ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
ของสตรีกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป

CTU

ทิพวันย์ เฑียรฆโรจน์

Christian University of Thailand

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป

……..……...……

นาง ทิพวันย์ เฑียรฆโรจน์

ผู้วิจัย

.

...……..……..……

รองศาสตราจารย์ อารีนา ภาณุโสภณ

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

M.S. (Maternity and Child Health)

ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

CTU

Christian University of Thailand

……..……...……..….

อาจารย์พันเอกหญิง ดร.นงพิมล นิมิตรอานันท์

พย.บ.,วท.ม. (พยาบาล)

ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)

กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

……..……...……

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.ม. (พยาบาลศาสตร์), Ph.D. (Health Science)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

……..……..……...…

รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญชีระนันทน์

วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

วันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ.2553

.....

นาง ทิพวันย์ เตียรฆโรจน์

ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.ม. (พยาบาลศาสตร์), Ph.D. (Health Science)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ อารีนา ภาณุโสภณ

วท.บ.(พยาบาลและผดุงครรภ์)

M.S. (Maternity and Child Health)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ จรรยา เสียงเสนาะ

วท.บ. (พยาบาลสาธารณสุข)

M.P.H. (Social Medicine)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.ม. (พยาบาลศาสตร์), Ph.D. (Health Science)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

.....

รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญชีระนันทน์

วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

CTU
Christian University of Thailand

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยการได้รับความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์อารีนา ภาณุโสภณ อาจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมล นิมิตรอานันท์และรองศาสตราจารย์จรรยา เสียงเสนาะ คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยดีตลอดมา รวมทั้งให้กำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์นายแพทย์ ประนอม แสนหอม แพทย์ผู้ชำนาญการพิเศษ สูติ-นรีเวช อาจารย์อัมพา กิตติอุดมเดช พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์ พนมทวน และอาจารย์นิภา เชื้อทอง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญงานควบคุมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลท่าม่วง ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอพนมทวน หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอพนมทวนทุกท่าน ที่ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกเพื่อการศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูงที่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดมา และขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาดที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษา ขอขอบคุณสตรีกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เป็นผู้ให้ข้อมูลซึ่งเปรียบดังครูของผู้วิจัย ทำให้ได้เรียนรู้ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

เหนือสิ่งอื่นใด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมารดา ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จนี้

CTU
Christian University of Thailand

512007 : สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
คำสำคัญ : โรคมะเร็งเต้านม / พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง / ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม

ทิพวันย์ เฑียรฆโรจน์ : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป (Factors Affecting Performing Breast Self-examination Behavior among Women Aged 35 and Over) คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ อารีนา ภาณุโสภณ, M.S. (Maternity and Child Health) อาจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมล นิมิตรอานันท์, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข), 100 หน้า

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาที่คุกคามสุขภาวะของสตรีเป็นอย่างยิ่ง สตรีทั่วโลกมีสาเหตุการตายจากมะเร็งเต้านมสูงถึงร้อยละ16 ในประเทศไทยพบอัตราการป่วยด้วยโรคนี้สูงเป็นลำดับที่หนึ่งของกลุ่มโรคมะเร็งในสตรี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2551) การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นการค้นหาโรคตั้งแต่ยังไม่มีอาการเพื่อจะได้รับการรักษาก่อนที่จะลุกลาม ซึ่งอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ (Ajzen & Manstead, 2007) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาด ตำบลพังตรุ อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ทำการสุ่มอย่างมีระบบได้จำนวน 266 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2553 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังพบว่า เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความผันแปรของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ร้อยละ 22.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรสร้างและ/ใช้นวัตกรรมทางการพยาบาลชุมชนเพื่อสร้างแรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในชุมชน เพื่อเป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกอย่างยั่งยืนของสตรีไทย

Christian University of Thailand

512007 MAJOR : Community Nurse Practitioner; M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

KEY WORDS : BREAST CANCER / BREAST SELF EXAMINATION / THEORY OF PLANNED BEHAVIOR

Tippawan Thiankarod: Factors Affecting Performing Breast Self-examination Behavior among Women Aged 35 and Over. Thesis Advisors : Assoc. Prof. Areena Phanusopon, M.S. (Maternity and Child Health), Col. Dr. Nongpimol Nimitrarnan, Ph.D. (Public Health Nursing), 100 Pages.

Breast cancer is one of the most threatening conditions of life among female's health. It causes the death in females all over the world with 16% rate. In 2009, breast cancer was the most common cancer in Thailand (National Cancer Institue, 2009). Breast self examination is one of the best practice for early detection of disease. It was believed to help women with the cancer to be treated at early stage and increased cure rate and survival rate. A theory of planned behavior (Ajzen & Manstead, 2007) was used to guide the scope of study. This research was a correlational study that purposed to explain the correlation and effects of these factors as follow: attitudes about behavior performing breast self examination (BSE), subjective norms and perceived behavioral control on BSE. The study was conducted by systematic random sampling among 266 women aged 35 years old and over in Banbenjapad primary care unit, Kanchanaburi. Data collection was collected from January to February 2010, through consent respect. The instruments were five sets of rating scale questionnaires, which were composed of personal factors, attitude toward the behavior, subjective norms, perceived behavioral control and BSE. The data were analyzed by descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and the stepwise multiple regression.

The result showed that BSE was in medium level ($\bar{X}$ = 1.99, S.D. = 0.77). The attitude toward the behavior, subjective norms and perceived behavioral control has statistically positive relationship with BSE. The attitude toward the behavior and perceived behavioral control could jointly predict BSE 22.6 percent at statistically significant level of 0.05.

This study revealed that community nurse practitioners should establish innovation support and enhance women's motivation for breast self examination for early detection of breast cancer.

Christian University of Thailand

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพประกอบ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามของการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
สมมติฐานของการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
กรอบแนวคิดของการวิจัย	6
นิยามตัวแปร	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคมะเร็งเต้านมและผลกระทบ	10
ภาวะสุขภาพสตรีและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	17
ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior)	26
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40
การหาคุณภาพของเครื่องมือ	45
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล	46
การวิเคราะห์ข้อมูล	48

CTU
Christian University of Thailand

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิจัย..... 49
บทที่ 5 อภิปรายผล..... 59
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ
สรุปผลการวิจัย..... 66
ข้อเสนอแนะ..... 68
บรรณานุกรม..... 70
ภาคผนวก
ก 79
ข 81
ค 83
ง 93
จ..... 98
ประวัติผู้วิจัย..... 100

CTU
Christian University of Thailand

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

1 แสดงการจัดกลุ่มความรุนแรงของมะเร็ง..... 13

2 แสดงจำนวนตัวอย่างที่เฉลี่ยตามจำนวนประชากรหญิงอายุ 35 ปีขึ้นไป รายหมู่บ้าน..... 39

3 แสดงจำนวนและร้อยละของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว..... 50

4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำแนกตามเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ..... 51

5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง..... 52

6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำแนกตามกลุ่มอ้างอิงรายข้อ..... 52

7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง..... 53

8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมจำแนกตามปัจจัยรายข้อ..... 53

9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ ความสามารถ ในการควบคุมปัจจัย 54

10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง.. 55

11 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ระหว่างปัจจัยเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับปัจจัยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง..... 55

12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน..... 56

Christian University of Thailand

สารบัญภาพประกอบ

หน้า

แผนภูมิที่

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 7

2 รูปแบบทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล Ajzen & Fishbein, 1980..... 26

3 กรอบแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม Ajzen, 1991..... 27

4 กรอบแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม Ajzen, 2002..... 28

5 กรอบแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของ Ajzen and Manstead, 2007..... 29

CTU

Christian University of Thailand

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคมะเร็งนับเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิต ส่งผลต่อการเจ็บป่วยและอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกพบว่า สาเหตุการตายของประชากรโลกที่ติดลำดับ 1 ใน 10 ขณะนี้คือ โรคมะเร็ง โดยพบว่า ในพ.ศ. 2547 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งถึง 7.4 ล้านคนและคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2558 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งถึง 83.2 ล้านคน (WHO, 2008: 23) สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์เกิดมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี โดยจากรายงานการสำรวจสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2548 - 2550 พบว่า อัตราป่วยของโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งจัดเป็นลำดับที่ 2 ของสาเหตุการตายของประชากรไทย (กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์, 2551: 163) จากอัตราตายด้วยโรคมะเร็งในทั่วโลกพบว่า โรคมะเร็งเต้านมมีอัตราตายเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งในสตรีคือ ร้อยละ16 โดยพบว่าในกลุ่มสตรีอายุ 30 ปีขึ้นไปมีอัตราตายร้อยละ 10 และในสตรีอายุ 50 ปีขึ้นไปมีอัตราตายถึงร้อยละ 14 (WHO, 2008: 21) โดยมีอัตราผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในสหรัฐอเมริกาสูงที่สุดในโลกคือ 88 คนต่อแสนประชากร และพบว่าการเกิดมะเร็งเต้านมรายใหม่ ร้อยละ 60 เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว สำหรับอุบัติการณ์การเป็นมะเร็งในสตรีไทย ในขณะนี้ พบว่า โรคมะเร็งเต้านมจัดเป็นมะเร็งอันดับหนึ่งในสตรี และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจากการสำรวจสถานการณ์ของมะเร็งในไทยของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2541 - 2543 พบว่า มีอัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมในสตรีไทยเท่ากับ 20.5 ต่อแสนประชากร (Thiravud Khuhaprema, et al., 2007: 48 - 49) และจากสถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของสถาบันมะเร็งแห่งชาติใน พ.ศ. 2548 – 2551 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่จำนวน 679, 745, 787 และ795 คนตามลำดับ (National Cancer Institute, 2005: 10, 2006: 22, 2007: 18, 2008: 18) โดยใน พ.ศ. 2551 พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมสูงเป็นลำดับ

CTU
Christian University of Thailand

ที่หนึ่งของมะเร็งในสตรีไทย ซึ่งสัมพันธ์กับอัตราตายจากโรคมะเร็งเต้านมที่สูงขึ้น โดยในพ.ศ.2544 มีอัตราตาย 4 ต่อแสนประชากร และใน พ.ศ.2548 เพิ่มเป็น5.9 ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย, 2550: 23) สำหรับในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นในทุกปี กล่าวคือ ใน พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 79 ราย พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 111 ราย พ.ศ. 2550 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 147 ราย ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาด้วยวิธีการหลายอย่างผสมผสานกัน อันส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ จิตวิญญาณและสังคม อย่างไรก็ตามโรคมะเร็งเต้านม เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้หากมีการตรวจพบตั้งแต่ในระยะแรก จากการศึกษาพบว่า หากผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีขนาดก้อนเล็กกว่า 1.0 เซนติเมตร จะมีระยะเวลาการรอดชีวิต 5 ปี ถึงร้อยละ 90.2 ขนาดมะเร็ง 1.1-2.0 เซนติเมตร มีระยะเวลาการรอดชีวิต 5 ปี ร้อยละ 80.2 ขนาดมะเร็ง 2.1-5.0 เซนติเมตร มีระยะเวลาการรอดชีวิต 5 ปี ร้อยละ 70.5 และขนาดมากกว่า 5 เซนติเมตรมีระยะเวลาการรอดชีวิต 5 ปี เพียงร้อยละ 60.5 (สรัญญา ปัณธวงศ์, 2551: 2) ซึ่งจากสถิติของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า มีผู้ป่วยที่พบก้อนขนาดเล็กกว่า 1.0 เซนติเมตรเพียงร้อยละ 22.9 (National Cancer Institute, 2007: 33) แสดงให้เห็นว่า สตรีให้ความสำคัญต่อการตรวจเต้านมตนเองในระดับต่ำ ทำให้ตรวจพบก้อนมะเร็งเมื่อมีขนาดที่โตมากขึ้น ซึ่งนับว่าเสี่ยงต่ออัตราการรอดชีวิตเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อค้นหาก้อนเนื้อที่ผิดปกติในระยะแรกจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสตรีทุกคนเพื่อประโยชน์ในการป้องกันการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม

การตรวจเต้านมด้วยตนเองจัดเป็นการป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) โดยการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นการคัดกรองหาโรคมะเร็งเต้านมวิธีหนึ่ง ใน 4 วิธี ได้แก่การตรวจการตรวจทางรังสี ด้วยเครื่องแมมโมแกรม การตรวจโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สุรพงษ์ สุภาภรณ์และคณะ, 2547: 23) ซึ่งการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน เป็นวิธีที่สตรีสามารถทำได้ด้วยตนเอง เป็นวิธีที่ง่าย ประหยัด มีประสิทธิภาพ จะช่วยค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก ส่งผลให้การรักษาได้ผลดี และช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ สมาคมมะเร็งของสหรัฐอเมริกาและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (The National Cancer Institute: NCI) ได้ให้การยอมรับมานานกว่า 25 ปี ว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นวิธีที่สามารถตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกและได้แนะนำให้สตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้งเป็นประจำ (Lierman, Young, Kasprzyk & Benoliel, 1990: 97) ดังนั้น การตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อค้นหาความผิดปกติตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สตรีทุกคนควรได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ สำหรับประเทศไทย กระทรวง

Christian University of Thailand

สาธารณสุขให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยได้เริ่มดำเนินงานโครงการส่งเสริมสุขภาพสตรีและป้องกันโรคมะเร็ง เต้านมตั้งแต่ พ.ศ.2542 ซึ่งต่อมาใน พ.ศ. 2550 ได้ประกาศให้การคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นแผนระดับชาติ และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้สตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งนับเป็นกลุ่มเสี่ยงตามสถิติการเกิดมะเร็งเต้านม ให้สามารถตรวจหาความผิดปกติของเต้านมได้ด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550: 35) ซึ่งวิธีการตรวจเต้านมที่ถูกต้องสตรีจะต้องทำสม่ำเสมอทุกเดือน และต้องได้รับความรู้และฝึกทักษะการตรวจเต้านมตนเอง

การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย (ณภัทรอร สุขมา, 2549: 73 ; ธิดา นุ่มอยู่, 2551: 76 ; ปาริชาติ ชูประดิษฐ์, 2543: 47 ; วนิดา ทองดีนอก, 2550: 86 ; แววตา สุริยันต์, 2551: 79 ; Champion, 1987:375) พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีนักวิชาการและนักวิจัยให้ความสนใจศึกษากันมาโดยตลอด เอจเซนและแมนสตีด ผู้พัฒนาทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) (Ajzen & Manstead, 2007) กล่าวว่า ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับความเชื่อ 3 ประการได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral beliefs) ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมโดยผ่านเจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative beliefs) ส่งผลต่อพฤติกรรมโดยผ่านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม (Control beliefs) ส่งผลต่อพฤติกรรมโดยผ่านการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) ซึ่งเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ต่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและล้วนแต่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม

ศูนย์สุขภาพชุมชน นับเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care unit: PCU) ที่มีเป้าหมายการปฏิบัติงาน คือการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน โดยการมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้รับบริการในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย บุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยง และภาวการณ์เจ็บป่วยทั้งในระยะเฉียบพลัน และเรื้อรังให้มีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ซึ่งได้มีการพัฒนาคุณภาพบริการมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในปัจจุบัน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการพัฒนาคุณภาพของหน่วยปฐมภูมิในรูปแบบของเครือข่ายบริการ โดยมุ่งเน้นเชื่อมโยงระบบบริการ ระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการบริการ รวมทั้งการบริหารจัดการ ด้วยการจัดทำเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิ (Primary care award : PCA) โดยเฉพาะด้านระบบบริการ ที่กำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิจัดให้มีบริการครอบคลุมผู้ป่วยที่มี

Christian University of Thailand

ปัญหาเฉียบพลัน ฉุกเฉิน ปัญหาเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (Availability of care) รวมถึงให้มีการจัดการด้านต่างๆที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (Empowerment) (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2552: 48 - 49) ซึ่งการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองแก่สตรีในชุมชน นับเป็นการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญอีกประการหนึ่งของศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาด ตั้งอยู่หมู่ที่ 2 บ้านเบญพาด ตำบลพังตรุ อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี รับผิดชอบประชากร 10 หมู่บ้าน มีประชากร 4,297 คน ในจำนวนนี้พบว่า มีสตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปจำนวน 875 คน อนึ่ง จากผลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในรอบ พ.ศ. 2551 ที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มเป้าหมายสตรีกลุ่มนี้ได้รับการประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองถึงร้อยละ 89.20 ซึ่งเป็นการประเมินในพื้นที่โดยเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาด แต่ผลจากการศึกษานำร่อง (Pilot study) โดยผู้วิจัยเอง เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่มีอายุระหว่าง 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่หมู่ที่ 18 บ้านทุ่งปราสาท ซึ่งเป็นหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเบญพาด ระหว่างวันที่ 30 กรกฎาคม 2552 ถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2552 จำนวน 67 ราย พบว่า มีประชากรสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 44 ที่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังจากผ่านการประเมินในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 21 ตรวจเต้านมด้วยตนเองนานๆครั้ง (1 - 5 ครั้งต่อปี) ร้อยละ 13 ตรวจตรวจเต้านมด้วยตนเองเมื่อนึกขึ้นได้ (6 – 11 ครั้งต่อปี) และมีเพียงร้อยละ 10 ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน สำหรับสาเหตุของการไม่ตรวจนั้น พบว่า มีสาเหตุจากการตรวจไม่เป็น คิดว่า ตนเองไม่มีอาการผิดปกติ ไม่จำเป็นต้องตรวจ และไม่มั่นใจว่าตนเองจะตรวจได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า สตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ขาดความตระหนักในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาด อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มนี้ ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของเอจเซนและแมนสตีด (Ajzen & Manstead, 2007)

Christian University of Thailand

คำถามของการวิจัย

1. พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่ศึกษาสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้เพียงใด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ของเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนาย ของเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

Christian University of Thailand

สมมติฐานของการวิจัย

1. เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
2. เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Correlational descriptive research)เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วย

ตนเองของสตรี โดยศึกษาในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาด ตำบลพังตรุ อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ทำการศึกษาในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2553

กรอบแนวคิดของการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของ เอจเซนและแมนสตีด (Ajzen & Manstead, 2007: 45) ซึ่งอธิบายว่า การเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นผลมาจากความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น และการที่บุคคลจะมีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจาก 3 ปัจจัยคือเจตคติของบุคคลต่อพฤติกรรมนั้น (Attitude toward the behavior) การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้น (Subjective norm) และการควบคุมพฤติกรรมจากการรับรู้ต่อสิ่งนั้น (Perceived behavioral control)โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมิได้ศึกษาตัวแปรความตั้งใจ (Intention) เนื่องจากผลของการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เมื่อเกิดความตั้งใจแล้วจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมขึ้น (นภมาศ ศรีขวัญ, 2547: 69 ; ปถมาวดี เดชฤกษ์ปาน, 2549: 61 ; สมใจ ภรภิกานนท์, 2551: 68) พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองจะเกิดขึ้นได้ ต้องมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 1) ปัจจัยเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากความเชื่อเกี่ยวกับผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Behavioral beliefs) และการประเมินคุณค่าผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Evaluation of consequence) 2) ปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ซึ่งวัดจากความเชื่อเกี่ยวกับเจตคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Normative belief) และแรงจูงใจที่จะตรวจเต้านมด้วยตนเองตามความคาดหวังหรือแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to comply) โดยบุคคลในกลุ่มอ้างอิงได้แก่ สามี/คู่รัก บิดา/มารดา บุตร เพื่อน/ เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน และ 3) ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Control belief) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Perceived power)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมต่างๆของบุคคลได้เป็นอย่างดี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของเอจเซนและแมนสตีด (Ajzen & Manstead, 2007) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรม

Christian University of Thailand

การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี โดยศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

Christian University of Thailand

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย ประยุกต์จากทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของ เอจเซนและแมนสตีด (Ajzen & Manstead, 2007)

นิยามตัวแปร

1. เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หมายถึง ความเชื่อ และความรู้สึกของสตรีที่มีต่อผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองว่า เป็นไปทางบวกหรือทางลบประเมินจากการรวมผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับการประเมินค่าผลของการตรวจ

เต้านมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นไปตามสมการของตัวแปรเจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม ของทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Ajzen, 2002)

1.1 ความเชื่อเกี่ยวผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หมายถึง ความคิดเห็นของสตรี ที่พิจารณาถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองบนพื้นฐานความเข้าใจและสิ่งแวดล้อม ประเมินตามความคิดเห็นเบื้องต้นระหว่างเชื่อ-ไม่เชื่อ

1.2 การประเมินค่าผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หมายถึง การให้คุณค่าของผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองว่ามีความสำคัญ-ไม่สำคัญอย่างไร

2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หมายถึง การรับรู้ตามความเชื่อของกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อสตรี ซึ่งได้แก่ สามี/คู่รัก, บิดา/มารดา, บุตร, เพื่อน/ เพื่อนบ้าน, อสม. และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน ในเรื่องความคิดเห็นว่าสมควรหรือไม่สมควรตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งวัดโดยการรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ซึ่งเป็นไปตามสมการของตัวแปรการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ของทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Ajzen, 2002)

2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หมายถึง ความนึกคิดของสตรีว่า บุคคลอ้างอิงที่มีความสัมพันธ์กับตน ตามผลการประเมินความคิดเห็นเบื้องต้น จะสนับสนุนหรือคัดค้านพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2.2 แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หมายถึง การประเมินการทำตามมากที่สุดถึง ทำตามน้อยที่สุดที่สตรี จะปฏิบัติตามความต้องการของกลุ่มบุคคลอ้างอิง

