

110 810. 15/11

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม
ของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง
จังหวัดชลบุรี

ปริญญานิพนธ์

ของ

เพชรรัตน์ อมรวิวัฒน์

110 810. 15/11

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา

เมษายน 2541

ฉบับนี้ให้เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
สุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรีชามารถ)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌมางกูร)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

วันที่ ๓๐ เดือน เมษายน พ.ศ. 2541

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ที่ได้กรุณา ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์นี้ได้สำเร็จ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์วิสิทธิ์ สัทสิกร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชาดา วัฒนวัตรเวที เรือโทนายแพทย์สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์ นายแพทย์ศุภชัย น้อยวัฒนา อาจารย์เรือโท ไพบุลย์ อ่อนมั่ง และคุณสมจิตร ประภากร ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและปรึกษาในการสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี ที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัย คุณณรงค์ฤทธิ์ ทรัพย์วิกเจ้าหน้าที่ห้องสุศึกษา ตลอดจนเจ้าหน้าที่พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดีและขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ครู อาจารย์ทุกท่านที่ได้กรุณาอบรม สั่งสอน ปลูกฝังให้รักการศึกษา ขอขอบคุณ พี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆทุกคน ที่มีส่วนช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยจนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

:

เพชรรัตน์ อมรชีวิน

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	6
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	7
ข้อตกลงเบื้องต้น	7
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	12
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	12
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	47
การวิจัยในต่างประเทศ	47
การวิจัยในประเทศไทย	52
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	62
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	63
แหล่งที่มาและกลุ่มตัวอย่าง	63
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	64
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ	65
เกณฑ์การให้คะแนนเครื่องมือ	65
การหาคุณภาพของเครื่องมือ	67
วิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	68
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	68
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	70

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาครั้งนี้	76
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล	76
การวิเคราะห์ข้อมูล	77
ผลการศึกษาครั้งนี้	78
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	94
บทย่อ	94
ความมุ่งหมายในการศึกษา	94
วิธีดำเนินการวิจัย	95
การวิเคราะห์ข้อมูล	96
สรุปผลการศึกษา	97
อภิปรายผล	100
ข้อเสนอแนะ	107
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	108
บรรณานุกรม	109
ภาคผนวก	123
ภาคผนวก ก	124
ภาคผนวก ข	134
ประวัติย่อของผู้วิจัย	137

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนตายด้วยสาเหตุที่สำคัญกับอัตราตาย ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2532- 2536.....	2
2	จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่อวัยวะต่างๆ ของสตรี ในจังหวัดตามภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทย.....	3
3	เปรียบเทียบการตายด้วยมะเร็งที่ต่างๆ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2532- 2536.....	4
4	ตำแหน่งที่พบก้อนมะเร็งในผู้ป่วย 634 ราย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล ศิริราช ในระหว่าง พ. ศ. 2530 - 2534.....	19
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร.....	79
6	ระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันเต้านม.....	83
7	การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน มะเร็งเต้านม ของสตรีที่มารับบริการ จำแนกตามอายุ.....	84
8	การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน มะเร็งเต้านม ของสตรีที่มารับบริการ จำแนกตามระดับการศึกษา.....	85
9	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ของสตรีที่มารับบริการ จำแนกตาม ระดับการศึกษา.....	86
10	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน มะเร็งเต้านม ของสตรีที่มารับบริการ จำแนกตามอาชีพ.....	87
11	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน มะเร็งเต้านม ของสตรีที่มารับบริการ จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....	88
12	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ของสตรีที่มารับบริการ จำแนกตาม รายได้ของครอบครัว.....	89

13 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกัน มะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ จำแนกตามประสบการณ์ที่มีบุคคล ใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม.....	90
14 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกาปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ.....	91
15 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ระดับการศึกษากับพฤติกรรมกาปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ.....	92
16 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมกาปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ จำแนกตาม การได้รับข้อมูล ข่าวสารความรู้ เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม.....	93

