีความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม เมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

2.3 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อวิเคราะห์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองเป็นรายด้าน พบว่าสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่ได้รับการสอน โดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และมีแรงจูงใจต่อภาวะสุขภาพเมื่อ 3 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

## 3. ความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

3.1 จำนวนครั้งในตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมมีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปีละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 56.7 และเปลี่ยนแปลงเป็น 40.0 , 26.7 และ 16.6 เมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมาตามลำดับ ขณะที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้งเปลี่ยนแปลงเป็นร้อยละ 10.0, 13.4 , 30.0 และ 43.3 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองปีละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 53.2 และเปลี่ยนแปลงเป็น 13.4, 6.7 และ 3.3 เมื่อ

3 สัปดาห์ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมาตามลำดับ ขณะที่มีการตรวจเด็มนด้วยตนเองเดือนละครั้ง เปลี่ยนแปลงเป็นร้อยละ 13.4 , 53.3 , 66.7 และ 73.4 ตามลำดับ

3.2 การปฏิบัติในการตรวจเด็มนด้วยตนเองในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนกลุ่มควบคุม เมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

3.3 การปฏิบัติในการตรวจเด็มนด้วยตนเองในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนกลุ่มทดลองเมื่อแรกมารับบริการ สัปดาห์ที่ 3 เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือนต่อมา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

3.4 การปฏิบัติในการตรวจเด็มนด้วยตนเองในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อ 3 สัปดาห์ 6 เดือนและ 12 เดือนต่อมา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

#### ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

##### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องในการสอนสุขศึกษาแก่ผู้รับบริการ ควรมีโอกาสในการรับการอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการในการสอนสุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนให้ตระหนักถึงการรับรู้ด้านต่าง ๆ ตามมโนทัศน์ของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ที่มารับบริการมีโอกาสได้รับข้อมูลหรือความรู้ต่าง ๆ อย่างครอบคลุม ต่อเนื่องและสม่ำเสมอและสามารถนำข้อมูลหรือความรู้ที่ได้รับไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอนามัยได้อย่างถูกต้อง

1.2 ควรมีการประเมินว่าผู้รับบริการมีพื้นฐานความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้ด้านต่าง ๆ ตามมโนทัศน์ของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพว่าเป็นอย่างไร แล้วจึงจัดการสอนเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการนั้น ๆ ให้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยอาจพิจารณาสอนเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มตามความเหมาะสม เพื่อกระตุ้นให้มีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยตามการสอนอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 สื่อที่จะนำมาประกอบการสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพอันจะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมต่อไป

1.4 การสอนอาจจัดเป็นโปรแกรมที่แน่นอน และเพิ่มจำนวนครั้งของการสอนโดยพิจารณาตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ และเกิดผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยเพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาความผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรกมากขึ้น

## 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาพฤติกรรมความร่วมมือในการตรวจด้านมด้วยตนเองในสตรีกลุ่มอื่นที่แตกต่างกัน เช่นกลุ่มอายุ กลุ่มอาชีพ ฯลฯ หรือควรทำวิจัยเช่นนี้ในคลินิก เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มของผู้ที่มีภาวะสุขภาพเป็นปกติ และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความสนใจในภาวะสุขภาพของตนเองคืออยู่แล้ว ถ้ามีการศึกษาที่เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างและสถานที่ใช้ในการศึกษาให้มากขึ้น เพื่อช่วยให้มีการกระจายของลักษณะประชากร และสามารถนำไปอ้างอิงประชากรในกลุ่มวัยใกล้เคียงหมคประจำเดือนได้มากขึ้น

2.2 การศึกษาอาจเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และเปรียบเทียบวิธีการสอนหรือการใช้สื่อต่าง ๆ เพื่อหาวิธีการสอนหรือการใช้สื่อที่มีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็วและไม่สิ้นเปลืองบุคลากร

## บรรณานุกรม

กนกพร หมู่พยัคฆ์. (2539). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยกลางคนอายุ 40-59 ปี. วารสารพยาบาล 45,(4), 61-71.

กรรณิการ์ เรือนจันทร์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (อัคราณา)

กรรณิการ์ สุวรรณโคต. (2528). การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ใน เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 เรื่อง การศึกษาเพื่อพัฒนาสุขภาพ. (หน้า 113-114). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ศรีอนันต์

กรรณิการ์ สุวรรณโคต. (2527). การพยาบาลในภาวะสุขภาพอนามัยปกติ. ใน มโนมติและกระบวนการพยาบาล. หน่วยที่ 8-15. (หน้า 785-880) กรุงเทพมหานคร : สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

กิตติศักดิ์ เทพสุวรรณและคณะ. (2538). อีกหนึ่งทางเลือกสำหรับการวินิจฉัยก้อนที่ เต้านม. ในเอกสารประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข. (2537). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2535. กรุงเทพมหานคร: องค์การทหารผ่านศึก.

กอบจิตต์ ติมปพยอม, นิมิต เตชะไกรชนะ และอรณพ ใจสำราญ. (มปป.) วิทยทอง-การชลอความแก่. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องวัยหมดประจำเดือน. กรุงเทพมหานคร : คลินิกวัยหมดระดู ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ก้วน ขาวหนู. (2527). เทคนิคการสอนและการวัดผลสุขภาพศึกษา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรบัณฑิต.

จรรยา สุวรรณทัต. (2526). ความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก ในเอกสารการสอนชุดวิชา พัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู (หน่วยที่ 8-15). กรุงเทพมหานคร : สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ชม ภูมิภาค. (2523). จิตวิทยาการเรียนการสอน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

ชื่น เตชามหาชัย และบุญสม. ธีระพิบูลย์. (2539). วัยหมดระดู. ในเอกสารโครงการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดู เรื่องสตรีวัยหมดระดู สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์. (2538). มะเร็งเต้านมยุคโลกาภิวัตน์. โกล์หมอ, 19(3), 32-36.

ไชยยศ เรื่องสุวรรณ. (2526). เทคโนโลยีทางการศึกษา : หลักการและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : พัฒนาพานิช.

ถนอมขวัญ คำปาน. (2539). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพในการลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในสตรีอายุระหว่าง 35-54 ปี ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2528). แนวคิดพื้นฐานทางสังคมวิทยาการแพทย์ ใน สังคมวิทยาการแพทย์. หน้าที่ 1-8 (หน้า 249-251). กรุงเทพมหานคร : สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ทะเบียมนะเร็ง จังหวัดสงขลา. (2539). สงขลา : กรรมการทะเบียนมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นางพิมพ์ ศาภิมล. (2530). ผลสัมฤทธิ์ของการสอนสุขภาพและการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาด้วยยาระยะสั้น. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. (อัคราณา).

นพรัตน์ ราษฎร์นุ้ย. (2538). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. (อัคราณา).

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. (อัคราณา).

นวลอนงค์ บุญฤทธิพงศ์. (2530). ผลของการให้คำแนะนำร่วมกับการใช้หนังสือการ์ตูนเรื่อง “การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา” ต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตรคนแรก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.



นิตยา ภาสุนันท์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

บุญยง เกี่ยวการค้า. (2526). วิชาสุขศึกษา. ในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 8-15, กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ป.พันธ์พานิช.

บุญสม ชีระพิบูลย์. (2539). การตรวจเต้านม. ในเอกสารโครงการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดู เรื่องสตรีวัยหมดระดู สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

ประคอง รังคศิริ และคณะ. (1987). การศึกษากระบวนการสอนเทคนิควิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองแก่สตรีในกรุงเทพมหานคร. *Bulletin of Department of Medical Service*, 12(10), 547-558.

ประคอง รังคศิริ และคณะ. (2529). ศึกษาผลการแนะนำเพื่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง. *วารสารโรคมะเร็ง*, 12(3), 112-117.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2523). การสอนสุขศึกษา : ทฤษฎีและการประยุกต์ : กรุงเทพฯ มหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2527). พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง. ในสุขศึกษา. (หน้า 203-204). กิตติ วัฒนกุล. (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ประชาสัมพันธ์.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2532). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา กรุงเทพมหานคร : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2534). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร : เจ้าพระยาการพิมพ์.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทักษะคดี : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์วังบูรพา.

ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร (2539). สถานการณ์สุขภาพผู้หญิงไทย. *วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข*, 4(1), 9-19.

พนิดา ชูสุวรรณ. (2539). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกต้นขาที่ใช้เหล็กดามภายใน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา

พิชัย เจริญพานิช. (2533). ปัญหาและแนวทางการแก้ไขโรคทางนรีเวช. กรุงเทพมหานคร : บริษัทมณฑลสาร จำกัด.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย , ศิริพร ชัมภลิจิต และทัศนีย์ นะแสง. (2539). วิจัยทางการแพทย์ : หลักการและกระบวนการ, พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : เหมการพิมพ์.