3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม หมายถึง ความเชื่อว่า ตนสามารถควบคุมหรือจัดการกับปัจจัย ที่ทำให้ตรวจหรือไม่ตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งวัดโดยการรวมผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมปัจจัยกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย ซึ่งเป็นไปตามสมการของตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Ajzen, 2002)

3.1 ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัย หมายถึง เป็นการรับรู้สถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นว่าจะมีผลกระทบต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองตามผลการประเมินความคิดเห็นเบื้องต้น ซึ่งได้แก่ ความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ขั้นตอนการตรวจ ระยะเวลา ความต่อเนื่อง สถานที่ที่ใช้ตรวจ ที่จะมีผลให้บุคคลคิดว่าสถานการณ์ต่างๆเหล่านี้จะทำให้การตรวจเต้านมด้วยตนเองมากหรือน้อย

Christian University of Thailand

3.2 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคที่มีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ว่าสามารถจัดการได้มากหรือน้อย

4. พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่างๆในการตรวจเต้านมด้วยตนเองตามคู่มือคำแนะนำของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550: 28) ประกอบด้วย การตรวจดูลักษณะเต้านม ดูสีผิวของเต้านม ตรวจดูรอยย่น บุ๋ม การดึงรั้งของเต้านม การใช้มือด้านตรงข้ามคลำเต้านม การกดลึก 3 ระดับและคลำเต้านมทั้งสองข้างเวียนเข้าหาบริเวณหัวนมตามเข็มนาฬิกา การคลำให้ทั่วบริเวณพื้นที่ของเต้านมทั้งหมดวนไปถึงใต้รักแร้ การใช้มือบีบบริเวณหัวนม เพื่อดูสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติ ทั้งนี้ ให้ระบุว่าเป็นการตรวจหลังมีประจำเดือน 7 -10 วันหรือตรวจวันเดียวกันทุกเดือนในกรณีหมดประจำเดือน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลของการศึกษาครั้งนี้จะใช้เป็นฐานข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนกลยุทธ์ มาตรการ และโครงการต่างๆในชุมชน โดยสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับแกนนำสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มสตรีวัยกลางคน เช่น การรณรงค์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง อีกทั้งยังเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพสตรีในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งเต้านมในแง่มุมอื่นๆต่อไป

Christian University of Thailand

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญเรียงลำดับดังนี้

1. โรคมะเร็งเต้านมและผลกระทบ
2. ภาวะสุขภาพสตรีและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
3. ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior)
   - เจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม (Attitude toward performing)
   - การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm)
   - การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control)

Christian University of Thailand

โรคมะเร็งเต้านมและผลกระทบ

โรคมะเร็งเต้านม (Breast cancer) คือ เนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เกิดขึ้นภายในเนื้อเยื่อของเต้านม มีการเปลี่ยนแปลงผิดปกติและไม่สามารถควบคุมได้ มีการลุกลามเฉพาะที่ การกระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองและสามารถแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นได้ทั่วร่างกาย (National Cancer Institute, 1994: 4) ซึ่งจากอัตราตายด้วยโรคมะเร็งในทั่วโลกพบว่า โรคมะเร็งเต้านมมีอัตราตายเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งในสตรี (WHO, 2008: 21) และในประเทศไทย จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าใน พ.ศ. 2551 อัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมในสตรีไทยสูงเป็นลำดับที่หนึ่งของมะเร็งทั้งหมดในสตรี (National Cancer Institute, 2008: 23)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

พันธุกรรม โดยพบว่าบุคคลในครอบครัวเดียวกันมักจะเกิดมะเร็งที่อวัยวะเดียวกันมากกว่าบริเวณอื่น สตรีที่มีประวัติมารดาเป็นโรคมะเร็งเต้านมมีโอกาสเป็นโรคนี้มากกว่าสตรีทั่วไป 4 เท่า และหากสตรีผู้นั้นเกิดเป็นโรคขึ้นมาก็จะเป็นเมื่ออายุยังน้อยกว่ามารดาหรือป้า น้าสาวของตนที่เป็นมะเร็งเต้านมประมาณ 12 ปี (สุรพงษ์ สุภาภรณ์และคณะ, 2547: 155)

อายุ จากข้อมูลรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดมากขึ้นในช่วงอายุ 35 - 50 ปี สตรีที่มีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี จะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งเต้านมได้มากกว่าปกติ 1.5 เท่า และจะสูงเป็น 2 เท่า หากหมดประจำเดือนเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี สตรีที่มีบุตรคนแรกก่อนอายุ 20 ปี มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งเต้านมได้มากกว่าบุคคลทั่วไป 1.5 เท่า หากมีบุตรคนแรกตอนอายุมากกว่า 35 ปีมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าบุคคลทั่วไปร้อยละ 50 และในสตรีที่ไม่เคยให้กำเนิดบุตร (Nulliparous women) หรือสตรีที่มีบุตรน้อยมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งเต้านมได้มากกว่าสตรีที่มีบุตรหลายคน (Thiravud Khuhaprema, et al., 2007: 49)

อาหาร จากการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับอาหารประเภทไขมัน อาหารที่มีวิธีการปิ้ง การย่าง การเผาโดยใช้ความร้อนสูงจะมีสารที่ก่อมะเร็งและสารก่อกลายพันธุ์ที่ร้ายแรง (ลักษณา อินทร์กลับ, 2540: 30) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสริมทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้ ซึ่งสตรีที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกวัน วันละ 1 แก้ว จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมได้ แต่ภาวะเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในสตรีที่ดื่มเครื่องดื่มวันละ 3 แก้ว (Dow, 1997: 296)

การใช้ฮอร์โมน พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนเพศสตรี (Exogenous estrogen) ในขนาดสูงๆเป็นเวลา 15 ขึ้นไปจะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้สูงขึ้น

รังสี ขึ้นอยู่กับขนาดรังสีและอายุที่ได้รับรังสี พบว่า สตรีที่ได้รับรังสีขณะอยู่ในวัยเด็กหรือวัยผู้ใหญ่ หากได้รับรังสีเป็นเวลานาน 10 – 15 ปี จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูงขึ้นกว่าปกติ หากได้รับรังสีปริมาณมากก่อนอายุ 30 ปี จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

อาการโรคมะเร็งเต้านม

อาการที่พบของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม ได้แก่ คลำพบก้อนที่เต้านม (Mass) อาการดึงรั้ง (Retraction sign) เนื่องจากมีการแพร่กระจายไปที่เอ็นยึดพยุงต่อมน้ำนม (Coopers ligament) อาการบวม (Edema) เนื่องจากเนื้องอกขัดขวางทางเดินน้ำเหลืองในเต้านม อาจพบการอักเสบเฉียบพลัน เช่น ก้อนมีลักษณะบวมแดง ต่อมน้ำเหลืองที่ใต้รักแร้โต (Axillary node involvement) พบก้อนที่

Christian University of Thailand

รักแร้ มีของเหลวจากหัวนม (Nipple discharge) กดเจ็บ (Tenderness) แตกเป็นแผล (Ulceration) ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในระยะสุดท้ายและไม่สามารถรักษาได้ทัน (ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์, 2547: 284) จากรายงานขนาดของก้อนเนื้อที่ค้นพบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ขนาดของก้อนเนื้อที่คลำได้ในคนที่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีขนาด 3 - 5 เซนติเมตร ขนาดของก้อนเนื้อที่คลำได้โดยคนที่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นครั้งคราว มีขนาด 3 เซนติเมตร ขนาดของก้อนเนื้อของคนที่คลำเป็นประจำ มีขนาด 2 เซนติเมตร ขนาดของก้อนเนื้อที่คลำพบในผู้ที่ได้รับการตรวจทางรังสีด้วยเครื่องแมมโมแกรมครั้งแรก มีขนาด 1 เซนติเมตร ขนาดของก้อนเนื้อที่พบในผู้ที่ได้รับการตรวจทางรังสีด้วยเครื่องแมมโมแกรมเป็นประจำ มีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550: 28)

การจัดกลุ่มความรุนแรงของมะเร็งเต้านม

การแบ่งความรุนแรงของมะเร็งเต้านมมีวัตถุประสงค์ เพื่อระบุว่ามะเร็งแพร่กระจายไปถึงตำแหน่งใด มีความรุนแรงเพียงใด เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการรักษา ระบบที่นิยมได้แก่ ระบบ TMN ซึ่งพัฒนาโดยองค์กร UICC (The Union International center Le Cancer) กล่าวคือ T หมายถึง ขนาดของก้อนมะเร็งในเต้านม (Tumor) N หมายถึง มะเร็งแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลือง (Node) M หมายถึง การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (Metastasis) (ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์, 2547: 247 - 248)

Christian University of Thailand

โดยการแบ่งความรุนแรงของมะเร็งเต้านมตามระบบ TMN ตัวอักษรหรือตัวเลขที่ต่อท้าย T N M จะแสดงรายละเอียดของข้อมูลแต่ละอย่าง โดย เลข 0-4 หมายถึง ค่าของตัวเลขแสดงความรุนแรงของโรค เลขยิ่งมีค่าสูง ยิ่งรุนแรง ตัวอักษร “is” ที่ต่อท้าย T ย่อมาจาก in situ หมายถึง ก้อนมะเร็งจำกัดอยู่ที่บริเวณเซลล์เยื่อบุชั้นบน ยังไม่มีการลุกลามลงในชั้นลึก

ขนาดของก้อนมะเร็งในเต้านม (Tumor) แบ่งตามความรุนแรง คือ

T_{is} หมายถึงมะเร็งระยะเริ่มแรก (Carcinoma in situ) ซึ่งอยู่เฉพาะที่ไม่แพร่กระจาย มีการอักเสบแต่ยังไม่แพร่กระจาย

T_0 หมายถึง ตรวจไม่พบก้อน

T_1 หมายถึง ขนาดของเนื้องอกไม่เกิน 2 เซนติเมตร

T_2 หมายถึง ขนาดของเนื้องอก 2-5 เซนติเมตร

T_3 หมายถึง ขนาดเนื้องอกมากกว่า 5 เซนติเมตร

T_4 หมายถึง เนื้องอกได้กระจายไปยังผิวหนัง แบ่งเป็น

4a หมายถึง เข้าผนังทรวงอก

4b หมายถึง ผิวหนังบวมหรือแตกเป็นแผล มีตุ่ม หรือก้อนมะเร็งบนผิวของเต้านม

4c หมายถึง ทั้ง a และ b

4d หมายถึง เต้านมอักเสบ (Inflammatory carcinoma)

มะเร็งแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลือง (Node) แบ่งตามความรุนแรง คือ

N_0 หมายถึง มะเร็งยังไม่แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองคลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ไม่ได้

N_1 หมายถึง คลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ได้ข้างเดียว และเคลื่อนไหวได้

N_2หมายถึง คลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ได้ข้างเดียว และต่อมน้ำเหลืองยึดติดแน่น เคลื่อนไหวไม่ได้

N_3 หมายถึง มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณอื่น สามารถคลำได้ที่เหนือกระดูกไหปลาร้า (Supraclavicular) หรือ เต้านมด้านข้าง (Internal mammary) ข้างเดียวกันได้

มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (Metastasis) แบ่งตามการแพร่กระจาย คือ

M_0 หมายถึง มะเร็งยังไม่มีการแพร่กระจาย

M_1 หมายถึง มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

ทั้งนี้การพิจารณาตามหลัก TNM สามารถบอกระยะ (Stage) ของการเป็นมะเร็งได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

Christian University of Thailand

ตารางที่ 1 แสดงการจัดกลุ่มความรุนแรงของมะเร็ง ตามหลัก TNM

ระยะของการเป็นมะเร็ง (Stage)	ระดับความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม (Staging grouping)		
I	T1	N0	M0
II A	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
II B	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
III A	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
III B	T4	Any N	M0
	Any T	N3	M0
IV	Any T	Any N	M1

ที่มา : ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์, 2547: 285

การรักษาโรคมะเร็งเต้านม

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมแบ่งเป็น 2 วิธี คือ การรักษาเฉพาะที่ (Local treatment) ได้แก่ การผ่าตัด (Surgery) การใช้รังสีบำบัด (Radiotherapy) และการรักษาทั้งระบบ (Systemic treatment) ได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) และ/หรือยาฮอร์โมนบำบัด (Hormonal therapy) ซึ่งวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับระยะของโรคและสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ในปัจจุบันแพทย์นิยมใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกัน โดยจะมีหลักในการรักษาคือ การผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งการให้ยาเคมีบำบัดมี 2 ลักษณะคือ การให้ยาเคมีบำบัดเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็งก่อนแล้วจึงทำการผ่าตัดก้อนมะเร็งออก (Neoadjuvant therapy) และการรักษาเสริมด้วยการให้ยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัดก้อนมะเร็งออก (Adjuvant therapy) ซึ่งการรักษาหลายวิธีร่วมกันทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพดีขึ้น โอกาสการเกิดโรคซ้ำลดลงและอัตราการอยู่รอดชีวิตสูงขึ้น

ผลกระทบจากโรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านม นับเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะบั่นทอนร่างกายและจิตใจผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถแพร่กระจายไปสู่ระบบต่างๆของร่างกายได้ง่าย และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจึงได้รับความทุกข์ทรมานจากผลกระทบในด้านต่างๆทั้งในส่วนของโรค และผลจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดการรักษาซึ่งสูงถึงร้อยละ 60 - 80 ของผู้ป่วยทั้งหมด (ศุภกานต์ เตชะพงศธร, 2548: 3) ผลกระทบต่างๆที่เกิดต่อผู้ป่วยมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมแยกตามผลกระทบแต่ละด้านที่เกิดกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

สืบเนื่องจากโรคมะเร็งเต้านมนับเป็นโรคที่มีวิธีการรักษาที่ต้องร่วมกันหลายวิธี ซึ่งวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับระยะของโรคและสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจึงเป็นผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาเป็นส่วนมาก ดังเช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด ปัญหาทางด้านร่างกายที่พบมากคือระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เยื่อบุช่องปากอักเสบ ระบบไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดขาวลดลง ทำให้ภูมิต้านทานต่ำ ติดเชื้อง่าย ผลต่อผิวหนัง ผม และขน ทำให้ผิวหนังแห้งและคัน ผิวดำคล้ำ ไวต่อแสง ผมร่วง และระบบสืบพันธุ์ ยาเคมีบำบัดบางตัวส่งผลให้ประจำเดือนมาไม่ปกติ (Shannon, Wilson & Stang, 2003: 397) การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัด มีอาการชาบริเวณแขนข้างที่ผ่าตัด เนื่องจากเส้นประสาทถูกกดจากการบวมของแขนหลังผ่าตัด การจำกัดการใช้แขนข้างที่ทำผ่าตัดและ

Christian University of Thailand

ทำให้สูญเสียอวัยวะอย่างเต้านม สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวของแขนและหัวไหล่ได้อย่างอิสระ องศาของการเคลื่อนไหวข้อไหล่ข้างเดียวที่ผ่าตัดกับเต้านมอาจจะลดลง จากการที่เยื่อพังผืดมารัดบริเวณรักแร้ ซึ่งพบมากในสตรีที่ทำการผ่าตัดเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง (MRM) (สิริณัฐ สินวรรณกุล, 2551: 54) ผลกระทบของการรักษาตามความเป็นจริง เช่น พละกำลังที่ถดถอย ขาดความคล่องตัวในการเคลื่อนไหว จนรู้สึกไม่เหมือนคนอื่น ไม่เหมือนเดิม

ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่วนใหญ่สตรีเป็นคนแรกที่พบความผิดปกติของก้อนมะเร็งอย่างบังเอิญ ในขณะประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ทาแป้ง ทำงาน พักผ่อน คลำเล่นๆ เกา หรือจับเพราะปวดขณะมีประจำเดือน ซึ่งภายหลังจากการที่พบก้อนที่เต้านม สตรีได้ให้ความหมายของก้อนที่ผิดปกตินั้น ว่าอาจเป็นเพียงความผิดปกติ เป็นเนื้องอกธรรมดา หรือเป็นมะเร็ง แล้วจึงหาที่ปรึกษาหรือเสาะแสวงหาความรู้จากคนใกล้ชิดหรือสื่อต่างๆ การตอบสนองของสตรีต่อการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมพบว่า มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ สตรีจำนวนมากวินิจฉัยด้วยตนเอง คิดถึงการผ่าตัดเต้านม การตายอย่างโดดเดี่ยว ความเจ็บปวด และการตายอย่างไม่มีศักดิ์ศรีเป็นร้อยๆครั้งก่อนมาพบแพทย์ ในขณะที่บางคนรู้สึกว่าการวินิจฉัยเป็นเพียงการบรรเทาความไม่แน่นอน บางคนมีภาวะช็อคทางจิตใจอย่างรุนแรงเพราะไม่เคยคิดว่าก้อนเนื้องอกจะเป็นมะเร็ง นอกจากนี้ยังพบว่า ภายหลังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านม สตรีจะมีปฏิกิริยาทางความคิดความรู้สึก 2 แบบคือ ความคิดความรู้สึกเฉยๆ ละความคิดความรู้สึกทางลบได้แก่ ตกตะลึง ปฏิเสธการเป็นโรค หวาดกลัวและหมดอาลัยตายอยาก และจะมีการตอบสนองที่แบ่งได้เป็น 2 วิธีคือ การปลดปล่อยความกดดัน แสวงหาทางแก้ไขและการปรับเปลี่ยนความคิดด้วยการทำใจยอมรับการเป็นโรค การคิดปลง การปรับตัวเพื่อการมีชีวิตอยู่ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541: 165) จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้สตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม พบว่าเมื่อได้รับการบอกการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ ผู้สตรีมีความคับข้องใจในการเร่งส่งต่อให้ผู้สตรีไปถึงมือแพทย์ที่ชำนาญการเฉพาะทางดำเนินการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยความเร่งรีบ โดยขาดการให้ความสนใจต่อความรู้สึกของผู้สตรีที่ต้องการคำปรึกษา ซึ่งโดยแท้จริงแล้วในระยะนี้สตรีต้องการคำปรึกษาจากผู้สตรีผู้ที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่า การสนทนากับแพทย์ เพื่อน หรือครอบครัว (Batt,1994 อ้างใน สิริณัฐ สินวรรณกุล, 2551: 55) ปัญหาจิตใจที่พบบ่อยคือ กลัวการกระจายของมะเร็ง ร้อยละ 96.7 กลัวการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 93.3 รู้สึกว่าชีวิตไม่แน่นอนร้อยละ 83.3 กลัวการขาดรายได้ร้อยละ 20 (สุภาพร ฟองมูล, 2546: 72 - 73) กลัวถูกปฏิเสธจากครอบครัวทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เนื่องจากการสูญเสียเอกลักษณ์สำคัญทางเพศ (Kunkel, Chen & Okunlola, 2002: 129-134)

Christian University of Thailand

ผลกระทบด้านสังคม

ด้านหน้าที่การงาน การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนบทบาทรวมทั้งความสามารถในการทำงานเช่น ผลจากการผ่าตัดทำให้เคลื่อนไหวได้จำกัด ผลกระทบจากการได้รับยาเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยล้า และพลังงานของร่างกายลดลง ทำให้ผู้เป็นมะเร็งสูญเสียความสามารถในการทำงาน อันส่งผลกระทบต่อการประกอบอาชีพของผู้เป็นมะเร็ง

ด้านเศรษฐกิจ ความขัดสนเรื่องค่าใช้จ่ายเป็นอุปสรรคในการแสวงหาการดูแลรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวที่มีปัญหาทางการเงินและผู้เป็นมะเร็งเต้านมต้องมีส่วนร่วมในการหารายได้ ซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมตัดสินใจที่จะละเลยการรักษา (กนกนุช ชื่นเลิศกุล, 2541: 165)

ด้านครอบครัว ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นเป็นได้ทั้งด้านบวกและลบ โดยในด้านลบพบว่า ในสังคมปัจจุบัน สตรีเพศต้องทำหน้าที่ในครอบครัวหลายบทบาท เช่น บทบาทของภรรยา บทบาทของมารดา ดังนั้น การได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมจึงทำให้เกิดความทุกข์ทรมานในบทบาทของภรรยา การสูญเสียเต้านมจากการผ่าตัดทำให้ผู้เป็นมะเร็งสูญเสียภาพลักษณ์ กลัวการตั้งข้อรังเกียจ และระแวงต่อคำพูดของสามีเมื่อมองเห็นแผลที่เต้านม (สิริณัฐ สินวรรณกุล, 2551: 179) นอกจากนี้การสูญเสียเต้านมจากการผ่าตัดยังกระทบต่อความรู้สึกของมารดาที่ต้องเลี้ยงดูบุตร ในด้านบวก การมีครอบครัวทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านการเงิน การให้คำปรึกษา ความรัก ความเข้าใจ และกำลังใจจากครอบครัว ช่วยลดระดับความเครียดและวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้เหมาะสม ดังเช่นการศึกษาของกนกนุช ชื่นเลิศกุล (2541: 164) ที่พบว่า สามี บุตรและตัวผู้ป่วยเองเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคนี้

ด้านสัมพันธภาพในสังคม พบว่าการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ส่งผลต่อการสูญเสียบทบาททางสังคมหลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต การเปลี่ยนแปลงบทบาทและสัมพันธภาพในสังคมรวมทั้งการทำงาน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้เป็นมะเร็งแยกตัวออกจากสังคม (Ferrell, Dow, Leigh, Ly, & Gulasekaram, 1995: 915) อนึ่ง จากกรณีผมร่วงจากยาเคมีบำบัดทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ เกิดความจำกัดในกิจกรรมทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการใช้ชีวิตส่วนตัว ตลอดจนความต้องการทางเพศ