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1 สรีระวิทยาของเต้านม.....	14
2 การตรวจเต้านมด้วยการสังเกตในท่ายืนตรง.....	22
3 การตรวจเต้านมด้วยการสังเกตในท่าก้มแขนเหนือศีรษะ.....	22
4 การตรวจเต้านมบริเวณส่วนบนด้านใน	23
5 การตรวจเต้านมบริเวณส่วนล่างด้านใน.....	23
6 การตรวจเต้านมบริเวณส่วนล่างด้านนอก.....	24
7 การตรวจเต้านมบริเวณส่วนบนด้านนอก.....	24
8 การตรวจเต้านมบริเวณด้านบนและรักแร้.....	25
9 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกัน ปัญหาสุขภาพ.....	42
10 กรอบแนวคิดแสดงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม.....	61

บทที่ 1

บทนำ

กานา

ปัจจุบันเทคโนโลยีต่างๆ เจริญและพัฒนาอย่างมาก มีการผลิตสารสังเคราะห์ต่างๆ เพื่อใช้ในชีวิตประจำวันทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการทำงาน และการเจ็บป่วย ซึ่งเดิมโรคที่ทำให้เจ็บป่วย และเสียชีวิตมักเป็นโรคติดเชื้อต่างๆ เช่น ท้องร่วง วัณโรค เป็นต้น ส่วนโรคไร้เชื้อพบเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและตายในอัตราต่ำ แต่ในปัจจุบันโรคติดเชื้อต่างๆ ได้ลดอัตราการตายลงอย่างมาก เนื่องจากการพัฒนาด้านการแพทย์ มีการค้นคว้า ยารักษาโรคต่างๆ ได้มากขึ้น รวมทั้งมีเทคโนโลยีต่างๆ ทั้งด้านการคมนาคมขนส่ง การติดต่อสื่อสารด้านต่าง ๆ ก้าวหน้าขึ้น ทำให้สามารถติดต่อประสานงานกันดีขึ้น ส่งผลให้การเดินทางสะดวก การรักษาโรคต่างๆ ทำได้รวดเร็ว อัตราการตายด้วยโรคติดเชื้อจึงลดจำนวนลงอย่างมาก ขณะที่โรคไร้เชื้อมีอัตราการเจ็บป่วย และอัตราตายสูงขึ้น เช่น โรคหัวใจ อุบัติเหตุ และมะเร็ง เป็นต้น

มะเร็งเป็นโรคหนึ่งที่มีอัตราการตายสูงมากขึ้น ซึ่งเป็นผลจากสาเหตุใหญ่ 2 ประการ คือ ทางด้านกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม ในแง่ของสิ่งแวดล้อม จากการใช้สารเคมีในการดำรงชีวิต เช่น ใช้สารเคมีในการปราบศัตรูพืช การใช้สารเคมีเร่งการเจริญเติบโตของสัตว์เลี้ยง ดันไม้ อาหาร รวมถึงการใช้สารบางชนิด ช่วยทำให้สัตว์และพืช คงทน สวยงาม เช่น ใช้ฟลอมารีนแช่ปลาทำให้สด การใช้สารเคมีรดน้ำพืชเพื่อให้โตและสวยทำให้ขายได้ราคาดี เป็นต้นการใช้สารเคมีดังกล่าวทำให้เกิดสารก่อมะเร็งในร่างกาย และสิ่งแวดล้อมทำให้มะเร็งเป็นสาเหตุการตายในลำดับที่สำคัญ

มะเร็งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรเกือบทุกประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยมะเร็งกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เพราะเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงก่อให้เกิดการเจ็บป่วย มีการสูญเสียทางเศรษฐกิจเพราะต้องใช้ค่าเงินเป็นจำนวนมากในการรักษา และส่งผลต่อศักยภาพของชีวิต (พิสิษฐ์ พันธุมจินดา. 2532 : 34) จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2532 พบว่ามีอัตราการตายจากมะเร็งเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ โดยมีอัตราการตายเท่ากับ 36.80 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2533 - 2536 มีอัตราการตายจากมะเร็งเป็นอันดับ 3 มีอัตราการตาย 39.30, 41.20 และ 45.00 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนตายด้วยสาเหตุที่สำคัญกับอัตราตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) พ.ศ. 2532 - 2536

