



การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคในการส่งเสริมพฤติกรรม
การตรวจด้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น
อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2543

ISBN 974-664-071-2

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคในการส่งเสริมพฤติกรรม

การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

นางงกกล ศักดิ์ตระกูล

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์เฉลิมพล ต้นสกุล

กสม., ศ.ด.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว

M.P.H., Ph.D.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์จรัสวรรณ เหมะธร

ศค.ม., M.P.H.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ชาญชัย ขามะรัต

วท.บ., M.S.P.H.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรบัณฑิตศึกษา

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์

ศาสตราจารย์เลียงชัย ถิ่นล้อมวงศ์ Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคในการส่งเสริมพฤติกรรม

การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

วันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ.2543

.....
นางงกกล สักดิ์ตระกูล

ผู้วิจัย

.....
รองศาสตราจารย์เฉลิมพล ต้นสกุล

กศม., ศ.ด.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว

M.P.H., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
รองศาสตราจารย์จารุวรรณ เหมะธร

สค.ม., M.P.H.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ เลิศล้ำมวงค์ Ph.D.

คณบดี

.....
รองศาสตราจารย์กานดา วัฒนภาส

พ.บ., M.Sc.in Hygiene (P.H.Microbiology)

คณบดี

.....
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์จรยา เสี่ยงเสนาะ

วท.บ., M.P.H.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ เลิศล้ำมวงค์ Ph.D.

คณบดี

.....
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

คณบดี

.....
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

คณบดี

.....
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งรองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล ดันสกุล รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งโรจน์ พุ่มรีว รองศาสตราจารย์จารุวรรณ เหมะธร และรองศาสตราจารย์ จรรยา เสียงเสนาะ เป็นที่ปรึกษา ควบคุมและสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำอย่างดียิ่ง ตลอดจนช่วยเหลือตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายสุรนารีนครราชสีมา ที่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด และขอขอบพระคุณ คุณนิรันดร์ ดันจรรยา สารานสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยโพธิ์สูงทุก ๆ ท่าน รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ช่วยประสานงาน อำนวยความสะดวก ในการจัดกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่ ๆ และขอบคุณน้อง ๆ ที่สนับสนุนให้กำลังใจตั้งแต่เริ่มการศึกษา จนกระทั่งเสร็จสิ้นการทำวิทยานิพนธ์

จงกล ศักดิ์ตระกูล

4037219 PHPH/M : สาขาวิชาเอก : สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ ; วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร)

คำสำคัญ : การตรวจเต้านมด้วยตนเอง/มะเร็งเต้านม /แกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว

จกกล ศักดิ์ตระกูล : การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (THE APPLICATION OF THE PROTECTION MOTIVATION THEORY TO PROMOTE BREAST SELF-EXAMINATION AMONG EARLY ADULTHOOD FEMALES IN MUENG DISTRICT, NAKHONRATCHASIMA PROVINCE).คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : เกลิมพล ต้นสกุล ศศ., ศ.ค., รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว M.P.H., Ph.D., จารุวรรณ เหมะธร ศศ.ม., M.P.H 194 หน้า. ISBN 974-664-071-2

มะเร็งเต้านมเป็นโรคหนึ่งที่ถูกคามสุขภาพของสตรี พบมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปากมดลูก เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประเทศไทย ทั้งที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าเป็นมะเร็งในระยะเริ่มแรกและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ สามารถป้องกันมะเร็งเต้านมในระยะรุนแรงได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของ สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มาเป็นแนวทางกำหนดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย การบรรยาย ประกอบสไลด์ การใช้ตัวแบบ กระบวนการกลุ่ม การสาธิต-ฝึกปฏิบัติ และการกระตุ้นเตือนจากแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีอายุ ระหว่าง 20-40 ปี จำนวน 102 คน เป็นกลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 52 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาจากผู้วิจัย เวลาในการศึกษา 15 สัปดาห์ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 2 ครั้ง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Student's t-test และ Paired Samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ การรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้นก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โปรแกรมสุขศึกษานี้สามารถสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และการมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ในชุมชนต่อไป

4037219 PHPH/M: MAJOR : HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES ;
M. Sc. (PUBLIC HEALTH)

KEY WORDS :BREAST SELF-EXAMINATION/BREAST CANCER/FAMILY HEALTH
LEADER

JONGKON SAKTRAKOON :THE APPLICATION OF THE PROTECTION
MOTIVATION THEORY TO PROMOTE BREAST SELF-EXAMINATION AMONG EARLY
ADULTHOOD FEMALES IN MUENG DISTRICT, NAKHONRATCHASIMA PROVINCE.
THESIS ADVISORS: CHALERMPOL TANSAKUL, M.Ed., Dr. P.H. ROONGROTE
POOMRIEW, M.P.H., Ph.D., CHARUVAN HEMATORN, M.A., M.P.H. 193 P. ISBN 974-
664-071-2

This quasi - experimental research was designed to assess the effectiveness of a health education program to promote breast self - examination among early adulthood females in Mueng District, Nakhonratchasima Province. Protection Motivation theory with social support was applied to develop the program interventions which consisted of lectures with slides, modeling , group process, demonstration with practice and support from family health leader. The 102 samples of this study included women between 20-40 years of age. Fifty women were assigned to the experimental group while 52 women were included in the comparison group. The experimental group what exposed to the planned health education program. The duration of the program was 15 weeks. Data were collected 3 times (before and after providing interventions and follow - up) through scheduled interviews. Statistics used in analysing the data were percentage, Student's t-test, Paired Samples t-test.

The results of this study showed that the experimental group had significantly better knowledge of breast cancer and breast self-examination, perceived susceptibility and severity about breast cancer, self-efficacy expectation and response efficacy toward breast self-examination and the breast self-examination practices than prior to the experimentation and than the comparison group. The results mentioned above lead to the recommendation that this health education program should be applied for other health promotion programs for women in other communities.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาในการวิจัย	10
วัตถุประสงค์ทั่วไป	11
วัตถุประสงค์เฉพาะ	11
สมมติฐานการวิจัย	12
ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย	12
นิยาม ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	15
ขอบเขตในการวิจัย	15
ข้อดกกลบเบื้องต้น	16
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	16
ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	16
ส่วนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในการวิจัย	28
ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	57
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	64
รูปแบบการวิจัย	64
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	67
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	70
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	74
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	76
การวิเคราะห์ข้อมูล	80

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	81
บทที่ 5 อภิปรายผล	120
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	129
บรรณานุกรม	134
ภาคผนวก	141
ภาคผนวก ก แบบสัมภาษณ์เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	142
ภาคผนวก ข แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 1,2,3	155
กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์	162
การอบรมแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.)	164
การเตรียมตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง	166
ภาคผนวก ค แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	167
แบบบันทึกพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง	168
แบบบันทึกการกระตุ้นเตือนของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.)	170
ปฏิทินการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	174
ภาคผนวก ง การวิเคราะห์ข้อมูลรายได้	172
ภาคผนวก จ การประเมินผลการกระตุ้นเตือนของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.)	181
ภาคผนวก ฉ แผ่นพับ	182
ประวัติผู้วิจัย	184
Executive Summary	185

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเรื้อรังเต้านม แยกตามกลุ่มอายุจังหวัดนครราชสีมา	5
2	สาเหตุที่พบบ่อยของก้อนเนื้องอกที่เต้านม จำแนกตามกลุ่มอายุ และ เรียงลำดับความถี่ที่พบ	19
3	แสดงการเปรียบเทียบร้อยละของไขมันในอาหาร และอัตราส่วนสตรีเป็นมะเร็งเรื้อรังเต้านมต่อ 100,000 คน	20
4	ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเรื้อรังเต้านม	23
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ	82
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส	83
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนบุตร	84
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการศึกษาขั้นสูงสุด	85
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ	85
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้	86
11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรก	87
12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการเจ็บป่วยด้วยก้อนที่เต้านมหรือมะเร็งเต้านมของสมาชิกในครอบครัว	87
13	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	88
14	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	89
15	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	90
16	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง	91
17	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	92

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
18	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนการประเมินอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง (การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยง) ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	95
19	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง (การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยง) ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	98
20	จำนวนและร้อยละของระดับการประเมินการเผชิญปัญหา (ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจด้านมด้วยตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจด้านมด้วยตนเอง) ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง	100
21	จำนวนและร้อยละของระดับการประเมินการเผชิญปัญหา (ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจด้านมด้วยตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจด้านมด้วยตนเอง) ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	103
22	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การประเมินการเผชิญปัญหา (ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง) ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	106
23	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการประเมินการเผชิญปัญหา (ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง	109
24	จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมตรวจด้านมด้วยตนเองก่อนการทดลองและหลังการทดลองครั้งที่ 1,2	111
25	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมตรวจด้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2	112
26	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมตรวจด้านมด้วยตนเองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2	113

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
27	จำนวนและร้อยละของทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง	115
28	จำนวนและร้อยละของทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มเปรียบเทียบ	116
29	เปรียบเทียบทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ ประเมินทักษะครั้งที่ 1,2,3,4	118
30	เปรียบเทียบทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ ประเมินทักษะครั้งที่ 1,2,3,4	119
31	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วย ตนเอง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	173
32	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	174
33	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ การรับรู้โอกาสของการเกิดมะเร็งเต้านม ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	175
34	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อ พฤติกรรม การตรวจเต้านม ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	176
35	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อ พฤติกรรม การตรวจเต้านม ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	177
36	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภายใน พฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	178
37	จำนวนและร้อยละของสาเหตุที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนการทดลอง	180

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงงูใจเพื่อการป้องกันโรค Roger-(1975:99)	29
2	ทฤษฎีแรงงูใจเพื่อการป้องกันโรคที่ได้รับการพัฒนา (Rogers-(1986:155)	34
3	กรอบแนวคิดในการวิจัย	63
4	แผนภูมิการทดลอง	65
5	ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	69
6	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	79



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชาชนเกือบทุกประเทศ รวมทั้งประเทศไทย จากสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้แบบแผนการเจ็บป่วย และอัตราการตายด้วยกลุ่มโรคต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงจากกลุ่มโรคติดเชื้อต่าง ๆ มาเป็นกลุ่มโรค ไม่ติดต่อมากขึ้น ดังนั้นโรคมะเร็งกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยปัญหาหนึ่ง เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและตายมาก ต้องใช้เวลารักษา ในโรงพยาบาลนานกว่าโรคอื่น มีการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และศักยภาพของชีวิตสูง (พิสิษฐ์ พันธุมจินดา, 2532 : 34)

อุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งเต้านม มีเพิ่มขึ้นทุกวัยโดยพบมาก ถึงร้อยละ 32 ของมะเร็งทั้งหมดที่พบในเพศหญิง (Mare, et al., 1996 : 198) สำหรับในประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับสามรองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ ซึ่งมีอัตราการตายเพิ่มจาก 35.1 ต่อประชากรแสนคนในปี 2532 เป็น 50.9 ต่อประชากรแสนคนในปี 2538 (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8, 2540-2544 : 30) ในสตรีไทยพบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก หรือประมาณร้อยละ 31.5 โดยพบในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15-80 ปี (National Cancer Institute, 1995 : 5) อีกทั้งผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ดังจะเห็นได้จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาในช่วงปี พ.ศ. 2534-2538 คิดเป็นร้อยละ 26.9, 29.0, 28.1, 29.9 และ 31.5 ตามลำดับ (National Cancer Institute, 1991 : 8, 1992 : 8, 1993 : 21, 1994 : 23, 1995 : 7) และจากแนวโน้มที่สูงขึ้นประมาณการได้ว่าในปัจจุบันผู้หญิงไทยทุก 16 คน อาจมีอยู่ 1 คนที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม (สุนันทา จริยเลิศศักดิ์, 2535 : 126) และช่วงอายุที่พบบ่อยมาก คือ 24 - 25 ปี (สมปอง รักษาสุข, 2535 : 619)

จากการศึกษาพบว่า สตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีปัจจัยเสี่ยง ต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านมสูง ได้แก่ การอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีมลภาวะเป็นพิษ (กิตติศักดิ์ เทพสุวรรณ, 2540 : 20) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา จริยเลิศศักดิ์และคณะ (2532 : 146) ที่พบว่าการใช้ยาฮอร์โมนมาก

กว่า 10 ปี เป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม นอกจากสารเคมียังมีปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ไวรัส รังสี ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมรอบตัว ที่เป็นสารก่อมะเร็ง (Carcinogens) หรือ ตัวช่วย หรือ เร่งอัตราการเกิดมะเร็ง (Co-Carcinogen หรือ promotor) ดังนั้น จึงควรมีการเตรียมพร้อมในกลุ่มสตรีให้มีความรู้ ทศนคติ การรับรู้ และการปฏิบัติในการป้องกันและการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันและค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะแรก

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ ถ้าตรวจพบในระยะเริ่มแรก แต่พบว่าผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประมาณร้อยละ 60 เป็นผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เมื่อระยะของโรคได้ถูกถามไปยังต่อมน้ำเหลืองแล้ว (สุนันทา จริยเลิศศักดิ์ 2530 : 265)

การพยากรณ์โรคมะเร็งเต้านม เกี่ยวกับอัตราการรอดชีวิต (Survival rate) ค่อนข้างดี ถ้าสามารถตรวจค้นหาโรคพบ และให้การรักษาดังแต่ยังอยู่ในระยะแรก (กิติ จินดาวิจักขณ์, 2533 : 27) การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับระยะโรคเป็นสำคัญ มิได้ขึ้นกับวิธีการรักษา ดังนั้นจึงควรสอนให้ประชาชนรู้จักตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ไพรัช เทพมงคล, 2524 : 446)

ขนาดของมะเร็งที่ค้นพบก็มีความสำคัญ ถ้าขนาดมะเร็งเล็กกว่า 2 เซนติเมตร ผลการรักษาดีมาก ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตยืนยาวต่อไปอีก 10 ปี ถึงร้อยละ 80 (Baker, 1978 : 690-692) และอัตราการอยู่รอดนี้จะลดลงเหลือร้อยละ 44 เมื่อขนาดของมะเร็งโตเกิน 5 เซนติเมตร ดังนั้น การตรวจค้นหาความผิดปกติของเต้านมให้พบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตน เพื่อป้องกันอันตรายจากโรคมะเร็งเต้านม

ในกลุ่มสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Early adulthood) คือ มีอายุอยู่ในช่วง 20-40 ปี เป็นช่วงอายุที่มีการตรวจพบความผิดปกติที่เต้านมสูง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538 : 454) ซึ่งสตรีในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นนี้เป็นกลุ่มที่มีความเจริญเติบโตเต็มที่ที่มีพัฒนาการทางด้านร่างกายที่สมบูรณ์ อวัยวะทุกส่วนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และวัยนี้เริ่มมีการวางแผนมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เพื่อเผชิญสภาพที่ผันแปรและปรับตัวให้เหมาะสมกับภาระในชีวิต มีการพัฒนาการทางด้านอารมณ์ ความคิด คือ มีความรอบคอบมากขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538 : 457) จึงเหมาะกับการที่จะตรวจเต้านมด้วยตนเองเพราะจะได้ผลดีถูกต้อง นอกจากนี้จังหวัดนครราชสีมา เป็นจังหวัดที่มีประชากรมากเป็นอันดับ 2 รองจากกรุงเทพมหานคร และมีการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ มีโรงงานอุตสาหกรรมมากมายทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่มีมลภาวะเป็นพิษ องค์การอนามัยโลก ได้ให้ข้อสรุปว่า สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคมะเร็งสูงถึง ร้อยละ 80 (World Health Organization, 1979 : 48 อ้างถึงใน กันยา สุวรรณศิริจันทร์, 2536 : 1) อาหารก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ซึ่งในขณะนี้เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่า อาหารมีความ

สัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับการก่อให้เกิดมะเร็งทั้งในคนและสัตว์ การบริโภคอาหารประเภทที่มีไขมันสูงเป็นประจำ ส่งผลทำให้เกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ (ลักษณะ อินทร์กลับ, 2540 : 30) ซึ่งส่วนใหญ่สตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมักมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทอาหารจานด่วน ซึ่งประกอบไปด้วยไขมันและโปรตีนสูง อีกทั้งยังนิยมรับประทานอาหารประเภทปิ้งย่าง เฝာ และจากการศึกษาของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองจะมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท (สุนันทา จริยเลิศศักดิ์, 2535 : 42)

สมาคมโรคมะเร็งของสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมด้วยรังสี และการตรวจเต้านมโดยแพทย์จะเป็นแนวทางในการตรวจมะเร็งเต้านม เบื้องต้นที่เร็วที่สุด (Ryan & Goedner, 1992 : 821-833 อ้างใน พรธมภา จิตดำรงขันติ, 2540 : 2) และถึงแม้ว่าการตรวจเต้านมด้วยรังสี จะเป็นวิธีการตรวจที่เห็นได้ชัด แต่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจสูง ส่วนการตรวจเต้านมโดยแพทย์นั้นสตรีส่วนใหญ่ ยังมีความกระดากอายในการที่แพทย์ตรวจหรือมักจะไปให้แพทย์ตรวจก็ต่อเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นแล้ว ดังนั้น การตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงเป็นวิธีที่ได้รับการแนะนำให้ปฏิบัติมากที่สุด เพราะสะดวกและสามารถปฏิบัติได้ง่ายด้วยตนเอง โดยไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษใด ๆ ประหยัดทั้งเวลา ค่าใช้จ่าย และได้ผลดีจะช่วยให้พบก้อนเนื้องอกที่เต้านมตั้งแต่เมื่อขนาดเล็กมากและสามารถรักษาให้หายได้ จึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

แม้เป็นที่ยอมรับว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสำคัญ และมีผลต่อการค้นหา และป้องกันโรคมะเร็งเต้านมก็ตาม แต่จากข้อเท็จจริง พบว่า สตรีจำนวนมากยังไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากการศึกษานี้ของโดโนแวน และเพียร์ซ (Donovan and Pierce, 1976 : 219 อ้างใน กิติ จินดาวิจักขณ์, 2524 : 124) พบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีสาเหตุตามลำดับดังนี้ คือ 1. มองไม่เห็นความจำเป็นของการตรวจ 2. กลัวจะพบว่าตนเองเป็นมะเร็ง 3. ขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการตรวจ

เหตุผลดังกล่าวตรงกับที่โคชังซิก (Kochannezyk, 1982 : 223 อ้างใน ลาวัลย์ มัสโอติ, 2532 : 6) กล่าวว่าสตรีไม่ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นเพราะขาดความรู้และขาดความเชื่อมั่นในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทั้งยังมีความวิตกกังวลว่าจะพบก้อนเนื้องอก ซึ่งตีความหมายว่าเป็นมะเร็งและสอดคล้องกับการศึกษาของประคอง รังคสิริ และคณะ (2529 : 113) ศึกษาผลการแนะนำสตรีเพื่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สตรีส่วนใหญ่จะรู้สึกอายที่จะจับเต้านม ไม่ว่าจะเป็นการจับต้องด้วยตนเอง หรือจากแพทย์และพยาบาลก็ตาม ด้วยเหตุนี้ สตรีจึงไม่ตรวจหาความผิดปกติ ของเต้านม ตนเองและยากที่จะค้นพบมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกได้

นอกจากนี้ จำนวนสตรีที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอยังมีจำนวนน้อย แม้แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งคาดว่าประชาชนมีความสนใจต่อสุขภาพ จากการศึกษาของหน่วยงาน ที่ทำหน้าที่สำรวจมะเร็งเต้านม (National Survey on Breast Cancer) ค.ศ.1980 พบว่า สตรีอเมริกัน เพียงร้อยละ 25 ของสตรีในกลุ่มที่ทำการสำรวจที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน (Hallal, 1982 : 140 อ้างใน ลาวัลย์ มัสโอติ, 2532 : 5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอวยพร สุทธิสนธิ (2538 : 68) ที่ทำการศึกษเปรียบเทียบความคิดเห็นและการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า พยาบาลมีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 85 แต่ตรวจอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน ร้อยละ 32.56 และพบผู้ป่วยจำนวนน้อยที่ เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีประชากรมากเป็นอันดับ 2 รองจากกรุงเทพมหานคร และมีการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ มีโรงงานอุตสาหกรรมมากมายทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่มีมลภาวะเป็นพิษ และซึ่งส่วนใหญ่สตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมักมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทอาหารจานด่วน ซึ่งประกอบไปด้วยไขมันและโปรตีนสูง อีกทั้งยังนิยมรับประทานอาหารประเภทแป้ง ข้าว เผา และจากการศึกษาของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองจะมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท (สุนันทา จริยเลิศศักดิ์, 2535 : 42)

การให้ความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องแก่กลุ่มสตรีในเรื่องเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการค้นหาความผิดปกติของเต้านมในระยะแรก ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรครอย่างหนึ่งที่เป็นเป้าหมายสำคัญของงานสาธารณสุขและนำไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - Care) อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าต่อไป

พ.ศ.2539 จำนวนผู้ป่วยในตามกลุ่มสาเหตุป่วยทั่วประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ราชอาณาจักรพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับหนึ่งของภาคโดยมีผู้ป่วยทั้งหมด 2,880 คน คิดเป็นอัตราป่วย 13.87 ต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่ ภาคเหนือ, ภาคกลาง ภาคใต้ ในอัตรา 7.94, 7.71 และ 7.52 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือในเขต 5 มะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งตับและมะเร็งมดลูก จำนวนผู้ป่วยใน ตามกลุ่มสาเหตุการป่วยรายจังหวัดในเขต 5 พบว่าจังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยเป็นเนื้องอกร้ายที่เต้านมสูงเป็นอันดับ 3 รองจากจังหวัดสุรินทร์และศรีสะเกษ ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข : รายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข พ.ศ.2539) และในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับ 4 โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 6.85 ต่อแสนประชากร รองจากมะเร็งตับ, มะเร็งมดลูก และมะเร็งปอด

จากสถิติการตาย ของประชากรจังหวัดนครราชสีมา เมื่อคิดจากประชากร 100,000 คน พบว่า มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 รองจากโรคหัวใจ โรคของระบบหายใจ และอุบัติเหตุใน ปี 2536-2539 มีอัตรา 34.8 , 38.01 41.84 และ 40.02 ตามลำดับ (ข้อมูลจากงานแผนงานและ ประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา)

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนที่เต้านมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2538 - 2541 พบว่ามีจำนวน 87,129,155 และ 251 คน คิดเป็นอัตราป่วย 10.21,15.14, 17.16 และ 28.19 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และในจำนวนผู้ที่มารับการรักษาด้วยโรค มะเร็งเต้านม จำนวน 6,5,7 และ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.9,3.9,5.9 และ 2.0 ตามลำดับในปี พ.ศ.2540- 2541 พบผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดก้อนที่เต้านม และตัดเต้านม แยกตามกลุ่มอายุ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมแยกตามกลุ่มอายุ จังหวัดนครราชสีมา

อายุ (ปี)	พ.ศ.2540				พ.ศ.2541			
	ผ่าตัดก้อน	ตัดเต้านม	รวม	ร้อยละ	ผ่าตัดก้อน	ตัดเต้านม	รวม	ร้อยละ
10-14 ปี	-	-	-	-	2	-	2	0.8
15 - 19 ปี	8	-	8	5.2	19	-	19	7.6
20 - 24 ปี	8	2	10	6.5	24	-	24	9.6
25 - 29 ปี	3	3	6	3.9	13	2	15	5.9
30 - 34 ปี	10	4	14	9.0	19	7	26	10.4
35 - 39 ปี	10	10	20	12.9	24	11	35	13.9
40 - 44 ปี	15	10	25	16.1	26	18	44	17.5
45 - 49 ปี	11	17	28	18.1	13	19	32	12.7
50 - 54 ปี	11	6	17	10.9	8	8	16	6.4
55 - 59 ปี	4	6	10	6.5	4	17	21	8.4
60 - 64 ปี	1	4	5	3.2	2	4	6	2.4
65 - 69 ปี	4	6	10	6.5	3	4	7	2.8
70 - 74 ปี	-	1	1	0.6	-	2	2	0.8
75+ ปี	-	1	1	0.6	-	2	2	0.8
รวม	85	70	155	100	157	94	251	100

แหล่งข้อมูล : งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, โรงพยาบาลค่ายสุรนารี 2540-2541.

จะเห็นได้ว่า โรคเมเร็งด้านมเป็นโรคที่ พบว่ามีความรุนแรง และมีแนวโน้มของการเกิด โรคเมเร็งด้านมสูงขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเอง คือ ทำให้เกิดการสูญเสียด้านม สูญเสียภาพลักษณ์ของการเป็นสตรี ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ท้อแท้ ซึมเศร้า นอกจากนี้ระยะเวลาของการเป็นโรคและการรักษาจะทำให้การทำหน้าที่ หรือบทบาท ต่างๆ ในครอบครัวต้องเปลี่ยนไปส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและประเทศชาติ ต้องสูญเสียกำลังคนในการพัฒนาประเทศอีกด้วย

จำนวนผู้ป่วย ที่ได้รับการผ่าตัดก้อนที่เต้านมแยกรายอำเภอ ของจังหวัดนครราชสีมา
3 อันดับแรก ดังนี้

พ.ศ.2540 พบผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก้อนที่เต้านมจำนวนทั้งหมด 155 คน อำเภอที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ อำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ 32.3 รองลงมาได้แก่อำเภอสี่คิ้วและอำเภอปากช่องคิดเป็นร้อยละ 4.5 และ 3.2 ตามลำดับ

พ.ศ. 2541 พบผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก้อนที่เต้านมจำนวนทั้งหมด 251 คน อำเภอที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ อำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ 30.7 รองลงได้แก่อำเภอปักธงชัย และอำเภอจักราช คิดเป็นร้อยละ 4.4 และ 3.9 ตามลำดับ (ข้อมูลจากงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, โรงพยาบาลค่ายสุรนารี) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา จริยะเสกศักดิ์ (2532 : 4) พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคเมเร็งด้านมมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่มีอายุตั้งแต่ 20-40 ปี ในเขตพื้นที่ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

เนื่องจากสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นกลุ่มที่มีการพัฒนาการทางด้านร่างกายที่สมบูรณ์ อวัยวะทุกส่วนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาการด้านอารมณ์ ความคิด คือมีความรอบคอบมากขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี เอาใจใส่ต่อสุขภาพ อีกทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เป็นการเฝ้าระวังและป้องกันโรคเมเร็งด้านมในระยะเริ่มแรก ดังนั้น สตรีในวัยนี้จึงเหมาะกับการที่จะตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพื้นที่เขตอำเภอเมืองเป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วยเมเร็งด้านมได้มากกว่าเขตชนบท ประกอบกับพื้นที่ที่จะทำการศึกษายังไม่เคยมีการจัดกิจกรรมสุขศึกษา หรือการวิจัยเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมาก่อน ในโรงพยาบาลหรือสถานีนามัย จะมีเพียง การให้คำแนะนำให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่ไม่มีการฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในกลุ่มสตรีที่มารับบริการวางแผนครอบครัว และการตรวจร่างกายประจำปี ส่วนสตรีที่

ไม่เคยมารับบริการดังกล่าว ก็จะไม่ได้รับคำแนะนำหรือไม่ได้รับเอกสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และไม่ได้รับการฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยมาก โปรแกรมสุขภาพที่จัดขึ้นจะทำให้สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีความรู้และการรับรู้ที่ถูกต้องในเรื่องเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นการค้นหาความผิดปกติของเต้านมในระยะแรก เป็นพฤติกรรมป้องกันการโรคที่เป็นเป้าหมายสำคัญของงานสาธารณสุข และจะทำให้สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นสามารถดูแลตนเอง (Self - Care) ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าต่อไป ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายโดยละเอียด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินกลวิธีต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยนำกรอบแนวคิดของกรีน และคณะ ที่เรียกว่า PRECEDE FRAMEWORK มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของบุคคล โดยพิจารณาจากปัจจัยนำ คือ ปัจจัยที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ ซึ่งแต่ละบุคคลมีอยู่เดิมแล้ว ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การมีบริการด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ที่จะช่วยให้มีการส่งเสริมพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายเกิดขึ้น แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ปัจจัยเสริม คือ อิทธิพลจากบุคคล กลุ่มบุคคลที่ใกล้ชิดที่สนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมในลักษณะการกระตุ้นเตือน การชมเชย การให้กำลังใจ การเอาเป็นแบบอย่าง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน องค์การในชุมชน ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นโดยการสัมภาษณ์สตรีอายุ 20-40 ปี จำนวน 30 ราย ที่อาศัยอยู่ในตำบลหมื่นไวย อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา ในวันที่ 3-5 พฤษภาคม 2542 พบว่า สตรีร้อยละ 56.7 ไม่เคยทราบวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สตรีร้อยละ 30 ทราบวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ไม่เคยฝึกทักษะการตรวจและสตรีร้อยละ 13.3 ทราบวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากนิตยสาร สตรีร้อยละ 80 ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองสาเหตุเพราะตรวจไม่เป็น ไม่ทราบวิธีการตรวจมาก่อน คิดว่าตนเองไม่เป็น ไม่เคยมีอาการเจ็บปวดเต้านม และคิดว่าเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนผู้ที่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้น พบว่าตรวจไม่ถูกวิธี และตรวจไม่สม่ำเสมอ และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ พบรายละเอียดดังต่อไปนี้

ปัจจัยนำ

ด้านความรู้ เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมพบว่าร้อยละ 100 ตอบว่า ไม่ทราบว่าการขึ้นแรก ของมะเร็งเต้านมเป็นอย่างไร ไม่ทราบว่าวิธีใดเป็นการตรวจมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกที่ย่ำและ สะดวก ไม่ทราบระยะเวลาที่เหมาะสมในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไม่ทราบวิธีการตรวจเต้านม ด้วยตนเองที่ถูกต้อง ไม่ทราบว่าสตรีกลุ่มใดที่มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีกลุ่มอื่น ๆ ร้อย ละ 93.3 ไม่ทราบว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองควรทำบ่อยเพียงใด

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 50 ตอบว่า มะเร็งเต้านมไม่ใช่โรคร้าย แรงผู้ที่ เป็นโรคนี้อาจสามารถทำงานได้ตามปกติ ร้อยละ 56.7 ตอบว่า การพบก้อนที่เต้านม แสดงว่าสาข เกินไปที่จะรักษาให้หายได้ ร้อยละ 50 เห็นด้วย หากมีเลือด หรือน้ำเหลืองไหลออกจากหัวนม แสดงว่าเป็นมะเร็งในระยะรุนแรงแล้ว ร้อยละ 43.3 ตอบว่าไม่แน่ใจ ร้อยละ 6.7 ตอบไม่เห็นด้วย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 70 ตอบว่า ผู้หญิงทุกคนมี โอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้เหมือน ๆ กัน มีเพียงร้อยละ 36.7 ตอบว่าผู้หญิงที่เลี้ยงลูกด้วยนมตนเองมี โอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้สูง ร้อยละ 50 ตอบว่า ผู้หญิงที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโอกาสเป็นมะเร็ง เต้านม และไม่จำเป็นต้องตรวจเต้านม ร้อยละ 70 ตอบว่า ตนเองไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม แม้ว่าจะมีญาติพี่น้อง เป็นโรคมะเร็งเต้านม เพราะโรคนี้อาจไม่ใช่โรคติดต่อ และไม่ใช่โรคทางพันธุ กรรม

ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 56.7 ตอบว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตน เองร้อยละ 70 ตอบว่าหากไม่มีการฝึกปฏิบัติที่เต้านม ก็ไม่จำเป็นต้องตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อย ละ 80 ตอบว่า ถ้าเคยตรวจเต้านมแล้ว ไม่พบก้อนหรือสิ่งผิดปกติ ก็ไม่จำเป็นต้องตรวจทุกเดือน เชื่อ ว่าถ้าตรวจเต้านมบ่อย ๆ แล้วจะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้

ปัจจัยเอื้อ

เมื่อถามเกี่ยวกับการฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าร้อยละ 90 ขาดทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง เนื่องจากไม่เคยได้รับประสบการณ์ตรงในเรื่องการฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และไม่เคยได้รับการถ่ายทอดความรู้จากบุคคลหรือเอกสารสิ่งพิมพ์ในเรื่องมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองมาก่อน

ปัจจัยเสริม

เมื่อถามถึงบุคคลที่สนับสนุนหรือสร้างความเชื่อมั่น ร้อยละ 50 ตอบว่า บุคลากรทางการแพทย์ เป็นผู้ที่สามารถสร้างความเชื่อมั่น ให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอมากที่สุด รองลงมาคือ บุคคลในครอบครัวที่มีส่วนสนับสนุนพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 38 และ ร้อยละ 12 ตอบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเพื่อนบ้านใกล้เคียงกันก็มีส่วนสนับสนุนเช่นเดียวกัน

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าสตรีส่วนใหญ่ ยังขาดความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ขาดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะหาวิธีการที่เหมาะสม ในการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของโรเจอร์ส ปี ค.ศ.1983 ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House) ปี ค.ศ.1985 โดยผู้วิจัยให้แกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) เป็นผู้กระตุ้นเตือนให้เกิดพฤติกรรมตรวจเต้านมที่สม่ำเสมอ มาเป็นแนวทางในการวิจัย เนื่องจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้มุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา การพัฒนาศักยภาพของคนด้านสุขภาพอนามัยในการเสริมสร้าง ให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้ปรับทิศทางการดำเนินงานเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานสาธารณสุข โดยเน้นกลวิธีการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิต จังหวัดนครราชสีมา ได้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าร่วมพัฒนางานสาธารณสุขแต่

ในระดับครอบครัว อสม.ยังไม่สามารถที่จะเจาะลึกเข้าไปถึงในทุกครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะในแต่ละครอบครัวนั้น มีความรู้สึกรู้จัก และวิถีชีวิต แตกต่างกันไปซึ่งแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัวเป็นบุคคลในครอบครัวของเขาเอง ได้มีโอกาสพูดคุย แลกเปลี่ยน และทำตนเป็นตัวอย่างให้เห็นเป็นรูปธรรมภายในครอบครัวนั้น ๆ เพื่อพัฒนาช่วยเหลือพี่น้องในครอบครัวของ กศค.เอง จังหวัดนครราชสีมาได้จัดให้มีการอบรม กศค.ขึ้นเต็มพื้นที่ในจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความเหมาะสมในการที่จะให้ กศค.เป็นผู้กระตุ้นเตือน เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับสตรีกลุ่มตัวอย่างที่สุด แม้ว่าสตรีส่วนใหญ่เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้ตนสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ แต่ก็พบว่ายังมีสตรีจำนวนมากที่ขาดความรู้ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม เนื่องจากความขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขที่จะให้บริการในด้านนี้โดยเฉพาะ ดังนั้น กศค. จึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการที่จะกระตุ้นเตือนให้เกิด พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ ในช่วงเวลาที่เหมาะสมกับการตรวจและมีการตรวจอย่างสม่ำเสมอ โดยมุ่งหวังว่าโปรแกรมสุขศึกษาดังกล่าว จะทำให้สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งเต้านม สามารถประเมินอันตรายในเรื่องการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และประเมินการเผชิญปัญหาในเรื่องความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ปัญหาในการวิจัย

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนจากแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว จะสามารถส่งเสริมพฤติกรรมของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ได้หรือไม่ในเรื่องต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม
2. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง
 - 2.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม
 - 2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม
3. การประเมินการเผชิญปัญหา
 - 3.1 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
 - 3.2 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
4. พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางจากแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว ในการส่งเสริมพฤติกรรมของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในเรื่องต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม
2. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง
 - 2.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม
 - 2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม
3. การประเมินการเผชิญปัญหา
 - 3.1 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
 - 3.2 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง
4. พฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางจากแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัวสามารถส่งเสริมพฤติกรรมของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ในเรื่องต่อไปนี้ได้

1. ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม
2. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง
 - 2.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม
 - 2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

3. การประเมินการเผชิญปัญหา

3.1 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจด้านมด้วยตนเอง

3.2 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจด้านมด้วยตนเอง

4. พฤติกรรมตรวจด้านมด้วยตนเอง

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนจากแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว

ตัวแปรตาม ได้แก่

1. ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม

2. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง

2.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

3. การประเมินการเผชิญปัญหา

3.1 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจด้านมด้วยตนเอง

3.2 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ในพฤติกรรมตรวจด้านมด้วยตนเอง

4. พฤติกรรมตรวจด้านมด้วยตนเอง

นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Early adulthood) หมายถึง สตรีที่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี เป็นสตรีโสดหรือสมรสแล้วที่อาศัยอยู่ในตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ตลอดระยะเวลาของการวิจัย

2. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนจากแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว หมายถึง โปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วย การบรรยายประกอบสไลด์, การอภิปรายกลุ่ม, สาธิตและฝึกปฏิบัติ, การให้ข้อมูลป้อนกลับ

2.1 แรงสนับสนุนทางจากแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว หมายถึง การที่สตรีกลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นเตือน จากแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) ถ้าครบกำหนดตรวจแล้ว 2 วัน สตรีกลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้ตรวจให้กระตุ้นเตือนสตรีกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในความรับผิดชอบให้มีการตรวจ เดือนละ 1 ครั้ง

2.2 แกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) หมายถึง บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวไม่เป็นผู้พิการ หูหนวก ตาบอด หรือป่วยเป็นโรคเรื้อรังนาน ๆ มีการปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยเป็นตัวอย่างที่ดีแก่คนในบ้าน โดยจังหวัดนครราชสีมา ได้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งดูแลและเวกหรือคุ้มบ้านนั้น ๆ เป็นผู้คัดเลือกจากทุกครอบครัว ครอบครัวละ 1 คน และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้อบรมซึ่ง กสค. ได้รับการอบรมไปแล้วในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2541

3. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง ผลที่ได้จากการจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้กับสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ โดยตรวจขณะอาบน้ำ ตรวจหน้ากระจกเงา ตรวจในท่านอน และตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

3.1 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หมายถึง ความจำและความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม อาการความรุนแรงและระยะต่าง ๆ ของโรคมะเร็งเต้านม การรักษาและการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องตามลำดับขั้นตอนโดยตรวจขณะอาบน้ำ ตรวจหน้ากระจกเงาและตรวจในท่านอน วัดได้จากคะแนนการตอบคำถามในเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.2 การประเมินอันตราย หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรง และสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีโอกาสร้อยต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

3.2.1 การรับรู้ หมายถึง การตีความจากสิ่งที่เห็น สิ่งที่ได้ยิน และสิ่งที่รู้สึกด้วยประสาทสัมผัสของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อันเป็นแนวโน้มชักนำไปประพฤติปฏิบัติตามความคิดความเข้าใจนั้น ซึ่งการรับรู้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

3.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่มีต่อความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งเต้านม โดยสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นได้ และเกิดความเจ็บปวดทรมาน ถูกตัดเต้านม ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ของสตรี เสียเวลาเสียเงินในการรักษามาก ซึมเศร้า หดห้วงในชีวิต และอาจทำให้เสียชีวิตได้ วัดได้จากคะแนนการตอบคำถามในเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.2.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม หมายถึง การรับรู้ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่มีต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม โดยเชื่อว่าตนเองอยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ภาวะเสี่ยง ได้แก่ สถานภาพสมรส อายุ ประวัติการมีประจำเดือน การมีบุตร ประวัติการมีก้อนที่เต้านม การมีญาติเป็นมะเร็งเต้านม การรับประทานอาหารที่มีไขมันและโปรตีนสูง สภาพสิ่งแวดล้อมและมลภาวะที่เป็นพิษ การได้รับรังสีหรือฮอร์โมน วัดได้จากคะแนนการตอบคำถามในเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.3 การประเมินการเผชิญปัญหา หมายถึง การที่สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมี ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

3.3.1 ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หมายถึง การที่สตรีมีความเชื่อมั่นว่า ตนเองมีความสามารถที่จะตรวจหาความผิดปกติของเต้านมได้ถูกต้อง ทุกขั้นตอน โดยสามารถตรวจในขณะอาบน้ำ , ตรวจหน้ากระจกเงาและตรวจในท่านอนราบได้ ภายหลังได้รับการฝึกตรวจ และสามารถตรวจได้เป็นประจำทุกเดือนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หลังจากมีประจำเดือนแล้ว 7 วัน วัดได้จากคะแนนการตอบคำถามในเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.3.2 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง หมายถึง การที่สตรีมีความเชื่อมั่นว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก มีประโยชน์ และได้ผลคุ้มค่าสำหรับสตรีทุกคน เพราะถ้าตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งจะทำให้สตรีไม่ต้องสูญเสียเต้านม และไม่ต้องพบกับความทรมานจากการเป็นมะเร็งเต้านมวัดได้จากคะแนนการตอบคำถามในเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.4 พฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง หมายถึง การปฏิบัติของสตรีเพื่อค้นหาความผิดปกติและก้อนเนื้องอกของเต้านม โดยใช้การดูและการคลำเป็นหลัก มีการตรวจครบ 3 ขั้นตอน คือ ตรวจขณะอาบน้ำ ใช้ปลายนิ้วคลำไปรอบ ๆ ทุกส่วนของเต้านม ตรวจหน้ากระจกเงา โดยดูการหดรั้งของหัวนม และตรวจในท่านอนราบ หนุนแขนข้างหนึ่งไว้ใต้ศีรษะ ใช้ปลายนิ้วอีก

ข้างคลำรอบ ๆ เต้านมทั่วทุกส่วน ใช้นิ้วบีบหัวนมดูว่ามีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลออกจากหัวนมหรือไม่ โดยทำการตรวจสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หลังหมดประจำเดือน 7 วัน หรือตรวจในวันใดวันหนึ่งให้ตรงกันทุกเดือนในสตรีที่ไม่มีประจำเดือน (สตรีที่ได้รับยาคุมกำเนิดหรือสตรีที่หมดประจำเดือนแล้ว) วัดได้จากการตอบคำถามในเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในเรื่องของการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกวิธีและตรวจครบทั้ง 3 ขั้นตอน ความถี่ของการตรวจ ตรวจในช่วงเวลาที่เหมาะสมกับการตรวจ

ขอบเขตในการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอายุ 20-40 ปี มีสถานภาพสมรส โสด หรือสมรสแล้ว ที่พักอาศัยอยู่ในบ้านหนองนาถุ่ม ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่ไม่เคยป่วยเป็นก้อนที่เต้านม หรือโรคมะเร็งเต้านมมาก่อนระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2542 ถึง เดือนมกราคม 2543

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการประเมินความสม่ำเสมอของพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นนั้น ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามการปฏิบัติจริงได้ จึงต้องอาศัยการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรม

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทาง ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในการวิจัย

2.1 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม

2.3 กระบวนการกลุ่ม

2.4 กลวิธีทางสุศึกษา

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งเต้านม

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม

3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการกลุ่ม

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

โรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่ได้รับความสนใจกันมานานในวงการแพทย์ การศึกษาจากประวัติศาสตร์ พบว่ามีในบันทึกของแพทย์อียิปต์เมื่อ 3000 ปี ก่อนคริสต์ศักราช หรือประมาณ 500 ปี มาแล้ว แม้ในปัจจุบันวงการแพทย์ก็ยังคงให้ความสนใจมะเร็งเต้านมกันอยู่มาก มีผู้ให้เหตุผลว่า (กิตติจินดาวิจักขณ์, 2533 : 27)

1. มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสองในสตรี ตามสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (ปี 2519-2533)
2. ความเห็นในการรักษามะเร็งเต้านมยังไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน
3. เป็นที่ยอมรับแล้วว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถป้องกัน และลดอัตราการตายได้ด้วย การตรวจค้นหา และให้การรักษาล่วงตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

นอกจากนี้ มีรายงานว่าประมาณ ร้อยละ 80-90 ของมะเร็งเต้านมสามารถวินิจฉัยเบื้องต้นได้ด้วยตัวของคนไข้เอง โดยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination) ซึ่งตรวจสอบได้ง่าย ไม่เจ็บ ดีกว่าวิธีอื่น ๆ ทั้งหมด คือ รากาถูก (UICC, 1982 อ้างใน อาคม เขียรศิลป์, 2529 : 39)

การจำแนกชนิดของเนื้องอกบริเวณเต้านม (ไพรัช เทพมงคล, 2534 : 438-9 : Brunner, et al., 1970 : 621 อ้างใน นราวดี สันสยะ, 2539 : 17-19)

1. เนื้องอกชนิดธรรมดา (Benign Tumor) ลักษณะของเนื้องอกมักจะคลำได้ก้อนเรียบ บางครั้งอาจคลำได้ลักษณะคล้ายถุงน้ำ และมักพบในคนอายุน้อยได้แก่

1.1 Fibroadenoma หมายถึง เนื้องอกชนิดธรรมดาของเต้านมซึ่งประกอบด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพันกับท่อน้ำนม