Christian University of Thailand

ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกผูกพันลึกซึ้งกับสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติหรือบางสิ่งที่ยิ่งใหญ่กว่าชีวิต (Reed, 1992: 349 - 357) ซึ่งจากการศึกษาประสบการณ์การเยียวยาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของสุพิศ สงนวล (2548: 3) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา รับรู้ปัญหาและสภาวะทางจิตวิญญาณเมื่อมีความเจ็บป่วย และใช้ประสบการณ์ในการเยียวยาด้านจิตวิญญาณ 3 วิธีคือ การใช้หลักธรรมคำสั่งสอนและแนวปฏิบัติทางพระพุทธศาสนา การปรับจิตตนเองโดยตนเองและกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน และการใช้ทางเลือกในการเผชิญความเครียดเป็นครั้งคราว ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งมีผลกระทบด้านจิตวิญญาณทั้งด้านบวกและลบ ในด้านบวก ผู้ป่วยจะเห็นว่าความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นสิ่งที่ให้ประโยชน์แก่ตน เนื่องจากเมื่อเกิดความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ ผู้ป่วยมะเร็งจะใช้วิธีเผชิญปัญหาโดยใช้หลักคำสอนและหลักปฏิบัติในศาสนามาช่วยลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น ช่วยให้ได้ใกล้ชิดศาสนามากขึ้น ส่วนในด้านลบ คือ ทำให้ผู้ป่วยที่ปรับตัวไม่เหมาะสมเกิดความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ (Taylor, 1998: 71 - 82) สอดคล้องกับผลการศึกษาของธนิญา น้อยเปียง (2545: 67) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความผาสุกทางจิตใจในระดับปานกลาง และ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

Christian University of Thailand

จากผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่การได้รับคำวินิจฉัยว่า ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตในครอบครัว สังคม อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้เป็นมะเร็งเต้านมที่ลดลง

ภาวะสุขภาพสตรีและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สตรีจัดเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากกว่าครึ่งของประเทศ ซึ่งในภาพรวมของประเทศ บุรุษมีสุขภาพดีกว่าสตรี แต่อายุคาดเฉลี่ยของสตรีมากกว่าบุรุษ (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2551: 17) ในสังคมไทย สตรีต้องเป็นผู้รับภาระในการดูแลกิจการภายในครัวเรือน การดูแลสัตว์เลี้ยง การดูแลบุตรหลาน การดูแลคนชรา และผู้ทุพพลภาพในครอบครัว ซึ่งเป็นงานที่มิได้รับค่าตอบแทน โดยเฉลี่ยผู้หญิงใช้เวลาวันละ 3.3 ชั่วโมง ในการทำงานบ้านและดูแลสมาชิกในครัวเรือน สตรีไทยจึงใช้เวลากับการทำงานดังกล่าวมากจนทำให้ขาดเวลาในการพัฒนาตนเองและการเรียนรู้อื่นๆ (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2551: 23)

ประเด็นปัญหาต่างๆของสตรีเป็นที่สนใจของทั่วโลก รวมถึงประเด็นด้านสุขภาพของสตรี ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานเรื่องสุขภาพสตรีเป็นครั้งแรกในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2515 – 2519) และต่อมาได้จัดทำแผนพัฒนาสตรีระยะยาว (พ.ศ.2525 – 2544) ซึ่งได้ใช้เป็นกรอบในการพัฒนาสตรีทุก 5 ปี โดยเริ่มตั้งแต่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 จนมีการกำหนดเป็นแผนระยะยาว (พ.ศ.2535 – 2554) ซึ่งเป็นแผนระยะยาวฉบับที่ 2 โดยในด้านภาวะสุขภาพของสตรีได้มีการกำหนดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายไว้ในเรื่องการรณรงค์ให้สตรีมีความรู้และตรวจโรคที่เกี่ยวกับสตรี เช่น มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม กามโรคและเอดส์ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2537: 17) รวมทั้งในแผนพัฒนาสตรีในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 - 2554) ได้มีการตั้งเป้าหมายเรื่องสุขภาพสตรีไว้ว่า สตรีกลุ่มต่างๆสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัยได้มากขึ้น โดยเฉพาะบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยใช้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาวะและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์สตรี เพื่อให้สตรีมีสุขภาพกาย จิตใจสมบูรณ์ พร้อมที่จะเข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา โดยการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยสตรีในระบบปกติ จัดให้มีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมป้องกัน แก้ไขปัญหาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุ และสตรีกลุ่มที่น่าห่วงใยเป็นพิเศษ (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2550: 21)

Christian University of Thailand

จากรายงานการสำรวจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของสตรีไทยของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2551 พบว่า ปัญหาสุขภาพของสตรีวัยกลางคนช่วงอายุ 35 - 59 ปี คือ การมีดัชนีมวลกายสูง กระดูกพรุน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มะเร็งปากมดลูกและโรคมะเร็งเต้านม โดยปัญหาที่สำคัญ คือ ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้โดยการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจเพื่อคลายเครียด การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ และการตรวจคัดกรองโรค เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นต้น ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การบริโภคอาหารผักผลไม้ลดลง โดยบริโภคลดลงในอายุที่เพิ่มขึ้น บริโภคน้ำตาลและอาหารที่ประกอบด้วยแป้งและน้ำตาล 33.2 กิโลกรัม/คน/ปี อัตราส่วนการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นโดยมีอายุที่เริ่มสูบเร็วขึ้น สตรีอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ2.1 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายร้อยละ 11.1 ดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ น้ำอัดลมที่ผสมคาเฟอีน ออกกำลังกายร้อยละ 5.7 และออกกำลังกายน้อยลงในอายุที่มากขึ้น สตรีใช้เวลาพักผ่อนน้อยกว่าชาย และน้อยลงในอายุที่เพิ่มขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์, 2551: 176) จากปัญหาด้านพฤติกรรมที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นถึงภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพของสตรีในโรคต่างๆมากมาย ซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น

พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นับเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่สตรีสามารถกระทำได้เอง โดยเป็นการช่วยค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก อันจะส่งผลในการรักษาได้เร็ว และช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ จึงนับเป็นสิ่งจำเป็นที่สตรีทุกคนควรได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งวิธีการตรวจเต้านมได้อย่างถูกต้อง สตรีจะต้องทำสม่ำเสมอทุกเดือน และต้องได้รับความรู้และฝึกทักษะการตรวจเต้านมตนเอง

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ การตรวจเพื่อค้นหาความผิดปกติหรือเนื้องอกของเต้านมรวมทั้งต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ด้วยตนเอง (กรมอนามัย, 2550: 44) นับเป็นการค้นหาโรคตั้งแต่ยังไม่มีอาการเพื่อจะได้รับการรักษาก่อนที่จะลุกลาม เป็นการตรวจค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะแรก ด้วยวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษใดๆ และ มีความเชื่อว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้นกับเต้านมได้ (Salazar, 1994: 52) โดยมีข้อแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข ระบุให้สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2550: 35) ซึ่งคณะทำงานประเมินเทคโนโลยีการตรวจเต้านมระยะแรกของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2546 ได้สรุปแนวทางในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550: 28) ดังนี้

วิธีการตรวจคัดกรองมี 3 วิธีได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self examination) การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม (Clinical breast examination) และการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม โดยมีข้อแนะนำในการตรวจ คือ

1. สตรีที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปควรตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง และควรจะต้องได้รับการบอกถึงประโยชน์ และข้อจำกัดของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งได้รับการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง

2. สตรีที่มีอายุ 40 - 69 ปี และยังไม่มีอาการ นอกจากตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้งแล้ว ควรได้รับการตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมทุก 1 ปี และตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammography) ทุก 1 - 2 ปี

3. สตรีที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป การตรวจคัดกรองให้พิจารณาเป็นรายบุคคล โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของประโยชน์และอัตราเสี่ยงของการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านมตลอดจนสภาวะสุขภาพในขณะนั้นและการมีชีวิตอยู่ต่อไป

Christian University of Thailand

4. สตรีกลุ่มเสี่ยง เช่นมีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมหรือรังไข่ มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม ได้รับการฉายรังสีบริเวณหน้าอก รับประทานฮอร์โมนเสริมแทนวัยหมดประจำเดือนเป็นประจำเกิน 5 ปี ตรวจคัดกรองตามกลุ่มอายุ แต่ต้องเริ่มตรวจเร็วขึ้น

ระยะเวลาการตรวจ

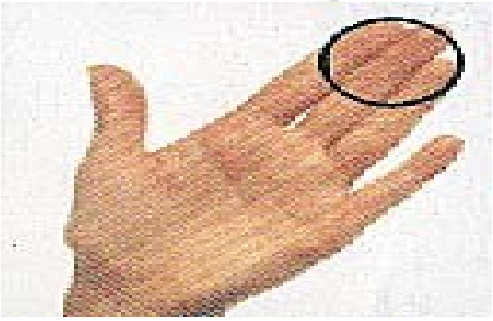
ระยะเวลาในการตรวจคือ ตรวจทุกเดือนในช่วง 3 - 10 วันหลังจากหมดประจำเดือน หรือวันที่ 7 ถึง 10 นับตั้งแต่มีประจำเดือนและสำหรับสตรีที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือน (Menopause) หรือในระยะตั้งครรภ์ หรืออยู่ในระหว่างการคุมกำเนิดแบบการใช้ยาฉีดคุมกำเนิด ตรวจในวันใดก็ได้ แต่ควรตรงกันทุกเดือน

หลักการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใช้หลักการดูและการคลำ ซึ่งศูนย์อนามัยที่ 4 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แนะนำเทคนิคในการตรวจเต้านมด้วยตนเองคือใช้ 3 นิ้วสัมผัส 3 ระดับการกด 3 ท่าในการตรวจและ 3 วิธีในการคลำ (กรมอนามัย, 2550: 44) ดังนี้

3 นิ้วสัมผัส

การสัมผัสใช้นิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนางวางชิดเสมอกัน ใช้ปลายนิ้วบริเวณก้นหอยกดสัมผัส อย่าใช้ปลายเล็บกด ขณะกดคลำให้ใช้สมาธิ จะทำให้ความรู้สึกจากก้อนที่สัมผัสปลายนิ้วชัดเจนขึ้น

Christian University of Thailand



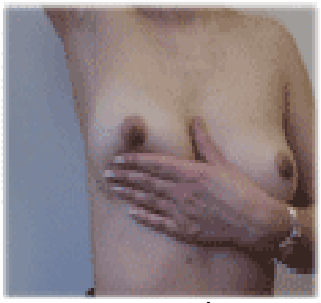
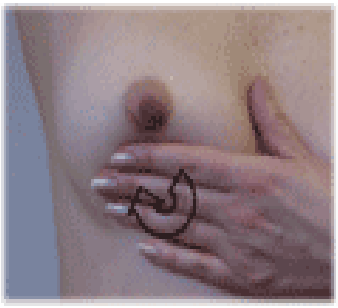
ภาพที่ 1 การใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนางในการตรวจ

ที่มา: ศูนย์มะเร็งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2552)

http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news_ca.php?newsID=38&typeID=18

3 ระดับการกด

การกดหาก้อนผิดปกติจะกดระดับความแรง 3 ระดับคือ เบา ปานกลางและหนัก ต้องกดทั้ง 3 ระดับ การกดเบาๆจะพบก้อนที่โตมากแล้ว ถ้ากดระดับหนัก จะสามารถคลำพบก้อนที่อยู่บริเวณฐานนมได้ ดังภาพ 2 - 4

ภาพที่ 2 ภาพที่ 3 ภาพที่ 4

ภาพที่ 2 กดเบา เพื่อให้รู้สึกถึงบริเวณใต้ผิวหนัง

ภาพที่ 3 กดปานกลาง เพื่อให้รู้สึกถึงกึ่งกลางของเต้านม

ภาพที่ 4 กดหนัก เพื่อให้รู้สึกได้ถึงส่วนลึกใกล้ผนังปอด

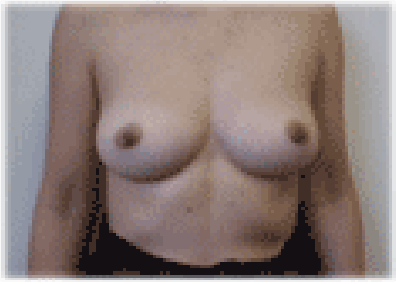
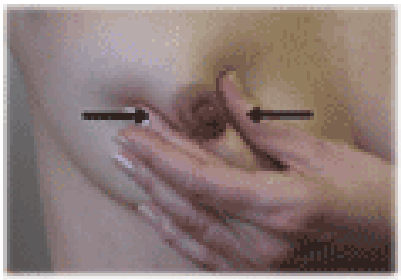
ที่มา: ศูนย์มะเร็งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2552)

http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news_ca.php?newsID=38&typeID=18

3 ท่าในการตรวจ

ท่าที่ 1 ยืนหน้ากระจก

ปล่อยแขนข้างลำตัวตามสบาย เปรียบเทียบเต้านมทั้งสองข้างว่ามีสิ่งผิดปกติของเต้านมหรือไม่ เช่น สีผิว รอยบุ๋ม รอยแผล หัวนมบุ๋มหรือบิดเบี้ยว และบีบหัวนมดูว่า มีของเหลวไหลออกมาหรือไม่ ประสานมือทั้งสองข้างเหนือศีรษะ แล้วกลับมาอยู่ในท่าเท้าสะเอว พร้อมสำรวจหาสิ่งผิดปกติ ให้โค้งตัวมาข้างหน้า โดยใช้มือทั้งสองข้างวางบนเข่า หรือเก้าอี้ ในท่านี้เต้านมจะคล้อยลงไปตรงๆ หากมีสิ่งผิดปกติก็จะเห็นได้ชัด ดังภาพที่ 5 - 8

ภาพที่ 5 ภาพที่ 6

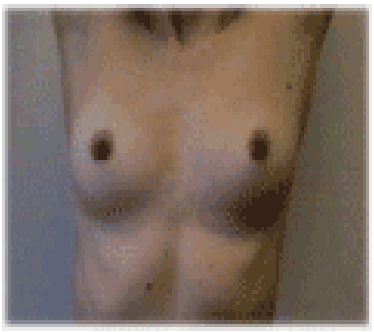
ภาพที่ 5 ปล่อยแขนข้างลำตัวตามสบาย เปรียบเทียบดูลักษณะเต้านมทั้งสองข้าง

ภาพที่ 6 บีบหัวนมเพื่อดูว่า มีของเหลวไหลออกมาหรือไม่

ที่มา: ศูนย์มะเร็งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2552)

http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news_ca.php?newsID=38&typeID=18

Christian University of Thailand



ภาพที่ 7

ภาพที่ 8

ภาพที่ 7 ประสานมือทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ สังเกตการเคลื่อนไหวขึ้นลงของเต้านม แล้วกลับมาอยู่ในท่าเท้าสะเอว

ภาพที่ 8 ยืนอยู่ในท่าเท้าสะเอว เกร็งกล้ามเนื้อแขนโค้งตัวไปข้างหน้า พร้อมสำรวจหาสิ่งผิดปกติ

ที่มา: ศูนย์มะเร็งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2552)

http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news_ca.php?newsID=38&typeID=18

ท่าที่ 2 นอนราบ

นอนในท่าสบาย ตรวจเต้านมขวา ให้สอดหมอนหรือม้วนผ้าใต้ไหล่ขวา ยกแขนขวาเหนือศีรษะ เพื่อให้เต้านมด้านนั้นแผ่ราบขึ้น จะทำให้คลำก้อนเนื้อได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะส่วนบนด้านนอกมีเนื้อนมหนามากที่สุด และมีการเกิดมะเร็งบ่อยที่สุด ใช้กึ่งกลางตอนบนของนิ้วมือซ้าย (นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง) คลำทั่วทั้งเต้านม และรักแร้ ที่สำคัญคือ ห้ามบีบเนื้อเต้านม เพราะจะทำให้รู้สึกเหมือนเจอก้อนเนื้อ ซึ่งความจริงแล้วไม่ใช่ และทำวิธีเดียวกันนี้กับเต้านมซ้าย ดังภาพที่ 9

ภาพที่ 9 นอนราบ สอดหมอนหรือม้วนผ้าใต้ไหล่ข้างที่จะตรวจ ยกแขนข้างเดียวกับเต้านมที่จะตรวจให้เหนือศีรษะ เพื่อให้เต้านมด้านนั้นแบน ราบ ซึ่งจะทำให้คลำพบก้อนได้ง่ายขึ้น

ที่มา: ศูนย์มะเร็งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2552)

http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news_ca.php?newsID=38&typeID=18

Christian University of Thailand

ท่าที่ 3 ขณะอาบน้ำ

สำหรับผู้ที่มีเต้านมขนาดเล็ก ให้วางมือข้างเดียวกับเต้านมที่ต้องการตรวจบนศีรษะ แล้วใช้มืออีกข้างคลำในทิศทางเดียวกับที่ใช้ในท่านอน สำหรับผู้ที่มีเต้านมขนาดใหญ่ ให้ใช้นิ้วมือข้างนั้นประคองและตรวจคลำเต้านมจากด้านล่าง ส่วนมืออีกข้างให้ตรวจคลำจากด้านบน ดังภาพที่ 10

ภาพที่ 10 การวางมือตรวจเต้านมขนาดเล็ก และเต้านมขนาดใหญ่

ที่มา: ศูนย์มะเร็งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2552)

http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news_ca.php?newsID=38&typeID=18

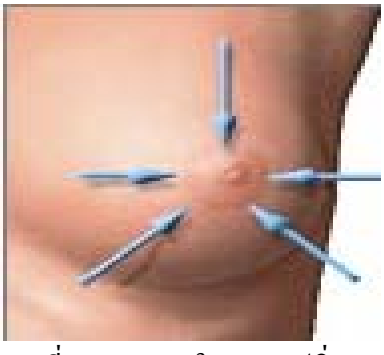
Christian University of Thailand

3 วิธีในการคลำ

โดยวิธีการคลำอาจใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ต่อไปนี้

การคลำในแนวก้นหอย เริ่มจากคลำส่วนบนของเต้านม ไปตามแนวก้นหอย จนกระทั่งถึงฐานเต้านม บริเวณรอบรักแร้ ดังในภาพที่ 11 การคลำในแนวรูปลิ่ม เริ่มคลำส่วนบนของเต้านมจนถึงฐาน แล้วกลับขึ้นสู่ยอดอย่างนี้ไปเรื่อยๆ จนทั่ว ทั้งเต้านม ดังในภาพที่ 12

ภาพที่ 11 การคลำในแนวก้นหอย

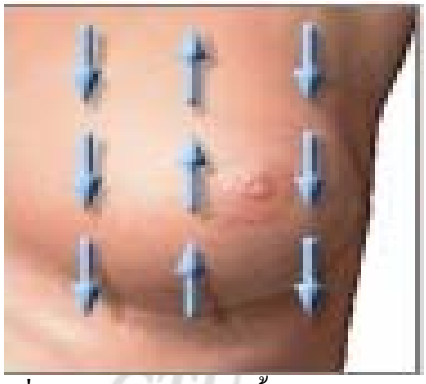


ภาพที่ 12 การคลำในแนวรูปลิ่ม

ที่มา: ศูนย์มะเร็งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2552)

http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news_ca.php?newsID=38&typeID=18

การคลำในแนวขึ้นลงจากใต้เต้านม ถึงกระดูกไหปลาร้า เริ่มคลำจากใต้เต้านม ถึงกระดูกไหปลาร้า แล้วขยับนิ้วทั้งสาม คลำในแนวขึ้นและลงสลับกันไปเรื่อยๆจนทั่วทั้งเต้านม ดังภาพที่ 13



ภาพที่ 13 การคลำในแนวขึ้นลงจากใต้เต้านม

ที่มา: ศูนย์มะเร็งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (2552)

http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news_ca.php?newsID=38&typeID=18

วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการตรวจทั้งการดูและการคลำ ซึ่งจะต้องทำให้ถูกวิธีและทำเป็นประจำทุกเดือน เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับธรรมชาติและความปกติของเต้านมตนเอง เมื่อใดเกิดความผิดปกติจึงทราบได้

Christian University of Thailand

จากรายงานการสาธารณสุขไทย เรื่องพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ใน พ.ศ.2547 สตรีไทยอายุ 15 - 59 ปี เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 48.7 และใน พ.ศ. 2549 สตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองลดลงเหลือร้อยละ 24.6 (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์, 2551: 198) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพรพิมล คุ้มหมื่นไวยและคณะ (2547: 34) ในสตรีอายุ 35 - 59 ปี ในเขตสาธารณสุขที่ 4 พบว่า สตรีได้รับการสอนเรื่องการตรวจเต้านมจากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 59.8 แต่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนเพียงร้อยละ 26.5 และมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพียงร้อยละ 46.7 จากการศึกษาของปิยะนุช จิตตนูนท์และคณะ (2551: 154) พบว่า พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี 3 กลุ่มอายุคืออายุ 35 - 44 ปี อายุ 45 - 54 ปี และอายุ 55 ปีขึ้นไปร้อยละ 15 - 20 มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง และร้อยละ 50 ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยให้เหตุผลว่า ไม่ทราบวิธีการตรวจ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านลักษณะประชากรที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี ได้แก่

1. อายุ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพราะอายุที่เพิ่มขึ้นตามวัยมีผลต่อพัฒนาการทางความคิดความเข้าใจ (Stage of cognitive development) ซึ่งเชื่อมโยงไปยังเจตคติและส่งผลถึงพฤติกรรม (ผ่องศรี เรือนเครือ, 2546: 34) จากการศึกษาของดอร์เซ (Dorsay, 1988: 223) พบว่า สตรีที่มีอายุมากกว่า 70 ปี จะมีพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านม

