



ผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

อัมพา ศรีสาพันธ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี



อัมพา ศรีสาพันธ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

THE EFFECT OF APPLYING THE HEALTH BELIEF MODEL ON BREAST SELF –
EXAMINATION BEHAVIOR OF EARLY ADULT WOMEN IN MUANG DISTRICT CHON
BURI PROVINCE



AMPA SRISAPAN

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN COMMUNITY NURSE PRACTITIONER
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2025

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ อัมพา ศรีสาพันธ์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิสากร กรุงไกรเพชร)

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเยี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

64920518: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
 คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การตรวจเต้านมด้วยตนเอง, สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น
 อัมพา ศรีสาพันธ์ : ผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการ
 ตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. (THE EFFECT OF
 APPLYING THE HEALTH BELIEF MODEL ON BREAST SELF – EXAMINATION BEHAVIOR
 OF EARLY ADULT WOMEN IN MUANG DISTRICT CHON BURI PROVINCE) คณะกรรมการ
 ควบคุมวิทยานิพนธ์: รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, ปร.ค., นิสากกร กรุงไกรเพชร, ศ.ค.. ปี พ.ศ. 2568.

โรคมะเร็งเต้านม เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของสตรีทั่วโลก ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
 ในรอบ 10 ปี และมีแนวโน้มพบมะเร็งเต้านมในสตรีที่อายุน้อยลงเพิ่มมากขึ้น การตรวจพบมะเร็งเต้านม
 ในระยะแรก ช่วยให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการ
 ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่
 ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนหลัง
 กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุระหว่าง 20-34 ปี กลุ่มละ 26 คนกลุ่มทดลองได้รับชุดข้อมูล
 และกิจกรรมผ่านกิจกรรมกลุ่มในสภาพแวดล้อมที่มีการติดตามจากเพื่อนและโทรศัพท์ เป็นระยะ ๆ
 จนครบสัปดาห์ที่ 8 ในขณะที่กลุ่มควบคุม ได้รับข้อความส่งเสริมสุขภาพทั่วไป เก็บข้อมูลโดยการตอบ
 แบบสอบถามและแบบบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระดับความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น
 ความไวต่อมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อุปสรรค
 ในการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ
 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t-test และIndependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
 ผลการศึกษาพบว่า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระดับ
 ความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงชัดเจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าหลังการ
 ทดลอง กลุ่มทดลองมีร้อยละของผู้เข้าร่วมที่ปฏิบัติพฤติกรรมเป็นประจำ และคะแนนเฉลี่ยสำหรับ
 พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$)
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำสูงเป็นร้อยละ
 84.6 เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง มีเพียง ร้อยละ 15.4 ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่าการให้ความรู้ตามแบบ
 แผนความเชื่อและเน้นการเสริมจากพลังเพื่อน เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วย
 ตนเองในสตรีวัยทำงาน

64920518: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: HEALTH BELIEF MODEL, BREAST SELF – EXAMINATION, EARLY ADULT WOMEN

AMPA SRISAPAN : THE EFFECT OF APPLYING THE HEALTH BELIEF MODEL ON BREAST SELF – EXAMINATION BEHAVIOR OF EARLY ADULT WOMEN IN MUANG DISTRICT CHON BURI PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: RUNGRAT SRISURIYAWET, Ph.D. NISAKORN KRUNGKRAIPETCH, Dr.P.H. 2025.

Breast cancer is a leading cause of death among women worldwide, with its incidence steadily increasing over the past decade. Additionally, there is a rising trend of breast cancer being diagnosed in younger women. Early detection of breast cancer can significantly reduce the mortality rate. The objective of this research was to evaluate the effectiveness of an intervention based on the Health Belief Model in enhancing knowledge, altering beliefs about breast cancer and its early detection, and improving breast self-examination behaviors. This study used a quasi-experimental approach with a non-equivalent control group pretest-posttest design. The participants were 26 women aged 20-34 per group from Muang district, Chonburi. The intervention was delivered via a group approach with encouraging environments (friend and phone monitoring). Women in the intervention group received targeted messages designed to encourage regular breast self-examination, while those in the control group received general health promotion messages. The study assessed breast self-examination practices, knowledge levels, and health-related beliefs such as susceptibility to breast cancer, perceived severity of the disease, benefits of breast self-examination, barriers to performing the behavior, cues to action, and self-efficacy both before and after the intervention at 8th week. Data were analyzed using statistics: frequency, percentage, mean, standard deviation, Dependent t-test and independent t-test at the statistical significance level of .05.

By the end of the program, participants showed significant improvements in their knowledge and health-related beliefs, particularly regarding the severity of breast cancer and the benefits of breast self-examination. There was also a notable increase in the percentage of participants who regularly performed breast self-examinations. The mean score for breast self-examination behavior was significantly higher after the intervention compared to before ($p < .001$), and also significantly higher than the control group ($p < .001$) at the .05 level. After the intervention, 84.6% of the experimental group regularly performed breast self-examinations, a substantial increase from the 15.4%

observed before the intervention. The findings of this research suggest that education based on the Health Belief Model, combined with peer support, is an effective method to promote self-breast examinations among working-age women.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิสากร กรุงไกรเพชร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำ แก้ไขเครื่องมือให้มีคุณภาพอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

ขอขอบพระคุณ นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี นายกเทศมนตรีและเจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองชลบุรีและเทศบาลเมืองแสนสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลเสม็ด ตำบลห้วยกะปิ ตำบลบ้านปึก ตำบลแสนสุข ผู้ที่เกี่ยวข้องในการติดต่อประสานงานในการทำวิทยานิพนธ์ และกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีที่อนุญาตให้ศึกษาต่อในระดับปริญญาโทและกองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์ ที่กรุณาให้ทุนการศึกษาต่อระดับปริญญาโทในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านจากสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่กรุณา ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ การเรียนการสอนแบบ Life Long Learning เอาใจใส่ดูแลลูกศิษย์ มอบความรัก ความเมตตา ดูแลรอบคอบ ทำให้ลูกศิษย์สามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่าง ๆ มาได้ด้วยกายและใจที่แข็งแกร่ง

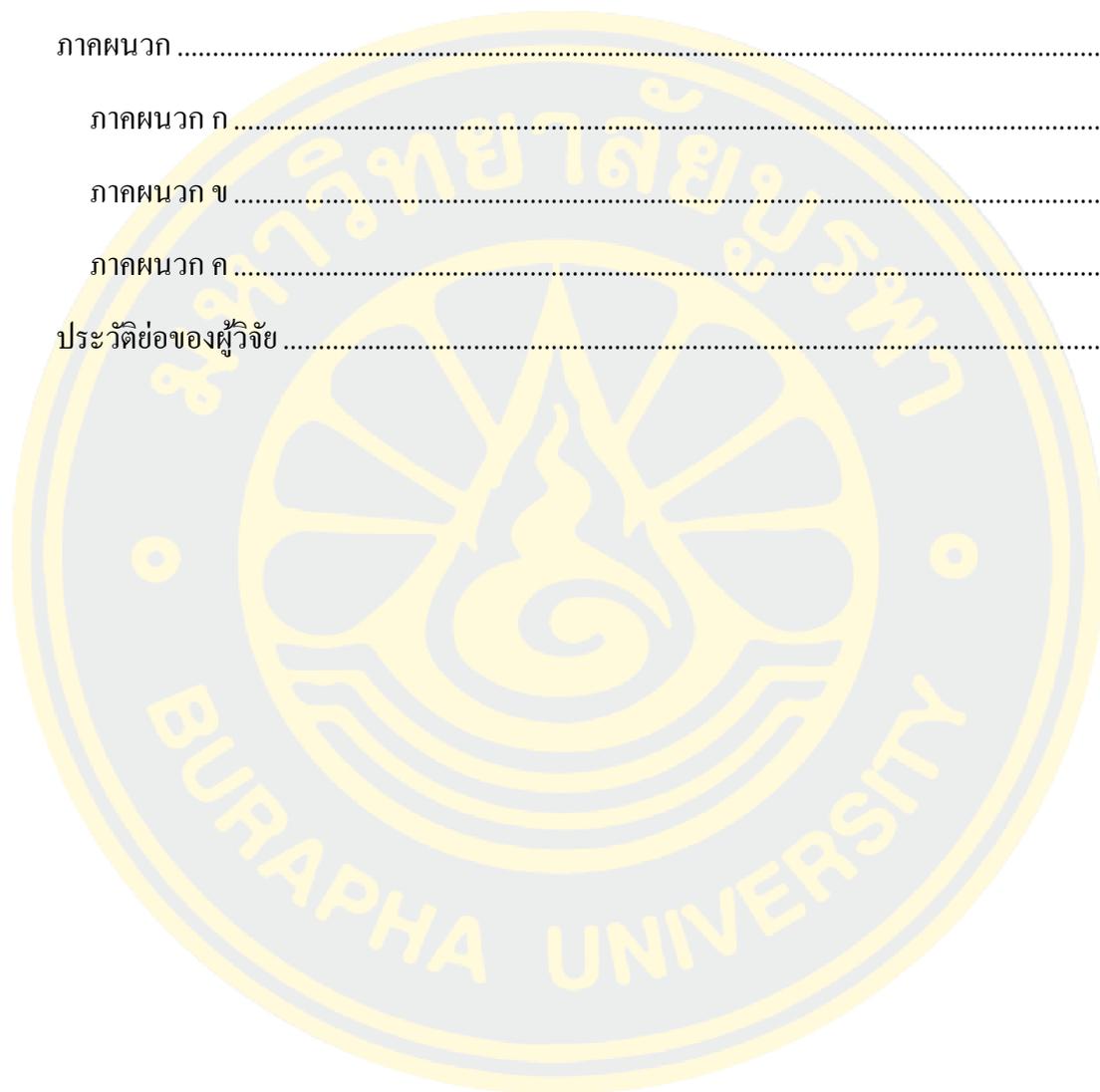
สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ที่เป็นแรงบันดาลใจในการศึกษาต่อในระดับปริญญาโท และครอบครัว ที่ให้ความรัก ความเข้าใจ การสนับสนุนและกำลังใจอันดียิ่งจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ช
สารบัญ	ซ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
ขอบเขตของงานวิจัย	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
ระบาดวิทยาของมะเร็งเต้านม	12
ธรรมชาติการเกิด โรค สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิด โรคมะเร็งเต้านม	13
ธรรมชาติการเกิด โรคมะเร็งเต้านม	14
ระยะของโรคมะเร็งเต้านมและอัตราการรอดชีวิต โรคของมะเร็งเต้านม	19
อัตราการรอดชีวิตของโรคมะเร็งเต้านม.....	23
การป้องกันโรคมะเร็งเต้านม.....	24

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	25
แนวคิดและทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)	33
องค์ประกอบและนิยามเชิงทฤษฎี.....	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
รูปแบบการวิจัย.....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล	61
ขั้นตอนการทดลอง	62
ขั้นประเมินผล (Evaluation).....	64
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	69
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	69
ส่วนที่ 2 ระดับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองและปัจจัยที่ศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง	75
ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วย ตนเอง การรับรู้อุปสรรค ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลัง การทดลอง.....	78
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	82
สรุปผลการวิจัย	82

อภิปรายผลการวิจัย	84
ข้อเสนอแนะ	88
บรรณานุกรม	90
ภาคผนวก	100
ภาคผนวก ก	101
ภาคผนวก ข	103
ภาคผนวก ค	123
ประวัติย่อของผู้วิจัย	133



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการพัฒนากิจกรรม	38
ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง	70
ตารางที่ 3 ข้อมูลประวัติปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม	71
ตารางที่ 4 ข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ	72
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง.....	75
ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยและระดับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	76
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง	76
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับตัวแปรความรู้และการรับรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง	77
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง.....	80

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
ภาพที่ 2 Staging มะเร็งเต้านมโดยใช้ TNM.....	23
ภาพที่ 3 ส่วนของนิ้วที่ใช้ในการคลำเต้านม.....	31
ภาพที่ 4 การคลำเต้านมด้วยตนเอง	31
ภาพที่ 5 การคลำเต้านมทั้ง 3 แบบ	32
ภาพที่ 6 Health Belief Model.....	37
ภาพที่ 7 แผนผังการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง	52
ภาพที่ 8 แผนผังขั้นตอนการทดลอง	66

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นโรคมะเร็งที่พบบมากที่สุด ในมะเร็งสตรีทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่าปี 2020 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 2.3 ล้านคน หรือชั่วโมงละ 258 คน และเสียชีวิตราว 685,000 คนต่อปี (WHO, 2021) โดยมีอัตราการอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมในสตรีโลกปี 2020 เป็นร้อยละ 24.5 และอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 15.5 (Global Cancer, 2020) สถานการณ์โรคมะเร็งเต้านมในสตรีไทย พ.ศ.2563 พบว่ามีสตรีไทยป่วยด้วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ราว 18,000 คนต่อปี มีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมราว 4,800 คน หรือ 13 คนต่อวัน และคาดการณ์ว่าในปี 2566 จะพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมถึง 22,000 คนต่อปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565) โดยมีอัตราการอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอด 20 ปีที่ผ่านมา จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งอันดับ 1 ของโรคมะเร็งในสตรีไทย พบอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ปรับมาตรฐานอายุ (Mean annual ASR) ในรอบ 3 ปี (2561-2563) เป็นร้อยละ 34.2 ต่อแสนประชากร (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564)

สถานการณ์โรคมะเร็งเต้านมของภาคตะวันออก ไม่แตกต่างจากสถานการณ์ระดับประเทศ โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งอันดับ 1 ของโรคมะเร็งในสตรีทั้งหมดตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (2554-2563) โดยสถิติของจังหวัดชลบุรี พบรายงานอุบัติการณ์โรคมะเร็งเต้านมปรับมาตรฐานอายุ (Mean annual ASR) ในรอบ 3 ปี (2559-2561) เท่ากับร้อยละ 35.4 (โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2561) นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านมในรอบ 10 ปีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2551 ถึง 2562 พบว่าอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.3 เป็น 13.9 ต่อแสนประชากร (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562) อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่าในระยะหลังพบว่า มีผู้หญิงวัยรุ่นอายุน้อยก็สามารถป่วยเป็นมะเร็งเต้านมได้ โดยเฉพาะ สตรีในช่วงอายุ 20-40 ปี มีแนวโน้มพบมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอัตราการอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมในกลุ่มสตรีอายุน้อยลง โดยผู้หญิงอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ก็มีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะเป็นโรคมะเร็งเต้านม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ปี 2562-2564 พบในสตรีที่อายุ 20-39 ปี มากถึงร้อยละ 13.1, 12.2 และ 13.3 ตามลำดับ (โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2564)

การคัดกรองมะเร็งเต้านมจึงเป็นการดำเนินการที่มีความสำคัญมากที่ทำให้สามารถค้นพบมะเร็งเต้านมระยะแรก เนื่องจากจะทำให้สามารถรักษาให้หายขาด และลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งที่สามารถคัดกรองได้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) โดยถ้าพบโรคมะเร็งเต้านมในระยะแรกที่ยังไม่มีการแพร่กระจายและได้รับการรักษาจะมีโอกาสรอดชีวิตที่ 5 ปีสูงกว่าการพบในระยะที่มีการแพร่กระจายแล้ว จากรายงานของ The American Cancer Society สถิติการเก็บข้อมูลของ The National Cancer Institute (NCI) ผู้หญิงชาวอเมริกาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระหว่างปี 2011-2017 พบว่า มะเร็งเต้านมระยะที่ไม่มีการแพร่กระจายของโรคออกนอกเต้านม (Localized stage) มีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี (5-year relative survival rate) เท่ากับร้อยละ 99 ส่วนมะเร็งที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งเต้านมระยะที่มีการแพร่กระจาย อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 86 (American Cancer Society, 2022) ดังนั้นการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะแรกจึงเป็นสิ่งสำคัญ

กระทรวงสาธารณสุขไทยมีนโยบายคัดกรองมะเร็งเต้านมในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ โดยมีเป้าหมายในสตรีอายุ 30-70 ปี ตรวจเต้านมด้วยตนเองและจากบุคลากรทางการแพทย์ สำหรับการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม เน้นในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตาม แนวทางการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมสำหรับสตรีไทยโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ยังแนะนำให้สตรีไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุก 1 เดือน เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

สมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทยกำหนดแนวทางการปฏิบัติสำหรับสตรีในการค้นหาโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นว่าควรประกอบด้วย 3 วิธีร่วมกัน ได้แก่ (1) การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือนในสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป (2) การตรวจเอกซเรย์เต้านมด้วยแมมโมแกรม และ (3) การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองและการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ เป็นวิธีการหลักในการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยเนื่องจากสตรีส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการคัดกรองด้วยแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ได้ (คณินิจ พงศ์ถาวรกมลและคณะ, 2019) ในขณะที่การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีที่ประหยัด ไม่เสียค่าใช้จ่าย ทำได้ง่ายและสะดวก แม้จะไม่สามารถลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านมได้ แต่องค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้ใช้วิธีนี้เพื่อส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และใช้กระตุ้นความตระหนักต่อความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านม (WHO, 2015)

ดังนั้นการคัดกรองมะเร็งเต้านม (Breast Self-Early Detection Early Protection) โดยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จึงมีความสำคัญและเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับประเทศกำลังพัฒนา

และประเทศไทย ซึ่งยังไม่สามารถพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงได้ (มูลนิธิธันยรักษ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) สำหรับการคัดกรองมะเร็งเต้านมในจังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีได้ตั้งเป้าหมายให้สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ30-70ปี ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมร้อยละ 80 แต่พบว่าในปี 2562-2563 สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมร้อยละ 40.91 และ 53.74 ตามลำดับ ส่วนสถิติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในจังหวัดชลบุรี ปี 2564 พบว่า มีอัตราการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพียงร้อยละ 50.65 สาเหตุที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้แก่ ไม่มีความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนในสตรีกลุ่มอายุน้อยที่ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงคิดว่าตนเองไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงและไม่มีญาติเป็นมะเร็งเต้านมจึงไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ประเทศเอธิโอเปีย พบว่า มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพียงร้อยละ 36.72 ซึ่งกลุ่มที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่ำสุดคือร้อยละ 20.43 เป็นกลุ่มประชากรทั่วไป (Yeshitila, Kassa, Gebeyehu, Memiah, & Desta, 2021) สำหรับการศึกษาศึกษาพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทย พบว่า พฤติกรรมตรวจเต้านมตนเองยังค่อนข้างต่ำไม่ถึงร้อยละ 40 ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยในสตรีวัยผู้ใหญ่ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี พบว่า ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 33.60 ความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความไม่แน่นอนร้อยละ 54.54 และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับไม่เหมาะสมร้อยละ 52.4 (ณัฐชยาน์ ชาวบัวคำ และคณะ, 2561) พฤติกรรมและทักษะการตรวจเต้านมตนเองของสตรีวัย 30-70 ปี ในเขตจังหวัดมุกดาหาร พบว่า ร้อยละ 37.5 ของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจากขาดความมั่นใจในเทคนิคการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (รัตติยา จันดาร์ักษ์, 2563) การตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 40.4 ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 59.3 (รังสินพดล โถทอง และคณะ, 2562)

จากการศึกษาพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งจังหวัดนครศรีธรรมราช (อายุเฉลี่ย 20 ปี) พบว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 31.5 มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอทุกเดือนเพียงร้อยละ 4.2 เนื่องจากตรวจไม่เป็น/ไม่ทราบวิธีตรวจ ร้อยละ 59.17 (สุดา ใจห้าวและคณะ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีเมืองเคอร์มานประเทศอิหร่านซึ่งมีอายุเฉลี่ย 30 ปี พบว่ามีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือนเพียงร้อยละ 12.7 สาเหตุที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองคือไม่รู้ว่าจะต้องตรวจอย่างไร (Davarani, Khanjani, Falahi, Daneshi, & Iranpour, 2016)

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มสตรีทั่วไป อายุระหว่าง 15-70 ปี ได้แก่ การมีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม (Abolfotouh et al., 2015; Asiri & Rashad, 2019; Davarani et al., 2016; Koc et al., 2019; Yeshitila et al., 2021; ณัฐชยาน์ ซาบัวคำ และคณะ, 2561; ดวงตะวัน พรหมมาศ และ สุพัตรา อัสวไมตรี, 2564; พัชยา ภัคจิรสกุล, 2559) การมีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็ง (Abolfotouh et al., 2015; Asiri & Rashad, 2019; Yeshitila et al., 2021; ดวงตะวัน พรหมมาศ และสุพัตรา อัสวไมตรี, 2564) การมีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Abolfotouh et al., 2015; Davarani et al., 2016; ดวงตะวัน พรหมมาศ และสุพัตรา อัสวไมตรี, 2564) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งเต้านม (Asiri & Rashad, 2019; Davarani et al., 2016; นวรัตน์ โกมลวิภาค และน้ำอ้อย ภัคคิงส์, 2561; สุดา ใจห้าว และคณะ, 2561) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม (Asiri & Rashad, 2019; Davarani et al., 2016; จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ, 2562) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Asiri & Rashad, 2019; Davarani et al., 2016; จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ, 2562; นวรัตน์ โกมลวิภาค และน้ำอ้อย ภัคคิงส์, 2561) การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Asiri & Rashad, 2019; Davarani et al., 2016; นวรัตน์ โกมลวิภาค และน้ำอ้อย ภัคคิงส์, 2561; สุดา ใจห้าว และ, 2561) การรับรู้ความสามารถของตนเองของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Abolfotouh et al., 2015; Asiri & Rashad, 2019; Davarani et al., 2016; นวรัตน์ โกมลวิภาค และน้ำอ้อย ภัคคิงส์, 2561; สุธารัตน์ ชำนาญช่าง และคณะ, 2562) ความรอบรู้ทางสุขภาพ (สุธารัตน์ ชำนาญช่าง และคณะ, 2562) การสนับสนุนทางสังคม (พัชยา ภัคจิรสกุล, 2559)

จะเห็นได้ว่าการที่สตรีจะมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อค้นหาหะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกนั้น ปัจจัยหลักที่สำคัญมาจากความรู้ การรับรู้และความเชื่อ นั่นคือ สตรีต้องรับรู้ถึงภาวะคุกคามและความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมที่จะเกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของ Stefanut & Vintila (2020) พบว่ามีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาประยุกต์ใช้มากที่สุด (ร้อยละ 53) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Stretcher & Becker (1988) ที่อธิบายว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมจากการกระตุ้นโดยความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยบุคคลที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งคุกคามที่ทำให้ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคมีความรุนแรงทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือเสียชีวิต ร่วมกับการตระหนักถึงประโยชน์ของพฤติกรรมรับรู้อุปสรรคของการกระทำในระดับต่ำ และมีความมั่นใจว่าสามารถกระทำได้ จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านม

นมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในจังหวัดชลบุรี เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของ พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองทำให้สตรีสามารถตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เมื่อพบความผิดปกติ จะได้รับการวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคที่ทันทั่วทั้งที่ รวมทั้งการค้นพบมะเร็งเต้านมในระยะแรกจะทำให้รักษาหายขาดได้และไม่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยและทุกข์ทรมานจากโรค สามารถลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านมได้

จากการวิเคราะห์หากลวิธีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในช่วงอายุ 20-70 ปี คือ ส่วนใหญ่การให้ความรู้และการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นแบบกลุ่ม (Abolfotouh et al., 2015; Agide et al., 2018; Akhtari-Zavare et al., 2016; Myint et al., 2019; Stefanut & Vintila, 2020; ธนัสมณฑท์ ภาณุพรพงษ์, 2564; รัชนิพร วงศ์อนุ และณัฐกฤตา ศิริโสภณ, 2565; สุภรัตน์ แจ่มแจ้ง และคณะ, 2563; สรารัตน์ ตระกูลรัมย์ และจารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ, 2562; สายไหม ตุ่มวิจิตร และคณะ, 2562) อย่างไรก็ตามการใช้รูปแบบสื่อโดยการให้ความรู้ผ่านสื่อเทคโนโลยีคู่กับการสอนแบบตัวต่อตัว (face to face) จะได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการให้ความรู้แบบกลุ่ม (Myint, Nursalam, & Has, 2019; Stefanut & Vintila, 2020) ด้านระยะเวลาในการจัดกิจกรรมควรใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 48 นาที (Stefanut & Vintila, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าสิ่งชักนำที่จะทำให้เกิดการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอหลังการจัดกิจกรรม โดยการติดตามและกระตุ้นให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางสาธารณสุข (รัชนิพร วงศ์อนุ และณัฐกฤตา ศิริโสภณ, 2565; ธนัสมณฑท์ ภาณุพรพงษ์, 2564; สรารัตน์ ตระกูลรัมย์ และจารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ, 2562; สายไหม ตุ่มวิจิตร และคณะ, 2562) ในสตรีกลุ่มที่แต่งงานมีครอบครัวแล้วได้รับการกระตุ้นเตือนให้เกิดการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากแรงสนับสนุนจากสามี ดังจะเห็นได้จากการศึกษาผลของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพและแรงสนับสนุนจากสามีที่มีต่อการป้องกันและควบคุมมะเร็งเต้านมของสตรีวัย 35-55 ปี ตำบลจันทหาร อำเภोजังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า สตรีที่ได้รับแรงสนับสนุนจากสามีอยู่ในระดับสูงทำให้มีพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (จิระพรรณ ศรีหามิ และคณะ, 2559) จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับระยะเวลาของการติดตามเพื่อประเมินความต่อเนื่องของการตรวจเต้านมด้วยตนเองส่วนใหญ่ คือ มีการติดตามเป็นเวลา 8 สัปดาห์หลังจากการจัดกิจกรรม (ศรีัญญา งามนิมิตร และคณะ, 2565; สุปราณี น้อยตั้ง และคณะ, 2561) และพบว่าในระยะติดตามผลหลังจัดกิจกรรมสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน (ศรีัญญา งามนิมิตร และคณะ, 2565)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นที่กล่าวมา สะท้อนให้เห็นว่างานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 5 ปี

ย้อนหลัง มีการศึกษาในกลุ่มสตรีที่มีช่วงอายุ ต่ำกว่า 35 ปี เพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงพบว่ามีจำนวนไม่มาก อีกทั้งยังเป็นการศึกษาที่เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กนักเรียน การศึกษาที่ทำการทดลองกับสตรีอายุน้อยในชุมชนยังมีจำกัด ซึ่งผลการศึกษายังไม่สามารถอ้างผลการศึกษาไปยังกลุ่มประชากรหญิงทั่วไปที่มีอายุน้อยในช่วง 20-34 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีที่อยู่ในพื้นที่ จ.ชลบุรีที่มีการระบาดของโรคมะเร็งเต้านมสูงในอันดับแรก ๆ ของประเทศ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เป็นรอยต่อสำคัญในชุมชนที่ต้องเร่งสร้างความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อให้กลุ่มดังกล่าวมีความรอบรู้ และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง ก่อนเข้าสู่วัยที่มีความเสี่ยงสูงมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมที่นำมาใช้พัฒนาโปรแกรมมีความหลากหลาย เช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และมีบางการศึกษาที่มีการใช้สองทฤษฎีร่วมกัน เช่น ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในต่างประเทศสรุปว่าทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ เป็นทฤษฎีการศึกษาในต่างประเทศที่มีว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด (Stefanut & Vintila, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงอภิมานในประเทศไทย (สายไหม คุ่มวิจิตร และคณะ, 2562) ที่พบว่าการศึกษาที่ผ่านมาร้อยละ 50 ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ และกิจกรรมการให้ความรู้โดยใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มีประสิทธิผลสูงสุดในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่เน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ ความเชื่อ และความหวังผลลัพธ์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค (Glanz et al., 2002)

ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมให้สตรีอายุ 20-34 ปี ในพื้นที่จังหวัดชลบุรีมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้โปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เน้นการเพิ่มความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จัดกิจกรรมการสอนความรู้แบบกลุ่มใหญ่ การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับการตรวจเต้านมแบบกลุ่มย่อยและเน้นการสอนแบบรายบุคคลตัวต่อตัว เพิ่มสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติโดยการติดตามและกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยและเพื่อนที่เป็นคู่Buddy โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ มีการวัดผลลัพธ์ประสิทธิภาพของโปรแกรมจากคะแนนความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม พฤติกรรมและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายหลังได้รับ โปรแกรม 8 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องในการประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยต่อไป

คำถามการวิจัย

ผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัยหลัก

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรีก่อนและหลังได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรีระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัยรอง

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรีก่อนและหลังได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรีระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ผลลัพธ์หลัก

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี กลุ่มที่ได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี กลุ่มที่ได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

ผลลัพธ์รอง

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

3. หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี กลุ่มที่ได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

4. หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี กลุ่มที่ได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในจังหวัดชลบุรี ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock & Stretcher (1997) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคล ที่เชื่อว่าปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีกับตนเอง ทำให้มีอินดีในการปฏิบัติ การให้ข้อมูลอาจได้ผลไม่เต็มที่ หากไม่คำนึงถึงความเชื่อของผู้ปฏิบัติ ความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และช่วยให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ในระยะยาว จากการศึกษาตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะเป็นตัวผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 20-34 ปี ในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมและการสอน เพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตลอดจนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยได้พัฒนาจากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model [HBM]) ของ Rosenstock et al. (1988) โปรแกรมใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมที่ 1 – 3 ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ 7 จัดกิจกรรมที่ 4 และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 8 ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 เป็นกิจกรรมแบบกลุ่มใหญ่ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 2 และ กิจกรรมที่ 3 จัดกิจกรรมแบบกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12-14 คน และจับคู่ Buddy โดยกิจกรรมที่ 2 เป็นกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อลดอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 3 เป็นกิจกรรมการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการตรวจเต้านมโดยใช้หุ่นจำลองเต้านม มีการสอนตรวจเต้านมเป็นรายบุคคลตัวต่อตัว เพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 7 เป็นกิจกรรมที่ 4 กิจกรรมสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติและการกระตุ้นเตือนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผ่านการใช้ไลน์กลุ่ม โดยผู้วิจัยและคู่ Buddy ส่งคลิปวิดีโอการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองและวันที่มีประจำเดือนลงในปฏิทินที่แจกให้กลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 8 ทำแบบประเมินหลังการทดลอง

2. พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา โดยวัดจากความถี่ของการตรวจอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อค้นหาความผิดปกติ และก้อนเนื้ออกของเต้านมรวมถึงต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ และใหลาข้างทั้งสองข้างด้วยตนเอง

3. สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น หมายถึง บุคคลเพศหญิงที่อายุ 20-34 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ตลอดระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

4. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม หมายถึง การรู้จักและความเข้าใจของสตรี เกี่ยวกับสถานการณ์ อากาโร สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

5. การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม หมายถึง การรับรู้ตนเองของสตรี เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ในด้านต่าง ๆ ซึ่งวัดโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย การรับรู้ในด้านต่าง ๆ 5 ด้าน ได้แก่

5.1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ความคิด ความเชื่อของสตรีกลุ่มตัวอย่างว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งเต้านม

5.2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความคิด ความเชื่อของสตรีกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับผลที่จะเกิดตามมาเมื่อตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม

5.3. การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หมายถึง ความคิด ความเชื่อของสตรีกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

5.4. การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หมายถึง ความคิด ความเชื่อหรือคาดการณ์ของสตรีกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

5.5. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หมายถึง ความคิด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของสตรีกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษารั้งนี้ ซึ่งมีรายละเอียดตามลำดับดังนี้

1. ระบาดวิทยาของมะเร็งเต้านม
 - 1.1 สถานการณ์ของโรคมะเร็งเต้านม
 - 1.2 ชนชาติการเกิดโรค สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม
 - 1.3 ระยะของโรคมะเร็งเต้านมและอัตราการรอดชีวิตโรคของมะเร็งเต้านม
2. การป้องกันโรคมะเร็งเต้านม
 - 2.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม
 - 2.1.1 การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self – examination: BSE)
 - 2.1.2 การตรวจโดยแพทย์หรือนุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม (Clinical breast examination: CBE)
 - 2.1.3 การตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammography)
3. แนวคิดและทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 4.1 งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
 - 4.2 งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ระบาดวิทยาของมะเร็งเต้านม

สถานการณ์ของโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของสตรีไทย จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งอันดับ 1 ของโรคมะเร็งในสตรี สถานการณ์โรคมะเร็งเต้านมในสตรีไทย พ.ศ.2563 พบว่ามีสตรีไทยป่วยด้วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ราว 18,000 คนต่อปี มีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมราว 4,800 คน หรือ 13 คนต่อวัน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะลุกลามของโรคทำให้อัตราการ

เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2551 ถึง 2562 พบว่าอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.3 เป็น 13.9 ต่อแสนประชากร (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562)

สถานการณ์โรคมะเร็งเต้านมของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและจังหวัดชลบุรี ไม่แตกต่างจากสถานการณ์ระดับประเทศ ที่โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งอันดับ 1 ของโรคมะเร็งในสตรีทั้งหมดตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (2554-2563) (โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2565) จากการศึกษาความชุกของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีก่อนวัยหมดประจำเดือน พบว่าร้อยละ 40.7 ของสตรีเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง และร้อยละ 59.3 ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง สาเหตุของการไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองมากที่สุด คือ ไม่ทราบวิธีการตรวจ ร้อยละ 65 (รังษิณพดล โภทอง และคณะ, 2562)

สถานการณ์โรคมะเร็งเต้านมในระยะหลังพบว่ามีผู้หญิงวัยรุ่นอายุน้อยก็สามารถป่วยเป็นมะเร็งเต้านมได้ พบในสตรีที่มีอายุน้อยเพิ่มมากขึ้น เป็นที่น่าสังเกตว่า ช่วงอายุ 20 – 40 ปี มีแนวโน้มพบมะเร็งเต้านมสูงขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอัตราอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมในกลุ่มสตรีอายุน้อยลง ผู้หญิงอายุน้อยตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ก็มีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะเป็นโรคมะเร็งเต้านมแสดงให้เห็นว่าผู้หญิงทุกช่วงอายุมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้อันได้ทุกคน จึงแนะนำให้หมั่นสังเกตความผิดปกติด้วยตนเอง และตรวจเต้านมเป็นประจำ ซึ่งผลการรักษามะเร็งเต้านมระยะแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้สูงถึงร้อยละ 95 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ปี 2562-264 พบในสตรีที่อายุ 20-39 ปี มากถึงร้อยละ 13.1, 12.2 และ 13.3 ตามลำดับ

สรุปสถานการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมในประเทศไทยและในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มะเร็งเต้านมยังคงเป็นโรคมะเร็งอันดับ 1 ของโรคมะเร็งในสตรี ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะลุกลามของโรค ทำให้อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีที่มีอายุน้อยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้หญิงทุกช่วงอายุมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้อันได้ ดังนั้นการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีที่อายุน้อยซึ่งไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง จึงมีความสำคัญเพื่อให้พบมะเร็งเต้านมในระยะแรกที่ยังไม่ลุกลาม จะทำให้มีโอกาสเพิ่มอัตราการรอดชีวิตหรือรักษาให้หายขาดจากมะเร็งเต้านมได้สูงขึ้น

ธรรมชาติการเกิดโรค สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

ความหมาย

โรคมะเร็งเต้านม เป็นความผิดปกติของการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ ที่เต้านมโดยมีการแบ่งเซลล์ที่เร็วและไม่สามารถควบคุมได้ และพบลักษณะของก้อนหรือเนื้องอก ที่เต้านม มะเร็งเต้านม

นมส่วนใหญ่จะเริ่มที่ต่อมน้ำนมหรือท่อที่เชื่อมกับต่อมน้ำนมไปยังหัวนม (American Cancer Society, 2019)

โรคมะเร็งเต้านม หมายถึง เซลล์มะเร็งที่เกิดขึ้นที่เต้านม และมีการเจริญเติบโตของเซลล์ที่ผิดปกติและกลายเป็นเนื้ออกร้าย สามารถพบได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย แต่พบในเพศหญิงมากกว่า ร้อยละ 99 (Ramani et al., 2017)

โรคมะเร็งเต้านม เป็นมะเร็งเนื้อเยื่อที่พัฒนามาจากโครงสร้างของเต้านมที่เรียกว่า Terminal ductal lobular unit (TDLU) มะเร็ง ชนิดนี้สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในเต้านมและเนื้อเยื่อเต้านมที่อยู่ในตำแหน่งอื่น (Accessory breast tissue) มะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เกิดในเพศหญิง ส่วนในเพศชายสามารถพบมะเร็งเต้านมได้เช่นกันแต่มี จำนวนน้อยกว่าเพศหญิงมาก แต่มะเร็งเต้านมในเพศชายพบที่มีความเสี่ยงในการกระจายของมะเร็ง มาที่ผิวหนังหรือผนังอกได้บ่อยกว่า จากความหมายของมะเร็งเต้านมสรุปได้ว่า มะเร็งเต้านมเป็นการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ ที่เต้านม โดยมีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติและมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์จนกลายเป็นเนื้ออกรของ มะเร็ง และสามารถแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายได้ (นรเศรษฐ์ สมานไทย, 2562)

โรคมะเร็งเต้านม เกิดจากเนื้อเยื่อของเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งซึ่งอาจจะเกิดเป็นมะเร็งเต้านมที่เกิดกับท่อน้ำนม หรือมะเร็งเต้านมที่เกิดกับต่อมน้ำนม มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

จากความหมายของมะเร็งเต้านม สรุปได้ว่า มะเร็งเต้านมเป็นการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่เต้านม โดยมีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติและมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์จนกลายเป็นเนื้ออกรของ มะเร็ง และสามารถแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายได้

ธรรมชาติการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

พยาธิกำเนิดของการเกิดมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเริ่มเกิดขึ้นที่ส่วนของ terminal duct lobular unit ในเต้านมที่มีการเจริญเติบโตมากผิดปกติ โดย เริ่มแรกมักจะมีการเปลี่ยนแปลงเป็น ductal hyperplasia หรือ lobular hyperplasia แล้วจึงเปลี่ยนเป็นก้อนเนื้ออกร dysplasia ก่อน ต่อจากนั้นก็เปลี่ยนเป็นก้อนมะเร็งระยะที่ยังไม่ลุกลาม ductal/ lobular carcinoma in situ และ ท้ายสุดจึงเปลี่ยนแปลงเป็น invasive ductal/lobular carcinoma ในที่สุดซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถ วินิจฉัยโดยใช้การถ่ายภาพรังสีเต้านม (mammogram) และ/หรือการตรวจเต้านมด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) นอกจากนี้การรักษาด้วยการผ่าตัดตั้งแต่ระยะเริ่มต้นสามารถทำให้ไม่เป็นมะเร็งเต้านมชนิดที่ลุกลามและทำให้หายขาดจากโรคได้ ดังนั้นจึงแนะนำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีการ

ถ่ายภาพรังสีเต้านมในผู้หญิงทั่วไปที่อายุมากกว่า 50 ปี ส่วนผู้ที่มียปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม เช่น ประวัติมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ในครอบครัว อาจทำการตรวจที่อายุน้อยกว่านั้น (กรณีเหล่านี้ขอปรึกษา และนภา ปริญญานิติกุล, 2559)

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านม

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านม มีรายละเอียดดังนี้ (National Cancer Institute [NCI], 2019)

1. คลำพบก้อนบริเวณเต้านมหรือรักแร้ โดยก้อนที่พบมีการเปลี่ยนแปลงทั้งขนาดและรูปร่างอย่างรวดเร็ว
2. ผิวหนังบริเวณเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ เช่น ผิวหนังไม่เรียบ มีรอยบุ๋มคล้ายผิวส้ม
3. มีการคั่งรังของหัวนมหรือมีการผิดรูปของหัวนมและเต้านม
4. มีขของเหลวหรือสารคัดหลั่งอื่น ๆ นอกเหนือจากน้ำนมโดยเฉพาะสารคัดหลั่งที่มีลักษณะเป็นเลือด ไหลออกมาจากหัวนม

มะเร็งเต้านมมักแสดงเป็นก้อนที่ไม่เจ็บปวดหรือหนาขึ้นในเต้านม สิ่งสำคัญคือผู้หญิงที่พบก้อนเนื้อผิดปกติในเต้านมควรปรึกษาแพทย์โดยไม่ล่าช้าเกิน 1-2 เดือน แม้ว่าจะไม่มีอาการเจ็บร่วมด้วยก็ตาม การไปพบแพทย์เมื่อสัญญาณแรกของอาการที่เป็นไปได้ช่วยให้การรักษาประสบความสำเร็จมากขึ้น มะเร็งเต้านมอาจแพร่กระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกายและกระตุ้นให้เกิดอาการอื่น ๆ บ่อยครั้งที่ตำแหน่งแรกที่ตรวจพบได้บ่อยที่สุดคือการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใต้แขน แม้ว่าบางครั้งต่อมน้ำเหลืองที่เป็นมะเร็งอาจจะไม่สามารถคลำได้ เมื่อเวลาผ่านไปเซลล์มะเร็งอาจแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ เช่น ปอด ตับ สมอง และกระดูก และจะมีอาการต่าง ๆ ตามมา เช่น ปวดกระดูกหรือปวดศีรษะ เป็นต้น (WHO, 2021)

การศึกษาของโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 10 ปี 2561 ผลการศึกษาพบว่าสตรีไทยที่เข้าร่วมโครงการฯ ที่พบว่า เป็นมะเร็งเต้านมภายหลังการติดตามเป็นระยะเวลา 5 ปี มาด้วยอาการพบก้อนที่เต้านมและส่วนใหญ่คลำได้ด้วยตนเอง พบร้อยละ 97.9 อาการเจ็บเต้านม พบร้อยละ 12.8 เต้านมทั้งสองข้างโตไม่เท่ากัน พบร้อยละ 7.9 นอกจากนี้ยังพบว่าไม่มีอาการหรืออาการแสดงอื่น ๆ แต่ตรวจพบโดยการทำ Ultrasound และ Mammography ร้อยละ 1.2 เมื่อมีอาการผิดปกติข้างต้น ควรเข้ารับการตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดจากแพทย์เพื่อค้นหาและรักษาโรคมะเร็งเต้านมอย่างรวดเร็วและเหมาะสมต่อไป

สรุปอาการและอาการแสดงของมะเร็งเต้านมที่พบได้บ่อยที่สุด คือ การคลำพบก้อนที่บริเวณเต้านม และส่วนใหญ่สามารถคลำพบก้อนได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการตรวจเต้านมด้วยตนเองจึง

เป็นวิธีที่ผู้หญิงทุกคนสามารถทำได้เองอย่างรวดเร็ว สะดวก และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เมื่อพบก้อนเนื้อที่ผิดปกติควรรีบปรึกษาแพทย์ภายใน 1-2 เดือน จะทำให้สามารถค้นพบมะเร็งเต้านมในระยะแรกได้ มากขึ้น

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

สาเหตุ

สาเหตุของโรคมะเร็งเต้านมที่แท้จริงยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดแต่มีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลายประการทั้งปัจจัยภายในและภายนอก รวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิล, 2562)

ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงที่อยู่นอกเหนือการควบคุม หรือควบคุมไม่ได้ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือควบคุมได้

ปัจจัยเสี่ยงที่อยู่นอกเหนือการควบคุม หรือควบคุมไม่ได้ ได้แก่

1. เพศ พบโอกาสในเกิดโรคมะเร็งเต้านมในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 100 เท่า (ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559)

2. อายุ โดยสถิติโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้ที่สูงอายุมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิล, 2562)

3. ประวัติครอบครัว พันธุกรรม มะเร็งเต้านมมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้อง กับ ยีน BRCA1 และ BRCA2 ซึ่งเป็น Tumor Suppressor ยีน ทำหน้าที่ควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์ ให้มีการแบ่งตัวอย่างปกติ ยับยั้งไม่ให้แบ่งตัวมากเกินไปจนกลายเป็นเนื้องอก ผู้หญิงที่มีการกลายพันธุ์ (mutation) ของยีน BRCA1 และ BRCA2 จะเพิ่มความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมและรังไข่ มากขึ้น (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิล, 2562)

การประเมินความเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านมในครอบครัวมีหลักเกณฑ์ประเมินจากญาติสายตรง (บิดา มารดา พี่สาว น้องสาว หรือลูกสาว) และญาติใกล้ชิด (ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา และ ลูกพี่ลูกน้อง) ดังนี้ (สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิล, 2562)

1. มีญาติสายตรงหรือญาติใกล้ชิดตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปเป็นมะเร็งเต้านม
2. มีญาติสายตรงหรือญาติใกล้ชิดตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่ ร่วมกับข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

มีหนึ่งคนเป็นทั้งมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่

มีหนึ่งคนเป็นมะเร็งเต้านมทั้ง 2 ข้าง

มีหนึ่งคนเป็นมะเร็งเต้านมก่อนอายุ 40 ปี

มีหนึ่งคนเป็นผู้ชายที่เป็นมะเร็งเต้านม

มีญาติสายตรงหรือญาติใกล้ชิดอีกหนึ่งคนเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่
ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือควบคุมได้ ได้แก่

1. ฮอรัโมน ฮอรัโมนเอสโตรเจนซึ่งเป็นฮอรัโมนเพศหญิงมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิด
มะเร็งเต้านมเนื่องจากมะเร็งเต้านมพบว่าผู้หญิงเป็นมากกว่าผู้ชาย 100 เท่าและพบผู้ที่ได้รับฮอรัโมน
เอสโตรเจนทดแทนเป็นเวลานานมากกว่า 8 ปี จะเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งเต้านมมากขึ้น อายุที่
เริ่มมีประจำเดือนและหมดประจำเดือนมีความเกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านม คนที่มีประจำเดือนครั้งแรก
เมื่ออายุยังน้อยโดยเฉพาะน้อยกว่า 12 ปี หรือหมดประจำเดือนช้า หลังอายุ 55 ปี นอกจากนี้คนที่ไม่
เคยมีบุตรหรือตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปีจะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย
ประวัติโรคมะเร็ง ผู้ที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่ง มีโอกาสเสี่ยงที่จะตรวจพบโรคมะเร็งได้ที่เต้านม
อีกข้างหนึ่งหรือเป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก รังไข่ และมะเร็งลำไส้ใหญ่ (สุวลักษณ์
วงศ์จรโรจศิล, 2562)

2. แบบแผนการดำเนินชีวิต พบว่า

2.1. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม เพราะ
แอลกอฮอล์จะเพิ่มระดับฮอรัโมนเอสโตรเจนและฮอรัโมนอื่นๆให้สูงขึ้น และแอลกอฮอล์ยังทำลาย
DNA ในเซลล์อีกด้วย (Breast Cancer, 2015) และพบว่าสตรีที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3 วันต่อ
สัปดาห์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมร้อยละ 15 และถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน
มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 (University of California San Francisco Medical Center, 2016)

2.2. การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ชาวตะวันตกมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มี
ไขมันสูงพบว่ามีความสัมพันธ์กับอัตราการตายและการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

2.3. การสูบบุหรี่ยังเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันอยู่ แต่การสูบบุหรี่ร่วมกับการดื่ม
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้น และการสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ
ยังน้อยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมากขึ้น (Sun et al, 2017)

2.4. การบริโภคอาหารหรือผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง มีส่วนช่วยลดการเกิดโรคมะเร็ง
เต้านม ซึ่งจากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่า อัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมีค่อนข้างต่ำในประเทศที่
มีการรับประทานถั่วเหลือง เช่น ในประเทศญี่ปุ่น และประเทศจีน เมื่อเทียบกับประเทศที่อยู่ทาง
แถบตะวันตกซึ่งมีการบริโภคถั่วเหลืองค่อนข้างน้อย มีอัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมต่ำกว่าถึง 6
เท่า และเมื่อสตรีในแถบประเทศที่บริโภคถั่วเหลืองสูงย้ายถิ่นฐานไปอยู่ประเทศที่มีการบริโภคถั่ว
เหลืองต่ำ พบว่า อัตราการเกิดโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว สนับสนุนว่าการ
เกิดโรคมะเร็งเต้านมนอกจากจะเกิดจากพันธุกรรมแล้ว ยังมีผลจากอาหารที่รับประทานด้วย (Wu et
al., 1998, อ่างถึงโน ชรินทร์ ถาวรคุณ, 2557) นอกจากนี้ ถั่วเหลืองยังมีส่วนประกอบของสาร

เจนิสเตอินซึ่งเป็นไฟโตเคมีคอล เป็นหนึ่งในสารที่มีฤทธิ์ทำลายฮอร์โมนซึ่งมีประโยชน์ต่ออวัยวะในระบบสืบพันธุ์ โดยมีฤทธิ์ด้านการอักเสบ ด้านอนุมูลอิสระและยับยั้งสารก่อมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งเต้านม และมะเร็งรังไข่ (สมักร สุจริต, 2562)

2.5 การออกกำลังกาย พบว่าสตรีที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมต่ำกว่าสตรีที่ไม่ออกกำลังกาย 10–20% การลดลงของความเสี่ยงมีผลจากการเพิ่มขึ้นของการออกกำลังกาย ผลการศึกษานี้ไม่ได้ขึ้นอยู่กับค่าดัชนีมวลกาย และมีข้อจำกัดในสตรีที่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีผลต่อกลไกการอักเสบของร่างกาย ระดับฮอร์โมนและความสมดุลของร่างกาย (American Cancer Society, 2019) และสตรีที่ใช้เวลานั่งอยู่กับที่เป็นเวลานาน ๆ ในแต่ละวัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น (Lammert et al., 2018) นอกจากนี้ มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสตรีที่มีอาชีพที่ต้องใช้เวลาในการนั่งนาน ๆ ในแต่ละวัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 ที่วินิจฉัยมะเร็งเต้านมก่อนอายุ 55 ปี (95% CI 1.05-1.37) เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีอาชีพที่ต้องใช้เวลาในการนั่งน้อยกว่า (Johnsson, Broberg, Johnsson, Tornberg, & Olsson, 2017)

3. ภาวะอ้วน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีที่มีภาวะอ้วนพบได้บ่อยร่วมกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในสตรี (Akram, Iqbal, Daniyal, & Khan, 2017)

4. ด้านความเครียด มีผลการศึกษาที่พบว่าความเครียดอาจมีผลกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม โดย ทำการศึกษาเกี่ยวกับยีน Dopamine receptor (DRD1-DRD5) ที่มีการเปลี่ยนแปลงตามความเครียด มีความสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านม โดยศึกษาในสตรีที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม และสตรีสุขภาพดี โดยการเจาะตรวจเลือด ผลการศึกษาพบว่า DRD2-DRD4 ใน Peripheral blood mononuclear cells (PBMC) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีสุขภาพดี (Pornour, Ahangari, Hejazi, Ahmadkhanika, & Akbari, 2014) อาจเป็นข้อมูลสนับสนุนว่ามะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับความเครียด และจากการศึกษาผลการทำสมาธิในสตรีที่รอดชีวิตโรคมะเร็งเต้านมในขณะที่อายุยังน้อย ทำการศึกษาเชิงทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่า การทำสมาธิมีผลต่อการลดความเครียด ภาวะซึมเศร้า และกลไกการอักเสบของร่างกาย ทำการศึกษาในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก อายุต่ำกว่า 50 ปี และได้รับการรักษาครบแล้ว ผลการศึกษาพบว่า การทำสมาธิมีผลลดความเครียด และภาวะซึมเศร้าได้ และลดสารที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบของร่างกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังให้ผลลัพธ์ด้านลดอาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ใจสั่น เกิดความรู้สึกสงบและมีอารมณ์เชิงบวกเพิ่มมากขึ้น (Bower et al., 2015)

5. ประวัติการได้รับรังสี พบว่าการสัมผัสรังสีมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น มีการศึกษาในผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์ระเบิดปรมาณูและสตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการ

ฉายรังสีที่บริเวณหน้าอกในช่วงอายุ 10 ปี และ 30 ปี เช่น ในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Hodgkin's lymphoma ซึ่งจะเป็นสารที่ก่อมะเร็ง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมที่เพิ่มสูงขึ้น หลัง 8 ปี ที่รักษาด้วยรังสีและจะคงอยู่นานกว่า 35 ปี (American Cancer Society, 2019)

สรุป ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงที่อยู่นอกเหนือการควบคุม หรือควบคุมไม่ได้ ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติครอบครัว พันธุกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูงของการเป็นมะเร็งเต้านมที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมที่สำคัญคือ การป้องกันมะเร็งเต้านมแบบทุติยภูมิ (Secondary Prevention) นั่นคือ การคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ทำให้สามารถค้นพบมะเร็งเต้านมในระยะแรก วินิจฉัยโรคและรักษาโรคได้เร็ว (Early Diagnosis and Prompt Treatment) ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์หลักที่ทั่วโลกนำมาใช้เพื่อควบคุมมะเร็งเต้านม

สำหรับปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านมในกลุ่มสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือควบคุมได้ ได้แก่ การใช้ฮอร์โมนจากการรับประทานหรือฉีดยาคุมกำเนิด แบบแผนการดำเนินชีวิตของสตรีวัยทำงานที่ต้องเร่งรีบและวัฒนธรรมการเลือกบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหาร Fast Food ทำให้เกิดภาวะอ้วนตามมา หรือพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จากการเข้าสังคมของวัยทำงาน มีความเครียดจากการทำงานหรือหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัว และประวัติการได้รับรังสีจากการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีความเสี่ยงจากรังสีและสารเคมีต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้และนำไปสู่กลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมต่อไป

ระยะของโรคมะเร็งเต้านมและอัตราการรอดชีวิตโรคของมะเร็งเต้านม

ระยะของโรคมะเร็งเต้านมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวินิจฉัย การวางแผนการรักษา และสามารถคาดการณ์อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้

ระยะของโรคมะเร็งเต้านม

ระยะของโรคมะเร็งบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค มีความสำคัญต่อการวางแผน และเปรียบเทียบผลการรักษา นอกจากนี้ยังบ่งบอกถึงการลุกลามของและการพยากรณ์โรคมะเร็ง โดยสามารถจำแนกตามลักษณะทางคลินิกหรือระยะการลุกลามของโรคมะเร็ง และตามระบบ TMN (TMN Classification system) (Tumor Size, Node Involvement, Metastatic : TNM)

1. การจำแนกตามลักษณะทางคลินิกหรือระยะการลุกลามของโรคมะเร็ง (Cancer staging) พิจารณาจากขนาดของก้อนมะเร็ง และการแพร่กระจายของมะเร็ง ซึ่งแบ่งได้เป็น 5 ระยะ (Akram et al., 2017) ดังนี้

ระยะที่ 0 ไม่มีการลุกลามไปยังเนื้อเยื่อส่วนอื่น ๆ ของเต้านม

ระยะที่ 1 ในระยะนี้แบ่งย่อยออกเป็น ระยะ 1A และระยะ 1B

ระยะ 1A มีก้อนมะเร็งขนาดเล็กไม่เกิน 2 ซม. และยังไม่ลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง

ระยะ 1B จะพบต่อมน้ำเหลืองโตกว่า 0.2 มม.

ระยะที่ 2 แบ่งย่อยออกเป็น 2 ระยะ คือ 2A และ 2B

ระยะ 2A พบก้อนที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หรือบริเวณใกล้เคียงแต่ไม่พบก้อนที่เต้านม ซึ่งก้อนที่พบอาจมีขนาดเล็กหรือใหญ่กว่า 2 ซม. แต่ไม่เกิน 5 ซม.