ไพรัช เทพมงคล. (2534). โรคมะเร็งสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและนักศึกษาแพทย์. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไพโรจน์ ติรณธนากุล. (2521). พัฒนาการสอนและการแสดง. กรุงเทพมหานคร : อักษรบัณฑิต.

มณฑิรา เขียวยิ่ง , จินตนา ถีระไกรวรรณ , สุชาดา สุวรรณคำ และ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. (2537). รายงานการวิจัย เรื่องบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ : กลวิธีในการป้องกันโรคเอดส์. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

ถิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม ความพึงพอใจในชีวิต และภาวะสุขภาพ กับสมรรถนะแห่งตนหลังเกษียณอายุ. วารสารพยาบาล, 45(4), 50-60.

วนิดา อินทราชา. (2538). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วัลภา ผิวทน. (2527). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก ตนเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมกับการให้ความร่วมมือของมารดา ในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2540). ภาวะสุขภาพสตรีวัยกลางคน : ข้อเสนอเพื่อการเตรียมเข้าสู่วัยทอง. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 5(4), 337-347.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2536). สถิติผู้ป่วยมะเร็งปี 2536. กรุงเทพมหานคร : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

สมจิต ศรีพรรณ. (2524). การสื่อสารมวลชน. กรุงเทพมหานคร : บางกอกการพิมพ์

สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร : วิถีสุลิน.

สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. (2532). ผลการให้คำแนะนำต่อความรู้เรื่องโรคและความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มสมรสที่เป็นพาหะนำโรคซัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. (อค์สำเนา)

สาตี เกลิมวรรณพงศ์. (2530). การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิม ที่ใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

สุจิต เฝ้าสวัสดิ์, สุภวัฒน์ ชูติวงศ์, คำรง เจริญประยูร และสุทัศน์ กลกิจโกวินทร์. (2533). นรีเวชวิทยา. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนีย์ สุนทรมีเสถียร. (2531). ผลของการให้คำแนะนำต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนของหญิงมีครรภ์ที่เป็นซีฟิลิสและสามี วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สุรีย์ จันทร โมลี, (2527). วิชาการทางสุขศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ดวงกมล จำกัด.

สุรีย์ จันทร โมลี, สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และวันเพ็ญ วิสุวรรณ. (2528). เปรียบเทียบการให้สุขศึกษาแบบการจัดโปรแกรมสุขศึกษา และให้สุขศึกษาปกติแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี. วารสารสุขศึกษา, 8(31), 41-57.

หัชชา ศรีปลั่ง. (2538). โรคมะเร็งในภาคใต้. ในเอกสารการประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

หัทธา เจริญรัตน์. (2531). ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการบำบัด. รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร.

อาคม เชียรศิลป์. (2528). มะเร็งเต้านม. วารสารรามาริบัติ, 15 (11), 27-31.

อาภรณ์ ใจเที่ยง. (2540). หลักการสอน. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเคียนสโตร์.

อรวรรณ ประสาทสุวรรณ, ผาสุวรรณ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, ไพศาล หวังพานิช และ มยุรี สัมพันธ์วิวัฒน์. (2532). ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ วารสารพยาบาล, 38 (1), 7-18.

Baron, R.H. & Walsh, A. (1995). Facts every one should know about breast cancer.

American Journal of Nursing, 42(7), 29-33.

Becker, M.H. & Maiman, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. **Medical Care**, **13**, 10-24.

Becker, M.H. & Maiman, L.A. (1980). Strategies for enhancing patient compliance. **Journal of Community Health**, **6**, 113-131.

Becker, M.H. (1974). The health belief model and sick role behavior, in Marshall H. Becker (Editor), **The health belief model and personal health behavior**. (pp. 82-92). New Jersey : Charles B Slack Inc.

Belcher, A.E. (1992). **Cancer nursing**. St. Louis : Mosby Year Book.

Black, J.M. & Matassarin Jacobs, E. (1993). **Luckman and Sorensen's medical-surgical nursing : a psychophysiologic approach**. (4<sup>th</sup> ed.) Philadelphia : W.B. Saunders.

Bloom , B.S. (1975). **Taxonomy of education objective , Hand Book I : cognitive domain**. New York : David Mckey Company,Inc.

Brailey, L.J. (1986). Effect of health teaching in the workplace on women's knowledge, belief and practice regarding breast self-examination. **Research in Nursing & Health**, **9**(3), 223-231.

Cerkoney, K. & Hart, L.K. (1980). The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. **Diabetes Care**, **3**, 594-598.

Champion, V. & Scott, C. (1993). Effect of a procedural/belief intervention on breast self-examination performance. **Research in Nursing & Health**, **16**(3), 163-169.

Champion, V.L. (1984). Instrument development for health belief model constructs **Advance in Nursing Science**, **6**, 73-85.

Champion. V. L. (1995). Results of a nurse - delivered intervention on proficiency and nodule detection with breast self - examinagion. **Journal of ONF**, **22** (5), 819 - 824.

Clarke , D. E. & Sandler , L S. (1988). Factors involved in nurses'teaching breast self - examination. **Journal of Cancer Nursing** <sup>TM</sup>, **12**(1) , 41 - 46.

Cretain, G.K. (1989). Motivational factors in breast self-examination : implications for nurses. **Cancer Nursing**, <sup>TM</sup> **12**(4) , 250-256.

Denton, S. (1996). **Breast cancer nursing**. London : Chapman & Hall.

- Eissen, M., Zellman, G.Z. & Mc Alister, A.L. (1985). A health belief model approach to adolescents fertility control : some pilot program findings. **Health Education Quarterly**, 12 , 185-210.
- Fletcher , S. W. & et al. (1990). How best to teach women breast self - examination : a randomized controlled trial. **Annals of Internal Medicine**, 112, 772 - 779 .
- Foster, R.S. & et al. (1992). Clinical breast examination and breast self-examination. **Cancer supplement**, 69 (7) , 1992-1998.
- Foxall, M.J., Barron, C.R., & Houfek, J. (1998). Ethnic differences in breast self-examination practice and health belief. **Journal of Advanced Nursing**, 27(2), 419-428.
- Gonzalez-Fernandez, J.T. (1990). Factors relating to frequency of breast self-examination among low-income Mexican American women : implications for nursing practice. **Cancer Nursing**, <sup>TM</sup> 13(4), 134-142.
- Good-Reis, D.V. & Pieper, B.A. (1990). Structured VS unstructured teaching. **AORN Journal**, 51(5), 1334-1339.
- Hallal, J.C. (1981). The relationship of health belief, health locus of control, and self concept to the practice of breast self-examination in adult women. **Nursing Research**, 31(2), 137-142.
- Howe , H.L.(1981). Social factors associated with breast examination among high risk women. **American Journal of Public Health**, 71, 251-255.
- Huguley, C.M. & Brown, R.L. (1981). The value of the breast self-examination. **Cancer**, 47, 989-995.
- Janz, N.K. & Becker, M.H. (1984). The health belief model : a decade later. **Health Education Quarterly**, 11, 1-47.
- Johnson, D. (1997). Factors distinguishing regular readers of breast cancer information in magazines. **Journal of Women & Health**, 26(1), 7-27.
- Kasl , S.V. & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. **Archives of Environment Health**, 12, 246-266.
- King. J. (1984). Psychology in nursing through the health belief model. **Nursing Times**, 24-30 (October), 53-55.

- Kyngas, H. & Lahdenpera, T. (1999). Compliance of patients with hypertension and associated factors. **Journal of Advanced Nursing**, 29, (4), 832-839.
- Lauver , D. (1987). Theoretical perspectives relevant to breast self-examination. **Journal of Advances in Nursing Science**, 9(4), 16-24.
- Lewis , R. T. & Peterson , H. M. (1974). **Human behavior : an introduction to psychology**. New york : The Ronald Press Company.
- Lierman, L.M. , Kasprzyk, D., & Benoliel, J.Q, (1991). Understanding adherence to breast self-examination in older women. **Western Journal of Nursing Research**, 13, 46-66.
- Lu, Z.J. (1995). Variables associated with breast self-examination among Chinese women. **Cancer Nursing**<sup>TM</sup>, 18 (1), 29-34.
- Maiman, L.A. & Becker, M.H. (1974). The health belief model : origins and correlates in psychological theory, in Marshall H. Becker (Editor), **The health belief model and personal health behavior**. (pp. 9-26). New Jersey : Charles B Slack, Inc.
- Marty, P.J , Mcdermott, R.J. & Gold, R.S. (1983). An assessment of three alternative formats for promoting breast self-examination. **Cancer Nursing**, 6(3), 207-211.
- Nathason, C.A. & Becker, M.H. (1985). The influence of client-provider relationships on teenage women's subsequent use of contraceptive. **American Journal of Public Health**, 75, 33-37.
- Nelson, E.C. & et al. (1978). Impact of patient perceptions on compliance with treatment for hypertension. **Medical Care**, 16, 893-906.
- Olson, K.L.& Morse, J.M. (1996). Explaining breast self-examination practice. **Journal of Health Care for Women International**, 17, 575-591.
- Peñder , N.J. (1987). **Health promotion in nursing practice**. Norwalk : Appleton - Centary - Crofts.
- Persson, K. , Svensson , P.G. & Ek , A.C. (1997). Breast self - examination : an analysis of self - reported practice. **Journal of Advanced Nursing** , 25 ,886-892.
- Philippis , W. J. , Long , B. C. & Woods , N.F. (1983) **Medical and surgical nursing**. (2<sup>nd</sup> ed.) Saint Louis : C. V. Mosby.
- Rosenstock, I.M. (1966). Why people use health service. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, 44, 94-127.