1.2 Intraductal Papilloma หมายถึง เนื้องอกจากเยื่อบุท่อน้ำนมซึ่งมีลักษณะเป็นแฉกๆ คล้ายนิ้วมือ

1.3 Chronic Cystic Disease หมายถึง โรคถุงน้ำเรื้อรัง

1.4 Galactoceles หมายถึง ถุงน้ำนม

1.5 Abscess หมายถึง โพรงหนอง

1.6 Gynaecomastia หมายถึง ภาวะเต้านมโตในผู้ชาย

2. เนื้องอกที่เป็นมะเร็ง (Malignant Tumor) แบ่งชนิดตามจุดกำเนิดของมะเร็งได้แก่

2.1 เกิดจากท่อน้ำนม (Mammary Duct) ในผู้หญิงไทยพบว่าจุดกำเนิดของมะเร็งเต้านมจากท่อน้ำนมถึงร้อยละ 99.20 (อิตถี ชนไมตรี และกิตติ ศาสัตย์, 2521 : 19-24) โดยแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ

ก. Non-Infiltrative หมายถึงมะเร็งในระยะต้นของเนื้อเยื่อผิว ท่อน้ำนม ประกอบด้วย

- Papillary Carcinoma หมายถึง มะเร็งที่มีลักษณะการเติบโตเป็นแฉกคล้ายนิ้วมือ
- Comedo Carcinoma หมายถึง การเจริญเติบโตของมะเร็งทำให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำนม
- Intraductal Carcinoma หมายถึง มะเร็งของท่อน้ำนมในระยะต้น

ข. Infiltrative หมายถึง มะเร็งของต่อมน้ำนมที่ได้ถูกกลืนโดยเนื้อเยื่อผิวหนังเข้า

ไปแล้ว พบประมาณร้อยละ 75

- Paget's Disease หมายถึง มะเร็งที่ทำให้มีการอุดตันอักเสบบริเวณหัวนมและฐานหัวนม
- Infiltrating Ductal Carcinoma หมายถึง มะเร็งเยื่อผิวหนังที่ถูกกลืนโดยเนื้อเยื่อผิวหนังอื่นๆ
- Scirrhous Carcinoma หมายถึง มะเร็งที่มีลักษณะแข็ง
- Medullary Carcinoma
- Mucinous Carcinoma หมายถึง มะเร็งชนิดที่มีเมือกมาก
- Inflammatory Carcinoma หมายถึง มะเร็งที่มีลักษณะเหมือนการอักเสบ

2.2 เกิดจากต่อมน้ำนม(Mammary Lobule) หมายถึง มะเร็งที่เกิดจากเนื้อเยื่อต่อมน้ำนม

2.3 มะเร็งที่เกิดจากเนื้อเยื่อผิวหนังและเนื้อเยื่อชนิดอื่นๆ(Other Epithelial and Mesodermal)

แม้ว่าก้อนเนื้ออกบริเวณเต้านมส่วนใหญ่จะมีใช้มะเร็งเต้านมเสมอไป แต่พบว่าโอกาสที่เป็นมะเร็งเต้านมมิได้เกิดกับทุกกลุ่มอายุ และเมื่ออายุมากขึ้นโอกาสที่ก้อนเนื้ออกบริเวณเต้านมก็จะเป็นมะเร็งเต้านมสูงขึ้นไปด้วย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สาเหตุที่พบบ่อยของก้อนเนื้องอกที่เต้านม จำแนกตามกลุ่มอายุและเรียงลำดับความถี่ที่พบ

กลุ่มอายุ	ชนิดของเนื้องอกที่พบ
ต่ำกว่า 30 ปี	1. Fibrocystic Disease หมายถึง โรคที่มีการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มจำนวนของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและท่อน้ำนม 2. Fibroadenoma หมายถึง เนื้องอกชนิดธรรมดาของเต้านม ซึ่งประกอบด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพันกับท่อน้ำนม 3. Mastitis หมายถึง เต้านมอักเสบ 4. มะเร็ง (Carcinoma)
30 - 35 ปี	1. Fibrocystic Disease หมายถึง โรคที่มีการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มจำนวนของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและท่อน้ำนม 2. มะเร็ง (Carcinoma) 3. Fibroadenoma หมายถึง เนื้องอกชนิดธรรมดาของเต้านม ซึ่งประกอบด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพันกับท่อน้ำนม 4. Mastitis หมายถึง เต้านมอักเสบ
50 ปีขึ้นไป	1. มะเร็ง (Carcinoma) 2. Fibrocystic Disease หมายถึง โรคที่มีการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มจำนวนของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและท่อน้ำนม 3. Traumatic Fat Necrosis หมายถึง การตายของเนื้อเยื่อไขมันเนื่องจากบาดเจ็บ 4. Mastitis หมายถึง เต้านมอักเสบ

ที่มา : (Robbins and Angel , 1976 : 582 อ้างใน ลาวัลย์ มัสโอติ, 2532 : 14)

สาเหตุของมะเร็งเต้านมและสาเหตุส่งเสริม

1. เพศ พบอัตราการเกิดมะเร็งเต้านม หญิง : ชาย คือ 99 : 1
2. อายุ มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยในสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยจะมีอายุมากกว่า 50 ปี แต่เริ่มพบร้อยละ 1 ของผู้ป่วยพบอายุน้อยกว่า 30 ปี จาก 30 ปี ถึง 70 อัตราป่วยจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ
3. เชื้อชาติหรือสภาพแวดล้อมของประเทศที่อาศัย หากอาหารอุดมสมบูรณ์ บริโภคอาหารไขมันสูงจะทำให้อ้วน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอัตราส่วนของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมต่อแสนคน ดังตารางซึ่งคัดมาจากรายการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติอเมริกา ซึ่งให้เห็นความสัมพันธ์ของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมกับปริมาณไขมันในอาหาร (สุรศักดิ์ หลาบมาลา , 2534 : 64)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบร้อยละของไขมันในอาหารและอัตราส่วนสตรีเป็นมะเร็งเต้านม ต่อ 100,000 คน

ประเทศ	ร้อยละไขมันในอาหาร	จำนวนผู้เป็นมะเร็งเต้านม
ญี่ปุ่น	23	42.4
โรมาเนีย	23	95.7
อิสราเอล	32	165.9
อังกฤษ	38	173.2
ฝรั่งเศส	39	166.1
สวีเดน	41	207.6
อเมริกา	42	231.7

ที่มา : สุรศักดิ์ หลาบมาลา (2534 : 64)

4. รังสี ขบวนการที่รังสีทำให้เกิดมะเร็งได้อย่างไรนั้น ยังไม่สามารถอธิบายได้อย่างแน่ชัด ขึ้นอยู่กับขนาดของรังสี และอายุขณะที่ได้รับรังสี หากพบว่าสตรีได้รับรังสีขณะอยู่ในวัยเด็กหรือวัยผู้ใหญ่ได้รับรังสีขนาด 10-200 เรด เป็นเวลานาน 10-15 ปี จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งสูงขึ้นกว่าปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเต้านมอีกเสบหลังคลอดด้วยการฉายรังสี และผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการฉายรังสี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงขึ้นกว่าปกติ และหากได้รับรังสีปริมาณมากก่อนอายุ 35 ปี จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

5. ภาวะเจริญพันธุ์ (Reproductive Factors)

5.1 ระยะเวลาของการมีประจำเดือน เพราะการมีประจำเดือนเร็วกว่าปกติ หรือช้ามาก มีความเกี่ยวข้องกับโอกาสเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น และระยะเวลาการมีประจำเดือนหากยาวนานประจำเดือนหมดช้ากว่า 55 ปี จะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเป็น 2 เท่า ของสตรีที่หมดประจำเดือนก่อนอายุ 45 ปี

5.2 การตั้งครรภ์ หากตั้งครรภ์แรกก่อนอายุ 20 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม 1 ใน 3 ของหญิงที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุมากกว่า 35 ปี

5.3 การให้นมบุตร ช่วยลดการเกิดมะเร็งเต้านม หากให้นมบุตรเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง

5.4 สตรีโสดมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเป็น 2 เท่าของสตรีที่ผ่านการแต่งงาน

5.5 ผู้ไม่มีบุตร จะมีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่าผู้มีบุตร

5.6 สตรีที่เป็นหมันมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าสตรีที่มีบุตรได้และสำหรับสตรีที่ตัดเต้านมแล้วมีโอกาสรiskต่อการเป็นมะเร็งเต้านมถึง 5 เท่า (อาคม เขียรศิลป์, 2529 : 40)

6. พันธุกรรม ในครอบครัวที่มีมารดา ลูกสาว โดยเฉพาะพี่น้องต้องเดียวกัน (First degree relation) เป็นโรคมะเร็งเต้านมจะทำให้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านมสูงขึ้น ถ้าสตรีนั้นมีการดาเป็นมะเร็งเต้านม 2 ข้าง โดยเฉพาะวัยหมดประจำเดือนจะมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงถึง 9 เท่าของสตรีทั่วไป และสตรีพวกนี้จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่า ร้อยละ 50

7. ไวรัส เชื่อว่าเป็นสาเหตุของมะเร็งเต้านม (Burns, 1982 : 52-54 ; Luckman and Sorensen, 1980 : 1819) โดยมีผู้ศึกษาไว้เป็นเวลาหลายปีแล้วว่า ไวรัสเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งในสัตว์ทดลอง ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เกิดความเชื่อว่า ไวรัสต้องมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งในคนมีทฤษฎีเกี่ยวกับมะเร็งจากไวรัส เรียกว่า ทฤษฎีออนโคจีน (Oncogene Theory)

ทฤษฎีออนโคจีนนี้เชื่อว่า ตัวถ่ายทอดทางพันธุกรรม (Genetic Material) ของออนโคจิติกไวรัส (Oncogenic Virus) จะปรากฏอยู่ในยีน (Gene) ปกติของสัตว์ที่มีกระดูกสันหลังและถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรมจากบรรพบุรุษ ไปยังลูกหลาน ยีนชนิดนี้เรียกว่าออนโคจีน (Oncogene)

ตามปกติออนโคจีนจะถูกเก็บกดไว้ (Repressed) ไม่มีบทบาทอะไร แต่ถ้าได้รับการกระตุ้นจากสารก่อให้เกิดมะเร็ง (Carcinogen) ได้แก่ รังสีหรือสารเคมีต่าง ๆ จะเป็นผลให้เซลล์ที่มีออนโคจีนเปลี่ยนแปลงไปจากเซลล์ปกติเป็นเซลล์มะเร็งได้

การเกิดมะเร็งเต้านมเนื่องจากไวรัสก็น่าจะอธิบายได้ในทำนองเดียวกันนอกจากนั้นยังพบว่ามีการตรวจพบไวรัสในน้ำนมของผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วย และจากการศึกษาของโทมัส (Thomas อ้างใน ลาวัลย์ มัสโอติ, 2532 : 15) ในปี 1979 พบว่าบนพื้นผิวของเซลล์มะเร็งเต้านมจะตรวจพบโมเลกุลมาร์คเกอร์ (Molecular Marker) ที่เรียกว่า แมมมารี ทูเมอร์ โกลโค โปรตีน (Mammary Tumor Glycoprotein) ใช้ตัวย่อ MTGP ซึ่งตรวจพบได้ประมาณร้อยละ 75 ของมะเร็งเต้านม แต่ไม่พบในมะเร็งชนิดอื่นจึงเชื่อว่า MTGP นี้เกิดจากเชื้อไวรัส

8. การมีก้อนเนื้อที่ไม่ร้ายแรงที่เต้านม จากการศึกษาทางคลินิกและทางสถิติพบว่า พวกมีซิสต์ (Cystic Disease) อาจถือเป็นสาเหตุส่งเสริม เพราะว่าอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมในพวกที่มีซิสต์ที่เต้านม เป็นอาการเริ่มแรกของการเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็ง (Precancerous Lesion) หากเคยเป็นมะเร็งข้างใดข้างหนึ่งมาก่อน ข้างที่เหลือจะมีโอกาสเป็นมะเร็งเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.7 ต่อปี

ดังกล่าวมาแล้วข้างต้นว่าสาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งเต้านมได้แก่

- 1.สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป
2. ไม่มีบุตรหรือมีบุตรน้อย และมีบุตรคนแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 30 ปี
3. มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 12 ปี หรือหมดประจำเดือนหลังจากอายุ 50 ปี
4. เคยมีประวัติเป็นเนื้องอกที่เต้านม
5. มารดา พี่สาว น้องสาว เป็นมะเร็งเต้านม

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมดังกล่าว ข้างต้นนี้ แต่ละปัจจัยมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4 (กิติ จินดาวิจักษ์ณ์, 2523 : 27-39)

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

ปัจจัย	ลักษณะ	อัตราเสี่ยง
1. เชื้อชาติ	ผิวขาว(Caucasian)เปรียบเทียบกับ ผิวดำหรือผิวเหลือง	เพิ่มขึ้น
2. อายุ	มากกว่า 50 ปี	เพิ่มขึ้น
3. ประวัติครอบครัว	ชาย ป้า มารดา พี่สาว น้องสาว เป็นมะเร็งเต้านม	เพิ่มขึ้น 2 เท่า
4. ประวัติเจ็บป่วยในอดีต	เคยเป็นมะเร็งเยื่อบุมดลูก เคยเป็น mamary dysplasia เคยเป็นมะเร็งเต้านมอีกข้างหนึ่ง	เพิ่มขึ้น 2 เท่า เพิ่มขึ้น 3 เท่า
5. ประวัติประจำเดือน	มีประจำเดือนครั้งแรกอายุน้อยกว่า 12 ปี อายุเมื่อหมดประจำเดือนมากกว่า 50 ปี ช่วงเวลาที่มียามีประจำเดือนมากกว่า 30 ปี	เพิ่มขึ้น
6. ประวัติการแต่งงาน	ไม่แต่งงาน เปรียบเทียบกับแต่งงาน	เพิ่มขึ้น
7. ประวัติการตั้งครรภ์	ไม่เคยตั้งครรภ์เปรียบเทียบกับมีบุตร หรือมีบุตรช้า หลังอายุ 30 ปี	เพิ่มขึ้น

ที่มา : Benson (1976 : 306)

อาการและอาการแสดง (Luckman and Sorensen 1980 : 1812-1813; Brunner 1970 : 621-623)

มะเร็งเต้านมจะเริ่มต้นจากการมีก้อนเนื้ออกเล็กในเต้านม ซึ่งหากไม่ตั้งใจตรวจ อาจคลำไม่พบในระยะแรกไม่มีอาการเจ็บปวด เนื้ออกยังเคลื่อนไปมาได้ และจะโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้คลำหรือมองเห็นได้ชัด เป็นผลทำให้เต้านมมีขนาดใหญ่ขึ้น หรืออาจทำให้เต้านมหดรั้งซึ่งจะสังเกตพบว่าเต้านมมีรูปร่างผิดปกติไปหรือเต้านม 2 ข้างไม่เท่ากัน มองเห็นได้ชัดเจน ก้อนเนื้ออกจะเริ่มยึดแน่นกับที่ ทำให้เกิดการดึงรั้งของผิวหนังหรือนมให้บุ๋มลงไป มีเลือดหรือน้ำเหลืองซึมออกมาทางหัวนม ผิวหนังบริเวณเต้านมและหัวนมจะบวมแดง เนื่องจากมีการอุดตันของทางเดินน้ำเหลือง บริเวณผิวหนัง ทำให้มีลักษณะคล้ายผิวส้ม (Orange Peel) ต่อมาก่อนจะแตกเป็นแผลและมีอาการเจ็บปวดเหมือนเป็นฝี โดยสรุประยะของมะเร็งเต้านม ปัจจุบันนิยมใช้ TMN Classification of Malignant Tumours ของ UICC (สมปอง รักษาสุข, 2535 : 622) ซึ่งสรุปย่อ ๆ ได้ดังนี้

- มะเร็งเต้านมระยะที่ 1 คือ ก้อนเนื้อที่เต้านมขนาดไม่เกินเส้นผ่าศูนย์กลาง 2 เซนติเมตรเคลื่อนไหวนำได้ผิวหนังปกติ ไม่มีต่อมน้ำเหลืองรอบเต้านมโต ไม่มีโรคลุกลามไปด้านตรงข้าม หรืออวัยวะอื่น
- มะเร็งเต้านมระยะที่ 2 คือ ก้อนที่เต้านมมีขนาดโตกว่า 2 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตรอื่นๆ เช่นเดียวกับข้อ 1 ยกเว้นมีต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หรือมีเซลล์มะเร็ง
- มะเร็งเต้านมระยะที่ 3 คือ ก้อนเนื้อที่เต้านมขนาดเกิน 5 เซนติเมตร มีการกระจายไปที่ผิวหนังหรือติดกับผนังอกมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองแต่ไม่กระจายไปอวัยวะอื่น
- มะเร็งเต้านมระยะที่ 4 คือเป็นมะเร็งที่พบว่าการกระจายของเซลล์มะเร็งไปที่ส่วนอื่นของร่างกาย เช่น ปอด กระดูก และตับ ซึ่งเป็นส่วนที่มะเร็งเต้านมชอบกระจายไปตำแหน่งที่พบมะเร็งได้มากที่สุดคือ บริเวณส่วนบนด้านนอกของเต้านม (Upper out Quadrant)พบประมาณร้อยละ 50 บริเวณรอบๆ หัวนมหรือฐานนมพบประมาณร้อยละ 20 บริเวณส่วนล่างด้านนอกพบประมาณร้อยละ 10 และบริเวณด้านในของเต้านม พบประมาณร้อยละ 20 คัมพี้ (Dumphy,1977:183 อ้างในปริญาดา ทนคำ, 2541:19)

ผลการรักษาและพยากรณ์โรค

ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคจะขึ้นอยู่กับระยะของโรคเป็นสำคัญ พบว่าถ้าตรวจพบโรคและได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะทำให้การพยากรณ์โรคดี มีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่า เมื่อมะเร็งมีการแพร่กระจายไปแล้ว(Feldman, et al.1981:2740 อ้างในปริญาดา ทนคำ,2541: 19)

นอกจากนี้ยังพบว่าการพยากรณ์โรค จะเลวลงกว่าปกติสำหรับมะเร็งเต้านมในเพศชาย และมะเร็งเต้านมที่พบในขณะที่มีครรภ์และระหว่างให้นมบุตร ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การตรวจค้นหาโรคมะเร็งเต้านม เพื่อค้นหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาที่ ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้มาก

การตรวจค้นหาหามะเร็งเต้านม (Screening For Breast Cancer)

การตรวจค้นหาหามะเร็งเต้านมเพื่อให้พบในระยะเริ่มแรก มีหลายวิธีด้วยกัน จากการศึกษาของ ฮอลล์ (Hallal, 1982 : 137) พบว่ามี 4 วิธีด้วยกัน ได้แก่

1. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination)
2. การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล
3. การตรวจเต้านมด้วยรังสี (Mammography)
4. การตรวจวัดอุณหภูมิของเต้านม (Thermography)

แต่ในระยะต่อมาจากการศึกษาของ โทมัส (Thomas และคณะ, 1985 : 140 อ้างใน ปริญา ทุนคำ, 2541: 20) พบว่าการตรวจที่มีประสิทธิภาพที่สุด คือ

1. การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ คือ แพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับการฝึกหัด
2. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self - Examination) เป็นการตรวจค้นหาความผิดปกติของเต้านม เนื้องอกของเต้านม รวมทั้งความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ด้วยตนเอง ทุกเดือนในหญิงที่มีประจำเดือน และหญิงที่หมดประจำเดือนแล้ว และถ้าตรวจพบสิ่งผิดปกติก็ควรไปพบแพทย์

3. การตรวจเต้านมด้วยรังสี (Mammography) เป็นการตรวจหาก้อนเนื้องอกของเต้านมด้วยรังสีเอ็กซเรย์ การตรวจวิธีนี้เริ่มใช้เมื่อ ปี ค.ศ.1913 และนำมาใช้อย่างกว้างขวางในปี ค.ศ.1956 โดยอีแกน (Egan) การตรวจด้วยรังสีเป็นการถ่ายภาพเนื้อเยื่อ (Soft tissue) สามารถพบก้อนเนื้อที่มีขนาดเล็กที่อาจคลำไม่พบด้วยการตรวจร่างกาย (กิติ จินดาวิจักษ์ณ์, 2523 : 38 ; Hallal, 1982 : 137 อ้างในปริญา ทุนคำ, 2541: 20) ซึ่งมักทำใน 2 กรณี คือ พวกมีอาการและไม่มีอาการ

3.1 พวกที่มีอาการ ได้แก่

3.1.1 คลำได้ก้อนในเต้านม แต่ไม่สามารถวินิจฉัยได้ว่าก้อนทึบที่คลำได้เป็นเนื้องอกธรรมดาหรือเป็นมะเร็ง แต่การตรวจเต้านมด้วยรังสี (Mammography) สามารถ วินิจฉัยได้กว่าร้อยละ 90

3.1.2 พวกที่มีอาการเจ็บเต้านม อาจพบสาเหตุได้

3.1.3 พวกมีของเหลวเป็นเลือดหรือของเหลวอื่นๆ เชื้อราหรือค้ำคอกจากเต้านม

3.1.4 พวกต่อมน้ำเหลืองได้รักแร้โต แต่คลำไม่พบก้อนทึบในเต้านม

3.1.5 ภาวะเต้านมโตในผู้ชาย (Gynecomastia) หรือภาวะเต้านมโตในผู้ชาย

เพื่อช่วยวินิจฉัยเต้านมที่โตในผู้ชาย เพื่อช่วยวินิจฉัยเต้านมที่โตขึ้นในผู้ป่วยชายว่า เกิดจากต่อมน้ำนมโตหรือเพราะมีก้อนมะเร็ง

3.2 ในกลุ่มไม่มีอาการ สมาคมต่อต้านมะเร็งในสหรัฐอเมริกาแนะนำว่าสตรีโดยทั่วไปควรรับตรวจเต้านมด้วยรังสี (Mammography) ดังนี้

อายุ 35 - 40 ปี ควรทำการตรวจเป็นบรรทัดฐานครั้งหนึ่ง
 อายุ 41 - 49 ปี ควรทำซ้ำทุก 2-3 ปี
 อายุ 50 ปีขึ้นไป ควรทำซ้ำทุกปี

(มัลลีย์ มุตตารักษ์, 2534 : 41-42) กล่าวว่าวิธีการนี้ต้องใช้เวลาและเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าวิธีอื่น ๆ และผู้ที่ทำการตรวจต้องมีความชำนาญมาก วิธีนี้จะมีประโยชน์มาก สำหรับมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก ที่ยังไม่สามารถคลำพบโดยเฉพาะในวัย 50 ปีขึ้นไป ซึ่งพบมะเร็งเต้านมสูงสุด และเต้านมมีความไวต่อรังสีน้อย สำหรับสตรีที่มีอายุน้อยยังไม่จำเป็นต้องตรวจด้วยวิธีนี้ (สมใจ ชานูวิเศษ, 2527 : 10)

4. การตรวจวัดอุณหภูมิของเต้านม (Thermography) การตรวจวิธีนี้เชื่อว่าบริเวณที่เป็นมะเร็งจะมีเลือดมาหล่อเลี้ยงมากกว่าปกติ ทำให้บริเวณนั้น ๆ มีอุณหภูมิสูงขึ้นกว่าบริเวณอื่นแต่ก็พบว่ามีความผิดพลาดมาก เพราะมีการศึกษาพบว่าบริเวณที่เป็นมะเร็งเต้านมไม่ได้มีอุณหภูมิสูงขึ้นเสมอไป และการที่อุณหภูมิบริเวณนั้น ๆ สูงขึ้น อาจเนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง ได้แก่ การอักเสบของเต้านม (Hallal, 1982 : 137)

แม้ว่าการตรวจเต้านมทั้ง 4 วิธีเป็นวิธีการที่สามารถค้นหามะเร็งเต้านมระยะแรกได้ก็ตาม แต่อาจพิจารณาได้ว่า วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดวิธีหนึ่ง (Feldom, et.al., 1981 : 2740 ; Tiffany, 1981 : 53 ; Scanlon, 1981 : 523) เนื่องจากสามารถตรวจพบก้อนเนื้องอกได้ตั้งแต่ขนาดเล็ก ๆ วิธีการตรวจไม่ยุ่งยาก ปลอดภัย สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องมือตรวจพิเศษใด ๆ ประหยัดทั้งเวลา และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ดังนั้น ควรเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้ผู้หญิงทุกคนทราบ และสนับสนุนให้มีการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้พบก้อนเนื้องอกได้ตั้งแต่ขนาดเล็ก ทำให้สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีความมั่นใจในการตรวจ จึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันโรคและลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้

วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สมาคมมะเร็งของประเทศสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society อ้างในกิติ จินดาวิชัย, 2523: 29-31)

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self - Examination) อักษรย่อ BSE เป็นโครงการที่สถาบันมะเร็งต่าง ๆ พยายามที่จะสอนประชาชนที่เป็นสตรีทั้งหลายให้รู้จักการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อที่จะตรวจก้อนเนื้องอกที่มีขนาดเล็ก หรือสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นบริเวณเต้านมให้ได้ในระยะเริ่ม

แรก โดยตรวจอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และควรตรวจในระยะเวลาที่ประจำเดือนเพิ่งผ่านพ้นไป ซึ่งเป็นระยะที่เต้านมไม่มีอาการบวมคัด สำหรับสตรีที่อยู่ในวัยที่หมดประจำเดือน (Menopause) หรือระยะตั้งครภ์ ซึ่งไม่สามารถจะกำหนดตามการมีประจำเดือน ให้เลือกวันที่จะตรวจเต้านมอาจเป็นวันใดก็ได้ โดยทำตรงกันทุกเดือน

ปัจจุบัน สมาคมมะเร็งของประเทศสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society) แนะนำให้สตรีควรเริ่มทำ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination) ตั้งแต่อายุ 20 ปี

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self - Examination) จะใช้หลักการดูและการคลำ โดยการดูทางกระจกและการคลำในท่านั่ง (อาบน้ำ) และท่านอน โดยมีข้อแนะนำว่าขณะคลำหากอาบน้ำให้คลำด้วยสบู่หากนอนให้คลำด้วย โลชั่น (Lotion) หรือ น้ำมัน (oil)

การคลำจะใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนางคลำ โดยมีมือขวาคลำเต้านมด้านซ้าย และมือซ้ายตรวจเต้านมด้านขวา การคลำอาจคลำได้ 3 วิธีคือ

1. คลำเป็นวงกลม
2. คลำจากบนลงล่างเคลื่อนเป็นรูปสี่เหลี่ยมมุมฉาก
3. คลำเป็นรัศมีจากหัวนม

วิธีการตรวจแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 ตรวจในขณะอาบน้ำ

เทคนิคการตรวจเต้านมในขณะอาบน้ำ ใช้ปลายนิ้วมือคลำไปที่ทุกส่วนของเต้านม ใช้มือซ้ายตรวจเต้านมด้านขวา และมือขวาตรวจเต้านมด้านซ้าย ให้สังเกตว่ามีก้อนเนื้อออก รอยนูนส่วนหนาที่ผิดปกติหรือไม่

ขั้นที่ 2 ตรวจหน้ากระจกเงา

เทคนิคการตรวจเต้านมหน้ากระจกเงาให้สังเกตเต้านมทั้งสองข้างในขณะที่ยืนอยู่ข้างลำตัว ต่อไปยกแขนเหนือศีรษะ ให้สังเกตการเปลี่ยนรูปทรงของเต้านมทั้งสองข้างดูมีการบวม รอยบุ๋ม หรือการคั่งรังของหัวนมเป็นต้น ต่อไปให้เอาฝ่ามือมาวางบนสะโพกและกดสะโพกแรง ๆ เพื่อเกร็งกล้ามเนื้ออก ให้สังเกตการเปลี่ยนแปลงดังได้กล่าวมาแล้ว

ขั้นที่ 3 ตรวจในท่านอน

เทคนิคการตรวจในท่านอน ผู้ตรวจอยู่ในท่านอนมีหมอนเล็กหนุนใต้ไหล่ ตรวจเต้านมด้านขวาด้านซ้ายด้วยมือซ้าย และเต้านมด้านซ้ายด้วยมือขวา ขณะตรวจยกมือข้างหนึ่งตรวจเต้านม การตรวจเต้านมต้องใช้ฝ่ามือคลำและไม่ใช่การบีบจับ การคลำส่วนของเต้านมนั้น จะคลำใน

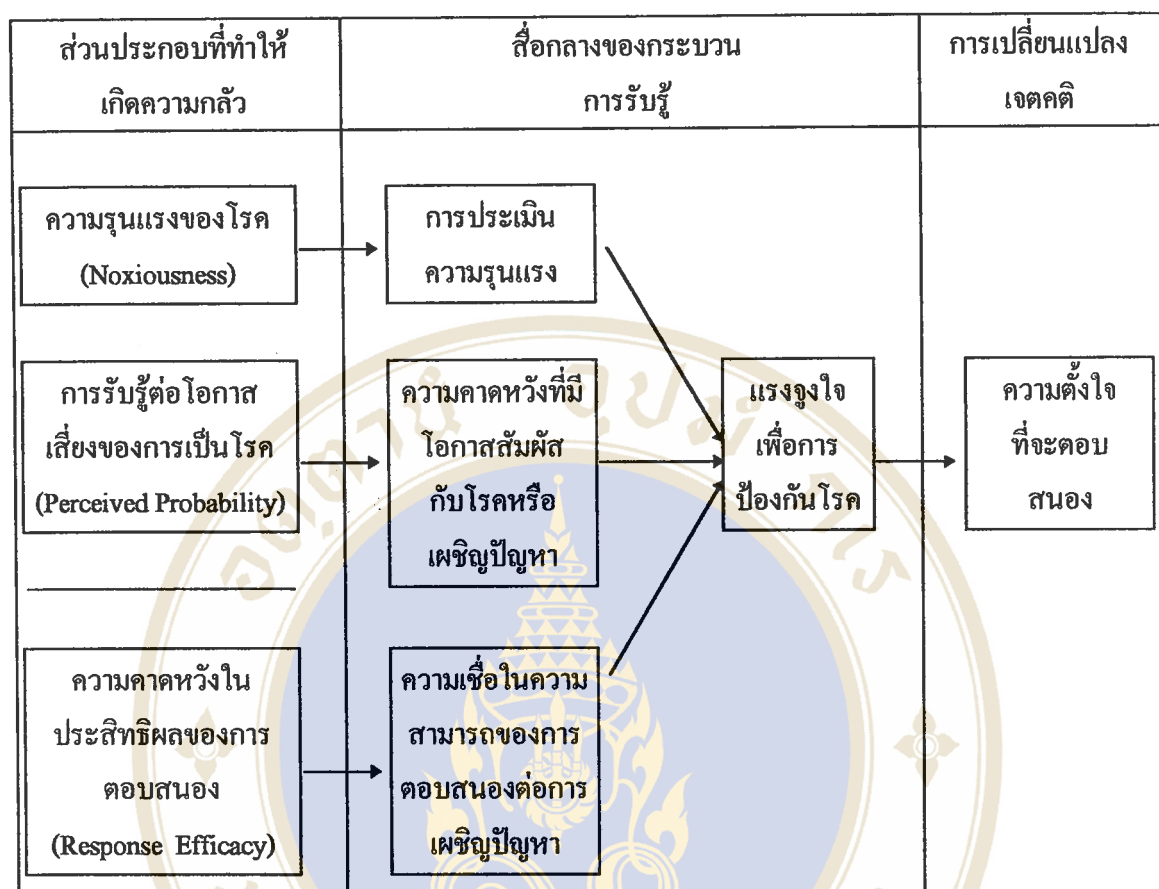
ลักษณะเวียนจากรอบนอกเข้ามารอบในบริเวณหัวนม ตามเข็มนาฬิกาโดยเริ่มต้นที่ 12 นาฬิกา และในแต่ละรอบให้ห่างกันประมาณ 1 นิ้ว โดยส่วนใหญ่ มักจะต้องเวียนรอบอย่างน้อย 3 รอบ จึงจะตรวจให้หมดเต้านม ขณะคลำรอบสุดท้าย ให้ค่อย ๆ บีบหัวนมโดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ เพื่อสังเกตว่ามีน้ำเหลืองหรือเลือดออกจากหัวนมหรือไม่ หากตรวจพบความผิดปกติใด ๆ ของเต้านม ควรรีบปรึกษาแพทย์

สรุปเนื้อหาในส่วนที่กล่าวมา ในเรื่องมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยศึกษา เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์ สร้างแผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองผู้วิจัยสอนวิธีการคลำเป็นวงกลมเพียงอย่างเดียว เพื่อป้องกันการสับสนในการวิจัยครั้งนี้

ส่วนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในการวิจัย

2.1 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมี่ขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ.1975 โดย โรเจอร์ส (Rogers) แม็คเคย์ (Mackay, 1992:25) ต่อมาได้ถูกปรับปรุงแก้ไขใหม่และนำมาใช้ปี ค.ศ.1983 ซึ่งเริ่มต้นจากการนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้ โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) นั่นคือการรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้เป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้ได้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่สื่อสาร การประเมินการรับรู้ นี้นมาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนสื่อที่มากระตุ้น และในการตรวจสอบการประเมินการรับรู้ โรเจอร์ส (Rogers) ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค โรเจอร์ส (Rogers , 1975 : 99)

ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) สามารถพัฒนาได้จาก การขู่ถ้ากระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต หรือบรรยายว่าไม่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรง เช่น ระบายเคืองปอดเล็กน้อย โดยทั่ว ๆ ไปข้อมูลที่ก่อให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้มากกว่าข้อมูลที่ก่อให้เกิดกลัวเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ก่อให้เกิดความกลัวสูง อาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยตรง แต่หากใช้การกระตุ้น หรือปลูกเร้าร่วมกับการขู่ อาจส่งผลให้ข้อมูลนั้นมีลักษณะโดดเด่นขึ้น กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ ซึ่งในการตรวจสอบองค์ประกอบเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูง พบว่ามีผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ การงดดื่มสุราช่วยให้ร่างกายแข็งแรง และทำให้ไม่เกิดอันตราย ผลการ

ศึกษาที่สำคัญพบว่า นักเรียนที่ได้รับการสอนสุขศึกษาสามารถงดสูบบุหรี่ ได้เพิ่มมากขึ้น และลดความผิดพลาดจากการขับขีพาหนะลง

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) จะใช้การสื่อสารโดยการขู่ที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในนิวเม็กซิโกได้นำเสนอข้อมูล เพื่อให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ โดยกล่าวว่าจากการตรวจเลือดของชายรักร่วมเพศและชายรักสองเพศพบว่า 1 ใน 4 คนมีการติดเชื้อไวรัสเอดส์ เพื่อหวังให้ประชาชนมีความตื่นตัวว่าตนอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามวิธีนี้ยังไม่ใช่วิธีแนวทางที่จะทำให้บุคคลรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของแต่ละบุคคลว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่เกิดขึ้น จะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ การตรวจสอบการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค สามารถทำได้เช่นเดียวกับการรับรู้ในความรุนแรงของโรค โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบคำถามในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง และกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำ ตัวอย่างเช่น ให้ผู้สูบบุหรี่อ่านบทความเรื่อง การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจ และโรคมะเร็งปอดได้สูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมายลงในช่องหน้าข้อความของแบบสอบถามว่า ตนเชื่อหรือไม่ว่า การสูบบุหรี่จะทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและโรคหัวใจ จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนมากที่คาดหวังว่าตนสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะลดหรือเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้แบบสอบถามเพื่อตรวจสอบความตั้งใจที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจไม่ประสบผลสำเร็จเท่าใดนัก เนื่องจากการตรวจสอบตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือแบบสอบถามที่ใช้เช่นนั้น ไม่มีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรค จะไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำเสมอไป ดังตัวอย่างเช่น ภายหลังจากผู้สูบบุหรี่จัดได้รับการกระตุ้นในระดับสูงเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ ก็ยังคงหลีกเลี่ยง ไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำการส่งตรวจฉายเอ็กซเรย์ปอดอาจเพิ่มให้บุคคลนั้นกลายเป็นมะเร็งปอด ซึ่งจะหลีกเลี่ยงความกลัวโดยไม่ยอมรับการเอ็กซเรย์ ในทางกลับกันการเอาใจใส่สนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่คำนึงถึงผลที่เกิดขึ้น จากการสูบบุหรี่ จะทำให้บุคคลนั้นลดจำนวนที่สูบบุหรี่ลงได้ซึ่ง จะส่งผลให้เป็นมะเร็งปอดน้อยลง

การให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำอาจใช้เงื่อนไขความเสี่ยง ต่อการเป็นโรคสูงร่วมกับผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่เงื่อนไขดังกล่าว ยังเป็นสิ่งที่ต้องค้นหาคำตอบกันอีก

ต่อไปว่า ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง จะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้นหรือไม่ เช่น เพิ่มการสูบบุหรี่มากขึ้น เพราะอาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นได้ ถ้าบุคคลพยายามที่จะปฏิเสธการรับรู้ของตนเองว่า เขาไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำขู่นี้ได้ แม้ว่าจะเป็นผลเสียในทางกลับกัน ถ้ารวมภาวะเสี่ยงสูงกับผลดีของการปฏิบัติ จะทำให้ความตั้งใจที่จะยอมรับการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้นอย่างไรก็ตามการใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้ตอบจะให้ค่าความรู้สึกตามข้อความที่กำหนดไว้ในแบบสอบถามนั้น ยังเป็นสิ่งที่ต้องทำการศึกษาต่อไปว่าสามารถคาดคะเนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างได้หรือไม่

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) กระทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้ บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยปกติการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับและหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง จากผลการวิจัยพบว่า การที่บุคคลทราบถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรค ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรนี้ได้มีการทดสอบว่า จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ ดังการศึกษาของ แม็คคักซ์ (Maddux) และ โรเจอร์ส (Rogers) พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำ โดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้น จากการงดสูบบุหรี่ คือ ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและโรคปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ และนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันรักษาสุขภาพของบุคคล จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจ ที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะกรณีที่บุคคลรู้ว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่เมื่อบุคคลนั้นถูกคุกคามสุขภาพอย่างรุนแรง และไม่มีวิธีใดที่จะลดการคุกคามนั้นลงได้ อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่งและการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจง เพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง อีกทั้งการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจง จะมีรายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึก หรือการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองได้ปฏิบัติตนมากขึ้น แม็คเคย์ (Mackay, 1992 : 25-32 อ้างในปริญาดา ทุนคำ, 2541: 26)

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความกลัวทั้ง 3 ตัวแปรดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นมิติเดียวกันแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงจากการได้รับอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Susceptibility) การรับรู้ในความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพ (Perceived Severity) และการรับรู้ต่อผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือลดอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Barriers) ซึ่งต่อมาแม็คคักซ์ (Maddux) และโรเจอร์ส

(Rogers) แม็คเคย์ (Mackay, 1992 : 25) ได้เพิ่มตัวแปรอีก 1 ตัวแปร คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Expectancy) ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค มีพื้นฐานมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองของ แบรินดรา (Bandura , 1977 : 191-215 อ้างในปริญา ตุนคำ, 2541: 26) เขาเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถ ของตนเองที่จะเลือกทางเลือกลงกล่าว กระทำได้หลายวิธีเช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้หรือการสอนด้วยการพูด ความสามารถของตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในระดับสูงสุดและเป็น พื้นฐานที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง โดยสรุปการที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เนื้อหาของข่าวสารควรมีผลในการช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้ แม็คเคย์ (Mackay, 1992 : 32-33 อ้างในปริญา ตุนคำ, 2541: 27) แตกต่างจากตัวแปรอื่น ๆ ซึ่งมีลักษณะของข่าวสารที่ถูกคามต่อสุขภาพและไม่ได้คำนึงถึง การส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ การทดลองที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความคาดหวังในความสามารถของบุคคลที่นำมาใช้ในการป้องกันโรคจากกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนและกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจนอกตน พบว่า ผู้ที่เชื่ออำนาจในตนจะเชื่อว่าการมีสุขภาพดี หรือการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตนของแต่ละบุคคล และมีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคแต่ผู้ที่เชื่ออำนาจนอกตน จะเชื่อว่าสุขภาพของเขาจะขึ้นอยู่กับโอกาสเคราะห์กรรม โชคชะตาหรืออำนาจอื่นๆ และไม่ตั้งใจจะแสวงหาข้อมูลข่าวสารหรือการปฏิบัติตนที่จะป้องกัน วอลลาตอน และวอลลาตอน (Wallston and Wallston, 1978 : 107-117) ดังนั้น ผู้ที่เชื่ออำนาจในตนจึงมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูง ในการตรวจสอบองค์ประกอบความคาดหวังในความสามารถของตนเอง โรเจอร์ส (Roger) และแม็คเคย์ (Maddux) ได้ทำให้ผู้ที่สับสนหวั่นที่มีความเชื่อว่า การลดหรือการเลิกสูบบุหรี่สามารถกระทำได้ง่าย คือ มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง หรือกระทำได้อย่างมากคือ มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ ผลการทดลองพบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เป็นตัวทำนายที่มีผลสูงสุดต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การทำให้บุคคลเชื่อว่าเขามีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เขาก็จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ง่าย ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติตาม จึงมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง เบ็ค (Beck) และลันด์ (Lund) พบว่า ความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงสุด ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนทางด้านสุขภาพต่ำ และกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพสูง หากทำให้เกิดความเครียดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จะพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนต่ำจะมีแนวโน้มเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำ



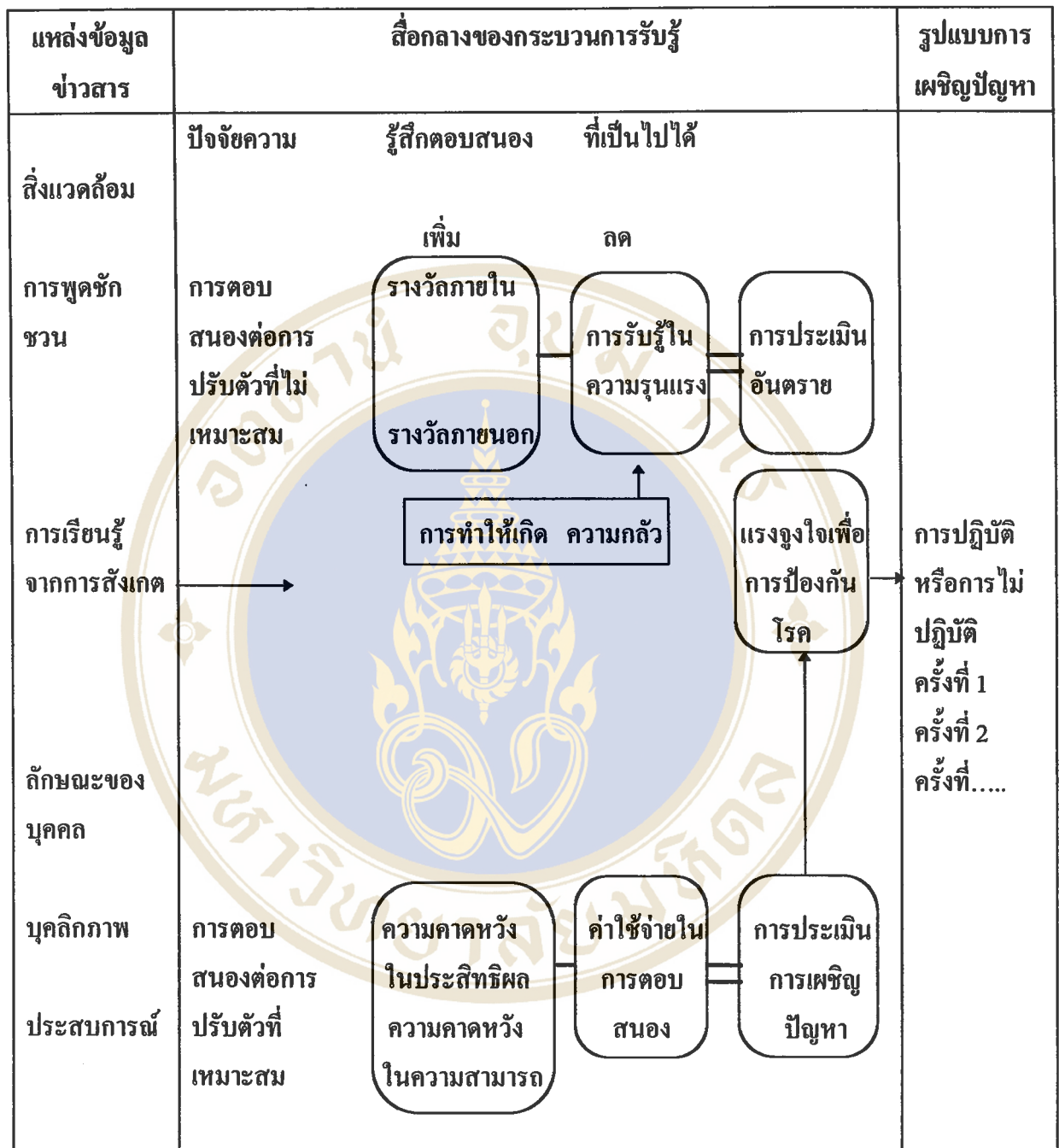
แนะนำ แม้ว่าบุคคลจะมีความเชื่อสูงว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายลดลง แต่การขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติ จะเป็นตัวขัดขวางแรงจูงใจต่อการปฏิบัติอย่างมากเช่นกัน ดังนั้นประสิทธิผลของการแพร่ข้อมูลข่าวสาร จึงมิได้ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้นักลปปฏิบัติตามเท่านั้น หากแต่บุคคลต้องมีความคาดหวังว่าเขาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย

ตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง โดยทั่วไปในการยอมรับและการมีความตั้งใจจะปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นไปได้สูง เมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นไปได้สูง เมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์ และสามารถปฏิบัติตามได้ ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองพบดังนี้ ถ้าความสามารถในการปฏิบัติตามมีสูง แต่ผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงด้วย ก็จะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ในทางกลับกัน ถ้าความสามารถในการปฏิบัติตามมีสูง แต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำมีน้อย ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็จะลดน้อยลงไปด้วย เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งใจที่จะสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น และกรณีที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ แต่ผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงเช่น การบอกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกามโรคว่าสามารถรักษาได้ โดยที่เขาอาจไม่คิดเชื่อ กามโรคอีกก็จะส่งผลให้เขามีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา แม็คเคย์ (Mackay, 1992 : 34-35 อ้างในปริญดา พูนคำ, 2541: 28)

จากวิวัฒนาการของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคโรเจอร์ส (Roger) ได้พยายามปรับปรุงโดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ในความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถของตนเองมาสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal)
2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal)

กระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกตและลักษณะบุคลิกภาพ หรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับตามแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคที่ได้รับการพัฒนาโรเจอร์ส (Rogers, 1986 : 155)

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ในความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) และการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) ซึ่งการรับรู้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมมีโอกาสเป็นไปได้ที่การรับรู้ อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2 แบบ

ได้แก่ มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติสม่ำเสมอและมีการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล เช่น การรัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น และอาจเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมแบบที่ไม่พึงประสงค์ 5 แบบ ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความเชื่อในโชคลาง การหลีกเลี่ยง ความเชื่อทางศาสนา และความคิดฝัน ฯลฯ ทั้งนี้ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ก็คือ ความพึงพอใจในตนเอง (Intrinsic Rewards) และความพึงพอใจจากภายนอก (Extrinsic Rewards) เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม สติลแว่น และโรเจอร์ส (Steven and Rogers, 1986 : 154)

การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความคาดหวังผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response efficacy) และการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ในการที่หลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จได้ สติลแว่น และโรเจอร์ส (Steven and Rogers, 1986 : 155) และเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ แต่สิ่งที่ทำให้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองลดลง คือ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก ความสับสนยุ่งยาก อาการแทรกซ้อน และความไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิต โรเจอร์ส (Rogers, 1986 : 153-161)

ปฏิสัมพันธ์ในการรวมกันของกระบวนการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการประเมินการเผชิญปัญหา จะเกิดตัวแปรแทรกซ้อนมาก คือ แรงจูงใจที่จะทำพฤติกรรม ซึ่งในการวัดแรงจูงใจนี้ใช้วิธีการตามทฤษฎีของ ฟิชไบน์ (Fishbein) คือ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เจเน็น และฟิชไฟล์ (Ajzen and Fishbein, 1980 : 116) และความตั้งใจนั้นจะเป็นเครื่องทำนายอย่างแม่นยำ ถ้าได้รับการวัดในระดับความเฉพาะเจาะจงเดียวกัน ความตั้งใจนั้นมั่นคง และพฤติกรรมนั้นอยู่ภายใต้การควบคุมของจิตใจ

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญมากต่อการสร้างความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจที่จะแก้ปัญหาถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ที่จะต้องพยายามสร้างให้เกิดขึ้น และรักษาความตั้งใจนั้นไว้ให้มั่นคง

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองก็มีความสำคัญเช่นกัน กล่าวคือ ถ้ารับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง แต่การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่ำ ก็จะลดความตั้งใจลง

บุคคลจะรู้สึกละอายใจหรือไม่สามารถป้องกันตนเองได้ใน 2 กรณี คือ ถ้าผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหาที่มีอยู่ไม่มีประสิทธิภาพและถ้าเขาเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาได้ ดังนั้นถ้าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ ก็จะต้องเพิ่มการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถของตนได้สูง จึงจะเพิ่มความตั้งใจขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ความตั้งใจจะสูงที่สุดเมื่อบุคคลมี ทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนสูง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูง

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคนี้มีความเชื่อว่า แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคนั้นจะทำให้ได้ดีที่สุดเมื่อ

1. บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น
3. เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
4. บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับตัวตอบสนอง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์
5. ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวแบบที่ไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย
6. อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

ทฤษฎีนี้จะให้ความสำคัญแก่ขบวนการขบคิดแก้ปัญหาของบุคคลแต่ละคน ซึ่งเชื่อว่าตนเองสามารถทำสำเร็จได้หรือไม่ บุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณเองไม่สามารถทำได้หรือขาดความรู้ที่มั่นใจว่าตนเองจะทำได้สำเร็จมักเกิดจากการรับรู้ว่ามีอุปสรรคต่าง ๆ มากมาย ต่อขบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง จุดเด่นของทฤษฎีนี้คือ การสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันเกิดขึ้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าบุคคลจะต้องมีความเชื่อในความรุนแรงของโรค เชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมและมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ จะช่วยบุคคลเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดของทฤษฎีนี้มา ประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อสร้างเสริมให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อันจะมีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมเป็นเรื่องที่ตื่นตัวตั้งแต่ศตวรรษที่ผ่านมา นักวิชาการในหลาย ๆ สาขา ได้ให้ความสนใจทั้งทางด้านทฤษฎีและความเป็นจริง จึงเกิดแนวความคิดรูปแบบต่าง ๆ กัน การสนับสนุนทางสังคมจึงไม่ได้มีแนวคิดเดียว แต่ประกอบด้วยกลุ่มของแนวความคิด เช่น ผู้ดูแลสุขภาพ มุ่งศึกษาและให้ความสนใจผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อสภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย พื้นฐานในแนวคิดของเรื่องการสนับสนุนทางสังคมมาจากการศึกษาทางด้านสังคมจิตวิทยา ได้มีนักวิชาการหลายท่านกล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด เพราะการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับนั้นจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีอารมณ์มั่นคง เกิดความรู้สึกมั่นใจในตัวเอง และแก้ปัญหาได้ตรงจุด นอกจากนี้อิทธิพลของบุคคลที่มีความสำคัญและมีอำนาจเหนือตัวเราหรือสมาชิกในสังคมจะเสริมให้บุคคลเผชิญความเครียด โดยช่วยจัดหาข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำตลอดจนแนวทางเลือกที่เหมาะสม ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมมีหลายแนวความคิด ดังนั้นจึงได้มีผู้ศึกษาค้นคว้าและให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

คอบ (Cobb, 1976 : 300) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้เข้าใจว่ามีคนรัก สนใจ ยกย่อง และมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

แคปแลน (Kaplan, , 1976 : 39-42 อ้างในฉวีวรรณ พลเสน, 2541 : 35) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม หรือทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

คาห์น (Kahn, 1979 : 85) ได้ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลซึ่งจะทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การขึ้นยืนรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของผู้อื่น การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทางด้านเงินทอง หรือสิ่งของอื่น ๆ

พิริสุค (Pilisuk, 1982 : 29) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแค่การช่วยเหลือทางด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

เฮ้าส์ (House, 1981 cited by Ritter, 1988 : 152) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความรัก-ความผูกพันต่อกัน ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 594) ได้สรุปความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง สิ่งที “ผู้รับแรงสนับสนุน” ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของหรือการสนับสนุนด้านจิตใจจาก “ผู้ให้แรงสนับสนุน” ซึ่งอาจเป็นบุคคล หรือ กลุ่มบุคคลแล้วมีผลทำให้ผู้รับ ได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้ให้ต้องการผู้ให้แรงสนับสนุน อาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

หลักการของการสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจะประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” แรงสนับสนุนทางสังคม
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนสนใจ เอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงใจ

2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” รู้ดีกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสารวัตถุสิ่งของหรือด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุถึงจุดหมายที่ต้องการ คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย ในที่นี้จะกล่าวเพียงบางส่วนเท่านั้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

แคปแลน (Kaplan , 1974 cited by Friedman & King , 1994 : 433-434)

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การสนับสนุนด้านให้ความรัก ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การได้รับข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของและการบริการ

สำหรับพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมนั้น เฮ้าส์ (House, 1981 cited by Ritter, 1998 : 152) ได้แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรักความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความเห็นใจ กำลังใจและรับฟัง

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การเห็นพ้องรับรองและการให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การตักเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน เวลา แรงงาน และการปรับสภาพแวดล้อม

ไวส์ (Weiss , 1974 cited by Brand & Weinert, 1981 : 277-280) แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 ลักษณะดังนี้

1. การได้รับความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกว่าเป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกเดียวดาย

2. การมีโอกาสดูแลผู้อื่น (Opportunity of Hurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น และทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและพึ่งพาอาศัยได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตนี้ไร้ค่า

3. การมีส่วนร่วมในสังคมหรือการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) หมายถึง การมีโอกาสดูแลเข้าร่วมในกิจกรรมสังคม ทำให้มีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความห่วงใย เข้าใจซึ่งกันและกัน ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม

4. การได้รับกำลังใจว่าเป็นผู้มีคุณค่า (Reassurance of Worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับความเคารพ ยกย่อง และชื่นชม ที่สามารถแสดงบทบาทสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความเชื่อมั่น หรือไร้ประโยชน์

5. การได้รับความช่วยเหลือ (Assistance) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การช่วยเหลือ ด้านวัตถุสิ่งของ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและเผชิญกับความเครียดในชีวิต

6. การได้รับการชี้แนะ (The Obtaining of Guidance) หมายถึง การได้รับความจริงใจช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธา และเชื่อมั่นในช่วยที่บุคคลเผชิญกับความเครียด หรือภาวะวิกฤติ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. Macro Level จะวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือมีส่วนร่วมในสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มต่าง ๆ การดำเนินชีวิตในชุมชน

2. Mezzo Level จะวัดเจาะจงลงไปถึงกลุ่มที่ติดต่อยู่ด้วย ได้แก่ กลุ่มเพื่อนครอบครัว

3. Micro Level คือ ระดับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด ซึ่งเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ที่ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก เป็นต้น

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ประยุกต์แนวทางการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981 cited by ritter , 1988 : 152) โดยการให้แก่นำสาขารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวมาเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนด้านการกระตุ้นเตือน สตรีกลุ่มทดลอง เพื่อให้สตรีกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องสืบไป

2.3 กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

วินิจ เกตุขำและคมเพชร ฉัตรสุกกุล (2522 : 14-15) ได้สรุปความหมายของกระบวนการกลุ่มไว้ว่า หมายถึง ที่รวมแห่งประสบการณ์ของบุคคลหลาย ๆ ฝ่ายที่มาพบปะสังสรรค์กันด้วยความรู้สึกพอใจในความสัมพันธ์ในกันและกัน เรียกว่า เกิดปฏิสัมพันธ์ (Interaction) การปฏิสัมพันธ์นี้เองที่ช่วยให้ค้นพบวิธีแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน ทำให้แต่ละคนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ในระหว่างกัน และผลลัพธ์ประการต่อมา คือ ทำให้แต่ละคนเป็นแรงจูงใจให้แก่กันและกัน และมีความเอื้ออารีต่อกันอีกด้วย ผลรวมของประสบการณ์ย่อมเกิดเป็นพลังของกลุ่มที่มีทิศทาง มีความเร็วและมีปริมาณอยู่ในตัวของมันเอง สมาชิกแต่ละคนจะเกิดความรู้สึกสำเร็จในการดำเนินการร่วมกัน ซึ่งนับเป็นความรู้สึกอย่างหนึ่ง ที่ถือได้ว่าเป็นที่มาแห่งความพึงพอใจอันเป็นความสำเร็จที่จะช่วยให้ได้มาซึ่งการทำงานที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

จุฬา บุรีภักดี (2527 : 1) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า กระบวนการกลุ่ม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกที่มีต่อกัน เพื่อที่กระตุ้นให้กลุ่มดำเนินกิจกรรมไปสู่เป้าหมายอันเป็นของกลุ่มและสมาชิกด้วย

สาเหตุของใจที่ทำให้เกิดการรวมกลุ่ม

1. มาจากความชอบพอกันเป็นการส่วนตัวระหว่างสมาชิกด้วยตนเอง
2. มาจากการถูกชักชวนหรือชักจูงไป
3. มาจากความพอใจในจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น หรือจุดมุ่งหมายตอบสนองอุดมการณ์ของตน

4. มาจากความพอใจในกิจกรรมของกลุ่ม
5. มาจากความพอใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ซึ่งเป็นกลุ่มสมาชิก
6. มาจากความต้องการตอบสนองทางด้านจิตใจ

ระยะการพัฒนาของกลุ่ม

1. ระยะการก่อตั้ง (Forming Stage) เป็นระยะที่คนเพิ่งค้นพบกันหรือมารวมตัวกัน สภาพของกลุ่มยังรวมไม่ติดกัน ทุกคนยังสงวนท่าที แต่คาดว่าคนจะเป็นหัวหน้า หรือผู้นำได้จะต้องเก่งกว่าตน บางที่อาจเรียกว่า ระยะที่มีการแข่งขัน และศูนย์กลางที่อยู่ที่ตนเอง (Individually Center Or Competitive Phase)

2. ระยะหัวเลี้ยวหัวต่อ (Storming Stage) เป็นระยะที่แต่ละคนยังไม่ยอมตกลงกัน คอยจับผิดและตอบโต้แย้งโต้เถียงกัน ความรู้สึกของสมาชิกจะคับข้องใจ หรือขัดแย้งในใจ เพราะไม่ว่ากลุ่มจะเอาอย่างไรดี บางที่อาจเรียกว่า ระยะแห่งความขัดแย้งหรือความคับข้องใจ (Conflict and Frustration Phase)

3. ระยะยินยอม (Norming Stage) เป็นระยะที่สมาชิกได้แนวคิดหรือบรรทัดฐานที่เป็นกลางของกลุ่มมากขึ้น ทุกคนพยายามปฏิบัติตาม บางที่เรียกว่า ระยะที่กลุ่มมีความสามัคคีกลมเกลียว (Group Harmony Phase)

4. ระยะปฏิบัติการ (Performing Phase) เป็นระยะที่สมาชิกร่วมมือประสานงานกันเป็นอย่างดี สามารถดำเนินการไปตามเป้าหมายของกลุ่ม มีผลงานของกลุ่มออกมา สมาชิกจะยึดพลังของกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ อดทนต่อการขัดแย้งมากขึ้น ช่วยให้พัฒนาตนเองไปด้วย บางที่เรียกว่า ระยะที่มีผลงานและยึดกลุ่มเป็นศูนย์กลาง (Group - Centered Productive Phase)

ลักษณะของการรวมกลุ่ม

กระบวนการกลุ่มเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ของสมาชิกในกลุ่มและการกระทำหรือแสดงบทบาท (Role) ตามหน้าที่เพื่อพากกลุ่มสู่เป้าหมาย (Goal) โดยอาศัยปัจจัยอื่น ๆ เป็นองค์ประกอบด้วย ได้แก่ ปทัสถาน (Norm) ของกลุ่ม และแรงยึดเหนี่ยวของกลุ่ม (Cohesiveness)

ประสิทธิภาพของกลุ่ม

ลักษณะโครงสร้างของกลุ่มที่มีผลเกี่ยวข้องกับควมมีประสิทธิภาพของกลุ่ม

ก.ควมมีประสิทธิภาพส่วนหนึ่งของกลุ่มขึ้นอยู่กับลักษณะทางโครงสร้างของกลุ่มในแง่

- ขนาดของกลุ่ม
- ส่วนประกอบของกลุ่ม
- ระดับชั้นตำแหน่งสถานะภายในกลุ่ม
- แนวทางการติดต่อกันระหว่างกันภายในกลุ่ม

ข.ประสิทธิภาพของกลุ่ม อีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะสัมพันธ ซึ่งกันและกันของสมาชิกในแง่

- แนวความคิดเป็นผู้นำ
- แรงจูงใจในการพึ่งพาซึ่งกันและกัน
- มิตรภาพที่มีต่อกันในหมู่สมาชิก

เทคนิคเกี่ยวกับกลุ่ม

1. เทคนิคสังคมมิติ
2. การอภิปรายกลุ่ม
3. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
4. เทคนิคการแก้ปัญหาเป็นกลุ่ม
5. การแสดงบทบาทสมมติ

ข้อดีของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม จุฬา บุริภักดี (2527 : 4-6)

1. นักเรียนที่ไม่ค่อยมีโอกาสได้แสดงออก หรือขี้อายจะได้มีส่วนร่วมในการเรียนมากขึ้น
2. นักเรียนมีโอกาสสนใจในเนื้อหาวิชา โดยการลงมือปฏิบัติด้วยตนเองและเกิดการเรียนรู้ และค้นพบด้วยตนเอง ไม่ใช่เป็นเพียงผู้รับฟังเท่านั้น
3. การเรียนรู้จะสนองความต้องการของผู้เรียน ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนเกิดความสนใจใคร่รู้ อย่างจริงจัง
4. ผู้เรียนมีความรับผิดชอบในการเรียนมากขึ้น โดยผู้เรียนจะต้องร่วมมือกับครูในการกำหนดเนื้อหา และความต้องการในการเรียน รวมทั้งเป็นผู้แสดงออกอย่างจริงจัง
5. ผู้เรียนต้องใช้ความสามารถจากความรู้ที่ตนมีอยู่และจากที่อื่น ๆ มาใช้ในการเรียนรู้ของตน
6. ผู้เรียนสามารถเผชิญปัญหา และแก้ปัญหาทั้งหลายที่เกิดขึ้นในชั้นเรียนและที่ประสบในชีวิตจริงได้อย่างจริงจัง

7. ครูเปลี่ยนบทบาทจากการพูด การบอก การออกคำสั่ง การบ่งชี้ลงโทษมาเป็นผู้ช่วยช่วยเหลือ และจัดประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อให้ให้นักเรียนได้สามารถค้นหาคำตอบ และเกิดความเข้าใจผลการเรียนรู้ โดยวิธีนี้จะมีความหมายต่อผู้เรียนเป็นอย่างยิ่ง

8. ผู้เรียนสามารถนำความรู้ความเข้าใจที่ตนได้ค้นพบด้วยตนเองนี้ ไปปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมของตนเองได้ต่อไป ทั้งนี้ เพราะการค้นพบความจริงใด ๆ ด้วยตนเองนี้ ผู้เรียนมักจะจดจำได้ดี และมักจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากกว่าการเรียนรู้จากคำบอกเล่าของผู้อื่น

9. เป็นการช่วยให้นักเรียนเกิดความเข้าใจ และได้ฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดำรงชีพ สามารถร่วมความคิดและร่วมทำงานกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

10. เป็นการส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างครูกับนักเรียน และระหว่างกลุ่มนักเรียน การเรียนการสอนโดยวิธีการของกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ ก่อให้สมาชิกเกิดความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความสามัคคี และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหา

ข้อควรระวังในการสอน โดยการใช้กระบวนการกลุ่ม

การเรียนการสอน โดยวิธีของกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์มีผลดีเป็นอันมากดังที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่อย่างไรก็ตาม การสอนโดยวิธีนี้อาจไม่ได้ผลเท่าที่ควร ถ้าครูไม่สามารถจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้เป็นไปตามเป้าหมาย

ในการสอนโดยวิธีการกลุ่ม กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ ครูจะมีหน้าที่ประสานงาน หรือนำกลุ่มมากกว่าจะเป็นผู้บอกวิชาความรู้ให้แก่ผู้เรียน ครูจะต้องเป็นผู้ฟังมากกว่าพูด ถามมากกว่าตอบประสานงานมากกว่าบังคับ และกระตุ้นให้ผู้เรียนมีบทบาทมากกว่าที่ครูแสดงเสียเอง ดังนั้นครูจะต้องมีบทบาทดังต่อไปนี้ คือ

1. เข้าใจปัญหา ความต้องการ จุดมุ่งหมาย และทัศนคติของนักเรียนที่แสดงออกมา และให้ความสนใจแก่นักเรียนเป็นส่วนตัว ซึ่งจะทำให้ครูและนักเรียนมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด
2. ให้ความสะดวกในการทำงานร่วมกันในกลุ่ม โดยจัดกิจกรรมและสภาพการณ์ที่จะกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความคิด และร่วมมือกันทำงานต่าง ๆ อย่างสนุกสนาน
3. เน้นให้ผู้เรียนเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำงานร่วมกัน รวมทั้งการแนะนำวิธีการทำงานให้ด้วย
4. ให้ความช่วยเหลือและจัดบรรยากาศที่จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ดีที่สุด ครูจะให้คำแนะนำช่วยเหลือเมื่อต้องการ

5. ให้กำลังใจและกระตุ้นให้นักเรียน เกิดความกระตือรือร้นในการแสดงความคิดอย่างอิสระ และแสดงความคิดอย่างเต็มที่

6. ครูจะเป็นเพียง ผู้ทำหน้าที่ประสานให้กระบวนการกลุ่มเป็นไปด้วยดีเท่านั้น และไม่ถือเอาการตัดสินใจของครูเป็นใหญ่

คุณค่าของกระบวนการกลุ่ม

ในการดำเนินการกลุ่มนั้น มีสิ่งที่เกิดขึ้นสองอย่าง อย่างหนึ่งคือความสำเร็จของกลุ่มหรือเรียกว่าเป็นผลิตผลของกลุ่ม (Product) อีกอย่างหนึ่งคือกระบวนการทำงานของกลุ่ม (Process) เพราะในขณะดำเนินงานของกลุ่มเกิดการปฏิสัมพันธ์ บุคคลจะมีความเจริญงอกงามมีการแก้ปัญหา มีความร่วมมือกัน ซึ่งในส่วนนี้ในเรื่องกระบวนการกลุ่มถือเป็นหัวใจสำคัญ จะมองข้ามไม่ได้เลย จึงอาจสรุปได้ว่า เรื่องกระบวนการของกลุ่ม (Process) มีความสำคัญเท่ากับหรือมากกว่าผลิตผลของกลุ่มเสียอีก (Product) ดังนั้น คุณค่าของกระบวนการกลุ่มจะอยู่ในขณะที่ดำเนินงานกลุ่ม บุคคลในกลุ่มหรือกลุ่มเองจะได้รับการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการไปในทางที่ดีขึ้น

สรุปในเรื่องกระบวนการกลุ่ม ผู้วิจัยได้ศึกษารายละเอียดเพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมกลุ่มที่เหมาะสม ในเรื่องขนาดของกลุ่มและระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อใช้ในการกำหนดรายละเอียดการจัดกิจกรรม กลุ่มย่อย ซึ่งเป็นกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้

การอภิปรายกลุ่ม (Group discussion)

การอภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีการที่นำมาใช้อย่างมากในการให้สุศึกษาแก่ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เป็นวิธีการที่ดีวิธีการหนึ่ง สมาชิกในกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็น และประสบการณ์ทางคำพูด ได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องที่อภิปรายในรูปธรรมและนามธรรม ช่วยให้กลุ่มได้แสวงหาข้อเท็จจริง แปลความหมายของข้อเท็จจริง แยกแยะความเข้าใจของตนเอง ขอมรับความคิดเห็นของคนอื่น การอภิปรายกลุ่มไม่ใช่เป็นการพูดเท่านั้น หรือไม่ใช่การรายงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งให้กับกลุ่ม ส่วนการตัดสินใจของกลุ่ม ไม่ใช่การยัดเยียดข้างมาก แต่เป็นการตัดสินใจโดยฟังเหตุผล ข้อเท็จจริง ความถูกต้องและความเหมาะสม ยึดหลักประชาธิปไตยให้อิสระในการออกความคิดเห็นเต็มที่ สมาชิกต่างให้ ความร่วมมือในการค้นหาทางแก้ปัญหาที่เข้ามาเกี่ยวข้องมากกว่าจะพูดถึงข้อเท็จจริงอย่างเดียว ถ้าความคิดของกลุ่มดีก็จะเท่ากับแต่ละบุคคลในกลุ่มมีความคิดที่ดี คุณภาพของกลุ่มจะดีเพียงใดขึ้นอยู่กับคุณภาพของสมาชิกในกลุ่มด้วย

การอภิปรายกลุ่ม ช่วยฝึกฝนให้ผู้เรียนได้ปรับตัวเข้ากับคนอื่น ๆ เข้ากับสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม ฝึกฝนการสะท้อนความคิดในการแก้ปัญหาาร่วมกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน งานบางอย่างไม่สามารถทำตามลำพังได้ หรือทำได้แต่ไม่ได้ผลดี แต่จะได้รับความสำเร็จ ถ้าทำโดยกลุ่ม ซึ่งเป็นการใช้เวลาอย่างฉลาด และมีคุณค่า

การอภิปรายกลุ่มเหมาะสำหรับสมาชิกจำนวนน้อย ประมาณ 10-12 คน ถ้าสมาชิกจำนวนมาก ทำให้ไม่มีโอกาสได้อภิปรายได้เต็มที่ สมาชิกมากเกินไปอาจจะทำให้เกิดการผูกขาดการพูดสมาชิกอาจแบ่งแยกเป็นกลุ่มย่อย ความคิดเห็นแตกแยกกัน การอภิปรายกลุ่มที่นำมาใช้ในงานสุศึกษา พบว่า ได้ผลดีเป็นที่นิยมกันมากสามารถจะใช้กับกลุ่มเป้าหมายทุกระดับการศึกษาทุกระดับอายุ เพราะเป็นการอภิปรายที่ไม่ได้นำไปสู่การหาคำตอบที่ตายตัว หรือคำตอบที่แน่นอน การประชุมกลุ่มช่วยให้สมาชิกได้ใช้ความคิดพิจารณาการใดตรงอย่างรอบคอบทุกแง่มุมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อจะนำไปสู่การประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดความเหมาะสมอิทธิพลของกลุ่มมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การตัดสินใจด้วยการยอมรับ สม่ครใจ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถาวร

ลักษณะของกลุ่มประกอบไปด้วยสมาชิกของกลุ่ม

1. มีตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป
2. มีความสำคัญในการเป็นสมาชิกกลุ่ม เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม
3. มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน
4. มีการให้ความช่วยเหลือพึ่งพาอาศัย ห่วงใยซึ่งกันและกัน มีความพอใจที่จะร่วมกลุ่มทำงานกับกลุ่ม
5. มีปฏิริยาสร้างสรรค์และการโต้ตอบซึ่งกันและกัน
6. มีพฤติกรรมเป็นแบบคล้าย ๆ กัน
7. มีการยอมรับ และการปฏิเสธการแสดงความคิดเห็น

เหตุผลที่ต้องมีการอภิปรายกลุ่ม คือ

1. เพื่อกำหนดปัญหาที่สำคัญและน่าสนใจ
2. เพื่อทราบถึงลักษณะและขอบเขตของปัญหาจะได้หาวิธีการแก้ปัญหาร่วมกัน
3. เพื่อจะได้เรียนรู้ถึงศิลป์ของการทำงานร่วมกัน ผลประโยชน์จากการทำงานร่วมกัน และการคิดสร้างสรรค์การทำงานร่วมกัน

4. เพื่อที่จะช่วยค้นหาแนวคิดใหม่ ๆ ในการแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง
5. เพื่อส่งเสริมความคุ้นเคยกับสมาชิกในกลุ่ม แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสพการณ์ซึ่งกันและกัน
6. เพื่อที่จะช่วยกันค้นหาแหล่งประโยชน์ วิธีการใหม่ที่จะมาช่วยการทำงานกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ
7. เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกมองเห็นปัญหา และเริ่มต้นงานอย่างเหมาะสม

ลักษณะการอภิปรายกลุ่มที่ดีควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ คือ

1. สมาชิกเข้าใจจุดมุ่งหมาย ขอบเขตของปัญหา หัวข้ออย่างชัดเจนรู้แนวทางในการอภิปราย สมาชิกจะต้องคุ้นเคยและเข้าใจสภาพของปัญหา
2. เตรียมวางแผนล่วงหน้า เช่น เตรียมหัวข้อปัญหาและแนวทางอภิปรายการแบ่งกลุ่ม เตรียมสถานที่ อุปกรณ์ที่จะใช้แผนที่วางไว้ควรจะยืดหยุ่นเพื่อความเหมาะสม
3. ควรสร้างสัมพันธไมตรี ระหว่างสมาชิกในกลุ่มให้สมาชิกมีความคุ้นเคยทำความรู้จักกัน เช่น จัดให้มีโปรแกรมการละลายพฤติกรรม สนับสนุนให้มีความร่วมมือซึ่งกันและกัน
4. การอภิปรายพิจารณาตัดสินใจปัญหาควรแยกแยะระหว่างอารมณ์และเหตุผลคือ ความแตกต่างระหว่างการตัดสินใจในเรื่องข้อเท็จจริงและความคิดเห็น
5. การติดต่อสื่อสารภายในกลุ่ม ควรให้เป็นไปอย่างเปิดเผยและทั่วถึง มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสพการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มโดยตรง
6. จัดบรรยากาศของการประชุมให้เป็นกันเอง ไม่เคร่งเครียด หรือเงียบเหงาเกินไป จัดบรรยากาศที่ส่งเสริมการอภิปราย ออกความคิดเห็นร่วมกัน
7. ควรกำหนดเวลาการประชุม เพื่อสมาชิกจะได้อภิปรายแก้ปัญหาในเวลาที่กำหนดให้พิจารณาถึงปัญหา หัวข้อที่จะแก้ไขต้องให้เหมาะสมกับเวลา
8. ไม่ควรให้คนใดคนหนึ่งในกลุ่มผูกขาดการพูด หรือดำเนินการประชุมตามลำพัง
9. พยายามให้สมาชิกแต่ละคนเข้าใจ และปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของตัวเองในการอภิปรายกลุ่ม ประธานควรจะเป็นผู้ที่มีความสามารถในการนำการอภิปราย
10. จัดให้มีการประเมินผล โดยสมาชิกของกลุ่มเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานของกลุ่มให้ประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

การอภิปรายกลุ่มช่วยสร้างให้เกิดคุณค่าแก่สมาชิกในกลุ่ม คือ

1. สร้างให้เกิดทักษะในการสะท้อนความคิด การคิดอย่างไตร่ตรองค้นคว้าหาเหตุผลในการร่วมประชุมออกความคิดเห็น สมาชิกในกลุ่มต่างก็ร่วมพิจารณาความคิดเห็นซึ่งกันและกัน
2. สร้างให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อสมาชิกในกลุ่ม มีจิตใจกว้างขวาง เปิดเผยจริงใจ รู้จักใช้การสะท้อนกลับให้กลุ่มได้สร้างสรรค์ในทางที่ดี
3. สร้างให้เกิดนิสัยในการเตรียมตัว ขวนขวายหาความรู้ให้พร้อมในปัญหาที่จะต้องอภิปรายซึ่งเป็น การเพิ่มพูนความรู้แก่ตัวเองและกลุ่ม
4. สร้างให้เกิดทักษะในการอภิปราย และการเสนอความคิดเห็นในกลุ่มตามแบบสังคมประชาธิปไตย
5. สร้างให้เกิดคุณค่าในการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคลในด้านต่าง ๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น การเปิดใจให้กว้าง การร่วมกันพิจารณาคัดค้านข้อสงสัย การรู้จักพิจารณาวิจารณ์ตัวเอง การให้ความร่วมมือแก่สมาชิกในกลุ่ม การให้ความเคารพในความเชื่อและความคิดเห็นของผู้อื่น การฝึกให้เกิดความกล้า เกิดความเชื่อมั่นในตัวเองมากขึ้น การฝึกทักษะในการพูด การสื่อสารกับคนอื่น

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกระบวนการกลุ่ม มาใช้ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาให้แก่สตรีกลุ่มตัวอย่าง โดยให้มีการอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์และผลกระทบที่เกิดจากโรคมะเร็งเต้านม ปัญหาและอุปสรรคที่ไม่ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเองตลอดจนหาแนวทางแก้ไขและทราบถึงผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งนำไปสู่การมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

2.4 กลวิธีการสุขศึกษา

กลวิธีการสุขศึกษา หมายถึง วิธีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแก่บุคคลหรือประชาชน เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นเกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมขึ้น ซึ่งจะต้องเลือกวิธีการสอนสุขศึกษาให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของประชาชน จึงจะช่วยให้การถ่ายทอดความรู้ไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (บุญยง เกี่ยวการค้า, 2526: 400-411) กลวิธีการสุขศึกษาที่นำมาใช้ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ มีอยู่ 2 วิธีด้วยกัน คือ

1. วิธีการศึกษาโดยการบรรยาย

การบรรยาย (Lecture) เป็นการพูดที่แสดงถึงความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนความคิดเห็นต่าง ๆ ของผู้พูด เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเรียนรู้ในเรื่องนั้น ๆ ต่อผู้ฟัง เป็นการให้ความรู้ที่ค่อนข้างจะเป็นทางการ แต่ก็เป็วิธีที่ง่ายในการสื่อความหมายแบบทางเดียว(One way Communication) โดยผู้บรรยายจะเป็นศูนย์กลางหรือเป็นหลัก

กลวิธีในการบรรยาย

1. ก่อนการบรรยาย ควรใช้วิธีการสนทนอย่างเป็นกันเองกับผู้ฟัง เพื่อปรับอารมณ์ทั้งผู้บรรยายและผู้ฟังให้พร้อมสำหรับการบรรยาย
2. กล่าวนำเนื้อหาสาระและเน้นในหัวข้อที่จะบรรยายให้ชัดเจนว่าบรรยายเกี่ยวกับเรื่องใด
3. ทิ้งช่วงจังหวะของการบรรยายให้เหมาะสมตามเนื้อหาที่จะบรรยาย บางครั้งอาจจะเร็วหรือช้า ดังหรือเบาแล้วแต่กรณี
4. ใช้ภาษาที่ฟังแล้วเข้าใจง่าย ถ้าไม่จำเป็นไม่ควรจะใช้ภาษาต่างประเทศ
5. เปิดโอกาสให้ผู้ฟังได้บันทึกข้อความที่มีสาระสำคัญโดยการพูดซ้ำ ๆ และทิ้งจังหวะให้เหมาะสม
6. แทรกตัวอย่างที่เป็นจริงระหว่างการบรรยายบ่อย ๆ จะทำให้รู้สึกว่าการบรรยายนั้นมีลักษณะของความเป็นจริง น่าเชื่อถือ
7. ก่อนจะจบการบรรยาย ควรสรุปเนื้อหาที่บรรยายมาอย่างย่อ ๆ ซ้ำอีกครั้งหนึ่งพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ฟังได้ซักถามในข้อสงสัยต่าง ๆ

ข้อดีของการบรรยาย

1. ใช้ได้กับกลุ่มผู้ฟังที่มีจำนวนน้อยหรือจำนวนมากก็ได้ และถ้าใช้สื่อบางอย่างประกอบการบรรยาย เช่น โทรทัศน์ วิทยุ ก็จะสามารถถ่ายทอดความรู้ไปยังผู้ฟังได้โดยไม่จำกัดจำนวน
2. เหมาะสำหรับการถ่ายทอดความรู้ทางทฤษฎี หลักการพื้นฐาน และข้อเท็จจริงต่าง ๆ
3. ผู้ฟังไม่ต้องเสียเวลาไปศึกษาหาความรู้เอง เพราะผู้บรรยายได้สรุปสาระสำคัญต่าง ๆ ให้แล้ว
4. เป็นการพัฒนาทักษะในการฟังของผู้ฟัง ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการรับรู้อย่างมีเหตุผลในเรื่องต่าง ๆ

ข้อจำกัดของการบรรยาย

1. ขาดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีผู้ฟังเป็นจำนวนมาก ไม่สามารถสนองความต้องการของผู้ฟังได้อย่างทั่วถึง
2. ถ้าผู้บรรยายขาดทักษะในการถ่ายทอดความรู้ หรือไม่มีความรู้เพียงพอ ก็จะทำให้ผู้ฟังเกิดความเบื่อหน่ายและไม่ได้ความรู้เท่าที่ควร
3. ไม่สามารถที่จะสร้างสรรค์ความคิดริเริ่ม หรือปรุงแต่งการบรรยายให้เหมาะสมกับผู้ฟังแต่ละคนได้

2. การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ (Demonstration)

การสาธิตเป็นวิธีการสอนชนิดหนึ่ง ที่มีการจัดเตรียมการสอนความรู้ ข้อเท็จจริงหลักการ แนวทางการปฏิบัติหรือกระบวนการทำที่ถูกต้อง โดยมีเครื่องมือ อุปกรณ์ประกอบการสาธิต มีการอธิบายให้เหตุผลประกอบการแสดง ให้มองเห็นกระบวนการกระทำที่แน่นอนช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมที่เรียนอย่างชัดเจน การสอนแบบสาธิตมีความหมายหลายประการ เช่น การสอนแบบสาธิตมุ่งเน้นให้เห็นทักษะ การใช้มือในการทำ การสาธิตยังรวมทั้งการใช้สื่อทัศนูปกรณ์ประกอบการสาธิตรวมทั้งการฉายภาพยนตร์ สไลด์ประกอบ และ/หรือ การสาธิต หมายถึง การสอนโดยมีการอธิบายประกอบการใช้เครื่องมือ วัสดุ โดยมีผู้เรียนคอยดู เน้นการเรียนรู้ที่เกิดจากการสังเกตโดยทั่ว ๆ ไป ครูหรือวิทยากรจะแสดงให้เห็นก่อน ในช่วงหลังจะเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกหัดทำภายใต้การควบคุมของครู ผู้นิเทศ หรือวิทยากร และ/หรือ การสาธิต คือการเตรียมการเสนอกิจกรรม กระบวนการ การดำเนินการบางอย่างล่วงหน้าอย่างรอบคอบแสดงให้เห็น ถึงการปฏิบัติควบคู่ไปกับการอธิบายทุกขั้นตอนการตั้งคำถาม การเข้าถึงขั้นตอนที่สำคัญที่ต้องเข้าใจ เพื่อจะได้ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง การสาธิตอาจจะหมายถึงการสอนโดยทำให้ดูเป็นตัวอย่าง การแสดงสาธิตประกอบ การอธิบายเป็นการให้ความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติควบคู่กันไป การสาธิตอาจจัดทำโดยครูผู้สอน บุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรือโดยเจ้าหน้าที่อนามัยมาร่วมกันสาธิตให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมนั้น ๆ โดยยึดหลักที่ว่า การสาธิตที่ดี คือการสื่อสารที่ดี การสาธิตได้นำมาใช้ในวงการวิชาชีพต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง เช่น ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข สังคม บริหารธุรกิจ การโฆษณาสินค้า การเกษตร การศึกษา และการฝึกอบรมต่าง ๆ การสาธิตสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายทุกระดับการศึกษา สามารถใช้ได้กับทุกยุคทุกสมัย การสาธิตมีโอกาที่จะใช้แทรกเข้าไปในเนื้อหาบางเรื่อง เป็นการช่วยไม่ให้ผู้เรียนสับสนยุ่งยาก ได้เรียนรู้ตามขั้นตอนง่ายต่อการเข้าใจ เช่น การสอนผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สามารถตรวจปัสสาวะ เพื่อหาจำนวนน้ำตาลด้วยตนเอง การสอนแม่ให้อาบน้ำเด็ก วิธีการใช้กระเป๋ายี่ห้อบ้านของพยาบาลสาธารณสุข สาธิต

การทำแผน การแปร่งฟันให้ถูกวิธี การสอนในสิ่งเหล่านี้ผู้เรียนจะปฏิบัติตามได้ถูกต้องจะใช้วิธีการบรรยายอย่างเดียวไม่ได้ผลเต็มที่ แต่ถ้าใช้วิธีการสาธิตจะทำให้เรียนรู้ได้เร็ว ถูกต้อง ประหยัดเวลา ทำให้บทเรียนนั้น ๆ เป็นที่น่าสนใจ น่าเชื่อถือ เกิดความประทับใจไม่ลืม สามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้อง

ชนิดของการสาธิต

การสาธิตอาจนำไปใช้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของเนื้อหา และกลุ่มผู้เรียน ดังนั้นจึงต้องมีการดัดแปลง และปรับปรุงเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการเรียนรู้ และบรรลุจุดมุ่งหมาย การสาธิตแบ่งออกเป็น 3 แนวคิดคือ

แนวคิดที่ 1 แบ่งการสาธิตออกเป็น 2 วิธี

1. การสาธิตแบบวิธีการ (Formal Demonstration) การแสดงการสาธิตที่มีการเตรียมล่วงหน้า มีการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบในกลุ่มผู้สาธิต มีผู้ช่วยการสาธิต แบ่งงานฝึกหัดทำ มีการเตรียมผู้เรียนล่วงหน้า ดังนั้นจึงทำให้การสาธิตมีความราบรื่น การแสดงมีระเบียบมีขั้นตอน มีวิธีการเฉพาะ สามารถควบคุมเวลา เนื้อหา กระบวนการต่าง ๆ ได้

2. การสาธิตแบบไม่เป็นพิธีการ (Informal Demonstration) ในระหว่างเรียนมีปัญหาไม่เข้าใจการปฏิบัติการบางอย่าง ผู้สอนมีความคิดเห็นว่าควรมีการสาธิตเนื้อหาบางตอน ผู้สอนก็สามารถที่จะจัดการสาธิตขึ้นมาโดยไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้า เป็นการสาธิตแบบไม่มีพิธีการผู้สาธิต ผู้เรียนต่างมีอิสระ

แนวคิดที่ 2 แบ่งการสาธิตออกเป็น 2 วิธี

1. การแสดงสาธิตมุ่งที่วิธีการ (Method Demonstration) วิธีการสาธิตแบบนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เรียนได้มองเห็นวิธีการ เทคนิคกระบวนการ เช่น การสาธิตการทำงานของเครื่องจักร เครื่องมือ การสาธิตการประกอบรถยนต์ พัดลม ตู้เย็น วิทยุ เป็นการสาธิตให้เห็นว่าจะทำอะไร กระบวนการขั้นตอน เทคนิค เกี่ยวกับอุปกรณ์นั้น โดยเน้นให้เห็นว่าทำ “อะไร” และทำ “อย่างไร” กระบวนการขั้นตอน กระบวนการตามหลักทฤษฎี กฎเกณฑ์ เทคนิค เน้นให้เห็นจุดสำคัญแต่ละจุด การเชื่อมโยงแต่ละขั้นตอน เน้นถึงอันตราย ข้อพึงระวัง ถ้าทำผิดพลาด ทำไม่ถูกวิธี จะไม่ได้ผล ถ้ามีความชำนาญทำถูกต้องจะใช้เวลาน้อย ๆ

2. การแสดงสาธิตมุ่งที่ผลงานออกมา (Result Demonstration) การสาธิตที่เน้นถึงกิจกรรมบางอย่าง โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้เรียนได้ดูผลที่เกิดตามมา ส่วนวิธีการปฏิบัติ หรือส่วนประกอบไม่กำหนดแน่นอนลงไป เช่น การสาธิตการประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือโรคหัวใจ การอาบน้ำเด็กทารก ซึ่งวิธีการอาบน้ำจะแบบไหนก็ได้โดยคำนึงถึงสภาพของแต่ละครอบครัว การกระทำเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายเดียวกันคือ เพื่อให้ร่างกายสะอาดเป็นการอาบน้ำเด็กที่ปลอดภัย สะดวก ประหยัดเวลาแรงงานและเหมาะสม

แนวคิดที่ 3 แบ่งการสาธิตออกเป็น 3 วิธี (ส่วนมากเป็นการสาธิตที่นำมาใช้ในโรงเรียน)

1. ครูหรือวิทยากรเป็นผู้เตรียมและแสดงการสาธิต นักเรียนมีหน้าที่ดู ฟัง สังเกต ชักถาม ครูจัดโอกาสให้นักเรียนได้ซักถาม ได้ฝึกซ้อม ให้นักเรียนมีส่วนร่วม ทำพร้อมครู

2. นักเรียนเป็นผู้แสดงการสาธิต ครูเป็นผู้มอบหมายงานให้นักเรียน อาจเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม ให้ได้เตรียมการสาธิต เรื่องใดเรื่องหนึ่งเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพโดยครูอาจกำหนดหัวข้อให้ หรือให้นักเรียนหาหัวเรื่องเอง นักเรียนก็จะเตรียมซักซ้อม ครูคอยเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำเมื่อนักเรียนมีปัญหา หรือทำไม่ถูกต้อง

3. ครูใช้วัสดุอุปกรณ์ช่วยประกอบการสาธิต ใช้ภาพยนตร์ สไลด์ ฟิล์มสตริป ภาพพลิก อุปกรณ์เหล่านี้จะช่วยทำให้มองเห็นการสาธิตในเรื่องนั้น ๆ อย่างชัดเจน เนื้อหาความรู้บางอย่างไม่สามารถนำมาสาธิตให้ดูได้บ่อย ๆ เช่น ด้านการแพทย์ การสาธิตการผ่าตัดหัวใจ สาธิตการทำคลอด สาธิตการเย็บแผล การทำแผล และอื่น ๆ การสาธิตเหล่านี้อาจทำเป็นภาพยนตร์ สามารถนำมาใช้สอนกับนักเรียนจำนวนมาก ๆ อาจทบทวนดูซ้ำบ่อย ๆ ได้เป็นการดึงดูดความสนใจของผู้เรียนให้ได้เห็นของจริง การแสดงต่อเนื่องเชื่อมโยง เป็นการสาธิตที่ประหยัดเวลาและแรงงานวิธีนี้อาจมีข้อเสียคือ ไม่มีโอกาสได้ฝึกปฏิบัติทำให้ลืมได้ การสาธิตแบบนี้บางครั้งต้องให้ความรู้เพิ่มเติม เพราะเป็นการสาธิตต้องลงทุนมากหรือไม่สามารถนำมาแสดงในห้องได้

ขั้นตอนการดำเนินการสาธิต

1. การเตรียมการสอน

1.1 ผู้สอนหรือผู้สาธิต ควรวางแผนด้วยความรอบคอบ พิจารณาว่าส่วนไหนของเนื้อหาที่จะนำมาสาธิตให้ผู้เรียนได้ดู จัดลำดับขั้นตอนของการสาธิตทั้งหมด อาจเขียนไว้บนกระดานหรือพิมพ์แจก ผู้สาธิตจะต้องฝึกซ้อมสิ่งที่จะสาธิตให้เกิดความชำนาญ ทำได้ถูกต้อง รักษาเวลาเริ่มต้น และยุติการสาธิตภายในเวลาที่กำหนดไว้

1.2 เขียนวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม ในการแสดงการสาธิตนั้น ๆ ระบุว่าต้องการให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ ความสามารถในการเรื่องอะไรมาอย่างน้อยเพียงใด ในการสาธิตแต่ละครั้งควรใช้กิจกรรมเพียงเรื่องเดียวเพื่อชักนำให้ผู้เรียนได้ทราบแนวคิดในเรื่องนั้น ๆ

1.3 การเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ วัสดุอุปกรณ์ บุคคลไว้ให้พร้อม ทดสอบเครื่องมือที่จะใช้ให้อยู่ในสภาพที่พร้อมที่จะใช้ได้เสมอ และใช้ได้ทันที ถ้ามีข้อติดขัดจะได้เตรียมแก้ไขไว้ล่วงหน้า

1.4 การเตรียมสถานที่ ควรจัดเตรียมสถานที่ห้องที่จะใช้แสดงการสาธิตไว้ให้พร้อมจัดสถานที่เก้าอี้ที่นั่ง ให้ผู้เรียนทุกคนสามารถมองเห็นการสาธิตได้ทั่วถึง อาจทำได้หลายวิธีเช่น การจัดโต๊ะการสาธิตให้อยู่ในระดับสูงการจัดที่นั่งอาจเป็นรูปครึ่งวงกลม หรือตัววี ตัวทีถ้า เป็นการสาธิต ที่จะต้องทำเป็นประจําอาจติดตั้งกระดานใหญ่ ทำมุมติดไว้ข้างหลังการสาธิตผู้ นั่งแถวหลัก ๆ สามารถมองเห็นการสาธิตจากกระดานได้ชัดเจน ถ้าการสาธิตใช้กับผู้เรียนกลุ่มใหญ่เพื่อให้เห็นการสาธิตอย่างทั่วถึง โดยการใช้โทรทัศน์วงจรเปิด ถ่ายทอดการสาธิต จะช่วยในการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย

1.5 จัดเตรียมผู้ช่วยการสาธิต ถ้าการสาธิตต้องใช้บุคคลช่วยหลายคน ควรได้กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ มีการซ้อม เพื่อให้การสาธิตดำเนินไปด้วยความราบรื่น เรียบร้อยรวดเร็ว น่าสนใจ ไม่ติดขัด เกิดการเรียนรู้ได้ดี

1.6 การเตรียมผู้เรียน การศึกษาผู้เรียนว่ามีความสนใจ มีความต้องการที่จะเรียนรู้ เรื่องที่จะสาธิตมากน้อยเพียงใด เตรียมผู้เรียนว่าควรจะสังเกตอะไรบ้าง

1.7 กำหนดช่วงเวลาของการสาธิต และเวลาที่จะอภิปรายซักถามหลักการสาธิต

1.8 จัดเตรียมแบบประเมินผลการสาธิต การเรียนรู้ และอื่น ๆ

2. ระหว่างการสาธิต

2.1 การบอกให้ทราบว่าทำอะไร? ทำไม? เพื่ออะไร?