ระยะ 2B คือ ก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่กว่า 5 ซม.แต่ยังไม่ลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณรักแร้

ระยะที่ 3 แบ่งย่อยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะ 3A, 3B และ 3C

ระยะ 3A คือ ไม่พบก้อนที่เต้านมแต่พบที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หรือบริเวณใกล้เคียง

ระยะ 3B คือ พบก้อนที่เต้านมขนาดใดก็ได้แต่จะมีลักษณะบวมและเกิดแผลที่ผิวหนังของเต้านม คล้ายได้ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โต 9 ต่อมน้ำ หรือคล้ายพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง ในระยะ 3B เป็นระยะที่มีอาการอักเสบของมะเร็งเต้านม ซึ่งทำให้เกิดอาการบวม แดง ร้อน ของผิวหนังที่เต้านม

ระยะ 3C คือ ระยะที่มะเร็งลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองตั้งแต่ 10 ต่อมน้ำขึ้นไป อาจจะเป็นต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณรักแร้หรือต่อมน้ำเหลืองใต้กระดูกไหปลาร้า

ระยะที่ 4 ระยะนี้เป็นระยะที่มะเร็งมีการลุกลามไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น ปอด กระดูก ตับ สมอง และอื่น ๆ เป็นต้น

2. การจำแนกตามระบบ TMN (TMN Classification system)

เป็นระบบการจำแนกความรุนแรงและระยะการดำเนินของโรคมะเร็งที่พัฒนาโดยคณะกรรมการร่วมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American Joint Committee on Cancer: AJCC) และสหภาพสากลต่อต้านโรคมะเร็ง (The Union for International Cancer Control: UICC) ในปัจจุบัน มีการใช้ระบบ TNM อย่างแพร่หลายทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีที่ใช้เกณฑ์ การจำแนกความรุนแรงและระยะการดำเนินของโรคมะเร็งตามระบบ TNM (AJCC 8th Edition) ซึ่งการจำแนกความรุนแรงและระยะของโรคมะเร็งมีความสำคัญอย่างมากต่อการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งพิจารณาตามองค์ประกอบ ดังนี้ (American Cancer Society, 2019)

T ย่อมาจาก Tumor Size หรือขนาดของมะเร็ง วัดจากผลชิ้นเนื้อ

N ย่อมาจาก Node Involvement หรือการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

M ย่อมาจาก Metastatic คือการกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะห่างไกล อวัยวะที่มะเร็งเต้านมมักจะแพร่กระจายไปได้แก่ กระดูก ตับ ปอด และสมอง ถ้ามะเร็งเต้านมกระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ เช่น กระจายไปที่ปอด จะไม่เรียกว่ามะเร็งปอดแต่เรียกว่ามะเร็งเต้านมกระจายไปยังปอด

1. T หมายถึง Tumor ก้อนมะเร็งนั้นจะพิจารณาขนาดของก้อน โดยก้อนเล็กค่า T จะน้อยกว่าก้อน ใหญ่ แบ่งเป็น

1.1. TX ไม่สามารถประเมินขนาดของก้อนมะเร็งได้

1.2. T1 ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของก้อน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม. โดย T1 สามารถแบ่งย่อยได้เป็น

1.2.1 T1mic อาศัยกล้องจุลทรรศน์เห็นขนาดก้อนเล็กกว่า 0.1 ซม. หรือเรียกว่ามี Microinvasion

1.2.2. T1a ขนาดก้อน > 0.1 ซม. แต่ ≤ 0.5 ซม.

1.2.3. T1b ขนาดของก้อน > 0.5 ซม. แต่ ≤ 1 ซม.

1.2.4. T1c ขนาดของก้อน > 1 ซม.

1.3. T2 ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของก้อนมากกว่า 2 ซม. แต่ไม่มากกว่า 5 ซม.

1.4. T3 ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของก้อนมากกว่า 5 ซม.

1.5. T4 ขนาดของก้อนขยายไปจนถึง ผนังหน้าอก หรือผิวหนัง หรือทำให้เกิดการอักเสบจนเห็นผิวหนังที่มีก้อนอยู่เกิดการ อักเสบ บวม แดง โดยสามารถแบ่งย่อยได้เป็น

1.5.1. T4a ก้อนขยายไปยังผนังทรวงอก

1.5.2. T4b ก้อนขยายไปยังผิวหนังบริเวณทรวงอก

1.5.3. T4c ก้อนขยายไปทั้งผนังอกและผิวหนัง

1.5.4. T4d มะเร็งที่มีการอักเสบ โดยผิวหนังที่เหนือก้อนมะเร็งมีการอักเสบ บวม แดง ร้อน และปวดเมื่อเวลาไปสัมผัส

2. N หมายถึง Node Involvement หรือการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง แบ่งเป็น

2.1. NX ต่อมน้ำเหลืองไม่สามารถประเมินได้ ยกตัวอย่างกรณีที่ได้ทำการผ่าตัด เอาต่อมน้ำเหลืองออกไปก่อนหน้านี้

2.2. N0 ไม่มีเซลล์มะเร็งในต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

2.3. N1 พบเซลล์มะเร็งเฉพาะที่รักแร้ แต่ไม่พบที่ตำแหน่งอื่น ๆ

2.4. N2 พบเซลล์มะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองใต้กระดูกซี่โครง หรือถ้าที่รักแร้จะเป็นแบบ
 คิดเน้นกับอวัยวะอื่นด้วย แบ่งย่อยได้ เป็น

2.4.1. N2a พบเซลล์มะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ที่คิดเน้นกับอวัยวะอื่น

2.4.2. N2b พบเซลล์มะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ข้างใต้กระดูกซี่โครง (the internal
 mammary nodes) ไม่ว่าจะเห็น โดยการ Scan หรือ สัมผัสได้โดยแพทย์ผู้ตรวจ โดยไม่มีหลักฐานว่า
 มีเซลล์มะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้

2.5. N3 พบเซลล์มะเร็งของต่อมน้ำเหลืองที่อยู่เหนือหรือใต้กระดูกไหปลาร้า หรือพบ
 ได้ทั้งต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ร่วมกับใต้กระดูกซี่โครง แบ่งย่อยได้เป็น

2.5.1. N3a พบเซลล์มะเร็งของต่อมน้ำเหลืองที่ใต้กระดูกไหปลาร้า (collarbone)

2.5.2. N3b พบเซลล์มะเร็งของต่อมน้ำเหลืองทั้งที่รักแร้และใต้กระดูกซี่โครง

2.5.3. N3c พบเซลล์มะเร็งของต่อมน้ำเหลืองที่เหนือกระดูกไหปลาร้า

3. M หมายถึง Metastasis คือการที่มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ

3.1 Mx ไม่สามารถประเมินการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้

3.2 M0 ไม่มีหลักฐานของการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ

3.3 M1 แบ่งได้เป็น มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ นอกเหนือจากเต้านมหรือ
 ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

การพิจารณา TNM ร่วมกันกับการจะพิจารณา Staging นั้น จะนำ TNM มาพิจารณา
 ร่วมกัน เช่นก้อนมะเร็งเต้านมขนาด 3 ซม.(T2) และพบเซลล์มะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้เท่านั้น
 (N1) ไม่พบหลักฐานของการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ นอกจากต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณรักแร้
 (M0) สามารถเขียนได้เป็น T2 N1M0

Staging มะเร็งเต้านมโดยใช้ TNM

Staging	T	N	M
Stage 0	T is	N0	M0
Stage 1	T1	N0	M0
Stage II A	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
Stage II B	T2	N0	M0
	T3	N1	M0
Stage III A	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
Stage III B	T3	N2	M0
	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
Stage III C	Any T	N2	M0
Stage IV	Any T	N3	M1

หมายเหตุ Tis = Tumor in situ , T1 รวม T1 mic ด้วย

ภาพที่ 2 Staging มะเร็งเต้านมโดยใช้ TNM

ที่มา : American Joint Commission on Cancer TNM (2017)

หมายเหตุ. จาก “ Staging มะเร็งเต้านมโดยใช้ TNM” โดย ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2562,
(<http://doh.hpc.go.th/bse/topicDisplay.php?id=132>)

อัตราการรอดชีวิตของโรคมะเร็งเต้านม

อัตราการรอดชีวิตของ โรคมะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับระยะของมะเร็งเต้านม (Staging) โดยอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี (5 Year Survival Rate) เป็นดังนี้ (National Cancer Institute [NCI], 2019)

มะเร็งเต้านมระยะที่ 0 หรือ DCIS (Ductal Carcinoma In Situ) เซลล์มะเร็งเพิ่งก่อตัวขึ้นจำกัดอยู่ภายในเนื้อเยื่อฐานรากยังไม่แบ่งตัวลุกลามสู่ภายนอกขอบเขต โอกาสอยู่รอดที่ 5 ปี ประมาณ 99%

มะเร็งเต้านมระยะที่ 1 มะเร็งมีการลุกลามออกนอกเนื้อเยื่อฐานราก แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ และขนาดก้อนมะเร็งไม่เกิน 2 ซม. โอกาสอยู่รอดที่ 5 ปี ประมาณ 98%

มะเร็งเต้านมระยะที่ 2 ก้อนมะเร็งขนาดเกิน 2 ซม.แต่ไม่เกิน 5 ซม.ที่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปสู่ต่อมที่รักแร้ หรือมะเร็งขนาดเล็กไม่เกิน 2 ซม. แต่มีการแพร่กระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้แล้ว ถ้ามะเร็งยังไม่เข้าต่อมน้ำเหลือง โอกาสอยู่รอดที่ 5 ปี ประมาณ 98%

มะเร็งเต้านมระยะที่ 3 ก่อนมะเร็งขนาดใหญ่เกิน 5 ซม. หรือมะเร็งมีการแพร่กระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้จำนวนหลายต่อมทั่วไปหมด โอกาสอยู่รอดที่ 5 ปี ประมาณ 84 %

มะเร็งเต้านมระยะที่ 4 เป็นระยะสุดท้ายคือมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ เช่น ปอด กระดูก ตับ สมอง เป็นต้น โอกาสอยู่รอดที่ 5 ปี ประมาณ 24 %

กล่าวโดยสรุปโรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ เป็น โรคมะเร็งอันดับ 1 ของโรคมะเร็งในสตรีไทย อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งในระยะหลังพบสตรีไทยอายุน้อยที่ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงเป็น โรคมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ในระยะที่มีการลุกลามซึ่งทำให้อัตราการรอดชีวิตและการรักษาที่หายขาดลดลง อาการและอาการแสดงที่พบมากที่สุดคือการคลำพบก้อนที่เต้านมและส่วนใหญ่สามารถคลำพบก้อนได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่สำคัญและเหมาะสมกับประเทศไทยที่สตรีไทยยังไม่สามารถเข้าถึงการคัดกรองด้วยการทำแมมโมแกรมซึ่งเป็นวิธีที่แม่นยำได้ทุกกลุ่มโดยเฉพาะในสตรีกลุ่มที่อายุน้อย คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination: BSE) เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย สามารถทำเองได้เป็นประจำ สะดวก เพราะไม่ต้องใช้อุปกรณ์และไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ จะทำให้ค้นพบโรคมะเร็งเต้านมในระยะแรก ส่งผลให้การรักษาได้ผลดี มีโอกาสหายขาดและมีอัตราการรอดชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น

การป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

การป้องกันโรคมะเร็งเต้านมยังไม่มีวิธีการป้องกันที่สามารถป้องกันโรคได้อย่างสมบูรณ์ แต่มีวิธีหลายวิธีที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคได้ โดยเฉพาะการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากสามารถลดความเสี่ยงและช่วยให้ตรวจพบมะเร็งได้เร็วขึ้น

การส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในประชากรทั่วไป (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างสามารถป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากโรคมะเร็งเต้านมได้ ดังต่อไปนี้

1. การงดดื่มแอลกอฮอล์
2. การงดสูบบุหรี่เป็นที่ทราบกันดีว่าบุหรี่ก่อให้เกิดมะเร็งหลายชนิด ทั้งมะเร็งปอด มะเร็งหลอดอาหารมะเร็งตับอ่อน มะเร็งเต้านมแม้ว่าจากรายงาน 50 ปี ของผลทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ข้อมูลของมะเร็งเต้านมไม่สามารถแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุผล อย่างไรก็ตามการงดสูบบุหรี่สามารถช่วยลดอัตราตายในภาพรวมได้

3. เอาใจใส่ดูแลควบคุมน้ำหนักอย่างดี ไม่ให้เกินมาตรฐานหรืออ้วน

4. ออกกำลังกายเป็นประจำ สม่ำเสมอเพื่อช่วยลดการเกิดภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน มาตรฐานมีข้อมูลที่พบว่า การมีกิจกรรมทางกายในระดับที่ต่ำ และภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการ เกิดมะเร็งเต้านมในหญิงวัยหมดประจำเดือนมากกว่าหญิงที่ยังมีประจำเดือน การศึกษาทางระบาด วิทยาที่ทำการศึกษาในช่วงแรก ๆ ในปีพ.ศ.2537 ในหญิงอายุน้อยกว่า 40 ปี ที่มีกิจกรรมทางกาย 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ พบมีความเสี่ยงลดลงถึงเกือบร้อยละ 50 ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ ในขณะที่การศึกษา ในหญิงวัยหมดประจำเดือนที่มีกิจกรรมทางกายในระดับสั้นทนากการ พบมีความเสี่ยงด้านมะเร็งต่ำ กว่าเช่นกัน

5. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีแคลอรีและไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันที่อิ่มตัว ซึ่งมีผลทำให้เกิด ภาวะอ้วนตามมามีบางการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารประเภทผักผลไม้ รับประทาน โปรตีน จากเนื้อปลา และอาหารที่มีไขมันต่ำสามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ แต่ ยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับชนิดของผักผลไม้หรืออาหารประเภทใดที่จะช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าว

6. หลีกเลี่ยงการได้รับฮอร์โมนเพศหญิง เช่น เอสโตรเจนจากสิ่งแวดล้อมจำพวกยาที่มี ส่วนประกอบของเอสโตรเจน ฮอร์โมนหรืออาหาร

7. การหมั่นตรวจเต้านมด้วยตัวเองอย่างสม่ำเสมอ

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม คือ การตรวจค้นหาหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกในผู้ที่ ยังไม่มีอาการของโรคหรือ precancerous lesion เพื่อวินิจฉัยและรักษา ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของโรค ทำให้ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งได้ (ภรณี เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559)

การคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมเป็นการดำเนินการ เพื่อส่งเสริม ป้องกัน หรือชะลอการ เกิดอาการเจ็บป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะตรวจพบสิ่งผิดปกติได้ก่อน ที่จะมีการแสดงของโรค การ คัดกรองไม่ใช่การวินิจฉัยโดยตรง แต่จะช่วยแยกผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคและผู้ที่ เป็นโรค ถ้าผลการ คัดกรองเป็นบวก โอกาสที่จะเป็นโรคมะเร็งมากขึ้น ซึ่งสามารถที่จะตรวจเพิ่มเติมได้ เพื่อนำไปสู่การตรวจ ยืนยันที่มีความไวและความจำเพาะสูง (high sensitivity & Specificity) ต่อไป ดังนั้น วิธีการป้องกัน การเกิดมะเร็งเต้านม คือ การค้นหาโรคตั้งแต่ยังไม่มีอาการเพื่อจะได้รับการรักษา ก่อนที่มะเร็งจะเกิด การลุกลามไปยังอวัยวะส่วนอื่นของร่างกาย (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2562)

วิธีการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาหามะเร็งเต้านม มีอยู่ 3 วิธี ได้แก่ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

1. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self - examination)

2. การตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม (Clinical breast examination: CBE)

3. การตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammography)

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในประชากรทั่วไป (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

1. ผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ควรเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้งและควรจะต้องได้รับการบอกถึงประโยชน์และข้อจำกัดของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งได้รับการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องวิธี และหากมีอาการที่สงสัยควรมีการตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม

2. ผู้หญิงที่มีอายุ 40 - 69 ปี และไม่มีอาการ นอกจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำแล้วควรได้รับการตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม ทุก 1 ปี

3. ผู้หญิงที่อายุ 70 ปีขึ้นไป การตรวจคัดกรองในผู้หญิงกลุ่มนี้ให้พิจารณาเป็นรายบุคคลโดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของประโยชน์และอัตราการเสี่ยงของการตรวจด้วยการเอกซเรย์เต้านม ในเรื่องของสถานะสุขภาพในขณะนั้นและการมีชีวิตรอดต่อไป (life expectancy)

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในประชากรกลุ่มเสี่ยง (high risk) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

ควรได้รับการตรวจคัดกรองเหมือนกับกลุ่มผู้หญิงทั่วไป แต่ควรจะต้องเริ่มตรวจเร็วขึ้น เช่น ในกรณีที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมที่อายุน้อยกว่า 50 ปีหรือวัยก่อนหมดประจำเดือน ควรทำการตรวจคัดกรองเมื่ออายุที่ญาติเป็นมะเร็งเต้านมลบออกอีก 10 ปี และควรตรวจทุก 1 ปี โดยกลุ่มเสี่ยง (high risk) ได้แก่

1. มีประวัติญาติสายตรง ได้แก่ มารดา พี่สาว น้องสาว และบุตร เป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งที่รังไข่

2. ผู้ที่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม (invasive cancer or ductal carcinoma in situ)

3. ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงบริเวณหน้าอก ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง

Hodgkin's disease หรือ non- Hodgkin lymphoma เป็นต้น

4. ผู้ที่มีประวัติทำ breast biopsy แล้วมีผลเป็น atypical ductal hyperplasia, Lobular neoplasia และผู้ที่ได้รับประทานฮอร์โมนเสริมทดแทนวัยหมดประจำเดือนเป็นประจำเดือนเป็นประจำเกิน 5 ปี

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self - examination: BSE)

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) เป็นการตรวจตามปกติที่สตรีควรทำทุกเดือนเพื่อตรวจร่างกาย หากก้อนเนื้อหรือการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วน

ได้แก่ การดูแลและการคลำ ซึ่งทำให้สตรีมีการเรียนรู้ว่าเต้านมของตนเองมีลักษณะปกติเป็นอย่างไร เพื่อที่จะสามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงได้ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีค่าความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 58.3 และ 87.4 ตามลำดับ (Wilke et.al., 2009) ถึงแม้ว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองจะไม่ลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านม แต่เป็นการเพิ่มการตรวจชิ้นเนื้อเพื่อวินิจฉัย และพบเนื้องอกเต้านมที่ไม่ใช่มะเร็ง และวิธีนี้ยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้หญิงตระหนัก ใส่ใจ เฝ้าระวังความผิดปกติที่อาจพบจากเต้านมมากขึ้น

การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีที่สามารถทำได้ง่าย ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และจะเกิดประโยชน์ก็ต่อเมื่อผู้ตรวจต้องทราบวิธีการตรวจที่ถูกต้อง แนวทางการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมสำหรับสตรีไทยโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ยังแนะนำให้สตรีไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุก 1 เดือน

มูลนิธิถันยรักษ์ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (2560) แนะนำการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม มีดังนี้

1. สตรีทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง
2. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ให้ทำ 3 วัน หลังประจำเดือนหมด เพื่อให้เนื้อเต้านมนุ่ม และตรวจได้ง่าย
3. สำหรับสตรีที่หมดประจำเดือนแล้ว ให้เลือกวันใดวันหนึ่งแล้วตรวจทุกเดือน (เช่น ทุกวันเกิด วันที่ 10 ของเดือน เป็นต้น)
4. สำหรับผู้หญิงที่ได้รับฮอร์โมน ควรตรวจเต้านมด้วยตนเอง เมื่อเริ่มต้นครบรอบฮอร์โมนที่ได้รับ
5. พบว่า 80% ของก้อนที่คลำได้ไม่ใช่มะเร็ง แต่หากพบก้อนหรือสิ่งผิดปกติต้องรีบไปพบแพทย์เพื่อตรวจเพิ่มเติม

จากการศึกษาประสิทธิผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอของโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระย่าด้านภัยมะเร็งเต้านม ซึ่งศึกษาสตรีจาก 21 จังหวัด จำนวน 1.9 ล้านคน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) สอนและฝึกทักษะสตรี ให้สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากนั้นติดตามความสม่ำเสมอของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และเก็บข้อมูลการเป็นมะเร็งเต้านมของกลุ่มสตรีที่ศึกษา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ พบก้อนมะเร็งขนาดเล็ก มะเร็งเต้านมระยะแรก และอัตราการรอดชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่สม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วัลลภ ไทยเหนือ และคณะ, 2562)

การตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม (Clinical breast examination: CBE)

เป็นการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการอบรม และมีประสบการณ์ในการตรวจเต้านมได้อย่างถูกต้อง แต่ยังมีข้อจำกัด คือ บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีเพียงพอและสตรีบางกลุ่มอาจจะไม่สะดวกในการมาตรวจ เช่น สตรีวัยผู้ใหญ่ที่ต้องทำงานทุกวัน หรือสตรีกลุ่มแรงงานต่างด้าว เป็นต้น

สมาคมโรคมะเร็งสหรัฐอเมริกาแนะนำให้สตรีอายุ 20-39 ปี พบแพทย์เพื่อตรวจเต้านมอย่างน้อยทุก 3 ปี ส่วนสตรีอายุ 40 ปี และ 40 ปีขึ้นไปให้ตรวจทุก 1 ปี สำหรับประเทศไทยแนะนำให้เริ่มตรวจเต้านมโดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เมื่ออายุ 40 ปี และตรวจทุก 1 ปี การตรวจเต้านมโดยแพทย์เมื่อใช้ร่วมกับแมมโมแกรมจะช่วยเพิ่มความไวและความถูกต้องในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมมากกว่าการใช้แมมโมแกรมเพียงอย่างเดียว

การตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammography)

การตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรม เป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ได้รับการยอมรับว่าดีที่สุด สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้ เป็นการตรวจเอกซเรย์เต้านมโดยใช้เครื่องมือเฉพาะกดเต้านมให้แบนราบมากที่สุดและถ่ายภาพเต้านมข้างละ 2 ท่า อาจมีการทำอัลตราซาวด์เพิ่มเพื่อช่วยในการวินิจฉัยหรือยืนยันว่าสิ่งที่พบผิดปกติในแมมโมแกรม ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัย มีความถูกต้องแม่นยำมากขึ้น แต่มีข้อจำกัด คือ มีค่าใช้จ่ายในการตรวจค่อนข้างสูงและยังไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ แนะนำให้สตรีอายุ 40 ปี ขึ้นไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี สตรีที่มีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมควรมีการตรวจมากกว่าสตรีทั่วไป ได้แก่

1. มีประวัติมะเร็งเต้านมและ/หรือมะเร็งรังไข่ในครอบครัว โดยเฉพาะในญาติสายตรง ได้แก่ ยาย มารดา พี่สาวหรือน้องสาว และจะมีความเสี่ยงมากยิ่งขึ้นถ้าญาติเหล่านี้เป็นก่อนอายุ 50 ปี หรือมีญาติเป็นกันหลายคน เคยได้รับการฉายแสงบริเวณหน้าอก โดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่อายุน้อย

2. เคยได้รับการเจาะชิ้นเนื้อหรือผ่าตัดเต้านมแล้วเป็น Lobular carcinoma in situ หรือ Atypical ductal hyperplasia

3. มีประวัติมะเร็งเต้านมในเต้านมอีกข้าง

4. สตรีที่ไม่เคยตั้งครรภ์ หรือมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี

5. ผู้ที่ได้รับฮอร์โมนเสริมทดแทนในวัยทองเป็นเวลานานกว่า 5 ปี

สตรีที่มีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมดังกล่าวนี้ ควรได้รับการตรวจแมมโมแกรมทุกปี เพราะชนิดของมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีการตอบสนองต่อฮอร์โมนเพศหญิง การได้รับฮอร์โมนเสริมอาจทำให้มะเร็งที่ซ่อนอยู่โตเร็วขึ้น ดังนั้นจึงควรตรวจแมมโมแกรมทุกปี ช่วงเวลาที่เหมาะสม

ที่สุดสำหรับการตรวจแมมโมแกรมคือ 7-14 วัน หลังหมดประจำเดือนเพราะช่วงนี้ฮอร์โมนในร่างกายเริ่มลดลง ทำให้เต้านมไม่คัดตึง เวลาใช้แผ่นกดขณะตรวจแมมโมแกรมก็ไม่เจ็บบางรายที่มีก้อนเนื้องอกธรรมดาหรือถุงน้ำ (ซิสต์) ซึ่งอาจมีขนาดใหญ่ขึ้นได้เล็กน้อยหรืออาจมีถุงน้ำเพิ่มขึ้นเมื่อใกล้มีประจำเดือนเนื่องจากมีฮอร์โมนมากกระตุ้นก็อาจยุบลงไปได้เอง

การตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรม อาจมี ผลลบลวง คือ มีสิ่งผิดปกติแต่แมมโมแกรมตรวจไม่พบความผิดปกติ ส่งผลให้การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมล่าช้าออกไป ผลลบลวงพบได้ 4-34% แต่ถ้ามีการตรวจอัลตราซาวด์ร่วมด้วยมีรายงานว่าผลลบลวงเหลือเพียง 2-3%

การตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรม อาจมีผลบวกลวง คือ ไม่มีความผิดปกติ แต่แมมโมแกรมบอกว่าผิดปกติ พบได้ 3-6% ผลบวกลวงทำให้ต้องมาติดตามผลระยะสั้น เช่น ตรวจแมมโมแกรมและหรือ อัลตราซาวด์ทุก 6 เดือน หรือต้องเจาะตรวจ/ ผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อโดยไม่จำเป็น

การรายงานผลแมมโมแกรม จะใช้แนวทางการแปลผลที่เรียกว่า BI-RADS (Breast Imaging Reporting and data system) ซึ่งเสนอ โดยสมาคมรังสีแพทย์อเมริกัน จะแบ่งเป็น

Category 0 ยังรายงานผลแน่นอนไม่ได้ ต้องการเปรียบเทียบกับแมมโมแกรม ครั้งก่อนหรือต้องการการตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติม เช่น อัลตราซาวด์

Category 1 ไม่พบความผิดปกติใด

Category 2 มีสิ่งตรวจพบแต่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น หินปูนชนิดที่ไม่เกี่ยวข้องกับมะเร็งสำหรับ Category 1 และ 2 แนะนำให้มาตรวจแมมโมแกรมในอีก 1 ปีถัดไป

Category 3 สิ่งที่ตรวจพบน่าจะไม่ใช่มะเร็ง (โอกาสเป็นมะเร็งไม่เกิน 2%) กรณีนี้แนะนำให้มาตรวจแมมโมแกรมในอีก 6 เดือนเพื่อติดตามผล

Category 4 สิ่งที่ตรวจพบไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ จำเป็นต้องเจาะชิ้นเนื้อหรือ ผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

Category 5 ความผิดปกติที่พบสงสัยอย่างยิ่งว่าเป็นมะเร็งเต้านม (โอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าหรือเท่ากับ 95%) กรณีนี้ต้องทำการเจาะชิ้นเนื้อเพื่อวินิจฉัยอย่างเร่งด่วน

Category 6 ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาแล้วว่าเป็นมะเร็งเต้านมอยู่ระหว่าง การรักษา เช่น ให้เคมีบำบัดก่อนการผ่าตัดแพทย์ส่งตรวจแมมโมแกรม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อ ยาเคมีบำบัด หรือวางแผนผ่าตัด เป็นต้น

สรุปการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมี 3 วิธี คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม และการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม เนื่องจากการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ ยังไม่สามารถเข้าถึงสตรีไทยได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง การเข้าถึงของประชาชน

ยังน้อยเพราะมีไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลในชุมชนที่ยังไม่มีเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยซึ่งยังไม่สามารถพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงได้ เนื่องจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการที่ทำได้ง่าย ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย สะดวก และองค์การอนามัยโลกยังเสนอแนะให้ใช้วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และใช้กระตุ้นความตระหนักต่อความเสี่ยงในการการเกิดมะเร็งเต้านม

วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง สามารถทำได้ 3 ท่า คือ ทำยืนหน้ากระจก ทำนอนและทำขณะอาบน้ำ ซึ่งการตรวจประกอบด้วย การดูการเปลี่ยนแปลงของเต้านม และการตรวจด้วยการคลำ ดังนี้

1. การดูการเปลี่ยนแปลงของเต้านม ประกอบด้วย 3 ท่าของการตรวจ ดังนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

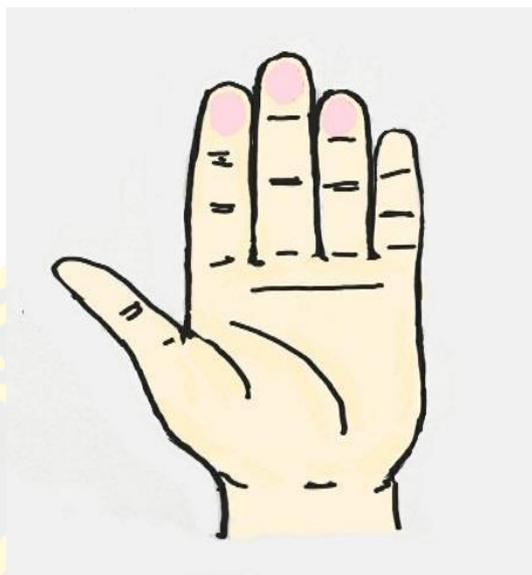
1.1 วางมือข้างลำตัวในลักษณะที่ผ่อนคลาย เปรียบเทียบเต้านมข้างซ้ายและขวา สังเกตรูปร่างและสีผิวหนังว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ตรวจดูหัวนม มีแผล สะเก็ด หรือความมัน และมีของเหลวออกจากหัวนมหรือไม่ หรือมีการเปลี่ยนแปลงอื่นใดบ้าง

1.2 ยกมือขึ้นไว้เหนือศีรษะ มองจากด้านหน้าและมองจากด้านข้าง ตรวจดูความสมมาตรของเต้านม ตรวจดูว่ามีรอยบวมหรือรอยนูนที่ผิวหนังบริเวณเต้านมหรือไม่

1.3 วางมือไว้ที่เอว เกร็งอก และก้มลงมาข้างหน้า ตรวจดูตำแหน่งของหัวนมดูความสมมาตรของเต้านม และสังเกตว่าเต้านมทั้งสองข้างห้อยลงมาตามปกติหรือไม่ หากมีการดึงรั้งจะเป็นลักษณะที่ผิดปกติของเต้านม

2. การตรวจด้วยการคลำเพื่อให้รู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการคลำต้องเริ่มจากการคลำได้วงแขนถึงบริเวณขอบเสื้อชั้นในด้านล่าง และกลับขึ้นไปถึงบริเวณไหปลาร้า ได้แขนข้ามมาถึงกระดูกกลางและกลับมายังรักแร้ อาจรู้สึกถึงความผิดปกติที่ใดที่หนึ่งในบริเวณดังกล่าว โดยการคลำประกอบด้วยวิธีการตรวจ รายละเอียดดังนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

2.1 นิ้วที่ใช้สัมผัส ใช้บริเวณกึ่งกลางนิ้วส่วนบนทั้งสามนิ้ว (นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง) ใช้บริเวณกึ่งกลางนิ้วส่วนบนดังกล่าวจะสัมผัสได้ดีและกว้างกว่าส่วนปลายนิ้ว โคนฝ่ามือกดเพื่อปรับให้นิ้วทั้งสามอยู่ในสภาพแบนราบสัมผัสกับเต้านมและเคลื่อนนิ้วกดวนไปทั่วเต้านม



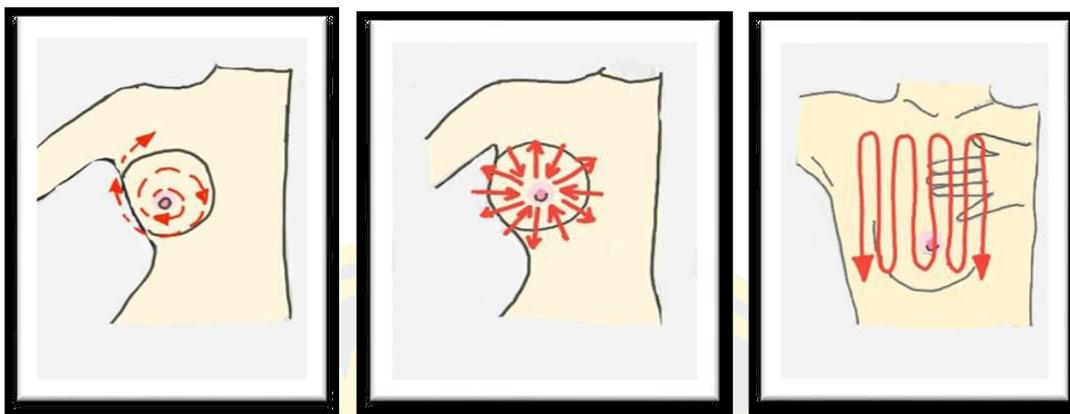
ภาพที่ 3 ส่วนของนิ้วที่ใช้ในการคลำเต้านม

2.2 การกด 3 ระดับ คือ กดเบา กดปานกลาง และกดหนัก โดยการกดเบา ๆ เพื่อให้รู้สึกถึงบริเวณใต้ผิวหนัง กดปานกลางเพื่อให้รู้สึกถึงกึ่งกลางของเต้านม และกดหนักขึ้นเพื่อให้รู้สึกถึงส่วนลึกระดับใดก็ได้ของเต้านม