ด้วยตนเองน้อยกว่าสตรีที่มีอายุ 50 – 70 ปี และผลการศึกษายังพบว่า สตรีที่มีอายุน้อยจะมีความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มากกว่าสตรีสูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมล คำสวัสดิ์ (2535: 85) พบว่า สตรีที่มีอายุมากขึ้น จะมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยลง เพราะวัยที่เพิ่มขึ้นจะทำให้บุคคลขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจตนเอง ซึ่งต่างจากการศึกษาของ พรพิมล คุ้มหมื่นไวยและคณะ (2547: 38) พบว่า กลุ่มอายุที่ต่างกันไม่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2. สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่บอกถึงการมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของตัวบุคคล โดยบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จะมีคู่สมรส และบุคคลในครอบครัวช่วยดูแล ส่งเสริมให้กำลังใจ ซึ่งครอบครัวที่มีความสัมพันธ์อันดี ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลในครอบครัวด้วยเช่นกัน จากการศึกษาในกลุ่มสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปจำนวน 380 ราย พบว่าสตรีที่มีสถานภาพคู่หรือที่เคยผ่านการแต่งงานมาก่อน จะมีความมุ่งมั่น ตั้งใจ ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าสตรีที่มีสถานภาพโสด หรือสตรีที่ไม่เคยผ่านการแต่งงานมาก่อน และจากการศึกษาของ พรพิมล คุ้มหมื่นไวยและคณะ (2547: 38) พบว่า สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

3. ระดับการศึกษา การศึกษาช่วยให้บุคคลเกิดสติปัญญา เกิดการรับรู้ข่าวสารได้ดี อันจะส่งผลต่อการใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขและเหมาะสม การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค และบุคลากรที่มีการศึกษาสูง จะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ซักถามปัญหา ตลอดจนการให้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล คุ้มหมื่นไวยและคณะ (2547: 39) พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ เมมมิส (Memis, 2007: 39) ซึ่งศึกษาความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์ พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้และทักษะการตรวจเต้านมที่ถูกต้องจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งในบริบทที่แตกต่างกันอาจต้องใช้วิธีการที่ต่างกัน เช่น การศึกษาการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทยมุสลิมพบว่า ควรมีการผสมผสานการสนทนาจูงใจและการฝึกปฏิบัติโดยคำนึงถึงความเหมาะสมในเรื่องสถานที่ เวลา จำนวนผู้ข้าร่วมกลุ่ม และภาษาที่ใช้ (หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2550: ค)

โดยสรุป พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองจะเกิดขึ้นได้ นอกจากความรู้และทักษะการตรวจเต้านมที่สตรีพึงมีแล้ว อาจมีปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลให้สตรีคิดว่าจะตรวจ หรือไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง เช่น ปัจจัยด้านประชากร ความเชื่อ เจตคติ เป็นต้น

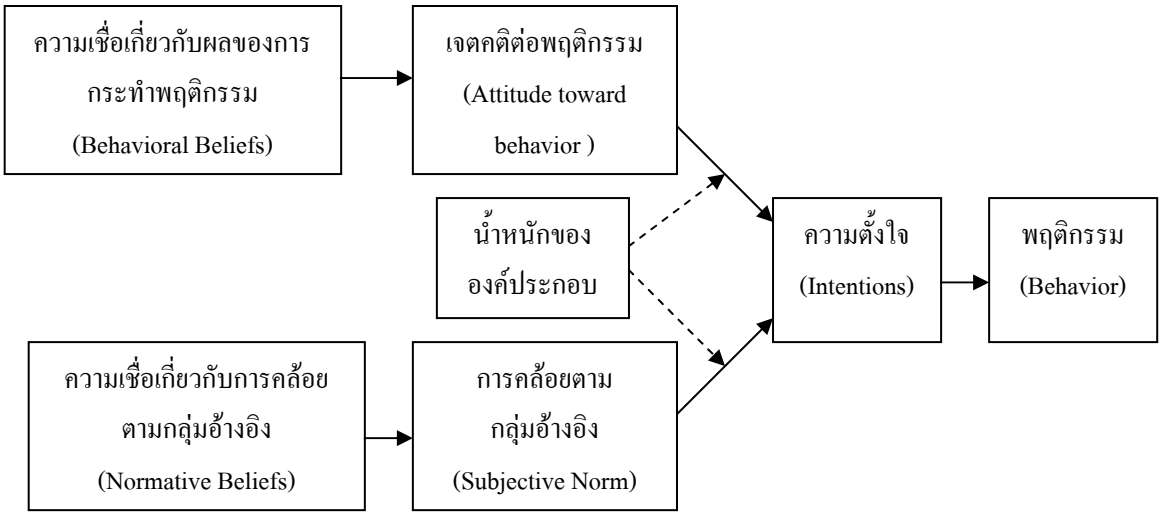
Christian University of Thailand

ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior)

ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม (Social psychology) ที่มีผู้นำมาใช้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และนำมาใช้อย่างกว้างขวางในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ซึ่งนับเป็นทฤษฎีที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีลำดับขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

ปี ค.ศ.1980 นักจิตวิทยาสังคมคือ เอจเซนและฟิชบายน์ ได้พัฒนาทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ขึ้นโดยมีแนวคิดว่า พฤติกรรมส่วนมากของบุคคลอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น (Behavioral intention) ซึ่งตามทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์โดยปกติจะเป็นผู้มีเหตุผล และใช้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อตนเองอย่างเป็นระบบ เพื่อให้บรรลุถึงการตัดสินใจของตน พฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้ถูกกำหนดโดยขาดการพิจารณามาก่อน และเชื่อว่า ได้มีการพิจารณาสิ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของตนเองและความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลโดยมีตัวกำหนดพฤติกรรมที่สำคัญ 2 ประการคือเจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior) ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคม (Ajzen & Fishbein, 1980: 8) ดังแผนภูมิที่ 2

Christian University of Thailand



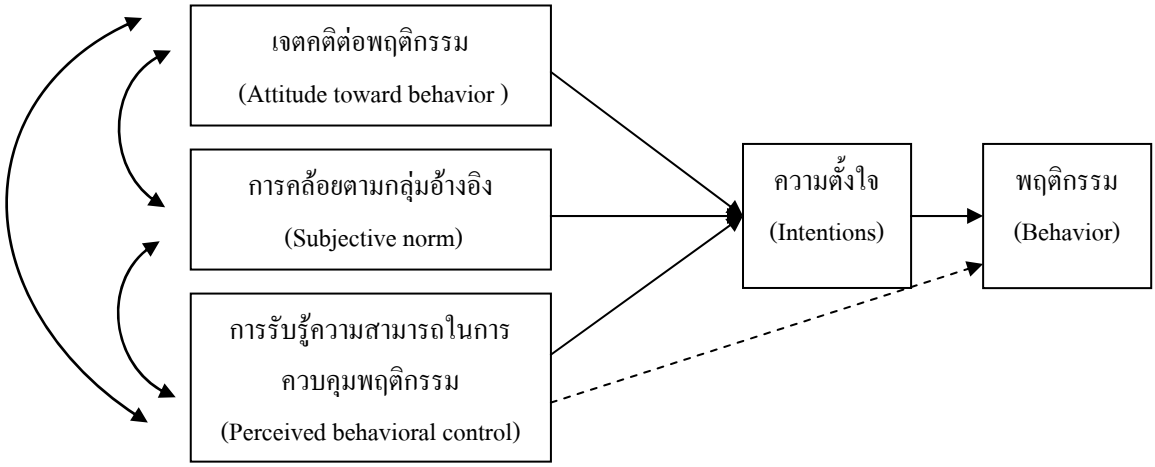
แผนภูมิที่ 2 รูปแบบทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Ajzen & Fishbein, 1980)

ที่มา : Ajzen, I., & Fishbein, M.(1980). Understanding attitudes and predicing social behavior.

เนื่องจากข้อจำกัดของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลที่ว่า พฤติกรรมทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจอย่างสมบูรณ์ (Complete validation control) ความตั้งใจถูกสมมุติว่าเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ดังนั้น ความตั้งใจจึงเป็นตัวทำนายว่าพฤติกรรมจะเกิดขึ้นหรือไม่ แต่ในความเป็นจริงมีพฤติกรรมหลายอย่างที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ความตั้งใจ เพราะการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ต้องอาศัยปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ทรัพยากรและโอกาส

ในปีค.ศ.1985 เอจเซน จึงได้เพิ่มตัวแปรในทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Ajzen, 1991: 179) โดยเพิ่มตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเป็นอีกหนึ่งตัวแปรไว้ในโมเดล และเปลี่ยนชื่อเป็นทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) โดยได้อธิบายเพิ่มเติมว่า ปัจจัยดังกล่าวนี้เป็นเสมือนปัจจัยที่จูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรม เช่น ความรู้ ทักษะ เวลา โดยสามารถส่งผลทั้งทางตรงต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล และส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในทางอ้อมผ่านตัวแปรความตั้งใจในการแสดง พฤติกรรมของบุคคล อย่างไรก็ตาม เอจเซน ได้อภิปรายเพิ่มเติมไว้ว่า การเพิ่มตัวแปรดังกล่าวเข้าไปในโมเดลนั้น จะสามารถอธิบายตัวแปรการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้เพิ่มขึ้น โดยตัวแปรใหม่ที่เพิ่มเข้าไปนี้ จะพบได้ในบางกรณีเท่านั้น เช่นกรณีที่บุคคลรับทราบว่าขณะนั้นปัจจัยไม่เพียงพอหรือไม่มีโอกาสที่จะได้ปัจจัยนั้น ความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมของบุคคลย่อมจะมีไม่มาก แม้ขณะนั้นบุคคลจะมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้นก็ตาม ดังแผนภูมิที่ 3

Christian University of Thailand

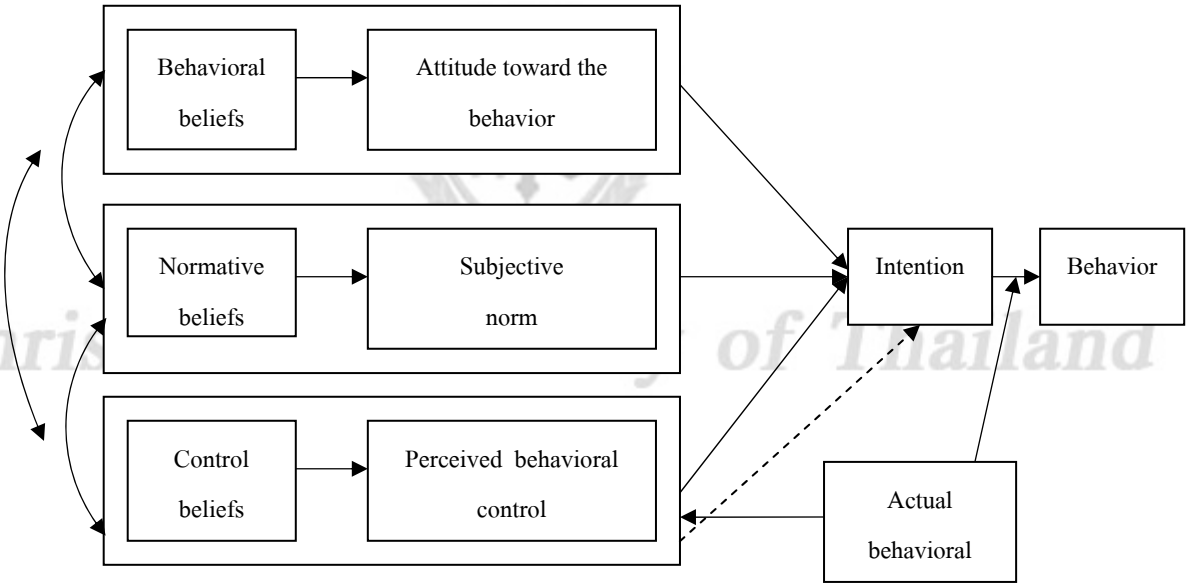


แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Ajzen, 1991)

ที่มา : Ajzen, I.(1991). The Theory of Planned Behavior. Organizational behavior and human decision processes.

ในค.ศ. 2002 เอจเซน ได้มีการอภิปรายทฤษฎีดังกล่าวขึ้นอีกระดับหนึ่ง โดยใช้แนวคิดจากฐานของทฤษฎีเดิม เนื่องจากพบว่า มีพฤติกรรมจำนวนมากที่มีความยุ่งยากในการพิจารณา และอธิบายถึงการแสดงพฤติกรรม โดย เอจเซนได้อภิปรายเพิ่มเติมว่า การควบคุมพฤติกรรมที่แท้จริง (Actual behavioral control) เป็นขอบเขตของบุคคลในการมีทักษะ ทรัพยากรและความต้องการของบุคคลที่ต้องมีมาก่อน จึงจะทำให้เกิดพฤติกรรม ความสำเร็จของการกระทำไม่ได้ขึ้นอยู่กับความตั้งใจเพียงอย่างเดียวแต่รวมถึงระดับการควบคุมพฤติกรรมที่เพียงพอ โดยดูที่การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม(Perceived behavioral control)ซึ่งนับเป็นปัจจัยที่วัดได้ตรงที่สุด ที่สามารถเป็นตัวแทนอย่างแท้จริงในการควบคุมและใช้ทำนายพฤติกรรม แสดงได้ดัง แผนภูมิที่ 4

CTU



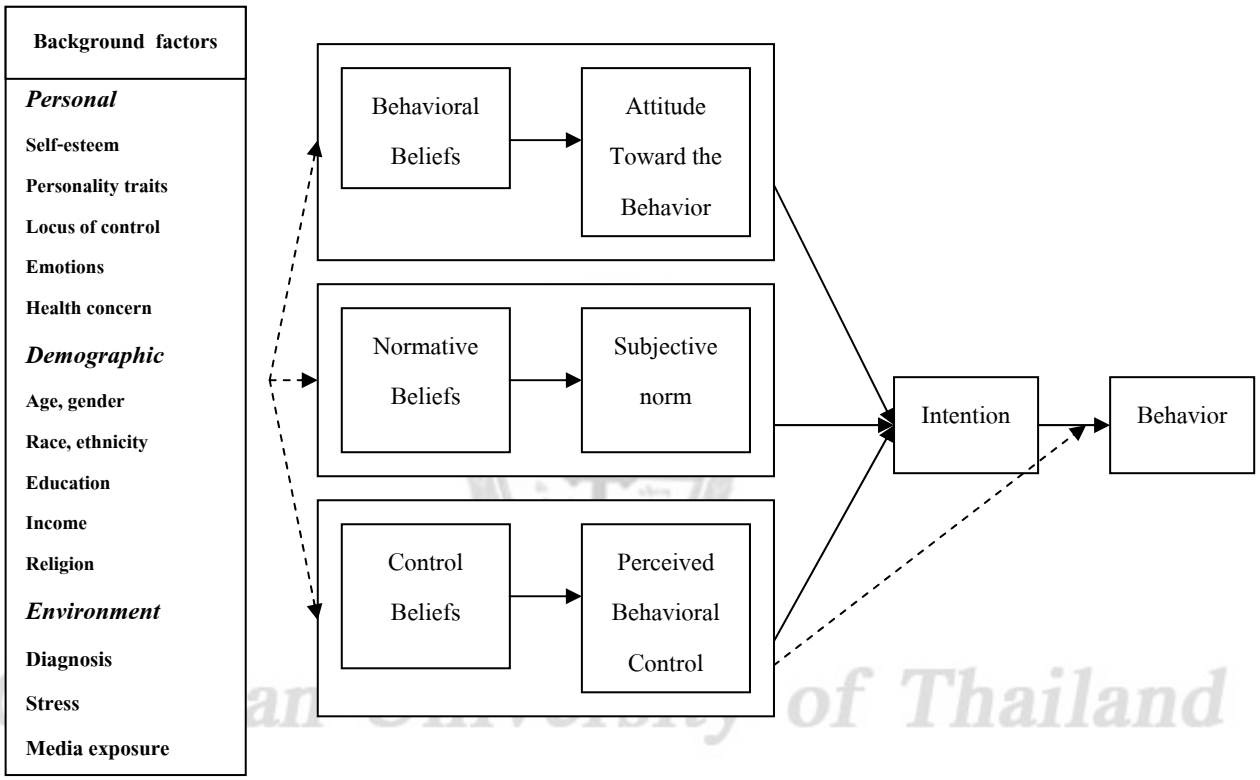
Chris of Thailand

แผนภูมิที่ 4 กรอบแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Ajzen, 2002)

ที่มา : Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior.

ต่อมาในค.ศ. 2007 เอจเซนและแมนสตรีด ได้ร่วมกันอภิปรายทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมร่วมกันอีกครั้ง โดยมีทฤษฎีพื้นฐานเป็นต้นแบบในการอภิปราย ทั้งนี้เป็นการกล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่ส่งผลต่อปัจจัยหลักทั้ง 3 ในทฤษฎี ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ความเชื่อมั่นในตนเอง บุคลิกภาพ อารมณ์ ความคิดด้านสุขภาพ ลักษณะประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ

เผ่าพันธุ์ การศึกษา รายได้ ศาสนา สิ่งแวดล้อม เช่น การเจ็บป่วย ภาวะเครียด ซึ่งปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ช่วยสนับสนุนให้เกิดปัจจัยหลัก ทั้ง 3 ในทฤษฎีวางแผนพฤติกรรม ดังแผนภูมิที่ 5



แผนภูมิที่ 5 กรอบแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Ajzen & Manstead, 2007)
ที่มา : Ajzen & Manstead, A. S. R. (2007). The scope of social psychology: Theory and applications.

จากที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยสามารถสรุปทฤษฎีวางแผนพฤติกรรม ได้ว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นผลมาจากความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น และการที่บุคคลจะมีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจาก 3 ปัจจัยคือเจตคติของบุคคลต่อพฤติกรรมนั้น (Attitude toward the behavior) การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้น (Subjective norm) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมจากการรับรู้ต่อสิ่งนั้น (Perceived behavioral control) ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 นี้ มีพื้นฐานมาจาก บุคลิกภาพส่วนตัว ลักษณะทางประชากรและจากสภาพแวดล้อมรอบๆตัวบุคคล (Ajzen & Manstead, 2007: 45)

การอธิบายตัวแปรหลักตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม

1. เจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม (Attitude toward performing) ซึ่งเป็นตัวกำหนดหรือองค์ประกอบด้านบุคคล หรือธรรมชาติของบุคคลที่เกี่ยวกับการประเมินทั้งในด้านบวกและด้วนลบหรือด้านดีและไม่ดีของบุคคลนั้นต่อการกระทำพฤติกรรม ซึ่งในการประเมินเจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม จะต้องทำการประเมินใน 2 ลักษณะคือ การประเมินความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำตามความเชื่อนั้นๆ (Behavioral beliefs or bi) และการประเมินความเป็นไปได้ของผลของการกระทำพฤติกรรม (Evaluation of consequence or ei) โดยแสดงเป็นสมการได้ดังนี้

$$A_B \quad \alpha \quad \sum_{i=1}^{n} b_i e_i$$

โดยที่ A คือ เจตคติที่มีต่อการกระทำพฤติกรรม

b_i คือ ความเชื่อในผลของการกระทำ

e_i คือ การประเมินความเป็นไปได้ของผลของการกระทำพฤติกรรมตามความเชื่อนั้นๆ

n คือ จำนวนของความเชื่อที่มีต่อการกระทำพฤติกรรม

CTU
Christian University of Thailand

ดังนั้น เจตคติที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมคือ ผลรวมของผลคูณของการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมกับการประเมินความเป็นไปได้ของผลของการกระทำพฤติกรรมตามความเชื่อนั้นๆ นอกจากนี้ ฟิชบายน์และเอจเซน ได้เสนอแนวทางการวัดเจตคติที่มีต่อการกระทำพฤติกรรม โดยเน้นการประเมินความรู้สึกโดยทั่วไปของบุคคลในทางที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งฟิชบายน์และเอจเซน ได้ใช้แบบมาตรวัดจำแนกความหมายของออสกูด เป็นแนวทางในการวัดเจตคติ (Fishbein & Ajzen, 1980: 54 - 55)

2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) เป็นองค์ประกอบด้านสังคมหรือเป็นผลกระทบจากสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับแรงผลักของสังคมที่ให้กระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม นั่นคือ การรับรู้ในบรรทัดฐานของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ที่มีความสำคัญต่อตนเอง โดยการคาดหมายถึง ความรู้สึกของบุคคลเหล่านั้นที่มีต่อพฤติกรรมการกระทำพฤติกรรมของตนเอง เช่น การรับรู้ว่าบุคคลหรือกลุ่มสังคมที่มีอิทธิพลต่อตนเอง สนับสนุนหรือคัดค้านการที่บุคคลนั้นจะกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งในการวัดบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงจะต้องทำการวัดใน 2 ลักษณะ คือ การวัดความเชื่อเกี่ยวกับเจตคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำพฤติกรรม (Normative belief or n_i)

และแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังหรือแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to comply or m_i) ซึ่งสามารถนำมาเขียนเป็นสมการได้ ดังนี้

$$SN \quad \alpha \quad \sum_{i=1}^{n} n_i m_i$$

โดยที่ SN คือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

n_i คือ ความเชื่อที่มีต่อบุคคลอื่นโดยเชื่อว่า บุคคลอื่นคิดว่าตัวบุคคลควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้นๆ (Normative beliefs)

m_i คือ แรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ (Motivation to comply)

n คือ จำนวนความเชื่อทั้งหมด

ดังนั้น ผลการวัดบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงจะมีค่าเท่ากับผลรวมของผลคูณของคะแนนความเป็นไปได้ของความเชื่อที่มีต่อบุคคลอื่นกับแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังของบุคคลนั้น