- Rosenstock, I.M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. **Health Education Monographs**, 2, 354-385.
- Rosenstock, I.M. (1990) **Health behavior and health education**. San Francisco : Jossey-Bass Inc., Publishers.
- Salazar, M. K. (1994). Breast self-examination beliefs : a descriptive study. **Public Health Nursing**, 11(1), 49-56.
- Trotta, P. (1980). Factors influenizing compliance. **Oncological Nursing Forum**, 7, 13-17.
- Weisenberg, M. , Kegeles, S. & Lund, A. (1980). Children's health beliefs and acceptance of a dental preventive activity. **Journal of Health Social Behavior**, 21, 59-74.
- Wood, R. Y. (1996). Breast self-examination proficiency in older women : measuring the efficacy of video self-instruction kits. **Cancer Nursing**<sup>TM</sup>, 19(6), 429-436.
- Worden , J. K. , & et al. (1990). A community - wide program in breast self - examination training and maintenance. **Journal of Preventive Medicine**, 19, 254 - 269.
- Zapka, J.G. & Mamon, J.A. (1982). Integration of theory, practitioner standards, literature findings, and baseline data : a case study in planning breast self-examination education. **Journal of Health Education Quarterly**, 9(4), 330-361.
- Zimbardo, P. , Ebberson , E. B. & Maslach , C. (1977). **Influencing and changing behaviors**. California : Addison - wesley Publishing.

ภาคผนวก



- แผนการสอนเรื่อง : มะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
- กลุ่มเป้าหมาย : สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มาใช้บริการที่คลินิกสตรีวัยทอง โรงพยาบาลหาดใหญ่
- เวลา : 40 นาที

วัตถุประสงค์

ภายหลังการสอนกลุ่มเป้าหมาย

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โอกาสเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม
2. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม
3. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษามะเร็งเต้านม
4. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
5. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอุปสรรคในการตรวจเต้านม
6. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีคัดกรองและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

| วัตถุประสงค์          | เนื้อหา   | กิจกรรมผู้สอน  | กิจกรรมผู้ฟัง | สื่อการสอน                       | การประเมินผล                 |
|-----------------------|---|--|---------------|----------------------------------|------------------------------|
| เพื่อนำเข้าสู่เนื้อหา | ถ้าจะกล่าวว่ามะเร็งที่ผู้หญิงทั่วโลกกลัวที่สุดคือ “มะเร็งเต้านม” ก็เห็นจะไม่ผิดไปจากความเป็นจริงมากนัก เพราะหัดที่ว่าเมื่อเปรียบเทียบกับซีกโลกตะวันตกแล้ว ผู้หญิงไทยเป็นมะเร็งเต้านมน้อยกว่าคนผิวขาวมาก แต่ความต่างดังกล่าวอาจคงอยู่ไม่นานนักเมื่อหญิงไทยยุคใหม่ใช้ชีวิตแบบชาวตะวันตก ซึ่งวิถีชีวิตดังกล่าวมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งมากขึ้น เช่น อาหารไขมันสูง การใช้ฮอร์โมนเสริมหรือการเกิดความเครียด เป็นต้น | <ul style="list-style-type: none"> <li>— ชำนาญ ผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ฟัง โดยการแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการมาพบกันให้ทราบ</li> <li>— พุดคุยซักถามถึงความรู้สึกรู้สึกทั่วไปเกี่ยวกับการมารับบริการที่คลินิกสตรีวิทยทอง รวมทั้งการตรวจเพื่อค้นหาการเป็นมะเร็งตั้งแต่เริ่มแรกแล้วนำเข้าสู่เนื้อหาต่อไป</li> </ul> |               | — ภาพพริกแสดงค่าว่า มะเร็งเต้านม | — สังเกตความสนใจและการพุดคุย |

| วัตถุประสงค์   | เนื้อหา  | กิจกรรมผู้สอน   | กิจกรรมผู้ฟัง | สื่อการสอน                      | การประเมินผล |
|--|--|---|---------------|---------------------------------|--------------|
| <p>ผู้ฟังบอกถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมได้ถูกต้อง</p> | <p>โอกาสเสี่ยง</p> <p>การรวบรวมสถิติว่าคนไทยเป็นมะเร็งเต้านมปีละกี่คนยังไปไม่ถึงไหนเลยเพราะคนไทยยังไม่ค่อยมีสำนึกเกี่ยวกับตัวเลขเพื่อการวิเคราะห์ เวลาจะกล่าวถึงความชุกชุมของมะเร็งบ่อยครั้งจึงต้องอาศัยสถิติของสหรัฐอเมริกาเป็นเกณฑ์</p> <p>เดี๋ยวนี้หญิงชาวอเมริกันเสี่ยงกับการเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น จากเดิมซึ่งมีโอกาสเป็นมะเร็งชนิดนี้ทุก ๆ 1 ใน 13 คนเหลือเป็นทุก ๆ 1 ใน 9 คน</p> <p>การบอกว่าผู้หญิงทุก 1 ใน 9 คน มีสิทธิ์เป็นมะเร็งเต้านมอาจจะตกใจว่าทำไมมากอย่างนั้น จริง ๆ แล้วเขาหมายความว่า ถ้าผู้หญิงทุกคนที่มีอายุ 18 ปี หากมีโอกาสมีชีวิตถึง 85 ปีแล้ว 1 ใน 9 จะต้องเป็นมะเร็งเต้านมอย่างแน่นอนในช่วงหนึ่งช่วงใดของชีวิต</p> | <p>— บรรยายเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมจากสถิติที่ปรากฏ</p> |               | <p>— ภาพพลิกแสดงโอกาสเสี่ยง</p> |              |