ภาพที่ 4 การคลำเต้านมด้วยตนเอง

2.3 การคลำเต้านมทำได้ 3 แบบ คือ การคลำในแนวขึ้นลง การคลำในแนวก้นหอย และการคลำในแนวรูปปลี โดยเลือกใช้การคลำแบบใดก็ได้ แต่ให้มั่นใจว่าคลำได้ โดยเริ่มต้นคลำในแนวขึ้นลงจากไหปลาร้า คลำโดย 3 นิ้วดังกล่าว กด 3 ระดับเคลื่อนไปที่ละช่วงความกว้างของนิ้ว อย้ายนิ้วขึ้นจากเต้านมหลังจากเริ่มต้นคลำ โดยทำให้ทั่วทั้งเต้านม และทำซ้ำแบบเดียวกันกับเต้านมอีกข้างหนึ่ง



ภาพที่ 5 การคลำเต้านมทั้ง 3 แบบ

ลักษณะเต้านมที่ปกติ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

ห้วนม ตำแหน่งห้วนมควรจะอยู่ระดับเดียวกัน ซึ่ออกไปทางด้านข้างเล็กน้อยเท่ากัน สีผิวห้วนมเหมือนกันรูปร่างคล้ายกัน ห้วนมไม่ควรถูกดึงรั้ง เอนไปข้างใดข้างหนึ่ง ไม่ควรมีน้ำเหลืองหรือน้ำเลือดไหลออกจากห้วนม ไม่ควรมีแผลผิวหนังลอก หรือแผลเกิดจากก้อนนูนแตกออกมาที่ผิว

ฐานห้วนม ควรมีผิวเนียน และสีเสมอกัน ไม่ควรมีรอยนูนจากก้อนมะเร็งคันผิวขึ้นมา หรือรอยบุ๋มจากก้อนมะเร็งดึงรั้งลงไป ไม่ควรมีแผลผิวหนังลอก หรือแผลจากก้อนนูนแตกออกมาที่ผิว

ผิวเต้านม ควรมีผิวเนียน สีผิวเสมอกัน ไม่ควรมีลักษณะ ผิวบวมหนา รุขุมขนใหญ่ มองเห็นชัด เป็นลักษณะเหมือนผิวส้ม ไม่ควรมีรอยนูนตะปุ่มตะป่ำผิดปกติจากก้อนมะเร็งคันผิวหนัง ไม่ควรมีรอยบุ๋มจากก้อนมะเร็งดึงรั้ง ไม่ควรมีสีแดงคล้ำ ผิวดึงบางจากก้อนมะเร็งรุกรานไปใต้ผิว ไม่ควรมีรอยแผลแตกทะลุที่ผิวหนังพร้อมกับมีน้ำเลือดและน้ำเหลืองไหล

ระดับและขนาดเต้านม เต้านมทั้ง 2 ข้างควรอยู่ระดับเดียวกัน ควรมีขนาดและรูปร่างใกล้เคียงกัน ไม่ควรถูกก้อนมะเร็งดึงรั้งเต้านมขึ้น หรือถูกก้อนมะเร็งถ่วงให้ห้อยลงมาผิดปกติ

หากตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้วพบความผิดปกติดังต่อไปนี้ควรรีบไปพบแพทย์ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560)

1. คลำพบก้อน ตุ่ม หรือปื้นแข็ง
2. มีอาการบวม แดง ร้อน หรือเต้านมมีสีผิวคล้ำขึ้น
3. มีการเปลี่ยนแปลงของขนาด และรูปร่าง

4. มีการเปลี่ยนแปลงบริเวณผิวหนังเต้านม เช่น ผิวหนังหยาบเหมือนผิวส้ม มีรอยบุ๋ม รอยนูน ย่น

5. หัวนมมีลักษณะดิ่งรั้ง หรือลอกเป็นเกล็ด หรือมีอาการคัน

6. มีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลจากหัวนม

สรุป สตรีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ควรทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองสามารถทำได้โดยการดู ซึ่งให้สังเกตความผิดปกติของเต้านมโดยการดูผ่านกระจกเงา และวิธีการคลำ โดยใช้หลัก 3 นิ้ว 3 สัมผัส โดยมีวิธีการคลำแบบก้นหอย แบบรูปปลี และการคลำในแนวขึ้นลง ผู้ตรวจสามารถเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่งก็ได้ ระยะเวลาการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ ตรวจทุกเดือนในช่วง 3-10 วันหลังจากหมดประจำเดือนหรือวันที่ 10 นับตั้งแต่วันที่ประจำเดือนและสำหรับสตรีที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือน (Menopause) หรือในระยะตั้งครรภ์หรืออยู่ในระหว่างการคุมกำเนิดแบบการใส่ยาฉีดคุมกำเนิด ตรวจในวันใดก็ได้แต่ควรตรงกันทุกเดือน การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งในการป้องกันหรือทำให้พบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกได้ เป็นการช่วยป้องกันการเจ็บป่วยที่รุนแรงและสามารถรักษาให้หายขาดได้ รวมถึงช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

แนวคิดและทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1969 เป็นต้นมา Rosenstock (1974) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างจริงจังเพื่อนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลว่า บุคคลจะมีความพร้อมแสดงพฤติกรรม (Readiness to act) ก็ต่อเมื่อได้รับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และจะแสดงมากขึ้นหากประเมินแล้วเห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย หรือไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น แบบจำลองแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก ประกอบด้วย 4 ตัวแปร คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค ต่อมา Becker & Maiman (1975) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จากเดิมที่มี 4 ตัวแปร เป็น 6 ตัวแปร โดยเพิ่มตัวแปรด้านปัจจัยร่วม (Modifying factors) และตัวแปรด้านปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to action) เข้าไปในแบบจำลองเดิม แม้ 2 ตัวแปรนี้จะไม่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของบุคคล แต่มีส่วนช่วยเพิ่มการรับรู้ของบุคคลให้มากขึ้นซึ่งจะมีอิทธิพลให้บุคคลมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้นตามไป

ด้วย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดนี้ แบ่งตัวแปรเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 2 ตัวแปร รวม 6 ตัวแปร ได้แก่

1. กลุ่มปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ประกอบด้วย
 - 1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
 - 1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค
2. กลุ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) ประกอบด้วย
 - 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
 - 2.2 ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ
3. กลุ่มปัจจัยแนวโน้มการปฏิบัติ (Likelihood of action)
 - 3.1 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และรักษาโรค
 - 3.2 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค

ต่อมา Rosenstock et al. (1988) เสนอให้เพิ่มตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยยังคงองค์ประกอบเดิมไว้ทั้งหมด ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถใช้ได้กับพฤติกรรมสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น พฤติกรรมการใช้สารเสพติด พฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดนี้แบ่งตัวแปรออกเป็น 3 กลุ่ม รวมจำนวน 7 ตัวแปร ได้แก่

1. กลุ่มปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล (Individual beliefs) ประกอบด้วย
 - 1.1 การรับรู้โอกาสความเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility)
 - 1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)
 - 1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และรักษาโรค (Perceived benefit)
 - 1.4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค (Perceived barriers)
 - 1.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและรักษาโรค (Perceived self-efficacy)
2. กลุ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) หรือปัจจัยส่วนบุคคล และสังคมที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม และความรู้
3. กลุ่มปัจจัยด้านการกระทำ (Action) ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to action) องค์ประกอบและความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Rosenstock et al. นี้ ปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล คือ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคซึ่งเกิดจากผลรวมระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน และรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน และ

รักษาโรค ในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติมีผลทั้งโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ และโดยอ้อมผ่านกลุ่มปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคลซึ่งได้รับอิทธิพลทางอ้อมมาจากปัจจัยร่วมอีกทอดหนึ่ง ผลการศึกษาของ Noar, Benac และ Harris พบว่า โปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าโปรแกรมที่ไม่มีกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Noar, Benac, & Harris, 2007)

องค์ประกอบและนิยามเชิงทฤษฎี

องค์ประกอบเชิงทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามที่ได้รับการยอมรับในแวดวงวิชาการในปัจจุบันประกอบด้วย 7 ตัวแปร แต่ละตัวแปรมีนิยามเชิงทฤษฎี ดังนี้ (Rosenstock et al., 1988)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของตนเองที่จะป่วยด้วยโรคใด ๆ ว่า มีมากน้อยเพียงใด เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในภาวะปกติ และเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน บุคคลเหล่านี้ จึงมีพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรค ด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน การได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับโอกาสการเกิดโรคที่สัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล การได้ประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคด้วยตนเอง จากความรู้ด้านสุขภาพที่ได้รับ จะทำให้บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคได้ดี ขึ้นนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคของแต่ละบุคคล

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลที่เกิดจากการประเมินผลกระทบที่ตนเองอาจจะได้รับจากการป่วยด้วยโรคใด ๆ ทั้งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ ชีวิต ความพิการ ความสมบูรณ์แข็งแรง การเกิดโรคแทรกซ้อน ความเจ็บปวดทรมาน และผลกระทบที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การสูญเสียหน้าที่การงาน การสูญเสียทรัพย์สินเงินทอง การสูญเสียสถานะทางสังคม ผลรวมระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคทำให้ได้ตัวแปรใหม่ที่เรียกว่า การรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat) หากบุคคลรับรู้ภาวะคุกคามมากจะมีผลทำให้บุคคลนั้น ๆ เกิดความโน้มน้าวใจที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและผลักดันให้บุคคลมีการป้องกัน แลรักษาโรคนั้น ๆ มากตามไปด้วย เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคล

ปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมี่ ความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และการคาดคะเนของบุคคลที่เกี่ยวกับประโยชน์หรือผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกัน หรือรักษาโรค เช่น ลดความรุนแรงของโรคลดผลกระทบทางสุขภาพ ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ ความพอใจ หรือความรู้สึกด้านคุณค่าในตนเอง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการป้องกัน ไม่ให้เกิดโรคหรือวิธีการรักษาให้หายจากโรค ต้องมีความเชื่อและเห็นจริงแล้วว่าวิธีการเหล่านั้นก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ต่อครอบครัว และต่อชุมชน จึงนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกและการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบด้านลบที่จะเกิดขึ้นตามมาหลังจากปฏิบัติตามคำแนะนำหรือเกิดขึ้นเมื่อบุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความอับอาย เกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึง ความคิดความเชื่อ และความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะอดทนต่อความยากลำบากและอุปสรรคต่าง ๆ จนสามารถควบคุมสถานการณ์และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้สำเร็จ

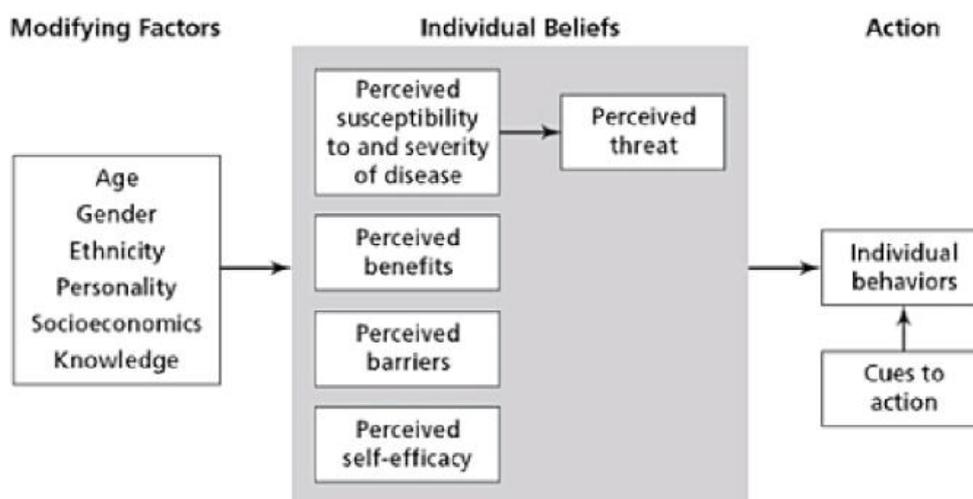
6. ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง เหตุการณ์หรือกิจกรรมที่กระตุ้นหรือเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรค ประกอบด้วย 2 ปัจจัย (Becker & Maiman, 1975) คือ

6.1 ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายในบุคคล (Internal cues) หมายถึง ความรู้สึกถึงอาการผิดปกติบางอย่างที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนเองจนทำให้มีการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค

6.2 ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายนอกบุคคล (External cues) ได้แก่ การสื่อสารผ่านสื่อสารมวลชน และการได้คำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด อาการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน

7. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานอื่น ๆ ที่ส่งผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ ความรู้ และสถานะทางเศรษฐกิจสังคม เช่น ฐานะความเป็นอยู่ และการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ

โดยสรุปแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและการรักษาโรกว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย หรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ด้วย



ภาพที่ 6 Health Belief Model

ที่มา: Glanz, Rimer, and Lewis (2002). Health behavior and health education: Theory, research and practice.

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการพัฒนากิจกรรม

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในการพัฒนากิจกรรม โดยเน้นการนำองค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีมาใช้ซึ่งได้แก่ การรับรู้ด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนได้ รวมทั้งการนำปัจจัยเสริม (Cues to action) และการส่งเสริมความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เพื่อเป็นการสนับสนุนให้สามารถปฏิบัติและมีพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 1 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการพัฒนากิจกรรม

แนวคิด	นิยาม	กลวิธี
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม	- ความคิด ความเชื่อที่ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งเต้านม เกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกิดจากปัจจัยด้านบุคคล หรือพฤติกรรมเดิม	- จัดกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น - การให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม เช่น ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ อายุ ประวัติการเป็นโรคมะเร็งของคนในครอบครัว พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เป็นต้น - การสนทนากลุ่มระหว่างผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการให้ประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม	- ความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับผลที่จะเกิดตามมาเมื่อตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม	- จัดกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค เช่น - การให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ อาการและผลกระทบจากการเป็นโรคมะเร็งเต้านม - การยกตัวอย่างกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิด	นิยาม	กลวิธี
3. การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	- ความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเอง	- จัดกิจกรรมสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เช่น - การให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และข้อดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	- ความคิด ความเชื่อหรือทัศนคติ เกี่ยวกับปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	- จัดกิจกรรมการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เช่น - การให้ข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง - การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับเพื่อนในกลุ่มหรือเพื่อนที่เป็นBuddyและร่วมกันวางแผนเพื่อขจัดหรือลดอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
5. การรับรู้ความสามารถของตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	- ความคิด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง	- จัดกิจกรรมดูสื่อวีดิทัศน์การตรวจเต้านม - จัดกิจกรรมการฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้หุ่นจำลองเต้านม - การสาธิตการตรวจเต้านมโดยผู้วิจัย - การสาธิตย้อนกลับการตรวจเต้านม ของสตรีกลุ่มตัวอย่าง โดยการจับคู่กับBuddyปฏิบัติแบบตัวต่อตัวเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการตรวจเต้านม

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิด	นิยาม	กลวิธี
		<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินทักษะการตรวจเต้านม โดยใช้แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และกลุ่มตัวอย่างได้คะแนน 6 - 9 คะแนน ซึ่งมีทักษะการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง - การยกตัวอย่างบุคคลต้นแบบที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง - การเสริมแรงทางบวก เช่น การกล่าวชมเชยหรือการให้รางวัลเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง
<p>6. สิ่งชักนำผู้การ ปฏิบัติกรตรวจเต้านม ด้วยตนเอง</p>	<p>- เหตุการณ์หรือกิจกรรมที่ กระตุ้นหรือเป็นแรงจูงใจให้ เกิดความพร้อมที่จะ ปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วย ตนเอง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การติดตามและกระตุ้นเตือนจากบุคลากรทาง สาธารณสุขและเพื่อนคู่Buddy โดยใช้แอปลิ เคชั่นไลน์ - ส่งคลิปวิดีโอ “มาตรวจเต้านมกันเถอะ” เพื่อ กระตุ้นเตือนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง - การสอบถามเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วย ตนเองทั้งความถี่ในการตรวจและความถูกต้อง ของท่ากรตรวจ - การสอบถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจาก การตรวจเต้านมด้วยตนเองและการร่วมกัน แก้ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น - การให้กำลังใจและกล่าวชมเชย - การใช้ปฏิทินหรือสมุดสำหรับการบันทึกการ ตรวจเต้านมเพื่อเป็นตรวจสอบ กระตุ้นเตือนให้ เกิดการตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศ และต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีช่วงอายุตั้งแต่ 15-34 ปี และ กลุ่ม 35 ปีขึ้นไป พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีโดยทั่วไป ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยด้านความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัจจัยด้านประชากร

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาด้านปัจจัยด้านประชากรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า อายุที่มากขึ้นมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้นด้วย (Asiri & Rashad, 2019; Yeshitila et al., 2021; พัชยา ภัคจิรสกุล, 2559) ระดับการศึกษาที่สูงกว่ามีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูง (Asiri & Rashad, 2019; Didarloo, Nabilou, & Khalkhali, 2017; Yeshitila et al., 2021) สตรีที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานของรัฐมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าสตรีที่เป็นแม่บ้าน (รังษิณพดล โถทอง และคณะ, 2562) การประวัตินิยามคนในครอบครัวเป็นมะเร็งส่งผลให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น (Abolfotouh et al., 2015; Asiri & Rashad, 2019; Yeshitila et al., 2021; ดวงตะวัน พรหมมาศ และสุพัตรา อัสวไมตรี, 2564)

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง บุคคลถ้าขาดความรู้ก็จะไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ หรือถ้ามีความรู้ในสิ่งที่ขัดแย้งก็จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นออกมา ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลได้รับรู้และจดจำเอาไว้ว่าจะระลึกเรื่องราวออกมาตามลักษณะนั้น ๆ (Bloom, 1971) จากการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยที่ศึกษาสตรีกลุ่มต่าง ๆ เกี่ยวกับเกี่ยวกับความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าความรู้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เช่น การศึกษาซึ่งเป็นงานวิจัยที่เป็นการทบทวนวรรณกรรม (Literature review) ในนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัยประเทศต่าง ๆ ในประเทศอิหร่าน ซาอุดีอาระเบีย คาเมรอน อังกฤษ และตุรกี จำนวน 12 เรื่อง (Asiri & Rashad, 2019) พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($\chi^2 = 6.98, df = 4, p = 0.029$) สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทย ในแต่ละพื้นที่ ได้แก่ เขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาในสตรีวัย (ณัฐชยาน์ ซาบัวคำ และคณะ, 2561) ($r = .405, p < .05$) ในจังหวัดลำปาง (พัชยา

ภักจีรสกุล, 2559) (OR =18.58 95%CI=6.90-50.02) จังหวัดนครราชสีมา ศึกษาในกลุ่มสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-70 ปี (พัชยา ภักจีรสกุล, 2559) (95% CI = 1.081 - 5.450, $p = 0.032$) และในจังหวัดสมุทรปราการ (ดวงตะวัน พรหมมาศ และสุพัตรา อัสวไมตรี, 2564) ($r = .131, p = .016$) ศึกษาในกลุ่มสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30 - 70 ปี ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการป้องกันมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตรวจเต้านมด้วย

ปัจจัยด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีอิทธิพลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ และบุคคลจะกระทำกิจกรรมใดเพื่อให้มีสุขภาพดี ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งต่าง ๆ ทั้ง 5 ด้าน (Becker, H., & Maiman, 1975) คือ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived benefit of taking and barriers to taking) และ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy)

จากการศึกษานววิจัยที่ผ่านมาด้านความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า สตรีที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมสูง มีผลทำให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงขึ้น (Gonzales et al., 2017; Kirag & Kizilkaya, 2019; นวรัตน์ โกมลวิภาต และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2561; สุดา ใจห้าว และคณะ, 2561) เช่นเดียวกับสตรีที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองจะมีความตระหนักและมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น (Asiri & Rashad, 2019; Kirag, & Kizilkaya, 2019; นวรัตน์ โกมลวิภาตและน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2561; จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ, 2562) และสตรีที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมสูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมสูงด้วยเช่นกัน (จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ, 2562) ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า สตรีที่มีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมาก จะมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมลดลง (Abolfotouh et al., 2015; Asiri & Rashad, 2019; Gonzales et al., 2017; Kirag, & Kizilkaya, 2019; นวรัตน์ โกมลวิภาต และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2561; สุดา ใจห้าว และคณะ, 2561) รวมทั้งสตรีที่มีความเชื่อมั่นหรือมีการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ จะมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่เพิ่มมากขึ้น (Abolfotouh et al., 2015; Asiri & Rashad, 2019; Kirag, & Kizilkaya, 2019; นวรัตน์ โกมลวิภาตและน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2561; สุธารัตน์ ชำนาญช่าง และคณะ, 2562)

จากการศึกษาด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สรุปภาพรวมได้ว่า อายุ ระดับการศึกษา และประวัติการมีคนในครอบครัวเป็นมะเร็งมีผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นอกจากนี้ ปัจจัยที่สำคัญ คือ ความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนได้และมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงจำเป็นต้องจัดการกับความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การศึกษากลยุทธ์ที่มีผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การให้ความรู้ในลักษณะการให้ สุขศึกษาเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้สตรีมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่าง ต่อเนื่องและครอบคลุม จำเป็นต้องมีการหาแนวทางหลากหลายวิธี เน้นการให้ความรู้ที่ เฉพาะเจาะจงต่อโรคเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะเห็นว่ามีการศึกษาการนำทฤษฎีทางการ พยาบาลมาประยุกต์ใช้ มีการใช้การเสริมพลังให้สตรี การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม เช่น จาก บุคลากรทางสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมด้วย ทำให้เกิดผลในด้าน บวก พร้อมทั้งมีการบริหารจัดการในสถานบริการที่เอื้อต่อการให้บริการเพื่อให้เข้าถึงบริการ โดยมิ การลงพื้นที่ในการให้บริการตรวจเต้านมด้วยบุคลากรทางการแพทย์แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ได้ ในหลาย ๆ การศึกษาที่ส่งเสริมให้สตรีนั้นตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะมุ่งเน้นการให้ความรู้ และ ปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะใช้แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังจะเห็นได้จากการรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่าง เป็นระบบ ของ Stefanut & Vintila (2020) ที่ศึกษาจากงานวิจัยทั้งหมด 21 เรื่อง มีการใช้แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ถึง 7 เรื่องเช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทย เช่น รัชนิพร วงศ์อนุ และณัฐกฤตา ศิริโสภณ (2565), สุปราณี น้อยตั้ง, ปัญญรัตน์ ลาภวงส์วัฒนา และณัฐกมล ชาญ สาธิตพร (2561), และสายไหม ตุ่มวิจิตร และคณะ (2562) ที่ได้้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มา ใช้เป็นกรอบแนวคิดสร้างกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของ สตรีในกลุ่มสตรีกลุ่มเสี่ยง นักเรียนหญิงมัธยมปลายในเขตกรุงเทพมหานคร และสตรีวัยผู้ใหญ่ ตามลำดับ

Stefanut and Vintila (2020) ยังได้วิเคราะห์เกี่ยวกับกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีช่วงอายุ 18 - 54 ปี ที่สรุปได้ว่า รูปแบบการจัดกิจกรรมหลักส่วนใหญ่ คือการจัดกิจกรรมแบบตัวต่อตัว (Face to Face) ระยะเวลา ของการจัดกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพใช้เวลาเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 48 นาที สอดคล้องกับการศึกษาของ

Agide (2018) ซึ่งทำการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (A systematic review) ในช่วงเวลา 2 ปีที่ผ่านมา (2005-2017) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเพิ่มการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและเพื่อพัฒนาวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มตัวอย่างทุกช่วงอายุ โดยศึกษาจากงานวิจัยจำนวน 22 เรื่อง พบว่า การโทรศัพท์และส่งข้อความเพื่อกระตุ้นเตือนให้แก่สตรีกลุ่มตัวอย่างช่วยให้มีการตรวจแมมโมแกรมเพิ่มมากขึ้น การสาธิตวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองช่วยเพิ่มพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้นถึงร้อยละ 93 การบูรณาการวิธีการหลายวิธีในการรณรงค์คัดกรองมะเร็งเต้านม เช่น หนังสือพิมพ์ นิทรรศการ การบรรยาย และโปสเตอร์ ช่วยเพิ่มการตรวจเต้านมมากขึ้น ส่วนการชักนำให้เกิดการตรวจเต้านม คือ การติดตามหรือกระตุ้นเตือน โดยบุคลากรทางสาธารณสุข

สำหรับการศึกษาการจัดโปรแกรมที่ส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของประเทศในเอเชียและประเทศไทย จากการศึกษาของ สายใหม่ ตุ่มวิจิตร และคณะ (2562) ศึกษาประสิทธิภาพของกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงอภิมาน (A Systematic Review and Meta-analysis) ทบทวนวรรณกรรม 8 เรื่อง มีการทบทวนวรรณกรรมจากประเทศในเอเชียถึงร้อยละ 50 และใช้กรอบแนวคิดของ Health belief model มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 62) มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีผลในการเพิ่มพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง และกิจกรรมการให้ความรู้โดยใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มีประสิทธิภาพสูงสุดในการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนผลการวิเคราะห์เชิงอภิมานกลุ่มย่อย พบว่ากิจกรรมที่มีการกระตุ้นเตือนให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง จึงทำให้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมกระตุ้นเตือนการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างเดือนละครั้ง ซึ่งจะมีการติดตามและกระตุ้นเตือนโดยผู้วิจัยและเพื่อนคู่ Buddy ในสัปดาห์ที่ 3 และ 7 หลังการจัดกิจกรรม

รัชนิพร วงศ์อนุ และณัฐกฤตา ศิริ โสภณ (2565) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ในสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการตรวจค้นหาความผิดปกติของเต้านมในคลินิกตรวจสุขภาพ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุช่วงระหว่าง 51- 60 ปี จำนวน 60 คน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยกลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับโปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม เป็นเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ จัดกิจกรรมจำนวน 6 ครั้งประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยาย เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยการบอกเล่าประสบการณ์ตรงจาก

โมเดลต้นแบบจากอดีตผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กิจกรรมชักนำสู่การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยเรียนรู้ด้วยตนเอง จาก วิดีทัศน์ร่วมกับการใช้ปฏิทินเพื่อเตือนตัวเองให้มีการตรวจเต้านมทุกเดือน พร้อมกับสาริตและฝึกทักษะปฏิบัติวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเบื้องต้น และกิจกรรมการกระตุ้นเตือนแบบสะท้อนกลับโดยใช้กระบวนการเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Line Application) ไลน์กลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับ โปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ศรัญญา งามนิมิต และคณะ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 20–55 ปี ที่มีญาติสายตรงลำดับที่ 1 เป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งอาศัยอยู่ในอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย โปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ จัดกิจกรรม 7 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองด้วยวิธีให้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาของโรคมะเร็งเต้านม โดยการสอนบรรยายโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใช้สไลด์ประกอบการสอน ให้คู่มือบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการฝึกตรวจเต้านม กิจกรรมการจัดการอุปสรรคและความชื่นชอบอื่นของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการอภิปรายร่วมกันเป็นกลุ่มในประเด็นอุปสรรคที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติ และกิจกรรมการกระตุ้นเตือนการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยแอปพลิเคชันไลน์ ประเมินผลสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 หลังจัดกิจกรรม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสามารถส่งเสริมทั้งทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและพฤติกรรมดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ธัญสมณท์ ภาณุพรพงษ์ (2564) ศึกษาการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีจังหวัดนครราชสีมาที่มีอายุ 30-70ปี จำนวน 100 คน เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้กระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วย การบรรยายจากวิทยากร แจกคู่มือบันทึกการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง การจัดบอร์ดให้ความรู้และการแจกเอกสารแผ่นพับ กิจกรรมในการสร้างการรับรู้ การเสนอตัวแบบทั้งด้านบวกและด้านลบ ในสัปดาห์ที่ 1-3 และการสาริต และการฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกสัปดาห์

การให้สัญญาณ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. บุคคลในครอบครัว และเพื่อนร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3-11 วัดผลหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ ทัศนัยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังเข้าร่วม โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรารัตน์ ตระกูลรัมย์ และจาวรรรณ ไตรทิพย์สมบัติ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 45-54 ปี ในเขตชุมชนบ้านห้วยจรเข้ม้า ตำบลหินลาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการจัดกิจกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาจัดกิจกรรม 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1-2 เป็นกิจกรรมการให้ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้ตัวแบบทางบวกเล่าประสบการณ์ของตนเองในสัปดาห์ 3-5 การสาธิตโดยวิทยากรการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับหุ่นจำลองที่มีความผิดปกติของเต้านม 1 ข้างแลกเปลี่ยนประสบการณ์การตรวจเต้านมแบ่งกลุ่มตามท่าทางการตรวจเต้านมด้วยตนเองและกิจกรรมการสร้าง ความคาดหวังในผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสัปดาห์ที่ 7-9 เป็นการสนับสนุนทางสังคมโดยติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สัปดาห์ที่ 10 การทบทวนความรู้ร่วมกัน และสัปดาห์ที่ 11-12 เก็บรวบรวมข้อมูลกิจกรรมประกอบด้วย การบรรยาย การฉายวีดิทัศน์ ฝึกปฏิบัติกับหุ่นเต้านมจำลอง เอกสารแผ่นพับ และการเยี่ยมบ้าน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($p < 0.001$)