Christian University of Thailand

3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) เป็นการรับรู้ของสตรีว่ายาก หรือง่ายที่จะกระทำ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับวิธีการตรวจ ทักษะในการตรวจ ซึ่ง เอจเซน กล่าวว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม (Control belief) และการรับรู้อิทธิพลของปัจจัยสนับสนุนหรือขัดขวางการกระทำพฤติกรรมของบุคคล (Perceived power) คือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองมีทรัพยากรและโอกาสที่เอื้อต่อการกระทำพฤติกรรมมาก และมีอุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรมน้อย บุคคลก็สามารถจะรับรู้ได้ว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งสามารถแสดงความสัมพันธ์ได้ดังสมการ

$$PBC \quad \alpha \quad \sum_{i=1}^{n} c_i p_i$$

PBC คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

โดยที่ c_i คือ ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม (Control belief)

p_i คือ การรับรู้อิทธิพลของปัจจัยสนับสนุนหรือขัดขวางการกระทำพฤติกรรม (Perceived power)

n คือ จำนวนความเชื่อทั้งหมด

ดังนั้นการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถวัดทางอ้อมได้จากผลรวมของคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมและการรับรู้อิทธิพลของปัจจัยสนับสนุนหรือขัดขวางการกระทำพฤติกรรมของบุคคล

สรุปได้ว่า ในการทำนายและอธิบายกระทำพฤติกรรมใดๆของบุคคล มีองค์ประกอบที่ชัดเจนในการศึกษาคือ การกระทำ (Action) เป้าหมาย (Target) เวลา (Time) และบริบทหรือสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม (Context) โดยใช้ตัวแปรที่สอดคล้องกับพฤติกรรมคือ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจสามารถทำนายพฤติกรรมได้ ดังเช่นการศึกษาของกลูแลท (Gullatte, 2006: 89 - 93) ได้ศึกษาปรากฏการณ์ทางจิตวิญญาณและความเชื่อทางศาสนาในการคัดกรองมะเร็งเต้านมล่าช้าของสตรีแอฟริกันโดยใช้ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม ซึ่งผลการศึกษา พบว่า จิตวิญญาณและความเชื่อทางศาสนามีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในระดับตัวบุคคล และราฮ์ (Rah, 2004: 238) ได้ศึกษาเจตคติต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง ซึ่งพบว่า เจตคติ ส่งผลต่อความตั้งใจในการบริโภคผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง โดยเจตคติ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความตั้งใจได้ร้อยละ 44 และความตั้งใจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมได้ร้อยละ 48.6 และสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมความเข้าใจในคำแนะนำการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจได้ร้อยละ 69 และสามารถทำนายพฤติกรรมได้ร้อยละ 11 (Prapavessis, H. et al., 2005: 335) และจากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุ ของซาร่าและคณะ (อ้างในกาญจนี ชิตบุตร, 2548: 24) พบว่า เจตคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการมีพฤติกรรมได้ร้อยละ 40 และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจสามารถทำนายพฤติกรรมได้ร้อยละ 18

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ซึ่งนำเสนอโดยเอจเซนและแมนสตรีด มีนักวิชาการหลายท่านนำไปใช้ในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล แต่ยังไม่มีการทำมาใช้ทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจจะใช้ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) เพื่อศึกษาปัจจัยเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป

Christian University of Thailand

เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม กล่าวว่า เจตคติต่อพฤติกรรมเป็นผลมาจากความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม และการประเมินคุณค่าตามความเชื่อของการกระทำพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับด้านบวกและด้วนลบ หรือด้านดีและไม่ดีของบุคคลนั้นต่อการกระทำพฤติกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นความรู้สึก ความเชื่อของสตรีกลุ่ม 35 ปีขึ้นไปที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ว่าเป็นไปในทางบวกหรือทางลบ ถ้าสตรีมีความเชื่อว่า การกระทำพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลของการกระทำทางบวก สตรีก็จะเห็นด้วยหรือมีเจตคติที่ดีในการกระทำพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าสตรีมีความเชื่อว่า การกระทำพฤติกรรมนั้น จะนำไปสู่ผลของการกระทำทางลบ สตรีก็จะไม่เห็นด้วยหรือมีเจตคติที่ไม่ดีในการกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่ง เอจเซนและฟิจบายน์ (1980) กล่าวว่า เจตคติต่อพฤติกรรมถูกกำหนดด้วย ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อการกระทำ ร่วมกับการประเมินผลลัพธ์ของการกระทำนั้น ซึ่งจากการศึกษาของแชมเปี้ยน (Champion, 1987: 375) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และจากการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อหรือการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป พบว่า สตรีที่มีความเชื่อว่า โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีความรุนแรงมาก และรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสที่จะเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ จะส่งผลทำให้สตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Champion, 1988: 284) เช่นเดียวกับปาริชาติ ชูประดิษฐ์ (2543: 47) ได้ศึกษาความตั้งใจในการตรวจเต้านมของสตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน พบว่า เจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง สามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการตรวจมะเร้งเต้านมด้วยตนเองได้ร้อยละ 17 และการศึกษาของจิรภา จงจามรีสีทอง (2549: 6) พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสตีเวน (Steven, 2003: 305) ศึกษาความรู้ เจตคติ ความเชื่อและการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มชนต่างกัน ในภาคตะวันออกทางเหนือของเมืองออนตาริโอ้ พบว่า ความรู้ เจตคติ ความเชื่อและการฝึกปฏิบัติมีผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นการรับรู้ของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีต่อความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญกับตนคิดว่าตนสมควรกระทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นความคิดเห็นของสตรี 35 ปีขึ้นไปที่มีต่อความคาดหวังของกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อตน ได้แก่ สามี/คู่รัก

Christian University of Thailand

บิดา/มารดา บุตร ญาติ เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ว่ากลุ่มบุคคลเหล่านี้มีความคาดหวังว่าตนควรหรือไม่ควรตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลต่างๆในกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแรงจูงใจที่บุคคลจะปฏิบัติตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญต่อตน

บุคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตร นับเป็นบุคคลใกล้ชิดที่บุคคลให้ความสำคัญ ต้องพึ่งพาอาศัยกัน ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมมักจะได้รับจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการได้รับคำชี้แนะ หรือการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัวจะมีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมทั้งในด้านดีหรือไม่ดี (ปาริชาติ ชูประดิษฐ์, 2543: 20) จากการศึกษาสตรีที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร (วิมล คำสวัสดิ์, 2535: 45) พบว่า สตรีที่เคยมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นก้อนที่เต้านมหรือมะเร็งเต้านมจะมีประสบการณ์ที่เคยได้เห็น ได้รับทราบเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประสบการณ์ดังกล่าวจะกระตุ้นให้สตรีเกิดความสนใจในเรื่องนี้มากขึ้น และความหวาดกลัวจากการได้เห็นคนใกล้ชิดป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมทำให้สตรีตื่นกลัวที่จะป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคนี้

เพื่อนบ้าน เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อาศัยใกล้เคียงกัน ตั้งบ้านเรือนอยู่ในละแวกเดียวกัน มักมีความสัมพันธ์อันดีระหว่างกัน โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลุ่มเพื่อน/เพื่อนบ้านจะมีอิทธิพลต่อทัศนคติ ความเชื่อ และการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล (ปาริชาติ ชูประดิษฐ์, 2543: 41; รุจา ภู่ไพบูลย์และคณะ, 2549: 80; สมใจ พรภิกานนท์, 2551: 6)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นเครือข่ายสุขภาพในชุมชนที่มาจากการคัดเลือกของประชาชนในชุมชนและเป็นผู้ที่คนในชุมชนหรือสังคมคาดหวังให้เป็นผู้นำด้านสุขอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2550: 11) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายที่จะพัฒนาศักยภาพ และยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการปรับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (อสมช.) ทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู เพื่อจัดการกับโรคที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั้ง 5 โรคได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และมะเร็ง โดยการการให้ความรู้และฝึกทักษะการคัดกรองโรคเบื้องต้นให้กับตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านละ 1 - 3 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2550: 4) ซึ่งได้มีการศึกษาการปฏิบัติการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองมะเร็งเต้านม ของ สรัญญา ปัณฑวงศ์ (2551:51) พบว่า การปฏิบัติการด้านการกระตุ้นเตือนให้สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป

Christian University of Thailand

ตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีอิทธิต่อความเชื่อ และการปฏิบัติของสตรี

บุคลากรทางด้านสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ได้รับการไว้วางใจ และความเชื่อถือจากผู้รับบริการบนเงื่อนไขทางวัฒนธรรมไทยที่ผู้น้อยเชื่อผู้ใหญ่ อีกทั้งแพทย์ และพยาบาลมีอำนาจเหนือกว่าผู้รับบริการ ซึ่งเป็นอำนาจที่มาจากพื้นฐานความรู้ทางด้านการแพทย์ ลักษณะของวิชาชีพและอิทธิพลทางสังคมร่วมกับลักษณะของความเป็นเจ้านายของแพทย์และพยาบาล อาจจะเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้รับบริการ (ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ, 2536: 34) สอดคล้องกับการศึกษาของ เบอร์เน็ตและคณะ (Burnett & et al., 1995: 1551) พบว่า ผลการศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี 339 คน เจตคติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สามารถทำนายความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ร้อยละ 39 และจากการศึกษาของรูทลีดและเดวิส (Rutledgs & Davis, 1988: 175) ศึกษาในสตรีจำนวน 248 คน พบว่า คำแนะนำจากแพทย์ และการสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัวมีความสำคัญในการทำนายการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้เช่นเดียวกับซิมเมอร์แมนและคอนเนอร์ (Zimmerman & Connor, 1989: 57) อธิบายว่า บุคคลต่างๆ ได้แก่สามี ญาติ เพื่อนสนิท แพทย์ และพยาบาลซึ่งมีความสำคัญต่อบุคคลหนึ่งๆจะเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นๆได้ และการศึกษาของฐิตวันต์ พิทักษ์จงวัฒนา (2544: 109) เรื่องการประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการกระตุ้นเตือน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีวัยหมดประจำเดือนในคลินิกวัยทอง พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ ด้านการรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นการรับรู้ของสตรีกลุ่มเสี่ยงว่ายาก หรือง่ายที่จะกระทำ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับวิธีการตรวจ ทักษะในการตรวจ ระยะเวลาที่ตรวจ ทักษะ ความรู้ สภาพแวดล้อม ซึ่ง Ajzen (1988) กล่าวว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมและการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการควบคุมพฤติกรรม ดังการศึกษา พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง

Christian University of Thailand

(กาญจนี ชิตบุตร, 2548 : 3) จากการศึกษาผลของการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของภรรยาทหารเรือ พบว่า เมื่อควบคุมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของภรรยาทหารเรือแล้ว ภรรยาทหารเรือกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (รัชนีกร ทรัพย์ทอง, 2550: 76)

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคมะเร็งเต้านม เป็นโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบ ต้องใช้วิธีการรักษาที่หลากหลายวิธี และส่งกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งการจะปลอดภัยจากโรคมะเร็งเต้านมนั้น บุคคลต้องมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ โดยการที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้น เอจเซนกล่าวถึงว่า ต้องมีปัจจัย ทั้งด้านตัวบุคคลและสังคมส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม นับเป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับในการใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคล โดยมีปัจจัยหลักคือ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ในประเทศไทย ยังไม่มีการใช้ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมในการศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากนัก และโดยเฉพาะในชุมชนบ้านเบญพาด จังหวัดกาญจนบุรี จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรร (Theory of Planned Behavior) ของเอจเซนและแมนสตีด (Ajzen and Manstead, 2007) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

Christian University of Thailand

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

CTU

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบ ของศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาด ตำบลพังตรุ อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

Christian University of Thailand

ประชากร

เป็นสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาด ตำบลพังตรุ อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์และตัวอาศัยอยู่จริงในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 875 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
2. มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน
3. ไม่มีประวัติเป็นก้อนที่เต้านมหรือเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสัดส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเทียบกับจำนวนประชากรศึกษา โดยใช้สูตรการคำนวณของเดเนียล (Daniel, 1995: 180) ดังนี้

จากสูตร $n = \dfrac{NZ^2pq}{D^2(N+1)+Z^2pq}$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

Z = ค่าที่ได้จากตารางแจกแจงแบบปกติ ณ ระดับความเชื่อมั่นที่ต้องการ

p = สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพ.ศ. 2551 เปรียบเทียบกับประชากรในพื้นที่ศึกษาจริง

q = 1- p

d = ผลคูณของค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น และความคลาดเคลื่อนมาตรฐานหรือค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่เกิดขึ้นได้

โดยสัดส่วนของประชากรที่จะศึกษา (p) ได้จากการคำนวณ อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมในสตรี จากสถิติผู้ป่วยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2551) มีอัตราป่วย 20.5 ต่อแสนประชากร (Thiravud Khuhaprema, et al., 2007: 48) เปรียบเทียบกับจำนวนประชากรกลางปี 2551 เพศหญิงตามทะเบียนราษฎรของศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 2,372 คน คิดเป็นสัดส่วน 0.49

Christian University of Thailand

แทนค่าในสูตร $= \dfrac{(875)(1.96)^2(0.49)(0.51)}{(0.05)^2\,[875+1]+(1.96)^2(0.49)\,(0.51)}$

กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ = 266 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) โดยสุ่มสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาด 10 หมู่บ้าน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดขนาดตัวอย่างจากการคำนวณสัดส่วนผู้ป่วย โดยใช้สูตรของเดเนียล (Daniel, 1995: 180) ได้กลุ่มตัวอย่าง 266 คน

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ในแต่ละหมู่บ้าน โดยการเทียบบัญญัติยางค์ในสัดส่วนที่เท่ากันตามรายหมู่บ้านกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จนครบทั้ง 10 หมู่บ้าน ได้กลุ่มตัวอย่างดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนตัวอย่างเทียบกับจำนวนประชากรสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป รายหมู่บ้าน

ชื่อหมู่บ้าน	จำนวนประชากรสตรี 35 ปีขึ้นไป	จำนวนตัวอย่าง
หมู่ 2 บ้านเบญพาด	101	31
หมู่ 3 บ้านบ่อยา	65	20
หมู่ 6 บ้านเบญพาด	78	24
หมู่ 8 บ้านทุ่งนางงาม	75	23
หมู่ 9 บ้านทุ่งสาวน้อย	85	26
หมู่ 10 บ้านกระเจา	98	30
หมู่ 11 บ้านหนองหอย	30	9
หมู่ 13 บ้านบ่อ	117	36
หมู่ 14 บ้านดอนมะละกอ	92	28
หมู่ 18 บ้านทุ่งปราสาท	134	41
รวม	875	266

Christian University of Thailand

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณช่วงที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่าง (Interval) โดยนำจำนวนประชากรทั้งหมดหารด้วยขนาดตัวอย่างที่ต้องการ กำหนดช่วงที่ใช้สุ่มตัวอย่างจากสูตร I = N/n (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2550: 192) ดังนี้

จากสูตร I = N/n

I = ระยะห่าง N = ขนาดประชากร n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

แทนค่า $I = \frac{875}{266}$

= 3.28

ดังนั้นกำหนดช่วงที่ใช้ในการสุ่มเท่ากับ 3

ขั้นตอนที่ 4 สุ่มหมายเลขต้น จำนวน 1 หมายเลขโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อนำมาเป็นเลขตั้งต้นของการสุ่มในแต่ละหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 5 สุ่มตัวอย่างประชากรในทะเบียนราษฎร์ตามรายหมู่บ้าน ให้ได้ขนาดครบตามสัดส่วนประชากรแต่ละหมู่บ้านโดยนำหมายเลขตั้งต้นที่สุ่มได้ มาบวกกับค่าช่วงที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ในขั้นตอนที่ 3 จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยสร้างตามแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของเอจเซน (Ajzen, 2002: 3) จำนวน 4 ชุด และแบบวัดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดัดแปลงจาก จิรภา จงจามรีสีทอง (2550) จำนวน 1 ชุด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางประชากรศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว เป็นคำถามชนิดปลายปิดและปลายเปิด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Attitudes toward performing breast self examination) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ตอนคือ

2.1 แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Behavioral beliefs) (b_i) โดยคำถามแต่ละข้อจะมีลักษณะการวัดเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ระหว่างเชื่อ -ไม่เชื่อ โดยมีค่าคะแนน 5 ระดับ มีข้อคำถามความเชื่อเกี่ยวกับ ผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองจำนวน 10 ข้อย่อย เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้ง 10 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	5	หมายถึง	เชื่อมาก
ค่าคะแนน	4	หมายถึง	เชื่อน้อย
ค่าคะแนน	3	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
ค่าคะแนน	2	หมายถึง	ไม่เชื่อ
ค่าคะแนน	1	หมายถึง	ไม่เชื่ออย่างยิ่ง

2.2 แบบการประเมินค่าผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Outcome evaluation) (e_i) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ของความเชื่อเกี่ยวกับผลการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่สอดคล้องตาม 2.1 คำถามแต่ละข้อจะมีลักษณะการวัดเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ระหว่างสำคัญ - ไม่สำคัญโดยมีค่าคะแนน 5 ระดับ

มีข้อคำถามการประเมินค่าผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 10 ข้อย่อย เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้ง 10 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	5	หมายถึง	สำคัญมาก
ค่าคะแนน	4	หมายถึง	สำคัญ
ค่าคะแนน	3	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
ค่าคะแนน	2	หมายถึง	ไม่สำคัญ
ค่าคะแนน	1	หมายถึง	ไม่สำคัญมาก

Christian University of Thailand

การแปลผลคะแนนเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตามหลักทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม พิจารณาจากคะแนนผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (b_i) กับคะแนนการประเมินค่าผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (e_i) ของข้อคำถามที่สอดคล้องกัน ($\sum b_i e_i$) (Ajzen, 2002) นำผลคะแนนที่มีค่าตั้งแต่ 10 – 250 มาจัดระดับตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977: 14) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{250 - 10}{5}$$

$$= 48$$

จากการคำนวณ นำค่าที่ได้มากำหนดค่าคะแนน เพื่อจัดระดับเจตคติได้ ดังนี้

ค่าคะแนนตั้งแต่ 202 ถึง 250 หมายความว่า เจตคติดีมาก

ค่าคะแนนตั้งแต่ 154 ถึง 201 หมายความว่า เจตคติดี

ค่าคะแนนตั้งแต่ 106 ถึง 158 หมายความว่า เจตคติปานกลาง

ค่าคะแนนตั้งแต่ 58 ถึง 105 หมายความว่า เจตคติไม่ดี

ค่าคะแนนตั้งแต่ 10 ถึง 57 หมายความว่า เจตคติไม่ดีอย่างมาก

CTU
Christian University of Thailand

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Subjective norms related to performing breast self examination) ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

3.1 แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของบุคคลต่างๆในกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Normative beliefs) (n_i) ของสตรี ซึ่งบุคคลในกลุ่มอ้างอิงได้แก่ สามี/คู่รัก บิดา/มารดา บุตร เพื่อน/เพื่อนบ้าน ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นข้อคำถามที่ประเมินว่าบุคคลต่างๆในกลุ่มอ้างอิงเห็นว่าสมควรหรือไม่สมควรให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยคำถามแต่ละข้อจะมีลักษณะการวัดเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ระหว่างสนับสนุนมาก- คัดค้านมาก โดยมีค่าคะแนน 5 ระดับ มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อย่อย เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้ง 7 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	5	หมายถึง	สนับสนุนมาก
ค่าคะแนน	4	หมายถึง	สนับสนุนน้อย
ค่าคะแนน	3	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
ค่าคะแนน	2	หมายถึง	คัดค้านน้อย
ค่าคะแนน	1	หมายถึง	คัดค้านมาก

3.2 แบบวัดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามบุคคลต่างๆในกลุ่มอ้างอิง (Motivation to comply) (m_i) เป็นข้อคำถามที่ให้ตอบว่า ต้องการปฏิบัติตามที่บุคคลต่างๆในกลุ่มอ้างอิงคิดว่า ควรหรือไม่ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองเพียงใด เป็นข้อคำถามที่สอดคล้องกับข้อ 3.1 โดยคำถามแต่ละข้อจะมีลักษณะการวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) ระหว่างทำตามมากที่สุด - ทำตามน้อยที่สุดโดยมีค่าคะแนน 5 ระดับ มีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อย่อย เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้ง 7 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	5	หมายถึง	ทำตามมากที่สุด
ค่าคะแนน	4	หมายถึง	ทำตามมาก
ค่าคะแนน	3	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
ค่าคะแนน	2	หมายถึง	ทำตามน้อย
ค่าคะแนน	1	หมายถึง	ทำตามน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ตามหลักทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม พิจารณาจากคะแนนผลรวมของผลคูณระหว่างค่าคะแนนของความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงคูณ (n_i) กับค่าคะแนนแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามบุคคลต่างๆในกลุ่มอ้างอิง (m_i) ของข้อคำถามรายข้อที่สอดคล้องกัน ($\sum n_i m_i$) (Ajzen, 2002) นำผลคะแนนที่มีค่าตั้งแต่ 7 – 175 มาจัดระดับตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977: 14) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{175 - 7}{5} = 33$$

จากการคำนวณ นำค่าที่ได้มากำหนดค่าคะแนน จัดระดับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงได้ ดังนี้