| วัตถุประสงค์  | เนื้อหา   | กิจกรรมผู้สอน  | กิจกรรมผู้ฟัง                       | สื่อการสอน  | การประเมินผล  |
|---|---|--|-------------------------------------|---|---|
| <p>— ผู้ฟังบอกถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมได้ถูกต้อง</p> | <p>โดยทั่วไปคงกล่าวได้ว่าเมื่อคนเราแก่ตัวลง ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมจะเพิ่มขึ้น อย่างตอนอายุ 50 ปี มีโอกาสเพียง 1 ใน 50 พอถึงอายุ 60 ปีความเสี่ยงจะเพิ่มเป็น 1 ใน 24</p> <p>สำหรับประเทศไทยในปัจจุบัน การเป็นมะเร็งเต้านมคิดเป็นร้อยละ 29.8 ของมะเร็งทั้งหมดที่พบในเพศหญิง โดยพบอุบัติการณ์มากขึ้นเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก</p> <p>ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม</p> <p>ปัจจุบันมีหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุของมะเร็งเต้านมแต่ก็ยังไม่มีการรู้แน่ชัดว่ามะเร็งเต้านมจริง ๆ แล้วเกิดจากอะไร สมาคมโรคมะเร็งอเมริกันบอกไว้กับผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 75 ของมะเร็งเต้านมเกิดกับผู้หญิงที่ไม่ปรากฏปัจจัยเสี่ยงใด ๆ อยู่เลย</p> | <p>— สุ่มผู้ฟัง 2 คน แล้วถามว่า “ผู้หญิงไทยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากน้อยเท่าใด</p> <p>— อธิบายพร้อมแสดงภาพพริกเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม</p> | <p>— ตอบคำถาม</p> <p>— ตอบคำถาม</p> | <p>— ภาพพริกแสดงปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม</p> <p>— ภาพพริกแสดงระดับของปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม</p> | <p>— ตอบคำถามได้ถูกต้อง</p> <p>— บอกถึงปัจจัยเสี่ยงได้ถูกต้องอย่างน้อย 3 ปัจจัย</p> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา  | กิจกรรมผู้สอน  | กิจกรรมผู้ฟัง  | สื่อการสอน | การประเมินผล   |
|--------------|--|--|--|------------|--|
|              | <p>สามารถสรุปปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อายุ : ความเสี่ยงเพิ่มตามอายุ</li> <li>2. ประวัติครอบครัว : กล่าวได้ว่า ร้อยละ 17-19 ของมะเร็งเต้านมเกิดขึ้นในผู้หญิงที่มีสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ที่เป็นมะเร็งด้วย ยกตัวอย่างเช่น หากท่านมีคุณแม่หรือพี่สาว น้องสาวเป็นมะเร็งเต้านมแล้ว ท่านจะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมสูงถึง 1 ใน 2 ใดๆก็ตาม ปัจจัยนี้ขึ้นกับอายุด้วย เช่น ถ้าหากท่านอายุน้อยกว่า 40 ปี และมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมก็หมายความว่า ความเสี่ยงของท่านเพิ่มขึ้น 5 เท่า แต่ถ้าท่านปลอดภัยจนถึงอายุ 60 ปี ความเสี่ยงก็จะเป็นไปตามปกติเช่นเดียวกับคนที่เขาไม่มีประวัติครอบครัว</li> </ol> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อธิบายพร้อมแสดงภาพพลิกที่แสดงถึงระดับของปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม</li> <li>- สุ่มผู้ฟัง 3 คน แล้วถามว่า “ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ได้แก่ อะไรบ้าง”</li> <li>- สุ่มผู้ฟัง 2-3 คน แล้วถามถึงการรับรู้ของแต่ละบุคคลว่าตนเองมีระดับความเสี่ยงมากน้อยเพียงใด</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- การแสดงความคิดเห็น</li> </ul> |            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สังเกตการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของแต่ละบุคคล</li> </ul> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา  | กิจกรรมผู้สอน | กิจกรรมผู้ฟัง | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--------------|--|---------------|---------------|------------|--------------|
|              | <p>3. การกระทบกระแทกบริเวณด้านมบ่อ ย ๆ : ทำให้ไขมันและเซลล์ที่ได้รับการกระทบกระเทือนเกิดการบอบช้ำ การเน่าตายของไขมัน ซึ่งอาจทำให้เกิดมะเร็งได้</p> <p>4. การระคายเคืองเรื้อรัง : จากการฉีดหรือใส่สารแปลกปลอมเข้าไปในเต้านมเพื่อการเสริมสวย อาจทำให้เกิดมะเร็งได้</p> <p>5. เชื้อไวรัส : ในปัจจุบันทางวงการแพทย์เชื่อว่า เชื้อไวรัสเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม เพราะสามารถตรวจพบอนุภาคไวรัสได้ในเต้านมของคนที่เป็นมะเร็ง</p> <p>6. การรับประทานยาที่เข้าฮอร์ โมน โดยแพทย์มิได้สั่ง</p> <p>7. สิ่งแวดล้อมและมลพิษต่าง ๆ เช่น คิวีน บุหรี่ สารเผาไหม้</p> |               |               |            |              |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา   | กิจกรรมผู้สอน | กิจกรรมผู้ฟัง | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--------------|---|---------------|---------------|------------|--------------|
|              | <p>ระดับของปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม</p> <p>: ความเสี่ยงสูงมาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— อายุ เช่น มากกว่า 50 ปีขึ้นไป</li> <li>— ประวัติครอบครัว เช่น แม่และพี่สาว น้องสาวเป็นมะเร็งเต้านม</li> </ul> <p>ความเสี่ยงเพิ่มปานกลาง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— เศรษฐฐานะ เช่น ฐานะดี</li> <li>— อายุขณะตั้งครรภ์แรก เช่น 30 ปีขึ้นไป</li> </ul> <p>ไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— ประวัติการเจ็บป่วยส่วนตัว เช่น เคย มีประวัติมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งมาแล้ว หรือเคย มีเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง</li> </ul> |               |               |            |              |

| วัตถุประสงค์  | เนื้อหา  | กิจกรรมผู้สอน   | กิจกรรมผู้ฟัง | สื่อการสอน   | การประเมินผล |
|---|--|---|---------------|--|--------------|
| <p>ผู้ฟังบอกถึงความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมได้ถูกต้อง</p> | <p><b>ความเสี่ยงเพิ่มน้อย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานภาพสมรส เช่น ไม่เคยสมรส</li> <li>- ระยะเวลาที่ร่างกายสัมผัสฮอร์โมนเพศเอสโตรเจน เช่น ประจำเดือนหมดหลังอายุ 55 ปี</li> <li>- จำนวนการตั้งครรภ์ เช่น ไม่เคยตั้งครรภ์</li> <li>- น้ำหนัก เช่น อ้วนขึ้นหลังประจำเดือนหมด</li> <li>- ประวัติการเจ็บป่วยส่วนตัว เช่น เคยเป็นมะเร็งโพรงมดลูกหรือรังไข่</li> </ul> <p><b>ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม</b></p> <p>มะเร็งเต้านมในผู้หญิงแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน อาจพบว่าในบางคนก้อนมะเร็งอาจซ่อนตัวอยู่ในเต้านมข้างใดข้างหนึ่งอยู่ตั้งหลายปี โดยไม่แพร่กระจายไปไหนในขณะที่บางคนเซลล์มะเร็งกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หรือที่อื่น ๆ ก่อนที่จะคลำได้ก้อนที่</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อธิบายพร้อมแสดงภาพพลิกเกี่ยวกับรูปกายวิภาคของเต้านมและการเป็นมะเร็งระยะต่าง ๆ</li> </ul> |               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาพพลิกแสดงกายวิภาคของเต้านมและการเป็นมะเร็งเต้านมระยะต่าง ๆ</li> </ul> |              |



| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา  | กิจกรรมผู้สอน   | กิจกรรมผู้ฟัง     | สื่อการสอน | การประเมินผล                           |
|--------------|--|---|-------------------|------------|--|
|              | <p>เดินมด้วยซ้ำไป</p> <p>เพื่อประโยชน์ในการพยากรณ์ผลการรักษา จะแบ่งมะเร็งเต้านมตามตำแหน่งและการแพร่กระจายออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ</p> <p>1. มะเร็งระยะเริ่มเป็น ชนิดของมะเร็งเต้านมที่พบเป็นระยะเริ่มเป็นมากที่สุด คือ มะเร็งที่เกิดจากเซลล์บุท่อน้ำนมซึ่งเชื่อมต่อระหว่างต่อมน้ำนมกับหัวนม ที่พบบ่อยรองลงมาคือ บริเวณเนื้อเยื่อผลิตน้ำนมซึ่งประกอบขึ้นเป็นกลีบเล็กกลีบน้อย</p> <p>ถ้าหากแพทย์สามารถวินิจฉัยมะเร็งเต้านมขณะที่เริ่มเป็นที่เซลล์บุท่อน้ำนมดังกล่าวได้ โอกาสหายขาดหลังการรักษาจะสูงถึง 95% เหตุที่ไม่สามารถรับรอง 100% ได้ เพราะถึงแม้จะผ่าตัดบริเวณที่เป็นมะเร็งเต้านมแล้วก็จริง แต่บังเอิญมีเซลล์มะเร็งบางเซลล์ซึ่งมองไม่เห็นได้หลุดกระจายไปตามท่อน้ำเหลืองหรือหลอดเลือดดำเพื่อไปเติบโตที่อื่น</p> | <p>— ถามผู้ฟัง 2-3 คนว่า</p> <p>“จากภาพพลิกที่แสดง มะเร็งในระยะใดที่จะได้ผลดีในการรักษามากที่สุด”</p> | <p>— ตอบคำถาม</p> |            | <p>— ผู้ฟังตอบคำถามได้ถูกต้องทุกคน</p> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา   | กิจกรรมผู้สอน | กิจกรรมผู้ฟัง | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--------------|---|---------------|---------------|------------|--------------|
|              | <p>เรียบร้อยแล้ว ข้อจำกัดทางการแพทย์ขณะนี้ก็คือยังไม่สามารถพยากรณ์ได้อย่างแม่นยำว่า มะเร็งของผู้หญิงคนไหนจะแพร่กระจาย? ของคนไหนจะอยู่กับที่? แคมโกลาสเป็นมะเร็งซ้ำก็ยังมีอีกต่างหาก</p> <p>2. มะเร็งประเภทรูกล้ำ พวกนี้เวลาตรวจพบจะเห็นการลุกลามออกนอกกลีบต่อมน้ำนมหรือท่อน้ำนมไปสู่เนื้อเต้านมรอบ ๆ หรือตามต่อมน้ำเหลืองแล้ว ดังนั้นการคลำได้ก้อนแข็งภายในเต้านมมักหมายถึงอาการแสดงเบื้องต้นของมะเร็งชนิดรูกล้ำและบอกได้เลยว่ามะเร็งนั้น ๆ ได้ปรากฏขึ้นในเต้านมมาหลายปีแล้วว่าจะคลำได้</p> <p>3. มะเร็งประเภทแพร่กระจาย หมายถึง มะเร็งที่กระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น ต่อมน้ำเหลือง, กระดูก, ปอด ตับและสมอง</p> |               |               |            |              |