สุปราณี น้อยตั้ง และคณะ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักเรียนหญิงมัธยมปลายในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างอายุ 15 -17 ปี จำนวน 61 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 31 คน วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม 4 ครั้ง ทุก 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย บรรยายให้ความรู้ กิจกรรมกลุ่ม คู่มือวีดิทัศน์ ใช้ตัวแบบ และ ฝึกทักษะการตรวจเต้านม และติดตามผล 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ และ

ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ศิริพร จิตรเอื้อและคณะ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 20-40 ปี ที่อาศัยในชุมชนเขตเทศบาล เมืองขลุง อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรีจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี แรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory) จัดกิจกรรม 5 ครั้งแบบกลุ่ม 2 กลุ่ม ประกอบด้วยการอภิปรายเรื่อง โรคมะเร็งเต้านมและผลกระทบโดยใช้สไลด์และเอกสารความรู้เรื่อง มะเร็งเต้านม ฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองจริงรายบุคคลแบบตัวต่อตัวกับผู้วิจัยและผู้ช่วย วิจัย กระตุ้นเตือนการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 และประเมินผลในสัปดาห์ที่ 16 ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน การรับรู้ความรู้ ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ($t = 3.37, p < .001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ($t = 5.43, p < .001$) การรับรู้ความสามารถของตนต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($t = 4.35, p < .001$) การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($t = 2.60, p < .001$) และ พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($t = 5.89, p < .001$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05

สรุปงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมเกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจในการ ตรวจเต้านมด้วยตนเอง 5 ปี ย้อนหลังพบว่า ศึกษาในกลุ่มสตรีที่มีช่วงอายุ ต่ำกว่า 35 ปี เพิ่มมากขึ้น แต่ยังมีจำนวนไม่มาก และยังเป็นช่วงอายุที่กว้าง อีกทั้งยังเป็นการศึกษาที่เก็บข้อมูลกับกลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นเด็กนักเรียนการศึกษาที่ทำการทดลองกับสตรีอายุน้อยในชุมชนยังมีจำกัด ซึ่งผล การศึกษายังไม่สามารถอ้างผลการศึกษาไปยังกลุ่มประชากรหญิงทั่วไปที่มีอายุน้อยในช่วง 20-34 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดชลบุรีที่มีการระบาดของโรคมะเร็งเต้านมสูงในอันดับ แรกๆ ของประเทศ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เป็นรอยต่อสำคัญในชุมชนที่ต้องเร่งสร้างความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อให้กลุ่มดังกล่าวมีความรอบรู้ และทักษะ การตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง ก่อนเข้าสู่วัยที่มีความเสี่ยงสูงมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า โปรแกรมที่นำมาใช้พัฒนาโปรแกรมมีความหลากหลาย เช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และมีบางการศึกษาที่มีการใช้สอง ทฤษฎีร่วมกัน เช่น ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมอย่าง เป็นระบบในต่างประเทศสรุปว่าทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ เป็นทฤษฎีการศึกษาในต่าง ประเทศที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (Stefanut & Vintila, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงอภิมานใน

ประเทศไทย (สายไหม คุ่มวิจิตร และคณะ, 2562) ที่พบว่าการศึกษาที่ผ่านมา ร้อยละ 50 ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ และกิจกรรมการให้ความรู้โดยใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มีประสิทธิผลสูงสุดในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมให้สตรีอายุ 20-34 ปีในพื้นที่จังหวัดชลบุรีมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้โปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เน้นการเพิ่มความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จัดกิจกรรมการสอนความรู้แบบกลุ่ม การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับการตรวจเต้านมแบบกลุ่มย่อยและเน้นการสอนแบบรายบุคคลตัวต่อตัว เพิ่มสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยการติดตามและกระตุ้นเตือนจากบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น ผู้วิจัย หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเพื่อนที่เป็นคู่Buddy โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ มีการวัดผลลัพธ์ประสิทธิภาพของโปรแกรมจากคะแนนความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ทักษะและพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทั้งความถี่และความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 8 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องต่อไป

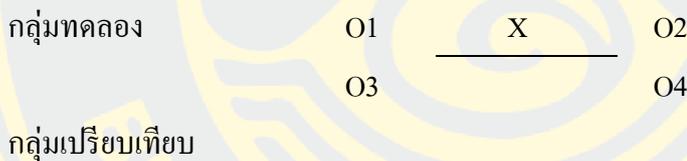
บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาของผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) รูปแบบการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest two groups design)



O1, O3 หมายถึง การประเมินความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

O2, O4 หมายถึง การประเมินความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลองในสัปดาห์ที่ 8

X หมายถึง โปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอายุ 20-34 ปี ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีจำนวนประชากรสตรีทั้งหมด 25,438 คน (ฐานข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอายุ 20-34 ปี ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีจำนวนประชากรสตรีทั้งหมด 52 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน

โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
3. ไม่เคยเป็นโรคมะเร็งเต้านมหรือมีก้อนที่เต้านมและไม่เคยผ่าตัดเต้านม
4. ไม่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์
5. ไม่ใช้หญิงหลังคลอดที่คลอดบุตรมาแล้วเป็นเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี
6. เป็นผู้ที่มิโทรศัพท์มือถือที่เป็นสมาร์ตโฟนและมีแอปพลิเคชันไลน์
7. ยินดีเข้าร่วมวิจัยและสามารถเข้าร่วมวิจัยจนถึงสิ้นสุดการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการได้ครบทุกครั้ง
2. หญิงตั้งครรภ์
3. หญิงหลังคลอด 1 ปี คือ หญิงที่คลอดบุตรมาแล้วเป็นเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง โดยประมาณค่าขนาดอิทธิพลจาก 2 กลุ่ม คำนวณได้จากสูตรของ Glass (1976 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นราทร, 2553)

$$d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_C}$$

เมื่อ d คือ ขนาดอิทธิพล

E คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

C คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_C คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนงานการศึกษาของ รัชนิพร วงศ์อนุ และณัฐกฤตา ศิริโสภณ (2565) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ในสตรีกลุ่มเสี่ยงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่มารับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร โดยผลค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่ม

ทดลอง เท่ากับ 1.54 และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 1.37 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 0.182 จึงนำมาคำนวณขนาดอิทธิพลแทนค่าตามสูตรได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ขนาดอิทธิพล} &= 1.54 - 1.37 / 0.182 \\ &= 0.93 \end{aligned}$$

จากการคำนวณได้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.93 จากค่า Effect size ที่ได้มีค่ามากกว่า 0.80 ประมาณค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงใช้ค่าขนาด อิทธิพล (Effect size) = 0.80 และให้อำนาจในการทดสอบ = 0.80 นำไปคำนวณ โดยใช้โปรแกรม G*power ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 26 คน และกลุ่มทดลอง 26 คน ใช้การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ครบตามจำนวนที่กำหนด

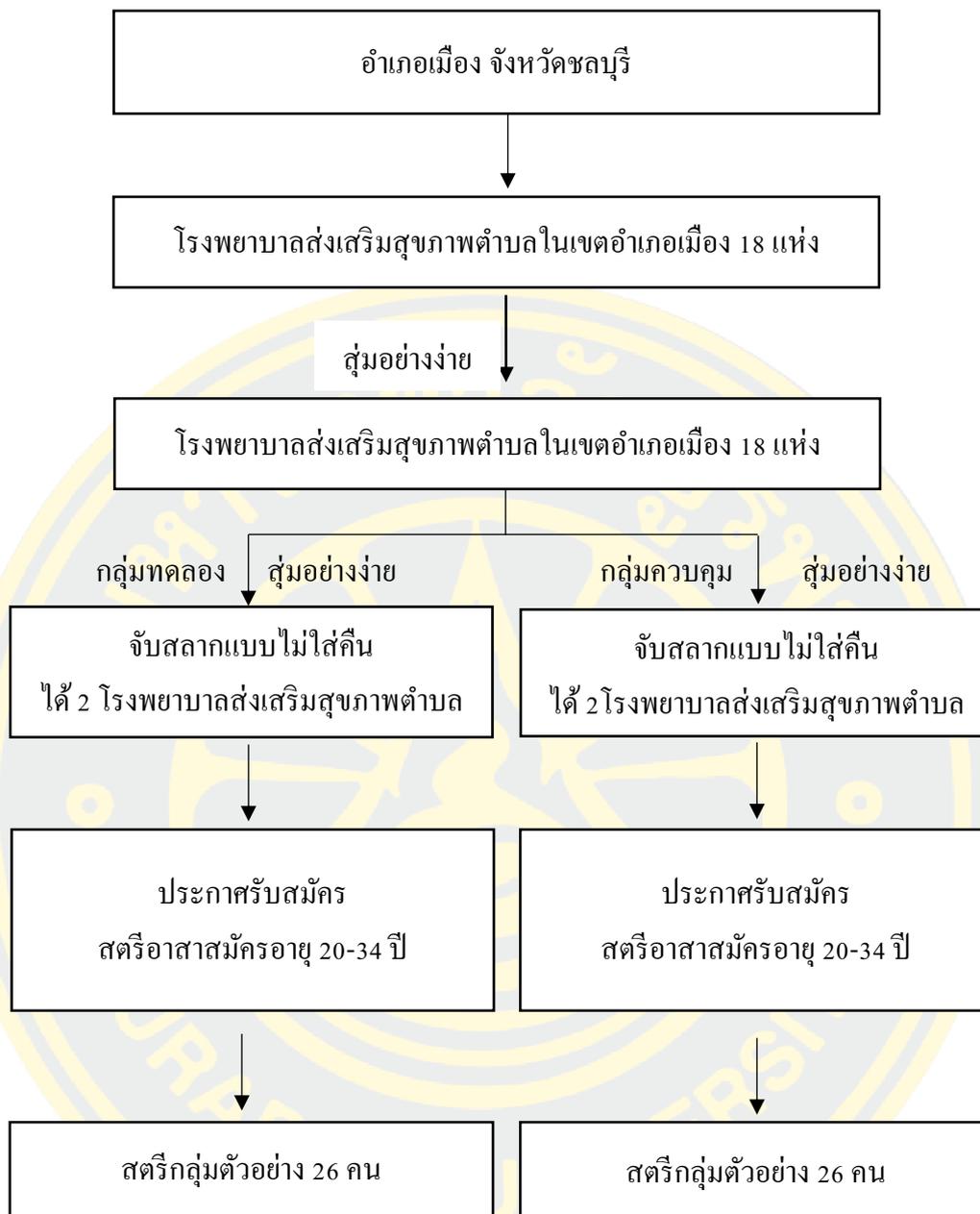
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ซึ่งการวิจัยดำเนินการในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 18 แห่ง ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มทดลองจำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 26 คน การสุ่มปฏิบัติดังนี้

1. ทำการสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง จึงจับสลากแบบไม่ใส่คืนอีกครั้ง ได้กลุ่มทดลอง 2 แห่ง และได้กลุ่มควบคุม 2 แห่ง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างในการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในพื้นที่เดียวกัน

2. เข้าถึงกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง โดยประสานงานกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้ง 2 แห่งที่จับสลากได้ เพื่อขอความร่วมมืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการประกาศรับสมัครอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยเป็นสตรีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 26 คน

3. การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม โดยประสานงานกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่งจับสลากได้ เพื่อขอความร่วมมืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการประกาศรับสมัครอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยเป็นสตรีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 26 คน ดังภาพที่ 7



ภาพที่ 7 แผนผังการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน รายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมของญาติสายตรง การใช้จ่ายกัมภีร์ การมีประจำเดือน และการมีประจำเดือนครั้งแรก ประวัติการตั้งครรภ์และมีบุตร ประวัติการได้รับบาดเจ็บ/การผ่าตัด

ด้านม น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว/ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และประวัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยประยุกต์ใช้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของ สรารัตน์ ตระกูลรัมย์ (2560)

ลักษณะแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ตัวเลือกคำตอบแบ่งเป็น ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดและไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 22 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้ระดับคะแนน ดังนี้

การแปลผล

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบ่งระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้ต่ำ ปานกลาง สูง แบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้

ความรู้ระดับสูง	หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 80 - 100
ความรู้ระดับปานกลาง	หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79
ความรู้ระดับต่ำ	หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 0 - 59

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม โดยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ซึ่งประยุกต์ใช้แบบสอบถามการรับรู้โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของ ศรีัญญา งามนิमित (2564) และ ศิริพร จิตรเอื้อ (2560) ประกอบด้วย คำถาม จำนวน 23 ข้อ ซึ่งมีค่าคะแนนจาก 1-5 คะแนน เป็นข้อความทางบวก จำนวน 17 ข้อและเป็นข้อความทางลบ จำนวน 6 ข้อ แบบประเมินการรับรู้นี้ครอบคลุม 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามทางบวก 5 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-25 คะแนน ลักษณะของคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scales) โดยมีเกณฑ์ในการให้ระดับคะแนน ดังนี้

ระดับการรับรู้	ข้อความทางบวก (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การแปลผล

แปลผลคะแนนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 18.34 – 25.00 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 11.67 – 18.33 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 5.00 – 11.66 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามทางบวก 5 ข้อ ข้อคำถามทางลบ 1 ข้อ คือ ข้อที่ 6 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6 - 30 คะแนน ลักษณะของคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scales) โดยมีเกณฑ์ในการให้ระดับคะแนน ดังนี้

ระดับการรับรู้	ข้อความทางบวก (คะแนน)	ข้อความทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลผล

แปลผลคะแนนด้านความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 22.00 – 30.00 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 14.00 – 21.99 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 6.00 – 13.99 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามทางบวกทั้ง 3 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 3-15 คะแนน ลักษณะของคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scales) โดยมีเกณฑ์ในการให้ระดับคะแนน ดังนี้

ระดับการรับรู้	ข้อความทางบวก (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การแปลผล

แปลผลคะแนนด้านการรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 11.00 – 15.00 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 7.00 – 10.99 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.00 – 6.99 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

4. ด้านการรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 15,16,17, 18 และ 19 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-25 คะแนน ลักษณะของคำถามเป็นมาตรฐานค่า (Rating scales) โดยมีเกณฑ์ในการให้ระดับคะแนน ดังนี้

ระดับการรับรู้	ข้อความทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การแปลผล

แปลผลคะแนนด้านการรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 18.34 – 25.00 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 11.67 – 18.33 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 5.00 – 11.66 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ

5. ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อความทางบวกทั้ง 4 ข้อ คือ ข้อที่ 20, 21, 22 และ 23 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 4-20 คะแนน ลักษณะของคำถามเป็นมาตรฐานค่า (Rating scales) โดยมีเกณฑ์ในการให้ระดับคะแนน ดังนี้

ระดับการรับรู้	ข้อความทางบวก (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การแปลผล

แปลผลคะแนนด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 14.68 – 20.00 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 9.34 – 14.67 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 4.00 – 9.33 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก แบบสอบถามการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ และคณะ (2550)

แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นรายข้อ ดังนี้

ข้อคำถามข้อที่ 1 ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่

คำตอบ ตรวจ ได้ 1 คะแนน

ไม่ตรวจ ได้ 0 คะแนน

ข้อคำถามข้อที่ 2 ในช่วงเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองบ่อยเพียงใด

คำตอบ ตรวจบ่อย ๆ มากกว่าหนึ่งครั้งต่อเดือน ได้ 1 คะแนน

ตรวจเดือนละครั้ง ได้ 1 คะแนน

ตรวจน้อยกว่าเดือนละครั้ง ได้ 0 คะแนน

ข้อคำถามข้อ 3 ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกตอบข้อใดข้อหนึ่งเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

ข้อคำถามข้อที่ 3.1 สำหรับท่านที่มีประจำเดือนตามปกติ ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วงใดของแต่ละเดือน

คำตอบ สัปดาห์ก่อนมีประจำเดือน ได้ 0 คะแนน

วันแรกของการมีประจำเดือน ได้ 0 คะแนน

สัปดาห์นับจากวันแรกของการมีประจำเดือน ได้ 1 คะแนน

ข้อคำถามข้อที่ 3.2 สำหรับท่านที่ประจำเดือนไม่มาหรือมาไม่ปกติ เช่น ท่านที่รับประทานหรือฉีดยาคุมกำเนิด ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วงใดของแต่ละเดือน

คำตอบ ไม่แน่นอน วันไหนก็ได้ที่สะดวก ได้ 0 คะแนน
วันเดียวกันของทุกเดือน ได้ 1 คะแนน

การแปลผล

ข้อคำถามมีทั้งหมด 4 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้
คะแนนเฉลี่ย 2.00 - 3.00 คะแนน ถือว่า ปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.99 คะแนน ถือว่า ปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองบางครั้ง
คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 0.99 คะแนน ถือว่า ไม่ปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ใช้เฉพาะในกลุ่มทดลอง
เท่านั้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นโดย
อาศัยแนวคิดเรื่องพฤติกรรมกำบังโรคของบุคคลตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ของ Becker and Maiman (1977) ซึ่งโปรแกรมจะดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่มใหญ่ในการให้ความรู้
เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้แก่ สถานการณ์ปัญหา ความหมาย
อาการ ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และ
กิจกรรมกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 - 14 คน เป็นกิจกรรมการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
เกี่ยวกับอุปสรรคและการลดอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การสอนสาธิตการตรวจเต้านม
ด้วยตนเองแบบตัวต่อตัวโดยใช้หุ่นจำลองเต้านมและให้กลุ่มตัวอย่างจับคู่ Buddy ในการสาธิต
ย้อนกลับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 สื่อการสอนในการสอนสำหรับกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย

1. คู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
สำหรับสตรีกลุ่มทดลอง (แผนการสอนเรื่องโรคมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ
สถานการณ์ปัญหา ความหมาย อาการ ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ประโยชน์ของ
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอนบรรยายโดยใช้โปรแกรม Power point ประกอบการสอน)
2. คู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
3. ปฏิทินบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองสำหรับกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นจาก
การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม วิธีการ
ตรวจเต้านมด้วยตนเองและคำแนะนำสำหรับอาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์ และปฏิทิน
สำหรับบันทึกวันที่ของการมีประจำเดือนและวันที่การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อเดือนให้สตรีมี
การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

4. ปฏิทินสำหรับผู้วิจัย ใช้ในการบันทึกวันที่ของการมีประจำเดือนและวันที่ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแต่ละคนในแต่ละเดือน

5. หุ่นจำลองเต้านม

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใช้ประเมินในกิจกรรมการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ และคณะ (2550) มีจำนวน 9 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะคำตอบ คือ ปฏิบัติถูกต้อง และไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติ มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 9 คะแนน โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติถูกต้อง ได้ 1 คะแนน

ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน

การแปลผล

คะแนนพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยมี ความกว้างของชั้น ดังนี้ (รัตนศิริ ทาโต, 2561)

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{9 - 0}{3} = 3 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย 6.00 – 9.00 หมายถึง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 3.00 – 5.99 หมายถึง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 2.99 หมายถึง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ

การพัฒนาโปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 2 ด้าน คือ กิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ การรับรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และกิจกรรมลดอุปสรรค ส่งเสริมความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งนำมาพัฒนาเป็นแผนการดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. ส่งเสริมความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง/ ความรุนแรงของโรค/ การรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อให้สตรีมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย

1.1 สร้างสัมพันธภาพ นำเข้าสู่การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

1.2 กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม เกี่ยวกับสถานการณ์ของมะเร็งเต้านมในปัจจุบัน ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการของโรค การรักษา การป้องกันการเกิดโรค และประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยให้ความรู้เป็นกลุ่มใหญ่ มีการสรุปประเด็นสำคัญหลังการสอนรวมทั้งเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัย

2. ลดอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอนโดยผู้วิจัย โดยแบ่งกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12-14 คนและมีการจับคู่Buddy เป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับอุปสรรคและการลดอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อให้สตรีกลุ่มทดลองได้ค้นหาปัญหา และอุปสรรคของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการจัดการอุปสรรคหรือสิ่งขัดขวางการปฏิบัติ ร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา

3. ส่งเสริมความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12-14 คน และคู่Buddy ที่จับกันไว้แล้ว เข้าฐานเป็น 2 ฐาน คือ ฐานการดู “ดูให้ดี” และฐานการคลำ “ฉันทำได้” และสลับเวียนจนครบทั้ง 2 ฐาน

3.1 ฐานการดู “ดูให้ดี” โดยสอนการดูเต้านมที่ปกติและผิดปกติ โดยผู้วิจัย

3.2 ฐานการคลำ “ฉันทำได้” กิจกรรมการตรวจเต้านมโดยนักวิชาการสาธารณสุขที่ได้รับการสอนและมีความเชี่ยวชาญด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการคลำเต้านมจากหุ่นจำลองเต้านม สอนแบบตัวต่อตัวและให้สตรีกลุ่มทดลองกับBuddyที่จับคู่ไว้แล้วสาธิตย้อนกลับ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

4. กิจกรรมสรุปประเด็นสำคัญหลังการสอน เปิดโอกาสซักถามข้อสงสัย

5. กิจกรรมสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติและกระตุ้นการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยแอปพลิเคชันไลน์ โดยผู้วิจัยสร้างกลุ่มไลน์“สตรียุคใหม่ ห่างไกลมะเร็งเต้านม” เพื่อใช้ในการสื่อสาร ให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ และเป็นช่องทางในการซักถามข้อสงสัยของสตรีในกลุ่มทดลองกับผู้วิจัย และกับคู่Buddy ผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและตอบข้อซักถามของสตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลอง รวมทั้งส่งคลิปวิดีโอที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจะส่งคลิปวิดีโอ “มาตรวจเต้านมกันเถอะ”ซึ่งเป็นคลิปวิดีโอการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่จัดทำโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ความยาวไม่เกิน 5 นาที และให้คู่Buddy ส่งไลน์กระตุ้นเตือนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 7 และมีปฏิทินเพื่อจดบันทึกวันที่มีประจำเดือน วันที่ และผลการตรวจเต้านมด้วยตนเองในแต่ละเดือน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และการตรวจสอบค่าความเที่ยง ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและแบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะนำแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านพฤติกรรมศาสตร์ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านมะเร็งและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษา ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาสาระตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม และนำมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ในการทดสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ผลการทดสอบ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ค่า CVI เท่ากับ 1.0 แบบสอบถามการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม แบ่งเป็นการรับรู้ด้านต่าง ๆ ดังนี้ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ค่า CVI เท่ากับ 1.0 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ค่า CVI เท่ากับ 0.83 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ค่า CVI เท่ากับ 1.0 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ค่า CVI เท่ากับ 1.0 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ค่า CVI เท่ากับ 1.0 และแบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เท่ากับ 1.0

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามความรู้และการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบสอบถามการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแบบสังเกตพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไปทดลองใช้ (Try-out) กับสตรีที่มีอายุ 20-34 ปี ที่อาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา และปัญหาหรืออุปสรรคในการใช้ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในการทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้และการรับรู้ ผลการทดสอบได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เท่ากับ 0.809 แบบสอบถามการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม เท่ากับ 0.807 ส่วนแบบสอบถามการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแบบสังเกตพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หากความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยการ

ทดสอบซ้ำกัน 2 ครั้ง โดยใช้เวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ (Test-retest reliability) แล้วนำค่าการวัด 2 ครั้งที่ได้มาหาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ (Coefficient of Stability ผลการทดสอบได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เท่ากับ 1.0 แบบสังเกตพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เท่ากับ 0.948 และนำแบบสอบถามไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินงานวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการ

1. หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตทำการวิจัย

2. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำกรสู่มได้จำนวน 4 ตำบล เพื่อขอความร่วมมือในการประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการประกาศรับสมัครอาสาสมัครเป็นสตรีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 52 คน

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 52 คน

4. ผู้วิจัยประสานงานและเตรียมสถานที่ดำเนินการวิจัย โดยในการทำกิจกรรมครั้งนี้ได้ดำเนินการตามหลักการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยดำเนินการตามมาตรการของจังหวัดชลบุรี และใช้ห้องประชุมของเทศบาลเมืองชลบุรีในการจัดกิจกรรมการทดลอง โดยจัดห้องมีความสะอาด ปลอดภัยไม่มีสิ่งรบกวน

5. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับโรคมะเร็งอย่างน้อย 3 ปี มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีบทบาทหน้าที่ในการสอนและสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเองในฐานะการคลำ “ฉันทำได้” โดยผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย แผนการดำเนินงานวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และบทบาทของผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันและสามารถช่วยดำเนินการกิจกรรมตามแผนการวิจัยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

6. ผู้วิจัยจัดเตรียมวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แผนการสอน สมุดคู่มือและปฏิทินบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง Power point สำหรับทำการสอน คลิปวิดีโอสำหรับให้ความรู้ และสร้างกลุ่มไลน์

ขั้นตอนการทดลอง

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ การสอนสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการกระตุ้นเดือนในสัปดาห์ที่ 3 และ 7 และประเมินผลหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 8 โดยมีขั้นตอนดำเนินการกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1. กิจกรรม “รู้จักฉัน รู้จักเธอ รู้จักกัน” เป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเปิดกลุ่มด้วยการกล่าวทักทาย แนะนำตัว สอบถามเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม เพื่อนำเข้าสู่การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมโดยประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมก่อนการทดลอง (ใช้เวลา 10 นาที)

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของมะเร็งเต้านม แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคและความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างกำหนดรหัส (CODE) ประจำตัวของตนเอง 5 หลัก (วันที่เกิด เดือนเกิด จำนวนสมาชิกในครอบครัว) เช่น เกิดวันที่ 12 เดือนมกราคม มีสมาชิก 3 คน รหัสคือ 12013 ให้กลุ่มตัวอย่างนั่งทำแบบสอบถามในห้องตามที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ให้ โดยเว้นระยะห่างระหว่างที่นั่งอย่างน้อย 1 เมตร โดยจัดกิจกรรมเป็นแบบกลุ่มใหญ่ (ใช้เวลา 15 นาที)

3. กิจกรรม “รู้ทันมะเร็งเต้านม” เป็นกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งประกอบด้วย สถานการณ์โรคมะเร็งเต้านม ความหมาย ปัจจัยเสี่ยงการเกิดของโรคมะเร็งเต้านม อาการของโรคมะเร็งเต้านม การรักษา การป้องกัน ความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองตามแผนการสอน คู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านมที่เตรียมไว้ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง โดยคำนึงถึงความปลอดภัยจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 โดยการจัดกิจกรรมคำนึงถึงการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และสวมหน้ากากอนามัย (Surgical mask) โดยจัดกิจกรรมเป็นแบบกลุ่มใหญ่ (ใช้เวลา 30 นาที)

4. จัดกิจกรรม “ตรวจเต้านม ไม่ยากอย่างที่คิด” เป็นกิจกรรมลดอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และส่งเสริมความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยจัดกิจกรรมเป็นแบบกลุ่มย่อยกลุ่มละ 12-14 คน ประกอบด้วย

4.1 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับอุปสรรคและการลดอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อให้สตรีกลุ่มทดลองได้ค้นหาปัญหา และอุปสรรคของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการจัดการอุปสรรคหรือสิ่งขัดขวางการปฏิบัติ ร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาอีกครั้ง โดยจัดกิจกรรมเป็นแบบกลุ่มย่อยกลุ่มละ 12-14 คน (ใช้เวลา 15 นาที)

4.2 กิจกรรม “ตรวจก่อน รู้ทัน ฉันททำได้” เป็นกิจกรรมการตรวจเต้านม โดยแบ่งกลุ่มย่อยเข้าฐานเป็น 2 ฐาน คือฐานการดู “ดูให้ดี” และ แต่ละฐานจะมีพยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขเป็นผู้เลี้ยงประจำฐาน โดยแบ่งสตรีกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม แต่ละกลุ่มให้จับคู่ Buddy และสลับเวียนจนครบทั้ง 2 ฐาน และแจกสมุดบันทึก/ปฏิทินการบันทึกการมีประจำเดือนและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้รูปแบบการสอนตัวต่อตัว

4.2.1 ฐานการดู “ดูให้ดี” ผู้วิจัยสอนการดูลักษณะของเต้านมที่ปกติและผิดปกติ โดยใช้หุ่นจำลองเต้านมและรูปภาพจากแผ่นพับการตรวจเต้านม (ใช้เวลา 15 นาที)

4.2.2 ฐานการคลำ “ฉันททำได้” ผู้ช่วยวิจัยสาธิตการคลำเต้านมจากหุ่นจำลองเต้านมและให้สตรีกลุ่มทดลองจับคู่ Buddy ที่จับคู่ไว้แล้วช่วยกันฝึกตรวจเต้านม โดยมีผู้ช่วยวิจัยดูแลการฝึกตรวจเต้านมและตรวจสอบความถูกต้องของการตรวจจนสามารถตรวจเต้านมได้ถูกต้อง แล้วจึงสาธิตย้อนกลับการตรวจเต้านมกับผู้ช่วยวิจัย โดยใช้แบบประเมินการสังเกตการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ใช้เวลา 30 นาที)

4.3 กิจกรรมสรุปประเด็นสำคัญหลังการสอน เปิดโอกาสซักถามข้อสงสัย (ใช้เวลา 15 นาที)

สัปดาห์ที่ 3 และ สัปดาห์ที่ 7

1. กิจกรรม “เตือนเธอ เตือนฉัน ตรวจกันทุกเดือน” เป็นกิจกรรมสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติและกระตุ้นการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยแอปพลิเคชันไลน์ โดยผู้วิจัยสร้างกลุ่มไลน์ “สตรียุคใหม่ ห่างไกลมะเร็งเต้านม” เพื่อใช้ในการสื่อสาร ให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ และเป็นช่องทางในการซักถามข้อสงสัยของสตรีในกลุ่มทดลองกับผู้วิจัย และกับเพื่อนคู่ Buddy