ค่าคะแนนตั้งแต่ 142 ถึง 175 หมายความว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมากที่สุด
ค่าคะแนนตั้งแต่ 108 ถึง 141 หมายความว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมาก
ค่าคะแนนตั้งแต่ 74 ถึง 107 หมายความว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงปานกลาง
ค่าคะแนนตั้งแต่ 40 ถึง 73 หมายความว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงน้อย
ค่าคะแนนตั้งแต่ 7 ถึง 39 หมายความว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงน้อยที่สุด

Christian University of Thailand

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

4.1 แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมปัจจัย (Control belief) (c_i) เป็นแบบวัดการรับรู้สถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นว่าจะมีผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่ โดยคำถามแต่ละข้อจะมีลักษณะการวัดเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ระหว่างมีผลมาก - ไม่มีผลเลย โดยมีค่าคะแนน 5 ระดับ มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อย่อย เป็นข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก 2 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ	
มีผลมาก	5	1	คะแนน
มีผลน้อย	4	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	3	คะแนน
ไม่มีผล	2	4	คะแนน
ไม่มีผลเลย	1	5	คะแนน

4.2 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย (p_i) เป็นแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่มีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยคำถามแต่ละข้อจะมีลักษณะการวัดเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ระหว่างจัดการได้มากที่สุด - จัดการได้น้อยที่สุดโดยมีค่าคะแนน 5 ระดับ มีข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อย่อย เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้ง 5 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	5	หมายถึงจัดการได้มากที่สุด
ค่าคะแนน	4	หมายถึงจัดการได้มาก
ค่าคะแนน	3	หมายถึงไม่แน่ใจ
ค่าคะแนน	2	หมายถึงจัดการได้น้อย
ค่าคะแนน	1	หมายถึงจัดการได้น้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ตามหลักทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม พิจารณาจากคะแนนผลรวมของผลคูณระหว่างค่าคะแนนของความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมปัจจัย (c_i) กับค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย (p_i) ของข้อคำถามรายข้อที่สอดคล้องกัน ($\sum c_i p_i$) (Ajzen, 2002) นำผลคะแนนที่มีค่าตั้งแต่5 – 125 มาจัดระดับตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977: 14) ดังนี้

CTU Christian University of Thailand

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{125 - 5}{5}$$

$$= 24$$

จากการคำนวณ นำค่าที่ได้มากำหนดค่าคะแนน จัดระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมได้ ดังนี้

ค่าคะแนนตั้งแต่ 101 ถึง 125 หมายความว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมได้มากที่สุด

ค่าคะแนนตั้งแต่ 77 ถึง 100 หมายความว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมได้มาก

ค่าคะแนนตั้งแต่ 53 ถึง 76 หมายความว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมได้ปานกลาง

ค่าคะแนนตั้งแต่ 29 ถึง 52 หมายความว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมได้น้อย

ค่าคะแนนตั้งแต่ 5 ถึง 28 หมายความว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมได้น้อยที่สุด

Christian University of Thailand

ชุดที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นไปตามความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรม จำนวน 8 ข้อ โดยมีค่าคะแนน 3 ระดับ คือ

ค่าคะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

ค่าคะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

ค่าคะแนน 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 1.00 - 3.00 มาจัดระดับตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977: 14) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{3 - 1}{3}$$

$$= 0.66$$

จากการคำนวณ นำค่าที่ได้มากำหนดค่าคะแนน จัดระดับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ ดังนี้

ค่าคะแนน 2.34 – 3.00 หมายความว่า พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

ค่าคะแนน 1.67 – 2.33 หมายความว่า พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนน 1.00 – 1.66 หมายความว่า พฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

CTU

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่จัดทำให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ไปทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยการหาค่าความตรง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตรวจเต้านมด้วยตนเองไปตรวจหาความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

Christian University of Thailand

1.1 นายแพทย์ชำนาญการพิเศษสูติ-นรีเวช 1 คน

1.2 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 คน

1.3 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญงานควบคุมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม 1 คน

จากนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามทฤษฎีโดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.85 ดัชนีความสอดคล้อง (Index of item object congruence: IOC) มีค่าระหว่าง 0.92 – 1.00 ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะทั้งหมด โดยเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.70 มาปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบข้อคำถามกับผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง เพื่อให้มีความสมบูรณ์ชัดเจนก่อนนำไปทดลองใช้เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุงแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่ตำบลหนองสาหร่าย อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งมีลักษณะประชากรเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจของภาษาที่ใช้ ในการตอบคำถาม ตรวจสอบความชัดเจนของข้อคำถามและความสะดวกในการนำเครื่องมือไปใช้ แล้วนำข้อมูล

มาวิเคราะห์และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2550: 236) ซึ่งมีสูตรคำนวณ ดังนี้

$$\alpha = n/n-1[1-\sum S_i^2 / S_t^2]$$

เมื่อ α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อของเครื่องมือ

$\sum S_i^2$ = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

- แบบสอบถามเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง = 0.91
- แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง = 0.87
- แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม = 0.73
- แบบวัดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง = 0.94

Christian University of Thailand

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุมัติจากคณบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี และสาธารณสุขอำเภอพนมทวน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล ก่อนการเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย และให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยว่าสามารถยกเลิกการให้ข้อมูลได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลต่างๆผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และการเผยแพร่ผลการวิจัยจะเสนอเป็นทางวิชาการและแสดงผลเป็นภาพโดยรวมเท่านั้น โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อผลการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยตัวผู้วิจัยเองกับสตรีกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาด ตำบลพังตรุ อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 266 ราย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี สาธารณสุขอำเภอพนมทวน หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาด เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อช่วยนำทางไปบ้านกลุ่มตัวอย่างพร้อมกำหนดเวลาในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบสตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่จะศึกษา และจากการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) ตามทะเบียนราษฎร์ โดยเข้าพบที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างในเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก

4. ขณะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการตอบ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และการเผยแพร่ผลการวิจัยจะเสนอเป็นทางวิชาการและแสดงผลเป็นภาพโดยรวมเท่านั้น โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อผลการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างไม่สบายใจที่จะให้ข้อมูลหรือปฏิเสธ ผู้วิจัยจะกล่าวขอบคุณและนำออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2553 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2553 ทุกวันในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ช่วงนอกเวลาราชการ และในวันหยุดราชการตลอดทั้งวัน

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาตจึงทำการเก็บข้อมูล แต่ละคนจากแบบสอบถามชุดที่ 1 ถึงชุดที่ 5 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยไม่กำหนดเวลาในการตอบ

7. ในขณะตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างอยู่ตามลำพังและผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อสามารถตอบคำถาม หรือให้คำอธิบายเพิ่มเติม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถามบางข้อ หลังตอบคำถามเสร็จแล้วผู้วิจัยทำการตรวจข้อคำตอบทุกข้อ หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้ตอบคำถามบางข้อให้ถามซ้ำ

8. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ออกหรือมีปัญหาทางด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านคำถามคำตอบให้ฟัง และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง จนครบทุกข้อ

9. เมื่อจบการสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือและตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุด จนได้ข้อมูลครบตามที่กำหนด 266 ชุด

Christian University of Thailand

10. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้รับ มาให้รหัสในแต่ละข้อคำถาม และบันทึกคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดในตารางข้อมูลโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05 และมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics analysis)

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ใช้สถิติ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ข้อมูลเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใช้สถิติ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistics analysis)

2.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

2.2 การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของ เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression equation)

Christian University of Thailand

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาด ตำบลพังตรุ อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรีจำนวน 266 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) โดยใช้ข้อมูลแบบสอบถามลักษณะประชากร เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และแบบวัดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนและสร้างสมการถดถอยพหุคูณ ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอรายละเอียดด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ส่วนที่ 6 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ส่วนที่ 7 ข้อมูลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของ เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

Christian University of Thailand

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะประชากร

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว (n = 266)

ลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
35-48	116	43.6
49-62	109	41.0
63-77	41	15.4
$\overline{X}$ = 51.38 ปี, S.D. = 10.05 ปี, Max = 77 ปี, Min = 35 ปี		
สถานภาพสมรส		
คู่	193	72.6
หม้าย/หย่า/แยก	54	20.3
โสด	19	7.1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	209	78.6
ไม่ได้เรียน	25	9.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17	6.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	3.4
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5	1.9
อนุปริญญา	1	0.4
อาชีพ		
รับจ้าง	104	39.1
เกษตรกรรม	58	21.8
ค้าขาย	53	19.9
แม่บ้าน	46	17.3
อื่นๆ	5	1.9
รายได้ครอบครัวเฉลี่ย / เดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	220	82.7
15,001 บาทขึ้นไป	37	13.9
10,001 – 15,000 บาท	9	3.4
$\overline{X}$ = 8,952.18 บาท, S.D. = 19,834.91 บาท, Max = 300,000.00 บาท, Min = 1,500.00 บาท		

CTU
Christian University of Thailand

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 43.6 มีอายุอยู่ในช่วง 35-48 ปี ($\overline{X}$ = 51.38 , S.D. = 10.05) เมื่อพิจารณาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายมาก โดยมีอายุต่ำสุด 35 ปี และอายุสูงสุด 77 ปี สถานภาพสมรส พบมากที่สุดคือสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.6 รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 20.3 ระดับการศึกษา พบมากที่สุดในกลุ่มประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 78.6 อาชีพ พบมากที่สุดคืออาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 21.8 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.7 ($\overline{X}$ = 8,952.18 , S.D. = 19,834.91) เมื่อพิจารณาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่า รายได้ครอบครัวเฉลี่ย/เดือนของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายมาก

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำแนกตามเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ (n = 266)

เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	$\overline{X}$	S.D.	การแปลผล
การตรวจเต้านมด้วยตนเองช่วยทำให้สามารถรักษา....	17.40	4.24	ดี
การตรวจเต้านมด้วยตนเองทำให้พบความผิดปกติ.....	16.71	4.65	ดี
การตรวจตรวจเต้านมด้วยตนเองช่วยลดความรุนแรง.....	16.52	4.42	ดี
การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นการตรวจที่ทำได้ด้วยตนเอง....	16.24	3.98	ดี
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นการตรวจที่ทำได้ง่าย.....	16.15	4.13	ดี
การตรวจเต้านมด้วยตนเองจำเป็นสำหรับสตรีอายุ 20 ปี...	15.96	5.34	ดี
การตรวจเต้านมด้วยตนเองทำให้สามารถบอกความแตกต่าง...	15.80	3.83	ดี
การตรวจเต้านมด้วยตนเองช่วยลดค่าใช้จ่าย....	15.74	4.22	ดี
การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการค้นหาโรคที่ประหยัด..	15.25	4.32	ปานกลาง
การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการค้นหาโรคที่สะดวก....	14.73	4.61	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 จำแนกตามเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดและอยู่ในระดับดี เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองช่วยทำให้สามารถรักษาได้อย่างทันท่วงที ($\overline{X}$= 17.40, S.D. = 0.85) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการค้นหาโรคที่สะดวก ($\overline{X}$= 14.73, S.D. = 4.61)

CTU Christian University of Thailand

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n = 266)

ระดับเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
เจตคติดี	154 - 201	134	50.4
เจตคติปานกลาง	106 - 153	98	36.8
เจตคติดีมาก	202 - 250	25	9.4
เจตคติไม่ดี	58 - 105	9	3.4
$\overline{X}$ = 160.52, S.D. = 30.31	รวม	266	100.0

จากตารางที่ 5 การศึกษาระดับเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้จากผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการประเมินค่าผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.4 ($\overline{X}$ = 160.52, S.D. = 30.31)

Christian University of Thailand

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำแนกตามกลุ่มอ้างอิงรายข้อ (n = 266)

กลุ่มอ้างอิงต่อต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	$\overline{X}$	S.D.	การแปลผล
เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย	22.62	3.81	มากที่สุด
อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)	22.19	3.91	มากที่สุด
บุตร	20.05	5.69	มากที่สุด
สามี/คู่รัก	19.18	6.52	มาก
บิดา-มารดา	18.72	6.51	มาก
ญาติ	18.33	6.09	มาก
เพื่อน/เพื่อนบ้าน	16.66	6.78	มาก

จากตารางที่ 6 ผลการศึกษาการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยที่จะคล้อยตามมากที่สุดใน กลุ่มเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย /ศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=22.62, S.D. = 3.81) และข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยที่จะคล้อยตามน้อยที่สุดในกลุ่มเพื่อน/เพื่อนบ้านในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=16.66, S.D. = 6.78)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (n = 266)

ระดับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมากที่สุด	142 - 175	128	48.1
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมาก	108 - 141	91	34.2
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงปานกลาง	74 - 107	42	15.8
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงน้อย	40 - 73	5	1.9
$\overline{X}$ = 137.76, S.D.= 29.18	รวม	266	100.0

CTU Christian University of Thailand

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระดับมากที่สุดร้อยละ 48.1 รองลงมาเป็นระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 34.2 ($\overline{X}$= 137.76, S.D.= 29.18)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม จำแนกตามปัจจัยรายข้อ (n = 266)

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	$\overline{X}$	S.D.	การแปลผล
ท่านสามารถฝึกการตรวจเต้านม.....	13.12	5.52	ปานกลาง
ท่านสามารถจัดหาสถานที่มิดชิด.....	12.78	6.06	ปานกลาง
ท่านสามารถหาเวลาในการตรวจ.....	11.94	5.74	ปานกลาง
ท่านมีเวลาว่างพอที่จะตรวจเต้านม.....	10.11	4.47	ปานกลาง
ท่านสามารถหาความรู้เรื่องวิธีการตรวจ.....	8.65	4.70	น้อย

จากตารางที่ 8 การศึกษาระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม จำแนกตามปัจจัยรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในเรื่องการฝึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($\overline{X}$= 13.12, S.D.= 5.52) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ในเรื่องการหาความรู้เรื่องวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งอยู่ในระดับน้อย ($\overline{X}$= 8.65, S.D.= 4.70)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย (n = 266)

ระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
รับรู้ความสามารถในการควบคุมได้ปานกลาง	53 - 76	152	57.1
รับรู้ความสามารถในการควบคุมได้น้อย	29 - 52	92	34.6
รับรู้ความสามารถในการควบคุมได้มาก	77 - 100	17	6.4
รับรู้ความสามารถในการควบคุมได้น้อยที่สุด	5 - 28	4	1.5
รับรู้ความสามารถในการควบคุมได้มากที่สุด	101 - 125	1	0.4
$\overline{X}$ = 56.59, S.D.= 13.03	รวม	266	100.0

Christian University of Thailand

จากตารางที่ 9 การศึกษาระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมได้ในระดับปานกลาง ร้อยละ57.1 รองลงมาเป็นระดับน้อย ร้อยละ 34.6 ($\overline{X}$= 56.59, S.D.= 13.03)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 1.98, S.D. = 0.77) เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การตรวจดูลักษณะของเต้านม ($\overline{X}$= 2.17, S.D. = 0.65) รองลงมาคือ คลำบริเวณรักแร้ทั้งสองข้าง ($\overline{X}$ = 2.10, S.D. = 0.71) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือการกดลึก 3 ระดับ และคลำเต้านมทั้งสองข้างเวียนเข้าหาบริเวณหัวนมตามเข็มนาฬิกา ($\overline{X}$ = 1.79, S.D. = 0.70) ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n = 266)

พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	$\overline{X}$	S.D.	การแปลผล
ตรวจดูลักษณะของเต้านม	2.17	0.65	ปานกลาง
คลำบริเวณรักแร้ทั้งสองข้าง	2.10	0.71	ปานกลาง
ดูสีผิวของเต้านม	2.05	0.70	ปานกลาง
ตรวจเต้านม เดือนละ 1 ครั้งหรือบ่อยกว่า	2.03	0.66	ปานกลาง
ตรวจดูรอยย่น บุ๋ม การดึงรั้งของเต้านม	2.02	0.73	ปานกลาง
ตรวจดูหัวนมโดยการบีบหัวนม.....	1.91	0.67	ปานกลาง
การกดลึก 3 ระดับและคลำเต้านมทั้งสอง.....	1.79	0.70	ปานกลาง
พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยรวม	1.98	0.77	ปานกลาง

ส่วนที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

CTU Christian University of Thailand

ตาราง 11 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ระหว่างเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ตัวแปร	พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	
	r	p-value
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	0.407**	0.000
เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	0.396**	0.000
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	0.241**	0.000

** p-value < 0.01

จากตารางที่11 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรม

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ปัจจัยทั้ง 3 ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงบวก ในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (r = 0.407**; r = 0.396**; r = 0.241**, p-value = 0.000)

ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของ เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ในการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาอำนาจการทำนายของเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีตัวแปรต้นทั้งหมด 3 ตัวแปร พบว่าตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตาม (ในที่นี้คือพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง) มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และตัวแปรเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ร้อยละ 22.6 (R^2 = 0.226) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 12

Christian University of Thailand

ตารางที่ 12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	b	Beta	t	Sig
เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	0.123	0.291	4.851	0.000
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	0.098	0.271	4.505	0.000
Constant (b) = 0.502 R = 0.475		R Square = 0.226		
Adjusted R Square = 0.220 F = 41.31				

p - value = 0.05

จากการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบมีขั้นตอน พบว่า ตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และตัวแปรเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ถูกเลือกเข้า

สมการทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย = .226 นั่นคือ สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ร้อยละ 22.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .396$, $R^2 = 0.226$) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ร้อยละ 22.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์ความถดถอยและสหสัมพันธ์ในขั้นที่ 2 ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายที่จะได้เส้นสมการถดถอยที่ดีที่สุด และเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นต่อไปของการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าอำนาจการทำนายเปลี่ยนไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือตัวแปรการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ไม่สามารถเพิ่มอำนาจการทำนายความผันแปรของตัวแปรพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ ดังนั้น การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน เพื่อหาอำนาจทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงยุติลง และสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

สมการทำนาย $\hat{y} = a+b_1x_1+b_2x_2\ldots b_nx_n$

เมื่อ $\hat{y}$ = พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Behavior)

a = ค่าคงที่ (0.502)

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (0.123)

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (0.098)

x_1 = เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Attitude toward the behavior)

x_2 = การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control)

สมการที่ได้คือ

พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง = 0.502 + 0.123 (เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง) + 0.098 (การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม)

จากสมการแสดงว่า ตัวแปรเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ 0.123 หมายความว่าเมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น 1 คะแนน พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองจะเพิ่มเท่ากับ 0.123

Christian University of Thailand

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ 0.098 หมายความว่าเมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เพิ่มขึ้น 1 คะแนน พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองจะเพิ่มเท่ากับ 0.098 และสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

Z (พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง) = 0.291 (Z เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง) + 0.271 (Z การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม)

CTU
Christian University of Thailand

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Correlational Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบ ของศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาด ตำบลพังตรุ อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาสามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานการวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อ 1 พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 266 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 35-48 ปี สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่พบในกลุ่มประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ผลการศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 1.98, S.D. = 0.77) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า เรื่องการตรวจดูลักษณะของเต้านมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$ = 2.17, S.D. = 0.65) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การตรวจดูลักษณะของเต้านมเป็นพฤติกรรมที่กระทำได้ง่าย ไม่ใช้ขั้นตอนที่ยุ่งยาก ไม่ต้องมีทักษะ ใช้ระยะเวลาไม่มาก สะดวก สามารถทำได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณภัทรอร สุขมา (2549: 74) และจิรภา จงจามรีสีทอง (2549: 43) ซึ่งพบว่า การตรวจดูลักษณะของเต้านม การสังเกตขนาดของ เต้านม มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี ส่วนพฤติกรรมข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การกดลึก 3 ระดับ และคลำเต้านมทั้งสองข้างเวียนเข้าหาบริเวณหัวนมตามเข็มนาฬิกา($\overline{X}$ = 1.79 , S.D. = 0.70) ทั้งนี้อาจเกิดจากการกดลึก 3 ระดับ คือการกดระดับเบา เพื่อให้รู้สึกถึงบริเวณใต้ผิวหนัง กดปานกลาง เพื่อให้รู้สึกถึงกึ่งกลางของเต้านม และกดหนักขึ้น เพื่อให้รู้สึกได้ถึงส่วนลึกใกล้ผนังปอด และการคลำเต้านมทั้งสองข้างเวียนเข้าหาบริเวณหัวนมตามเข็มนาฬิกาเป็นหนึ่งในขั้นตอนที่แนะนำให้กระทำตามแนวทางการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข(กรมอนามัย, 2550: 44) ซึ่งหากบุคคลไม่เคยได้รับความรู้ หรือการฝึกปฏิบัติมาก่อน

Christian University of Thailand

ย่อมปฏิบัติได้ยาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนุช จิตตนูนท์และคณะ (2552: 163) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในเทศบาลตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ ไม่ทราบวิธีการตรวจ ไม่มั่นใจในบางขั้นตอนที่ต้องอาศัยทักษะและความชำนาญส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองลดลง

วัตถุประสงค์ข้อ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ของเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สมมติฐานข้อ 1 เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ความสัมพันธ์ของเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ50.4 เจตคติกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์เชิงทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = 0.396, p-value <.001) จึงเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นไปในลักษณะคล้อยตามกันหรือมีทิศทางเดียวกัน นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินความรู้สึก ความคิดเห็นต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองว่าเป็นไปในทางบวก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สตรีโดยทั่วไปยอมรับว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด ในการตรวจค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะแรก เนื่องจากวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษใดๆ และมีความเชื่อว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีประโยชน์ เป็นวิธีป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้นกับเต้านมได้ (Salazar, 1994 : 52) จึงทำให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