2.2 การยกให้ดูเครื่องมือที่ใช้สาธิต การแนะนำและการชี้ให้ดูอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ เช่น ส่วนประกอบเครื่องปรุง สิ่งที่จะใช้ประกอบการสาธิตให้ผู้เรียนได้รู้จัก ค้นเคย อาจอธิบายถึงคุณสมบัติของเครื่องมือ อุปกรณ์ จำนวนที่จะต้องใช้ การดัดแปลงเครื่องใช้ จำนวนที่จะต้องใช้ ข้อกำหนดต่าง ๆ

2.3 การกระทำ ลงมือแสดงการสาธิต

2.3.1 การติดต่อสื่อสารผู้แสดงการสาธิต พยายามพูดให้เสียงดัง ฟังชัดได้ยินโดยทั่วถึงการสาธิตสำคัญอยู่ที่การอธิบาย ให้เหตุผลประกอบตามขั้นตอน เน้นในข้อ

สำคัญ ๆ อาจจะหยุดเพื่อการซักถามแล้วแต่จะเห็นสมควร ควรสรุปแต่ละขั้นตอนเพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจ (ผู้แสดงการสาธิตและผู้อธิบายอาจจะใช้คนละคนก็ได้แต่ต้องมีการเตรียมล่วงหน้าให้สอดคล้องกัน)

2.3.2 การสาธิตให้แบบเนียน คล่องแคล่ว ได้รับความสนใจ ตื่นเต้น มีชีวิตชีวา ไม่เฉื่อยชา หรือไม่รีบร้อน เพื่อให้ผู้เรียนติดตามการสาธิตได้ตลอด

2.3.3 ให้ผู้เรียนได้เห็นการสาธิตอย่างทั่วถึงได้ยินคำอธิบายได้ชัดเจน

2.3.4 ผู้สาธิตควรเน้นถึงลักษณะที่ดี สิ่งสำคัญควรจำและควรปฏิบัติในระหว่างที่สาธิตให้ดู เช่น การช้า ในสิ่งที่ต้องการให้ทำและสาธิตให้ดู ไม่ควรสาธิตในสิ่งที่ “ห้าม” หรือ “ไม่ให้ทำ” ให้ดู เช่น พูดว่าอย่าทำอย่างนี้และก็แสดงให้เห็นสิ่งที่ห้ามทำ ทำให้ผู้เรียนอาจจะจดจำในสิ่งที่ห้ามแต่ได้แสดงให้เห็น

2.3.5 ตลอดเวลาของการสาธิต ผู้สาธิตพยายามดึงดูดความสนใจของผู้เรียนพยายามแสดงการสาธิตให้เข้าใจง่าย พูดให้กลมกลื่นกับการสาธิต อย่าออกนอกเรื่อง ผู้สาธิต อาจเตรียมคำถามล่วงหน้า หรือให้ผู้เรียนมีโอกาสได้ฝึกปฏิบัติเก็บข้อมูล

2.3.6 ในระหว่างการแสดงการสาธิต คอยสังเกตว่าผู้เรียนมีปฏิกิริยาต่อการสาธิตอย่างไรบ้าง เช่น อาจแสดงอาการเบื่อหน่าย ไม่เห็นด้วย ขยี้กัน ถ้าพบผู้เรียนแสดงความไม่พอใจผู้สาธิตควรหยุดการสาธิต เพื่อสอบถามความต้องการของผู้เรียน ถ้าปัญหาเกิดจากการสาธิตไม่น่าสนใจจะได้แก้ไข

2.3.7 เพื่อให้ผู้เรียนติดตามการสาธิตได้ตลอด อาจแจกเอกสารที่อธิบายขั้นตอนการสาธิต ควรอธิบายไปตามขั้นตอนที่เขียนไว้ เพื่อให้ผู้เรียนได้ติดตาม การแจกเอกสารควรจะได้พิจารณาถึงความเหมาะสม เพราะบางครั้งการแจกเอกสารระหว่างสาธิต ผู้เรียนอาจสนใจดูเอกสารมากกว่าดูสาธิต

3. หลังการสาธิต

3.1 เมื่อเสร็จสิ้นการสาธิต ควรมีการประเมินผลผู้สาธิต และการเรียนรู้ของผู้เรียนการประเมินผลอาจทำได้หลายวิธี เช่น

3.1.1 การเปิดอภิปราย ภายหลังจากจบการสาธิต อาจแบ่งเป็นกลุ่มย่อยๆ ครูผู้สอนควรเตรียมหัวข้อสำหรับการอภิปราย เปิดโอกาสให้ซักถาม

3.1.2 การทดสอบโดยการใช้ข้อเขียน ครูเตรียมคำถาม แบบทดสอบให้ผู้เรียนได้ตอบ หรือจะใช้การสัมภาษณ์ เพื่อดูความเข้าใจ

3.2 ให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติทันที โดยเฉพาะหัวข้อที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เรียนเกิดทักษะ สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง เช่น ต้องการให้มารดาสามารถอาบน้ำเด็กได้อย่างถูกต้องปลอดภัย ในบางเรื่องจำเป็นจะต้องฝึกหัดกับของจริงหลาย ๆ ครั้ง จนเกิดความชำนาญความเชื่อมั่นในตัวเอง และทำให้ถูกต้องตามเทคนิค ดังนั้นการจัดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกหัดทันทีเป็น การเริ่มต้นที่ดี การนำวิธีการสาธิตมาใช้ ผู้สอนจะต้องรู้จักพิจารณาเลือกเนื้อหา หัวข้อที่สาธิตบาง หัวข้อไม่สามารถนำมาสอนแบบสาธิตได้ ถ้าได้เลือกหัวข้อที่เหมาะสมจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ อย่างมาก

ข้อดีของการสาธิต

1. มีประโยชน์สำหรับการเรียนในด้านปฏิบัติ เป็นการลดปัญหาการลองผิดลองถูกตลอด จนหลีกเลี่ยงการเข้าใจผิดในการปฏิบัติบางอย่าง
2. เป็นวิธีการสอนที่ผู้เรียนมีโอกาสได้เห็นของจริง ได้เห็นการปฏิบัติ มุ่งที่คุณภาพทำให้เกิดความเชื่ออย่างสนิทใจ และจำได้
3. เป็นวิธีการสอนที่ดึงดูดความสนใจ เราให้เกิดความประทับใจ ได้รับความสนุก ผู้เรียน ได้ติดตามการเรียนได้ตลอด เพราะเป็นการเสนอความรู้ที่ทำให้เนื้อหาง่ายและมีความชัดเจน
4. เป็นการฝึกประสาทสัมผัสทั้ง 5 เป็นวิธีการเรียนรู้ที่สามารถจัดให้ผ่านประสาทสัมผัส ทั้ง 5 ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ฝึกให้รู้จักสังเกตด้วยความระมัดระวัง
5. ช่วยประหยัดเวลาในการสอน ในการอธิบาย ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาได้รวดเร็วเพราะเน้น การแสดงให้เห็นได้เห็นของจริง ตรงกับสภาวะที่ว่า “สิบปากว่าไม่เท่าตาเห็น”
6. สามารถนำมาใช้ในการให้สุศึกษาทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม เน้นการตอบคำถาม “ทำไม” “อย่างไร”
7. ผู้เรียนมีโอกาสประเมินผลตัวเอง ได้ฝึกปฏิบัติทดสอบทำภายใต้การดูแลของครู ถ้าไม่ เข้าใจก็มีโอกาสซักถามได้ ผู้สอนมีโอกาสประเมินผลการสาธิตของตัวเอง และผู้เรียนได้

ข้อเสียของการสาธิต

ถึงแม้ว่าวิธีการสาธิตจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญ เป็นวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ เรียนเกิดการเรียนอย่างแท้จริง แต่วิธีการสอนแบบสาธิตก็มีข้อจำกัด ไม่สามารถนำไปใช้สอนได้ทุก เรื่อง ข้อเสียของการสาธิต เช่น

1. ถ้าผู้สาธิตไม่มีความรู้ความเข้าใจในจุดมุ่งหมาย เทคนิค วิธีการ ทำให้ผู้เรียนเกิด การสับสนได้ หรือถ้าไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้า จะทำให้เกิดความขลุกขลัก การสาธิตจะดำเนินไป โดยไม่ติดต่อกัน ทำให้ผู้เรียนเกิดความเบื่อหน่าย ไม่เกิดประโยชน์เสียเวลา

2. ถ้าเนื้อหาขุ่นยาก ไม่เหมาะสมกับการสาธิต ไม่สามารถสาธิตในเรื่องที่เป็นนามธรรมได้ หรือเรื่องที่มีขั้นตอนละเอียดอ่อนเกินไป

3. การสาธิตมีความขุ่นยากในการต้องจัดเตรียม เครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ สถานที่บางครั้งอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจัดเตรียม

4. การสาธิตคำนึงถึงการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ มากกว่าการใช้กำลังความคิด การสาธิตอาจมีปัญหาถ้าอุปกรณ์ที่นำมาแสดงใหญ่โตเกินไป เคลื่อนย้ายลำบาก หรือบางครั้งหายาก

5. จำนวนผู้เรียนถ้ากลุ่มใหญ่เกินไป ทำให้การมองเห็นและการได้ยินการสาธิตไม่ทั่วถึง ในด้านการฝึกทำให้การดูแลควบคุมการฝึกปฏิบัติได้ไม่ทั่วถึง

ประโยชน์ของการสาธิต

1. เข้าใจความสนใจได้เป็นอย่างดี และสอดคล้องกับจิตวิทยาการเรียนรู้ของผู้เรียน
2. เป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนเข้าใจกฎเกณฑ์ หลักการต่าง ๆ อย่างแจ่มแจ้ง
3. ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะทางวิทยาศาสตร์ในการสังเกตการพิสูจน์ทฤษฎีต่าง ๆ ให้มีการแสดงข้อเท็จจริงให้เห็น

การประเมินผลการสาธิต

ครูผู้สาธิตควรจะได้จัดให้มีการประเมินผลตัวเองและการแสดงการสาธิต เพื่อศึกษาข้อบกพร่อง ข้อเสนอแนะ นำมาปรับปรุงแก้ไขการสาธิตให้มีประสิทธิภาพ แนวทางที่ครูผู้สอนจะประเมินผลตัวเอง โดยการตอบคำถามต่อไปนี้

1. ท่านได้เตรียมตัวในการแสดงการสาธิตไว้มากน้อยเพียงใด การเตรียมได้มีการวางแผนตามขั้นตอนหรือไม่
2. วิธีการสาธิตทำได้อีกต้องตามเทคนิค จุดมุ่งหมายของการสาธิตหรือไม่
3. อุปกรณ์ที่เตรียมมาเหมาะสมหรือไม่ ได้ใช้อุปกรณ์ทั้งหมดหรือไม่ มีอุปกรณ์ใดที่ควรที่จะเพิ่มเติม อุปกรณ์ใดไม่เหมาะสม การแก้ไขควรจะทำอย่างไร
4. คำอธิบายประกอบการสาธิต ชัดเจนถูกต้อง มากน้อยเพียงใด การสาธิตช่วยทำให้เข้าใจบทเรียนเพิ่มขึ้นเพียงใด
5. ผู้เรียนให้ความสนใจ มีสมาธิ ในการเรียนหรือไม่
6. ผู้เรียนได้ดูการสาธิตและได้ยินคำอธิบายโดยทั่วถึง
7. ท่านได้กระตุ้นให้ผู้เรียนได้ซักถาม ออกความคิดเห็นมากน้อยเพียงใด
8. ท่านได้ให้โอกาสผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติ มีส่วนร่วมในการเรียนมากน้อยเพียงใด

9. ท่านได้ทบทวน สรุป เน้น เรื่องสำคัญ ๆ ให้ผู้เรียนได้ทราบอย่างน้อยเพียงใด
10. ท่านได้ประเมินผลการเรียนรู้หรือไม่

สรุป การสาธิตเป็นกลวิธีทางสุขศึกษาอีกวิธีการหนึ่งที่ผู้วิจัยใช้ในการทดลองครั้งนี้เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดทักษะในการปฏิบัติ เนื่องจากได้สังเกต และฝึกปฏิบัติภายใต้การดูแลของทีมผู้วิจัยสามารถซักถามได้หากไม่เข้าใจ ทำให้สตรีกลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 โรคมะเร็งเต้านม

ลาวัลย์ มัสโอติ (2532 : 95-101) ศึกษาประสิทธิผลของการสอนสุขศึกษาเรื่องการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้วีดิโอเทปและเอกสารแผ่นพับ ร่วมกับการกระตุ้นเตือนใน นักศึกษาวิทยาลัยครูสวนสุนันทาและวิทยาลัยครูสวนดุสิต อายุระหว่าง 20-25 ปี จำนวน 96 คน โดยประยุกต์กรอบแนวคิดจากรูปแบบความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และเทคนิคการกระตุ้นเตือน (Prompting) โดยกลุ่มทดลองที่ 1 จำนวน 40 คน ได้รับการสอนตามโปรแกรม แต่ขาดการกระตุ้นเตือน กลุ่มทดลองที่ 2 จำนวน 56 คน ได้รับการสอนตามโปรแกรมและได้รับการกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการกระตุ้นเตือน กลุ่มที่ 2 มีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และความเชื่อต่อ อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าทดลองที่ 1 แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ เนื่องจากทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการสอนสุขศึกษาเหมือนกัน สำหรับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นเตือนมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ มากกว่ากลุ่มที่ 1 และยังพบว่าตัวแปรทางสังคม คือ อายุ สถานภาพสมรส ประสิทธิภาพส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

โสพรรณ โพทะยะ (2532 : 107-108) ศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน จำนวน 750 คนพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ อาชีพและระดับการศึกษา สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติการตรวจเต้านมสตรีได้ร้อยละ 16.5

วิมล คำสวัสดิ์ (2535: ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแม่บ้านอาสาสมัคร ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในชุมชนแออัดเขตกรุงเทพมหานคร โดยการสอนและสาธิตให้กับอาสาสมัครแม่บ้านในเรื่องมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมถึงศิลปการให้คำแนะนำ หลังจากนั้นจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้กับสตรีกลุ่มทดลองโดยการประชุมกลุ่มย่อย การบรรยายเรื่องมะเร็งเต้านมประกอบโปสเตอร์ การทบทวนโดยการชมวีดิทัศน์ การสาธิตและการฝึกทักษะการตรวจจากเจ้าหน้าที่ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแม่บ้านอาสาสมัคร โดยการทบทวนและกระตุ้นเตือนเดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 เดือน สามารถทำให้สตรีเกิดความรู้ ทักษะ และปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมได้ถูกต้องมากกว่าก่อนดำเนินโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสามารถตรวจเต้านมได้อย่างถูกต้องต่อเนื่องตามระยะเวลาที่เหมาะสม

ัญญา นารายณ์รักษ์ (2535 : ก-ข) ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในนักศึกษาหญิงวิทยาลัยครูนครราชสีมา โดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้การจัดกิจกรรมและอุปกรณ์การสอน โดยการบรรยายประกอบวีดิโอเทปเรื่องมะเร็งเต้านม และการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (CAI) บทเรียนแบบโปรแกรม (ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง) การสาธิตและฝึก ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองประกอบโปสเตอร์และหุ่นเต้านมเทียม 1 ครั้ง และการประชุมกลุ่มในเรื่องการทบทวนความรู้ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และหลักการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากกิจกรรมดังกล่าวสามารถทำให้นักเรียนหญิงวิทยาลัยครูนครราชสีมา มีความรู้ ทักษะ และปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองถูกต้อง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นราวดี สันสยะ (2539 : ก-ข) ศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงวิทยาลัยเทคนิคชุมพร โดยประยุกต์แนวความคิดการตรวจชายตรงแบบหลายชั้นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษา จำนวน 261 คน นักศึกษาทุกคนจะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ดำเนินการโดยตัวแทนที่ผ่านการฝึกอบรมจำนวน 20 คน ทำการขยายเครือข่ายแบบกฏทวีคูณในอัตรา 1 : 3 ด้วยวิธีการสนทนากลุ่มย่อยหรือรายบุคคล และฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังการทดลองพบว่า ตัวแทนนักศึกษาสามารถขยายเครือข่ายได้ถึงร้อยละ 100 โดยขยาย 3 ระดับชั้นเครือข่าย นักศึกษามีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองต่อพฤติกรรมเต้านมด้วยตนเอง ความมั่นใจในการขยายเครือข่ายการตรวจเต้านม

ด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันระหว่าง ขั้นตอนมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความมั่นใจในการขยายเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและ ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จิรวรรณ กมลชัย (2540 : ก-ข) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในการตรวจหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกด้วยตนเองของสตรีในชนบท จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการให้อาสาสมัครสาธารณสุขให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม เพื่อสร้างความตื่นตัวแก่สตรีและชักชวนเข้าร่วมกิจกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดกิจกรรมการบรรยายประกอบวีดิทัศน์ สนทนากลุ่มเรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การใช้ตัวแบบมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิตและฝึกปฏิบัติกับเต้านมเทียม 2 ครั้ง และการกระตุ้นเตือนจากอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาดังกล่าวสามารถทำให้สตรีมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความตั้งใจในการมีพฤติกรรม และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่พึงประสงค์ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรรณภา จิตดำรงขันติ (2540 : ก) ศึกษาผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนและการให้คำแนะนำปกติ ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของแรงงานสตรี ในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลาง เขตกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองมาใช้ในการ จัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายประกอบสไลด์ 2 ครั้ง แจกเอกสารและคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แผ่นพับ และมีการพูดชักจูง ชมเชยและให้กำลังใจ มีการฝึกทักษะรายบุคคลที่ห้องพยาบาล และเขียนคำขวัญเตือนความจำ พบว่าแรงงานสตรีกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฉวีวรรณ พลแสน (2541 : ง) ศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจด้านมด้วยตนเอง ผ่านตัวแทนสตรีในเขตสุขภาพิบาล อำเภอร่องทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นแนวทางกำหนดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย การบรรยาย การใช้ตัวแบบ กระบวนการกลุ่ม การสาธิต และฝึกปฏิบัติ และการกระตุ้นเตือนจากตัวแทนสตรี พบว่าโปรแกรมสุขภาพ ดั่งกล่าวสามารถทำให้สตรีมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจด้านมด้วยตนเอง และมีพฤติกรรม การตรวจด้านมด้วยตนเองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปริญดา ทนคำ (2541 : ง) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงงใจในการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจด้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิง สถาบันราชภัฏนครสวรรค์ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงงใจในการป้องกันโรคร่วมกับการสอน เพื่อให้เกิดทักษะและกระบวนการกลุ่มและการกระตุ้นเตือนจากเพื่อนสนิทของนักศึกษาหญิง บัสดี้ (Buddy) พบว่าโปรแกรมสุขภาพดั่งกล่าวสามารถทำให้สตรีมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การตรวจด้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรม การตรวจด้านมด้วยตนเองที่พึงประสงค์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรม การตรวจด้านม ด้วยตนเองที่พึงประสงค์

3.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

ธอร์น (Thorn, 1993 : 512 อ้างในฉวีวรรณ พลแสน, 2541 : 48) ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรร ความรู้และความรู้สึก ความเชื่อกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ โดยทดสอบความถี่ของการตรวจด้านมด้วยตนเอง กับความเชื่อทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความเชื่ออำนาจ ภายใน-ภายนอกตน ทำการทดสอบกับผู้รับบริการหน่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลจำนวน 150 คน ซึ่งเข้าร่วมฝึกเทคนิคการตรวจด้านมด้วยตนเอง พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองและความเชื่อทางสุขภาพของการรับรู้โอกาสเสี่ยง และอุปสรรค มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความถี่ ของการตรวจด้านมด้วยตนเอง ส่วนความเชื่อเรื่องอำนาจภายใน-ภายนอกตน ไม่มีความสัมพันธ์กัน

พินโต (Pinto, 1993 : 5992 อ้างในฉวีวรรณ พลเสน, 2541 : 48) ศึกษาถึงทักษะการฝึกฝนและความคงทนของทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีอายุ 25-64 ปี จำนวน 29 คน สตรีกลุ่มทดลองถูกพบทวนการฝึกทุก 2 เดือน และตรวจสอบเมื่อครบ 4 เดือน และ 1 ปี วัดความถี่ในการตรวจและความรู้ ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม แต่กลุ่มควบคุมมีอัตราการลดลงของ ความชำนาญในการตรวจ ภายหลังการทดลองและระยะติดตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มทดลองมีความชำนาญลดลงเล็กน้อยโดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

แอสซาฟ (Assaf, 1985 : 259-272 อ้างในฉวีวรรณ พลเสน, 2541 : 49) ศึกษาเปรียบเทียบวิธีการสอนให้สตรีปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าการแจกแผ่นพับหรือการฉายภาพยนตร์มีผลให้สตรีปฏิบัติการตรวจเต้านมน้อยมาก แต่ถ้าให้สตรีฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมจำลอง จะช่วยให้สตรีลดพบความผิดปกติของเต้านมได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สตัลแมน (Stillman, 1981 : 121-127 อ้างในฉวีวรรณ พลเสน, 2541 : 49) ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของสตรีในเรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยประยุกต์ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพมาจัดกิจกรรม ในสตรีจำนวน 122 คน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 99 รับรู้ผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 87 รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 48 ตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอเดือนละ 1 ครั้ง และมากกว่าร้อยละ 20 ที่มีความเชื่อในเรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่ไม่มีการปฏิบัติตาม ดังนั้นจะไม่อาจสรุปได้ว่าความเชื่อจะนำไปสู่การปฏิบัติ เนื่องจากมีปัจจัยอื่น ๆ มาเกี่ยวข้อง ได้แก่ ความอาย อิทธิพลจากการเล็งดูในวัยเด็กที่เคร่งครัด ซึ่งจะมีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติ นอกจากนี้สตรีจำนวนมากที่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไม่แน่ใจว่าตนสามารถพบความผิดปกติได้

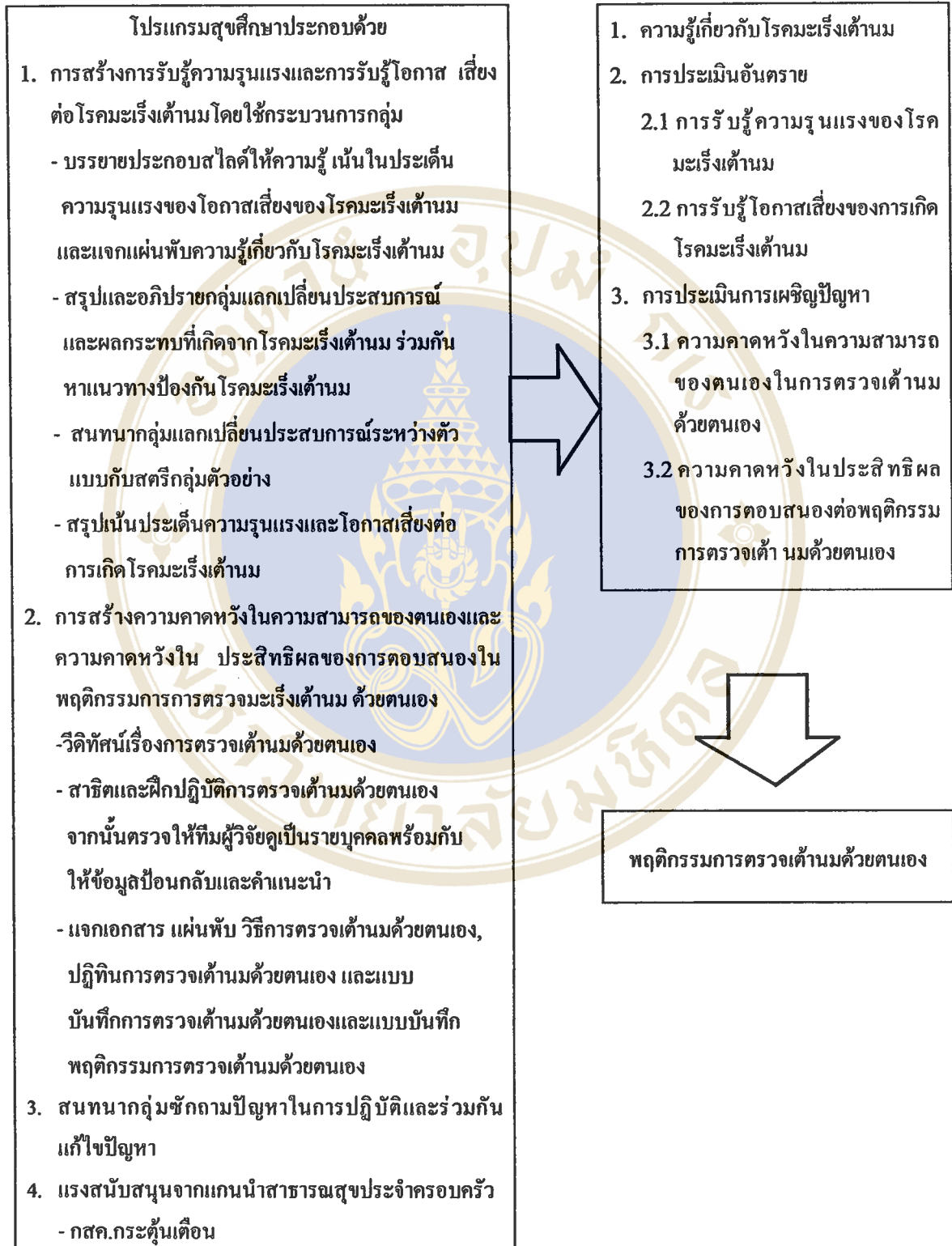
เอ็ดเวิร์ด (Edwards, 1980 : 301-306 อ้างในฉวีวรรณ พลเสน, 2541 : 49) ได้ศึกษาผลของการสอนแบบต่าง ๆ แก่สตรีที่มารับบริการจากคลินิกสอนการตรวจหามะเร็งเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 130 คน โดยศึกษาเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการสอนแบบสาธิตเพียงอย่างเดียว กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการสอนแบบสาธิตประกอบการปฏิบัติ กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการสอนแบบสาธิตประกอบการเตือนตนเอง และกลุ่มทดลองที่ 3 ได้รับการสอนแบบสาธิตประกอบการกระตุ้นเตือนจากเพื่อน ผลการทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยที่สุด ในขณะที่กลุ่มทดลองที่ 1 มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองไปในทิศทางที่ดีมากที่สุด แต่ไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีผู้ศึกษาในเรื่อง พฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเอง โดยใช้ทฤษฎีและแนวคิดต่าง ๆ มากมาย เช่น แบบแผนความเชื่อด้านพฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีความสามารถตนเอง ทฤษฎีแรงงูใจเพื่อป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคม จากแนวคิดทฤษฎีแรงงูใจเพื่อป้องกัน เชื่อว่าบุคคลจะมีแรงงูใจที่จะทำพฤติกรรม ถ้าได้รับรู้ว่ากำลังมีอันตราย ต่อสุขภาพของตนเองและรับรู้ว่าการตอบสนองของคนนั้นมีประสิทธิผลและตนเองสามารถจะทำการตอบสนองด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จะส่งผลให้เกิดความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มยังเป็นวิธีการที่เหมาะสมในการที่จะนำมาใช้เพื่อก่อให้เกิดการเรียนรู้และตัดสินใจในการที่จะมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เพราะอิทธิพลของกลุ่มมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการยอมรับและสมัครใจ นำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีวต่อไป นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งคาดว่าจะเกี่ยวข้องและมีผลต่อพฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเอง โดยการกระตุ้นเตือน จากแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นผู้วิจัยคิดว่าการนำทฤษฎีแรงงูใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนจากแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัวมาใช้ โดยจัดกิจกรรมสุขศึกษา ประกอบด้วยการบรรยายประกอบสไลด์ กระบวนการกลุ่ม การใช้ตัวแบบ การสาธิตและฝึกทักษะการตรวจด้านมด้วยตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) เป็นผู้กระตุ้นเตือน จะทำให้สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีพฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งกระบวนการในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัย ดังแสดงใน แผนภูมิที่ 3



ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

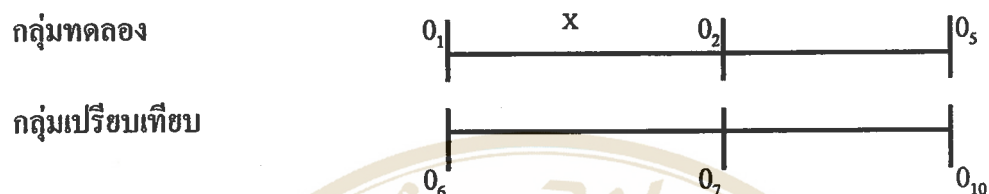
ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิด ทฤษฎี ผลการวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวคิดในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบการทดลอง ประชากร และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การดำเนินการทดลองการเก็บรวบรวมข้อมูล และแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล ดังมีการดำเนินการดังนี้

1. รูปแบบการวิจัยและแผนภูมิการทดลอง
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. รูปแบบการวิจัยและแผนภูมิการทดลอง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับการจัดโปรแกรมดังกล่าว และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest - Posttest Design) ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งสิ้น 15 สัปดาห์ ซึ่งมีรูปแบบและแผนภูมิการทดลองดังนี้

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

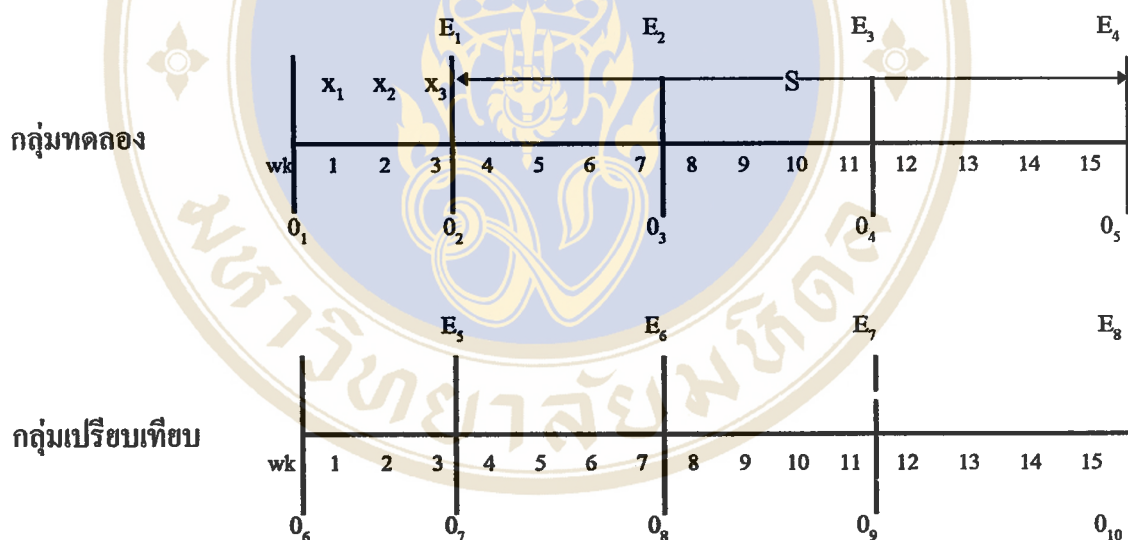


0₁, 0₆ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

0₂, 0₇ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

0₅, 0₁₀ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลระยะติดตามผล

X หมายถึง โปรแกรมสุขภาพ



แผนภูมิที่ 4 แผนภูมิการทดลอง

0₁, 0₆ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

- O_2, O_7 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบในปลายสัปดาห์ที่ 3 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ เพื่อประเมินเกี่ยวกับความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ในพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังการทดลองครั้งที่ 1
- O_5, O_{10} หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองครั้งที่ 2 ปลายสัปดาห์ที่ 15
- X_1 หมายถึง การจัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 1 เป็นขั้นตอนให้เกิดความรู้ การรับรู้ถึง ความรุนแรงและรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านม โดยการบรรยายประกอบไลด์ให้ความรู้เน้น ในประเด็นความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมและโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม แจกเอกสารแผ่นพับ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์และผลกระทบที่เกิด จากโรคมะเร็งเต้านมร่วมกันหาแนวทาง การป้องกันโรคมะเร็งเต้านม สนทนากลุ่ม พุดคุยซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระหว่างตัวแบบกับสตรีกลุ่มตัวอย่าง
- X_2 หมายถึง การจัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 2 เป็นขั้นตอนให้เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง พัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยวิธีทัศน และการสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับโมเดลเต้านมฝึกปฏิบัติ ตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากนั้นตรวจให้ทีมผู้วิจัยดูเป็นรายบุคคลพร้อมกันให้ข้อมูลป้อนกลับและคำแนะนำพุดคุยเชิงใจแจกเอกสารแผ่นพับ วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปฏิทินและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแบบบันทึก พฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
- X_3 หมายถึง การจัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 3 โดยการสนทนากลุ่ม พุดคุยซักถามปัญหา นำเสนอผลการปฏิบัติ การฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเองที่บ้านว่า มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา ประเมินผลทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองครั้งที่ 1 ในรายที่ยังขาดทักษะให้ฝึกตรวจจนเกิดความชำนาญ ตรวจเต้านมให้สตรีกลุ่มตัวอย่างทุกคน โดยเจ้าหน้าที่จากศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ

$E_1E_2E_3E_4$ หมายถึง ผู้วิจัยประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสตรี ของกลุ่มทดลองครั้งที่ 1,2,3 และ 4 ในสัปดาห์ที่ 4,7,11,15 ตามลำดับ ใช้บ้านของ กสค.เป็นสถานที่ตรวจพร้อมทั้งรับทราบผลการประเมินโดยผู้วิจัยให้ข้อมูลป้อนกลับ

$E_5E_6E_7E_8$ หมายถึง ผู้วิจัยประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีกลุ่มเปรียบเทียบ ครั้งที่ 1,2,3, และ 4 ในสัปดาห์ที่ 4,7,11,15 ตามลำดับ

S หมายถึง การให้แรงสนับสนุนทางสังคมจาก กสค. ถ้ายังไม่ได้ตรวจ ก็กระตุ้นเตือนให้ตรวจพร้อมให้กำลังใจ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี และไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่อาศัยอยู่ในบ้านหนองนาถุ่ม หมู่ 7 ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. การคัดเลือกอำเภอที่ใช้ในการวิจัย โดยพิจารณาตามเกณฑ์ต่อไปนี้
 - 1.1 เลือกอำเภอที่มีโอกาสเสี่ยงสูง อำเภอเมือง มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม มากกว่าเขตชนบท
 - 1.2 มีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับ 1
 - 1.3 การติดต่อสื่อสารใช้ภาษากลาง หรือภาษาโคราช เพื่อป้องกันอุปสรรคจากการสื่อสาร

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พบว่า อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เป็นอำเภอที่มีคุณลักษณะดังกล่าว

2. ผู้วิจัยคัดเลือกตำบลสำหรับการศึกษา ตามเกณฑ์ คือ เลือกตำบลที่มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านม โดยเลือกตำบลหมื่นไวย เป็นตำบลในการวิจัย เนื่องจากตำบลดังกล่าวมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านม

3. ผู้วิจัยคัดเลือกหมู่บ้านที่จะใช้ในการทดลอง และหมู่บ้านเปรียบเทียบ โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ดังนี้

3.1 มีจำนวนหลังคาเรือนไม่น้อยกว่า 100-150 หลังคาเรือน การคมนาคม สะดวก และอยู่ห่างจากสถานีนามัยใกล้เคียงกัน

3.2 จำนวนประชากรทั้งสองหมู่บ้านใกล้เคียงกันสภาพแวดล้อมทางสังคมและลักษณะภูมิศาสตร์ที่ตั้งของหมู่บ้านคล้ายคลึงกัน

จากการใช้เกณฑ์ และการสอบถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ได้ 2 หมู่บ้านที่เข้าเกณฑ์ ใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากได้ครั้งแรกเป็นกลุ่มทดลอง ได้หมู่ 7 บ้านหนองนาถุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง และจับฉลากครั้งที่ 2 เป็นหมู่บ้านเปรียบเทียบกับ ได้หมู่ 4 บ้านโนนสูง เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

4. การคัดเลือกสตรีกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดคุณสมบัติ ไว้ดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-40 ปี
2. สามารถอ่านออกเขียนได้
3. ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง หรือตรวจไม่ถูกวิธีมาก่อน
4. ไม่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์
5. ไม่เคยมีประวัติเป็นก้อนที่เต้านมหรือโรคมะเร็งเต้านมมาก่อน
6. อาศัยอยู่ในชุมชนตลอดระยะเวลาการวิจัย
7. ไม่เป็น กสค.
8. สวมครใจเข้าร่วมโครงการ

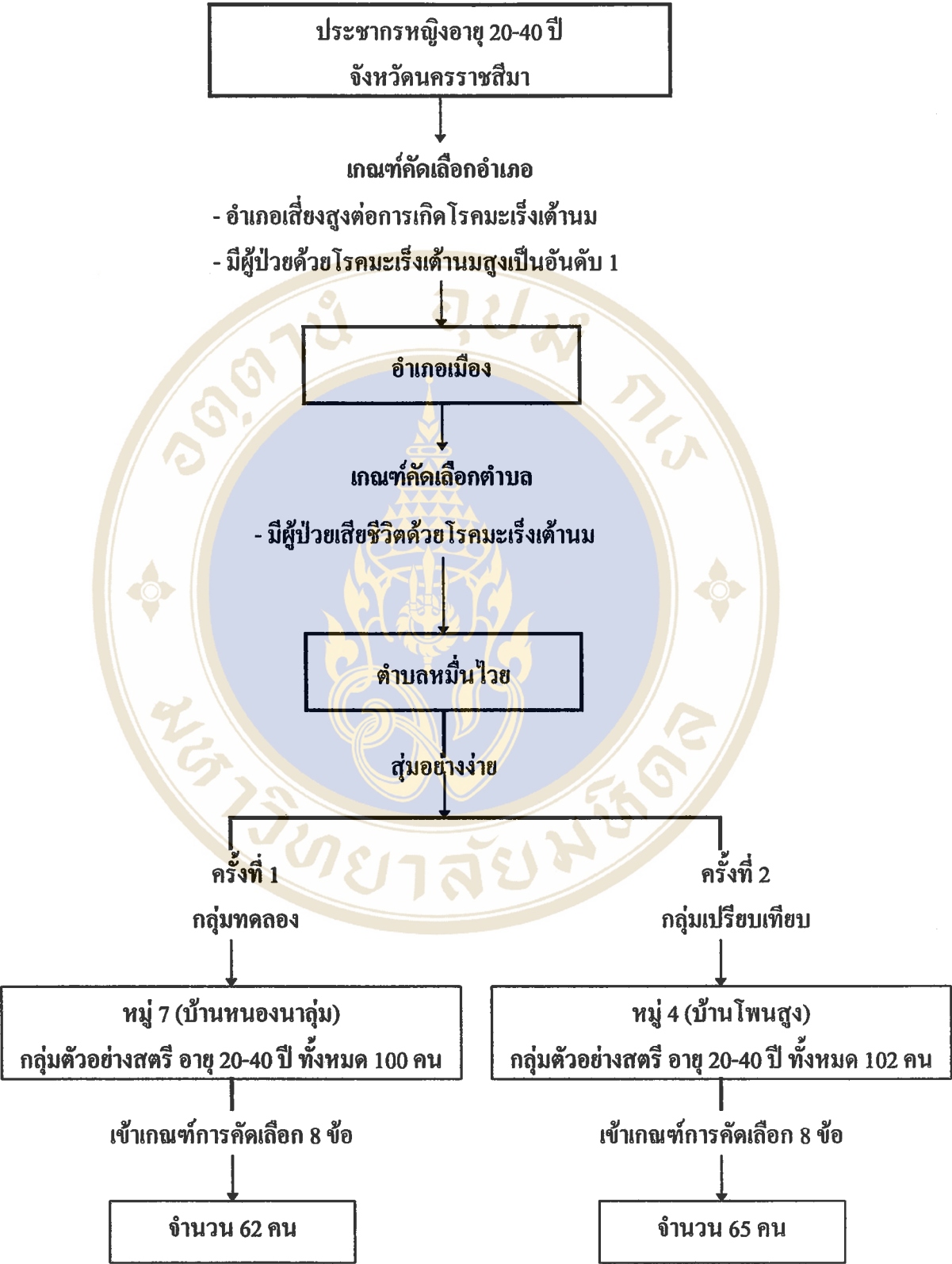
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง

จำนวนสตรีที่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี หมู่ 7 บ้านหนองนาถุ่ม ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนทั้งหมด 100 คน ในจำนวนนี้มีผู้ที่เป็นแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) 38 คน คงเหลือสตรีอายุ 20-40 ปี จำนวน 62 คน นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และหลังจากการทดลอง คงเหลือสตรีกลุ่มตัวอย่าง 50 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ

จำนวนสตรีที่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี หมู่ 4 บ้านโนนสูง ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนทั้งหมด 102 คน ในจำนวนนี้มีผู้ที่เป็นแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) 37 คน คงเหลือสตรีอายุ 20-40 ปี จำนวน 65 คน นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และหลังจากการทดลอง คงเหลือสตรีกลุ่มตัวอย่าง 52 คน



แผนภูมิที่ 5 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้กระตุ้นเตือนสตรีกับสตรีกลุ่มทดลอง คือ แกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อ กสค. ของสตรีกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อ กสค. เพื่อนัดหมาย กสค. เข้าอบรมในเรื่องของบทบาทของ กสค. ในการกระตุ้นเตือนสตรีกลุ่มตัวอย่างที่ตนเองรับผิดชอบ

คุณสมบัติของ กสค.