1.1 การกระตุ้นเตือนโดยผู้วิจัย ทำหน้าที่ซักถามเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อุปสรรคที่เกิดจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ให้คำปรึกษา ตอบข้อซักถามของสตรีกลุ่มทดลอง ให้กำลังใจและกล่าวชมเชยกรณีสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง รวมทั้งส่งคลิปวิดีโอการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คลิปวิดีโอ “มาตรวจเต้านมกันเถอะ” ซึ่งเป็นคลิปวิดีโอการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่จัดทำโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ความยาวไม่เกิน 5 นาที รวมทั้งมีการสอบถามและกระตุ้นการลงบันทึกข้อมูลของการมีประจำเดือนและการตรวจเต้านมด้วยตนเองในปฏิทินของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ระบบออนไลน์ทางแอปพลิเคชันไลน์ในสัปดาห์ที่ 3 และ 7

1.2 การกระตุ้นเตือนโดยเพื่อนคู่Buddy ทำหน้าที่ส่งไลน์กระตุ้นเตือน สอบถาม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์จากการตรวจเต้านมด้วยตนเองและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยใช้ระบบออนไลน์ทางแอปพลิเคชันไลน์ ในสัปดาห์ที่ 3 และ สัปดาห์ที่ 7

ขั้นประเมินผล (Evaluation)

สัปดาห์ที่ 1

ประเมินผลการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกิจกรรมการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 8

เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 8 โดยใช้แบบสอบถามที่มีเนื้อหา เช่นเดียวกับก่อนการทดลอง

การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

สำหรับกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบสอบถามการรับรู้

โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของมะเร็งเต้านม แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคและความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างกำหนดรหัส (CODE) ประจำตัวของตนเอง 5 หลัก เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างนั่งทำแบบสอบถามในห้องตามที่นั่งที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ให้ โดยเว้นระยะห่างระหว่างที่นั่งอย่างน้อย 1 เมตร

สัปดาห์ที่ 8

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามเช่นเดียวกับก่อนการทดลอง

หากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมฯ มีประสิทธิภาพ หลังสิ้นสุดการวิจัยไม่เกิน 1 เดือน ผู้วิจัยจัดกิจกรรมตาม โปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้กับกลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับที่กลุ่มทดลองได้รับผ่านระบบออนไลน์ตามความสมัครใจ

สรุปขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการจัดกิจกรรมการทดลอง รายละเอียดดังภาพที่ 8



ภาพที่ 8 แผนผังขั้นตอนการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการ G-HS065/2566 และได้รับการรับรองการพิจารณา เลขที่ IRB3-095/2566
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจ และไม่มีผลเสียหรือเงื่อนไขใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง
3. ไม่มีการระบุ ชื่อ-สกุล ของกลุ่มตัวอย่าง แต่ใช้รหัสในแบบสอบถาม ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ได้อ่านและรับทราบข้อมูล ผลการศึกษาถูกนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลถูกทำลายหลังจากวิจัยเผยแพร่และตีพิมพ์
4. กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test และ Independent t-test
2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวแปรตามด้วยสถิติ t- test ดังนี้
 - 2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test โดยทดสอบและเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555)
 - 2.1.1 ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal distribution)
 - 2.1.2 ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน (Homogeneity of variance)
 - 2.1.3 กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร (Randomness)
 - 2.1.4 ประชากรทั้ง 2 กลุ่ม ต้องเป็นอิสระต่อกัน (Independence)

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และ พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test โดยทดสอบและเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555)

2.2.1 คะแนนทั้ง 2 กลุ่ม ไม่เป็นอิสระต่อกัน

2.2.2 คะแนนความแตกต่าง (ค่า d) มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (Normal distribution)

2.2.3 กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร (Randomness)

2.2.4 ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง รูปแบบการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest two groups design) เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี เป็นการศึกษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ โดยมีกลุ่มทดลอง จำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 26 คน รวมทั้งสิ้น 52 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ระดับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองและปัจจัยที่ศึกษาระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรค ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอายุ 20 - 34 ปี ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 52 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 26 คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง n = 26		กลุ่มควบคุม n = 26		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					.819 ^b
20 - 29	9	34.6	12	46.2	
30 - 34	17	65.4	14	53.8	
Min, Max	26, 34		25, 34		
Mean± SD	30.42±(2.062)		30.27±(2.721)		
สถานภาพสมรส					.277 ^a
โสด	21	80.8	18	69.2	
คู่ / แยกกันอยู่	5	19.2	8	30.8	
ระดับการศึกษา					NA
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษา/ปวช.	1	3.9	4	15.4	
อนุปริญญา/ปวส.	4	15.4	0	0	
ปริญญาตรี/เทียบเท่าขึ้นไป	21	80.7	22	84.6	
อาชีพในปัจจุบัน					.482 ^a
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	20	76.9	22	84.6	
ลูกจ้างบริษัท	6	23.1	4	15.4	
รายได้ต่อเดือน (บาท)					.270 ^b
10,000-15,000	18	69.2	16	61.5	
15,001-20,000	8	30.8	10	38.5	
Min, Max	10000, 20000		10000, 19000		
Mean± SD	14156±(2589)		14204±(2698)		

หมายเหตุ: a เป็นค่าสถิติจาก Chi-Square test, b เป็นค่าสถิติจาก Independent t-test

NA ไม่มีค่าสถิติรายงานเนื่องจาก ค่า expect value < 5 มีมากกว่าร้อยละ 20

ตารางที่ 3 ข้อมูลประวัติปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง n = 26		กลุ่มควบคุม n = 26		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มีบุคคลในครอบครัวพี่น้องสายตรงที่ เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม					NA
ไม่มี	26	100	24	93.3	
มี	0	0	2	7.7	
การคุมกำเนิดในปัจจุบัน					.780 ^a
คุม	12	46.2	11	42.3	
ไม่คุม	14	53.8	15	57.7	
วิธีการคุมกำเนิด	n = 12		n = 11		
ยาเม็ดคุมกำเนิด	10	83.4	10	90.9	
ทำหมัน	1	8.3	1	9.1	
ถุงยางอนามัย	1	8.3	0	0	
อายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรก (ปี)					.070 ^b
น้อยกว่า 12	2	7.7	7	26.9	
12 - 16	25	92.3	19	73.1	
Min, Max	9,16		10,15		
Mean± SD	13.31 ±1.569		12.12± 1.306		
ความสม่ำเสมอของมีประจำเดือน					NA
สม่ำเสมอ	26	100	24	92.3	
ไม่สม่ำเสมอ	0	0	2	7.7	
ประวัติการตั้งครรภ์และมีบุตร					.749 ^a
ไม่เคย	19	73.1	20	76.9	
เคย	7	26.9	6	23.1	
จำนวนบุตร (คน)	n = 7		n = 6		
1	5	71.4	6	100	
2	2	28.6	0	0	

หมายเหตุ: a เป็นค่าสถิติจาก Chi-Square test, b เป็นค่าสถิติจาก Independent t-test

NA ไม่มีค่าสถิติรายงานเนื่องจาก ค่า expect value < 5 มีมากกว่าร้อยละ 20

ตารางที่ 4 ข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประวัติการได้รับบาดเจ็บ/การผ่าตัด					NA
เด้านม เช่น การทำศัลยกรรมเสริมหน้าอก					
หน้าอก	26	100	26	100	
ไม่เคย	0	0	0	0	
เคย					
ดัชนีมวลกาย (BMI) (กิโลกรัม/เมตร ²)					.276 ^b
< 23	15	57.7	16	61.5	
≥ 23	11	42.3	10	38.5	
โรคประจำตัว					.313 ^a
ไม่มี	25	96.2	25	96.2	
มี	1	3.8	1	3.8	
ดื่มสุรา (ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา)					.442 ^a
ไม่เคยดื่ม	3	11.5	5	19.2	
ดื่มบางครั้งตามโอกาส	23	88.5	21	80.8	
สูบบุหรี่มวนหรือบุหรี่ไฟฟ้า (ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา)					NA
ไม่สูบ	26	100	22	84.6	
สูบบางครั้งตามโอกาส	0	0	3	11.5	
สูบทุกวัน	0	0	1	3.9	
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง					.560 ^a
ไม่เคยได้รับ	16	61.5	18	69.2	
เคยได้รับ	10	38.5	8	30.8	

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ตรวจเต้านมด้วยตนเอง					.158 ^a
ไม่เคยตรวจเลย	13	50	15	57.7	
เคยตรวจ	13	50	11	42.3	
ความถี่ในการตรวจ	n = 13		n = 11		
< 1 ครั้งต่อเดือน	11	84.6	9	81.8	
≥ 1 ครั้งต่อเดือน	2	15.4	2	18.2	

หมายเหตุ: a เป็นค่าสถิติจาก Chi-Square test, b เป็นค่าสถิติจาก Independent t-test

NA ไม่มีค่าสถิติรายงานเนื่องจาก ค่า expect value < 5 มีมากกว่าร้อยละ 20

ข้อมูลทั่วไปทางประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน โดยมีอายุเฉลี่ยพอๆ กันประมาณ 30 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 80.8 และ 69.2 ตามลำดับ โดย ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป คิดเป็น 80.8 และ 84.6 ตามลำดับ โดย ส่วนใหญ่รับราชการ คิดเป็นร้อยละ 76.9 และ 84.6 ตามลำดับ โดย และมีมากกว่าครึ่งมีรายได้อยู่ในช่วง 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 69.2 และ 61.1 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ประวัติปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทั้งหมดไม่มีประวัติการมีบุคคลในครอบครัวพี่น้องสายตรงที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ส่วนกลุ่มควบคุมมีเพียงส่วนน้อยมากที่มีประวัติการมีบุคคลในครอบครัวพี่น้องสายตรงที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 7.7 โดย การคุมกำเนิดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 46.2 และ 42.3 ตามลำดับ ในกลุ่มที่มีการคุมกำเนิดของทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีการคุมกำเนิดด้วยการรับประทานยาคุมกำเนิด กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีประจำเดือนครั้งแรกอยู่ในช่วงอายุ 12 - 16 ปี คิดเป็นร้อยละ 92.3 และ 73.1 ตามลำดับ โดยโดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มมีประจำเดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย อายุเฉลี่ย 13.31 และ 12.12 ปี ตามลำดับ โดย กลุ่มทดลองทั้งหมดมีรอบประจำเดือนที่สม่ำเสมอ ส่วนกลุ่มควบคุมก็มีเพียงส่วนน้อยที่มีรอบประจำเดือนที่ไม่สม่ำเสมอ คิด

เป็นร้อยละ 7.7 โดยประวัติการตั้งครรภ์และมีบุตรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 73.1 และ 76.9 ตามลำดับ โดยซึ่งส่วนใหญ่มีบุตรเพียงคนเดียว ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีประวัติการได้รับบาดเจ็บหรือการผ่าตัดเต้านม ค่า BMI ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มากกว่าครึ่ง มีภาวะ BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีค่า BMI น้อยกว่า 23 กิโลกรัม/เมตร คิดเป็นร้อยละ 57.7 และ 61.5 ตามลำดับ โดยและส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.2 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม ด้านพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่มีการดื่มเป็นครั้งคราวตามโอกาส มากถึงร้อยละ 88.5 และ 80.2 ตามลำดับ โดยส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มทดลองทั้งหมดไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในกลุ่มควบคุมก็มีเพียงส่วนน้อยมากที่มีการสูบบางครั้งตามโอกาส และสูบเป็นประจำ เพียงร้อยละ 11.5 และ 3.8 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีจำนวนมากกว่าครึ่งที่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 61.5 และ 69.2 ตามลำดับ โดยในกลุ่มที่เคยได้รับข้อมูลแหล่งที่มาขอข้อมูลส่วนใหญ่กลุ่มทดลองได้รับจากสื่อออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนกลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่งได้รับจากโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 62.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ด้านพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองกลุ่มทดลองเคยตรวจเต้านมด้วยตนเองเพียงครั้งหนึ่ง ส่วนกลุ่มควบคุมมีจำนวนมากกว่าครึ่งเล็กน้อยที่ไม่เคยมีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 57.7 ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เคยมีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่ามีความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องคือ ตรวจอย่างน้อยเดือนละครั้งมีจำนวนน้อยมากเพียงร้อยละ 15.4 และ 18.2 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

สรุป สัดส่วนการกระจายของข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การมีบุคคลในครอบครัวพี่น้องสายตรงที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม การคุมกำเนิด อายุของมีประจำเดือนครั้งแรก ความสม่ำเสมอของมีประจำเดือน ประวัติการตั้งครรภ์และการมีบุตร และข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ ได้แก่ ประวัติการได้รับบาดเจ็บ/การผ่าตัดเต้านม ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เมื่อนำข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมาทดสอบทางสถิติพบว่าข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือข้อมูลพื้นฐานสำคัญระหว่างกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันหรือไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 ระดับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองและปัจจัยที่ศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง

พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสองกลุ่มมีเพียงร้อยละ 15.4 และ ร้อยละ 7.7 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ หลังทดลอง ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำเพิ่มขึ้นชัดเจน (ร้อยละ 84.6) ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังมีระดับการตรวจเต้านมด้วยตนเองประจำต่ำ (ร้อยละ 7.7) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจด้วยตนเอง พบว่า ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่ปฏิบัติ ($M=.81, SD=.939$) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปฏิบัติเป็นประจำ ($M=2.69, SD=.471$) ส่วนในกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมที่ไม่เปลี่ยนแปลง คือ อยู่ในระดับไม่ปฏิบัติ โดยคะแนนค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง ($M=.69, SD=.788$) หลังการทดลอง ($M=.77, SD=.815$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

สำหรับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง มีทักษะการตรวจอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.2 และ 76.9 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีทักษะการตรวจส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.2 แต่หลังการทดลองมีทักษะการตรวจที่ดีขึ้นมาก โดยกลุ่มทดลองทุกคนมีทักษะการตรวจอยู่ในระดับสูง ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	ระดับตัวแปรที่ศึกษา n (%)					
	กลุ่มทดลอง (n = 26)			กลุ่มควบคุม (n = 26)		
ความถี่	ประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	ประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
ก่อนทดลอง	4(15.4)	8(30.8)	14(53.8)	2(7.7)	11(42.3)	13(50)
หลังการทดลอง	22(84.6)	4(15.4)	0(0)	2(7.7)	10(38.5)	14(53.8)

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยและระดับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

		คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง							
กลุ่มตัวอย่าง	ช่วง	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
		Min	Max	Mean(SD)	แปลผล	Min	Max	Mean(SD)	แปลผล
กลุ่มทดลอง (n = 26)	0 - 3	0	2	.81 (.939)	ไม่ปฏิบัติ	2	3	2.69(.471)	ปฏิบัติเป็นประจำ
กลุ่มควบคุม (n = 26)	0 - 3	0	2	.69 (.788)	ไม่ปฏิบัติ	0	2	.77(.815)	ไม่ปฏิบัติ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง

ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	ระดับตัวแปรที่ศึกษา n (%)					
	กลุ่มทดลอง (n = 26)			กลุ่มควบคุม (n = 26)		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
ก่อนทดลอง	5(19.2)	18(69.2)	3(11.6)	2(7.7)	18(69.2)	6(23.1)
หลังการทดลอง	26(100)	0(0)	0(0)	0(0)	20(76.9)	6(23.1)

ด้านปัจจัยที่ศึกษา พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 96.2 หลังการทดลองความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 69.2 ส่วนในกลุ่มควบคุมเกือบครึ่งก่อนการทดลองมีความรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 42.3 หลังการทดลองมีความรู้ดีเพิ่มขึ้นเล็กน้อยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.8

เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้ในด้านต่าง ๆ พบว่า ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ความสามารถของตน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 57.5, 80.8 และ 50 ตามลำดับ หลังการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่ดี

ขึ้นอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 80.8, 53.8 และ 96.2 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ ทั้งก่อน และหลังทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยก่อนทดลองคิดเป็นร้อยละ 76.9 และ 100 ตามลำดับ และการรับรู้อุปสรรคทั้งก่อนและหลังการทดลองมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ โดยคิดเป็นร้อยละ 65.4 และ ร้อยละ 100 ตามลำดับ สำหรับในกลุ่มควบคุม พบว่าหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากก่อนทดลอง โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ก่อนการทดลอง คิดเป็นร้อยละ 69.2 และ 57.7 ตามลำดับ หลังการทดลอง คิดเป็นร้อยละ 84.6 และ 73.1 ตามลำดับ ในขณะที่การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับสูงทั้งก่อนและหลังทดลอง โดยก่อนทดลอง คิดเป็นร้อยละ 96.2, 80.8 และ 65.4 ตามลำดับ หลังการทดลอง คิดเป็นร้อยละ 92.3, 76.9 และ 61.5 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้อุปสรรคทั้งก่อนและหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 80.8 และ 76.9 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับตัวแปรความรู้และการรับรู้ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง

ผลลัพธ์รอง	ระดับตัวแปรที่ศึกษา n (%)					
	กลุ่มทดลอง (n = 26)			กลุ่มควบคุม (n = 26)		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
ความรู้						
ก่อนทดลอง	0(0)	25(96.2)	1(3.8)	8(30.8)	7(26.9)	11(42.3)
หลังการทดลอง	18(69.2)	8(30.8)	0(0)	5(19.2)	14(53.8)	7(26.9)
การรับรู้โอกาสเสี่ยง						
ก่อนทดลอง	10(38.5)	15(57.7)	1(3.8)	8(30.8)	18(69.2)	0(0)
หลังการทดลอง	21(80.8)	5(19.2)	0(0)	11(42.3)	15(57.7)	0(0)
การรับรู้ความรุนแรง						
ก่อนทดลอง	5(19.2)	21(80.8)	0(0)	4(15.4)	22(84.6)	0(0)
หลังการทดลอง	14(53.8)	12(46.2)	0(0)	6(23.1)	19(73.1)	1(3.8)

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ผลลัพธ์รอง	ระดับตัวแปรที่ศึกษา n (%)					
	กลุ่มทดลอง (n = 26)			กลุ่มควบคุม (n = 26)		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
การรับรู้ประโยชน์						
ก่อนทดลอง	20(76.9)	6(23.1)	0(0)	25(96.2)	1(3.8)	0(0)
หลังการทดลอง	26(100)	0(0)	0(0)	24(92.3)	2(7.7)	0(0)
การรับรู้อุปสรรค						
ก่อนทดลอง	1(3.8)	8(30.8)	17(65.4)	1(3.8)	4(15.4)	21(80.8)
หลังการทดลอง	0(0)	0(0)	26(100)	1(3.8)	5(19.2)	20(76.9)
การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง						
ก่อนทดลอง	11(42.3)	13(50)	2(7.7)	17(65.4)	9(34.6)	0(0)
หลังการทดลอง	25(96.2)	1(3.8)	0(0)	16(61.5)	10(38.5)	0(0)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรค ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบทางคะแนนเฉลี่ย ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

เมื่อพิจารณาหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้

ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพิ่มขึ้นสูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ อุปสรรค ลดน้อยลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .041$) โดยพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเท่ากับ .81 (.939) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเท่ากับ 15.46 (1.174) การรับรู้โอกาสเสี่ยง เท่ากับ 17.54 (2.929) การรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ 21.54 (3.088) การรับรู้ประโยชน์เท่ากับ 12.69 (2.294) และการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่ากับ 14.92 (2.667) ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองเท่ากับ 9.54 (4.563) ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเท่ากับ 2.69 (.471) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเท่ากับ 18.04 (1.113) การรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ 19.00 (1.649) การรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ 23.38 (2.021) การรับรู้ประโยชน์เท่ากับ 14.23 (.908) และการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่ากับ 17.85 (1.567) ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เท่ากับ 7.58 (1.677) ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

นอกจากนี้ยังพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรค ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .014$) โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มควบคุมมี คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเท่ากับ .77 (.815) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเท่ากับ 15.08 (2.560) การรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ 17.46 (2.888) การรับรู้ความรุนแรง เท่ากับ 21.35 (4.445) การรับรู้ประโยชน์เท่ากับ 13.35 (1.853) และการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่ากับ 15.31 (2.446) ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เท่ากับ 9.58 (3.568) ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

นั่นสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมให้ความรู้ที่ใช้แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพเป็นฐาน สามารถเพิ่มพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง และสามารถลดการรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ ($p < .05$)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean Score (SD)		P-value ^a
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
พฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง			
ก่อนทดลอง	.81(.939)	.69(.788)	.135
หลังการทดลอง	2.69(.471)	.77(.815)	< .001
<i>p-value</i> ^b	< .001		
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม			
ก่อนทดลอง	15.46(1.174)	15.00(3.499)	.528
หลังการทดลอง	18.04(1.113)	15.08(2.560)	< .001
<i>p-value</i> ^b	< .001		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง			
ก่อนทดลอง	17.54(2.929)	17.27(4.055)	.785
หลังการทดลอง	19.00(1.649)	17.46(2.888)	.045
<i>p-value</i> ^b	.046		
การรับรู้ความรุนแรง			
ก่อนทดลอง	21.54(3.088)	21.88(2.026)	.635
หลังการทดลอง	23.38(2.021)	21.35(4.445)	.040
<i>p-value</i> ^b	.019		
การรับรู้ประโยชน์			
ก่อนทดลอง	12.69(2.294)	13.65(1.413)	.076
หลังการทดลอง	14.23(.908)	13.35(1.853)	.043
<i>p-value</i> ^b	.002		
การรับรู้อุปสรรค			
ก่อนทดลอง	9.54(4.563)	9.38(3.656)	.894
หลังการทดลอง	7.58(1.677)	9.58(3.568)	.014
<i>P-value</i> ^b	.041		

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean Score (SD)		P-value ^a
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
การรับรู้ความสามารถของตนเอง			
ก่อนทดลอง	14.92(2.667)	15.42(2.5.1)	.057
หลังการทดลอง	17.85(1.567)	15.31(2.446)	.048
P-value ^b	< .001		

^a Between-group comparison using independent t-test

^b Within-group comparison using Dependent t-test

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง รูปแบบการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest two groups design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้เป็นสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 20 - 34 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock et al. (1988) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม รับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งเต้านม รับรู้ประโยชน์และความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในรูปแบบการบรรยายเป็นกลุ่มใหญ่ มีการจับคู่ Buddy และการเข้าฐานแบบกลุ่มย่อย เพื่อร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อลดการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการตรวจเต้านมโดยใช้หุ่นจำลองเต้านม การใช้ไลน์กลุ่มเพื่อช่วยกระตุ้นเตือนกันและกัน และมีปฏิทินการตรวจเต้านมด้วยตนเองสำหรับการบันทึกวันที่มีประจำเดือนและวันที่ต้องตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อเป็นตัวช่วยในการเตือนให้เกิดการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t-test และ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีสัดส่วนการกระจายของข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความคล้ายคลึงกัน โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อายุระหว่าง 30-34 ปีในกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 30.42 ปี และกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 30.27 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี/เทียบเท่าขึ้นไป มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีรายได้อยู่ในช่วง 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย เท่ากับ 14,156 บาท และกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ย 14,204 บาท

ด้านปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การมีบุคคลในครอบครัวพี่น้องสายตรงที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม การคุมกำเนิด อายุของมีประจำเดือนครั้งแรก ความสม่ำเสมอของมีประจำเดือน ประวัติการตั้งครรภ์และการมีบุตร และข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ ได้แก่ ประวัติการได้รับบาดเจ็บ/การผ่าตัดเต้านม คัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งพบว่าข้อมูลของทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน โดยรวมแล้วไม่แตกต่างกัน

2. หลังการทดลองในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) โดยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำถึงร้อยละ 84.6 ในขณะที่ก่อนการทดลองมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำเพียงร้อยละ 15.4 เท่านั้น

3. กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) โดยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำถึงร้อยละ 84.6 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำเพียงร้อยละ 7.7 เท่านั้น

ผลลัพธ์รอง

1. ในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (ความรู้ $p < .001$, การรับรู้โอกาสเสี่ยง $p = .046$, การรับรู้ความรุนแรง $p = .019$, การรับรู้ประโยชน์ $p = .002$, การรับรู้ความสามารถของตนเอง $p < .001$)

2. ในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($p = .041$)

3. หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (ความรู้ $p < .001$, การรับรู้โอกาสเสี่ยง $p = .045$, การรับรู้ความรุนแรง $p = .040$, การรับรู้ประโยชน์ $p = .043$, การรับรู้ความสามารถของตนเอง $p = .048$)

4. หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($p = .014$)

อภิปรายผลการวิจัย

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ของ Rosenstock et al. (1988) มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและรักษาพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ในผู้หญิง การศึกษาพบว่า การให้ความรู้บนพื้นฐาน HBM มีผลทำให้พฤติกรรม BSE ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เพิ่มอัตราการตรวจเต้านมด้วยตนเองของผู้หญิง ความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และคุณภาพของผลการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ถึงความรุนแรง ความเสี่ยง ประโยชน์ และอุปสรรค ซึ่งกล่าวถึงใน HBM เป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของผู้หญิงต่อ BSE นอกจากนี้ HBM ยังเน้นความสำคัญของความเชื่อมั่นในตนเองในการทำ BSE ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาว่า **พฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง**

สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยมากซึ่งอยู่ในระดับที่ไม่ปฏิบัติ ไม่แตกต่างกันก่อนการทดลอง หลังจากได้รับการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำถึงร้อยละ 84.6 ในขณะที่ก่อนการทดลองมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำเพียงร้อยละ 15.4 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำเพียงร้อยละ 7.7 เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของ Nguyen et al. (2024) ในสตรีเวียดนามที่อาศัยในชุมชน เป็นการทดลองแบบ Random Control Trial ติดตามสามเดือนพบว่า กลุ่มที่ได้ความรู้จากโปรแกรมที่อิงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีอัตราการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.9 จากเดิมร้อยละ 26.3 ซึ่งมีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างหลังจาก 3 เดือน เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ($p = 0.302$) อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าวมีอายุเฉลี่ยที่ค่อนข้างสูงกว่า คือประมาณ 45 ปี ขณะที่ในการศึกษานี้ อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจะมีอายุน้อยกว่าคือประมาณ 30 ปี นอกจากนี้ยังพบผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกันในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย ดังการศึกษาของ Taklual et al. (2021) ที่มีความคล้ายคลึงกันในเนื้อหาการศึกษา โดยทำการทดลองในกลุ่มนักเรียนหญิงระดับอุดมศึกษา ในประเทศอิโอบี พบว่า เมื่อติดตามหนึ่งเดือน หลังการทดลอง พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ระหว่างสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองมีอัตราที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม อัตราการปฏิบัติ BSE ต่อเดือนเปลี่ยนจากร้อยละ 23.89 เป็นร้อยละ 57.41 ($p = 0.00*$)

ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้จากกิจกรรมสนับสนุนที่ดำเนินการในตอนท้าย ที่มีการเสริมแรงใจ กำกับติดตามโดยมีการเสริมปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) มีกิจกรรมการจับคู่ Buddy กับเพื่อนในที่ทำงานเดียวกันเนื่องจากสตรีในวัยนี้ในช่วงอายุที่อยู่ในวัยทำงาน ใช้ชีวิตในที่ทำงานเป็นส่วนใหญ่และมีความคุ้นเคยกับเพื่อนร่วมงาน ทำให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการใช้ปฏิทินสำหรับบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การใช้แอปพลิเคชัน ไลน์ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันที่สามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้ง่ายและทั่วถึงเนื่องจากสตรีทุกคนมีการใช้แอปพลิเคชัน ไลน์ เป็นตัวช่วยการกระตุ้นและติดตามการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยคู่ Buddy และผู้วิจัยส่งคลิปวิดีโอเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 7 หลังการทดลอง ช่วยให้สตรีในกลุ่มทดลองได้ทบทวนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่งผลให้หลังการทดลองมีพฤติกรรมและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ดีขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ผลลัพธ์นี้คล้ายกับหลายการศึกษาที่มีการใช้โมเดล HBM ผสานกับการติดตามผลและการเสริมแรงใจสามารถเพิ่มพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของผู้หญิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีการปฏิบัติที่สม่ำเสมอในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีน โดย Ouyang and Hu (2014) มีการสอนตรวจมะเร็งเต้านมร่วมกับการติดตามผลโดยตรงและการเตือนทางโทรศัพท์ที่มีผลดีในการเพิ่มอัตราการตรวจเต้านมด้วยตนเองของผู้หญิงถึงร้อยละ 84.2 และร้อยละ 92.1 ภายใน 1 และ 3 เดือนหลังการให้ความรู้ ตามลำดับ การศึกษาของ Masoudiyekta et al. (2018) พบว่าการใช้โมเดล HBM ในการให้ความรู้สามารถปรับปรุงพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของผู้หญิงได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยการศึกษาเน้นการเสริมสร้างความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมถึงการติดตามผลเพื่อประเมินพฤติกรรมหลังการให้ความรู้ รวมทั้งการศึกษาในเอธิโอเปียโดย Wondmu et al. (2022) พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมตามหลักโมเดล HBM ร่วมกับการเตือนทางอีเมลสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยการติดตามผลทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมมีการตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น

นอกจากนี้ยังพบข้อมูลที่น่าสนใจในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ที่อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับที่ต่ำมากเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมามากกว่าข้างต้น อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน โดยพบว่า ด้านปัจจัยเสี่ยงของการศึกษาครั้งนี้ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงที่เป็นมะเร็งเต้านมทำให้คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งเต้านม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Abolfotouh et al. (2015), Asiri and Rashad (2019), Yeshitila et al. (2021) และดวงตะวัน พรหมมาศ และสุพัตรา อัสวไมตรี (2564) ซึ่งพบว่าการมีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งจะส่งผลให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 60 ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จึงทำให้มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองค่อนข้างน้อย ส่วนระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้นั้นส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาค่อนข้างสูงแต่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองค่อนข้างน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Taklual et al. (2021) ที่ศึกษาในนักเรียนหญิงอุดมศึกษา แต่มีการตรวจเต้านมตนเองก่อนการทดลองเพียงร้อยละ 17 เท่านั้น ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ รังษิณพดล โถทอง และคณะ (2562) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่สูงมีผลทำให้มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่า