| วัตถุประสงค์                                      | เนื้อหา  | กิจกรรมผู้สอน   | กิจกรรมผู้ฟัง  | สื่อการสอน  | การประเมินผล   |
|---|--|---|--|---|--|
| <p>ผู้ฟังบอกถึงการรักษามะเร็งเต้านมได้ถูกต้อง</p> | <p><b>การรักษา</b></p> <p>แต่เดิมเวลาวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้ ศัลยแพทย์จะแนะนำให้ตัดเต้านมออกทั้งหมด ทำให้ผู้หญิงกลัวกันมากและเก็บเนื้อมะเร็งไว้จนลุกลามรักษาไม่หายเนื่องจากกลัวเสียของสงวนมากกว่ากลัวตาย แพทย์จึงพยายามหาทางตัดเนื้อเต้านมให้น้อยลง โดยยังได้ผลการรักษาดีเท่าเดิม เช่น การตัดก้อนเนื้องอกและเนื้อเต้านมที่อยู่ใกล้เคียง โดยเต้านมส่วนใหญ่ยังคงอยู่ หรือการตัดเต้านมออกบางส่วน ทั้งสองวิธีนี้เมื่อทำแล้วต้องตามด้วยการฉายรังสีเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่ยังอาจหลงเหลืออยู่</p> <p>แนวโน้มในอนาคต การรักษา มะเร็งเต้านมยังคงพัฒนาต่อไปตามลำดับ วิธีใหม่ ๆ ที่กำลังทดลองวิจัยอยู่ อาทิ เช่น การปลูกถ่ายไขกระดูกหรือการใช้ยาต่าง ๆ เป็นต้น</p> <p>ผู้หญิงคงต้องทำใจไว้ก่อนในเบื้องต้นว่า เกิดมาเป็นเพศที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม โดยไม่ทราบว่าเป็นใครคือผู้ที่โชคดี</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อธิบายพร้อมแสดงภาพพลิกเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโดยการผ่าตัด</li> <li>- ให้ผู้ฟัง 2 คนสรุปจากคำถามที่ว่า “แนวทางการรักษาเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมได้แก่อะไรบ้าง”</li> <li>- เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตอบคำถาม</li> <li>- ซักถามข้อสงสัย</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาพพลิกแสดงตำแหน่งและขนาดของการผ่าตัดเต้านม</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีส่วนร่วมในการสรุปคำตอบเกี่ยวกับการรักษาได้อย่างน้อย 2 วิธี</li> <li>- สังเกตความสนใจและการซักถาม</li> </ul> |

| วัตถุประสงค์  | เนื้อหา  | กิจกรรมผู้สอน   | กิจกรรมผู้ฟัง     | สื่อการสอน   | การประเมินผล                      |
|---|--|---|-------------------|--|-----------------------------------|
| <p>ผู้ฟังบอกถึงความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจเต้านมได้ถูกต้อง</p> | <p>และใครจะโชคร้าย อย่างไรก็ตาม, ถึงจะโชคร้ายเป็นมะเร็งเต้านมก็ขอให้จงเป็นกลุ่มโชคดีในความโชคร้าย กล่าวคือ ให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มเป็นเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด</p> <p>ความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจเต้านม</p> <p>ถ้าหากเราสามารถวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ตอนที่มะเร็งยังอยู่ภายในเต้านมหรืออย่างมากก็แค่แพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงแล้ว บอกได้เลยว่ามะเร็งรายดังกล่าวยังรักษาได้ ซึ่งก็เป็นโชคดีที่ว่าร้อยละ 90 เป็นเช่นนี้</p> <p>วิธีที่จะทำให้ดีกว่านี้ก็คือ การตรวจหามะเร็ง (screening) ในผู้หญิงสุขภาพปกติทั้งหลาย สามารถกระทำโดย</p> <p>1. การให้หมอตรวจคลำเต้านม อย่างน้อยปีละครั้งเมื่ออายุเลย 40 ปีไปแล้ว</p> | <p>— อธิบายพร้อมแสดงภาพพลิกเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจเต้านม รวมทั้งวิธีตรวจคัดเพื่อค้นหาการเป็นมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรก</p> <p>— ถามผู้ฟัง 2-3 คน ว่า “การตรวจเต้านมมีความสำคัญและมีประโยชน์หรือไม่</p> | <p>— ตอบคำถาม</p> | <p>— ภาพพลิกแสดงความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจเต้านม</p> <p>— ภาพพลิกแสดงวิธีตรวจคัด</p> | <p>— ผู้ฟังตอบคำถามได้ถูกต้อง</p> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา  | กิจกรรมผู้สอน | กิจกรรมผู้ฟัง | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--------------|--|---------------|---------------|------------|--------------|
|              | <p>2. การถ่ายภาพเอกซเรย์เต้านม (mamimogram) วิธีนี้จะถ่ายภาพมะเร็งพบก่อนที่ตัวบุคคลนั้นหรือแพทย์จะคลำได้ถึง 2 ปี จึงนับเป็นวิธีตรวจคัดที่มีคุณค่าที่สุดสำหรับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม</p> <p>นับตั้งแต่มีการใช้วิธีแมมโมแกรมนี้ ปรากฏว่าร้อยละ 25 ของมะเร็งเต้านมยุคใหม่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่า 1/3 นิ้ว (ซึ่งเล็กจนแทบคลำไม่ได้) และยังไม่ได้แพร่กระจายไปนอกเต้านม</p> <p>ข้อแนะนำขณะนี้คือ ผู้หญิงอายุ 50 ปีขึ้นไป ควรได้รับการถ่ายภาพรังสีของเต้านมปีละครั้ง</p> <p>อย่างไรก็ตาม, แมมโมแกรมก็มีข้อจำกัดเหมือนกัน คือ ราว ๆ 5-10% ถ่ายไม่พบมะเร็ง แม้จะคลำก้อนได้ ด้วยเหตุนี้แพทย์จึงอาจต้องตรวจพิเศษเพิ่มเติมอีก เช่น :</p> | อย่างไร”      |               |            |              |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา   | กิจกรรมผู้สอน | กิจกรรมผู้ฟัง | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--------------|---|---------------|---------------|------------|--------------|
|              | <p>1. ใช้อัลตราซาวนด์ ตรวจสอบว่าเป็นถุงน้ำ (ซิสต์หรือ cyst) หรือเป็นก้อนแข็ง</p> <p>2. ใช้เข็มเล็ก ๆ เจาะน้ำหรือเซลล์มาส่องตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ข้อดีของวิธีนี้คือ ถ้าเป็นถุงน้ำบางที่หายได้จากการเจาะน้ำออกครั้งเดียว</p> <p>ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ พยาธิแพทย์อาจจะบอกไม่ได้ว่าเป็นมะเร็งระยะเริ่มเป็นหรือมะเร็งรูกกล้า</p> <p>3. คล้ำเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง ถ้าประจำเดือนยังมาเป็นปกติให้คล้ำเต้านม 7-10 วัน หลังประจำเดือนมา แต่ถ้าเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนแล้วก็เลือกตรวจให้ตรงกันทุกเดือน ถ้าคล้ำก้อนที่ปรากฏตัวขึ้นมาใหม่หรือก้อนอะไรก็ตามที่ไม่ยอมหายไปเสียที ให้ไปพบแพทย์เพื่อตรวจยืนยัน</p> |               |               |            |              |