1. ไม่เป็นผู้พิการ หูหนวก ตาบอด หรือป่วยเป็นโรคเรื้อรังนาน ๆ
2. อ่านออกเขียนได้
3. มีการปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยเป็นตัวอย่างที่ดีแก่คนในบ้าน เพื่อนบ้านได้
4. สมัครใจเป็น กสค. ประจำครอบครัวตนเอง

บทบาทของ กสค.

กระตุ้นเตือนให้กำลังใจสตรีกลุ่มตัวอย่างที่ตนเองรับผิดชอบในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เมื่อครบกำหนดตรวจแล้ว 2 วัน ยังไม่ได้ตรวจให้กระตุ้นเตือนด้วยคำพูดชักชวนและให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนให้มีการตรวจอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง กระตุ้นเตือนติดต่อกัน 3 วัน เมื่อสตรีกลุ่มทดลองตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้วให้หยุดกระตุ้นเตือน และให้กระตุ้นเตือนในเดือนถัดไป

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1.1 แบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ชื่อ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยก้อนที่เต้านม หรือเป็นมะเร็งเต้านมของญาติ หรือบุคคลในครอบครัว

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งประกอบด้วยสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคมะเร็งเต้านม โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม อาการ และความรุนแรงระยะต่าง ๆ ของโรคมะเร็งเต้านม การรักษาและการป้องกัน วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ลักษณะคำถามมีคำตอบให้เลือก 4 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้อง ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน

การวิเคราะห์ระดับคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ตามเกณฑ์การประเมินความรู้จากการเรียนรู้ของ บลูม (Bloom) (1971 : 47)

- ระดับสูง หมายถึง สตรีกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสัมพัทธ์ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ได้คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม (12-15 คะแนน)
- ระดับปานกลาง หมายถึง สตรีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมพัทธ์ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ได้คะแนน คิดเป็นร้อยละ 60-79.9 ของคะแนนเต็ม (9-11 คะแนน)
- ระดับต่ำ หมายถึง สตรีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมพัทธ์ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ได้คะแนน คิดเป็นร้อยละ 0.0 - 59.9 ของคะแนนเต็ม (0-8 คะแนน)

จากข้อคำถามในหมวดความรู้ จำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อมีช่วงคะแนน 0 - 1 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด - สูงสุดเท่ากับ 0 - 15 คะแนน

ส่วนที่ 3,4,5,6 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นคำถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นในข้อคำถามที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วย	ได้ 3 คะแนน	ได้ 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้ 2 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้ 1 คะแนน	ได้ 3 คะแนน

จากข้อคำถามในหมวดการรับรู้และความคาดหวัง โดยในแต่ละส่วนมีจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อเท่ากัน มีช่วงคะแนนแต่ละข้อระหว่าง 1-3 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด-สูงสุด เท่ากับ 12-36 คะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับของการรับรู้และความคาดหวังอิงเกณฑ์ตามเกณฑ์การประเมินของ บลูม (Bloom) (1971:47)

การแปลผลคะแนน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง เนื่องจากแต่ละส่วนมีจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ และมีคะแนนต่ำสุด - สูงสุด เท่ากับ 12-36 คะแนน เท่ากัน จึงมีการแปลผลคะแนนไม่แตกต่างกันดังนี้

การรับรู้หรือความคาดหวังระดับต่ำ	คะแนน	12-25	คะแนน
การรับรู้หรือความคาดหวังระดับปานกลาง	คะแนน	26-30	คะแนน
การรับรู้หรือความคาดหวังระดับสูง	คะแนน	31-36	คะแนน

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	คำถาม	คำตอบ
เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่	เคยตรวจ ไม่เคยตรวจ	- ได้ 0 คะแนน
ตรวจเต้านมด้วยวิธีใด	ตรวจขณะอาบน้ำ ตรวจหน้ากระจกเงา ตรวจท่านอนราบ บีบหัวนม วิธีอื่น ๆ	ได้วิธีละ 1 คะแนน รวม 4 คะแนน ได้ 0 คะแนน
ตรวจเต้านมบ่อยเพียงใด	เดือนละ 1 ครั้ง	ได้ 2 คะแนน
ตรวจในช่วงเวลาใด	ไม่แน่นอนแล้วแต่โอกาสที่ว่าง หลังหมดประจำเดือน 7 วัน/หรือ ในกรณีประจำเดือนไม่มา ตรวจ ทุกวันที่เดียวกันของทุกเดือน ตอบนอกเหนือจากนี้	ได้ 1 คะแนน ได้ 2 คะแนน ได้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนการมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มี คะแนนเต็มทั้งหมด 8 คะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งดังนี้

- ตรวจได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ (8 คะแนน)
- ตรวจแต่ไม่ถูกต้องและสม่ำเสมอ (1-7 คะแนน)
- ไม่ได้ตรวจเลย (0 คะแนน)

3.1.2 แบบบันทึกพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Self Report) เป็นแบบบันทึกที่ให้กลุ่มตัวอย่างระบุถึงจำนวนครั้งของการตรวจ วิธีการตรวจ วันที่มีประจำเดือนวันสุดท้าย วันที่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง วันที่ได้รับการกระตุ้นเดือนจาก กสศ.และผลการตรวจที่พบในแต่ละเดือน

3.1.3 แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นแบบบันทึกผลการตรวจ เต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินทักษะ การตรวจเต้านมด้วยตนเองในประเด็น ทำตรวจ ขั้นตอน วิธีการตรวจ ทักษะการตรวจ โดยสตรีกลุ่มตัวอย่างตรวจให้ผู้วิจัยดูเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งได้รับข้อมูลป้อนกลับ คำแนะนำ เพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

3.1.4 แบบบันทึกการปฏิบัติงานของ กสศ. เพื่อบันทึกการกระตุ้นเดือนแก่สตรีกลุ่มตัวอย่าง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเองในแต่ละเดือน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพ

3.2.1 แผนการจัดกิจกรรมสุขภาพ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมในสตรีไทย ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม สาเหตุ อาการ การรักษา และการป้องกันมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก ด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยเน้นถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม โดยบรรยายประกอบสไลด์ เรื่องมะเร็งเต้านม ความยาว 15 นาที จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และบทบาทของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสศ.) ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

3.2.2 วิดีทัศน์ เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความยาว 20 นาที ซึ่งมีสถานการณ์จำลอง และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองจาก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

3.2.3 โปสเตอร์/แผ่นพับ เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

3.2.4 ปฏิทินการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

3.2.5 หุ่นจำลองเต้านม จากกระทรวงสาธารณสุข

3.2.6 ตัวแบบด้านลบ เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอายุ 48 ปีขึ้นไปปัจจุบันได้ผ่าตัดเต้านมออกแล้ว 1 ข้าง

ตัวแบบด้านบวก เป็นผู้ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมออายุ 31 ปี เคยผ่าตัดก้อนที่เต้านม จากการตรวจพบเองในระยะเริ่มแรก

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษารวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาสภาพปัญหาที่ผ่านมาและจากการศึกษานำร่อง นำมาวิเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การเลือกทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ และกำหนดโปรแกรมสุขศึกษาที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดขอบเขตโครงสร้างของเนื้อหาตามทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ แล้วจัดสร้างแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมเนื้อหา และวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการวัด

ขั้นตอนที่ 4 นำเครื่องมือที่สร้างเรียบร้อยแล้ว ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา แล้วนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบ

ขั้นตอนที่ 5 ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) โดยนำไปทดลองใช้กับสตรีบ้านพะไล ม.2 อ.เมือง จ.นครราชสีมา ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์คุณภาพ เพื่อปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง โดยวิเคราะห์ในเรื่องต่อไปนี้

5.1 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) ของแบบสัมภาษณ์ ในหมวดความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ นำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ในแต่ละหมวด แบ่งออกเป็นกลุ่มที่มีคะแนนสูงกับกลุ่มที่มีคะแนนต่ำและใช้คะแนนที่มีความถี่ สะสมเท่ากับหรือใกล้เคียงร้อยละ 50 เป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ student's t-test โดยเลือกใช้ข้อคำถามที่มีค่า p-value เท่ากับหรือ น้อยกว่า 0.05 หรือ เลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.2 - 0.8

5.2 วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์แต่ละหมวดโดยการหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงตามหมวดต่าง ๆ ดังนี้

ความรู้โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	$r = .3424$
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม	$r = .5516$
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม	$r = .4398$
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	$r = .6596$
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม	
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	$r = .8135$

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item total correlation ที่ติดลบและข้อที่มีค่าน้อยกว่า 0.2 ออก โดยพิจารณาร่วมกับ ค่าอำนาจจำแนกและความครบถ้วนของเนื้อหา คงเหลือค่าความเที่ยงตามหมวดต่าง ๆ ดังนี้

ความรู้โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	$r = .5789$
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม	$r = .7953$
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม	$r = .7543$
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	$r = .7288$
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม	
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	$r = .7874$

ข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์หลังตัดออกและปรับปรุงคงเหลือจำนวนข้อคำถามแต่ละหมวดดังนี้

ความรู้โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	จำนวน	15 ข้อ
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม	จำนวน	12 ข้อ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม	จำนวน	12 ข้อ
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม		
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	จำนวน	12 ข้อ
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อ		
พฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง	จำนวน	12 ข้อ

4. วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
ขั้นเตรียมการ

1. นำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง ที่ผู้วิจัยจะไปทำการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และระยะเวลาที่ดำเนินการ
2. ประชุมชี้แจงโครงการวิจัย ตลอดจนแนวทางการดำเนินงาน วิธื่อดำเนินงานกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 คน เป็นเจ้าหน้าที่จากงานวางแผนครอบครัวแม่และเด็กศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 5 นครราชสีมา เจ้าหน้าที่

จากฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานีนอนมัยโนนสูง โดยให้ผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่สาธิตวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นวิทยากรประจำกลุ่มย่อย กระตุ้นสมาชิกกลุ่มให้แสดงความคิดเห็น ให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีการฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้เป็นรูปแบบเดียวกัน ในการวิจัยครั้งนี้ สอนการคลำเป็นวงกลม เพื่อให้เป็นแนวเดียวกัน ป้องกันการสับสน และชี้แจงเรื่องการใช้แบบสัมภาษณ์

3. จัดเตรียมอุปกรณ์ เอกสารเกี่ยวกับการทำวิจัย และสถานที่ที่จะใช้ในการดำเนินการวิจัย
4. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1,2 และ 3
5. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
6. ตรวจสอบรายชื่อ กสค.ของสตรีกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อ กสค.เพื่อนัดหมายเข้าอบรม
7. จัดอบรม กสค.เพื่อให้มีความสามารถปฏิบัติงานตามแผนการวิจัย จัดอบรมเริ่มเวลา 9.00 น. - 12.00 น. ใช้ศาลาวัดหมื่นไวย เป็นสถานที่อบรม อบรมบทบาทหน้าที่ โดยให้ กสค. มีหน้าที่ คือ ถ้าครบกำหนดตรวจแล้ว 2 วัน สตรีกลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้ตรวจ ให้กระตุ้นเตือนสตรีกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในความรับผิดชอบด้วยคำพูดชักชวนให้มีการตรวจ เดือนละ 1 ครั้ง เมื่อสตรีกลุ่มตัวอย่างในความรับผิดชอบตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้วคือการบรรลุเป้าหมาย สำหรับเดือนนั้นให้หยุดกระตุ้นเตือน และให้กระตุ้นเตือนอีกครั้งเมื่อครบกำหนดตรวจแล้ว 2 วันในเดือนถัดไปและนัดพบกับผู้วิจัย 1 เดือน/ครั้ง เพื่อพูดคุยถึงปัญหาอุปสรรคและหาแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่พบ

ขั้นตอนการวิจัย

เป็นระยะดำเนินการทดลองตามโปรแกรมที่ตั้งไว้และติดตามพฤติกรรม ใช้เวลาทั้งสิ้น 15 สัปดาห์

จัดกิจกรรมสุขศึกษาเป็นกลุ่มโดยแบ่งเป็นกลุ่มๆละ 8-9 คน จำนวน 6 กลุ่มมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 เริ่มเวลา 8.00 - 12.30 น. โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ใช้เวลา 4 ชั่วโมง 30 นาที

- กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์มีการแนะนำตัวเอง เล่นเกมส์ก่อนหิมนัทศจรย์ บอกถึงความคาดหวังในเรื่องสุขภาพของตนเอง ความรู้สึกรู้สีกของตนเองต่อโรคมะเร็งเต้านม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

- ผู้วิจัยบรรยายประกอบสไลด์ให้ความรู้เน้นประเด็นความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ความสูญเสียจากการเกิดโรคมะเร็งเต้านม สตรีกลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาและแสดงความคิดเห็นใช้เวลา 30 นาที

- อภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และผลกระทบที่เกิดจากโรคมะเร็งเต้านม นำเสนอผลการอภิปรายของแต่ละกลุ่ม และสรุปเป็นแนวความคิดรวบยอด ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

- สันทนาอยู่กับตัวแบบทางบวก ซึ่งเคยได้รับการผ่าตัดก้อนที่เต้านม หลังจากนั้นมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ และตัวแบบทางลบ ซึ่งถูกตัดเต้านมออกหนึ่งข้าง เพราะไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และตอบข้อซักถาม ระหว่างกลุ่มทดลองและตัวแบบจริงในประเด็นความรุนแรง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง และผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา สรุปเปรียบเทียบสิ่งที่ได้จากตัวแบบทางบวก และตัวแบบทางลบ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติใช้เวลา 1 ชั่วโมง

- ผู้วิจัย สรุปเน้นโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นโรคที่มีความรุนแรง ทำให้เกิดการสูญเสียเต้านมและชีวิต สตรีกลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาใช้เวลา 30 นาที

- นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 เริ่มเวลา 8.00-12.00 น.ใช้เวลา 4 ชั่วโมง 15 นาที

- กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เล่นเกมส์ ผีนิดี ผีนร้าย ให้สตรีกลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นและความคาดหวังต่อการอบรมครั้งนี้ทั้งสิ่งที่ต้องการและไม่ต้องการใช้เวลา 30 นาที

- ทบทวนความรู้ที่ได้จากสัปดาห์ที่ผ่านมาโดยการซักถามและอธิบาย ใช้เวลา 30 นาที

- พัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อเสริมความคาดหวังในความสามารถของตนเอง โดยวิธีทิสัน เรื่อง การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับโมเดลเต้านม โดยเข้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้เวลา 1 ชั่วโมง และพูดชักจูงใจเสริมสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง โดยอภิปรายและฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้วตรวจให้ทีมผู้วิจัยดูเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับและคำแนะนำเพื่อให้เกิดทักษะที่ถูกต้องใช้เวลา 2 ชั่วโมง

- ผู้วิจัยสรุปเน้นถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ในระยะเริ่มแรกโดยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะทำให้เกิดผลดีแก่สตรีกลุ่มตัวอย่าง ถ้ามีการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องตลอดไปใช้เวลา 15 นาที

- แจกเอกสารแผ่นพับ วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปฏิทินการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแบบบันทึกพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง และอธิบายวิธีการบันทึก

- นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมสุศึกษา ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 3 เริ่มเวลา 8.00-10.30น.ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที

- สนทนากลุ่มพูดคุยซักถามปัญหา นำเสนอผลการฝึกปฏิบัติ การฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเองที่บ้านว่ามีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา ใช้เวลา 30 นาที ประเมินผลทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ครั้งที่ 1 ในรายที่ยังขาดทักษะให้ฝึกตรวจจนเกิดความชำนาญ พร้อมทั้งให้ข้อมูลป้อนกลับและคำแนะนำ ในรายที่ตรวจได้ถูกต้องให้คำชมเชย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง หลังเสร็จกิจกรรม ทีมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิม โดยตัดข้อมูลทั่วไปออก

- สนทนากลุ่ม พูดคุยซักถามปัญหาจาก กสค. ในเรื่องของการกระตุ้นเตือนและแนวทางแก้ไขปัญหา ใช้เวลา 30 นาที

- ทีมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 4-15

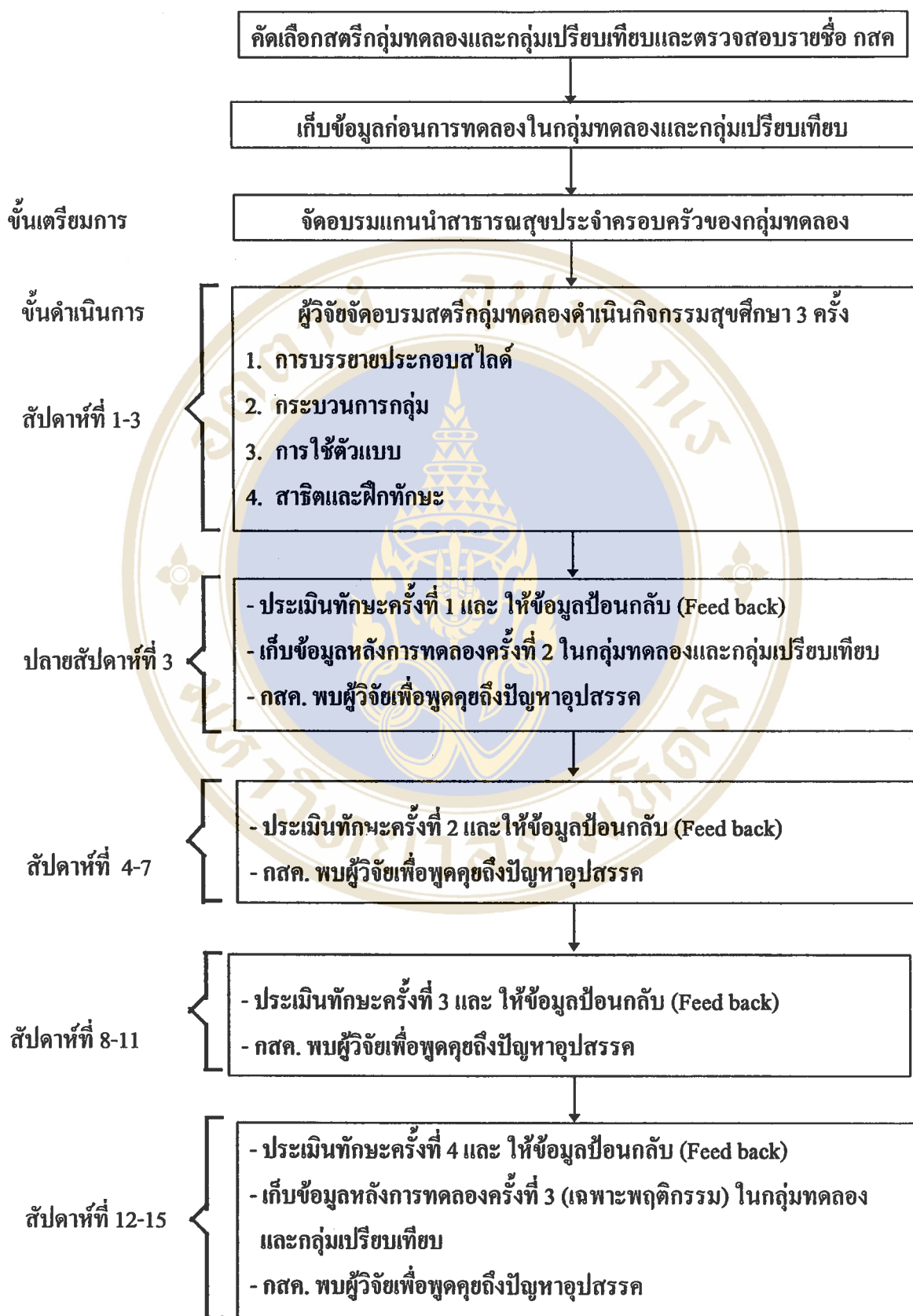
- สนทนากลุ่ม พูดคุยซักถามปัญหาจาก กสค.ในเรื่องของการกระตุ้นเตือนและแนวทางแก้ไขปัญหาในสัปดาห์ที่ 4,7,11,15

- กสค. ให้แรงสนับสนุนกระตุ้นเตือนสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมสุศึกษา ด้วยคำพูดชักชวนเมื่อครบกำหนดตรวจแล้ว 2 วัน ยังไม่ได้ตรวจให้กระตุ้นเตือนสตรีกลุ่มตัวอย่างให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง เก็บและรวบรวมแบบบันทึกพฤติกรรมให้ผู้วิจัย ในสัปดาห์ที่ 7,11,15

- ผู้วิจัยประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ครั้งที่ 2,3 ในสัปดาห์ที่ 7,11

สัปดาห์ที่ 15

- ประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 4 แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลระยะติดตามผลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย



5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / PC+ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความรุนแรงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired Sample's t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Student's t - test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจด้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา จากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสัมภาษณ์ก่อนการจัดโปรแกรมสุขภาพ มีจำนวน 127 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 62 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 65 คน ภายหลังสิ้นสุดการทดลองสตรีกลุ่มทดลอง ที่เข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพ ครบทุกครั้งมี 50 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 52 คน หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ (Statistical Package for Social Science) ซึ่งกำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียด ต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับคะแนน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ระดับคะแนน และเปรียบเทียบความแตกต่าง คะแนนเฉลี่ยการประเมินอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ระดับคะแนนและการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ระดับคะแนนและการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การตรวจด้านมด้วยตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 6 จำนวนร้อยละและการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ทักษะการตรวจด้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 อายุ

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-40 ปี ในกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 35-40 ปี มากที่สุด รองลงมามีอายุระหว่าง 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และ 32 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 31.64 ปี ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน 6.68 ค่าต่ำสุด-สูงสุด 20-40 กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุระหว่าง 35-40 ปี มากที่สุดรองลงมามีอายุระหว่าง 20-24 ปี และ 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.2 และ 17.3 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ 32.63 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.48 ค่าต่ำสุด - สูงสุด 21-40 ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ

อายุ (ปี)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
20 -24	8	16.0	9	17.3
25 -29	16	32.0	9	17.3
30 - 34	6	12.0	11	21.2
35 - 40	20	40.0	23	44.2
รวม	50	100.0	52	100.0
ค่าเฉลี่ย	31.64		32.63	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	6.68		6.48	
ค่าต่ำสุด	20		21	
ค่าสูงสุด	40		40	

1.2 สถานภาพสมรส

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากมีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 70 และ 76.9 ตามลำดับ รองลงมามีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 26 และ 21.2 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โสด	13	26.0	11	21.2
คู่	35	70.0	40	76.9
หม้าย/หย่า/แยก	2	4.0	1	1.9
รวม	50	100.0	52	100

1.3 จำนวนบุตร

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีบุตร รองลงมามีจำนวนบุตร 2 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 และ 31.3 ตามลำดับ จำนวนบุตร เฉลี่ย 2.41 คน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.01 ค่าต่ำสุด - สูงสุด 1-5

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ไม่มีบุตรและมีจำนวนบุตร 2 คน รองลงมามีจำนวนบุตร 1 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6 และ 31.4 ตามลำดับ จำนวนบุตรเฉลี่ย 1.97 คน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.89 ค่าต่ำสุด - สูงสุด 1-4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนบุตร

จำนวนบุตร (คน)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	6	18.8	11	31.4
2	12	37.5	17	48.6
3	10	31.3	4	11.4
4	3	9.4	3	8.6
5	1	3.1	0	0
รวม	*32	100.0	*35	100.0
สตรีโสด/ไม่มีบุตร	18		17	
ค่าเฉลี่ย	2.41		1.97	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.01		0.89	
ค่าต่ำสุด	1		1	
ค่าสูงสุด	5		4	

หมายเหตุ * หมายถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีบุตร

1.4 การศึกษาชั้นสูงสุด

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาตอนต้น จำนวน 22 คน รองลงมาจบชั้นประถมศึกษาตอนปลาย จำนวน 15 คนคิดเป็นร้อยละ 44 และ 30 ตามลำดับ ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาตอนต้น จำนวน 24 คน รองลงมาจบมัธยมศึกษาปลาย ปวช. จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 46.2 และ 19.2 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการศึกษาชั้นสูงสุด

การศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0	2	3.8
ประถมศึกษาตอนต้น	22	44.0	24	46.2
ประถมศึกษาตอนปลาย	15	30.0	7	13.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	4.0	3	5.8
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.	7	14.0	10	19.2
ปวส. หรือ อนุปริญญา	2	4.0	4	7.7
ปริญญาตรี	2	4.0	2	3.8
รวม	50	100.0	52	100.0

15. อาชีพ

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีอาชีพทำสวน/ทำไร่ รองลงมาเป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 42 และ 28 ตามลำดับ ในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รองลงมาทำสวน/ทำไร่ คิดเป็นร้อยละ 42.3 และ 25 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แม่บ้าน	14	28.0	9	17.3
ค้าขาย	4	8.0	7	13.5
ทำสวน/ทำไร่	21	42.0	13	25.0
รับจ้าง	9	18.0	22	42.3
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	4.0	1	1.9
รวม	50	100.0	52	100.0

1.6 รายได้

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ 2,001-4,000 บาท จำนวน 22 คน รองลงมา มีรายได้ระหว่าง 4,001-6,000 บาท จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 44.0และ 30.0 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 4,670 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3,627.57 ค่าต่ำสุด-สูงสุด 500-20,000 บาท

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้ 2,001-4,000 ปี จำนวน 16 คน รองลงมา มีรายได้มากกว่า 6,000 บาท จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 30.8 และ 26.9 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 5378.85 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4,364.35 ค่าต่ำสุด - สูงสุด 800-20,000 ดังรายละเอียดตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้

รายได้ (บาท/เดือน)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< 2,000	9	18.0	12	23.1
2,001 - 4,000	22	44.0	16	30.8
4,001 - 6,000	15	30.0	10	19.2
6,000	4	8.0	14	26.9
รวม	50	100.0	52	100.0
ค่าเฉลี่ย	4,670		5,378.85	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3,627.57		4,364.35	
ค่าต่ำสุด	500		800	
ค่าสูงสุด	20,000		20,000	

1.7 อายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรก

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีประจำเดือนครั้งแรกอายุ 15 ปี จำนวน 15 คน รองลงมา มีประจำเดือนครั้งแรกอายุ 14 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 และ 26.0 ตามลำดับ อายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรกเฉลี่ย 14.76 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.53 ค่าต่ำสุด - สูงสุด 12-18

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีประจำเดือนครั้งแรกอายุ 14 ปี จำนวน 14 คน รองลงมา มีประจำเดือนครั้งแรกอายุ 17 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 26.9 และ 19.2 ตามลำดับ อายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรกเฉลี่ย 14.65 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.77 ค่าต่ำสุด-สูงสุด 12-18 ดังรายละเอียดในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรก

อายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรก (ปี)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
12	3	6.0	8	15.4
13	6	12.0	5	9.6
14	13	26.0	14	26.9
15	15	30.0	8	15.4
16	4	8.0	6	11.6
17	7	14.0	10	19.2
18	2	4.0	1	1.9
รวม	50	100.0	52	100.0
ค่าเฉลี่ย	14.76		14.65	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.53		1.77	
ค่าต่ำสุด	12		12	
ค่าสูงสุด	18		18	

1.8 ประวัติการมีก้อนที่เต้านมของคนในครอบครัว

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ไม่เคยมีประวัติการมีก้อน ที่เต้านมของคนในครอบครัว จำนวน 48 คน มีเพียงส่วนน้อยที่มี พี่สาว น้องสาว เป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 96 และ 4 ตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ ไม่เคยมีประวัติการมีก้อนที่เต้านมของคนในครอบครัว จำนวน 48 คน มีเพียงส่วนน้อยที่มี พี่สาว,น้องสาว,อา เป็นก้อนที่เต้านมจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 92.3 และ 7.7 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการเจ็บป่วยด้วยก้อนที่เต้านมหรือมะเร็งเต้านมของสมาชิกในครอบครัว

ประวัติการเจ็บป่วยมีก้อนที่เต้านมของสมาชิกในครอบครัว	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยเป็น	48	96.0	48	92.3
เคยเป็น	2	4.0	4	7.7
รวม	50	100.0	52	100.0

1.9 การรับรู้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ไม่เคยได้รับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม มาก่อน จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 66 และมี 17 คน คิดเป็นร้อยละ 34 เคยได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม โดยส่วนใหญ่ได้รับจากโทรทัศน์ ร้อยละ 70.6 รองลงมาได้รับจากสื่อสิ่งพิมพ์ ร้อยละ 41.2

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมาก่อน จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 55.8 และมี 23 คน คิดเป็นร้อยละ 44.2 เคยได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม โดยส่วนใหญ่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 39.1 รองลงมาได้รับจาก สื่อสิ่งพิมพ์ และโทรทัศน์ ร้อยละ 26.1 ดังรายละเอียดในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การรับรู้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

การรับรู้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยได้รับ	33	66.0	29	55.8
เคยได้รับ	17	34.0	23	44.2
- โทรทัศน์	12	70.6	6	26.1
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	6	35.3	9	39.1
- สื่อสิ่งพิมพ์	7	41.2	6	26.1
- วิทยุ	2	11.8	0	0
- เพื่อนบ้าน	0	0	1	4.3
- ไม่ตอบ	1	5.9	2	8.6
รวม	50	100.0	52	100.0

1.10 การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองมาก่อนจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 74 มี 13 คน คิดเป็นร้อยละ 26 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยส่วนใหญ่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 69.2 รองลงมาได้รับจากโทรทัศน์ ร้อยละ 23.1

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มาก่อน จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 55.8 และมีจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 44.2 เคยได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยส่วนใหญ่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 47.8 รองลงมาได้รับจากสื่อสิ่งพิมพ์ ร้อยละ 34.8 ดังรายละเอียดในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธี การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยได้รับ	37	74.0	29	55.8
เคยได้รับ	13	26.0	23	44.2
- โทรทัศน์	3	23.1	4	17.4
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	9	69.2	11	47.8
- สื่อสิ่งพิมพ์	1	7.7	8	34.8
- วิทยู	1	7.7	0	0
- เพื่อนบ้าน	1	7.7	1	4.3
- ไม่ตอบ	2	15.4	2	8.7
รวม	50	100.0	52	100.0

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับคะแนน และเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

2.1 ระดับคะแนนความรู้

การวิเคราะห์ระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากแบบสัมภาษณ์จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ คิดเป็นคะแนนเต็ม 15 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้สูง ความรู้ปานกลาง ความรู้ต่ำ ผลการวิเคราะห์พบดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลางรองลงมา มีความรู้ระดับต่ำ จำนวน 28 คน และ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 และ 34.0 ตามลำดับ ภายหลังการ

ทดลองพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง จำนวน 49 และ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 98.0 และ 2.0 ตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง จำนวน 30 และ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 และ 26.9 ตามลำดับ ภายหลังการทดลองพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ รองลงมา มีความรู้ ระดับปานกลาง จำนวน 31 และ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 59.6 และ 30.8 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับคะแนนความรู้		กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง					
ระดับต่ำ	(0- 8 คะแนน)	17	34.0	30	57.7
ระดับปานกลาง	(9-11 คะแนน)	28	56.0	14	26.9
ระดับสูง	(12-15 คะแนน)	5	10.0	8	15.4
รวม		50	100.0	52	100.0
หลังการทดลอง					
ระดับต่ำ	(0- 8 คะแนน)	0	0	31	59.6
ระดับปานกลาง	(9-11 คะแนน)	1	2.0	16	30.8
ระดับสูง	(12-15 คะแนน)	49	98.0	5	9.6
รวม		50	100.0	52	100.0

2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Student’s t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยพิจารณาคะแนนเฉลี่ย ของความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากแบบสัมภาษณ์ จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ คิดเป็นคะแนนเต็ม 15 คะแนน ผลการวิเคราะห์พบดังนี้

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.25 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 8.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.91 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 16

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 13.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.12 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 7.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.87 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	50	8.90	2.25	0.891	96	0.375
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	8.44	2.91			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	50	13.82	1.12	13.869	67	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	7.88	2.87			

2.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired Samples t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากแบบสัมภาษณ์ จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ คิดเป็นคะแนนเต็ม 15 คะแนน ผลการวิเคราะห์พบดังนี้

ภายในกลุ่มทดลอง ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.25 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 13.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.12 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 17

ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.91 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 7.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.87 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้โรคมะเร็งเต้านมและ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	50	8.90	2.25	15.351	49	<0.001
หลังการทดลอง	50	13.82	1.12			
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	52	8.44	2.91	1.890	51	0.064
หลังการทดลอง	52	7.88	2.87			



ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ระดับคะแนนและเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

3.1 การวิเคราะห์ระดับคะแนนการประเมินอันตราย ต่อสุขภาพของตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ระดับคะแนน การประเมินอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง จากแบบสัมภาษณ์จำนวนทั้งหมด 24 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 24-72 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง ผลการวิเคราะห์พบดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมามีคะแนนระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 58.0 และ 24.0 ตามลำดับ ภายหลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง รองลงมามีคะแนนระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 94.0 และ 6.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 18

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมามีคะแนนระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 59.6 และ 25.0 ตามลำดับ ภายหลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนระดับปานกลาง รองลงมามีคะแนนระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 67.3 และ 19.2 ตามลำดับ แสดงในตารางที่ 18

3.1.1 การวิเคราะห์ระดับคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ระดับคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม จากแบบสัมภาษณ์จำนวน 12 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 12-36 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้สูง การรับรู้ปานกลาง การรับรู้ต่ำ ผลการวิเคราะห์ดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง รองลงมามีคะแนนระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.0 และ 36.0 ตามลำดับ ภายหลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง รองลงมามีคะแนนระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 98.0 และ 2.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 18

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง รองลงมามีคะแนนระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.7 และ 34.6 ตามลำดับ ภายหลังการทดลองพบว่า ส่วนใหญ่ยังมีคะแนนอยู่ในระดับสูง รองลงมามีคะแนนระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.9 และ 36.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 18

3.1.2 การวิเคราะห์ระดับคะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ระดับคะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมจากแบบสัมภาษณ์ จำนวน 12 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 12-36 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือการรับรู้สูง การรับรู้ปานกลาง การรับรู้ต่ำ

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนปานกลาง รองลงมามีคะแนนระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 28.0 ตามลำดับ ภายหลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง รองลงมามีคะแนนระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 88.0 และ 12.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 18

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา มีคะแนนระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 42.3 และ 36.5 ตามลำดับ ภายหลังการทดลอง พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ รองลงมามีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 44.2 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับคะแนนการประเมินอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง (การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยง) ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับคะแนน		กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การประเมินอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง					
ก่อนการทดลอง					
ระดับต่ำ	(24-52 คะแนน)	9	18.0	8	15.4
ระดับปานกลาง	(53-61 คะแนน)	29	58.0	31	59.6
ระดับสูง	(62-72 คะแนน)	12	24.0	13	25.0
รวม		50	100.0	52	100.0
หลังการทดลอง					
ระดับต่ำ	(24-52 คะแนน)	0	0	10	19.2
ระดับปานกลาง	(53-61 คะแนน)	3	6.0	35	67.3
ระดับสูง	(62-72 คะแนน)	47	94.0	7	13.5
รวม		50	100.0	52	100.0
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม					
ก่อนการทดลอง					
ระดับต่ำ	(12-25 คะแนน)	5	10.0	4	7.7
ระดับปานกลาง	(26-30 คะแนน)	18	36.0	18	34.6
ระดับสูง	(31-36 คะแนน)	27	54.0	30	57.7
รวม		50	100.0	52	100.0
หลังการทดลอง					
ระดับต่ำ	(12-25 คะแนน)	0	0	6	11.5
ระดับปานกลาง	(26-30 คะแนน)	1	2.0	19	36.5
ระดับสูง	(31-36 คะแนน)	49	98.0	27	51.9
รวม		50	100.0	52	100.0

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับคะแนนการประเมินอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง (การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยง) ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ระดับคะแนน		กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม					
ก่อนการทดลอง					
ระดับต่ำ	(12-25 คะแนน)	14	28.0	19	36.5
ระดับปานกลาง	(26-30 คะแนน)	25	50.0	22	42.3
ระดับสูง	(31-36 คะแนน)	11	22.0	11	21.2
รวม		50	100.0	52	100.0
หลังการทดลอง					
ระดับต่ำ	(12-25 คะแนน)	0	0	26	50.0
ระดับปานกลาง	(26-30 คะแนน)	6	12.0	23	44.2
ระดับสูง	(31-36 คะแนน)	44	88.0	3	5.8
รวม		50	100.0	52	100.0

3.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการประเมินอันตรายต่อสุขภาพของตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการประเมินอันตราย ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ด้วยสถิติ student's t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ผลการวิเคราะห์พบดังนี้

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 57.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.06 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 58.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.82 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 19

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 67.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.19 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย 55.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.68 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 19

3.2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของ โรคมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิเคราะห์พบดังนี้

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 30.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.26 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย 30.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.63 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 19

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 34.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.53 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 30.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.48 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 19

3.2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิเคราะห์พบดังนี้

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 27.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.49 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 27.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.64 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 19

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 32.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.04 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 25.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.09 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง (การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยง) ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
การประเมินอันตราย						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	50	57.82	5.06	0.468	100	0.640
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	58.33	5.82			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	50	67.28	3.19	14.289	90	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	55.98	4.68			
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	50	30.36	3.26	0.598	100	0.551
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	30.77	3.63			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	50	34.32	1.53	8.021	71	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	30.08	3.48			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	50	27.46	3.49	0.138	100	0.890
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	27.56	3.64			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	50	32.96	2.04	13.644	89	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	25.90	3.09			

3.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการประเมินอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตราย ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired Sample's t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ผลการวิเคราะห์พบดังนี้

ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 57.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.06 หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 67.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.19 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 20

ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมี คะแนนเฉลี่ย 58.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.82 หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 55.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.68 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 20

3.3.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของ โรคมะเร็งเต้านม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 30.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.26 หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 34.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.53 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 20

ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 30.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.63 ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 30.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.48 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 20

3.3.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ภายในกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 27.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.49 ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 32.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.04 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 20

ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า การทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 27.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.64 ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ย ลดลงเป็น 25.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.09 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การประเมินอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง (การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยง) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร		n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
การประเมินอันตราย							
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	50	57.82	5.06	12.495	49	<0.001	
หลังการทดลอง	50	67.28	3.19				
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนการทดลอง	52	58.33	5.82	3.980	51	<0.001	
หลังการทดลอง	52	55.98	4.68				
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม							
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	50	30.36	3.26	8.420	49	<0.001	
หลังการทดลอง	50	34.32	1.53				
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนการทดลอง	52	30.77	3.63	2.621	51	0.012	
หลังการทดลอง	52	30.08	3.48				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม							
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	50	27.46	3.49	10.593	49	<0.001	
หลังการทดลอง	50	32.96	2.04				
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อนการทดลอง	52	27.56	3.64	3.399	51	<0.001	
หลังการทดลอง	52	25.90	3.09				

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ระดับคะแนนและการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจด้านด้วยตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจด้านด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

4.1 การวิเคราะห์ระดับคะแนน การประเมินการเผชิญปัญหาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ ระดับคะแนน การประเมินการเผชิญปัญหา จากแบบสัมภาษณ์ จำนวนทั้งหมด 24 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 24-72 คะแนนแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง ผลการวิเคราะห์พบดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 64.0 รองลงมามีคะแนนระดับปานกลาง ร้อยละ 26.0 หลังการทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 96.0 และระดับปานกลางร้อยละ 4.0 สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการประเมินการเผชิญปัญหา หลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ดังรายละเอียดในตารางที่ 21

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 67.3 รองลงมามีคะแนนระดับปานกลางร้อยละ 21.2 หลังการทดลองมีคะแนนระดับสูงร้อยละ 44.2 ระดับปานกลางร้อยละ 38.5 สรุปได้ว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนการประเมินการเผชิญปัญหา หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองดังรายละเอียดในตารางที่ 21

4.1.1 การวิเคราะห์ระดับคะแนนความคาดหวัง ในความสามารถของตนเองในการตรวจด้านด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ระดับคะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจด้านด้วยตนเอง จากแบบสัมภาษณ์ จำนวน 12 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 12-36 คะแนนแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง ผลการวิเคราะห์พบดังนี้

กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 68.0 ระดับปานกลางร้อยละ 22.0 หลังการทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจด้านด้วยตนเอง หลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ดังรายละเอียดในตารางที่ 21

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 69.2 รองลงมา มีคะแนนระดับปานกลางร้อยละ 26.9 หลังการทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 51.9 ระดับปานกลาง 42.3 สรุปได้ว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการตรวจด้านมด้วยตนเองหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 21

4.1.2 การวิเคราะห์ระดับคะแนนความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ระดับคะแนนความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเอง จากแบบสัมภาษณ์ จำนวน 12 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 12-36 คะแนนแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง ผลการวิเคราะห์พบดังนี้

กลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 66.0 รองลงมา มีคะแนน ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.0 หลังการทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 90.0 ระดับปานกลางร้อยละ 6.0 สรุปได้ว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเอง หลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ดังรายละเอียดในตารางที่ 21

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 53.8 ระดับปานกลางร้อยละ 30.8 หลังการทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 44.2 ระดับปานกลางร้อยละ 36.5 สรุปได้ว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเอง หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของระดับการประเมิน การเผชิญปัญหา (ความคาดหวังในความ
สามารถของตนเองในการตรวจด้านมด้วยตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิภาพ
ของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจด้านมด้วยตนเอง) ก่อนและหลังการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับคะแนน		กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การประเมินการเผชิญปัญหา					
ก่อนการทดลอง					
ระดับต่ำ	(24-52 คะแนน)	5	10.0	6	11.5
ระดับปานกลาง	(53-61 คะแนน)	13	26.0	11	21.2
ระดับสูง	(62-72 คะแนน)	32	64.0	35	67.3
รวม		50	100.0	52	100.0
หลังการทดลอง					
ระดับต่ำ	(24-52 คะแนน)	0	0	9	17.3
ระดับปานกลาง	(53-61 คะแนน)	2	4.0	20	38.5
ระดับสูง	(62-72 คะแนน)	48	96.0	23	44.2
รวม		50	100.0	52	100.0
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง					
ก่อนการทดลอง					
ระดับต่ำ	(12-25 คะแนน)	2	10.0	2	3.8
ระดับปานกลาง	(26-30 คะแนน)	11	22.0	14	26.9
ระดับสูง	(31-36 คะแนน)	34	68.0	36	69.2
รวม		50	100.0	52	100.0
หลังการทดลอง					
ระดับต่ำ	(12-25 คะแนน)	0	0	3	5.8
ระดับปานกลาง	(26-30 คะแนน)	0	0	22	42.3
ระดับสูง	(31-36 คะแนน)	50	100.0	27	51.9
รวม		50	100.0	52	100.0

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของระดับการประเมิน การเผชิญปัญหา (ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจด้านมด้วยตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจด้านมด้วยตนเอง) ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ(ต่อ)

ระดับคะแนน		กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจด้านมด้วยตนเอง					
ก่อนการทดลอง					
ระดับต่ำ	(12-25 คะแนน)	4	8.0	8	15.4
ระดับปานกลาง	(26-30 คะแนน)	13	26.0	16	30.8
ระดับสูง	(31-36 คะแนน)	33	66.0	28	53.8
รวม		50	100.0	52	100.0
หลังการทดลอง					
ระดับต่ำ	(12-25 คะแนน)	2	4.0	10	19.2
ระดับปานกลาง	(26-30 คะแนน)	3	6.0	19	36.5
ระดับสูง	(31-36 คะแนน)	45	90.0	23	44.2
รวม		50	100.0	52	100.0

4.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การประเมินการเผชิญปัญหา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจด้านมด้วยตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจด้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ด้วยสถิติ student’s t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ผลการวิเคราะห์ พบดังนี้

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 62.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.11 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 62.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.25 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 22

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 69.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.04 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย 60.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.59 เมื่อทดสอบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 22

4.2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิเคราะห์ดังนี้

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 31.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.15 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 32.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.47 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 22

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 35.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.44 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 30.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.69 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 22

4.2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิเคราะห์พบดังนี้

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 30.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.80 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 30.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.75 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 22