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ด้านความรู้ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากสตรีในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมได้รับความรู้เรื่อง โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น และเป็นที่น่าสังเกตว่าระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าซึ่งเป็นระดับการศึกษาที่สูง จึงมีส่วนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเรียนรู้ค่อนข้างเร็วและความรู้ที่ได้รับในสัปดาห์แรกที่มีการจัดกิจกรรมยังคงอยู่ และส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Noman et al. (2021) ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการให้การศึกษาเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งเต้านมต่อการรับรู้และความเชื่อในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในผู้หญิงจากหลายประเทศทั่วโลก โดยเป็นการศึกษาแบบทบทวนอย่างเป็นระบบ (A Systematic Review) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านม และความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นตัวกลางที่สำคัญในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Akhtari-Zavare et al. (2016) ศึกษาผลการทดลองควบคุมแบบสุ่ม(RCT) เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพเต้านมในผู้หญิงวัยรุ่นในมาเลเซีย พบว่า ความรู้ที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวข้องกับการตรวจเต้านมที่เพิ่มขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของธณัศมณท์ ภาณุพรพงษ์ (2564) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเข้าร่วม โปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และส่งผลให้มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ด้านความเชื่อหรือการรับรู้ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากสตรีกลุ่มทดลองเมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดการรับรู้ด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้นและมีการรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเองลดลง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ดีขึ้นเช่นกัน สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาในหญิงเวียดนาม ของ Nguyen et al. (2024) การศึกษาในประเทศอิโอบีของ Wondmu et al. (2022) และการศึกษาในประเทศไทย ของ รัชนิพร วงศ์อนุ และณัฐกฤตา ศิริ โสภณ (2565) พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มทดลองที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้จาก กลวิธีที่ใช้ในการศึกษานี้มีการบูรณาการในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้การสอนแบบกลุ่มใหญ่ และมีกิจกรรมเพื่อลดการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเพื่อจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมผ่านฐานการฝึกทักษะการตรวจเต้านม ในรูปแบบกลุ่มย่อย อีกทั้งผู้วิจัยมีการสอนตรวจเต้านมและให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลแบบตัวต่อตัว โดยใช้หุ่นจำลองเต้านม สตรีกลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติและมีการสาธิตย้อนกลับซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติ ส่งผลให้มีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ดีขึ้น

จะเห็นได้ว่าเมื่อสตรีกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองและมีความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ที่ดีขึ้นทำให้สตรีมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ดีขึ้นตามมาด้วยเช่นกัน จึงสรุปได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นตัวกลางที่สำคัญในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ดีขึ้น

โดยสรุป โปรแกรมการสอนโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการสอนตามแบบ

แผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีผลทำให้การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสอนโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพในการเพิ่มพฤติกรรมและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นให้ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบในงานการส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ควรสร้างความตระหนักโดยเน้นการให้ความรู้ ส่งเสริมการรับรู้ด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สามารถนำรูปแบบ โปรแกรมการประยุกต์ใช้แผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ จัดอบรมให้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือสตรีในชุมชน เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในชุมชนให้มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอต่อไป

ในการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ มีข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมดังนี้

1.2 การจัดอบรมด้วยรูปแบบ โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ควรจัดในกลุ่มที่ไม่ใหญ่เกินไป (ไม่เกิน 30 คน) จะทำให้ง่ายต่อการกระตุ้นความสนใจ รวมทั้งการอภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในกลุ่มได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

1.3 กิจกรรมการกระตุ้นเตือนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการเตือนแบบเพื่อนเตือนเพื่อน (Buddy) เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ในกลุ่มวัยทำงาน เนื่องจากชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ของคนกลุ่มนี้อยู่ในที่ทำงาน ทำให้การกระตุ้นเตือนกันได้สะดวก ไม่สิ้นเปลืองเวลาและค่าใช้จ่ายใด ๆ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการติดตามพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองใน ระยะ 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง เพื่อติดตามประสิทธิภาพของ โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องในระยะยาว และความยั่งยืนของพฤติกรรม

2.2 ควรมีการศึกษาโดยใช้โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในกลุ่มอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น กลุ่มพนักงานบริษัทในพื้นที่การทำงานของ

จังหวัดชลบุรี เนื่องจากเป็นพื้นที่เศรษฐกิจที่มีสตรีกลุ่มนี้ย้ายถิ่นฐานมาทำงานเป็นจำนวนมากและสตรีกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยที่อายุน้อยซึ่งคิดว่ายังไม่ใช่กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม จึงอาจจะมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยกว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงหรือสตรีกลุ่มที่อายุมากกว่า

2.3 ควรทำการศึกษาเพื่อการพัฒนาสื่อการสอนหรือการกระตุ้นติดตาม ผ่านสื่อออนไลน์หรือแอปพลิเคชันที่มีการเข้าถึงและเป็นที่ยอมรับมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่าง ณ เวลาที่ทำการศึกษา ได้แก่ การสอนผ่านคลิปวิดีโอในแอปพลิเคชันต่าง ๆ เช่น Tiktok Facebook Instagram เป็นต้น



บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2561–2565. กระทรวงสาธารณสุข.กรมการแพทย์
- กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2560*. นวัตกรรมดาการพิมพ์.
- กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2565*. นวัตกรรมดาการพิมพ์.
- กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). *คู่มือมาตรฐานการทำงานเกี่ยวกับยาเคมีบำบัด และการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา*. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ข้อมูลสาเหตุการตาย*. เข้าถึงได้จาก <https://deathbirthrepo.dcs.moph.go.th>
- กิตติชัย ปัญญาวรรณ, วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์, และศิวพร อึ้งวัฒนา. (2565). ผลของนวัตกรรมหุ่นดูแล การป้องกันการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากเบาหวานในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน ตำบลห้วยไคร้ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(2).
- คณินิจ พงศ์ถาวรกมล, นันทิยา วัฒยา, และธีรฤดี กุหะเปรมะ. (2562). ระบบการคัดกรองและป้องกัน มะเร็งเต้านมในประเทศไทยในทัศนยะของผู้ให้บริการ. *วารสารโรคมะเร็ง*, 39(3).
- โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้า ด้านภัย มะเร็งเต้านม.(2561) *แนวทางการดำเนินงาน โครงการ สืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้า ด้านภัยมะเร็ง เต้านม*. เข้าถึงได้ จาก: http://www.hpc.go.th/bse/ data/fight BeastCancerProject_20161201.pdf
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2561). *พฤติกรรมสุขภาพแนวความคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). รัตน สุวรรณการพิมพ์.
- จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ. (2562). ความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง. *JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC7 KHON KAEN*, 26(3), 13-24.
- จีระพรรณ ศรีหามิ, เรือน สมณะ และสมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2559). ผลของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพและแรงสนับสนุนจากสามีที่มีต่อการป้องกัน และควบคุมมะเร็งเต้านมของสตรีวัย 35-55ปีตำบลจันทราอำเภอจันทราจังหวัดร้อยเอ็ด. *Journal of Science & Technology MSU*, 35(4).
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2555). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: บางแสนการพิมพ์.

ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2562). *Staging* มะเร็งเต้านมโดยใช้ *TNM*. เข้าถึงได้จาก

<http://doh.hpc.go.th/bse/topicDisplay.php?id=132>

ชรินทร์ ถาวรคุณ. (2557). ไอโซพลาโวนจากถั่วเหลือง: ซิวเคมี กลไกการออกฤทธิ์ และความ
เกี่ยวข้องในการป้องกันมะเร็งเต้านม. *วารสารพันธุศาสตร์*, 7(1), 7-15.

ณัฐธยาน์ ซาบัวคำ, สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, และภาวิณี ทหารสาร. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้
เกี่ยวกับทักษะการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองและพฤติกรรมเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วย
ตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานีจังหวัดอุบลราชธานี. *Journal of
Nursing and Health Care*, 36(3).

ดวงตะวัน พรหมมาศ, และสุพัตรา อัสวไมตรี. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจ
เต้านมด้วยตนเองของหญิงอายุ 30–70 ปี ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบางน้ำผึ้ง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารวิชาการสถาบัน
วิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิกสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 7(3), 14-26.

เดิมศักดิ์ สุขวิบูลย์. (2552). ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเภทมาตรประมาณ (Rating scale)
เพื่องานวิจัย. เข้าถึงได้จาก <http://www.ms.src.ku.ac.th>

ธณัสมนต์ ภาณุพรพงษ์. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วย
ตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนา
ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 7(1), 140-157.

ชนาพิพัฒน์ ทรัพย์ครองชัย. (2561). การศึกษาเปรียบเทียบการประมาณค่าจากตัวแบบการถดถอย
สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบล็อกนอร์มอลที่ถูกตัดจากปลายทางขวา แบบสุ่มที่มีการ
แจกแจงแบบยูนิฟอร์ม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นวรรตน์ โกมลวิภาต และน้ำอ้อย กักคิงส์. (2561). เปรียบเทียบ ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการ
รับรู้ความสามารถตนเองของนักศึกษาหญิงระหว่างกลุ่มที่ตรวจและไม่ตรวจเต้านมด้วย
ตนเอง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(4), 68-78.

นรเศรษฐ์ สมานไทย. (2562). พยาธิของมะเร็งเต้านมสำหรับศัลยแพทย์. ใน พรชัย โอเจริญรัตน์, พุทธิ
พร เย็นบุตร, วิไลรัตน์ ประเสริฐ, วิษณุ โล่ศิริวัฒน์ และ คุณพัฒน์ สงวนรักษา (บ.ก.),
มะเร็งเต้านม (หน้า 121-158). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. ยูเออนด์ไออินเตอร์มีเดีย.

- บุษบา อภัยพิม. (2562). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อพฤติกรรมกรรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พัชยา ภัคจิรสกุล. (2559). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยในจังหวัดลำปาง*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญาติกุล. (2559). *มะเร็งเต้านม ระบาดวิทยา การป้องกัน และแนวทางการตรวจคัดกรอง*. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 60(50), 497-507.
- รังษิณพดล โถทอง, ศุภพร แสงกระจ่าง, โสภิตตราสมหารวงศ์, ณิชฎาพร พิษัณรงค์, ประรณนา สติดีวิภาวี, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, และวิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร. (2562, มกราคม-มีนาคม 2562). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน*. *วารสารโรคมะเร็ง*, 39(1), 21- 32.
- รัชนิพร วงศ์อนุ และณัฐกฤตา ศิริ โสภณ. (2565). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ในสตรีกลุ่มเสี่ยงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง*. *วารสารสุขภาพศึกษา พลศึกษา และสันทนาการ*, 48(1), 208-217.
- รัตติยา จันดารักษ์. (2563, มกราคม-เมษายน 2563). *พฤติกรรมและทักษะการตรวจเต้านมตนเองของสตรีวัย 30-70 ปี ในเขตจังหวัดมุกดาหาร*. *วารสารโรคมะเร็ง*, 40(1).
- รัตนศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางการพยาบาล:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี (2560). *สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี HOS-BASED CANCER REGISTRY 2017*. โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี.
- โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. (2561). *สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี HOS-BASED CANCER REGISTRY 2018*. โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี.
- โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. (2562). *สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี HOS-BASED CANCER REGISTRY 2019*. โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี.
- โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. (2563). *สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี HOS-BASED CANCER REGISTRY 2020*. โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี.
- โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. (2564). *สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี HOS-BASED CANCER REGISTRY 2021*. โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี.
- วัลลภ ไทยเหนือ, ธรรมนิตย์ อังสุสิงห์, นันทา อ่วมกุล, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, จารุวรรณ จงวนิช, เฉลิมเดช วรรณวัฒน์, ภัทรินี ไตรสถิตย์, และอิมใจ ชิตาพนารักษ์.

- (2562). ผลกระทบของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอต่อขนาดก้อน ระยะ และ การตาย ของมะเร็งเต้านมในประเทศไทย. *The Breast Journal*, 26(4), 822-824.
- ศรัญญา งามนิมิตร, ชุติกร คำนุชพิศลิป และอนามัย นาอุดม. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการ ตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของ สตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(1), 148-159.
- ศิริพร จิตรเอื้อ, ฉันทนา จันทวงศ์ และนิสากร กรุงไกรเพชร. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้าง แรงจูงใจต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเทศบาลเมือง ขลุง อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาล พระปกเกล้า*, 34(1), 40-53.
- ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล และศิวัชร ประยูรเทพ. (2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะ การตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความรู้ เจตคติและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของ นักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 13(4), 77-91.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2555). *แนวทางการคัดกรองวินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งเต้านม*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). *ข้อเสนอแนะการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมสำหรับ ประเทศไทย*. โฉมติดการพิมพ์ จำกัด.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). *แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม*. โฉมติด การพิมพ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). *ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามแผนพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง Service Plan ปี 2561-2565*. เข้าถึงได้จาก http://www.nci.go.th/th/File_download/filePlan
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2564). *ทะเบียนมะเร็งระดับ โรงพยาบาล พ.ศ. 2563*. เข้าถึงได้จาก https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2563/files/main.pdf.
- สมักร สุจริต. (2562). ผลของสารเจนิสเตอินต่อเซลล์มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งเต้านม และมะเร็งรังไข่. *วารสารพิษวิทยาไทย*, 34(1), 111-121.
- สรารัตน์ ตระกูลรัมย์ และจารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 45-54 ปี ในเขตชุมชน บ้านห้วยจรเข้ม ตำบลหินลาด อำเภอด่าน

ขุนทด จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา*, 24(2), 46-56.

สายไหม คุ่มวิจิตร, สุลี ทองวิเชียร, สุครัก จิตต์หทัยรัตน์ และอับดุล การิม ส. อิบลาตี. (2562).

ประสิทธิผลของกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่: การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงอภิमान. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(3), 124-132.

สุดา ใจห้าว, จิรวรรณ คล้ายวิเศษ, กรรณิการ์ แสงประจง และเรวดี เพชรศิริสาส์น. (2561). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(1), 154-163.

สุธารัตน์ ชำนาญช่าง, วรณรัตน์ ลาวัง, และอโนชา ทศนาชนชัย. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในจังหวัดชลบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 12(3), 104-117.

สุปราณี น้อยตั้ง, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา และณัฐกมล ชาญสาธิตพร. (2561). ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักเรียนหญิงมัธยมปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 11(2), 78-99.

สุวลักษณ์ วงศ์จรโรลงสิต. (2562). *ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการปฏิบัติตนเมื่อเข้ารับการรักษา*. เข้าถึงได้จาก

https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/sites/default/files/public/pdf/Article/คู่มือมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด.pdf

สุวลักษณ์ วงศ์จรโรลงสิต และคณะ. (2558). *คู่มือความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการปฏิบัติตนเมื่อเข้ารับการรักษา*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2564). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ*. เข้าถึงได้จาก

https://cbi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=308526013808e90ce8f30d66e3b5ad82

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2561). *รายงานผลการประเมินพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทย ภายใต้โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้า ด้านภัยมะเร็งเต้านม ปีพ.ศ. 2561 (รายงานผลการวิจัย)*. สำนักส่งเสริมสุขภาพ.

- หทัยรัตน์ แสงจันทร์, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, สุสัณหา ยิ้มแย้ม, และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. (2550). The development of a culturally sensitive educational programme to increase the perception, self-efficacy, and practice of Thai Moslem women regarding breast self-examination (BSE). *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(1).
- เอื้อมแข สุขประเสริฐ. (2562). *การรักษามะเร็งเต้านม. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. เข้าถึงได้จาก <http://doh.hpc.go.th/data/bse/BCTherapy.pdf>
- Abolfotouh, M. A., BaniMustafa, A. a. A., Mahfouz, A. A., Al-Assiri, M. H., Al-Juhani, A. F., & Alaskar, A. S. (2015). Using the health belief model to predict breast self examination among Saudi women. *BMC public health*, 15(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2510-y>.
- Agide, F. D., Sadeghi, R., & Tigabu, G. G. A. B. M. (2018). A systematic review of health promotion interventions to increase breast cancer screening uptake: from the last 12 years. *The European Journal of Public Health*, 28(6), 1149-1155.
- Akhtari-Zavare, M., Juni, M. H., Said, S. M., Ismail, I. Z., Latiff, L. A., & Eshkoor, S. A. (2016). Result of randomized control trial to increase breast health awareness among young females in Malaysia. *BMC Public Health*, 16(1), 1-11. <https://doi.org/DOI.10.1186/s12889-016-3414-1>.
- Akram, M., Iqbal, M., Daniyal, M., & Khan, A. U. (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological Research*, 50(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s40659-017-0140-9>
- American Cancer Society [ACS]. (2022). *Breast Cancer Facts & Figures 2019-2020*. Retrieved from <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-andstatistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2019-2020.pdf>
- Asiri, H., & Rashad, W. A. (2019). Prediction of The Awareness and Practice of Breast Self-Examination among Females Using Health Believe Model. A literature review. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 8(1), 66-69.
- Bandura, A. (1994). Encyclopedia of human behavior. *Academic Press*, 4, 71-81.
- Becker, M. H., & Maiman L. A. (1974). The Health Belief: Origins and Corrdlates in Psychological Theory. *Health Education Mono graphs*, 2, 300-385; winter.

- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). *The Health Belief Model and and Sick Role Behavior, In the Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey: ChalesB.Slack.
- Becker; et al. (1975). Sociobehavioral Determination of Compliance with Health and Medical Care Recommendation. *Medical Care*, 13(3), 24.
- Becker, H. M., & Maiman, L. M. (1975). Socio-behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendation. *Medical Care*, 13(1), 10-24.
- Bernstein, L., Henderson, B. E., Hanisch, R., Sullivan-Halley, J., & Ross, R. K. (1994). Physical exercise and reduced risk of breast cancer in young women. *Journal Natl Cancer InstSep*, 86(18), 1403-1408.
- Bloom, B. S. (1971). *Taxonomy of Educational Objective Handbook I: The Cognitive Domain*. David McKag.
- Bower, J. E., Crosswell, A. D., Stanton, A. L., Crespi, C. M., Winston, D., Arevalo, J., Ma, J., Cole, S. W., & Ganz, P. A. (2015). Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Cancer*, 121(8), 1231-1240.
<https://doi.org/10.1002/cncr.29194>
- Breast Cancer. (2015). *Breast cancer risk factors and stages of breast cancer*. Retrieved from <http://www.breastcancer.org/symptoms/diagnosis/staging>.
- Carpenter, C. L., Ross, R. K., Paganini-Hill, A., & Bernstein, L. (2003). Effect of family history, obesity and exercise on breast cancer risk among postmenopausal women. *Int J Cancer*, 106(1), 96-102.
- Davarani, E. R., Khanjani, N., Falahi, M., Daneshi, S., & Iranpour, A. (2016). Breast Self-examination and its Effective Factors Based on the Theory of Planned Behavior among Women in Kerman, Iran. *Journal of Education and Community Health*, 3(3), 1-8.
- Didarlo, A., Nabilou, B., & Khalkhali, H. R. (2017). Psychosocial predictors of breast self-examination behavior among female students: an application of the health belief model using logistic regression. *BMC Public Health*, 17(1), 1-8.
- Gansler, T. (2012). American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer Journal Clinician*, 62(1), 30-67. doi:10.3322/caac.20140.

- Glanz, K., Rimer, B. K., & Lewis, F. M. (2002). *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. Wiley & Sons.
- Globocan IARC. (2020). *Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns*. Retrieved from <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheets.pdf>
- Gonzales, A., Alzaatreh, M., Mari, M., Saleh, A. A., & Alloubani, A. (2017). Beliefs and behavior of Saudi women in the University of Tabuk toward breast self examination practice. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 19(1), 121-126.
- Johnsson, A., Broberg, P., Johnsson, A., Tornberg, Å. B., & Olsson, H. (2017). Occupational sedentariness and breast cancer risk. *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)*, 56(1), 75-80. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1262547>
- Kirag, N., & Kızılkaya, M. (2019). *Application of the Champion Health Belief Model to determine beliefs and behaviors of Turkish women academicians regarding breast cancer screening: A cross sectional descriptive study*.
- Koc, G., Gulen-Savas, H., Ergol, S., Yildirim-Cetinkaya, M., & Aydin, N. (2019). Female university students' knowledge and practice of breast self-examination in Turkey. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 22(3), 410-415.
- Lammert, J., Grill, S., & Kiechle, M. (2018). Modifiable lifestyle factors: Opportunities for (Hereditary) breast cancer prevention - a narrative review. *Breast Care (Basel)*, 13(2), 109-114. doi:10.1159/000488995.
- Masoudiyekta, L., Rezaei-Bayatiyani, H., Dashtbozorgi, B., Gheibizadeh, M., Saki Malehi, A., & Moradi, M. (2018). Effect of education based on health belief model on the behavior of breast cancer screening in women. 5(1). https://doi.org/10.4103/APJON.APJON_36_17
- Myint, N. M. M., Nursalam, N., & Has, E. M. M. (2019). The Effectiveness of Health Education Intervention to Promote Breast Self Examination Practice: A Systematic Review. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 23(1).
- National Cancer Institute [NCI]. (2019). *Breast Cancer Treatment (Adult) Patient Version*. Retrieved from <https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-treatment-pdq>
- Nguyen, H. T., Thanh, T. L., Van, V. T., Thu, H. T. T., & Van, H. P.. (2024). An Educational Intervention Based on Health Belief Model for Improving Breast Self – Examination

- behavior Among Rural Women in Hai Duong, Vietnam: A random Control Trial.
<https://doi.org/10.47941/ijhmp.1676>.
- Noar, S. M., Benac, C. N., & Harris, M. S. (2007). Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 673-693. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.673>
- Noman, S., Shahar, H. K., Abdul Rahman, H., Ismail, S., Abdulwahid Al-Jaberi, M., & Azzani, M. (2021). The effectiveness of educational interventions on breast cancer screening uptake, knowledge, and beliefs among women: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 263.
- Ouyang, Y.-Q., & Hu, X.. (2014). The effect of breast cancer health education on the knowledge, attitudes, and practice: a community health center catchment area. 29(2).
<https://doi.org/10.1007/S13187-014-0622-1>
- Pornour, M., Ahangari, G., Hejazi, S. H., Ahmadkhaniha, H. R., & Akbari, M. E. (2014). Dopamine receptor gene (DRD1-DRD5) expression changes as stress factors associated with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 15(23), 10339-10343.
<https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.23.10339>
- Ramani, K. V., Ramani Hemalatha, Alurkar, Shirish, Ajaikumar, B. S., Trivedi, & Riri, G. (2017). *Breast Cancer: Medical Treatment, Side Effects, and Complement Therapies*. New York: Momentum Press.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Rosenstock, M. I., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 75-138.
- Stefanut, A. M., & Vintila, M. (2020). Interventions aimed to prevent breast cancer by promoting self- Examination: A systematic review literature. *Journal Plus Education*, 25(1), 423-435.
- Sun, Y. S., Zhao, Z., Yang, Z. N., Xu, F., Lu, H. J., Zhu, Z. Y., Shi, W., Jiang, J., Yao, P. P., & Zhu, H. P. (2017). Risk factors and preventions of breast cancer. *International Journal of*

- Biological Sciences*, 13(11), 1387–1397. doi:10.7150/ijbs.21635 Wheeler, S. B., Spencer, J. C., Pinheiro, L. C., Carey, L. A., Olshan, A. F., & Reeder.
- Taklual, W., Tesfaw, A., Mekie, M., & Shemelis, T.. (2021). Breast Self-Examination Practice among Female Undergraduate Students in Debre Tabor University, North Central Ethiopia: Based on Health Belief Model. <https://doi.org/10.30476/MEJC.2021.84950.1245>.
- Wilke, L. G., Broadwater, G., Rabiner, S., Owens, E., Yoon, S., Ghate, S., Scott, V., Walsh, R., Baker, J., Soo, M. S., Ibarra-Drendall, C., Stouder, A., Robertson, S., Barron, A., & Seewaldt, V. (2009). Breast self-examination: defining a cohort still in need. *American Journal of Surgery*, 198(4), 575–579.
- Wondmu, K. S., Tessema, M. T., Degu, G., Mihiret, G. T., & Sinshaw, M.. (2022). Effect of breast cancer education based on the health belief model on knowledge, health belief, and breast self-examination among female students of Debre Markos University, Northwest Ethiopia, in 2021. 12. <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.1034183>
- World Health Organization [WHO]. (2015). *Breast Cancer*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Breast Cancer*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization [WHO]. (2018). *WHO Guidelines for The Pharmacological and Radio Therapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279700/9789241550390-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2021). *Breast Cancer: Diagnosis–Screening*. Retrieved from <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis–screening/breast–cancer/en/>.
- Yeshitila, Y. G., Kassa, G. M., Gebeyehu, S., Memiah, P., & Desta, M. (2021). Breast self-examination practice and its determinants among women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 16(1), e0245252.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์	สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.ตติรรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี	สาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารก และการประคองครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์	สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ทางศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

Code.....

แบบสอบถาม

เรื่อง ผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของความรู้เรื่อง โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมในด้าน โอกาสเสี่ยงเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยแบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน 17 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่อง โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง | จำนวน 22 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม | จำนวน 23 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง | จำนวน 4 ข้อ |

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางอัมพา ศรีสาพันธ์

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ใน () แต่ละข้อที่ตรงกับตัวท่าน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. อายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่
<input type="checkbox"/> 3. หม้าย	<input type="checkbox"/> 4. แยกกันอยู่
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา/ปวช.	<input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา/ปวส.
<input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี/เทียบเท่า	<input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพในปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> 1. แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> 2. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
<input type="checkbox"/> 3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> 4. รับจ้าง/ทำสวน
<input type="checkbox"/> 5. ลูกจ้างบริษัท	<input type="checkbox"/> 6. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
5. รายได้ต่อเดือน.....บาท
6. ท่านมีบุคคลในครอบครัวที่น้องสายตรง ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มี	<input type="checkbox"/> 2. มี (ระบุ).....
-----------------------------------	--
7. ปัจจุบันท่านคุมกำเนิดหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. คุม	<input type="checkbox"/> 2. ไม่คุม
---------------------------------	------------------------------------

 ถ้าคุม ท่านคุมด้วยวิธีใดโปรดระบุ

<input type="checkbox"/> ยาเม็ดคุมกำเนิด	<input type="checkbox"/> ยานี้ดคุมกำเนิด	<input type="checkbox"/> ยาฝังคุมกำเนิด
<input type="checkbox"/> ใส่ห่วงคุมกำเนิด	<input type="checkbox"/> ทำหมัน	<input type="checkbox"/> ฉูดยางอนามัย

 อื่นๆระบุ.....
8. ท่านมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี
9. รอบการมีประจำเดือนของท่านเป็นอย่างไร

<input type="checkbox"/> 1. สม่าเสมอ ระบุ ทูกรอบกี่วัน	
<input type="checkbox"/> 2. ไม่สม่าเสมอ ระบุ.....	