| วัตถุประสงค์  | เนื้อหา  | กิจกรรมผู้สอน   | กิจกรรมผู้ฟัง     | สื่อการสอน                            | การประเมินผล  |
|---|--|---|-------------------|---------------------------------------|---|
| <p>ผู้ฟังบอกถึงขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้ถูกต้อง</p> | <p>สำหรับขั้นตอนการตรวจเต้านม มีดังนี้</p> <p>1. ถอดเสื้อผ้าส่วนทรวงอกออกจนถึงระดับเอว แล้วนั่งหรือยืนหน้ากระจกเงา ปล่อยแขนทั้งสองข้างห้อยลงข้างล่าง มองดูเต้านมทั้งสองข้างในกระจกเงาอย่างละเอียด โดยสังเกตดูว่า มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรอย่างหนึ่งเกี่ยวกับขนาดรูปร่างของเต้านม หรือหัวนมหรือไม่ ระดับของหัวนมทั้งซ้ายขวา ต่างกันมากขึ้นหรือไม่ (โดยปกติข้างซ้ายจะต่ำกว่าข้างขวาเล็กน้อย) ตรวจดูผิวเต้านมว่ามีรอยย่น รอยปุ่มหรือผิวขรุขระหรือไม่ ผิวเต้านมทั่ว ๆ ไปแตกต่างกันหรือไม่ เช่น ในบางคนที่เป็นมะเร็งเต้านม อาจจะมีผิวเต้านม บางที่เหมือนผิวส้ม</p> <p>ยกมือทำสะเอว เขามืออกคสะโพกแรง ๆ เพื่อให้เกิดการเกร็งและหดตัวของกล้ามเนื้ออก สังเกตดูลักษณะที่ผิดปกติ</p> <p>2. ชูแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะให้เท่ากัน เพื่อตรวจดูขนาดของเต้านมทั้ง 2 ข้าง</p> | <p>— อธิบายถึงขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองตามรายละเอียดในคู่มือฯ</p> <p>— สุ่มผู้ฟัง 2-3 คน ให้ช่วยกันบอกถึงการตรวจเต้านมด้วยตนเองว่าทำอย่างไร</p> | <p>— ตอบคำถาม</p> | <p>— คู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง</p> | <p>— ผู้ฟังตอบคำถามเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างน้อยคนละ 3 ขั้นตอน</p> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา   | กิจกรรมผู้สอน | กิจกรรมผู้ฟัง | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--------------|---|---------------|---------------|------------|--------------|
|              | <p>ว่ามีขนานเท่ากันหรือไม่ มีความรู้สึกว่ามีหรือไม่ปกติเกิดขึ้นในขณะที่ยกแขนขึ้นลงนั้น โดยเต้านมมีการเคลื่อนไหวลักษณะยืดหยุ่นขึ้นลงตามปกติหรือไม่ และตรวจดูที่หัวนมว่ามีเลือดน้ำเหลือง หรือหนองไหลออกมาด้วยหรือไม่</p> <p>3. นอนราบลงบนเตียงและศีรษะหนุนหมอน ใช้ผ้าพับหรือหมอนใบเล็ก ๆ รองไหล่ซ้าย และเอามือช่วยรองหนุนใต้ศีรษะ ใช้มือขวาคลึงเบา ๆ ภูมิภาคต่าง ๆ ของเต้านมข้างซ้าย โดยให้นิ้วมือขวายู่ชิดติดกันและใช้ฝ้านิ้วคลึงให้ทั่ว "ไม่ควรคลำโดยใช้ปลายนิ้ว" ให้เริ่มทำการตรวจเต้านมบริเวณส่วนบนด้านใน (ส่วนที่ 1) ก่อน (ดังรูป) ใช้ฝ้านิ้วค่อย ๆ กดพร้อมกับคลึงเป็นวงเล็ก ๆ ไปเรื่อย ๆ โดยสังเกตดูว่ามีก้อน ผิวหนังด้านหนา พร้อมทั้งคอยสังเกตความรู้สึกของเนื้อเยื่อที่ถูกกดว่ารู้สึกมีอาการเจ็บข้างหรือไม่ มีเลือดเป็นจ้ำบนผิวหรือมีรอยบวมเกิดขึ้น หรือมีสิ่งผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งหรือไม่ ทำเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จนถึง</p> |               |               | -          | -            |



| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา  | กิจกรรมผู้สอน | กิจกรรมผู้ฟัง | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--------------|--|---------------|---------------|------------|--------------|
|              | <p>ห้วนมและตรวจดูบริเวณรอบ ๆ ห้วนมด้วย</p> <p>4. ต่อจากนั้น ให้ทำการตรวจเต้านมส่วนล่างด้านใน (ส่วนที่ 2) โดยใช้วิธีเดียวกับข้อ 3 คลำและคลึงซ้ำ ๆ เรื่อยไปจนถึงห้วนมบริเวณนี้อาจคลำได้สันแข็ง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งปกติตามธรรมชาติ</p> <p>5. กลับเอาแขนซ้ายลงมาพาดไว้ข้าง ๆ ลำตัวแล้วทำการตรวจเต้านมส่วนล่างด้านนอก (ส่วนที่ 3) โดยใช้นิ้วมือขวาคลำและคลึงซ้ำ ๆ ไปจนถึงห้วนม</p> <p>6. ต่อจากนั้นก็ทำการตรวจเต้านมส่วนบนด้านนอก (ส่วนที่ 4 ด้วยวิธีเดียวกัน)</p> <p>7. ใช้ฝ่ามือคลำตรวจดูว่าบริเวณรักแร้ ทั้งซ้ายและขวามีก้อนแข็งหรือบวมที่บริเวณใดหรือไม่ เพื่อเป็นการตรวจต่อมน้ำเหลืองบริเวณใต้รักแร้ว่าโตขึ้นหรืออักเสบหรือไม่</p> <p>8. ใช้นิ้วมือบีบที่ได้ห้วนมเบา ๆ แล้วดูว่ามีอะไรออกมาหรือไม่ ในคนที่ตั้งครรภ์จะ</p> |               |               |            |              |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา  | กิจกรรมผู้สอน | กิจกรรมผู้ฟัง | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--------------|--|---------------|---------------|------------|--------------|
|              | <p>พบว่าน้ำสีเหลืองหรือสีขาวเหมือนหัวนํ้านมไหลออกมาได้ถือว่าปกติ แต่ถ้าไม่ได้ตั้งครรภ์หรือไม่ใช่หลังคลอด ถ้ามีนํ้านมไหลออกแสดงว่าผิดปกติ อาจมีโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อหรือเกิดจากการรับประทานยาบางชนิดได้ และถ้าบีบได้หัวนมเบา ๆ แล้วพบว่ามีหนองหรือเลือดออกก็แสดงว่าผิดปกติเช่นกัน ควรรีบไปหาแพทย์โดยด่วน เพราะอาจจะเกิดจากการอักเสบหรือเป็นเนื้องอกได้</p> <p>เมื่อตรวจเต้านมตามลำดับครบ 8 ขั้นตอนก็แสดงว่า ได้ทำการตรวจเต้านมเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่ไม่นพบความผิดปกติอะไร ก็ควรจะตรวจซ้ำประมาณ 1 เดือนถัดไป แต่หากพบความผิดปกติ ควรปรึกษาแพทย์เสียแต่เนิ่น ๆ จะได้ไม่สายเกินแก้ เมื่อมีสิ่งต่อไปนี้คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พบก้อน ผิวหนังด้านหนาเปลี่ยนไปหรือเนื้อที่เป็นไตแข็งผิดปกติ</li> <li>2. มีน้ำเหลือง และเลือดไหลจากหัวนม</li> </ol> |               |               |            |              |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา  | กิจกรรมผู้สอน  | กิจกรรมผู้ฟัง                                   | สื่อการสอน  | การประเมินผล  |
|--------------|--|--|---|---|---|
|              | <p>3. ผิวหนังบริเวณเด้านมมีรอยบุ๋ม</p> <p>4. หัวนมถูกดึงรั้งจนผิดปกติ</p> <p>5. เต้านมทั้งสองข้างไม่อยู่ในระดับเดียวกัน</p> <p>6. ขนาดและรูปร่างต่างกันอย่างผิดปกติ</p> <p>สรุป</p> <p>สิ่งที่ท่านจะช่วยตัวเองได้คือ คลำเต้านมของตนเองอย่างน้อยเดือนละครั้ง ซึ่งการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยวิธีการที่ถูกต่อนั้นอาศัยการดูและการคลำเป็นสำคัญ โดยการเปรียบเทียบกันระหว่างเต้านมทั้งสองข้าง การตรวจเต้านมด้วยตนเองเจ้าตัวจะเป็นผู้ที่ตรวจได้ดีที่สุด ถัดวันที่สุด โดยอาจใช้เวลาขณะอาบน้ำ ขณะทาแป้ง ฉะนั้นถ้าเพียงเสียสละเวลาเพียงเล็กน้อย เพื่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละครั้ง ก็อาจพบความผิดปกติที่ผู้อื่นไม่ทราบได้ตั้งแต่เริ่มแรก</p> | <p>— บรรยายสรุปเกี่ยวกับข้อดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง</p> <p>— เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย</p> <p>— ให้ชมวิดิทัศน์เรื่องการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเป็นเวลา 15 นาที</p> | <p>— การซักถามข้อสงสัย</p> <p>— ชมวิดิทัศน์</p> | <p>— เครื่องฉายวิดิทัศน์</p> <p>— ม้วนวิดิทัศน์</p> | <p>— สังเกตความสนใจ</p> <p>— สังเกตการมีส่วนร่วมในการซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ</p> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา                                   | กิจกรรมผู้สอน | กิจกรรมผู้ฟัง | สื่อการสอน | การประเมินผล |
|--------------|---|---------------|---------------|------------|--------------|
|              | และถ้าเป็นมะเร็งก็สามารถรักษาให้หายขาดได้ |               |               |            |              |