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 34.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.01 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 29.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.82 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การประเมินการเผชิญปัญหา (ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผล ของการตอบสนอง) ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
การประเมินการเผชิญปัญหา						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	50	62.54	6.11	0.045	100	0.965
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	62.48	7.25			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	50	69.96	3.04	8.712	67	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	60.06	7.59			
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจด้านมด้วยตนเอง						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	50	31.60	4.15	0.625	100	0.533
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	32.13	4.47			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	50	35.88	0.44	7.853	52	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	30.75	4.69			
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเอง						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	50	30.94	3.80	0.794	100	0.429
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	30.35	3.75			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	50	34.08	3.01	7.027	96	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	29.31	3.82			

4.3 การเปรียบเทียบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การประเมินการเผชิญปัญหา ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งประกอบ ด้วยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจด้านด้วยตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจด้านด้วยตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired Sample's t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ผลการวิเคราะห์พบดังนี้

ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 62.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.11 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 69.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.04 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 23

ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 62.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.25 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 60.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.59 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 23

4.3.1 การเปรียบเทียบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจด้านด้วยตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 31.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.15 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 35.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.44 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจด้านด้วยตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 23

ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 32.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.47 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 30.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.69 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) ดังแสดงในตารางที่ 23

4.3.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 30.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.80 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 34.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.01 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 23

ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 30.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.75 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 29.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.82 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ดังแสดงในตารางที่ 23

ตารางที่ 23 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การประเมินการเผชิญปัญหา (ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผล ของการตอบสนอง) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
การประเมินการเผชิญปัญหา						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	50	62.54	6.11	7.307	49	<0.001
หลังการทดลอง	50	69.96	3.04			
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	52	62.48	7.25	3.997	51	<0.001
หลังการทดลอง	52	60.06	7.59			
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	50	31.60	4.15	7.318	49	<0.001
หลังการทดลอง	50	35.88	0.44			
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	52	32.13	4.47	3.002	51	0.004
หลังการทดลอง	52	30.75	4.69			
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	50	30.94	3.80	4.509	49	<0.001
หลังการทดลอง	50	34.08	3.01			
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	52	30.35	3.75	3.243	51	0.002
หลังการทดลอง	52	29.31	3.82			

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ระดับคะแนนและการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การตรวจด้านมด้วยตนเอง ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

5.1 การวิเคราะห์ระดับคะแนนการมีพฤติกรรม การตรวจด้านมด้วยตนเอง ที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 โดยมีคะแนนเต็มทั้งหมด 8 คะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนดังนี้

ตรวจด้านมด้วยตนเอง ได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ	ได้	8 คะแนน
ตรวจด้านมด้วยตนเองแต่ไม่ถูกต้องและสม่ำเสมอ	ได้	1-7 คะแนน
ไม่ได้ตรวจด้านมด้วยตนเอง	ได้	0 คะแนน

กลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ ไม่ได้ตรวจด้านมด้วยตนเองคิดเป็นร้อยละ 78.0 รองลงมาตรวจด้านมด้วยตนเอง แต่ไม่ถูกต้องและสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 22.0 หลังการทดลอง ครั้งที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลอง มีการตรวจด้านมด้วยตนเอง ได้ถูกต้องและสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 30.0 รองลงมามีการตรวจด้านมด้วยตนเอง แต่ไม่ถูกต้องและสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 36.0 และยังไม่ได้ตรวจด้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 34.0 เนื่องจากช่วงเก็บแบบสัมภาษณ์หลังการทดลอง ครั้งที่ 1 ประจำเดือนของสตรีกลุ่มตัวอย่าง ยังไม่มาถึงยังไม่ได้ตรวจภายหลังการทดลองครั้งที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลอง มีการตรวจด้านมด้วยตนเองได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 98.0 รองลงมา มีการตรวจด้านมด้วยตนเอง แต่ไม่ถูกต้องและสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 2.0 สรุปได้ว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนการมีพฤติกรรม การตรวจด้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง และสม่ำเสมอ หลังการทดลองดีขึ้นกว่าเดิมก่อนการทดลอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 24

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ไม่ได้ตรวจด้านมด้วยตนเองคิดเป็นร้อยละ 69.2 รองลงมามีการตรวจด้านมด้วยตนเอง แต่ไม่ถูกต้องและสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 30.8 หลังการทดลองครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่มีคนที่ตรวจด้านมด้วยตนเองได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ คะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับเดิม สรุปได้ว่า ในกลุ่มเปรียบเทียบ คะแนนหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 24

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามระดับคะแนน พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2

กลุ่มตัวอย่าง	ตรวจได้ถูกต้องและ		ตรวจแต่ไม่ถูกต้องและ		ไม่ได้ตรวจ	
	สม่ำเสมอ		สม่ำเสมอ			
	(8 คะแนน)		(1-7 คะแนน)		(0 คะแนน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	0	0	11	22.0	39	78.0
กลุ่มเปรียบเทียบ	0	0	16	30.8	36	69.2
หลังการทดลองครั้งที่ 1						
กลุ่มทดลอง	15	30.0	18	36.0	17	34.0
กลุ่มเปรียบเทียบ	0	0	16	30.8	36	69.2
หลังการทดลองครั้งที่ 2						
กลุ่มทดลอง	49	98.0	1	2.0	0	0
กลุ่มเปรียบเทียบ	0	0	15	28.8	37	71.2

5.2 การเปรียบเทียบ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบวิเคราะห์ด้วยสถิติ student’s t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ผลการวิเคราะห์พบดังนี้

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 0.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.39 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 1.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.03 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 25

หลังการทดลองครั้งที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 4.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.47 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 1.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.10 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองครั้งที่ 1 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 25

หลังการทดลองครั้งที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 7.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.14 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย 1.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.67 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองครั้งที่ 2 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 25

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2

พฤติกรรมกรรมการตรวจด้านม ด้วยตนเอง	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	50	0.72	1.39	1.601	90	0.113
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	1.27	2.03			
ภายหลังการทดลองครั้งที่ 1						
กลุ่มทดลอง	50	4.56	3.47	5.663	80	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	1.33	2.10			
ภายหลังการทดลองครั้งที่ 2						
กลุ่มทดลอง	50	7.98	0.14	29.868	52	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	1.02	1.67			

5.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเอง ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired Sample's t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ผลการวิเคราะห์พบดังนี้

ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 0.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.39 หลังการทดลองครั้งที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ย 4.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.47 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ครั้งที่ 1 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 พบว่า ภายหลังการทดลอง ครั้งที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย 7.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.14 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย หลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 26

ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 1.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.03 หลังการทดลองครั้งที่ 1 คะแนนเฉลี่ย 1.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.10 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ครั้งที่ 1 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ส่วนระหว่างหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 พบว่า ภายหลังการทดลอง ครั้งที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย 1.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.02 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองครั้งที่ 1 และหลังการทดลองครั้งที่ 2 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 26

ตารางที่ 26 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ครั้งที่ 1
และหลังการทดลองครั้งที่ 2

พฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	n	x	S.D.	t-value	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	50	0.72	1.39	7.451	49	<0.001
หลังการทดลองครั้งที่ 1	50	4.56	3.47			
หลังการทดลองครั้งที่ 2	50	7.98	0.14	6.921	49	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	52	1.27	2.03	1.000	51	0.322
หลังการทดลองครั้งที่ 1	52	1.33	2.10			
หลังการทดลองครั้งที่ 2	52	1.02	1.67	2.755	51	0.008

**ส่วนที่ 6 จำนวนร้อยละและการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการ
ตรวจด้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ประเมินทักษะ
ครั้งที่ 1 , 2, 3, 4**

6.1 จำนวนและร้อยละ ของทักษะการตรวจด้านมด้วยตนเองมีการประเมิน 4 ครั้ง (เดือน
ละ 1 ครั้ง) เพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะการตรวจด้านมด้วยตนเอง ของกลุ่มทดลอง พบว่า การ
ประเมินทักษะครั้งที่ 1 มี 25 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ที่มีการตรวจด้านมด้วยตนเองถูกต้องตามขั้น
ตอน การประเมินทักษะครั้งที่ 2 ตรวจด้านมด้วยตนเองถูกต้องตามขั้นตอน 30 คน คิดเป็นร้อยละ
60.0 การประเมินทักษะครั้งที่ 3 ตรวจด้านมด้วยตนเอง ถูกต้องตามขั้นตอน 48 คน คิดเป็นร้อยละ
96.0 การประเมินทักษะครั้งที่ 4 ตรวจด้านมด้วยตนเองถูกต้องตามขั้นตอน 50 คน คิดเป็นร้อยละ
100.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 27

6.2 จำนวนและร้อยละของทักษะการตรวจด้านมด้วยตนเองมีการประเมิน 4 ครั้ง (เดือน
ละ 1 ครั้ง) ของกลุ่มเปรียบเทียบ ประเมินทักษะในช่วงเวลาใกล้เคียงกันกับกลุ่มทดลอง พบว่า ใน
การประเมินทักษะครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 4 กลุ่มเปรียบเทียบ ตรวจด้านมด้วยตนเองไม่ถูกต้อง ตามขั้น
ตอน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 27

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละของทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง (n = 50)

กิจกรรมที่ประเมิน	การประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง							
	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 4	
	ทำถูก ต้อง	ไม่ถูก ต้อง	ทำถูก ต้อง	ไม่ถูก ต้อง	ทำถูก ต้อง	ไม่ถูก ต้อง	ทำถูก ต้อง	ไม่ถูก ต้อง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ตรวจเต้านมขณะอาบน้ำโดยใช้ ปลายนิ้วคลำรอบๆทั่วทุกส่วน ของเต้านมเพื่อค้นหาความผิดปกติของเต้านม	49 (98.0)	1 (2.0)	50 (100.0)	0	50 (100.0)	0	50 (100.0)	0
2. ตรวจเต้านมหน้ากระจกโดย - สังเกตเต้านมทั้ง 2 ข้างในขณะ ที่แขนอยู่ข้างลำตัว - ขกแขนเหนือศีรษะสังเกตความ ผิดปกติของเต้านมและหัวนม - เอามือทั้งสองข้างทำสะพานหรือ เท้าตะโปกและใช้มือกดบน ตะโปกแรงๆเพื่อให้เกิดการเกร็ง และหกลอกของกล้ามเนื้ออกสังเกต การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	29 (58.0)	21 (42.0)	32 (64.0)	18 (36.0)	48 (96.0)	2 (4.0)	50 (100.0)	0
3. ตรวจในท่านอนราบหนุน หมอนไว้ได้ไหล่ เต้านมด้าน ขวา ตรวจด้านมือซ้าย และเต้านม ด้านซ้ายตรวจด้วยมือขวา โดยใช้ ปลายนิ้วคลำบริเวณ รอบนอกเข้ามารอบในบริเวณ หัวนมตามเข็มนาฬิกา	45 (90.0)	5 (10.0)	49 (98.0)	1 (2.0)	50 (100.0)	0	50 (100.0)	0
4. บีบหัวนมโดยใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้เพื่อดูว่ามีเลือดหรือน้ำ เหลืองไหลออกจากหัวนมหรือไม่	46 (92.0)	4 (8.0)	48 (96.0)	2 (4.0)	50 (100.0)	0	50 (100.0)	0
รวมตรวจทุกท่า	25 (50.0)	25 (50.0)	30 (60.0)	20 (40.0)	48 (96.0)	2 (4.0)	50 (100.0)	0

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละของทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 52)

กิจกรรมที่ประเมิน	การประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง							
	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 4	
	ทำถูก ต้อง	ไม่ถูก ต้อง	ทำถูก ต้อง	ไม่ถูก ต้อง	ทำถูก ต้อง	ไม่ถูก ต้อง	ทำถูก ต้อง	ไม่ถูก ต้อง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ตรวจเต้านมขณะอาบน้ำโดยใช้ ปลายนิ้วคลำรอบๆทั่วทุกส่วน ของเต้านมเพื่อค้นหาความผิดปกติของเต้านม	12 (23.1)	40 (76.9)	0	52 (100.0)	0	52 (100.0)	0	52 (100.0)
2. ตรวจเต้านมหน้ากระจกโดย - สังเกตเต้านมทั้ง 2 ข้างในขณะ ที่แขนอยู่ข้างลำตัว - ยกแขนเหนือศีรษะสังเกตความ ผิดปกติของเต้านมและหัวนม - เอามือทั้งสองข้างทำสะพานหรือ เท้าตะโปกและใช้มือกดบน ตะโปกแรงๆเพื่อให้เกิดการเกร็ง และหกลอกกล้ามเนื้ออกสังเกต การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	1 (1.9)	51 (98.1)	0	52 (100.0)	0	52 (100.0)	0	52 (100.0)
3. ตรวจในท่า นอนราบหนุน หมอนไว้ได้ไหล่ เต้านมด้าน ขวา ตรวจด้านมือซ้าย และเต้านม ด้านซ้ายตรวจด้วยมือขวา โดยใช้ ปลายนิ้วคลำ เวน รอบนอกเข้ามารอบในบริเวณ หัวนมตามเข็มนาฬิกา	3 (5.8)	49 (94.2)	0	52 (100.0)	0	52 (100.0)	0	52 (100.0)
4. บีบหัวนมโดยใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้เพื่อดูว่ามีเลือดหรือน้ำ เหลืองไหลออกจากหัวนมหรือไม่	2 (3.8)	50 (96.2)	0	52 (100.0)	0	52 (100.0)	0	52 (100.0)
รวมตรวจทุกท่า	0	52 (100.0)	0	52 (100.0)	0	52 (100.0)	0	52 (100.0)

6.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ครั้งที่ 1,2,3,4 ดังสถิติ student's t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% พบว่า

6.3.1 การประเมินทักษะครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 0.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 29

6.3.2 การประเมินทักษะครั้งที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย 0.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 29

6.3.3 การประเมินทักษะครั้งที่ 3 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 0.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 29

6.3.4 การประเมินทักษะครั้งที่ 4 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย 0.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 ไม่สามารถทดสอบค่าเฉลี่ยได้ เนื่องจากส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเป็น 0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 29

ตารางที่ 29 เปรียบเทียบทักษะการตรวจด้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ประเมินทักษะครั้งที่ 1,2,3,4

ทักษะการตรวจด้านมด้วยตนเอง	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
การประเมินครั้งที่ 1						
กลุ่มทดลอง	50	3.38	0.70	23.686	96	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	0.35	0.59			
การประเมินครั้งที่ 2						
กลุ่มทดลอง	50	3.58	0.54	47.057	49	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	0.00	0.00			
การประเมินครั้งที่ 3						
กลุ่มทดลอง	50	3.96	0.20	141.46	49	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	0.00	0.00			
การประเมินครั้งที่ 4						
กลุ่มทดลอง	50	4.00	0.00	0	0	0
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	0.00	0.00			

6.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ทักษะการตรวจด้านมด้วยตนเองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ครั้งที่ 1,2,3,4 ด้วยสถิติ Paired sample's t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ในกลุ่มทดลอง พบว่า การประเมินทักษะครั้งที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ย 3.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 การประเมินทักษะครั้งที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0015$) การประเมินทักษะครั้งที่ 3 ที่คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20 เมื่อทดสอบกับความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการประเมินทักษะครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) การประเมินทักษะครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ย 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 เมื่อทดสอบกับความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างการประเมินทักษะครั้งที่ 3 กับครั้งที่ 4 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 30

ในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า การประเมินครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ย 0.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59 การประเมินทักษะครั้งที่ 2 มีค่าเฉลี่ย 0.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) การประเมินทักษะครั้งที่ 3 และ ครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ย 0.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 ไม่สามารถทดสอบค่าเฉลี่ยได้ เนื่องจากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 30.

ตารางที่ 30 เปรียบเทียบทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ประเมินทักษะครั้งที่ 1,2,3,4

ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
- การประเมินครั้งที่ 1	50	3.38	0.70	3.130	49	0.0015
- การประเมินครั้งที่ 2	50	3.58	0.54	5.067	49	<0.001
- การประเมินครั้งที่ 3	50	3.96	0.20			
- การประเมินครั้งที่ 4	50	4.00	0.00	1.429	49	0.079
กลุ่มเปรียบเทียบ						
- การประเมินครั้งที่ 1	52	0.35	0.59	4.229	51	<0.001
- การประเมินครั้งที่ 2	52	0.00	0.00	0	0	0
- การประเมินครั้งที่ 3	52	0.00	0.00			
- การประเมินครั้งที่ 4	52	0.00	0.00	0	0	0

บทที่ 5

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา สามารถทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสามารถอภิปรายผลการเปลี่ยนแปลงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลการวิเคราะห์คะแนนความรู้โรค มะเร็งเต้านม ไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 16)

ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษามีการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงขึ้น กว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 16,17) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่าการที่กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลจากกิจกรรมสุขศึกษาที่จัดขึ้นโดย การบรรยายประกอบสไลด์ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นภาพจริงถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การอภิปรายกลุ่มและเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา ซึ่งระเด่น หัสดีและสรศักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2536 : 103-104) กล่าวว่าไว้ว่าการบรรยายเป็นกลวิธีหนึ่งที่ใช้กันมาก และใช้ได้ง่ายที่สุดโดยทั่วไป

แล้วจะใช้ได้ผลดีต้องมีการอภิปรายและซักถามควบคู่ไปด้วย การอภิปรายในกลุ่มเพื่อน เป็นกลวิธีทางสุศึกษาที่ใช้ได้ผลดี สำหรับการเรียนรู้เป็นกลุ่มและสร้างแรงจูงใจระยะยาว นอกจากนี้การประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเป็นหลักในการกำหนดกิจกรรมร่วมกับกระบวนการกลุ่ม มีการสาธิตและฝึกปฏิบัติ อภิปรายกลุ่ม สรุปประเด็นสำคัญของเนื้อหา และแจกเอกสารแผ่นพับเรื่องมะเร็งเต้านม เพื่อนำไปทบทวนต่อที่บ้าน วิธีการนี้สามารถพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมให้เพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนของกลุ่มทดลองเรื่องความรู้โรคมะเร็งเต้านม หลังการทดลองมีระดับคะแนนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.0 โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความรู้โรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.0 และระดับต่ำร้อยละ 34.0 มีเพียงร้อยละ 10.0 ที่มีระดับคะแนนความรู้โรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง เมื่อเข้าร่วม โปรแกรมสุศึกษาทำให้มีความรู้โรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (ดังตารางที่ 15)

ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณภา จิตดำรงขันติ (2540:ก) ที่ศึกษาผลให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนและการให้คำแนะนำปกติ ต่อพฤติกรรมการตรวจด้วยตนเองของแรงงานสตรี ในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลาง เขตกรุงเทพมหานคร พบว่าภายหลังการได้รับคำแนะนำอย่างมีแบบแผน โดยการบรรยายประกอบสไลด์เรื่องความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การสื่อสารโดยการพูดชักจูง และชมเชยให้กำลังใจแรงงานสตรีในกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีวรรณ พลเสน (2541 : ง) ที่ศึกษา การส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านตัวแทนสตรีในเขตสุขาภิบาล อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยการบรรยาย การใช้ตัวแบบ กระบวนการกลุ่ม การสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการกระตุ้นเตือนพบว่าภายหลังจัดโปรแกรมสุศึกษา กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม เพิ่มขึ้นดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าภายหลังการทดลอง ความรู้โรคมะเร็งเต้านมลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

สมมติฐานข้อที่ 2 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลอง มีระดับ การประเมินอันตรายสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง และสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 19,20) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2.1 และ 2.2 โดยมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองกลุ่มเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่มมีผลการวิเคราะห์การประเมินอันตรายไม่แตกต่างกันและเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยแต่ละหมวด พบว่าค่าเฉลี่ยของการรับรู้ ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 19)

หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการประเมินอันตราย (ดังตารางที่ 19) เมื่อพิจารณาความแตกต่างภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับการประเมินอันตรายซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมภายหลังจากทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 20) สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมสุขภาพที่จัดขึ้นจากการประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นทฤษฎีหลักในการกำหนดกิจกรรม และใช้วิธีการทางสุขภาพหลายวิธีรวมกัน สามารถพัฒนาการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่างได้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมการบรรยายประกอบสไลด์ ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลข่าวสารอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านม สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม อาการระยะเริ่มแรก และอาการขั้นรุนแรงประกอบการใช้ภาพสไลด์ ซึ่งเป็นภาพจริงของโรคมะเร็งเต้านมในระยะรุนแรง เป็นสื่อในการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกลัวและเห็นภาพ ของการเป็นมะเร็งเต้านมในระยะรุนแรง และให้กลุ่มตัวอย่าง อภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยให้พูดคุยในประเด็นความรุนแรง และ ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ผลกระทบและจะปฏิบัติตนอย่างไรในการป้องกันมะเร็งเต้านม ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างมีพี่สาวที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านม รวมทั้งการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (ทัศนา แคมณี, 2522: 21) อันเป็นกระบวนการเพื่อใช้การแก้ปัญหา หรือกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ผู้เรียนรู้จะเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการในการให้สุขภาพแก่ประชาชนใน

กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ (สุริย์ จันทรโมลี, 2527 : 88) สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ทางคำพูด ได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องที่อภิปราย ทั้งในรูปธรรมและนามธรรม ช่วยให้กลุ่มได้แสวงหาข้อเท็จจริง แยกแยะความเข้าใจของตนเอง ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การตัดสินใจของกลุ่มเป็นการตัดสินใจโดยการฟังเหตุผล ข้อเท็จจริง ให้อิสระในการออกความคิดเห็นเต็มที่ อิทธิพลของกลุ่มช่วยให้สมาชิกเกิดการตัดสินใจยอมรับ สัมครใจ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะเห็นได้จากผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนการประเมินอันตรายของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 94.0 ซึ่งก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับคะแนนการประเมินอันตรายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 58.0 ระดับสูงร้อยละ 24.0 และมีส่วนน้อยที่มีระดับคะแนนอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 18.0 แต่เมื่อได้รับโปรแกรมสุขภาพทำให้มีการประเมินอันตรายเพิ่มขึ้นในระดับสูง ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม พบว่าโปรแกรมสุขภาพดังกล่าว สามารถทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมหลังการทดลอง อยู่ในระดับสูงร้อยละ 98.0 ทั้งนี้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูงอยู่ก่อนแล้ว ร้อยละ 54.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 36.0 มีอยู่เพียงส่วนน้อยที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 10.0 สำหรับการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 88.0 ระดับปานกลางร้อยละ 12.0 ทั้งนี้ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับคะแนนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50.0 มีเพียงส่วนน้อยที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 22.0 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพดังกล่าวสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการประเมินอันตราย รวมทั้งสองหมวดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง (ดังตารางที่ 18)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นราวดี สันสยะ (2539:ก) โดยประยุกต์แนวคิดของการตลาดขายตรงแบบหลายชั้น เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงวิทยาลัยเทคนิค จังหวัดชุมพร โดยการขยายเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเองไปสู่เพื่อนด้วยการสนทนากลุ่มย่อยหรือรายบุคคลและฝึกทักษะการตรวจ พบว่าหลังการทดลองนักศึกษามีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมดีกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ กมลชัย (2540:ก) ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ ในการป้องกันโรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในชนบทจังหวัดบุรีรัมย์ โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่กระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตื่นตัวและผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่มโดยให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

ฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ พลเสน (2541:ง) เรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านตัวแทนสตรีในเขตสุขภาพอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นแนวทางกำหนดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย การบรรยาย การใช้ตัวแบบ กระบวนการกลุ่ม การสาธิต และฝึกปฏิบัติและการกระตุ้นเตือนจากตัวแทนสตรี พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม ดีกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปริญดา ทุนคำ (2541:ง) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิง สถาบันราชภัฏนครสวรรค์ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับการสอนเพื่อให้เกิดทักษะ ตัวแบบด้านบวกและด้านลบ กระบวนการกลุ่มและการกระตุ้นเตือนจากบัดดี้ (Buddy) พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อที่ 3 การประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งประกอบด้วย

3.1 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

3.2 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากผลการวิจัย พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับการประเมินการเผชิญปัญหาสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ดังตารางที่ 22,23) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 3.1 และ 3.2 โดยมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่มมีผลการวิเคราะห์การประเมินการเผชิญปัญหา ไม่แตกต่างกันและเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยแต่ละหมวดพบว่า ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยของความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 22)

หลังการทดลองพบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการประเมินการเผชิญปัญหา (ดังตารางที่ 22) เมื่อพิจารณาความแตกต่างภายในกลุ่ม กลุ่มทดลองมีระดับการประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายหลังการทดลองดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 23) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3.1 และ 3.2 พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่จัดให้กลุ่มทดลองสามารถพัฒนาความคาดหวังในความสามารถของตนเองได้เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูงถึงร้อยละ 90 (ดังตารางที่ 21) สำหรับความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาดังกล่าวมาแล้ว สามารถพัฒนาความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90 (ดังตารางที่ 21) ก่อนเข้าโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจเต้านม ด้วยตนเองอยู่ในระดับสูงอยู่ก่อนแล้วร้อยละ 66.0 มีเพียงร้อยละ 26.0 ที่มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ในพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อได้รับโปรแกรมสุขศึกษาทำให้มีการพัฒนาความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (ดังตารางที่ 21) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดขึ้นตามกระบวนการอย่างเป็นระบบ ซึ่งเริ่มจากการทบทวน วิเคราะห์ เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากนั้นผู้วิจัยสรุปถึงประเด็นหลัก ๆ วิธีการขั้นตอนและเวลาที่เหมาะสมในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยให้สมาชิกที่เข้ารับการอบรม ช่วยกันทบทวน รวมทั้งกิจกรรมการสาธิตวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้ทีมผู้วิจัยดูเป็นรายบุคคล พร้อมให้ข้อมูลป้อนกลับและคำแนะนำเพื่อให้เกิดทักษะที่ถูกต้อง ทำให้กลุ่มทดลองประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้กับกลุ่มทดลองนอกจากนี้ การอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกิดการเปรียบเทียบผลดี ผลเสียของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการไม่ตรวจ จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มทดลองจะได้รับแผ่นพับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อการทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิธีการและขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวมีผลต่อการพัฒนาความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นราวดี สันสยะ (2539: ก) ศึกษาถึงการประยุกต์แนวคิดการตลาดขายตรงแบบหลายชั้น เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการสนทนากลุ่มหรือรายบุคคล

ผลการวิจัยพบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังใน ประสิทธิภาพของ การตอบสนองในพฤติกรรม การตรวจเด้านมด้วยตนเอง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ พลเสน (2541:ง) ที่ศึกษา การส่งเสริม พฤติกรรม การตรวจเด้านมด้วยตนเองผ่านตัวแทนสตรีในเขตสุขภาพ 1 อำเภอ 1 ตำบล จังหวัด สุพรรณบุรี โดยการใช้ตัวแบบ กระบวนการกลุ่ม การสาธิตและฝึกปฏิบัติ พบว่าภายหลังจัด โปรแกรมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในพฤติกรรม การตรวจเด้านมด้วยตนเอง ดี กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของปริญญ์ พูนคำ (2541:ง) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเด้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิง สถาบันราชภัฏนครสวรรค์ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ ในการ ป้องกันโรคร่วมกับการสอน เพื่อให้เกิดทักษะพัฒนาทักษะโดยการให้ข้อมูลป้อนกลับ และการใช้ ตัวแบบด้านบวกและด้านลบพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในพฤติกรรม การตรวจเด้านมด้วยตนเอง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังการทดลอง การประเมินอันตราย ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และการประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการตรวจเด้านมด้วยตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในพฤติกรรม การตรวจเด้านมด้วยตนเอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากในช่วงของการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง จังหวัดนครราชสีมาได้มีนโยบายเร่งดำเนินการในเรื่อง การบรรจุ หมู่บ้าน สุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งมีดัชนีชี้วัดทั้งหมด 75 ตัวชี้วัด การตรวจเด้านมด้วยตนเองเป็นดัชนีชี้วัดตัวหนึ่งของการบรรจุหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งจากการสำรวจ ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ) พบว่า ส่วนใหญ่หมู่บ้านยังตกเกณฑ์ ในเรื่องของการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตรวจเด้านมด้วยตนเอง จึงได้มีการรณรงค์ ในเรื่องของการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตรวจเด้านมด้วยตนเองทุกพื้นที่ในเขตจังหวัดนครราชสีมา นอกจากนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้ผลิตสื่อ แผ่นพับ เรื่องการตรวจเด้านมด้วยตนเอง และมีการกระจายสื่อลงสู่พื้นที่ทุกอำเภอ ดังจะเห็นได้จากระดับคะแนนของการประเมินอันตราย และการประเมินการเผชิญปัญหา ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง เป็นส่วนใหญ่และเมื่อระยะเวลาผ่านไป ภายหลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ

จึงขาดการประเมินอันตราย ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มิได้สนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง และสม่ำเสมอ จึงทำให้การรับรู้และความคาดหวังลดลง

สมมติฐานข้อที่ 4 การมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ

จากผลการวิจัย พบว่าภายหลังการทดลองครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 25,26) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 4 สามารถอธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ ตามกระบวนการในโปรแกรมสุขภาพ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงงูใจในการป้องกันโรค ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง องค์ประกอบดังกล่าวประกอบขึ้นมาเป็นแรงงูใจเพื่อป้องกันโรค อันมีกิจกรรมกระบวนการกลุ่มเป็นกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้แรงงูใจ เพื่อป้องกันโรคในการมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์การเล่นเกมส์ก่อนหิมนัทศวรรษ กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้บอกถึงความคาดหวังในเรื่องสุขภาพของตนเอง ความรู้สึกของตนเองต่อโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นการนำเข้าสู่บทเรียนขั้นต่อไป ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้คิดว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาของเขาหรือไม่ ซึ่งเป็นการสร้างความตระหนักให้เกิดแก่กลุ่มตัวอย่าง และการฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรง จึงทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไปในทางที่ดีขึ้น (ผกา สัตยธรรม 2524: 14) ซึ่งจะเห็นได้จากผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองซึ่งแบ่งระดับการให้คะแนนดังนี้คือ ตรวจได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ (8 คะแนน) ตรวจแต่ไม่ถูกต้องและสม่ำเสมอ (1-7 คะแนน) และไม่ได้ตรวจ (0 คะแนน) พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ไม่ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 78.0 รองลงมา ตรวจแต่ไม่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ร้อยละ 22.0 แต่เมื่อได้รับโปรแกรมสุขภาพ ทำให้มีการพัฒนาพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยส่วนใหญ่ตรวจแต่ไม่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ร้อยละ 36.0 รองลงมาคือตรวจได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ ร้อยละ 30.0 และไม่ได้ตรวจ ร้อยละ 34.0 เนื่องจากขณะที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลัง

การทดลองครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองบางคนประจำเดือนยังไม่มา จึงยังไม่ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเองและบางคนตรวจแต่ไม่ถูกต้องและสม่ำเสมอ เนื่องจากบางคนมีข้อจำกัดในเรื่องของสถานที่ตรวจไม่มีมิดชิด กระเจิงอยู่นอกห้องนอน จึงทำให้ระดับคะแนนของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลองครั้งที่ 1 เพิ่มขึ้นไม่มากนัก แต่หลังการทดลองครั้งที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลอง ตรวจได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ ร้อยละ 98.0 ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากโปรแกรมสุขภาพและการประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีการให้ข้อมูลป้อนกลับ จึงมีการพัฒนาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ มากยิ่งขึ้น มีเพียง 1 คนที่ตรวจแต่ไม่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ร้อยละ 2.0 (ดังตารางที่ 24) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรายนี้ ปัจจุบันประจำเดือนยังไม่มา 1 ปี แล้วและมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนแต่ตรวจในช่วเวลา ไม่แน่นอนแล้วแต่ความสะดวก จึงทำให้ตรวจเต้านมแต่ไม่ถูกต้องและสม่ำเสมอ

ภายในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 มีระดับคะแนนของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่แตกต่างกันคือส่วนใหญ่ไม่ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเองรองลงมาคือตรวจแต่ไม่ถูกต้องและสม่ำเสมอ และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ตรวจได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ(ดังตารางที่ 24) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของจิรวรรณ กมลชัย (2540:ก) ที่ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงงูใจในการป้องกันโรค ในการตรวจหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกด้วยตนเองของสตรีในชนบท จังหวัดบุรีรัมย์ ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่พึงประสงค์ ดีวก่อนการทดลอง และดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ พลเสน (2541: ง) ที่ศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผ่านตัวแทนสตรีในเขตสุขภาพิบาล อำเภ่อู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยการบรรยาย การใช้แบบกระบวนการกลุ่ม การสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการกระตุ้นเตือน พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของปริญดา ทนคำ (2541: ง) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงงูใจในการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิง สถาบันราชภัฏนครสวรรค์โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงงูใจ ในการป้องกันโรคร่วมกับการสอนเพื่อให้เกิดทักษะ ตัวแบบด้านบวก และด้านลบ กระบวนการกลุ่ม และการกระตุ้นเตือนจาก บัคดี (Buddy) เพื่อนสนิทของนักศึกษาหญิง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้นวก่อนการทดลอง และดีขึ้นวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการจัดกิจกรรมสุขศึกษา เพื่อกระตุ้นให้เกิดความรู้ เรื่องมะเร็งเต้านม การประเมินอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และ ความคาดหวังใน ประสิทธิภาพของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ โดยใช้วิธีการทางสุขศึกษาหลายวิธีรวมกัน ได้แก่ การบรรยายประกอบสไลด์ให้ข้อมูลข่าวสาร อุบัติการณ์ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม กระบวนการกลุ่ม การใช้ตัวแบบ การสาธิต และฝึกปฏิบัติ และการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยแกนนำสาธารณสุข ประจำครอบครัว (กสค.) โดยจัดกิจกรรมสุขศึกษานี้ ให้กับสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ให้มีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมออย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) จะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาจากผู้วิจัย จำนวน 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) จะไม่ได้รับการจัดโปรแกรมสุขศึกษา จำนวน 52 คน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 3 ครั้ง ด้วยแบบสัมภาษณ์ เริ่มดำเนินการศึกษาวิจัยตั้งแต่ 9 ตุลาคม 2542 ถึง 29 มกราคม 2543 รวม ระยะเวลาที่ศึกษา 15 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาก่อนและหลังการทดลองด้วยค่าความเชื่อมั่นทางสถิติร้อยละ 95% ($p < 0.05$) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากร และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีลักษณะใกล้เคียงกันคือ ทั้งสองกลุ่มมีอายุ ระหว่าง 20-40 ปี โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 35-40 ปี มากที่สุด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ทั้งสองกลุ่ม ในกลุ่มทดลองจะประกอบอาชีพ ทำสวน/ไร่ มากที่สุด ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ 2,001-4,000 บาท ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้ 6,001-20,000 บาท

1.2 ประวัติการเจ็บป่วยมีก้อนที่เต้านมของสมาชิก ในครอบครัวกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ ไม่เคยมีประวัติการมีก้อนที่เต้านมของคนในครอบครัว ร้อยละ 96.0 มีเพียงส่วนน้อยที่มีพี่สาว และน้องสาวเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 4.0 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการมีก้อนที่เต้านมของคนในครอบครัว ร้อยละ 92.3 มีเพียงส่วนน้อยที่มีแม่ , พี่สาว เป็นก้อนที่เต้านม ร้อยละ 7.7

1.3 การรับรู้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับ ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมาก่อน ร้อยละ 66 มีเพียงส่วนน้อยร้อยละ 34 ที่เคยได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม โดยส่วนใหญ่ได้รับจากรายการโทรทัศน์ ร้อยละ 70.6 รองลงมาได้รับจากสื่อสิ่งพิมพ์ ร้อยละ 41.2 ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 55.8 มีเพียงร้อยละ 44.2 ที่เคยได้ รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม โดยส่วนใหญ่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 39.1 รองลงมาได้รับจากสื่อสิ่งพิมพ์ และโทรทัศน์ ร้อยละ 26.1

1.4 การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองมาก่อนร้อยละ 74.0 มีเพียงส่วนน้อยที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 26.0 เคยได้รับข้อมูลวิธีการตรวจเต้านม ส่วนใหญ่ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 69.2 รองลงมาได้รับจากโทรทัศน์ ร้อยละ 23.1 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองมาก่อน ร้อยละ 55.8 มีเพียงร้อยละ 44.2 ที่เคยได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม โดยส่วนใหญ่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 47.8 รองลงมาได้รับจากสื่อสิ่งพิมพ์ ร้อยละ 34.8

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การประเมินอันตราย ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง สรุปได้ว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา จากผู้วิจัยมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม มีการประเมินอันตราย ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม มีการประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และความหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

หลังการทดลองครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังการทดลองครั้งที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่า หลังการทดลองครั้งที่ 1 และ พบว่า พฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังการทดลองครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้นมากกว่าหลังการทดลองครั้งที่ 1 และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย การบรรยายประกอบสไลด์ การให้ข้อมูลข่าวสาร อุบัติการณ์ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม กระบวนการกลุ่ม การใช้ตัวแบบ การสาธิตและฝึกปฏิบัติการให้ปฏิบัติจริงที่บ้าน

โดยแจกแผ่นพับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไปทบทวนและการให้แกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) เป็นผู้กระตุ้นเตือน สามารถพัฒนาให้สตรีกลุ่มทดลองเกิดความรู้ มีการประเมินอันตราย ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม มีการประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิภาพต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการนำไปสู่การมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอได้ ซึ่งเป็นงานสุขศึกษาเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องน่าจะได้มีการนำโปรแกรมสุขศึกษาในลักษณะนี้ไปประยุกต์ใช้กับสตรีกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

1.2 จากการศึกษา พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างไม่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ ไม่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและไม่ทราบวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง ไม่มีใครแนะนำ แต่ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดขึ้น สตรีกลุ่มทดลองสามารถตรวจเต้านมได้ถูกต้องมากขึ้น และตรวจได้ตามกำหนดเวลาที่เหมาะสมมากขึ้น แม้จะต้องใช้ระยะเวลาในการประเมินทักษะการตรวจและการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่สตรีกลุ่มทดลอง สามารถพัฒนาให้เกิดพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้องและสม่ำเสมอมากขึ้น โดยไม่ต้องมีใครเตือน แสดงให้เห็นว่า สตรีมีศักยภาพเพียงพอที่จะดูแลตนเองได้ ถ้าได้รับข้อมูลข่าวสาร และการฝึกทักษะอย่างเพียงพอ ซึ่งในปัจจุบัน แม้ว่าจะมีการณรงค์ทั้งในภาครัฐและเอกชน ให้สตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการกระจายของสื่อในรูปแบบต่าง ๆ มากมาย แต่พฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอยังมีน้อย แสดงให้เห็นว่า การใช้สื่อเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอจะต้องมีการสาธิต การฝึกทักษะการตรวจ เต้านมด้วยตนเองและการให้ข้อมูลป้อนกลับ จึงจะทำให้สตรีมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

1.3 ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีการประเมินทักษะ เพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะช่วยให้ผู้ฝึกปฏิบัติทราบถึงข้อบกพร่องที่ควรปรับปรุงแก้ไข จะช่วยให้เกิดการการเรียนรู้ และทักษะได้รวดเร็วขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ ดังนั้นในการฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเอง ควรมีการประเมินทักษะควบคู่ไปกับการให้ข้อมูลย้อนกลับไปด้วย

1.4 การอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยให้กลุ่มพูดคุยถึงประสบการณ์ที่เคยพบเห็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหรือข้อมูลข่าวสารที่เคยได้รับเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ในประเด็นที่ผู้วิจัยกำหนดให้ซึ่งครอบคลุมความรุนแรงโอกาสเสี่ยง ผลกระทบจากการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม และท่านจะปฏิบัติตนอย่างไรใน



การป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกได้ ซึ่งวิทยากรประจำกลุ่มช่วยกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นดังกล่าว ซึ่งเป็นการสร้างความตระหนักและให้สตรีได้คิดวามะเร็งเต้านมเป็นปัญหาของเขหรือไม่ จากนั้นให้แต่ละกลุ่มนำเสนอผลการอภิปรายกลุ่มให้กลุ่มอื่น ๆ ได้รับทราบ วิธีการนี้ได้รับความสนใจจากสมาชิกกลุ่ม ได้ทราบ ถึงความคิดเห็นที่หลากหลายครอบคลุมเนื้อหาในทุกประเด็นและสุดท้ายผู้วิจัยสรุปเป็นความคิดรวบยอดเน้นในประเด็นที่สำคัญ ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจดจำได้เพิ่มมากขึ้น

1.5 แกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) ซึ่งเป็นผู้กระตุ้นเตือนให้เกิดพฤติกรรม การตรวจเต้านมที่สม่ำเสมอ เมื่อเข้ารับการอบรมแล้ว สามารถกระตุ้นเตือนได้ตามเวลาที่กำหนด แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะตรวจได้เองโดยไม่ต้องกระตุ้นเตือน แต่จะเห็นได้ว่าถ้า แกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวของเขาเอง ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่างที่สุด เป็นบุคคลที่มีความสำคัญ ซึ่งความยั่งยืนของพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองในอนาคต จำเป็นต้องให้กสค. เป็นผู้กระตุ้นเตือน เพื่อให้พฤติกรรมคงอยู่ตลอดไปดังนั้น กสค. จะเป็นกำลังสำคัญในการสนับสนุนให้การดำเนินงานด้านสุขภาพอนามัย เพื่อให้ประชาชนบรรลุสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษาให้มากขึ้น เพื่อติดตามความยั่งยืนของพฤติกรรมอย่างน้อย 6 เดือน

2.2 การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการนำกระบวนการเรียนรู้ที่มีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

บรรณานุกรม

- กิติ จินดาวิจักษณ์. (2537). การรักษามะเร็งเต้านมโดยไม่ตัดเต้านม. วัฏจักรวงการแพทย์ , (20-26 มิถุนายน 2537): 11-13.
- กิติ จินดาวิจักษณ์. (2533). บทบาทของแพทย์ในการค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก. วารสารโรคมะเร็ง, 6 (1), 27-29.
- กิติ จินดาวิจักษณ์, ชวนพิศ บุญระบัดเวช และ จุลเดช ยศสุนทรากุล. (2524). การศึกษาก่อนเนื้องอกของเต้านมในผู้ป่วยนอก จำนวน 269 ราย ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ. วารสารโรคมะเร็ง, 7 (4) , 136 - 142. (ตุลาคม-ธันวาคม 2524): 124,136-142.
- กันยา สุวรรณศิริจันทร์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคอาหารไขมันและเส้นใยอาหารส่วนบุคคลกับการเกิดมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข. (2540). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544): ม.ป.ท.
- ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ. (2534). การวิเคราะห์ข้อมูล. สถิติและการวิจัยสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ หน่วยที่ 11. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมชิราช.
- จินตนา สรายุทธพิทักษ์. (2534). การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรวรรณ กมลชัย. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในการตรวจหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกด้วยตนเองของสตรีในชนบท จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑา บุรีภักดี. (2527). กระบวนการกลุ่ม (ศึกษา 325). ม.ป.ท.
- ฉวีวรรณ พลเสน. (2541). การส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านตัวแทนสตรีในชุมชนตำบล อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ทัศนา แคมณี. (2522). กลุ่มสัมพันธ์ทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติ เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร : บุรณาสิตการพิมพ์.

- นราวดี สันสยะ. (2539). การประยุกต์แนวคิดการตลาดขายตรงแบบหลายชั้น เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของนักศึกษาหญิงวิทยาลัยเทคนิค จังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญขง เกี่ยวการค้า.(2526). วิธีการสุศึกษา. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาสุศึกษา หน่วยที่ 8-15 สาขาวิชาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาริราช. กรุงเทพมหานคร : อรุณการพิมพ์.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2535). จิตวิทยาสังคมทางการสาธารณสุข. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาทางการแพทย์ หน่วยที่ 9-15 หน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาริราช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพานิชย์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพมหานคร:โอเคเอ็นเอสโตร์.
- ประครอง รังคศิริ และคณะ. (2529). “ศึกษาผลการแนะนำสตรีเพื่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง”. วารสารโรคมะเร็ง. 12 (3) , 112-117.
- ปริญญา ทนคำ. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงสถาบันราชภัฏนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ผกา สัตยธรรม.(2524). เทคนิคการสอนอย่างมีประสิทธิภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- พรรณภา จิตดำรงขันติ. (2540). ผลการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผน และการให้คำแนะนำปกติต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของแรงงานสตรี ในโรงงานอุตสาหกรรมขนาด กลาง เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพรัช เทพมงคล. (2524). ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เมดิคัลมีเดีย.
- ไพรัช เทพมงคล. (2528). โรคมะเร็งสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและนักศึกษาแพทย์. กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์.