10. ประวัติการตั้งครรภ์และมีบุตร
- () ไม่เคย
 - () เคย ระบุ จำนวนบุตร.....คน
11. ประวัติการได้รับบาดเจ็บ/การผ่าตัดเต้านม เช่น การทำศัลยกรรมเสริมหน้าอก
- () ไม่เคย
 - () เคย ระบุ.....
12. น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. BMI.....
13. โรคประจำตัว/ประวัติการเจ็บป่วย
- () ไม่มี
 - () มี ระบุ.....
14. ท่านดื่มสุราหรือไม่ (ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา)
- () ไม่เคยดื่ม
 - () ดื่มบางครั้งตามโอกาส
 - () ดื่มประจำทุกวัน
- ระบุ (ปริมาณที่ดื่มต่อวัน เช่น กี่ซีซีต่อวันหรือกี่ขวดต่อวัน).....
15. ท่านสูบบุหรี่มวนหรือบุหรี่ไฟฟ้าหรือไม่ (ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา)
- () ไม่สูบ
 - () สูบบางครั้งตามโอกาส
 - () สูบทุกวัน ระบุ (จำนวนมวนต่อวัน)
16. ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่
- () ไม่เคยได้รับ
 - () เคยได้รับจากใครหรือแหล่งใด ระบุ.....
17. ท่านเคยตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่
- () 1. ไม่เคยตรวจเลย
 - () 2. เคยตรวจ ระบุ (ความถี่ในการตรวจ).....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

คำชี้แจง: โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงข้อเดียว

ใช่ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความในประโยค

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความในประโยค

ไม่ทราบ หมายถึง ท่านไม่รู้เกี่ยวกับข้อความในประโยค

ข้อที่	ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1.	มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดอันดับ 1 ในผู้หญิงไทย			
2.	มะเร็งเต้านม เกิดจากเนื้อเยื่อหรือเซลล์บริเวณเต้านมมีการเจริญเติบโตผิดปกติ			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.	การคลำตรวจเต้านมให้ใช้นิ้วมือทั้ง 3 นิ้ว คือ นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง			

ข้อที่	ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
19.	การคลำตรวจเต้านม จะต้องกด 3 ระดับ คือ กดเบาให้รู้สึกระดับผิวหนัง กดปานกลางให้รู้สึกถึงเนื้อเต้านม กดลึกให้รู้สึกถึงเนื้อเต้านมที่ติดกับกระดูกซี่โครง			
20.	.....		
21.	.....		
22.	ความคิดปกติที่อาจตรวจพบจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้แก่ มีก้อนในเนื้อเต้านม หัวนมบุ๋มลง มีก้อนที่รักแร้ มีสารคัดหลั่งออกจากหัวนม			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม มีทั้งหมด 5 ด้าน จำนวนทั้งหมด 23 ข้อ ได้แก่

1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม
2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม
3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
4. ด้านการรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
5. ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

โปรดเขียนเครื่องหมายช็ดถูก / ลงในช่องที่เป็นจริงตรงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 5 ตัวเลือก ได้แก่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) หมายถึง	คำตอบนั้นตรงกับการรับรู้ตามความเข้าใจหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย (4) หมายถึง	คำตอบนั้นตรงกับการรับรู้ตามความเข้าใจหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่แน่ใจ (3) หมายถึง	คำตอบนั้นท่านรู้สึกไม่แน่ใจ
ไม่เห็นด้วย (2) หมายถึง	คำตอบนั้นไม่ตรงกับการรับรู้ตามความเข้าใจหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) หมายถึง	คำตอบนั้นไม่ตรงกับการรับรู้ตามความเข้าใจหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม						
1.	ฉันมีแม่และพี่น้องป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม ทำให้มีโอกาสมะเร็งเต้านมสูงกว่าผู้หญิงทั่วไป					
2.	.....				
3.	.....				
4.	.....				
5.	ฉันอยู่ในช่วงอายุที่มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม					
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม						
6.	หากฉันป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้					
7.	.....				
8.	.....				
9.	.....				
10.	.....				
11.	หากฉันเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม อาจทำให้เสียชีวิตได้					
การรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง						
12.	.....				
13.	.....				
14.	การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน จะทำให้ฉันคุ้นชินกับลักษณะผิวหนังและเนื้อเต้านมของตนเอง และสามารถพบสิ่งผิดปกติได้ทันทีที่เกิดขึ้น					

ข้อที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)
การรับรู้อุปสรรคในการตรวจตรวจเต้านมด้วยตนเอง						
15.	การตรวจเต้านมด้วยตนเองทำให้ เสียเวลา					
16.	.....				
17.	.....				
18.	.....				
19.	การตรวจเต้านมทุกเดือน ทำให้กังวล มากเกินไป					
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง						
20.	ฉันมั่นใจว่าสามารถหาเวลาว่างเพื่อ ตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ทุกเดือน (หรือเดือนละครั้ง)					
21.	.....				
22.	.....				
23.	ท่านมั่นใจว่าสามารถตรวจเต้านมด้วย ตนเองทุกเดือนโดยไม่จำเป็นต้องมีคน ช่วยเตือน					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
--

คำชี้แจง: แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองใน 3 เดือนที่ผ่านมา กรุณาเลือกตอบตามความเป็นจริง

1. ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่

() ตรวจ เพราะ.....

() ไม่ตรวจ เพราะ.....

ถ้าไม่ตรวจ ไม่ต้องตอบข้อ 2 - 4

2. ในช่วงเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองบ่อยเพียงใด

() ตรวจบ่อย ๆ มากกว่าหนึ่งครั้งต่อเดือน

() ตรวจเดือนละครั้ง

() ตรวจน้อยกว่าเดือนละครั้ง

แบบสอบถามข้อ 3 เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง เพียงหนึ่งข้อเท่านั้น

3.1 สำหรับท่านที่มีประจำเดือนตามปกติ ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วงใดของแต่ละเดือน

() สัปดาห์ก่อนมีประจำเดือน

() วันแรกของการมีประจำเดือน

() สัปดาห์นับจากวันแรกของการมีประจำเดือน

3.2 สำหรับท่านที่ประจำเดือนไม่มาหรือมาไม่ปกติ เช่น ท่านที่รับประทานหรือฉีดยาคุมกำเนิด ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วงใดของแต่ละเดือน

() ไม่แน่นอน วันไหนก็ได้ที่สะดวก

() วันเดียวกันของทุกเดือน

แบบสังเกตการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ประเมินกิจกรรมการสาธิตย้อนกลับ)

คำชี้แจง: แบบสังเกตฉบับนี้ เป็นข้อความเกี่ยวกับการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประกอบด้วย ทำทางการตรวจ รูปแบบและแรงกดในการตรวจ บริเวณที่ตรวจ และการระบุนความผิดปกติที่พบ โดยการทำเครื่องหมาย / ลงในช่องความถูกต้องของพฤติกรรม ดังนี้

ปฏิบัติถูกต้อง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ได้อย่างถูกต้อง

ไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไม่ถูกต้องหรือไม่ได้ปฏิบัติ

พฤติกรรมกรตรวจเต้านมด้วยตนเอง	ลักษณะพฤติกรรม	
	ปฏิบัติ ถูกต้อง	ปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติ
ดูเต้านมหน้ากระจก 3 ท่า ได้แก่		
1. ยืนตรง แขนทั้งสองข้างแนบลำตัว		
.....		
.....		
.....		
การคลำ (สามารถเลือกคลำในท่านอนราบ หรือ ทำนั่ง หรือทำยืน หรือขณะอาบน้ำ ทำใดท่าหนึ่ง)		
ท่านอนราบ: ขณะนอนราบ ใช้หมอนหรือผ้าวางใต้ไหล่ข้างเดียวกับเต้านมที่จะตรวจ ยกแขนข้างเดียวกับเต้านมที่จะตรวจ ขึ้นเหนือศีรษะ ใช้มือด้านตรงข้ามตรวจคลำเต้านม		
ทำนั่งหรือยืนหรือขณะอาบน้ำ: ยกแขนข้างเดียวกับเต้านมที่จะตรวจ ขึ้นเหนือศีรษะ ใช้มือด้านตรงข้ามตรวจคลำเต้านม		
วิธีการคลำเต้านม		
4. ใช้กึ่งกลางตอนบนของ 3 นิ้ว (นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง)		
.....		
.....		
.....		
.....		
9. บอกได้ว่าเนื้อเต้านมที่ตรวจเป็นปกติ หรือ มีอาการผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น เช่น พบก้อนแข็ง เป็นไต เจ็บ ปวด ตึง เป็นต้น		

โปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ต่อพฤติกรรมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

โปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมขึ้น โดยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock & Stretcher (1997) มาเป็นกรอบแนวคิดในการจัดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรมส่งเสริมความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
2. กิจกรรมลดอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและส่งเสริมความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
3. กิจกรรมส่งเสริมความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยการจับคู่Buddy
4. กิจกรรมกระตุ้นการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยแอปพลิเคชัน ไลน์ โดยผู้วิจัยและคู่Buddy

โปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

กิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรม “รู้จักฉัน รู้จักเธอ รู้จักกัน”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและสตรีกลุ่มตัวอย่าง
2. เพื่อสตรีกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการจัดกิจกรรม

กลุ่มเป้าหมาย สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 20 – 34 ปี จำนวน 26 คน

ระยะเวลา 10 นาที

สถานที่ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

อุปกรณ์

1. คอมพิวเตอร์สำหรับการสอน
2. จอโปรเจกเตอร์

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสตรีในกลุ่มทดลอง
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของโปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างจะมาเข้าร่วมกิจกรรม 1 ครั้ง คือในวันแรกของสัปดาห์ที่ 1 โดยมีกิจกรรมการทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง การสอนความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน และ 14 คน และมีการจับคู่Buddy มีกิจกรรมการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และกิจกรรมการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2.2 ผู้วิจัยให้สตรีกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มไลน์ “สตรียุคใหม่ ห่างไกลมะเร็งเต้านม” เพื่อใช้ในการสื่อสาร ให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ และเป็นช่องทางในการซักถามข้อสงสัยของสตรีในกลุ่มทดลองกับผู้วิจัย และกับคู่Buddy

2.3 สตรีกลุ่มตัวอย่างจะได้รับสมุดคู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองและปฏิทินเพื่อจดบันทึกวันที่ของการมีประจำเดือน วันที่ที่ต้องตรวจเต้านมด้วยตนเอง และบันทึกผลการตรวจเต้านมด้วยตนเองในแต่ละเดือน

2.4 สตรีกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการกระตุ้นการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากผู้วิจัย และคู่Buddy โดยผู้วิจัยจะส่งคลิปวิดีโอ หรือ Tik Tok “มาตรวจเต้านมกันเถอะ” และคู่Buddy ส่งไลน์กระตุ้นเตือนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทางกลุ่มไลน์ “สตรียุคใหม่ ห่างไกลมะเร็งเต้านม” ในสัปดาห์ที่ 3 และ 7

2.5 ผู้วิจัยจะให้สตรีกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามครั้งที่ 2 เพื่อวัดผลหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 8

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัย

4. ผู้วิจัยนัดหมายการทำกิจกรรมการกระตุ้นในกลุ่มไลน์ “สตรียุคใหม่ ห่างไกลมะเร็งเต้านม” ในสัปดาห์ที่ 3 และ 7 และ การทำแบบสอบถามครั้งที่ 2 เพื่อวัดผลหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 8 ก่อนสิ้นสุดกิจกรรม

5. ผู้วิจัยประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนการทดลอง

การประเมินผล

1. การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมของสตรีกลุ่มตัวอย่าง
2. การร่วมถาม-ตอบ และการแสดงความคิดเห็นของสตรีกลุ่มตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 1 “รู้ทันมะเร็งเต้านม”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมาย สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 20 – 34 ปี จำนวน 26 คน

ระยะเวลา 30 นาที

สถานที่ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

อุปกรณ์

1. คอมพิวเตอร์สำหรับการสอน
2. จอโปรเจกเตอร์

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมเพื่อประเมินความรู้และการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมก่อนการสอน

2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ สถานการณ์ของมะเร็งเต้านม ในปัจจุบัน ความหมายและอาการของโรคมะเร็งเต้านม ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยให้ความรู้เป็นกลุ่มใหญ่

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สตรีกลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัย

4. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สตรีกลุ่มตัวอย่างสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับสถานการณ์ของมะเร็งเต้านม ในปัจจุบัน ความหมายและอาการของโรคมะเร็งเต้านม ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยให้สรุปออกมาในรูปแบบ Mind Map

5. ผู้วิจัยสรุปประเด็นของเนื้อหาการสอนทั้งหมดอีกครั้ง และกล่าวชมเชยสตรีกลุ่มตัวอย่าง ในการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และชี้แจงเกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่อไป

การประเมินผล

วิธีประเมิน

1. การถาม-ตอบ และการแสดงความคิดเห็นของสตรีในกลุ่มตัวอย่าง
2. การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมสรุปประเด็นเนื้อหา

เกณฑ์การประเมิน

1. สตรีกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกสถานการณ์ของมะเร็งเต้านมในปัจจุบัน ความหมายและอาการของโรคมะเร็งเต้านม ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 2 “ตรวจเต้านม ไม่ยากอย่างที่คิด”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สตรีในกลุ่มทดลองสามารถค้นหาและจัดการอุปสรรคที่ขัดขวางการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 20 - 34 ปี จำนวน 12 คน และ 14 คน ต่อกลุ่ม

ระยะเวลา 15 นาที

สถานที่ ห้องประชุมย่อยของคณาธิการบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

อุปกรณ์

1. ปากกามจิก
2. กระดาษฟลิปชาร์ต

วิธีการดำเนินการ

1. แบ่งกลุ่มย่อยเป็น 2 กลุ่ม (กลุ่มที่1 และกลุ่มที่2) กลุ่มละ 12 คน และ 14 คน
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มย่อยแต่ละคนแนะนำตัวเอง และจับคู่Buddy
3. ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรม“ตรวจเต้านม ไม่ยากอย่างที่คิด” โดยมีวัตถุประสงค์ให้สตรีในกลุ่มทดลองสามารถค้นหาและจัดการอุปสรรคที่ขัดขวางการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง
4. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคู่Buddy ค้นหาปัญหาและอุปสรรคของตนเอง ร่วมกันอภิปรายถึงปัญหาและอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและคู่Buddy
5. ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคู่Buddy ช่วยกันสรุปปัญหาและอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและร่วมกันเสนอข้อคิดเห็นในการแก้ปัญหาหรืออุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
6. ผู้วิจัยสรุปประเด็นของปัญหาและอุปสรรคและวิธีการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่สมาชิกในกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น เพื่อให้สตรีในกลุ่มทดลองเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เรียนรู้แนวทางในการจัดการอุปสรรคต่าง ๆ ตามบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละคน

การประเมินผล

วิธีการประเมิน

1. การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมของสตรีในกลุ่มทดลอง
2. การถาม-ตอบ และการแสดงความคิดเห็นของสตรีในกลุ่มทดลอง

เกณฑ์การประเมิน

1. สตรีกลุ่มทดลองสามารถค้นหาและจัดการอุปสรรคที่ขัดขวางการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง

กิจกรรมที่ 3 “ตรวจก่อน รู้ทัน นั่นทำได้”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้สตรีในกลุ่มทดลองสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้อง
2. เพื่อให้สตรีในกลุ่มทดลองมีมุ่งมั่นและมั่นใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 20 - 34 ปี จำนวน 12 คน และ 14 คน ต่อกลุ่ม
ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

สถานที่ ห้องประชุมย่อยของค้การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

อุปกรณ์

1. หุ่นจำลองเต้านม
2. ปฏิทินบันทึกวันที่มีประจำเดือนและวันที่การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
3. แผ่นพลิกรูปภาพลักษณะเต้านมที่ปกติและผิดปกติ
4. แบบสังเกตการปฏิบัติกรตรวจเต้านม
5. คู่มือโรคมะเร็งเต้านม

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการตรวจเต้านม และแจกสมุดคู่มือโรคมะเร็งเต้านมและปฏิทินสำหรับลงบันทึกวันที่ของการมีประจำเดือนและวันที่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้แก่สตรีกลุ่มตัวอย่างทุกคน พร้อมทั้งอธิบายข้อมูลในสมุดคู่มือและวิธีการลงบันทึกในปฏิทิน

2. ผู้วิจัยอธิบายการเข้าฐานกิจกรรม 2 ฐาน คือ ฐานการดู “ดูให้ดี” และฐานการคลำ “ฉันทำได้” แต่ละฐานจะมีพยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขเป็นที่เลี้ยงประจำฐาน โดยแบ่งสตรีกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน และ 14 คน แต่ละคนมีคู่Buddyแล้ว และสลับเวียนจนครบทั้ง 2 ฐาน

3. ให้สตรีกลุ่มตัวอย่างเข้าฐานประจำฐานของแต่ละกลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เข้าฐานการดู กลุ่มที่ 2 เข้าฐานการคลำ ดังนี้

3.1 กลุ่มที่ 1 เข้าฐานการดู “ดูให้ดี”

3.1.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสอนการดูลักษณะเต้านมที่ปกติและผิดปกติ และทำที่ใช้ดูลักษณะเต้านมทั้ง 3 ท่า คือ ทำการวางมือข้างลำตัวในลักษณะที่ผ่อนคลาย ท่ายกมือขึ้นไว้เหนือศีรษะ และท่าวางมือไว้ที่เอว เกร็งอก และก้มลงมาข้างหน้า จากแผ่นพลิกรูปภาพลักษณะเต้านมและจากหุ่นจำลองเต้านมที่มีลักษณะปกติและผิดปกติ

3.1.2 ให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคู่ช่วยกันบอกลักษณะเต้านมที่ปกติและผิดปกติ

3.1.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสรุปประเด็นการดูลักษณะเต้านมที่ปกติและผิดปกติอีกครั้ง

3.1.4 ให้สตรีกลุ่มทดลองแต่ละคนสาธิตวิธีการดูเต้านมของตนเองทั้ง 3 ท่าที่หน้ากระจกในห้องที่มีการปิดมิดชิดและมีเพียงผู้วิจัยและสตรีกลุ่มทดลองที่ทำการสาธิตเพียงลำพังเท่านั้น

3.1.5 ผู้วิจัยประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติการตรวจเต้านมโดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติการตรวจเต้านมเกี่ยวกับหัวข้อการดูแลเต้านมจนครบทุกคน หลังจากนั้นสมาชิกกลุ่มที่ 1 ไปเข้าฐานการคลำ “ฉันทำได้”

3.2 กลุ่มที่ 2 เข้าฐานการคลำ “ฉันทำได้”

3.2.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้หุ่นจำลองเต้านม

3.2.2 ให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคู่ออกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้หุ่นจำลองเต้านม กับคู่ Buddy และมีพี่เลี้ยงประจำฐานเป็นที่ปรึกษาและสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ตลอด จนมั่นใจว่าสามารถตรวจได้ถูกต้อง

3.2.3 ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคนสาธิตย้อนกลับกับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแบบตัวต่อตัวที่หน้ากระจกในห้องที่มีการปิดมิดชิดและมีเพียงผู้วิจัยและสตรีกลุ่มทดลองที่ทำการสาธิตเพียงลำพังเท่านั้น

3.2.4 ผู้วิจัยประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติการตรวจเต้านมโดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติการตรวจเต้านมเกี่ยวกับหัวข้อการคลำเต้านมจนครบทุกคน หลังจากนั้นสมาชิกกลุ่มที่ 2 ไปเข้าฐานการคลำ “คูให้ดี”

4. ผู้วิจัยสรุปผลของกิจกรรมการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการตรวจเต้านม กล่าวชมเชยและขอบคุณสตรีกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรม และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

การประเมินผล

วิธีการประเมิน

1. การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมของสตรีกลุ่มทดลอง
2. ความสนใจ การซักถาม และการแสดงความคิดเห็นของสตรีกลุ่มทดลอง
3. ความถูกต้องของการสาธิตย้อนกลับการตรวจเต้านมทั้งทำการดูแลและการคลำเต้านม

เกณฑ์การประเมิน

1. สตรีกลุ่มทดลองสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 3 และ สัปดาห์ที่ 7

กิจกรรมที่ 4 “เดือนเธอ เดือนฉัน ตรวจสอบทุกเดือน”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มทดลองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
2. เพื่อติดตามการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองและรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอของสตรีกลุ่มทดลอง

ขนาดของกลุ่ม สตรีกลุ่มทดลอง จำนวน 26 คน

ช่องทางออนไลน์ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม “สตรียุคใหม่ ห่างไกลมะเร็งเต้านม”

ระยะเวลา 15 นาที

อุปกรณ์

1. โทรศัพท์มือถือ(สมาร์ตโฟน) ที่มีแอปพลิเคชันไลน์
2. ปฏิทินบันทึกวันที่ของมีประจำเดือนและวันที่ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสตรีในกลุ่มทดลองและเกริ่นนำเกี่ยวกับกิจกรรมกระตุ้นและติดตามการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการใช้กลุ่มไลน์ในการกระตุ้นและติดตามการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้กับสตรีกลุ่มทดลอง
3. การกระตุ้น โดยผู้วิจัยและคู่Buddy ดังนี้
 - 3.1 ผู้วิจัย ส่งคลิปวีดีโอหรือ Tik Tok “มาตรวจเต้านมกันเถอะ” และสอบถามการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อุปสรรคที่เกิดจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ให้คำปรึกษา ตอบข้อซักถามของสตรีกลุ่มทดลอง การลงบันทึกวันที่การมีประจำเดือนและวันที่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ให้กำลังใจและกล่าวชมเชยกรณีสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง
 - 3.2 คู่ Buddy สอบถาม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์จากการตรวจเต้านมด้วยตนเองและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

การประเมินผล

วิธีการประเมิน

1. การประเมินผลผ่านทางกลุ่มไลน์หลังการดูคลิปของสตรีกลุ่มทดลอง
2. การร่วมแสดงความคิดเห็นและการสอบถามข้อสงสัยผ่านทางกลุ่มไลน์
3. การลงบันทึกวันที่การมีประจำเดือนและวันที่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

เกณฑ์การประเมิน

1. ศตริกกลุ่มทดลองมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ1 ครั้ง





ภาคผนวก ค
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมกิจกรรม

สำเนา

ที่ IRB3-095/2566



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS065/2566

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางอัมพา ศรีสาพันธ์

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ วิทยานิพนธ์/ ศษญีนิพนธ์) : รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการร่วม (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ วิทยานิพนธ์/ ศษญีนิพนธ์) : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิสากร กรุงไกรเพชร

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

วิธีพิจารณา : Exemption Determination Expedited Reviews Full Board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 4 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566
2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 7 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 4 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 4 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566
5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form) แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 1 วันที่ 7 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)
 - 6.1 โปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ฉบับที่ 1 วันที่ 7 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566
 - 6.2 ประกาศประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 7 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566





เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)

รหัส โครงการวิจัย : G-HS065/2566(C1)

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยกลุ่มที่ 1

ข้าพเจ้า นางอัมพา ศรีสาพันธ์ ตำแหน่ง นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วม โครงการวิจัย ผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการนี้วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและเกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ได้รับการคัดกรอง โรคมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสามารถเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้แก่บุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงานหรือคนที่รู้จักต่อไปได้ ข้าพเจ้าขอความร่วมมือให้ท่านร่วมกิจกรรมของโครงการฯ ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี โดยการทำแบบประเมินความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีการจับคู่Buddy เพื่อทำกิจกรรมการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง กับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแบบตัวต่อตัวที่หน้ากระจกในห้องที่มีการปิดมิดชิดและมีเพียงผู้วิจัยและสตรีกลุ่มทดลองที่ทำการสาธิตเพียงลำพังเท่านั้น โดยใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง 30 นาที และ

จะได้รับการเข้ากลุ่มไลน์เพื่อให้ผู้วิจัยและคู่Buddy ส่งคลิปวิดีโอการตรวจเต้านมด้วยตนเอง “มาตรวจเต้านมด้วยตนเองกันเถอะ” ความยาวไม่เกิน 5 นาที ซึ่งเป็นคลิปวิดีโอที่จัดทำโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่มีการเผยแพร่อย่างแพร่หลายในสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสัปดาห์ที่ 3 และ 7 หลังการทำกิจกรรมในครั้งแรกและทำแบบประเมินหลังทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 8 โครงการวิจัยใช้เวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 8 สัปดาห์ และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับของที่ระลึกเป็นผ้าเช็ดตัวขนาดเล็กคนละ 1 ผืน

การเข้าร่วมการวิจัยนี้มีประโยชน์โดยตรงต่อการเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งเต้านม อย่างไรก็ตาม ผลสรุปจากการวิจัยนี้อาจเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางในการรณรงค์คัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงในชุมชนต่อไป

หากผู้เข้าร่วมโครงการตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้วพบความผิดปกติ เช่น พบก้อนบริเวณเต้านมและรักแร้ หรือมีสารคัดหลั่งออกจากหัวนม สตรีกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งผู้วิจัยและผู้วิจัยจะดำเนินการประสานงานให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบรับทราบและประสานงานส่งพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามสิทธิการรักษาต่อไป

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมโครงการมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้และสามารถถอนตัวออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยการปฏิเสธหรือถอนตัวของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นความลับ การเผยแพร่ผลการวิจัยจะกระทำในภาพรวม โดยผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ออกเปิดเผยไม่ว่าในทางใด ๆ เว้นแต่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าว โดยได้อนุญาตไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลาย หลังจากนั้นหากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางอัมพา ศรีสาพันธ์ หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือหมายเลข 095-9510965 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS065/2566(C1)

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
เรียน ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยกลุ่มที่ 2

ข้าพเจ้า นางอัมพา ศรีสาพันธ์ ตำแหน่ง นิติพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วม โครงการวิจัย ผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการนี้วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและเกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในการทำแบบประเมินความรู้ การรับรู้โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสัปดาห์แรก ที่ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี โดยใช้เวลาในการเข้าร่วมทำแบบสอบถามและฟังคำชี้แจงของโครงการวิจัย 30 นาที และทำแบบประเมินอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 โดยทำแบบสอบถามออนไลน์ผ่านกูเกิ้ลฟอร์ม (Google Form) หากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมฯ มีประสิทธิภาพ หลังสิ้นสุดการวิจัยไม่เกิน 1 เดือนผู้วิจัยจะจัดกิจกรรมตาม โปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้กับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยกลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับที่กลุ่มทดลองได้รับ ผ่านระบบออนไลน์ตามความสมัครใจ ซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับของที่ระลึกเป็นผ้าเช็ดตัวขนาดเล็กคนละ 1 ผืน

การเข้าร่วมการวิจัยนี้มีประโยชน์โดยตรงต่อการเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งเต้านมของท่าน
อย่างไรก็ตาม ผลสรุปจากการวิจัยนี้อาจเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางในการรณรงค์คัดกรอง
โรคมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงในชุมชนต่อไป

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมโครงการมีสิทธิปฏิเสธการ
เข้าร่วมโครงการได้และสามารถถอนตัวออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยการ
ปฏิเสธหรือถอนตัวของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และผู้วิจัยจะเก็บรักษา
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นความลับ การเผยแพร่ผลการวิจัยจะกระทำใน
ภาพรวม โดยผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ออกเปิดเผยไม่ว่าในทางใด
ๆ เว้นแต่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวโดยได้อนุญาตไว้เป็นลายลักษณ์
อักษร ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสาร
จะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลาย
หลังจากนั้นหากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางอัมพา ศรีสาพันธ์
หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือหมายเลข 095-9510965 ข้าพเจ้า
ยินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสาร
ชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล
buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสาร
แสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ
ที่นี้



เอกสารแสดงความยินยอม

ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย: G-HS065/2566(C1)

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง ผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดง ความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม พยาน
(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้มิพยานลงลายมือชื่อรับรองด้วย

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ 00016
วันที่ 3 มี.ค. 2567
เวลา 11.32 น.



มหาวิทยาลัยบูรพา
รับที่ 09075
วันที่ 28 ธ.ค. 2566
เวลา 11.44 น.

ที่ ขบ ๕๓๐๑๖/๕๕๕๗

องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี
ถนนนารณมนตรี ตำบล ๒๐๑๐๐

๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๖

บัณฑิตวิทยาลัย
รับที่ 00003
วันที่ 2 มี.ค. 2567
เวลา 11.21 น.

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว ๘๑๑๗/๒๒๒๘ ลงวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๖

ตามที่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ขออนุญาตให้ นางอัมพา ศรีสาพันธ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอายุ ๒๐ - ๓๕ ปี ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน ๕๒ คน ระหว่างวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๖ - ๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อดำเนินการวิจัย วิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี" นั้น

องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรีพิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ นางอัมพา ศรีสาพันธ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ เข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(Signature)

(นายวิชา คุณปลื้ม)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

เรียน คณะบดี

- ๑. เพื่อโปรดทราบ
- ๒. เห็นความชอบ...
ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

เสนอ บัณฑิตวิทยาลัย
๒๖ ธ.ค. ๒๕๖๖

เรียน คณะบดี

- ๑. เพื่อโปรดทราบ
- ๒. เห็นควร e-mail แจ้งงานบัณฑิต (ชุดบรรณนิเทศ) ทราบ

น.กอส

- ๒ มี.ค. ๒๕๖๗

เพื่อดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุกาวีมี ๓ ม.ค.๖๗

ทรง/ดำเนินการตาม ๑

(Signature)
๒ ม.ค. ๖๗

กองสาธารณสุข (ฝ่ายสนับสนุนบริการทางการแพทย์)
โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๓๘๔๕ ๕๖๑๕
ผู้ประสาน : คุณสมชาย ปัญจะ (คุณต่อ) ๐๘ ๑๓๕๑ ๓๘๖๒

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิหิต แจ่มเยี่ยม)
คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ อว ๘๓๓๗/๒๒๒๘

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๓๖๔ ถ.เลขาตบวงแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓

๓๕ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน นายกองคํการบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางอัมพา ศรีสาพันธ์ รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๒๐๕๓๘ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานในสังกัดของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอายุ ๒๐ - ๓๕ ปี ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน ๕๒ คน โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
๒. ไม่เคยเป็นโรคมะเร็งเต้านมหรือมีก้อนที่เต้านมและไม่เคยผ่าตัดเต้านม
๓. ไม่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ และไม่เป็นผู้หญิงหลังคลอดที่คลอดบุตรมาแล้วเป็นเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓ ปี
๔. เป็นผู้ที่มีโทรศัพท์มือถือที่เป็นสมาร์ตโฟนและมีแอปพลิเคชันไลน์

ในระหว่างวันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๕๔-๙๕๓-๐๙๖๕ หรือที่ E-mail: 64920518@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

สำเนาเรียน รพ.สต. ในเขต อ.เมือง
จ.ชลบุรี ทุกแห่ง

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๓๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๓, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

ภัณฑนา รังสิโยภาส
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มันทนา รังสิโยภาส)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา



ที่ สป ๐๐๓๗/๖๕๖๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
ถนนวิจิตรปราการ สป ๒๐๐๐๐

๖๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือมหาวิทยาลัยบูรพา ที่ อว ๘๑๑๗/๑๙๖๘ ลงวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง มหาวิทยาลัยบูรพา ขออนุญาตให้นิสิตรายนางอัมพา ศรีสาพันธ์ รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๒๐๕๑๘ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอายุ ๒๐ - ๓๔ ปี ในอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน ๑๐ คน ระหว่างวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ - ๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี พิจารณาแล้วอนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้น ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายอภิรต์ กัตติยุตานนท์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๓๘๘๓ ๒๔๕๐ ต่อ ๒๔๖๗

โทรสาร. ๐ ๓๘๘๗ ๔๐๓๒

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางอัมพา ศรีสาพันธ์
วัน เดือน ปี เกิด	20 กรกฎาคม 2523
สถานที่เกิด	จังหวัดพัทลุง
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี 300 หมู่ 2 ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับสอง) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