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความให้ตรงกับความเป็นจริง

- |  |        |
|--|--------|
| 1. อายุ  | [ ]    |
| ( ) 40 - 50 ปี   | 4      |
| ( ) 51 - 59 ปี   |        |
| 2. อาชีพ   | [ ]    |
| ( ) ไม่รับราชการ   | 5      |
| ( ) รับราชการ  |        |
| 3. ระดับการศึกษาสูงสุด   | [ ]    |
| ( ) ต่ำกว่าปริญญาตรี   | 6      |
| ( ) ปริญญาตรีหรือสูงกว่า   |        |
| 4. สถานภาพสมรส   | [ ]    |
| ( ) โสด  | 7      |
| ( ) คู่  |        |
| 5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน  | [ ]    |
| ( ) ไม่เกิน 5,000 บาท  | 8      |
| ( ) 5,001 - 10,000 บาท   |        |
| ( ) 10,001 - 15,000 บาท  |        |
| ( ) มากกว่า 15,000 บาท ขึ้นไป  |        |
| 6. ท่านเคยได้ยินหรือได้รู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากแหล่งใดบ้าง<br>(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) |        |
| ( ) วิทยุ โทรทัศน์   | [ ] 9  |
| ( ) วารสาร นิตยสาร หนังสือพิมพ์  | [ ] 10 |
| ( ) แพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาล  | [ ] 11 |
| ( ) บุคคลใกล้ชิด   | [ ] 12 |

## 1.2 แบบสอบถามเรื่องรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

คำชี้แจง :

ในแบบสอบถามจะมีข้อความเกี่ยวกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านมากที่สุด ดังนี้คือ

|                      |         |   |
|----------------------|---------|---|
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อไม่ตรงกับข้อความนั้นอย่างมาก            |
| ไม่เห็นด้วย          | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อไม่ตรงกับข้อความนั้น                    |
| ไม่แน่ใจ             | หมายถึง | ท่านไม่สามารถบอกได้ว่า มีความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อกับข้อความนั้นอย่างไร |
| เห็นด้วย             | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อตรงกับข้อความนั้น                       |
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง    | หมายถึง | ท่านมีความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อตรงกับข้อความนั้นอย่างมาก               |

## 1.2 แบบสอบถามเรื่องรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

| ข้อความ   | ระดับความคิดเห็น         |                 |          |          |                       | สำหรับ<br>ผู้วิจัย |
|---|--------------------------|-----------------|----------|----------|-----------------------|--------------------|
|   | ไม่เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | ไม่เห็น<br>ด้วย | ไม่แน่ใจ | เห็นด้วย | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง |                    |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม  |                          |                 |          |          |                       |                    |
| 1. เมื่อท่านทราบว่าคนรู้จักหรือเพื่อนร่วมงานเป็นมะเร็งเต้านม ท่านคิดว่าตนเองมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้เช่นกัน               |                          |                 |          |          |                       | [ ] 13             |
| 2. ถ้าท่านมีแม่ ยาย พี่ ป้า น้า ที่เป็นญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม ท่านคิดว่าตนเองมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าสตรีคนอื่น ๆ |                          |                 |          |          |                       | [ ] 14             |
| 3. ถ้าท่านมีสุขภาพแข็งแรง ท่านคิดว่าตนเองมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมน้อยมาก   |                          |                 |          |          |                       | [ ] 15             |
| 4. ถ้าผลการตรวจสุขภาพประจำปีของท่านเป็นปกติ ท่านคิดว่าตนเองมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมน้อยมาก                                   |                          |                 |          |          |                       | [ ] 16             |
| 5. การรับประทานอาหารไขมันมาก ๆ ทำให้ท่านเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมได้   |                          |                 |          |          |                       | [ ] 17             |
| 6. การใช้ยาเม็ดหรือยาฉีดคุมกำเนิดทำให้ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมได้  |                          |                 |          |          |                       | [ ] 18             |
| 7. การผ่าตัดเสริมเต้านม ทำให้ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมได้   |                          |                 |          |          |                       | [ ] 19             |
| 8. ถ้าท่านเคยพบก้อนที่เต้านม ท่านคิดว่าตนเองมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม   |                          |                 |          |          |                       | [ ] 20             |

| ข้อความ  | ระดับความคิดเห็น         |                 |          |          |                       | สำหรับ<br>ผู้วิจัย |
|--|--------------------------|-----------------|----------|----------|-----------------------|--------------------|
|  | ไม่เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | ไม่เห็น<br>ด้วย | ไม่แน่ใจ | เห็นด้วย | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง |                    |
| 9. ถ้าท่านเคยได้รับการกระทบ<br>กระแทกบริเวณเต้านม ท่านคิดว่า<br>ท่านมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้ |                          |                 |          |          |                       | [ ] 21             |
| 10. เมื่ออายุมากขึ้น ท่านคิดว่าตนเองมี<br>โอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น                         |                          |                 |          |          |                       | [ ] 22             |
| 11. ถ้าท่านสูบบุหรี่หรือได้รับสารเคมี<br>ท่านคิดว่าตนเองมี โอกาสเป็น<br>มะเร็งเต้านมได้        |                          |                 |          |          |                       | [ ] 23             |
| 12. การเป็นมะเร็งเต้านมเป็นเพราะ<br>โชคชะตา  |                          |                 |          |          |                       | [ ] 24             |
| การรับรู้ต่อความรุนแรงของมะเร็ง<br>เต้านม  |                          |                 |          |          |                       |                    |
| 13. แม้แต่ยาค่าว่ามะเร็งเต้านม ท่านก็<br>รู้สึกกลัวแล้ว  |                          |                 |          |          |                       | [ ] 25             |
| 14. ความคิดที่ว่าอาจเป็นมะเร็งเต้านม<br>เมื่อใดก็ได้ ทำให้ท่านรู้สึกไม่ค่อย<br>สบายใจอยู่เสมอๆ |                          |                 |          |          |                       | [ ] 26             |
| 15. การเป็นมะเร็งเต้านมจะทำให้เกิด<br>อันตรายต่อชีวิตของท่าน                                   |                          |                 |          |          |                       | [ ] 27             |
| 16. การเป็นมะเร็งเต้านม จะทำให้<br>ฐานะทางสังคมของท่านเปลี่ยนแปลงไป                            |                          |                 |          |          |                       | [ ] 28             |
| 17. การเป็นมะเร็งเต้านมจะทำให้มีการ<br>ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ<br>เปลี่ยนแปลงไป          |                          |                 |          |          |                       | [ ] 29             |
| 18. การเป็นมะเร็งเต้านมจะทำให้ไม่<br>สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ ได้<br>ตามปกติ                     |                          |                 |          |          |                       | [ ] 30             |
| 19. การเป็นมะเร็งเต้านมจะทำให้คิดถึง<br>ว่าอาจต้องสูญเสียอวัยวะ                                |                          |                 |          |          |                       | [ ] 31             |



| ข้อความ   | ระดับความคิดเห็น         |                 |          |          |                       | สำหรับ<br>ผู้วิจัย |
|---|--------------------------|-----------------|----------|----------|-----------------------|--------------------|
|   | ไม่เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | ไม่เห็น<br>ด้วย | ไม่แน่ใจ | เห็นด้วย | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง |                    |
| 20. การเป็นมะเร็งเต้านมจะทำให้คิดถึง<br>การเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง  |                          |                 |          |          |                       | [ ] 32             |
| 21. การเป็นมะเร็งเต้านมจะทำให้คิดถึง<br>การผ่าตัด การได้รับรังสีรักษาหรือ<br>เคมีบำบัด และภาวะแทรกซ้อน<br>ความไม่สุขสบาย ความทุกข์<br>ทรมานที่ได้รับระหว่างการรักษา |                          |                 |          |          |                       | [ ] 33             |
| 22. การเป็นมะเร็งเต้านมจะทำให้คิดถึง<br>แต่ความตาย  |                          |                 |          |          |                       | [ ] 34             |
| การรับรู้ต่อประโยชน์ของการตรวจ<br>เต้านมด้วยตนเอง   |                          |                 |          |          |                       |                    |
| 23. การตรวจเต้านมด้วยตนเองหากพบ<br>ความผิดปกติ จะช่วยให้ได้รับการ<br>รักษาที่ถูกต้องอย่างทันท่วงที  |                          |                 |          |          |                       | [ ] 35             |
| 24. การตรวจเต้านมด้วยตนเองและพบ<br>ก้อนเพียงขนาดเล็ก ๆ ทำให้ท่านมี<br>โอกาสหายจากการเป็นมะเร็ง<br>เต้านมสูง   |                          |                 |          |          |                       | [ ] 36             |
| 25. ถึงแม้ว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเอง<br>จะสามารถพบก้อนได้ก็ตาม แต่<br>การรักษาอาจไม่ได้ผล จึงไม่มี<br>ประโยชน์ที่จะไปทำการตรวจเพื่อ<br>ค้นหาแต่อย่างใด               |                          |                 |          |          |                       | [ ] 37             |
| 26. การตรวจเต้านมด้วยตนเองช่วยให้<br>ค้นหามะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะ<br>เริ่มแรก  |                          |                 |          |          |                       | [ ] 38             |
| 27. ท่านมีสุขภาพร่างกายที่เป็นปกติดี<br>จึงไม่จำเป็นต้องตรวจเต้านมด้วย<br>ตนเองทุก ๆ เดือน  |                          |                 |          |          |                       | [ ] 39             |