สาเหตุตาย	2532 (1989)		2533 (1990)		2534 (1991)		2535 (1992)		2536 (1993)	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
รวม	246,570	444.7	252,512	446.5	264,350	446.5	275,313	479.8	285,731	492.1
- โรคหัวใจ	27,452	49.5	28,924	51.3	31,003	57.4	32,131	56.0	33,989	58.5
- อุบัติเหตุ และการเป็นพิษ	19,482	35.1	23,634	41.9	25,852	45.6	27,811	48.5	30,599	52.7
- มะเร็งทุกชนิด	20,385	36.8	22,154	39.3	23,332	41.2	24,961	43.5	26,132	45.0
- ความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง	7,966	14.4	8,445	15.0	9,035	15.9	9,709	16.9	9,496	16.4
- การบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตายและอื่น ๆ	9,034	16.3	8,621	15.3	8,386	14.8	8,732	15.2	8,553	14.7
- โรคเกี่ยวกับตับ และตับอ่อน	7,738	14.0	7,520	13.3	7,566	13.4	7,644	13.3	7,527	13.0
- ปอดอักเสบ และโรคอื่นๆ ของปอด	6,168	11.1	5,902	10.5	6,393	11.3	6,569	11.4	8,005	13.8
- ไตอักเสบ กลุ่มอาการของไตพิการ และไตพิการ	3,957	7.1	4,254	7.6	4,511	8.0	5,556	9.7	5,761	9.9
- วัณโรคทุกชนิด	4,218	7.6	3,937	7.0	3,663	6.5	3,595	6.3	3,514	6.1
- อัมพาตทุกชนิด	3,347	6.0	3,341	5.9	3,466	6.1	3,556	6.2	3,152	5.4
	136,823	246.8	135,780	241.0	141,143	249.1	145,049	252.8	149,003	256.6

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2536 : ไม่มีเลขหน้า

มะเร็งเป็นโรคมะเร็งที่เพิ่มขึ้นกับเซลล์หลายอวัยวะ หลายระบบของร่างกายเกิดได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย สำหรับเพศหญิงอัตราการเกิดมะเร็งในอวัยวะต่าง ๆ มีความแตกต่างกันไปตามพื้นที่และสิ่งแวดล้อม เต้านมเป็นอวัยวะหนึ่งที่มีอัตราการเกิดมะเร็งได้ค่อนข้างสูงจากสถิติของสมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานครพบมะเร็งเต้านมเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก ส่วนจังหวัดเชียงใหม่พบมะเร็งเต้านมเป็นอันดับสามรองจากมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งปอดและในจังหวัดขอนแก่นพบว่ามะเร็งเต้านม เป็นอันดับสามรองจากมะเร็งตับและมะเร็งปากมดลูก ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่อวัยวะต่างๆของสตรีในจังหวัดตามภูมิภาคต่างๆของประเทศไทย

บริเวณที่เกิด	จำนวนที่พบ			
	กรุงเทพฯ	เชียงใหม่	ขอนแก่น	สงขลา
ปากมดลูก	1465	656	536	224
เต้านม	1139	364	229	145
ปอด	374	725	88	48
รังไข่	250	109	146	38
ช่องปาก	184	102	133	49
ตับ	179	240	782	21
เม็ดเลือดขาว	177	105	100	48
กระเพาะอาหาร	148	119	50	11
ทวารหนัก	141	71	35	20
กระเพาะปัสสาวะ	71	60	15	6
กระดูก	30	16	41	2
อื่นๆ				