CTU
Christian University of Thailand

ปาริชาติ ชูประดิษฐ์ (2543: 47) ที่ศึกษาความตั้งใจในการตรวจเต้านมของสตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน พบว่า เจตคติของสตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของแชมป์เปียน (Champion, 1988: 284) พบว่าสตรีที่มีความเชื่อว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีความรุนแรงมาก และรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสที่จะเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ จะส่งผลให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เช่นเดียวกับ จิรภา จงจามรีสีทอง (2549: 6) ที่พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ เบอร์เน็ตและคณะ (Burnett, et al., 1995: 1551) พบว่า เจตคติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สามารถทำนายความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ร้อยละ 39

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ระดับดี คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเองช่วยทำให้สามารถรักษาได้อย่างทันท่วงที ($\bar{X}$=17.40, S.D.=4.24) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่บุคคลมีความเห็น หรือมีความเชื่อว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองช่วยทำให้สามารถรักษาอาการของโรคมะเร็งเต้านมได้อย่างทันท่วงที จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมในระดับที่มากขึ้น นอกจากนี้จากบริบทของชุมชน พบว่า ในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอยู่จริง ซึ่งในรายที่มีการตรวจเป็นประจำ จะทำให้ค้นพบก้อนมะเร็งในระยะแรกและเริ่มการรักษาสามารถหายเป็นปกติได้ เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง แล้วพบว่า ตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมในระยะสุดท้าย ทำให้ไม่สามารถรักษาได้ทันท่วงที ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ในระดับปานกลาง คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการค้นหาโรคที่สะดวก ($\bar{X}$=14.73, S.D.=4.61) ซึ่งการตรวจเต้านมด้วยตนเองต้องใช้สถานที่มิดชิด ตรวจเมื่ออยู่ตามลำพัง ไม่สามารถตรวจต่อหน้าผู้อื่นได้ ส่งผลให้พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

Christian University of Thailand

ความสัมพันธ์ของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 48.1 และมีความสัมพันธ์เชิงทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = 0.241, p-value < .001) จึงเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า มีความคาดหวังของกลุ่มบุคคลกลุ่มอ้างอิงซึ่งได้แก่ สามี/คู่รัก บิดา/มารดา บุตร เพื่อน/เพื่อนบ้าน ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน ว่ากลุ่มบุคคลเหล่านี้มีการสนับสนุนให้ตนตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทั้งนี้ ซิมเมอร์แมนและคอนเนอร์ (Zimmerman & Conner, 1989: 57) อธิบายว่า บุคคลต่างๆ ได้แก่สามี ญาติ เพื่อนสนิท แพทย์และ

พยาบาลซึ่งมีความสำคัญต่อบุคคลหนึ่งๆจะเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นๆได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์เน็ตและคณะ (Burnett, et al., 1995: 1551) พบว่า ผลการศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี 339 คน การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สามารถทำนายความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ร้อยละ 39 และจากการศึกษาของรูทลีดและเดวิส(Rutledgs & Davis, 1988: 175) ในสตรีจำนวน 248 คน พบว่า คำแนะนำจากแพทย์ และการสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัวมีความสำคัญในการทำนายการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการคล้อยตามความต้องการของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย /ศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับมาก ($\overline{X}$ = 22.19, S.D. = 3.81) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน จึงเป็นที่ไว้วางใจ เคารพนับถือแก่ประชาชนในชุมชนเป็นอย่างดี ซึ่งแพทย์ พยาบาล เป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ได้รับการไว้วางใจ และความเชื่อถือจากผู้รับบริการบนเงื่อนไขทางวัฒนธรรมไทยที่ผู้น้อยเชื่อผู้ใหญ่ อีกทั้งแพทย์ และพยาบาลมีอำนาจเหนือกว่าผู้รับบริการ ซึ่งเป็นอำนาจที่มาจากพื้นฐานความรู้ทางด้านการแพทย์ ลักษณะของวิชาชีพและอิทธิพลทางสังคมร่วมกับลักษณะของความเป็นเจ้านายของแพทย์และพยาบาล อาจจะเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้รับบริการ (ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ, 2536: 43)

สอดคล้องกับการศึกษาของฐิตวันต์ พิทักษ์จงวัฒนา (2544: 109) เรื่องการประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการกระตุ้นเตือน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนในคลินิกวัยทอง พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ ด้านการรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ กลุ่มเพื่อน/เพื่อนบ้าน ($\overline{X}$ = 16.66, S.D. = 6.78) อาจเนื่องมาจาก เมื่อเปรียบเทียบบุคคลระหว่างกลุ่มอ้างอิงแล้ว บุคคลในครอบครัวย่อมมี ความใกล้ชิด ความผูกพันมากกว่าและในส่วนด้านความรู้ความชำนาญเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย /ศูนย์สุขภาพชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ย่อมมีความรู้ ความชำนาญมากกว่ากลุ่มเพื่อน/เพื่อนบ้านจึงมีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า

Christian University of Thailand

ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมระดับปานกลางร้อยละ 57.1 และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงบวกในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (r = 0.407, p - value <.001) จึงเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างเห็นว่า ตนเองมีทรัพยากรและโอกาสที่เอื้อต่อการกระทำพฤติกรรมในระดับปานกลาง และมีอุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรมในระดับปานกลาง บุคคลจึงรับรู้ได้ว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมการตรวจตนเองได้ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาผลของการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของภรรยาทหารเรือ พบว่า เมื่อควบคุมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของภรรยาทหารเรือแล้ว ภรรยาทหารเรือกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (รัชนีกร ทรัพย์ทอง, 2550: 76)

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ระดับปานกลาง คือ การฝึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($\overline{X}$ = 13.12, S.D. = 5.52) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองมาจากการศึกษาของคณะทำงานประเมินเทคโนโลยีการตรวจเต้านมระยะแรก ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้สรุปแนวทางในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย เป็นวิธีที่ได้รับการแนะนำให้ปฏิบัติมากที่สุด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550: 28) ซึ่งมีขั้นตอนไม่ยุ่งยากจนเกินไปสำหรับสตรีในการที่จะปฏิบัติ ส่งผลให้สตรีกลุ่มตัวอย่างคิดว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้ในระดับหนึ่ง

ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การหาความรู้เรื่องวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งอยู่ในระดับน้อย ($\overline{X}$ = 8.65, S.D. = 4.70) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า กระบวนการหาความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองนอกจากสื่อ สิ่งพิมพ์ หรือการรับฟังอาจไม่เพียงพอ เพราะจำเป็นต้องมีทักษะในการตรวจด้วย โดยมีเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นผู้ฝึกสอนและประเมิน จึงอาจเกิดความเขินอายในการต้องฝึกปฏิบัติจริง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างถึงร้อยละ 39.1 จึงอาจมีเวลาไม่เพียงพอในการหาความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่งผลให้ความสามารถในการหาความรู้เรื่องวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย

Christian University of Thailand

วัตถุประสงค์ข้อ 3 เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สมมติฐานข้อที่ 2 เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ในการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาปัจจัยเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยมีตัวแปรต้นทั้งหมด 3 ตัวแปร ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตาม ในที่นี้คือพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมี 2 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ร้อยละ 22.6 (R^2 = 0.226) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ส่วนปัจจัยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริชาติ ชูประดิษฐ์ ได้ศึกษาความตั้งใจในการตรวจเต้านมของสตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน พบว่า เจตคติ สามารถทำนายความตั้งใจในการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองได้ (ปาริชาติ ชูประดิษฐ์, 2543: 47) และจากการศึกษาของกาญจนี ชิตบุตร (2548 : 3) พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุได้ ซึ่งต่างจากการศึกษาของผกาวดี พรหมนุช (2549: 69) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า บรรทัดฐานและความสามารถในการควบคุม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ของเด็กนักเรียน จากการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้มากที่สุด และมีประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ ปัจจัยเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักถึงประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือสามารถตรวจพบความผิดปกติของเต้านมตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก และมีเจตคติที่ดีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จึงนำไปสู่พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้ด้วยว่า เมื่อเกิดปัญหา อุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้ว กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองสามารถจัดการเกิดให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้

Christian University of Thailand

ส่วนปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ซึ่งไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัย 35 ปีขึ้นไปซึ่งนับเป็นวัยผู้ใหญ่ ที่มีวิธีการคิด ตัดสินใจกระทำพฤติกรรมบนฐานความเชื่อของตนเองมากกว่าการกลุ่มคนรอบข้าง

เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม ของเอจเซนและแมนสตีด (Ajzen & Manstead, 2007: 45) ที่ได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในครั้งนี้ สรุปได้ว่า การจะเกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมของสตรีได้นั้น ต้องเป็นผลมาจากการที่บุคคลจะมีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมนั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจาก 3 ปัจจัย คือเจตคติต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น (Attitude toward the behavior) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมนั้น (Perceived behavioral control) แต่จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้มากที่สุด และมีประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กล่าวคือ สตรีจะตั้งใจตรวจเต้านมด้วยตนเองก็ต่อเมื่อได้ประเมินแล้วว่า พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นให้ผลทางบวก คือมีประโยชน์ในการค้นพบความผิดปกติได้ในระยะเริ่มแรก ร่วมกับการที่สตรีรับรู้ได้ว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้

Christian University of Thailand

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

CTU
Christian University of Thailand

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาด ตำบลพังตรุ อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี โดยศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจของปัจจัยเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับปัจจัยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 266 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2553 โดยใช้ข้อมูลแบบสอบถามลักษณะประชากร ปัจจัยเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และแบบวัดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) สามารถสรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 43.6 มีอายุอยู่ในช่วง 35-48 ปี ($\bar{X}$ = 51.38, S.D. = 10.05) เมื่อพิจารณาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายมากโดยมีอายุต่ำสุด 35 ปี และอายุสูงสุด 77 ปี สถานภาพสมรส พบมากที่สุดคือสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.6 รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 20.3 ระดับการศึกษา พบมากที่สุดในกลุ่มประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 78.6 อาชีพ พบมากที่สุดคืออาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมาคือ อาชีพ

เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 21.8 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท พบมากที่สุด ร้อยละ 82.7 ($\overline{X}$ = 8,952.18, S.D. = 19,834.91)

พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การตรวจดูลักษณะของเต้านม และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือการกดลึก 3 ระดับและคลำเต้านม ทั้งสองข้างเวียนเข้าหาบริเวณหัวนมตามเข็มนาฬิกา

ความสัมพันธ์ของเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ปัจจัยทั้ง 3 ได้แก่ เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงบวกในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

CTU
Christian University of Thailand

อำนาจการทำนายของ เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายตัวแปรพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ร้อยละ 22.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สตรีกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้แก่ เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ดังนั้น เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การให้ความรู้เรื่องความสำคัญ และความจำเป็นของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วิธีการตรวจ ขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้ปฏิบัติควรมีการประเมินด้านการรับรู้ ความเชื่อของผู้รับบริการก่อนเสมอ

2. ควรมีการเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยวิธีการสร้างเสริมพลังอำนาจตนเอง (Empowerment) แก่สตรีในชุมชน เช่น การประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของผู้รับบริการด้วยความละมุนละม่อม มุ่งสร้างกำลังใจในการปฏิบัติมากกว่าการติเตียนเมื่อทำผิดวิธี การจัดเวทีแลกเปลี่ยนในกลุ่มผู้รับบริการ การจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

3. ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีพฤติกรรมบางข้อที่สตรีส่วนใหญ่ละเว้นไม่ปฏิบัติ หรือปฏิบัติแค่บางครั้ง ได้แก่ การกดลึก 3 ระดับ และคลำเต้านมทั้งสองข้างเวียนเข้าหาบริเวณหัวนมตามเข็มนาฬิกา ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรเน้นย้ำให้ผู้รับบริการได้เห็นความสำคัญของขั้นตอนการตรวจในข้อนี้ เนื่องจากหากละเลยการปฏิบัติ ย่อมไม่สามารถตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกได้ และพฤติกรรมในด้านระยะเวลาการตรวจเต้านมหลังมีประจำเดือน 7 วันหรือตรวจวันในวันหนึ่งตรงกันทุกเดือน (กรณีไม่มีประจำเดือน) ซึ่งเป็นการช่วยส่งเสริมให้สตรีได้เห็นความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน ระยะเวลาที่ตรวจตรงกันในทุกเดือน ส่งผลให้ค้นพบความผิดปกติได้แม่นยำและรวดเร็วกว่า

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในส่วนของ พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยการศึกษาวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม (Discriminant Analysis) ในรายละเอียดของตัวแปรย่อย ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การประเมินค่าผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของเอจเซน และแมนสตีด (Ajzen & Manstead, 2007)

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบของ การวิจัยกึ่งทดลอง เช่น การใช้โปรแกรมของกระบวนการสุขศึกษา การใช้สื่อการสอน กระบวนการฝึกปฏิบัติ เพื่อค้นหาวิธีการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองแก่กลุ่มสตรีในชุมชน ที่มุ่งเน้นให้เกิดความตระหนักในพฤติกรรรมที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

CTU Christian University of Thailand

3. ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรอื่นๆ เช่น กลุ่มสตรีอายุต่ำกว่า 35 ปี กลุ่มสตรีที่อยู่พื้นที่เขตเมือง

ด้านการบริหาร

1. ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปจัดทำแผนงาน/โครงการ นำเสนอต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน เพื่อประโยชน์ในการสร้างความร่วมมือของงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งเต้านมให้แก่สตรีในชุมชนได้

2. สถานบริการสุขภาพทุกระดับ ควรมีการบริหารจัดการด้านอาคาร สถานที่เพื่อเตรียมความพร้อมในการให้บริการแก่สตรี ในด้านการฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตลอดจนการให้คำปรึกษาแก่สตรีได้อย่างสะดวกยิ่งขึ้น

Christian University of Thailand

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กนิษฐา ศรีปานแก้ว. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจของพยาบาลในการประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กนกนุช ชื่นเลิศนุช. (2541). **ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2550). **คู่มือประกอบการบรรยายสำหรับวิทยากร เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมสตรีและเทคนิคการตรวจเต้านมด้วยตนเอง.** ราชบุรี : ธรรมรักษ์การพิมพ์.

กระทรวงสาธารณสุข. (2550). **คู่มือการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รุ่นที่ 2 ประจำปี 2550**. กรุงเทพฯ: มปท.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). **รายงานสรุปผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป.**

กาญจนี ชิตบุตร. (2548). **เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความตั้งใจและพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดนราธิวาส.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ(กสส.). (2537)**. นโยบายและแผนงานหลักสตรีระยะยาว(พ.ศ.2535-2554).** สำนักงานปลัด สำนักนายกรัฐมนตรี.

จิรภา จงจามรีสีทอง. (2549). **ความรู้ ทัศนคติ และการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อตรวจกรองมะเร็งเต้านมของสตรีที่ใช้แรงงานในโรงงาน เขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์และการวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Christian University of Thailand

จงกล ศักดิ์ตระกูล. (2543). **การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.** วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชาญวิทย์ ตันติ์พิพัฒน์และธนิต วัชรพุกก์.(2547). **ตำราศัลยศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฐิตวันต์ พิทักษ์จงวัฒนา.(2544). **การประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการกระตุ้นเตือน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีวัยหมดประจำเดือนในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณภัทรอร สุขมา. (2549). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดสมุทรสาคร.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ทยาณีย์ ณ ระนอง. (2549). **การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด .** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ธนิญา น้อยเปียง. (2545). **การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ธิดา นุ่มอยู่. (2551). **การส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเขตอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.** วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

นภมาศ ศรีขวัญ. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนัก การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมการลดน้ำหนักของวัยรุ่นหญิง.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2550). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย.

Christian University of Thailand

ปถมาวดี เดชฤกษ์ปาน. (2549). **เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความตั้งใจและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำของวัยรุ่นหญิง ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพัทลุง.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลครอบครัวและชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์.

ปาริชาติ ชูประดิษฐ์. (2543). **เจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงและความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิยะนุช จิตตนูนท์, สุมาลี วังธนากร, วรรณี จันทร์สว่าง. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในเทศบาลตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. **สงขลานครินทร์เวชสาร,** 27 (2), 153-165.

ผกาวดี พรหมนุช. (2549). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผ่องศรี เรือนเครือ. (2546). **เจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการใช้ฮอร์โมนทดแทนของอาจารย์ระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของการหมดประจำเดือน.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พรพิมล คุ้มหมื่นไวย อุบล จันทร์เพชร ศิริลักษณ์ ขณะฤกษ์. (2549). รายงานการวิจัย การตรวจเต้านมด้วยตนเองของบุคลากรสาธารณสุข พื้นที่เขตสาธารณสุขที่ 4. **วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา,** 4 (1), 33-43.

พัชรินทร์ พูลทวี. (2549). **ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการคัดกรองโรค บรรทัดฐานของบุคคล การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ปัจจัยและลักษณะประชากรกับความตั้งใจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียของประชากรวัยเจริญพันธุ์ จังหวัดชลบุรี.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

มัลลิกา มัติโก. (2534). **คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: โครงการข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

รัชนีกร ทรัพย์ทอง. (2550). **ผลการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของภรรยาทหารเรือ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

Christian University of Thailand

รุจา ภู่ไพบูลย์และคณะ. (2549). **รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการวางแผนพฤติกรรมเพื่อป้องกัน และลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น.** สำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ.

ลักษณา อินทร์กลับ. (2540). อาหารต้านมะเร็ง. **วารสารสภาการพยาบาล**, 12(1), 30.

วนิดา ทองดีนอก. (2550). **การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของแกนนำสตรีและการสร้างเครือข่ายในกลุ่มสตรีอายุ 30 ปีขึ้นไป.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิมล คำสวัสดิ์. (2535). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแม่บ้านอาสาสมัครในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี ในชุมชนแออัดเขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

แววตา สุริยันต์. (2551). **ผลการประยุกต์ใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศุภกานต์ เตชะพงศธรและคณะ. (2548). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. **วชิรเวชสาร**, 51(1), 35.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). **แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม.** กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมใจ พรภิกานนท์. (2551). **ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 - 59 ปี ในเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

สรัญญา ปัณฑวงศ์. (2551). **การปฏิบัติการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองมะเร็งเต้านม ตำบลท่าวังพร้าว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่.** การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). **แผนพัฒนาสตรีในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10.** กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

Christian University of Thailand

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2551). **รายงานสถานการณ์สตรีไทยประจำปี 2551.** กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **การสาธารณสุขไทย 2548-2550**. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2552). **เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ.** กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สิริณัฐ สินวรรณกุล. (2551). **ประสบการณ์ความทุกข์ของผู้หญิงที่ป่วยเป็นมะเร็งและถูกตัดเต้านม: แนวคิดสตรีนิยมสายสังคมนิยม.** วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุปรียา ตันสกุล. (2548). **ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

สุพิศ สงนวล. (2548). **ประสบการณ์การเยียวยาด้านจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุภาพร ฟองมูล. (2546). **ปัญหาสุขภาพและการจัดการในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สรรชัย กาญจนลาภ และสุมิต วงศ์เกียรติขจร. (2547). **มะเร็งเต้านม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

โสพรรณ โพทะยะ. (2532). **การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีที่มีอาชีพ และระดับการศึกษาต่างกัน.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

หทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2550). **การเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยมุสลิม ตำบลฉลุง อำเภอหาดใหญ่ โดยใช้รูปแบบการสอนที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

Christian University of Thailand

ภาษาอังกฤษ

Ajzen, I., & Fishbein, M.(1980). **Understanding attitudes and predicing social behavior.** Englewood Cliffs, N. J. : Prentice-Hall, 54 - 55.

_____ (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior**.** In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), **Action-control: From cognition to behavior**. Heidelberg, Germany: Springer, 11- 39.

_____ & Driver, B. L. (1991). **Prediction of leisure participation from behavioral, normative, and control beliefs: An application of the theory of planned behavior**. Leisure Sciences, 13, 185 - 204.

_____ (1991). **The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes**, 50, 179 - 211.

_____(2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. **Journal of Applied Social Psychology**, 32, 665 - 683.

_____ & Manstead, A. S. R. (2007). Changing health-related behaviors: An approach based on the theory of planned behavior. In K. van den Bos, M. Hewstone, J. de Wit, H.Schut & M. Stroebe (Eds.), **The scope of social psychology: Theory and applications**. New York: Psychology Press, 43 - 63.

Best, J.W.(1977). **Research in Education**. 3rd ed. Engle Wood Clift, NJ: Prentic Hall.

Burnett, C. B. , Steakley, C. S. &Tefft , M. C. (1995**).** Barrier to breast and cervical cancer screening in underserved women of the district of Columbia**. Oncology Nursing Forum**, 22(10), 1551 - 1557.

Champion, V. L. (1987). The relationship of breast self examination to health belief model variables. **Research in Nursing and Health**, 8(12), 375 - 382.

_____(1988). Attitudinal variables related to intention frequency and proficiency of breast self examination in women 35 and over. **Research in Nursing and Health**. 11, 283 - 291.

Daniel, W.W. (1995). **Biostatistics : A foundation for analysis in the health sciences**. 5 th New York: John Wiley & Sons, 180.

Christian University of Thailand

Dorsay, R.H., Cuneo, W.D., Somkin, C.P., & Tekawa, I.S. (1988). Breast self- examination : Improving competence and frequency in a classroom setting. **American Journal of Public Health, 78** (5), 520 - 523.