| ข้อความ  | ระดับความคิดเห็น         |                 |          |          |                       | สำหรับ<br>ผู้วิจัย |
|--|--------------------------|-----------------|----------|----------|-----------------------|--------------------|
|  | ไม่เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | ไม่เห็น<br>ด้วย | ไม่แน่ใจ | เห็นด้วย | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง |                    |
| 28. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีปฏิบัติวิธีหนึ่งที่ทำให้ทราบว่าสุขภาพท่านเป็นปกติดี          |                          |                 |          |          |                       | [ ] 40             |
| การรับรู้ต่ออุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง  |                          |                 |          |          |                       |                    |
| 29. ถึงแม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ดีก็ตาม แต่ท่านก็รู้สึกอายนเมื่อต้องทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง         |                          |                 |          |          |                       | [ ] 41             |
| 30. การตรวจเต้านมด้วยตนเองทำให้ท่านรู้สึกกังวลกลัวว่าท่านอาจจะเป็นมะเร็งเต้านมจริง ๆ ก็ได้     |                          |                 |          |          |                       | [ ] 42             |
| 31. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นสิ่งที่ยุ่งยากซับซ้อน   |                          |                 |          |          |                       | [ ] 43             |
| 32. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นสิ่งที่เสียเวลา รบกวนการปฏิบัติภารกิจอื่น ๆ ของท่าน              |                          |                 |          |          |                       | [ ] 44             |
| 33. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายหรือทรมานไม่ได้ที่จะต้องทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุก ๆ เดือน            |                          |                 |          |          |                       | [ ] 45             |
| 34. ท่านรู้สึกไม่สุขสบายขณะทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง  |                          |                 |          |          |                       | [ ] 46             |
| 35. ท่านรู้สึกกังวลว่า ถ้าเกิดมีก้อนเล็ก ๆ ในเต้านมท่านไม่สามารถจะบอกได้ว่าเป็นก้อนจริงหรือไม่ |                          |                 |          |          |                       | [ ] 47             |
| 36. การตรวจเต้านมด้วยตนเองแม้ไม่พบก้อนใด ๆ ท่านก็ไม่มั่นใจว่าจะปลอดภัยจากมะเร็งเต้านม          |                          |                 |          |          |                       | [ ] 48             |

| ข้อความ  | ระดับความคิดเห็น         |                 |          |          |                       | สำหรับ<br>ผู้วิจัย |
|--|--------------------------|-----------------|----------|----------|-----------------------|--------------------|
|  | ไม่เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | ไม่เห็น<br>ด้วย | ไม่แน่ใจ | เห็นด้วย | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง |                    |
| 37. ผลของการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ถ้าต้องทำให้ท่านต้องตัดเต้านมทิ้งเสียข้างหนึ่ง ท่านจะรู้สึกว่าเป็นหึงของท่านลดลง                                     |                          |                 |          |          |                       | [ ] 49             |
| ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม  |                          |                 |          |          |                       |                    |
| 38. ระยะแรก ๆ เมื่อท่านทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าไม่ค่อยมั่นใจนัก ท่านกล้าที่จะถามแพทย์หรือพยาบาลเพื่อช่วยให้ท่านสามารถปฏิบัติได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง |                          |                 |          |          |                       | [ ] 50             |
| 39. ท่านมั่นใจว่าตนเองเข้าใจในสิ่งที่แพทย์หรือพยาบาลได้อธิบายเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง   |                          |                 |          |          |                       | [ ] 51             |
| 40. ท่านมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติตามที่แพทย์หรือพยาบาลได้ชี้แนะท่านเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง  |                          |                 |          |          |                       | [ ] 52             |
| 41. ท่านมั่นใจว่าตัวเองสามารถตรวจพบก้อนที่เต้านมได้โดยไม่ต้องมีผู้ใดคอยช่วยเหลือ   |                          |                 |          |          |                       | [ ] 53             |
| 42. ท่านมั่นใจว่าสามารถให้คำแนะนำในการตรวจเต้านมแก่สตรีอื่นได้ถูกต้อง  |                          |                 |          |          |                       | [ ] 54             |
| 43. เมื่อท่านวางแผนว่าจะตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ท่านมั่นใจว่าจะสามารถทำได้ตามนั้น   |                          |                 |          |          |                       | [ ] 55             |

| ข้อความ  | ระดับความคิดเห็น         |                 |          |          |                       | สำหรับ<br>ผู้วิจัย                                      |
|--|--------------------------|-----------------|----------|----------|-----------------------|---|
|  | ไม่เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | ไม่เห็น<br>ด้วย | ไม่แน่ใจ | เห็นด้วย | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง |   |
| <p>แรงจูงใจต่อภาวะสุขภาพ</p> <p>44. ท่านแสวงหาความรู้หรือข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของท่านอยู่เสมอ</p> <p>45. ท่านพยายามปฏิบัติทุกวิถีทาง รวมทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อช่วยให้ภาวะสุขภาพของท่านเป็นปกติ</p> <p>46. ท่านได้รับการห่วงใย ช่วยเหลือ หรือแนะนำจากคนรอบข้าง เช่น สามี ญาติ พี่น้อง หรือเพื่อนฝูงใกล้ชิด ให้หันมาดูแลภาวะสุขภาพของท่านเป็นประจำ</p> <p>47. เมื่อมีปัญหาสงสัย ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางสาธารณสุขหรือผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ได้ตามต้องการ</p> |                          |                 |          |          |                       | <p>[ ] 56</p> <p>[ ] 57</p> <p>[ ] 58</p> <p>[ ] 59</p> |

### 1.3 แบบประเมินเรื่องความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

#### 3.1 การสอบถามจำนวนครั้งในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

##### 1. ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองบ่อยแค่ไหน

- หลาย ๆ ครั้งใน 1 เดือน [ ] 60
- เดือนละครั้ง [ ] 61
- ปีละ 3-4 ครั้ง [ ] 62
- ปีละ 1-2 ครั้ง [ ] 63

## 1.3.2 การสังเกตวิธีปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

| วิธีปฏิบัติ  | ใช่ | ไม่ใช่ | สำหรับผู้วิจัย |
|--|-----|--------|----------------|
| 1. นั่งหรือยืนหน้ากระจกเงา ปล่อยแขนทั้งสองข้างห้อยลงข้างล่าง มองดูเต้านมทั้งสองข้างในกระจกเงาอย่างละเอียด  |     |        | [ ] 64         |
| 2. ชูแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ ตรวจดูเต้านมทั้งสองข้างให้ทั่ว   |     |        | [ ] 65         |
| 3. ยกมือเท้าสะเอวทั้งสองข้าง หายใจเข้า แอ่นอก แขนไหลไปด้านหลัง   |     |        | [ ] 66         |
| 4. นอนราบลงบนเตียงและศีรษะหนุนหมอน ใช้ผ้าพับหรือหมอนใบเล็ก ๆ รองไหล่ซ้ายและเอามือช่วยรองหนุนใต้ศีรษะ ใช้มือขวาถูบคลำดูบริเวณต่าง ๆ ของเต้านมซ้าย เริ่มตั้งแต่ส่วนบนด้านใน โดยใช้นิ้วมือขวาอยู่ชิดติดกันและใช้ฝ่านิ้วคลำให้ทั่ว การใช้ฝ่านิ้วควรค่อย ๆ กดพร้อมกับคลึงเป็นวงเล็ก ๆ ไปเรื่อย ๆ จนถึงหัวนมและตรวจดูบริเวณรอบ ๆ หัวนม |     |        | [ ] 67         |
| 5. ทำการตรวจเต้านมส่วนล่างด้านในเช่นเดียวกับข้อ 4  |     |        | [ ] 68         |
| 6. เอามือซ้ายลงมาวางไว้ข้าง ๆ ลำตัว แล้วทำการตรวจเต้านมส่วนล่างด้านนอก โดยใช้นิ้วมือขวาคลำและคลึงซ้ำ ๆ ไปจนถึงหัวนม  |     |        | [ ] 69         |
| 7. ต่อจากขั้นตอนในข้อ 6 ทำการตรวจเต้านมส่วนบนด้านนอกด้วยวิธีเดียวกัน   |     |        | [ ] 70         |

| วิธีปฏิบัติ   | ใช่ | ไม่ใช่ | สำหรับผู้วิจัย |
|---|-----|--------|----------------|
| 8. เปลี่ยนใช้ผ้าพับหรือหมอนใบเล็ก ๆ รองไหล่ขวา แล้วตรวจเต้านมขวาเช่นเดียวกับข้อ 4-7 |     |        | [ ] 71         |
| 9. ใช้ฝ่ามือคลำตรวจดูบริเวณรักแร้ทั้งซ้ายและขวา                                     |     |        | [ ] 72         |
| 10. ใช้นิ้วมือบีบที่ได้ห้วงนมเบา ๆ แล้วดูว่ามีอะไรออกมาหรือไม่                      |     |        | [ ] 73         |