- พิสิษฐ์ พันธุมจินดา, พ.ม.และศิณีนานู สนธิพงษ์. วท.บ. (2532) สถานภาพของโรคมะเร็งใน
ปัจจุบันแนวโน้มในอนาคตและแนวทางการควบคุม. วารสารโรคมะเร็ง. 15 (1) , 34-39.
- มาลัย มุตตารักษ์. (2534). การแนะนำการตรวจเต้านมด้วยรังสี. มะเร็งปริทัศน์. 1 (เมษายน 2534),
:36-43.
- ระเด่น หัสดีและสรศักดิ์ ด้วงคำสวัสดิ์. (2538). การสุศึกษาและประชาสัมพันธ์กับการพัฒนา
สาธารณสุข เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า. กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข.
- ลาวัลย์ มัสโอติ. (2532). ประสิทธิผลการสอนสุศึกษาเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้
วิดีโอเทปและเอกสารแผ่นพับร่วมกับการกระตุ้นเตือนให้นักศึกษาวิทยาลัยครูสวน
สุนันทาและวิทยาลัยสวนดุสิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัยมหิดล.
- ลักขณา อินทร์กลับ. (2540). อาหารเต้านมมะเร็ง. สารสภากาพยาบาล, 12 (1) , 30.
- วินิจ เกตุขำและคมเพชร นัตรสุกุล. (2522). กระบวนการกลุ่มสุศึกษา 325. กรุงเทพมหานคร : พีระ
พัฒนาการพิมพ์ .
- วนิดา ดันดีสุนทร. (2533). ปัญหาอารมณ์และสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมสุศึกษาเฉพาะ กรณี
โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสังคม
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- วิมล คำสวัสดิ์. (2535). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแม่
บ้านอาสาสมัครในการตรวจเต้านมด้วยตนเองและชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2524). หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เรือนอักษร.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2538). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร :
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สัญญา นารายณ์รักษ์. (2535). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาวิทยาลัยครุนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2538). สรุปรายงานประจำปี อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งของคนไทย พ.ศ. 2534-2538.

สมใจ ขาญวิเศษ.(2527)ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยเอกซเรย์. วารสาร โรคมะเร็ง,10(1),7-10.

สมปอง รักษาสุข. (2523). มะเร็งเต้านม. ใกล้หมอ, 4 (ธันวาคม 2523), 13-17.

----- . (2535). ก้อนที่เต้านม. คลินิก, 8 (9), 617-623.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2536). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนันทา จริยเลิศศักดิ์. (2531). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเต้านม. ใกล้หมอ, 2 (12), 14-15.

สุนันทา จริยเลิศศักดิ์ และคณะ. (2532). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านม. วารสารโรคมะเร็ง, 15 (4), 146-158.

สุนันทา จริยเลิศศักดิ์. (2535). วท.บ. มะเร็งเต้านมกับ c-erb B-2 Oncogene. วารสาร โรคมะเร็ง, 18 (3), 126 -127 .

โสพรรณ โพทะชะ. (2532) การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรศักดิ์ หลาบมาลา. (2534). มะเร็งเต้านม. วิทยาจารย์, 89 (สิงหาคม 2534), 64-65.

สุริย์ จันทร โมลี. (2527). วิธีการสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:เจริญวิทย์การพิมพ์.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.(2541).คู่มือแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว(กสค). นครราชสีมา: มิตรภาพการพิมพ์.

สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2539). รายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข พ.ศ.2539:99.

- อวยพร สุทธิสนธิ. (2528). การเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติการตรวจด้านมด้วยตนเองระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนันทยา ชื่นวิสิทธิ์. (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจด้านมด้วยตนเองของสตรีของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาคม เชียรศิลป์.(2529). โรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย. ม.ป.ท.
- อากรณ์ ใจเที่ยง. (2537). หลักการสอน. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส. พรินติ้งเฮาส์.
- Ajzen' I and Fishbien M. (1980). Understanding Attitude and Social Behavior. New Jersey: Prontice-Hall, Inc.
- Baker, R.R.(1978).Pre - Operative Assessment of The Patient With Breast Cancer. Surgical Clinics of North America. 58 (August 1978) : 681-691.
- Badura , A.(1977).Self-efficacy : Toward unifying Theory Of Behavioral Change Psychological. Psychologic. : 191-215.
- Becker, Marshal H. and Mainam. (1975). Lois A. Social Behavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. Medical care. Vol 13. Nol:10-18.
- Benson, Ralph C.(1976). Current obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. California : Lange Publication.
- Brand , P., and Weinert , C. (1981). The PRQ - A social Support measure. Nursing Research, 30 (September October) , 277-280.
- Brunner, Lilian Shottis., et al. (1970). Textbook of Medical Surgical Nursing. 2nd ed. New York : J.B. Lippincott.
- Burns, N.(1982) Nursing and Cancer. Philadaphia: W.S. Saunders Company.
- Bloom, B.S., Hastings, J.T., Madaus, G.F. (1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of student Learning. New York : Megraw - Hill, 47.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator for life stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300-312.
- Dunphy ,J.E. (1977) Current Surgical Diagnosis and Treatment. California : lange Medical Publications.
- Feldman, J.G. , et al.(2740-2745). Breast Self - Examination, Relationship To Stage of Breast Cancer at Diagnosis. Cancer. 6 (June 1981).
- Green, L.W. Kreuter, M.W., Deeds, S.C., and Partridge. K.B. (1980). Health Education Planning. : A Diagnostic Approach. California: Mayfield Publishing, Co.
- Hallal, J.C. (1982). The Relationship of Health Beliefs , Health Locus of Control and Self Concept to Practice of Breast Self - Examination in Adult Woman. Nursing Research. 31 (May-June 1982) : 137-142.
- House. & et al. (1982). “The association of social relationship and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh” Community health study. AmJ epidemiology.
- Kahn, R.I. (1979). Aging From Birth to Death : Interdisciplinary Perspectives. Boulder Colo: Westview Press.
- Kaplan , Berton H., Cassal , John C. and Gore, Susan. (1977). “Social Support and Health” Med Care.
- Luckman and Sorensen. (1980). Medical Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach. 2nd ed. Philadelphia : W.B.Saunders Company.
- Mackay , B.C. (1992). AIDS and Protection Motivation Theory (PMT) : Effects of Imagined Scenarios on Intent to use Condoms. Michigan : A Bell and Howel Information Company, 25-35.
- Mare el, Jay, R.S., Manica, M. & Sameal, S. (1996). Disease of the breast: Etiology and Pathogenesis of breast cancer. Philadelphia : Lippincott-Raven Publissers.
- Pilisuk, M.(1982.January). Delivery of social Support : The Social Innovation. American Journal orthopsychiatry. 52, 29-39.

- National Cancer Institute. (1991). Annual report 1991. Bangkok: Department of medical services.
- . (1992). Annual report 1992. Bangkok: Department of medical services.
- . (1993). Annual report 1993. Bangkok: Department of medical services.
- . (1994). Annual report 1994. Bangkok: Department of medical services.
- . (1995). Annual report 1995. Bangkok: Department of medical services.
- Roger R.W. (1986). Protection Motivation Theory. Health Education Research Theory and Practice (V.1.1986): 153-161.
- . (1983). Cognitive and Physiological Processes In Fear appeals and attitude change, Arevised Theory of Protection Motivation. Social Psychology. New York : in cacioppo, J. and Petty. R. (Eds) Social Psychology Guilford Press.
- . Newborn, C,R. (1976)” Fear appeals and attitude change : Effect of a Theat’s noxiousness. Probability of occurrence, and the efficacy of coping response. Journal of personality and Social Psychology (V.34,1976): 54-61.
- . (1975). Protection Motivation Theory of Fear appeals and attitude change. Journal of Psychology. (Volume 91, 1975) 91, 93-114.
- Scanlon, E.F. (1981) The Early Diagnosis of Breast Cancer. Cancer. 48 (July 1981) : 523-526.
- Steven, P. and Roger, R.W. (1986) Protection Motivation Theory. Health Education Research Theory and Practice. Vol. 1 (1986) : 153-161.
- Stormborg , M. (1981). Screening for Early Detection. American Journal of Nursing. 81 (September 1981) : 1653 .
- Tiffany, R. (1981). Cancer Nursing Update. Londin: Bailliere Tindall.
- Venet, L. (1980). Self - Examination and Clinical Examination of The Breast Cancer. (August 1980) : 930-932.
- Wallaton , B.S.& Wallston, K.A.(1978) Locus of Control and Health : A Review of the Literature. Health Education Monographs. Vol. 6 (1978) : 107-117.

ภาคผนวก

- ภาคผนวก ก **แบบสัมภาษณ์ เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
ของสตรีผู้ใหญ่ตอนต้น**
- ภาคผนวก ข **แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 1,2 และ 3
การอบรมแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.)
การเตรียมตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง**
- ภาคผนวก ค **แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
แบบบันทึกพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
แบบบันทึกพฤติกรรม การตรวจเต้านมของ กสค.
ปฏิทินการตรวจเต้านมด้วยตนเอง**
- ภาคผนวก ง **การวิเคราะห์ข้อมูลรายชื่อ**
- ภาคผนวก จ **สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง
การประเมินผลการกระตุ้นเตือนของแกนนำสาธารณสุขประจำ
ครอบครัว (กสค.)**
- ภาคผนวก ฉ **แผ่นพับ**



แบบสัมภาษณ์

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์แนะนำตัวเอง อธิบายจุดประสงค์ของการสัมภาษณ์เพื่อนำความรู้ไปปรับปรุงการจัดกิจกรรมสุขภาพ เรื่องโรคมะเร็งเต้านมในชุมชน และขอให้สตรีในชุมชนแสดงความคิดเห็นให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด คำตอบจะเก็บเป็นความลับแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1	ข้อมูลทั่วไป	13 ข้อ
ส่วนที่ 2	ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	15 ข้อ
ส่วนที่ 3	การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดมะเร็งเต้านม	12 ข้อ
ส่วนที่ 4	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม	12 ข้อ
ส่วนที่ 5	ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	12 ข้อ
ส่วนที่ 6	ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	12 ข้อ
ส่วนที่ 7	พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	5 ข้อ

จกกล ศักดิ์ตระกูล

นักศึกษาปริญญาโท

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่แบบสัมภาษณ์..... □ □

กลุ่มที่.....ครั้งที่.....

แบบสัมภาษณ์

เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () และเขียนข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดให้
ตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ.....นามสกุล.....
2. อายุ.....ปี □ □
3. ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....คุ้ม.....ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
4. สถานภาพสมรส
 () โสด (ข้ามไปตอบข้อ 6) □
 () คู่ () หม้าย หย่า แยก
5. ท่านมีบุตรจำนวน.....คน □ □
6. ท่านนับถือศาสนาอะไร □
 () พุทธ () อิสลาม
 () คริสต์ () อื่น ๆ (ระบุ).....
7. การศึกษาชั้นสูงสุด □
 () ไม่ได้เรียนหนังสือ () ป.1 -ป.4 (ประถมต้น)
 () ป.5 - ป.7 (ประถมปลาย) () ม.1 - ม.3 (มัธยมต้น)
 () ม.4 - ม.6 หรือ ปวช. (มัธยมปลาย) () ปวส. หรือ อนุปริญญา
 () ปริญญาตรี () อื่น ๆ ระบุ.....
8. อาชีพหลักในปัจจุบัน □
 () แม่บ้าน () ค้าขาย
 () ทำสวน ทำไร่ () รับจ้าง
 () ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ () อื่น ๆ ระบุ.....

9. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....บาท ☐
10. ท่านมีประจำเดือนครั้งแรกอายุเท่าไร.....บาท ☐
11. มารดา หรือพี่สาว หรือน้องสาว หรือคนในครอบครัว หรือญาติของท่าน เคยมีก้อนที่เต้านม หรือเป็นมะเร็งนมบ้างหรือไม่ ☐
- () ไม่เคย () เคย เกี่ยวข้องเป็น.....
12. ท่านเคยรับรู้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมหรือไม่ ☐
- () ไม่เคย () เคย ได้รับจากสื่ออะไร.....
- โปรแกรมแหล่งของสื่อ.....
13. ท่านเคยรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่ ☐
- () ไม่เคย () เคย ได้รับจากสื่ออะไร.....
- โปรแกรมแหล่งของสื่อ.....

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความที่เห็นว่าถูกต้องที่สุด

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

1. มะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 2 ในสตรีไทย ได้แก่มะเร็งอะไร
- () มะเร็งรังไข่ () มะเร็งปากมดลูก
- () มะเร็งเต้านม () มะเร็งมดลูก
2. ถ้าป่วยมาพบแพทย์ล่าช้า จะเกิดผลเสียอย่างร้ายแรงต่อผู้ป่วย เพราะ
- () ผู้ป่วยจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก
- () โรคมะเร็งจะติดต่อกับผู้อื่น ทำให้เป็นอันตราย
- () การรักษาทำได้ยากขึ้น เพราะมะเร็งจะแตกมีอันตราย
- () ผู้ป่วยจะถึงแก่ชีวิต เพราะมะเร็งกระจายไปสู่อวัยวะอื่น
3. สตรีกลุ่มใดที่มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมน้อยที่สุด
- () สตรีที่เลี้ยงลูกด้วยนม () สตรีที่มีบุตร 1-2 คน
- () สตรีที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ () สตรีที่ไม่มีบุตรเลย
4. อาหารที่เป็นตัวส่งเสริมให้เกิดมะเร็งนมมากขึ้นได้แก่ อาหารชนิดใด
- () ข้าวรวมมิตร () พะโล้หมูสามชั้น
- () ต้มยำปลาช่อน () ผักน้ำพริก ปลาทุ

5. ข้อความใดต่อไปนี้เป็นสิ่งที่ถูกต้องที่สุด

- () มะเร็งเต้านมจะเกิดกับคนที่แต่งงานแล้วเท่านั้น
- () มะเร็งเต้านมจะเกิดกับหญิงวัยหมดประจำเดือนแล้วเท่านั้น
- () มะเร็งเต้านมสามารถเกิดได้กับสตรีทุกคน
- () มะเร็งเต้านมจะเกิดมากในสตรีที่ขายบริการทางเพศ

6. มะเร็งเต้านมสามารถถูกกลืนไปสู่อวัยวะอื่น ๆ โดยเฉพาะพบที่ใดเป็นอันดับแรก

- () ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้
- () ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ
- () มดลูก
- () ปอด

7. การรักษา มะเร็งเต้านม วิธีใดเหมาะสมที่สุด

- () การผ่าตัด
- () การฉายรังสีร่วมกับการผ่าตัด
- () การให้เคมีบำบัดร่วมกับการผ่าตัด
- () จะใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับระยะของโรคเป็นสำคัญ

8. ถ้ามีเพื่อนบ้านมาปรึกษาท่านว่ามีอาการเจ็บเต้านม และกล่าวพบบ่อนท่านจะให้คำแนะนำอย่างไร

- () ลองซื้อยามารับประทาน ถ้าไม่หายก็ไปพบแพทย์
- () รอดูก่อนนั้น โตขึ้นหรือเปล่า ถ้ามีขนาดเท่าเดิมก็ไม่ใช่ไร
- () ไปพบแพทย์ทันที เพราะไม่แน่ใจว่าจะเป็นมะเร็งหรือไม่
- () รอดูอาการ ไปก่อน ถ้าอาการเจ็บเต้านมทุเลาลงก็ไม่ต้องกังวล

9. วิธีใดเป็นการตรวจหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกที่ย่างและสะดวก

- () การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
- () การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือพยาบาล
- () การตรวจโดยการเอ็กซเรย์
- () การตรวจโดยวัดอุณหภูมิของเต้านม

10. ขั้นตอนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องเป็นอย่างไร

- () ตรวจขณะอาบน้ำ ตรวจในท่านอน ตรวจในท่านั่ง
- () ตรวจในท่านั่ง ตรวจในท่านอน แล้วบีบหัวนมดู
- () ตรวจหน้ากระจกเงา ตรวจในท่านอน ตรวจในท่านั่ง

11. การตรวจเต้านมด้วยตนเองจำเป็นต้องตรวจครบทุกท่าหรือไม่

- () จำเป็น เพราะแต่ละท่าจะสังเกตความผิดปกติที่ต่างกันออกไป
- () จำเป็น เพราะจะช่วยให้ท่านเกิดความชำนาญในการตรวจ
- () ไม่จำเป็น เลือกตรวจท่าที่รู้สึกว่ามันดีที่สุดก็พอแล้ว
- () ไม่จำเป็น ถ้าตรวจท่าแรกไม่พบสิ่งผิดปกติก็ไม่ต้องตรวจท่าต่อไป

12. เพราะเหตุใดจึงควรตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในขณะที่อาบน้ำ

- () เพราะเป็นช่วงเวลาส่วนตัว สะดวกแก่การตรวจ
- () เพราะเต้านมเปียกน้ำจะลื่นทำให้คลำพบสิ่งผิดปกติได้ง่ายขึ้น
- () เพราะก้อนเนื้ออกสามารถมองเห็น ได้ชัดเจนยิ่งขึ้นขณะเต้านมเปียกน้ำ
- () ไม่จำเป็น ถ้าตรวจท่าแรกไม่พบสิ่งผิดปกติก็ไม่ต้องตรวจทำต่อไป

13. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ควรตรวจบ่อยครั้งเพียงใด

- () ทุกวัน
- () ปีละ 1 ครั้ง
- () อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
- () ปีละ 2 ครั้ง

14. เวลาที่เหมาะสมในการตรวจเต้านมด้วยตนเองคือ เวลาใด

- () ก่อนมีประจำเดือน 7 วัน
- () ขณะมีประจำเดือน
- () หลังมีประจำเดือน 7 วัน
- () ตรวจเมื่อไรก็ได้ที่ว่าง

15. เพราะเหตุใดจึงต้องตรวจเต้านมด้วยตนเองหน้ากระจกเงา

- () เพราะอยู่ในที่มืดซิด
- () เพราะเต้านมอยู่ในลักษณะปกติตามธรรมชาติ
- () เพราะเป็นช่วงเวลาส่วนตัว สะดวกแก่การตรวจ
- () เพราะทำให้มองเห็นรูปร่าง ขนาด สีผิที่ผิดปกติ รอยบุ๋ม เว้า นูน ได้ชัดเจนขึ้น

คำชี้แจง ข้อคำถามในส่วนที่ 3,4,5 และ 6 ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างตามความรู้สึก ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของผู้ตอบที่มีต่อข้อความในแต่ละข้อเพียงความคิดเห็นเดียวเท่านั้น

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	
1. การเป็นมะเร็งเต้านมในระยะรุนแรงทำให้สูญเสียเต้านมไป				☐
2. ผู้ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมต้องทุกข์ทรมานจากการปวดและการฉายแสง				☐
3. การรักษามะเร็งเต้านมต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก				☐
4. การรักษามะเร็งเต้านมต้องใช้เวลายาวนาน				☐
5. การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลใจเป็นอย่างมาก				☐
6. ผู้ที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองจะเสียชีวิตจากโรค มะเร็งเต้านมได้มากกว่าผู้ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ				☐
7. มะเร็งเต้านมทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียบุคคล ซึ่ง เป็นกำลังของชาติในแต่ละปีจำนวนมาก				☐
8. มะเร็งเต้านมในระยะรุนแรงจะมีผลเรื้อรังที่เต้านมมีกลิ่นเหม็น เป็นที่รังเกียจของผู้อื่น				☐
9. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรุนแรงทำให้ภาระของครอบครัวในการดูแลรักษา				☐
10. การเป็นมะเร็งเต้านมในระยะลุกลามทำให้ ผู้ป่วยซึมเศร้าหมดหวังในชีวิต				☐
11. โรคมะเร็งเต้านมไม่สามารถแพร่กระจายไปยังปอดได้				☐
12. ถ้าคลำพบก้อนโตที่เต้านมและรักแร้ แสดงว่ามะเร็งเต้านมได้มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้				☐

ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	
1. ผู้หญิงอายุ 20-40 ปี มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้				☐
2. ผู้หญิงที่หมดประจำเดือนเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม				☐
3. ผู้หญิงที่เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 12 ปี ไม่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม				☐
4. ผู้หญิงที่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม				☐
5. ผู้หญิงที่เคยมีก้อนที่เต้านมมี โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม				☐
6. การกระทบกระแทกที่เต้านมอย่างแรงอาจทำให้เป็นมะเร็งเต้านมได้				☐
7. ถ้ามารดา หรือพี่สาว หรือน้องสาวเคยเป็นมะเร็งเต้านม ท่านมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้				☐
8. การได้รับรังสีในวัยเด็กและวัยรุ่นทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูง				☐
9. ผู้หญิงที่ชอบกินอาหารพวกไขมันมากเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม				☐
10. ผู้หญิงใกล้ชิดกับผู้หญิงที่แต่งงานแล้วมีโอกาเป็นมะเร็งเต้านมได้เท่ากัน				☐
11. การพบก้อนเนื้ออกที่ เต้านมแล้ว ไม่ได้ รักษา ก็อาจกลายเป็นมะเร็งเต้านมได้				☐
12. สตรีที่ใช้ฮอร์โมนบางอย่างโดยไม่อยู่ในการควบคุมของแพทย์อาจมีส่วนสนับสนุนให้เกิดโรคมะเร็งเต้านมได้				☐

ส่วนที่ 5 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	
1. ท่านสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน				☐
2. ท่านสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองแม้นคนอื่น ๆ จะไม่ทำก็ตาม				☐
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถตรวจเต้านมได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้องหลังจากได้รับคำแนะนำวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง				☐
4. ท่านสามารถหาเวลาว่างตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ตามเวลาที่กำหนด				☐
5. ท่านสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองในบ้านที่เป็นส่วนตัวและมิดชิด				☐
6. ท่านสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยการคลำในทำอาบน้ำและการดูหน้ากระจกเงาได้อย่างถูกต้อง				☐
7. ท่านสามารถดูความผิดปกติของขนาดรูปร่างของเต้านมได้				☐
8. ท่านสามารถดูความผิดปกติของการตั้งรั้งของผิวหนังเต้านมได้				☐
9. ท่านสามารถดูเลขขนาด รูปร่าง ลักษณะและรอบนมหัว รอยข่น และนูนของเต้านม และหัวนมทั้งสองข้างจากหน้ากระจกเงาได้				☐
10. ท่านสามารถตรวจเต้านมขณะอาบน้ำโดยใช้ปลายนิ้วคลำรอบ ๆ ทุกส่วนของเต้านมเพื่อค้นหาความผิดปกติของเต้านมได้				☐
11. ท่านสามารถตรวจเต้านมหน้ากระจกเงาโดยดูการหดรั้งของเต้านมและหัวนมได้				☐
12. ท่านสามารถตรวจเต้านมในท่านอนราบหนุนหมอนไว้ใต้ไหล่ซ้ายปลายนิ้วอีกข้างหนึ่งคลำเวียนรอบนอกเข้ามาภายในบริเวณหัวนมตามเข็มนาฬิกา เพื่อค้นหาความผิดปกติของเต้านมและบีบหัวนมเพื่อดูว่ามีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลออกจากหัวนมได้				☐

ส่วนที่ 6 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	
1. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อค้นหาความผิดปกติของเต้านมระยะเริ่มแรกได้				☐
2. การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทำให้ลดการสูญเสียเต้านม				☐
3. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นการเสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์				☐
4. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีที่ประหยัดที่สุดในการตรวจหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก				☐
5. การตรวจพบมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายได้				☐
6. ถ้าเคยตรวจเต้านมแล้วไม่พบก้อนหรือสิ่งผิดปกติก็ไม่จำเป็นต้องตรวจทุกเดือน				☐
7. การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน จะช่วยให้ทราบถึงความเปลี่ยนแปลงของเต้านมได้ดีขึ้น				☐
8. การตรวจเต้านมด้วยตนเองบ่อย ๆ จะทำให้เป็นมะเร็งเต้านมได้				☐
9. การตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วงเวลาที่เหมาะสมจะทำให้สามารถค้นพบความผิดปกติของเต้านมได้ง่าย				☐
10. การตรวจเต้านมด้วยตนเองถ้าพบก้อนเนื้องอกที่เต้านมต้องตัดเต้านมทิ้งทุกราย				☐
11. การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทำให้ไม่ต้องทุกข์ทรมานจากการเป็นมะเร็งเต้านม				☐
12. การตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่จำเป็นต้องตรวจให้ครบทุกขั้นตอนเพราะแต่ละขั้นตอนให้ผลเหมือนกัน				☐

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () และเขียนข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดให้
ตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่

1. ในระยะเวลา 3 เดือน ที่ผ่านมามีท่านได้ตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่

☐

() เคยตรวจ

ตรวจอย่างไร.....

เคยพบความผิดปกติหรือไม่.....ถ้าผิดปกติเป็นอย่างไร.....

ใครเป็นผู้แนะนำให้ตรวจ.....

ใครเป็นผู้สอนให้ตรวจ.....

() ไม่เคยตรวจ (ให้ตอบคำถามส่วนล่างแล้วข้ามไปตอบข้อ 5)

ไม่เคยตรวจเนื่องจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() 1. ไม่มีใครแนะนำ () 2. เห็นว่าไม่จำเป็น

() 3. ไม่มีเวลา () 4. กลัวพบก้อนที่เต้านม

() 5. ไม่สะดวกเนื่องจากอยู่รวมกันหลายคนในบ้าน

() 6. อายุ ไม่กล้าตรวจ

() 7. คิดว่าไม่สามารถตรวจเองได้ ต้องให้แพทย์หรือพยาบาลตรวจ

() 8. ไม่มีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

() 9. อื่น ๆ

สำหรับผู้ตอบว่าเคย ตรวจใน ข้อ 1 ให้ตอบคำถามต่อไปนี้

2. ทำเคยตรวจเต้านมด้วยวิธีใดบ้าง

☐

() ตรวจขณะอาบน้ำโดยใช้ปลายนิ้วคลำรอบ ๆ ทุกส่วนของเต้านม เพื่อค้นหาความผิดปกติ

() ตรวจหน้ากระจก เพื่อดูการทรงตัวของเต้านมและหัวนม

() ตรวจในท่านอนราบ หนุนแขนข้างหนึ่งไว้ได้ศีรษะใช้ปลายนิ้วอีกข้างคลำรอบๆเต้านม

() ใช้น้ำบีบหัวนมดูว่า มีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลออกจากหัวนมหรือไม่

() อื่น ๆ

3. ท่านตรวจด้านมบ่อยครั้งเพียงใด

☐

- () เดือนละ 1 ครั้ง
() ไม่แน่นอนแล้วแต่โอกาสที่ว่าง
() อื่น ๆ

4. ท่านตรวจด้านมในช่วงเวลาใด

☐

- () ก่อนมีประจำเดือน 7 วัน
() ขณะมีประจำเดือน
() ไม่แน่นอนแล้วแต่ความสะดวก
() อื่น ๆ

5. ท่านเคยได้รับการตรวจร่างกายประจำปีบ้างหรือไม่

☐

(การตรวจสุขภาพขณะร่างกายไม่มีอาการผิดปกติ)

() เคย เมื่อใด.....

สถานบริการที่ไปรับการตรวจ.....

ได้รับการตรวจอะไรบ้าง.....

.....

.....

() ไม่เคย



แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 1

ประเด็นหลัก

1. สถานการณ์โรคมะเร็งเต้านมในสตรีไทย
2. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม สาเหตุ อาการ การรักษา การป้องกันมะเร็งเต้านม ระยะเริ่มแรก ด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เน้นถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม
3. ประสบการณ์ และความคิดเห็นที่มีต่อมะเร็งเต้านม
4. ปฏิบัติตนอย่างไรจะปลอดภัยจากมะเร็งเต้านม

กลุ่มเป้าหมาย

สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น บ้านหนองนาคุ้ม หมู่ที่ 7 ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง
จ.นครราชสีมา จำนวน 50 คน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมที่ถูกต้องและมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรุนแรงของมะเร็งเต้านม โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม และทราบถึงวิธีการเฝ้าระวังและป้องกันมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. บอกเกี่ยวกับสถานการณ์ สาเหตุ อาการ การรักษา และการป้องกันมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง
2. บอกเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของมะเร็งเต้านมไม่อย่างถูกต้อง
3. รับรู้และแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ความคิดเห็น และผลกระทบที่เกิดจากมะเร็งเต้านม
4. บอกวิธีป้องกัน และเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง
5. บอกผลดีของการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง
6. บอกแนวทางปฏิบัติตัวเมื่อพบความผิดปกติที่เต้านมได้อย่างถูกต้อง
7. บอกวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองในเรื่องขั้นตอนและวิธีการตรวจ ช่วงเวลาที่เหมาะสมกับการตรวจ ความถี่ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง

วิธีการ	บรรยายประกอบสไลด์อภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์สนทนาซักถามตัวแบบ
เวลา	4 ชั่วโมง 5 นาที
สถานที่	ศาลาวัดหมื่นไวย ต.หมื่นไวย อ.เมือง จ.นครราชสีมา
อุปกรณ์	1. สไลด์ 2. แผ่นพับความรู้โรคมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 3. สื่อบุคคล (ตัวแบบจริงด้านบวกที่ตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องสม่ำเสมอและตัวแบบด้านลบไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นมะเร็งเต้านมถูกตัดเต้านม 1 ข้างปัจจุบันเหลือเต้านมข้างเดียว

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสตรีกุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 5 นาที
 2. ให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัวเองให้ทุกคนรู้จัก ใช้เวลา 10 นาที
 3. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ โดยแบ่งกลุ่ม ๆ ละ 8-9คน จำนวน 6 กลุ่ม เล่นเกมสักระยะหนึ่ง
- มัทศจรรยย์ บอกถึงความคาดหวังในเรื่องสุขภาพของตนเอง ความรู้สึกของตนเองต่อโรคมะเร็งเต้านม ใช้เวลา 50 นาที
4. ให้แบ่งกลุ่มเช่นเดิมผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์โรคมะเร็งเต้านมในประเทศไทย ข้อมูลของจังหวัดนครราชสีมาเกี่ยวกับสถิติผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม จำนวนผู้ถูกตัดเต้านม จำนวนผู้ป่วยที่ตายจากโรคมะเร็งเต้านม อำเภอที่พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากที่สุดปี พ.ศ. 2540 และ พ.ศ.2541 หลังจากนั้นให้แต่ละกลุ่มสนทนาพูดคุย ในประเด็น จากสถานการณ์โรคมะเร็งเต้านมของจังหวัดนครราชสีมาสตรีหรือตนเอง เสี่ยงต่อการ เป็นโรคมะเร็งเต้านมหรือไม่หลังจากนั้นให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนออกมา พูดถึงความ เห็นของกลุ่มว่าสตรีหรือตนเองเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านมหรือไม่ใช้เวลา 30 นาที
 5. บรรยายประกอบสไลด์ มะเร็งเต้านม ในเรื่องอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านม สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม อาการระยะเริ่มแรกและอาการขั้นรุนแรง การรักษา การป้องกัน และเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งเต้านม โดยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ขั้นตอน และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ช่วงเวลาที่เหมาะกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และความถี่ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังจากเปิด โอกาสให้สตรีกุ่มตัวอย่างซักถามปัญหา แจกเอกสารแผ่นพับมะเร็งเต้านมแก่สตรี กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 50 นาที

6. อภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แบ่งกลุ่ม ๆ ละ 8-9 คน 6 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มตั้งชื่อกลุ่มแล้วให้พูดคุยถึงประสบการณ์ที่เคยพบเห็นผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมหรือข้อมูลข่าวสารที่เคยได้รับเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมใช้เวลา กลุ่มละ 20 นาที ในประเด็น

6.1 ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

6.2 โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

6.3 ท่านคิดว่าผลกระทบจากโรคมะเร็งเต้านมมีอะไรบ้าง ในด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม

6.4 ท่านจะปฏิบัติตนอย่างไรในการป้องกันมะเร็งเต้านม

หลังจากนั้นส่งตัวแทนกลุ่มออกมานำเสนอผลการอภิปรายกลุ่ม กลุ่มละ 5 นาที จากนั้นผู้วิจัยสรุปเป็นความคิดรวบยอดเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดไป ใช้เวลา 50 นาที

7. สันทนาอยู่กับตัวแบบจริง ด้านบวกอายุ 31 ปี ซึ่งเคยคลำพบก้อนมะเร็งที่เต้านม และได้รับการผ่าตัดเต้านมหลักจากนั้นก็มีการตรวจที่เต้านมอย่างสม่ำเสมอเพื่อเฝ้าระวัง การกลับเป็นซ้ำ และตัวแบบจริงด้านลบ อายุ 48 ปี คลำพบก้อนมะเร็งที่เต้านมแต่ปล่อยทิ้งไว้ไม่รักษา เป็นเวลา 4 เดือน จึงไปรักษาถูกตัดเต้านมขวาวออก 1 ข้าง โดยพูดคุยและซักถามในประเด็น

7.1 ความเจ็บปวดที่ได้รับจากการรักษา โดยการผ่าตัดเต้านม/ตัดเต้านม

7.2 สภาพ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและครอบครัว

7.3 สภาวะสุขภาพทางกาย ความรู้สึกละอาย ภาพลักษณ์ของการเป็นสตรีจากการถูกตัดเต้านม

7.4 ระยะเวลาค่าใช้จ่ายในการรักษา

7.5 พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

7.6 สรุปเปรียบเทียบสิ่งที่ได้จากตัวแบบด้านบวกและตัวแบบด้านลบ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติใช้เวลา 30 นาที

8. ผู้วิจัยสรุป เน้นโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นโรคที่มีความรุนแรงทำให้เกิดการสูญเสียเต้านมและชีวิต หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้สตรีกลุ่มตัวอย่าง ซักถามปัญหา ใช้เวลา 30 นาที

9. นัดหมาย การเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป
การประเมินผล

1. ประเมินผลจากความสนใจ และท่าทีของสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรม

2. การส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกและการนำเสนอผลการสนทนากลุ่ม

แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 2

ประเด็นหลัก

- การปฏิบัติตนอย่างไร จะปลอดภัยจากมะเร็งเต้านม
- วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย

สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น บ้านหนองนาถุ่ม หมู่ 7 ต.หมื่นไวย อ.เมือง จ.นครราชสีมา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองในพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองและเกิดความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองรวมทั้งการมีทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ : เพื่อให้สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

1. เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองในพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
2. เกิดความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
3. บอกวิธีและสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองในแต่ละท่า ระยะเวลาที่เหมาะสม ขั้นตอน การตรวจแต่ละท่า ได้อย่างถูกต้อง และนำไปปฏิบัติได้

วิธีการ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ

เวลา 3 ชั่วโมง

สถานที่ ศาลาวัดหมื่นไวย ต.หมื่นไวย อ.เมือง จ.นครราชสีมา

อุปกรณ์

1. วิดีทัศน์มะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โทรทัศน์ เครื่องฉายวิดีทัศน์
2. เต้านมเทียม
3. กระจกเงา
4. โปสเตอร์วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
5. แผ่นพับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

กิจกรรม

1. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ผืนดี/ผืนร้าย โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน กิจกรรมนี้เป็นการแข่งขันระหว่างกลุ่ม ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มเขียนผืนดี (สิ่งที่ยากพบ) และผืนร้าย (สิ่งที่ไม่อยากพบ) ในกระดาษชาร์ตของแต่ละกลุ่มจนครบทุกคนในกลุ่มกลุ่มใดคนสุดท้ายเขียนเสร็จก่อนจะเป็นผู้ที่ชนะ จากนั้นตัวแทนแต่ละกลุ่มอ่านผืนของกลุ่มของตน ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมจะได้แสดงความคิดเห็นและคาดหวังต่อการอบรมในครั้งนี้ ทั้งสิ่งที่ต้องการและไม่ต้องการพบ

2. จากนั้นทบทวนความรู้ที่ได้จากสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการซักถามและอธิบาย ใช้เวลา 15 นาที

3. ชมวิดีโอ เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความยาวประมาณ 20 นาที

4. หลังจากชมวิดีโอ ผู้วิจัยสรุปถึงวิธีการ ขั้นตอน และ เวลาที่เหมาะสมในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยให้สมาชิกช่วยกันทบทวนใช้เวลา 15 นาที

5. สาธิตวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กับเต้านมเทียม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ พุดชกุงใจเสริมสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเองโดยอภิปราย และฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยแบ่งเป็น 6 กลุ่ม ๆ ละ 8-9 คน มีวิทยากรประจำกลุ่มทุกกลุ่ม หลังจากปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองจนครบทุกคนแล้ว ตรวจให้ทีมผู้วิจัยดูเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับ และคำแนะนำเพื่อเกิดทักษะที่ถูกต้อง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 45 นาที

6. ผู้วิจัยสรุปเน้นถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกโดยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะทำให้เกิดผลดีแก่สตรีกลุ่มตัวอย่าง ถ้ามีการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องกันไป ใช้เวลา 15 นาที

7. แจกเอกสารแผ่นพับ วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปฏิทินการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแบบบันทึกพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง และอธิบายวิธีการบันทึก ใช้เวลา 10 นาที

8. นัดหมายเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. จากการซักถาม ขณะเข้าร่วมกิจกรรม

2. จากการสังเกต และฝึกปฏิบัติ

3. จากการเก็บข้อมูลภายหลังการทดลองครั้งที่ 1 และจากแบบประเมินทักษะครั้งที่ 1

แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 3

ประเด็นหลัก

1. ปัญหา อุปสรรค ที่พบจากการตรวจด้านมด้วยตนเอง และการแก้ไขที่ได้ดำเนินการไปแล้วตลอดจนปัญหาที่ยังคงอยู่
2. ความคิดเห็น ความรู้สึก ที่มีต่อการตรวจด้านมด้วยตนเอง
3. สรุปผลดีของการตรวจด้านมด้วยตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย

สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น บ้านหนองนาคุ่ม หมู่ 7 ต.หมื่นไวย อ.เมือง จ.นครราชสีมา จำนวน 50 คน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีการรับรู้ที่ถูกต้อง เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการตรวจมะเร็งด้านมด้วยตนเองและการตรวจมะเร็งด้านมด้วยตนเอง ที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ

วัตถุประสงค์เฉพาะ : เพื่อให้สตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

1. แสดงความคิดเห็นในประเด็น
 - ผลการตรวจด้านมด้วยตนเองหลังจากทดลองปฏิบัติ
 - ปัญหา อุปสรรคที่พบจากการตรวจด้านมด้วยตนเองและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข
 - ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเอง
 - ผลดีของการตรวจด้านมด้วยตนเอง

วิธีการ การสนทนากลุ่มย่อย และพัฒนาทักษะ

เวลา 3 ชั่วโมง

สถานที่ ศาลาวัดหมื่นไวย ต.หมื่นไวย อ.เมือง จ.นครราชสีมา

อุปกรณ์

1. โปสเตอร์การตรวจด้านมด้วยตนเอง
2. เอกสารแผ่นพับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจด้านมด้วยตนเอง

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสตรีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม
2. แบ่งสมาชิกเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 8-9 แล้วให้แต่ละกลุ่มแสดงความคิดเห็นต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่บ้าน เพื่อซักถามปัญหา โดยมีทีมผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาประจำกลุ่ม ใช้เวลา 30 นาที
3. ในรายที่ยังขาดทักษะ และปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้สตรีที่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องสาธิตได้อีกครั้ง และฝึกปฏิบัติจนมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง
4. ผู้วิจัยสรุปถึงผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พร้อมทั้งส่งเสริมให้กำลังใจแก่สตรีให้นำไปปฏิบัติต่อไป
5. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณสตรีกลุ่มตัวอย่างทุกคน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

การประเมินผล

1. การสังเกตความสนใจ และท่าทีของสตรีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม
2. การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของสตรีกลุ่มตัวอย่าง
3. ผลการฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มทดลองที่ยังขาดทักษะ
4. การเก็บข้อมูลภายหลังการทดลอง ครั้งที่ 1 และ การประเมินผลทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ครั้งที่ 1

.....

กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ “เกมส์ ก้อนหินมหัศจรรย์”

วัตถุประสงค์

1. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้สร้าง ความรู้จากพื้นฐานของการแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
2. ให้ผู้เข้าอบรมได้สะท้อนความคิด ความรู้สึก และทักษะของตนเองต่อปัญหา
หรือเรื่องที่กำหนด
3. ฝึกทักษะในการฟังและการยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น

ระยะเวลา

50 นาที

อุปกรณ์

ก้อนหินลักษณะพอเหมาะมือ ลักษณะผิวเรียบ จำนวนเท่ากลุ่มย่อย

ขั้นตอน

1. วิทยากรให้ผู้เข้ารับการอบรมแบ่งกลุ่มย่อย ตามจำนวนสมาชิกกลุ่มละ 7-10 คน
2. ให้ก้อนหินที่ถือเป็นก้อนหินมหัศจรรย์ กลุ่มละ 1 ก้อน ก้อนหินจะถูกวางไว้
กลางวง และกำหนดประเด็นที่จะให้พูดอภิปราย
3. กำหนดให้ผู้พร้อมและต้องการอภิปรายหยิบก้อนหินมาถืออยู่ในมือ ตลอด
เวลาในขณะที่พูด อภิปราย สมาชิกอื่นที่ไม่ได้ถือก้อนหินจะต้องเป็นผู้ฟังที่ดี
ไม่มีสิทธิในการพูด และถามเมื่อพูดจบให้วางก้อนหินกลางวงสมาชิกคนใด
ต้องการพูดให้ปฏิบัติเช่นเดียวกัน
4. เมื่อพูดครบทุกคนวิทยากรสรุปประเด็น และอาจถามหรือเพิ่มเติมประเด็นที่ยัง
ขาดหรือคลาดเคลื่อน

ผืนดี/ผืนร้าย

วัตถุประสงค์

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรม ได้แสดงความคิดเห็นและความคาดหวังต่อการเข้าอบรม ทั้งสิ่งที่ต้องการและไม่ต้องการพบ
2. ให้ผู้เข้าอบรมเปิดใจยอมรับกิจกรรมและรูปแบบการฝึกอบรม
3. วิทยากรชี้แจงวัตถุประสงค์และรูปแบบการอบรม พร้อมแสดงความคาดหวังต่อผู้เข้ารับการอบรม
4. เป็นการทำความเข้าใจตกลงระหว่างวิทยากรและผู้เข้าอบรมในเรื่องแนวปฏิบัติในการฝึกอบรม

ระยะเวลา 30 นาที

อุปกรณ์

1. กระดาษชาร์ทขนาดใหญ่ จำนวน 2-3 แผ่น
2. ปากกาปลายสักลาด

ขั้นตอน

1. วิทยากรแบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมเป็น 6 กลุ่ม ๆ ละ 8-9 คน
2. วิทยากรชี้แจงกติกา ดังนี้
 - กิจกรรมนี้เป็นการแข่งขันระหว่างกลุ่ม
 - แบ่งกระดาษเป็น 2 ส่วน คัด ผืนดี (สิ่งที่อยากพบ) และ ผืนร้าย (สิ่งที่ไม่อยากพบ) ที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมครั้งนี้
 - สมาชิกแต่ละคนเขียนผืนดีหรือผืนร้าย คนละ 1 ผืน โดยเริ่มจากคนแรก และต่อ ๆ ไปทีละคนโดยไม่ให้ผืนซ้ำกัน
 - เมื่อสัญญาณหมดเวลา ให้แต่ละกลุ่มวางปากกา
 - ตัวแทนแต่ละกลุ่มอ่านผืนของกลุ่มตน
3. วิทยากรสรุป และทำความเข้าใจกับผู้เข้ารับการอบรม เรื่องวัตถุประสงค์ และกระบวนการฝึกอบรม บอกความคาดหวังของวิทยากรและขอให้สมาชิกเปิดใจยอมรับสิ่งใหม่ และพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมฝึกอบรม

หมายเหตุ เพื่อความสนุกสนานอาจแข่งขัน โดยกลุ่มที่เขียนจำนวนผืนได้มากที่สุด คือกลุ่มชนะ

การอบรมแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.)
เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อให้แกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของการกระตุ้นเตือน สตรีกลุ่มตัวอย่างในการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ : ภายหลังการอบรม แกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) สามารถ

1. บอกบทบาทหน้าที่ของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) ในการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองได้
2. ปฏิบัติหน้าที่ของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) ในการกระตุ้นเตือน สตรีกลุ่มตัวอย่างได้อย่างถูกต้อง ตามช่วงเวลาที่เหมาะสม และสม่ำเสมอ ทุกเดือน

ระยะเวลาในการอบรม

2 ชั่วโมง 15 นาที

สถานที่

ศาลาวัดหมื่นไวย ต.หมื่นไวย อ.เมือง จ.นครราชสีมา

วิทยากร

1. ผู้วิจัย นางจกกล ศักดิ์ตระกูล
2. พยาบาลวิชาชีพจากศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 5 จำนวน 1 คน
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยโพธิ์สูง จำนวน 3 คน
4. พยาบาลวิชาชีพจากฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1 คน

อุปกรณ์

1. โปสเตอร์ และแผ่นพับเรื่องโรคมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
2. ปฏิทินการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
3. แบบบันทึกการกระตุ้นเตือนของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.)

วิธีการอบรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แยกนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรม ใช้เวลา 5 นาที
2. ให้แกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) แต่ละคนแนะนำตัวให้ทุกคนรู้จักใช้เวลา 10 นาที
3. บรรยายประกอบสื่อโดยการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องสถานการณ์โรคมะเร็งเต้านมของสตรีไทย และวิธีการป้องกันมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก ใช้เวลา 30 นาที
4. กระบวนการกลุ่ม โดยแบ่งแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) ออกเป็น 6 กลุ่ม ๆ ละ 8-9 คน แล้วให้แต่ละกลุ่มพูดคุยในประเด็นที่กำหนดคือ
 - 4.1 ท่านคิดว่าผลกระทบจากโรคมะเร็งเต้านมมีอะไรบ้าง ในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม
 - 4.2 แกนนำสาธารณสุขประจำจังหวัด (กสค.) จะมีบทบาทอย่างไรในการกระตุ้นเตือน ให้สตรีกลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านมเมื่อครบกำหนดตรวจอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน ใช้เวลา 30 นาที
5. วิเคราะห์สรุป เป็นความคิดรวบยอดของบทบาทหน้าที่ของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) และชี้แจงการใช้แบบบันทึกการกระตุ้นเตือน ปฏิทินการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการนับช่วงเวลาที่เหมาะสมกับการตรวจได้ด้วยตนเอง ใช้เวลา 5 นาที
6. มอบหมายภาระกิจให้แกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) ให้กระตุ้นเตือนสตรีกลุ่มตัวอย่างที่รับผิดชอบให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง เมื่อครบกำหนดตรวจแล้ว 2 วัน ถ้ายังไม่ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเองให้กระตุ้นเตือนสตรีกลุ่มตัวอย่างที่ตนเองรับผิดชอบให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยกระตุ้นเตือนก่อนอาบน้ำวันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 วันเมื่อสตรีกลุ่มทดลองตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้วให้หยุดกระตุ้นเตือน และให้กระตุ้นเตือนในเดือนถัดไป และลงบันทึกการกระตุ้นเตือนรวบรวมแบบบันทึกต่าง ๆ ให้ผู้วิจัย และพบกับผู้วิจัยเดือนละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 30 นาที

การประเมินผล

1. การสังเกต และการซักถามปัญหาของผู้เข้าร่วมการอบรม
2. การติดตามผลการปฏิบัติงานของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.)

การเตรียมตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง

ได้ทำการคัดเลือกตัวแบบเป็นบุคคลที่พุดจาดี มีบุคลิกภาพน่าเชื่อถือ ยินดีเข้าร่วมในโครงการ โดยตัวแบบด้านบวกมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ตัวแบบด้านลบถูกคัดค้านม 1 ข้างเนื่องจากไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองไปพบแพทย์ล่าช้าเกินไป ปัจจุบันเหลือเต้านม 1 ข้าง

ตัวแบบด้านบวก คือ นางอรอนงค์ ทองกระโทก อายุ 31 ปี อาชีพ รับจ้าง อาศัยอยู่ในชุมชนทุ่งสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เคยรับการผ่าตัดก้อนเนื้ออกที่เต้านมปัจจุบันหายแล้ว และมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

ตัวแบบด้านลบ คือ นางนิตยา ทองเพชร อายุ 48 ปี อาชีพ รับจ้าง อาศัยอยู่ในชุมชนวัดศาลาลอย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาเคยรับการผ่าตัดเต้านมออก 1 ข้าง เมื่ออายุ 40 ปี ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดวัตถุประสงค์การใช้ตัวแบบดังนี้

1. ทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจให้สตรีกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง และสม่ำเสมอ ทำให้รับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม
2. ทำหน้าที่ยับยั้งการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ตรวจไม่สม่ำเสมอ ไม่เห็นความสำคัญของการตรวจ ตัวแบบจะช่วยทำให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลงหรือไม่เกิดขึ้น

ในการเตรียมตัวแบบได้ทำการอบรม 2 ชั่วโมง เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจ มีการรับรู้ที่ถูกต้อง ตลอดจนมีความสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองและสามารถนำไปใช้ในการสนทนากับกลุ่มทดลองได้ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการ ปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วย และญาติ การป้องกัน ค่าใช้จ่ายและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการบรรยายประกอบเอกสาร โปสเตอร์ แผ่นพับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

หลังจากนั้นให้ตัวแบบทดลองสนทนากับผู้วิจัย ตามประเด็นปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา สภาพอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว วิธีการป้องกัน และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ทำเป็นประจำ จนเป็นที่พอใจ และครอบคลุมประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการ แจกเอกสาร โปสเตอร์ และแผ่นพับโรคมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่ออ่านทบทวนความรู้ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม



แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ชื่อผู้ถูกประเมิน.....
 ชื่อผู้ประเมิน.....
 ประเมินครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เกณฑ์การประเมิน	วิธีประเมิน	ผลการประเมิน		ข้อ
		ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	เสนอแนะ
พิจารณาตามลำดับกิจกรรมต่อไปนี้				
1. การตรวจในท่ายืนโดยใช้ปลายนิ้วคลำรอบๆ ทุกส่วนของเต้านม เพื่อค้นหาความผิดปกติ	สังเกต			
2. การตรวจเต้านมหน้ากระจกเงา	สังเกต			
2.1 สังเกตเต้านมทั้งสองข้าง ขณะที่แขนวางอยู่ข้างลำตัว				
2.2 ยกแขนเหนือศีรษะ เพื่อสังเกตความผิดปกติของเต้านมและหัวนม				
2.3 เอามือทั้งสองเท้า สะเอวหรือเท้าสะโพกและกดแรง ๆ เพื่อเกร็งกล้ามเนื้อหน้าอกแล้วสังเกตอาการผิดปกติ				
3. การตรวจในท่านอน โดยการนอนหงายใช้หมอนหนุนใบเล็ก ๆ หนุนใต้ไหล่ตรวจเต้านมด้านซ้ายด้วยมือขวา และตรวจเต้านมด้านขวา ด้วยมือซ้ายใช้ปลายนิ้วคลำจากรอบนอกเต้านมด้านบนสุดเวียน	สังเกต			
4. ใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือบีบหัวนม เพื่อดูว่ามีเลือดหรือน้ำเหลืองไหล ออกจากหัวนมหรือไม่	สังเกต			

แบบบันทึกพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ชื่อ.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....คุ้ม.....หมู่ที่ 7 ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

1. ในเดือนนี้ท่านมีประจำเดือนถึงวันที่.....

2. ท่านได้ตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่

() ตรวจ เมื่อใด (ระบุวันที่).....

() ไม่ได้ตรวจ (ข้ามไปตอบข้อ 5)

3. ท่านตรวจเต้านมด้วยวิธีต่อไปนี้หรือไม่

วิธีตรวจ	ทำ	ไม่ทำ
3.1 ตรวจเต้านมขณะอาบน้ำโดยใช้ปลายนิ้วคลำ รอบ ๆ ทุกส่วนของเต้านม เพื่อค้นหาความผิดปกติของเต้านม		
3.2 ตรวจเต้านมหน้ากระจก - สังเกตเต้านมทั้ง 2 ข้างในขณะที่แขนอยู่ข้างลำตัว - ยกแขนเหนือศีรษะสังเกตความผิดปกติของเต้านมและหัวนม - เอามือทั้งสองข้างทำสะพานหรือทำตะโปก และใช้มือกดบนตะโปกแรง ๆ เพื่อให้เกิดการเกร็ง และหดตัวของกล้ามเนื้ออกสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น		
3.3 ตรวจในท่านอนราบหนุนหมอนไว้ได้ไหล่ เต้านมด้านขวา ตรวจด้วยมือซ้าย และเต้านมด้านซ้ายตรวจด้วยมือขวา โดยใช้ปลายนิ้วคลำเวียนรอบนอกเข้ามารอบในบริเวณหัวนมตามเข็มนาฬิกา		
3.4 บีบหัวนมโดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เพื่อดูว่ามีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลออกจากหัวนมหรือไม่		

4. ท่านพบสิ่งผิดปกติจากการตรวจเต้านมด้วยหรือไม่

() ไม่พบ

() พบ (บอกลักษณะที่พบ).....

5. ท่านไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นเพราะสาเหตุใด

() ตรวจไม่เป็น

() ไม่มีเวลา

() ลืม

() อาย

() กลัวพบก้อน

() ได้รับคำแนะนำแต่ยังไม่ตรวจ

() กลัวพบก้อน

() ได้รับคำแนะนำแต่ยังไม่ตรวจ

() อื่น ๆ ระบุ.....

6. เดือนนี้ท่านได้รับการเตือนจาก กสศ.วันที่เท่าไร.....

แบบบันทึกการกระตุ้นเตือนของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.)

ประจำเดือน.....พ.ศ.2542

ชื่อ-สกุล (กสค.).....บ้านเลขที่.....คุ้ม.....หมู่ที่ 7

ชื่อ-สกุล สตรีกลุ่มตัวอย่างที่รับผิดชอบ.....

ช่วงเวลาที่มึประจำเดือน ของสตรีที่รับผิดชอบ	วันที่ควรตรวจด้านม ของสตรีที่รับผิดชอบ	วันที่ กระตุ้นเตือน	ผล		ปัญหา/ อุปสรรคที่พบ
			ตรวจ	ไม่ตรวจ	

ปฏิทินการตรวจเด้าณด้วยตนเอง

เดือน	ช่วงเวลาที่มึประจำเดือน	วันที่ควรตรวจเด้าณ
ตุลาคม 2542		
พฤศจิกายน 2542		
ธันวาคม 2542		
มกราคม 2543		
กุมภาพันธ์ 2543		
มีนาคม 2543		
เมษายน 2543		
พฤษภาคม 2543		
มิถุนายน 2543		
กรกฎาคม 2543		
สิงหาคม 2543		
กันยายน 2543		

คำชี้แจง

- 1. ให้ลงบันทึกในปฏิทินนี้ทันทีที่ประจำเดือนหมดในแต่ละเดือน
- 2. ให้กำหนดวันตรวจเด้าณภายหลังหมดประจำเดือนแล้ว 7 วัน
- 3. ในกรณีที่ไม่มีประจำเดือนมาไม่แน่นอน
ให้กำหนดวันตรวจเป็นวันใดวันหนึ่ง ให้ตรงกันทุกเดือน



ตารางที่ 31 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ (ส่วนที่ 2) ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 50)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-value	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. มะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 2 ในสตรีไทยได้แก่มะเร็งอะไร	0.38	0.49	0.96	0.20	7.624	<0.001
2. ถ้าผู้ป่วยมาพบแพทย์ล่าช้า จะเกิดผลเสีย อย่างร้ายแรงต่อผู้ป่วยเพราะว่า	0.62	0.49	0.64	0.48	0.216	0.830
3. สตรีกลุ่มใดที่มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมน้อยที่สุด	0.48	0.50	0.64	0.48	1.661	0.103
4. อาหารที่เป็นตัวส่งเสริมให้เกิดมะเร็งเต้านมมากขึ้น ได้แก่อาหารชนิดใด	0.74	0.44	1.00	0.00	4.149	<0.001
5. ข้อความใดต่อไปนี้ถูกต้องที่สุด	0.90	0.30	0.98	0.14	1.661	0.103
6. มะเร็งเต้านมสามารถกลายไปสู่อวัยวะอื่นๆ โดยเฉพาะพบที่ใดเป็นอันดับแรก	0.54	0.50	1.00	0.00	6.461	<0.001
7. การรักษามะเร็งเต้านมวิธีใดเหมาะสมที่สุด	0.68	0.47	0.82	0.39	1.999	0.051
8. ถ้ามีเพื่อนบ้านมาปรึกษา ท่านว่ามีอาการเจ็บเต้านม และคลำพบก้อนท่านจะให้คำแนะนำอย่างไร	0.88	0.33	1.00	0.00	2.585	0.013
9. วิธีใดเป็นการตรวจหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกได้ง่ายและสะดวก	0.74	0.44	1.00	0.00	4.149	<0.001
10. ขั้นตอนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องเป็นอย่างไร	0.44	0.50	0.98	0.14	7.584	<0.001
11. การตรวจเต้านมด้วยตนเองจำเป็น ต้องตรวจครบทุกท่านหรือไม่	0.64	0.48	0.94	0.24	3.656	<0.001
12. เพราะเหตุใดจึงควรตรวจเต้านมด้วยตนเองในขณะอาบน้ำ	0.16	0.37	0.92	0.27	12.457	<0.001
13. การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรตรวจบ่อยครั้งเพียงใด	0.72	0.45	0.98	0.14	3.775	<0.001
14. เวลาที่เหมาะสมในการตรวจเต้านมด้วยตนเองคือ เวลาใด	0.28	0.45	1.00	0.00	11.225	<0.001
15. เพราะเหตุใดจึงต้องตรวจเต้านมด้วยตนเองหน้ากระจกเงา	0.70	0.46	0.96	0.20	3.775	<0.001

ตารางที่ 32 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ (ส่วนที่ 3) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม
ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 50)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-value	p-value
	X	S.D.	X	S.D.		
1. การเป็นมะเร็งเต้านมในระยะรุนแรงทำให้สูญเสียเต้านมไป	2.68	0.65	3.00	0.00	3.466	<.001
2. ผู้ป่วยด้วยมะเร็งเต้านมต้องทุกข์ทรมานจากการปวดและการฉายแสง	2.60	0.67	2.90	0.36	2.605	0.012
3. การรักษามะเร็งเต้านมต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก	2.64	0.56	2.96	0.20	3.855	<0.001
4. การรักษามะเร็งเต้านมต้องใช้เวลานาน	2.78	0.51	2.90	0.36	1.769	0.083
5. การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลใจเป็นอย่างมาก	2.72	0.61	2.98	0.14	3.256	0.002
6. ผู้ที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองจะเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม ได้มากกว่าผู้ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ	2.62	0.64	2.84	0.47	2.292	0.026
	2.54	0.65	2.78	0.51	2.471	0.017
7. มะเร็งเต้านมทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียบุคคล ซึ่งเป็นกำลังของชาติในแต่ละปี จำนวนมาก	2.18	0.77	2.94	0.24	6.971	<0.001
8. มะเร็งเต้านมในระยะรุนแรงจะมีผลเรื้อรังที่เต้านมมีกลิ่นเหม็น เป็นที่รังเกียจของผู้อื่น	2.42	0.86	2.98	0.14	4.731	<0.001
9. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรุนแรงทำให้เป็นภาระของครอบครัวในการดูแลรักษา	2.64	0.66	2.96	0.20	3.645	<0.001
10. การเป็นมะเร็งเต้านมในระยะลุกลามทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าหมดหวังในชีวิต	1.98	0.77	2.22	0.76	1.572	0.122
11. โรคมะเร็งเต้านมไม่สามารถแพร่กระจายไปยังปอดได้	2.56	0.54	2.86	0.40	3.000	0.004
12. ถ้าคลำพบก้อนโตที่เต้านมและรักแร้ แสดงว่ามะเร็งเต้านมได้มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้						

ตารางที่ 33 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ (ส่วนที่ 4) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม
ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 50)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-value	p-value
	X	S.D.	X	S.D.		
1. ผู้หญิงอายุ 20-40 ปี มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้	2.82	0.48	2.88	0.44	0.622	0.537
2. ผู้หญิงที่หมดประจำเดือนเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม	2.12	0.66	2.50	0.68	2.982	0.004
3. ผู้หญิงที่เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 12 ปี ไม่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม	2.20	0.73	2.34	0.82	0.805	0.424
4. ผู้หญิงที่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม	2.20	0.67	2.86	0.45	5.847	0.000
5. ผู้หญิงที่เคยมีก้อนที่เต้านม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม	2.70	0.51	2.92	0.34	3.070	0.003
6. การกระทบกระแทกที่เต้านมอย่างแรงอาจทำให้เป็นมะเร็งเต้านมได้	2.06	0.79	2.96	0.20	8.066	<0.001
7. ถ้ามารดา หรือพี่สาว หรือน้องสาวเคยเป็นมะเร็งเต้านมท่านมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้	1.90	0.81	3.00	0.00	9.551	<0.001
8. การได้รับรังสี ในวัยเด็กและวัยรุ่น ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูง	2.08	0.78	2.80	0.45	6.105	<0.001
9. ผู้หญิงที่ชอบกินอาหารพวกไขมันมากเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม	2.34	0.75	3.00	0.00	6.262	<0.001
10. ผู้หญิงโสดกับผู้หญิงที่แต่งงานแล้วมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้เท่ากัน	1.48	0.71	1.72	0.90	1.661	0.103
11. การพบก้อนเนื้ออกที่เต้านมแล้วไม่ได้รักษาก็อาจกลายเป็นมะเร็งเต้านมได้	2.84	0.37	3.00	0.00	3.055	0.004
12. สตรีที่ใช้ฮอร์โมนแบบอย่างโดยไม่อยู่ในการควบคุมของแพทย์อาจมีส่วนสนับสนุนให้เกิดโรคมะเร็งเต้านมได้	2.72	0.54	2.98	0.14	3.256	0.002

ตารางที่ 34 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ (ส่วนที่ 5) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านม ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 50)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-value	p-value
	X	S.D.	X	S.D.		
1. ท่านสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุก ครั้ง	2.84	0.47	3.00	0.00	2.419	0.019
2. ท่านสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองแม้นคนอื่น ๆ จะ ไม่ทำก็ตาม	2.74	0.63	3.00	0.00	2.905	0.005
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถตรวจเต้านมได้ด้วยตนเองอย่าง ถูกต้องหลังจากได้รับคำแนะนำวิธีการตรวจเต้านม ด้วยตนเอง	2.76	0.52	2.98	0.14	2.852	0.006
4. ท่านสามารถหาเวลาว่างตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ ตามเวลาที่กำหนด	2.74	0.56	2.92	0.34	2.137	0.038
5. ท่านสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองในบ้านที่เป็น ส่วนตัวและมิดชิด	2.90	0.36	3.00	0.00	1.941	0.058
6. ท่านสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยการคลำใน ท่าอาบน้ำและการดูหน้ากระจกเงาได้อย่างถูกต้อง	2.62	0.53	3.00	0.00	5.067	<0.001
7. ท่านสามารถดูความผิดปกติของขนาดรูปร่างของเต้านม ได้	2.58	0.61	3.00	0.00	4.876	<0.001
8. ท่านสามารถดูความผิดปกติของการตั้งตัวของหัว นมได้	2.30	0.71	3.00	0.00	7.000	<0.001
9. ท่านสามารถดูเลขขนาด รูปร่าง ลักษณะและรอยนม เฝ้า รอยขุ่น และนูนของเต้านม และหัวนมทั้งสอง ข้างจากหน้ากระจกเงาได้	2.52	0.68	3.00	0.00	5.011	<0.001
10. ท่านสามารถตรวจเต้านมขณะอาบน้ำโดยใช้ปลาย นิ้วคลำรอบ ๆ ทุกส่วนของเต้านมเพื่อค้นหาความ ผิดปกติของเต้านมได้	2.76	0.48	3.00	0.00	3.562	<0.001
11. ท่านสามารถตรวจเต้านมหน้ากระจกเงาโดยการ หัดตั้งของเต้านมและหัวนมได้	2.48	0.61	2.98	0.14	5.754	<0.001
12. ท่านสามารถตรวจเต้านมในท่านอนราบหนุนหมอน ไว้ได้ไหล่ใช้ปลายนิ้วอีกข้างหนึ่งคลำเวียนรอบนอก เข้ามาภายในบริเวณหัวนมตามเข็มนาฬิกา เพื่อค้นหา ความผิดปกติ ของเต้านมและบีบหัวนมเพื่อดูว่ามี เลือดหรือน้ำเหลืองไหลออกมาจากหัวนมได้	2.36	0.69	3.00	0.00	6.532	<0.001

ตารางที่ 35 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ(ส่วนที่6)ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง
ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านม ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 50)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-value	p-value
	X	S.D.	X	S.D.		
1. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อค้นหาความผิดปกติของเต้านมระยะเริ่มแรกได้	2.60	0.61	2.98	0.14	4.229	<0.001
2. การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทำให้ลดการสูญเสียเต้านม	2.70	0.61	2.78	0.62	0.629	0.533
3. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นการเสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์	2.64	0.72	2.78	0.62	1.155	0.254
4. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีที่ประหยัดที่สุดในการตรวจหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก	2.64	0.72	2.96	0.20	2.947	0.005
5. การตรวจพบมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายได้	2.74	0.56	2.94	0.24	2.333	0.024
6. ถ้าเคยตรวจเต้านมแล้วไม่พบก้อนหรือสิ่งผิดปกติก็ไม่จำเป็นต้องตรวจทุกเดือน	2.40	0.76	2.72	0.67	2.221	0.031
7. การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือนจะช่วยให้ทราบถึงเปลี่ยนแปลงของเต้านมได้ดีขึ้น	2.98	0.14	2.96	0.20	0.573	0.569
8. การตรวจเต้านมด้วยตนเองบ่อย ๆ จะทำให้เป็นมะเร็งเต้านมได้	2.60	0.61	2.82	0.52	2.196	0.033
9. การตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วงเวลาที่เหมาะสมจะทำให้สามารถค้นพบความผิดปกติของเต้านมได้ง่าย	2.72	0.54	2.88	0.44	1.830	0.073
10. การตรวจเต้านมด้วยตนเองถ้าพบก้อนเนื้องอกที่เต้านมต้องตัดเต้านมทิ้งทุกราย	2.26	0.69	2.60	0.64	2.621	0.012
11. การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทำให้ไม่ต้องทุกข์ทรมานจากการเป็นมะเร็งเต้านม	2.60	0.70	2.92	0.34	2.762	0.008
12. การตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่จำเป็นต้องตรวจให้ครบทุกชั้นตอนเพราะแต่ละชั้นตอนให้ผลเหมือนกัน	2.06	0.71	2.74	0.63	5.542	<0.001

ตารางที่ 36 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ (ส่วนที่ 7) พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 50)

ข้อความ	ก่อนทดลอง		หลังทดลองครั้งที่ 1		หลังทดลองครั้งที่ 2	
	X	S.D.	X	S.D.	X	S.D.
		t-value	p-value	t-value	p-value	
1. ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่	0.22	0.42	0.66	0.48	1.00	0.00
		5.391	0.000	5.024	0.000	
2. ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองบ่อยครั้งเพียงใด	0.26	0.60	1.28	0.97	2.06	0.24
		6.936	0.000	5.429	0.000	
3. ท่านตรวจเต้านมในช่วงเวลาใด	0.26	0.53	1.26	0.94	1.98	0.14
		6.864	0.0000	5.250	0.000	
4. ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยวิธีใดบ้าง						
4.1 ตรวจขณะอาบน้ำ	0.56	0.53	0.89	0.33	1.00	0.00
		1.414	0.195	1.789	0.083	
4.2 ตรวจหน้ากระจกเงา	0.11	0.33	0.44	0.53	1.00	0.00
		1.414	0.195	4.000	0.000	
4.3 ตรวจในท่านอนราบ	0.22	0.44	0.56	0.53	1.00	0.00
		1.414	0.195	3.730	0.001	
4.4 ใช้นิ้วบีบห้วนมห้หลังตรวจ	0.11	0.33	0.44	0.53	1.00	0.00
		1.414	0.195	2.667	0.012	



ภาคผนวก จ

**สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง
การประเมินผลการกระตุ้นเตือนของแกนนำสาธารณสุข
ประจำครอบครัว (กสค.)**

ส่วนที่ 7 สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ตรวจด้านมด้วยตนเอง

ผลการเปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองเกี่ยวกับเหตุผลของการไม่ตรวจด้านมด้วยตนเอง พบว่า

ในกลุ่มทดลอง จากจำนวนไม่ตรวจ 39 คน พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ที่ไม่ตรวจ คือไม่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งด้านมและวิธีการตรวจด้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 56.4 รองลงมาไม่มีใครแนะนำให้ตรวจร้อยละ 48.7

ในกลุ่มเปรียบเทียบ จากจำนวนที่ไม่ตรวจ ไม่มีความรู้เรื่องมะเร็งด้านมและวิธีการตรวจด้านมด้วยตนเอง 36 คน พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ที่ไม่ตรวจ คือ ไม่มีเวลา ไม่มีความรู้เรื่องมะเร็งด้านมและวิธีการตรวจด้านมด้วยตนเอง และคิดว่าไม่สามารถตรวจเองได้ต้องให้แพทย์หรือพยาบาลตรวจ ร้อยละ 38.9 รองลงมาไม่มีใครแนะนำ คิดเป็นร้อยละ 36.1 (ดังตารางที่ 31)

ตารางที่ 37 จำนวนและร้อยละของสาเหตุที่ไม่ตรวจด้านมด้วยตนเองก่อนการทดลอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

สาเหตุที่ไม่ตรวจด้านมด้วยตนเอง	ก่อนการทดลอง	
	กลุ่มทดลอง (n = 39)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 36)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ไม่มีใครแนะนำ	19 (48.7)	13 (36.1)
2. เห็นว่าไม่จำเป็น	3 (7.7)	4 (11.1)
3. ไม่มีเวลา	11 (28.2)	14 (38.9)
4. กลัวพบก้อนที่ด้านม	5 (12.8)	8 (22.2)
5. ไม่สะดวกเนื่องจากอยู่รวมกันหลายคนในบ้าน	2 (5.1)	3 (8.3)
6. อายุไม่กล้าตรวจ	3 (7.7)	9 (25.0)
7. คิดว่าไม่สามารถตรวจเองได้ต้องให้แพทย์หรือพยาบาลตรวจ	6 (15.4)	14 (38.9)
8. ไม่มีความรู้เรื่องมะเร็งด้านมและวิธีการตรวจด้านมด้วยตนเอง	22 (56.4)	14 (38.9)

การประเมินผลการกระตุ้นเตือนของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) ในการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

แกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) มีทั้งสิ้น 50 คน อาศัยอยู่ในบ้านหนองนาถุ่ม ต.หมื่นไวย อ.เมือง จ.นครราชสีมา รับผิดชอบสตรีกลุ่มเป้าหมายในชุมชน จำนวน 50 คน

จากการรวบรวมแบบบันทึกการกระตุ้นเตือนของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว (กสค.) พบว่า กสค. แต่ละคนได้ดำเนินการกระตุ้นเตือนสตรีกลุ่มตัวอย่าง ที่ตนเองรับผิดชอบ ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยเมื่อครบกำหนดตรวจแล้ว 2 วัน ยังไม่ได้ตรวจให้กระตุ้นเตือน ให้มีการตรวจเดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 เดือน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ซึ่งกิจกรรมที่ให้กสค.ดำเนินการ เพื่อให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่สตรีกลุ่มทดลองนั้น พบว่า เป็นเรื่องของการสอบถามว่า ได้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือยัง ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะตรวจไปแล้ว กสค. จะเป็นผู้รวบรวม แบบบันทึกพฤติกรรมในแต่ละเดือน จะมีเพียงบางส่วนที่ยังไม่ได้ตรวจ เนื่องจากประจำเดือนยังไม่มา เมื่อครบกำหนดตรวจแล้ว 2 วัน ถ้ายังไม่ได้ตรวจ กสค. จะย้ำเตือนให้ปฏิบัติซึ่งการกระตุ้นเตือน เป็นไปได้ง่ายและสะดวกเพราะ กสค.อยู่บ้านเดียวกันกับสตรีกลุ่มตัวอย่าง พบกันทุกวัน ทำให้ไม่มีอุปสรรคในการกระตุ้นเตือน

จากการติดตามและพบกับผู้วิจัย เดือนละ 1 ครั้ง ผู้วิจัยได้สอบถามความคิดเห็น ตลอดจน ปัญหาและอุปสรรคในการกระตุ้นเตือน พบว่า กสค. เห็นว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีประโยชน์ และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสามารถกระตุ้นเตือนได้ เนื่องจากมีความคุ้นเคยสนิทสนมกันดี และสะดวกเพราะอยู่บ้านเดียวกันไม่ต้องเสียเวลาเดินทาง เพราะเจอกับกลุ่มเป้าหมายทุกวันอยู่แล้ว ทำให้การกระตุ้นเตือนของกสค. เป็นไปด้วยความราบรื่น นอกจากนี้ กสค. ยังรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสตรีซึ่งเป็นบุคคลที่ตนรักให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามได้

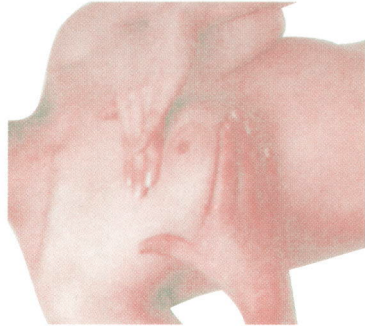




3. ขณะอาบน้ำ



ผู้หญิงที่มีเต้านมขนาดเล็ก ให้วางมือข้างเดียวกับเต้านมที่ต้องการตรวจบนศีรษะ แล้วใช้มืออีกข้างคลำเต้านมแบบวงมือเป็นวง หรือวนมือในแนวก้นหอย เช่นเดียวกับทำนออนราบ



ผู้ที่มีเต้านมขนาดใหญ่ ให้ใช้มือข้างเดียวกับเต้านมที่ต้องการตรวจประคองเต้านม และตรวจคลำเต้านมจากด้านล่างส่วนมืออีกข้างให้ตรวจคลำเต้านมจากด้านบน

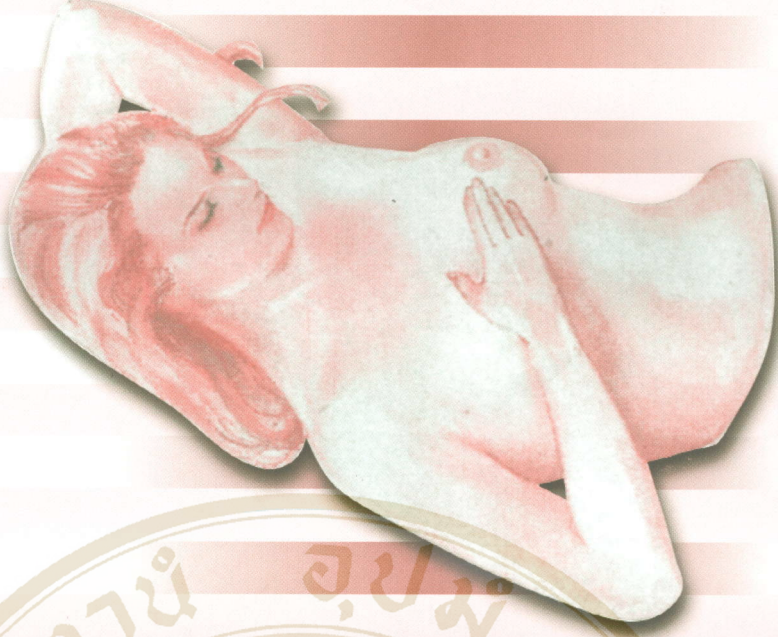
เมื่อคุณตรวจพบพปลิ่มผิดปกติใดๆ ที่เกิดขึ้นกับเต้านมคุณ ไม่ว่าจะมาก่อน รอยบุ๋ม รอยนูนบวม ผื่นแดง ผิวหนังย่นหดตัว ลักษณะเหมือนผิวลอกฟกของเส้นเลือดดำขอด การมีสะเก็ดสีขาวหรืออาการคัน ควรปรึกษาแพทย์ทันทีเพื่อทำการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ จะช่วยให้คุณรอดพ้นอันตรายจากมะเร็งเต้านมได้และพึงระลึกไว้เสมอว่า ชีวิตของคุณฝากไว้กับมือของคุณเอง

คำแนะนำ

การตรวจด้วยตนเองนี้ควรทำอย่างน้อยเดือนละครั้ง ถ้าพบสิ่งผิดปกติหรือสงสัยให้พบแพทย์ทันที

BREAST SELF - EXAMINATION

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง



งานวิจัยทำงาน
ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ด้วยความปรารถนาดี
ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
โทร. (044) 465010-4

การตรวจเต้านม

ด้วยตนเอง



หญิงส่วนใหญ่ไม่ได้ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพราะไม่ทราบว่าจะตรวจหาอะไรและอย่างไร สิ่งสำคัญที่สุดในการตรวจนั้นคือต้องการทราบการเปลี่ยนแปลง ที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละเดือน พบว่า ร้อยละ 90 ของเนื้องอกที่เต้านมในผู้หญิงนั้นถูกตรวจพบครั้งแรกด้วยตนเอง จะเห็นได้ว่าการตรวจเต้านมในผู้หญิงนั้นมีความสำคัญมาก เพราะโดยทั่วไปแพทย์จะทำการตรวจเต้านมให้ผู้หญิงเพียงปีละครั้งเท่านั้น ในการตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรทำทุกเดือน ตั้งแต่เข้าสู่วัยสาวถึงวัยสูงอายุ เวลาที่ดีที่สุดที่จะทำการตรวจคือหลังระดูหมดไป 7-10 วัน ทั้งนี้เพราะเป็นระยะที่เต้านมไม่บวมและนุ่มทำให้ตรวจได้ง่าย ส่วนผู้หญิงที่เข้าวัยหมดระดู หรือได้รับการตัดมดลูกไปแล้ว จะเป็นการดีที่ได้ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกวันหนึ่งครั้งของทุกเดือน

การตรวจเต้านมด้วยตนเองมี 3 วิธี

1. ยืนหน้ากระจก



ปล่อยแขนข้างลำตัวตามสบาย เปรียบเทียบเต้านมทั้งสองข้างว่ามีการบิดเบี้ยวของหัวนมหรือมีสิ่งผิดปกติหรือไม่



ประสาณมือทั้งสองข้างเหนือ

ศีรษะ

ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนางของมืออีกข้างหนึ่ง วางนิ้วให้ชิดเสมอกันเป็นพื้นเรียบ

แล้วกลับมาอยู่ในท่าท่าสะเอว เปรียบเทียบเต้านมทั้งสองข้างพร้อมกับสำรวจสิ่งผิดปกติ

ท้ายสุดให้โค้งตัวมาข้างหน้า โดยใช้มือทั้งสองข้างวางบนหน้า หรือแก้ม ในท่านี้อาจจะเห็นได้ชัดมากขึ้นลงไปตรงๆ หากมีสิ่งผิดปกติก็จะเห็นได้ชัดมากขึ้น

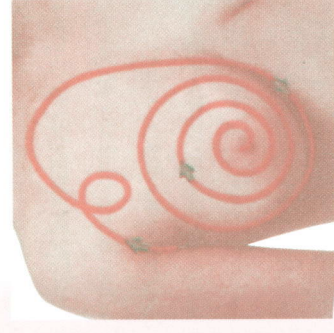
2. นอนราบ



นอนในท่าสบายและยกแขนข้างที่ต้องการตรวจเหนือศีรษะ



ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนางของมืออีกข้างหนึ่ง วางนิ้วให้ชิดเสมอกันเป็นพื้นเรียบ



เริ่มตรวจจากด้านบนของเต้านม โดยวนมือไปให้ทั่วรอบๆ เต้านมจนถึงหัวนม หรือวนมือในแนวแก้มหอย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

นางจกกล ศักดิ์ตระกูล

วัน เดือน ปีเกิด

9 ตุลาคม 2504

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา พ.ศ. 2523 - 2526

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล , พ.ศ. 2540 -2543

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสูงศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

สถานที่ทำงานปัจจุบัน

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ 7

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

Executive Summary

The Application of The Protection Motivation Theory To Promote Breast Self - Examination Among Early Adulthood Females in Mueng District, Nakhonratchasima Province.

Background of the problem.

Breast cancer is a severe disease and the trend is increasing. Since duration of treatment is quite long, it effects not only to health of patients but also economic status of family, and manpowers of the country.

In Thailand, cancer is the cause of more deaths than any other diseases except heart diseases and accidents. Mortality rate raised from 35.1 per 100, 000 population in 1989 to 50.9 per 100,000 population in 1995 (The 8th National socio-economic plan, 1997 – 2001 : 30). Among Thai women, breast cancer is the most common type of cancer except cervix cancer. Age group of patients vary from fifteen to eighty (National Cancer Institute, 1995 : 5) and the trend of breast cancer is increasing.

Breast cancer can be treated if early stage of disease is detected, but it is found that 60 percent of breast cancer patients come to visit doctors when it already spread to lymph nodes. The survival rate of breast cancer is good if cases finding and treatment have done in early stage of disease. The prognosis of disease is depending on stage of disease, so breast self –examination should be promoted.

Size of tumor is also important. The treatment is effective if tumor is smaller than 2 centimeters but survival rate decreasing to 44 percent if tumor is larger than 5 centimeters. Therefore, the detection of disease in early stage is very important for prevention of breast cancer for consequence.

Early Adulthood females, who are 20-40 years old whose adulthood characters are developed completely, not only physical but also emotion and future plan. They are suitable group that can practice breast self – examination accurately. Nakhonratchasima is a province having a lot of population. Socio - economic status is improved rapidly and there are many industries that effects environment. WHO reported that 80 percent of environment factors are correlated to cancer. Fat is the most cause of cancer. Women in urban area have fast food, high lipid and protein, and also burnt roasted food frequently. It is found that people in urban area have been more risk to cancer than people in rural area .

Thirty females at age group 20 – 40 years were interviewed in pilot study, it was found that 56.7 percent of females did not know the method of breast self – examination, 30 percent of them knew method of breast self – examination from health personnel but never practices, and 13.3 percent of them knew such method from magazine. Eighty percent of women never practiced breast self – examination because they could not do. Most of women lack of knowledge, perception towards severity, perception towards risk of breast cancer, expectation towards self – ability, and etc. Therefore, researcher aims to find out the suitable methods to promote breast self – examination among early adulthood females by applying the Protection Motivation Theory and social support through Family Health Leaders who activate regular breast self – examination.

General objectives

To assess the effectiveness of health educational program, applying to the Protection Motivation Theory and Family Health Leader support on breast self - examination among early adulthood females in Mueng district, Nakhonratchasima province.

Specific objectives

To examine the changes in early adulthood females who participate in health education program in the followings :

1. Knowledge about breast cancer.
2. Threat appraisal :
 - 2.1 perceived severity.
 - 2.2 perceived vulnerability.
3. Coping appraisal :
 - 3.1 self - efficacy.
 - 3.2 response efficacy.
4. Accuracy and regularity of breast self – examination practices.

Hypotheses

This health educational program, applying to the Protection Motivation Theory and social support, will change early adulthood females in Mueng district, Nakhonratchasima province in terms of :

1. Knowledge about breast cancer.
2. Threat appraisal :
 - 2.1 perceived severity.
 - 2.2 perceived vulnerability.

3. Coping appraisal :
 - 3.1 self - efficacy.
 - 3.2 response efficacy.
4. Accuracy and regularity of breast self – examination practices.

Research methodology

This quasi-experimental research aimed to assess the effectiveness of health education program for promotion of breast self - examination among early adulthood females in Mueng district, Nakhonratchasima province. One hundred and Two samples were recruited , 50 were experiment group and 52 were comparison group. The studied areas were Mueng district (highest risk and cases of breast cancer) and Meon-Wai sub-district (deaths of breast cancer were found). Two villages were selected by simple random sampling technique. Moo 7 Ban-Nong-Na-Lum was the experimen group while Moo 4 Ban-Pon-Sung was comparison group.

1. Preparation Phase

- 1.1 Conduct the meeting of related personnel and research assistants to clarify research project and methodology.
- 1.2 Preparation of materials, documents, and experimental areas.
- 1.3 Pretest by using interview schedule.
- 1.4 Conduct the training of Family Health Leaders to support , motivate and follow up the samples as planned.

2. Implementation Phase

- | | |
|--------|--|
| Week 1 | Group process, lecture (slide presentation), discussion, and focus group discussion. |
| Week 2 | Group process, breast self – examination skills (videotape presentation), demonstration of breast self – examination, and practice of breast self – examination. |

Week 3 Focus group discussion about the obstacles and solution of breast self - examination at home, assessment of breast self – examination, feedback, and posttest both in experimen and comparison groups.

Week 4-15 Activation and support by Family Health Leaders discussion among Family Health Leaders about the problems faced and solution Assessment of breast self - examination skills.

Week no. 15 Assessment of breast self – examination Collection of data in both experimen group and comparison group.

Instruments

There were tools for data collection and experiment as follows :

1. The tools for data collection were interview schedule (7 parts), assessment form for breast self – examination skills, activation form for Family Health Leaders, and assessment form for breast self – examination.
2. The tools for health educational program were video tape of breast self – examination, time table of breast self – examination, slide of breast self – examination, leaflets, posters, and breast model.

Data analysis

Analysis of data by using SPSS/PC⁺ package and statistics below were used :

1. Demographic characteristics were analyzed through percentage distribution, mean, and standard deviation.
2. Comparing mean score of knowledge about breast cancer, perception of severity, perception of vulnerability, self - efficacy of breast self - examination response efficacy of breast self - examination, and breast self - examination practices before and after intervention within each groups by using Paired Sample's t-test.
3. Comparing mean score of knowledge about breast cancer, perception of severity, perception of vulnerability, self efficacy of breast self - examination, response efficacy of breast self - examination, and breast self - examination practices between experimen group and comparison group by using Student's t-test.

Results

1. Regarding to demographic data, it was found that samples were 20-40 years old. Most of them, both experimen group and comparison group, were 35 -40 years old and couples. Almost of samples in experimen group and comparison group had no children. Al Most of both groups finished primary education (Pratom-Suksa). Al Most of samples in experimen group were al farmers while most of samples in comparison group were employees. The range of income in both groups was 2,000 - 4,000 Baht. Regarding knowledge and information about breast cancer and breast self - examination methods, it was found that most of samples in both experimen group and comparison group had never received knowledge and information about breast cancer and breast self - examination methods.

2. After intervention, the mean score of knowledge about breast cancer, assessment of threat appraisal (perception of severity and perception of vulnerability), assessment of coping appraisal (self efficacy and response efficacy), and breast self – examination practices were significantly higher than before intervention and than the comparison group ($p<0.001$)

Discussion

Before intervention, there were no differences between experimen group and comparison group in terms of knowledge about breast cancer and threat appraisal (perception of severity and perception of vulnerability of breast cancer), coping appraisal (self efficacy and response efficacy of breast self – examination), and breast self – examination practices. Most of samples in both groups had moderate and low level of scores. Samples in experimen group participated in various activities of this program including lecture (slide presentation), group discussion, modeling, demonstration and skills practice of breast self-examination, skills assessment of breast self – examination, and feedback. After intervention, the knowledge about breast cancer, threat appraisal (perception of severity and perception of vulnerability of breast cancer), coping appraisal (self efficacy and response efficacy of breast self – examination), and of breast self – examination practices among samples in experimen group were higher than before intervention and higher than comparison group with statistical significance ($p<0.001$). The results were consistent with Jirawan Molchai's research (1997) who applied the Protection Motivation Theory for changing behavior of breast self – examination among females in rural area, Burirum province. Methods used were , lecture, videotape presentation, group discussion, practice, and activation by Village Health Volunteers. It was found that the perception of severity, perception of vulnerbility of breast cancer, response efficacy and attendance towards breast self-examination of experimen group were higher significant than comparison group. The results of this research were also consistent with Chaweewan Polsen' study (1998: 91) who applied the Protection Motivation Theory and social support to promote breast self – examination among women in sanitary area in Ooh-Tong district, Supanburi province. Methods used were lecture, modeling, group process, demonstration, practices, and activation by representatives of

women. It was found that, after intervention, the knowledge, perception of severity, perception of vulnerability , self efficacy and response efficacy and breast self – examination practices in experimen group were significantly improved. The results were also consistent with Parinda Tunkhum’s research (1998 : 98) who promoted breast self – examination among female students in Ratchaput Institute by applying the Protection Motivation Theory together with skills teaching, positive and negative modeling, group process, and activation by buddy. It was found that , after intervention, the experimen group gained the perception of severity, perception of vulnerability, and breast self – examination practices more than before intervention and more than comparison group with statistical significance.

Suggestion

1. This health educational program is conducted by applying the Protection Motivation Theory and social support. Methods used are lecture (slide presentation), giving information (incidence, causes, and risk factors of breast cancer), group process, modeling, demonstration, practices, and activation by Family Health Leaders. After intervention, experimen group improves knowledge, perception of severity and perception of vulnerability of breast cancer, self efficacy and response efficacy of breast self – examination, and accuracy and regularity of breast self – examination practices. It shows that this health educational program is effective. Therefore related agencies should apply to other risk groups.
2. The obstacles of breast self – examination are lacking of knowledge about breast cancer and method of breast self – examination. After participating in this health educational program, the experimen group gains more accuracy of breast self – examination and do such activity in the suitable time. Although it takes time to assess the skills of examination and giving feedback, but experimen group can practice accurately and regularly of breast self – examination. It shows that women have a potential of self care if they receive adequacy of knowledge and skills.



There are many campaigns of breast self – examination using various media by many agencies (both government and private agencies) but it is found that only few women practice breast self – examination accurately and regularly. It shows that promotion of accuracy and regularity of breast self – examination cannot be done only by using various media but also demonstration and skill practices should be accompanied.

3. Skills assessment and feedback are conducted in this research. This reflection is very important for improvement of weak points that lead to accuracy and regularity of breast self – examination. Therefore, skills assessment and feedback should be used in this kind of program.
4. Group discussion is also conducted. Topics discussed cover experiences about patients, information received (in terms of severity, risk, consequence of disease to physical, mental, emotional, and socio-economic), and early detection of breast cancer. From this method, samples in the experimen group gain more awareness of breast cancer and let them remember more important points summarized by researcher.
5. Family Health Leaders can activate breast self – examination practices regularly. Although most of samples in the experimen group practice breast self – examination without activation, but Family Health Leaders can support them to have sustainable practices. So Family Health Leaders are important persons for health promotion and sustainable quality of life.
6. Suggestions for further studies
 - 6.1 Duration of study should be longer, at least 6 months, to assess the sustainable behaviors.
 - 6.2 Participatory learning should be applied to promote breast self – examination practices