Dow, K. H. (1997). Breast cancer. In C. Varriccio, M. Pierce, C. L. Walder, & T. B. Ades (Eds.), **A cancer source book for nurses**. 7th ed. (pp.229 - 306). Alanta : Jones and Bartlett.

Ferrell, B. R., Dow, K., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1995). Quality of life in cancer survivors. **Oncology Nursing Forum**, 22, 915 - 922.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1981). Attitudes and voting behaviour: An application of the theory of reasoned action. In G. M. Stephenson & J. M. Davis (Eds.), **Progress in applied social psychology**. London: Wiley.(1), 95 - 125.

Gullatte, M.(2006).The Influence of Spirutuality and Religiosity on Breast cancer Screening Deley in African American Women : Application of the Theory of Reasoned Action and Planned Behavior(TRA/TPB). **The ABNF Journal**, 17(2), 89 - 93.

Harkness, G.A.(1995). **Epidemiology in Nursing Practice.** Missouri: R.R. Donelly & Sons, 187 - 188.

Jacob, T., Penn, N. & Brown, M. (1989) Breast self examination: Knowledge, attitudes, and performance among back women. **Journal Nation Medical Assosiation**, 81, 769 - 776.

Khuhaprema, T. et al.,(2007). **Cancer in Thailand Vol.IV, 1998-2000**. Department of Medical Services. 48 - 49.

Kunkel, E. J., Chen, E. I., & Okunlola, T. B. (2002). Psychosocial concerns of women with breast cancer. **Primary Care Update for OB/GYNS**, 9(4), 129 - 134.

Lierman, L. M. , Young, H. M. Kasprzyk, D. , & Benoliel, J. Q.(1990). Predicting breast self examination using the theory of reasoned action. **Nursing Research**, 30(20), 97 - 101.

Memis, S. (2007). Knowledge, Attitudes, and Behaviors of nursing and Midwifery Students Regarding Breast Self -Examination in turkey**. Oncology Nursing Forum**, 36(1), 39 - 42.

National Cancer Institute. (1994). **Annual report 1994.** Department of Medical Services.

_____(2006). **Cancer registry, 2005**. Department of Medical Services. 10 - 13.

_____(2007). **Cancer registry, 2006**. Department of Medical Services. 22 - 27.

Christian University of Thailand

_____(2008). **Cancer registry, 2007**. Department of Medical Services. 18 - 21.

_____(2009). **Cancer registry, 2008**. Department of Medical Services. 22 - 24.

Pender, N. J. (1996). **Health promotion in nursing practice.** 3rd ed. Stamford, CT : Appleton & Lange.

Prapavessis, H. et al.,(2005). Using Theory of Planned Behavior to understand exercise motivation in patients with congenital hearth disease. **Psychology, Health & Medicine,** 10 (4), 335 - 343.

Rah, J. H., et al., (2004)**.** Applying the Theory of Planned Behavior to Women's Behavioral Attitudes on and Consumption of Soy Products**. Journal Nutrition Education and Behavior**, 36(5), 238 - 239.

Reed, P.G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. **Research in Nursing and Health**, 15, 349 - 357.

Rutledgs, D. N. , & Davis, G. T. (1988). Breast self examination compliance and the health belief model. **Oncology Nursing Forum**, 15, 175 - 179.

Salazar, M. K. (1994). Breast self examination belief. : A descriptive study. **Public Health Nursing**, 11(1), 49 - 56.

Shannon, M. T. , Wilson, B. A., & Stang, C.L. (2003). **Health professionals drug guide**. New Jersey: Person Education, 397 - 400.

Steven, D. (2003). Knowledge, attitudes, beliefs, and practices regarding breast and cervical cancer Screening in selected Ethnocultural Groups in Northwestern Ontario. **Oncology Nursing Forum**, 31(2), 305 - 309.

Taylor, E. J. (1998). Spirituality and the cancer experience. In R. M. Carroll-Johnson, L. M. Gorman & N. J. Bush (Eds.), **Psychosocial nursing care: Along the cancer continuum**. Pittsburgh: Oncology Nursing, 71 - 82.

World Health Organization. (2008). **The world health report 2008 : primary health care now more than ever.** Switzerland: Pascale Broisin, 21 - 24.

Zimmerman. R.S., & Connor, C. (1989). Health promotion in context : The effects of significant others on health behavior change. **Health Education Quarterly**, 16 (1), 57 - 75.

http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news_ca.php?newsID=38&typeID=18

Christian University of Thailand

ภาคผนวก

CTU
Christian University of Thailand

CTU

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

Christian University of Thailand

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาด ตำบลพังตรุ อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

1.นายแพทย์ ประนอมสม แสนหอม	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี
2.นาง อัมพา กิตติอุดมเดช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี
3.นางสาว นิภา เชื้อทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติงานการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี

CTU
Christian University of Thailand

CTU

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

Christian University of Thailand

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ดิฉัน นาง ทิพวันย์ เฑียรฆโรจน์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป" ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาด ตำบลพังตรุ อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ท่านเป็นบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลครั้งนี้ ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านเพื่อเข้าร่วมการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของท่านมีความสำคัญต่อการวิจัยอย่างยิ่ง โดยดิฉันจะนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การให้ข้อมูลครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของท่านทั้งหมดถือเป็นความลับ ซึ่งการนำเสนอผลการวิจัยจะเสนอโดยรวมในเชิงวิชาการ ไม่มีการเปิดเผยเป็นรายบุคคล ส่วนหลักฐานทุกอย่างจะถูกทำลายเมื่องานวิจัยเสร็จสิ้นโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามครั้งนี้โดยไม่กระทบกระเทือนต่อการให้บริการต่างๆของศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาดแต่อย่างใด ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัย ถ้ามีข้อสงสัยใดๆ ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของท่านตลอดเวลา

งานวิจัยครั้งนี้จะประสบความสำเร็จลงไม่ได้ ถ้าหากไม่ได้รับความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่าน จึงขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

.....

(นาง ทิพวันย์ เฑียรฆโรจน์)

ผู้วิจัย

.....

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและได้รับคำอธิบายตามรายละเอียดอย่างครบถ้วนและมีความเข้าใจเป็นอย่างดี ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....

CTU Christian University of Thailand

CTU

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

Christian University of Thailand

แบบสอบถามการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

คำชี้แจง

แบบสอบถามการวิจัยชุดนี้ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้แก่ เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของกลุ่มสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งมีทั้งหมด 8 หน้า แบ่งออกเป็น 5 ชุด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายของเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ในการตอบแบบสอบถาม โปรดทำความเข้าใจในแต่ละข้อคำถามและตอบตามความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด หากมีข้อสงสัยประการใด สามารถซักถามผู้สอบถามเพิ่มเติมได้จนกว่าจะเข้าใจ คำตอบที่ได้ไม่มีถูกหรือผิด และไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เนื่องจากเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมในการปฏิบัติงานส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อไป

Christian University of Thailand

แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบไปด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามลักษณะประชากร

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเรื่องเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามเรื่องการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ชุดที่ 4 แบบสอบถามเรื่องการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ชุดที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ขอขอบคุณในความร่วมมือ
นาง ทิพวันย์ เฑียรฆโรจน์
นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

แบบสอบถามเลขที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ. 2553

ชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม.....บ้านเลขที่.....หมู่.....

ชุดที่ 1 แบบสอบถามลักษณะประชากร

<u>คำชี้แจง</u> ให้เติมคำในช่องว่าง และเขียนเครื่องหมาย √ หน้าข้อความตามความเป็นจริง

CTU
Christian University of Thailand

1. ขณะนี้ท่านอายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส
   - ( ) โสด
   - ( ) คู่
   - ( ) หม้าย / หย่า / แยก
3. ระดับการศึกษา
   - ( ) ไม่ได้เรียน
   - ( ) ประถมศึกษา
   - ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น
   - ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย
   - ( ) อนุปริญญา
   - ( ) ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
4. อาชีพ
   - ( ) แม่บ้าน
   - ( ) เกษตรกรรม
   - ( ) รับจ้าง
   - ( ) ค้าขาย
   - ( ) อื่นๆ.....
5. รายได้ของครอบครัว

   รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเรื่องเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

<u>คำชี้แจง</u> โปรดเขียนเครื่องหมาย √ ลงในตารางให้ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

<u>ความหมาย</u>

เชื่ออย่างมาก	หมายถึง	มีความเชื่อในระดับมากที่สุด
เชื่อ	หมายถึง	มีความเชื่อในระดับมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	มีความเชื่อในระดับปานกลาง
ไม่เชื่อ	หมายถึง	มีความเชื่อในระดับน้อย
ไม่เชื่ออย่างมาก	หมายถึง	มีความเชื่อในระดับน้อยที่สุด

ท่านมี**<u>ความเชื่อ</u>**เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในข้อต่อไปนี้ในระดับใด

ข้อความ	เชื่ออย่างมาก	เชื่อ	ไม่แน่ใจ	ไม่เชื่อ	ไม่เชื่ออย่างมาก
1.การตรวจเต้านมด้วยตนเองทำให้พบความผิดปกติในระยะเริ่มแรกได้					
2.การตรวจเต้านมด้วยตนเองทำให้สามารถบอกความแตกต่างของเต้านมปกติและผิดปกติได้					
3.การตรวจเต้านมด้วยตนเองช่วยทำให้สามารถรักษาได้อย่างทันท่วงที					
4.การตรวจตรวจเต้านมด้วยตนเองช่วยลดความรุนแรงในการเป็นมะเร็งเต้านม					
5.การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นการตรวจที่ทำได้ง่าย					
6.การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นการตรวจที่ทำได้ด้วยตนเอง					
7.การตรวจเต้านมด้วยตนเองช่วยลดค่าใช้จ่ายในการไปรับการตรวจจากแพทย์					
8.การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการค้นหาโรคที่สะดวก					
9.การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการค้นหาโรคที่ประหยัดเวลา					
10.การตรวจเต้านมด้วยตนเองจำเป็นสำหรับสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไปทุกคน					

CTU
Christian University of Thailand

2.2 การประเมินค่าผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

<u>คำชี้แจง</u> โปรดเขียนเครื่องหมาย √ ลงในตารางให้ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

<u>ความหมาย</u>

สำคัญมาก	หมายถึง	มีความสำคัญในระดับมากที่สุด
สำคัญ	หมายถึง	มีความสำคัญในระดับมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	มีความสำคัญในระดับปานกลาง
ไม่สำคัญ	หมายถึง	มีความสำคัญในระดับน้อย
ไม่สำคัญมาก	หมายถึง	มีความสำคัญในระดับน้อยสุด

CTU

ท่านคิดว่า**<u>ผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสำคัญต่อท่าน</u>**มากน้อยเพียงใด

Christian University of Thailand

ข้อความ	สำคัญมาก	สำคัญ	ไม่แน่ใจ	ไม่สำคัญ	ไม่สำคัญมาก
1.การตรวจพบความผิดปกติในระยะเริ่มแรกได้					
2.การสามารถบอกความแตกต่างของเต้านมปกติและผิดปกติได้					
3.การทำให้สามารถรักษาได้อย่างทันท่วงที					
4.การช่วยลดความรุนแรงในการเป็นมะเร็งเต้านม					
5.วิธีการตรวจที่ทำได้ง่าย					
6.วิธีการตรวจที่ทำได้ด้วยตนเอง					
7.การช่วยลดค่าใช้จ่ายในการไปรับการตรวจจากแพทย์					
8.วิธีการค้นหาโรคที่สะดวก					
9.วิธีการค้นหาโรคที่ประหยัดเวลา					
10.การตรวจเต้านมด้วยตนเองจำเป็นสำหรับสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไปทุกคน					

ชุดที่ 3 แบบสอบถามเรื่องการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

3.1 แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

<u>คำชี้แจง</u> โปรดเขียนเครื่องหมาย √ ลงในตารางให้ตรงกับความเห็นของท่าน

<u>ความหมาย</u>

สนับสนุนมาก	หมายถึง	สนับสนุนในระดับมากที่สุด
สนับสนุนน้อย	หมายถึง	สนับสนุนในระดับมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	สนับสนุนในระดับปานกลาง
คัดค้านน้อย	หมายถึง	สนับสนุนในระดับน้อย
คัดค้านมาก	หมายถึง	สนับสนุนในระดับน้อยที่สุด

ท่านคิดว่าบุคคลต่อไปนี้**<u>จะสนับสนุนหรือคัดค้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองของท่าน</u>**

ข้อความ	สนับสนุนมาก	สนับสนุนน้อย	ไม่แน่ใจ	คัดค้านน้อย	คัดค้านมาก
1.สามี/คู่รัก					
2.บิดา-มารดา					
3.บุตร					
4.ญาติ					
5.เพื่อน/เพื่อนบ้าน					
6.อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)					
7.เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน					

CTU Christian University of Thailand

3.2 แบบวัดแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

<u>คำชี้แจง</u> โปรดเขียนเครื่องหมาย √ ลงในตารางให้ตรงกับความเห็นของท่าน

<u>ความหมาย</u>

มากที่สุด	หมายถึง	ทำตามในระดับมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ทำตามในระดับมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ทำตามในระดับปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ทำตามในระดับน้อย
น้อยที่สุด	มายถึง	ทำตามในระดับน้อยที่สุด

ท่านคิดว่าจะตรวจเต้านมด้วยตนเอง**<u>ตามที่บุคคลต่อไปนี้ต้องการมากหรือน้อย</u>**

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.สามี/คู่รัก					
2.บิดา-มารดา					
3.บุตร					
4.ญาติ					
5.เพื่อน/เพื่อนบ้าน					
6.อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)					
7.เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน					

CTU
Christian University of Thailand

ชุดที่ 4 แบบสอบถามเรื่องการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

4.1 แบบวัดความเชื่อในการควบคุมปัจจัย

<u>คำชี้แจง</u> โปรดเขียนเครื่องหมาย √ ลงในตารางให้ตรงกับความเห็นของท่าน

<u>ความหมาย</u>

มากที่สุด	หมายถึง	มีผลในระดับมากที่สุด
มาก	หมายถึง	มีผลในระดับมาก
ปานกลาง	หมายถึง	มีผลในระดับปานกลาง
น้อย	หมายถึง	มีผลในระดับน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	มีผลในระดับน้อยที่สุด

ท่านคิดว่าสถานการณ์ต่อไปนี้ **<u>มีผล</u>** ต่อการที่ท่านจะตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.การไม่รู้วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง					
2.ขั้นตอนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง					
3.การใช้ระยะเวลานานในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในแต่ละครั้ง					
4.การตรวจที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องทุกเดือน					
5.การไม่มีห้องหรือสถานที่มิดชิดเพื่อใช้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง					

Christian University of Thailand

4.2 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย

<u>คำชี้แจง</u> โปรดเขียนเครื่องหมาย √ ลงในตารางให้ตรงกับความเห็นของท่าน

<u>ความหมาย</u>

มากที่สุด	หมายถึง	จัดการได้ในระดับมากที่สุด
มาก	หมายถึง	จัดการได้ในระดับมาก
ปานกลาง	หมายถึง	จัดการได้ในระดับปานกลาง
น้อย	หมายถึง	จัดการได้ในระดับน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	จัดการได้ในระดับน้อยที่สุด

ท่านคิดว่าสถานการณ์ต่อไปนี้ **<u>ท่านสามารถจัดการ</u>**ได้หรือไม่

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ท่านสามารถหาความรู้เรื่องวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้					
2.ท่านสามารถฝึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้					
3.ท่านมีเวลาว่างพอที่จะตรวจเต้านมด้วยตนเองได้					
4.ท่านสามารถหาเวลาในการตรวจได้ในแต่ละเดือน					
5.ท่านสามารถจัดหาสถานที่มิดชิดเพื่อตรวจเต้านมได้					

CTU
Christian University of Thailand

ชุดที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

<u>คำชี้แจง</u> โปรดเขียนเครื่องหมาย √ ลงในตารางให้ตรงกับความจริงที่ท่านปฏิบัติอยู่

<u>ความหมาย</u>

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งทุกเดือน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติไม่ทุกเดือน

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นๆเลย

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1. ท่านตรวจดูลักษณะของเต้านม			
2. ดูสีผิวของเต้านม			
3. ตรวจดูรอยย่น บุ๋ม การดึงรั้งของเต้านม			
4. การกดลึก 3 ระดับและคลำเต้านมทั้งสองข้างเวียนเข้าหาบริเวณหัวนมตามเข็มนาฬิกา			
5. คลำบริเวณรักแร้ทั้งสองข้าง			
6. ตรวจดูหัวนมโดยการบีบหัวนมเพื่อดูสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติต่างๆ			
7. ตรวจเต้านม เดือนละ 1 ครั้งหรือบ่อยกว่า			
8. ตรวจเต้านมหลังมีประจำเดือน 7 วันหรือตรวจวันในวันหนึ่งตรงกันทุกเดือน(กรณีไม่มีประจำเดือน)			

* หมายถึง ปฏิบัติอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ทุกเดือน

CTU Christian University of Thailand

CTU

ภาคผนวก ง

ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence)

Christian University of Thailand

ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence)

แบบสอบถามเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ข้อความ	IOC
ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองในข้อต่อไปนี้ระดับใด 1.การตรวจเต้านมด้วยตนเองทำให้พบความผิดปกติ.....	1
2.การตรวจเต้านมด้วยตนเองทำให้สามารถบอกความแตกต่าง.....	1
3.การตรวจเต้านมด้วยตนเองช่วยทำให้สามารถรักษาได้.....	.7
4. การตรวจตรวจเต้านมด้วยตนเองช่วยลดความรุนแรง.....	.7
5. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นการตรวจ.....	1
6. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นการตรวจที่ทำได้.....	1
7. การตรวจเต้านมด้วยตนเองช่วยลดค่าใช้จ่าย.....	1
8. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการ.....	1
9.การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการค้นหาโรคที่.....	1
10.การตรวจเต้านมด้วยตนเอง.....	.7
ท่านคิดว่าผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสำคัญต่อท่านมากน้อยเพียงใด 11.การสามารถตรวจพบความผิดปกติ.....	1
12.การสามารถบอกความแตกต่างของเต้านม.....	1
13. การทำให้สามารถรักษาได้.....	1
14. การช่วยลดความรุนแรง.....	.7
15. วิธีการตรวจ.....	1
16. วิธีการตรวจที่ทำได้.....	1
17. การช่วยลดค่าใช้จ่าย.....	.7
18. วิธีการค้นหาโรค.....	1
19. วิธีการค้นหาโรคที่ประหยัด.....	1
20.การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความจำเป็น.....	1

CTU Christian University of Thailand

แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ข้อความ	IOC
ท่านคิดว่าบุคคลต่อไปนี้จะสนับสนุนหรือคัดค้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองของท่าน 1.สามี	1
2. บิดา-มารดา	1
3. บุตร	1
4. ญาติ	1
5. เพื่อน/เพื่อนบ้าน	1
6. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	1
7. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย /ศูนย์สุขภาพชุมชน	1
ท่านคิดว่าจะตรวจเต้านมด้วยตนเองตามที่บุคคลต่อไปนี้ต้องการมากหรือน้อย 8.สามี	1
9. บิดา-มารดา	1
10. บุตร	1
11. ญาติ	1
12. เพื่อน/เพื่อนบ้าน	1
13. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	1
14. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย /ศูนย์สุขภาพชุมชน	1

CTU
Christian University of Thailand

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย

ข้อความ	IOC
ท่านคิดว่าสถานการณ์ต่อไปนี้มีผลต่อท่านที่ท่านจะตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่ 1.การไม่รู้วิธีการตรวจ.....	1
2. ขั้นตอนในการตรวจเต้านม.....	.7
3. การใช้ระยะเวลานานในการตรวจ.....	1
4. การตรวจที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง.....	1
5.การไม่มีห้องหรือสถานที่มิดชิด.....	1
ท่านคิดว่าสถานการณ์ต่อไปนี้ท่านสามารถจัดการได้หรือไม่ 6. ท่านสามารถหาความรู้เรื่องวิธีการตรวจ.....	1
7. ท่านสามารถฝึกการตรวจเต้านม.....	1
8. ท่านมีเวลาว่างพอที่จะตรวจ.....	1
9. ท่านสามารถหาเวลาในการตรวจ.....	1
10.ท่านสามารถจัดหาสถานที่มิดชิด.....	1

CTU
Christian University of Thailand

แบบวัดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ข้อความ	IOC
1. ท่านตรวจดูลักษณะ.....	.7
2. ดูสีผิว.....	1
3. ตรวจดูรอยย่น.....	1
4. การกดลึก 3 ระดับ.....	1
5. คลำบริเวณรักแร้.....	1
6. ตรวจดูหัวนมโดยการบีบหัวนม.....	1
7. ตรวจเต้านม เดือนละ 1 ครั้ง.....	1
8. ตรวจเต้านมหลังมีประจำเดือน 7 วัน.....	1

Christian University of Thailand

CTU

ภาคผนวก จ

Christian University of Thailand

ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ ทดสอบโดยการวิเคราะห์ค่าความคาดเคลื่อน

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นาง ทิพวันย์ เฑียรฆโรจน์
วันเดือนปีเกิด	29 ธันวาคม 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดกาญจนบุรี
ประวัติการศึกษา	- ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ระดับต้น) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจักกรีรัช พ.ศ.2535 - 2537
	- วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาสุขศึกษา สถาบันราชภัฏกาญจนบุรี พ.ศ.2539 - 2541
	- พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจักกรีรัช พ.ศ.2548 - 2550
	- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน พ.ศ.2551 - 2553
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านเบญพาด อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

CTU
Christian University of Thailand