ที่มา : Parkin and others. 1993 : 14 - 15

สำหรับอัตราการตายด้วยมะเร็ง จากสถิติของโรงพยาบาลศิริราช สถาบันมะเร็งศิริราช พบว่าอัตราการตายด้วยมะเร็งเต้านม ในปี พ.ศ. 2532 - 2536 ร้อยละ 6.80, 7.65, 7.57, 6.89 และ 7.02 ตามลำดับ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งช่องปากสถิติดังกล่าว แสดงให้เห็นว่ามะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งที่ต้องหาทางแก้ไขเพื่อรักษาคุณภาพชีวิตของประชาชน เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านม ต้องเสียเวลาในการรักษานาน ทำให้สูญเสียทรัพย์สิน เศรษฐกิจ และมีผลกระทบต่อจิตใจทั้งผู้ป่วย ครอบครัว สภาพแวดล้อมทั้งที่บ้านรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วย

ตาราง 3 เปรียบเทียบการตายด้วยมะเร็งที่ต่างๆ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ.2532 - 2536

บริเวณที่เกิด	พ.ศ.2532	พ.ศ.2533	พ.ศ.2534	พ.ศ.2535	พ.ศ.2536
ปากมดลูก	21.46	20.72	22.07	20.90	17.93
ช่องปาก	6.89	8.78	8.06	8.13	8.34
เต้านม	6.80	7.65	7.57	6.89	7.02
ตับ	4.54	4.48	4.70	5.01	6.87
เม็ดเลือดขาว	5.78	5.86	6.28	6.27	6.05
หลอดลม - ปอด	6.63	6.27	5.21	4.87	5.56
รังไข่	3.78	4.11	4.83	4.92	4.94
กระเพาะปัสสาวะ	2.90	3.10	2.77	3.47	3.92
ทวารหนัก	3.78	4.11	4.48	4.49	3.86
หลอดลม	4.84	3.92	3.39	4.02	3.57
รวม	34.11	31.90	36.84	36.55	34.16

ที่มา : โรงพยาบาลศิริราช. 2536 : 93

มะเร็งเต้านมแม้จะก่อให้เกิดอัตราป่วยและตายในอันดับสูง แต่หากมีการตรวจพบในระยะแรกเริ่มสามารถจะช่วยรักษาให้หายได้ โดยที่ผู้เป็นมะเร็งเต้านมอาจไม่ต้องสูญเสียภาพลักษณ์จากการตัดเต้านม การป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมทำได้ง่าย โดยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทุกเดือน หากพบว่ามีอาการผิดปกติของเต้านมอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ก้อนที่เต้านม เจ็บเต้านมหรือมีสารคัดหลั่งออกจากหัวนม เช่น เลือด เป็นต้น สามารถให้การรักษาได้ทันทีที่อัตราการตายจากมะเร็งเต้านมจะลดน้อยลง รวมทั้งการสูญเสียทางเศรษฐกิจที่ใช้การรักษาในระยะเวลาสั้น การสูญเสียทางสังคม จิตใจ จะลดน้อยลงตามลำดับ

มะเร็งเต้านมในประเทศไทย จากการศึกษาของพาร์กินและคนอื่นๆ (Parkin and others. 1993) พบว่าอัตราการเกิดโรคมะเร็งไม่สูงมาก เมื่อเทียบกับสถิติของประเทศในแถบตะวันออกเฉียงใต้ จีน หรือญี่ปุ่น ซึ่งพบว่ามีอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมของไทยเท่ากับ 13.50 ต่อประชากรแสนคน ประเทศทางตะวันออกเฉียงใต้พบอัตราการเกิดเท่ากับ 22.70 ต่อประชากรแสนคน จีนพบอัตราการเกิดมะเร็งเต้านม 14.60 ต่อประชากรแสนคน และญี่ปุ่นพบอัตราการเกิด 23.50 ต่อประชากรแสนคน

จากการศึกษาดังกล่าวและการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยมีปัจจัยเสี่ยงในประชากรทางแถบประเทศตะวันตก จีน ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ ซึ่งสรุปได้ว่ามะเร็งเต้านมมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัย ดังนี้(สมาคมมะเร็งแห่งประเทศไทย . 1993)

1. การมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมาก
2. มีบุตรน้อย
3. รับประทานอาหารที่ให้พลังงานมาก
4. น้ำหนักมาก

แม้ว่ามะเร็งจะเป็นโรคที่ร้ายแรงแต่ยังสามารถป้องกันได้องค์การอนามัยโลกมีแนวทางในการป้องกันและควบคุมมะเร็ง โดยแบ่งได้ 3 ขั้นตอนนี้ พิลิชรุ้ พันธุมจินดาและศิณีนาฐ ส นธิวงษ์. 2532:38)

1. การป้องกันขั้นปฐมภูมิ (Primary Prevention) หมายถึง การป้องกันมะเร็งในประชากร โดยการควบคุมสาเหตุและสิ่งที่มีโอกาสก่อให้เกิดมะเร็ง เช่น ควบคุมการดำเนินชีวิตโดยเปลี่ยนแปลงอุปนิสัยที่อาจเป็นอันตราย ควบคุมจำนวนสารที่อาจก่อให้เกิดโรคหรือลดปริมาณลง มาตรการในการป้องกัน คือ สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัย เพื่อหาสาเหตุของการเกิดมะเร็งให้กว้างขวาง การจัดกิจกรรมที่เป็นทางส่งเสริมสุขภาพ การให้สุขศึกษา การปรับปรุงสภาพแวดล้อม

2. การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary Prevention) หมายถึง ความพยายามที่จะลดจำนวนผู้ป่วยและอัตราตายด้วยมะเร็งในประชากร โดยการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งในระยะแรก (Early Detection) หรือการออกไปทำการคัดกรองมะเร็งในประชากรปกติ (Screening)

3. การป้องกันขั้นตติยภูมิ (Tertiary Prevention) หมายถึง การให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งตามวิธีการที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวตามสถานภาพของชีวิตต่อไป

การที่จะให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคนั้น ต้องมีแรงจูงใจในการปฏิบัติและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างถูกต้อง การที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคได้ อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากบุคคลต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแล้ว ยังขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้นเมื่อปฏิบัติแล้วเกิดผลดีต่อตนเอง ทำให้มีความยินดีที่จะปฏิบัติ ซึ่ง King . 1984:53) กล่าวว่า การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย โดยมุ่งให้ความรู้เพียงอย่างเดียว จะไม่เกิดผลต่อการ ปฏิบัติเท่าที่ควรหากผู้ให้คำแนะนำไม่คำนึงถึงความเชื่อ และเจตคติของผู้มารับบริการด้วย เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1975:12-20) ได้เสนอกลวิธีในการส่งเสริมให้บุคคล ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับในรูปแบบของความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยคำนึงถึงปัจจัยทางด้านการรับรู้ของบุคคลที่มีความสนใจในปัญหาทางสุขภาพ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่ได้รับ ตลอดจนอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติ ตาม คำแนะนำ รวมทั้งปัจจัยภายนอก ซึ่งได้แก่ ประสิทธิภาพที่มีบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นมะเร็ง เติ้านมและการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพของสตรี ที่คาดว่าจะมีผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรี และเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ทีมสุขภาพใน การวางแผนการสอน การให้คำแนะนำแก่สตรีทั่วไปได้อย่างเหมาะสม ทั้งในโรงพยาบาล และชุมชนต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของสตรี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน มะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ รายได้ ระดับ การศึกษากับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนก ผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี

4. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็ง เต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี ตามตัวแปรดังนี้

4.1 อายุ

4.2 ระดับการศึกษา

4.3 อาชีพ

4.4 รายได้

4.5 ประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม

4.6 การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

ความสำคัญของการศึกษากันคว่า

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับ นักสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ใช้เป็นแนวทางในการวางแผน และพัฒนาการจัดดำเนินงานสุขภาพ และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการป้องกัน มะเร็งเต้านมแก่ประชาชนทั่วไป

2. เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อและการปฏิบัติเพื่อป้องกัน มะเร็งเต้านมในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

3. เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้สตรีทั่วไปมีความตื่นตัวในการป้องกันมะเร็งเต้านม

ข้อตกลงเบื้องต้น

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้

เป็นสตรีที่มาขอรับบริการตรวจร่างกายที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุม โรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี เป็นครั้งแรก ซึ่งอยู่ในสภาพที่ให้ข้อมูลได้ โดยไม่มีปัญหาในด้าน การมองเห็น การได้ยินและปัญหาทางจิต

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่สตรีที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี จากสถิติในระยะเวลา 1 เดือน มีจำนวนประชากรเดือนละ 400 คน คิดเป็นรายปีประมาณ 4,800 คน (สถิติตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2538 ถึง ธันวาคม 2539)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้ ได้แก่ สตรีที่มาขอรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (Yamane) จะได้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 369 คน โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างในเวลา 2 เดือน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

ตัวแปรศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ จำแนกได้ดังนี้

1.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

1.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

1.1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

1.1.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

1.2 อายุ

1.3 ระดับการศึกษา

1.4 อาชีพ

1.5 รายได้

1.6 ประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม

1.7 การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ ความคิดเห็น และความรู้สึกของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี ที่มีต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม โดยแบ่งการรับรู้ออกเป็น 4 ด้าน (Becker and Maiman. 1974:330)

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น และความเชื่อของสตรีถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งเต้านม

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น และความเชื่อของสตรีต่อความรุนแรง และอันตรายของมะเร็งเต้านมที่มีผลต่อร่างกาย จนทำให้เสียชีวิตหรือมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และหน้าที่การงาน ครอบครัว

1.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม หมายถึง ความรู้สึก นึกคิด หรือความคิดเห็นของสตรีเกี่ยวกับผลดี ที่จะได้รับจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมว่าสามารถป้องกันการเกิดและผลกระทบของการเกิดโรคได้

1.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม หมายถึง ความรู้สึก นึกคิด หรือความคิดเห็นของสตรีเกี่ยวกับอุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่ขัดขวาง การปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม เช่น ค่าใช้จ่าย, ความสะดวกในการเดินทาง เวลาและบริการที่ได้รับ

2. อายุ หมายถึง อายุ ของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี โดยแบ่งตามอายุ ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537:1)

2.1 21 - 30 ปี

2.2 31 - 40 ปี

2.3 41 - 50 ปี

2.4 มากกว่า 50 ปี

3. ระดับการศึกษา การศึกษาสูงสุดของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537:173-174)

3.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

3.2 ประถมศึกษา

3.3 มัธยมศึกษา

3.4 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

3.5 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

4. อาชีพ หมายถึง งานที่สตรีผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ทำเป็นประจำแบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ.2536:6)

4.1 แม่บ้าน หมายถึง ผู้ที่อยู่บ้านเลี้ยงบุตรไม่มีรายได้เลี้ยงครอบครัว

4.2 รับจ้าง หมายถึง ผู้รับจ้างรายวัน รายเดือน รับจ้างส่วนตัว หรือมีรายได้ ไม่นแน่นอน

4.3 ค้าขาย หมายถึง ผู้ที่ทำการค้าทุกชนิด รวมทั้งหาบเร่และแผงลอย

4.4 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่ประกอบอาชีพ ทำนา ทำสวน ทำไร่ และเลี้ยงสัตว์เพื่อนำผลผลิตมาจำหน่าย

4.5 ข้าราชการ และรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่ทำงานในหน่วยงานของราชการและหน่วยงานของรัฐวิสาหกิจ

4.6 นักเรียน นักศึกษา ไม่ประกอบอาชีพ หมายถึง ผู้ไม่มีอาชีพกำลังศึกษาเล่าเรียน

5. รายได้ หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว แบ่งตามกลุ่มได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2535 : 79)

5.1 ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน

5.2 5,001 - 10,000 บาท/เดือน

5.3 10,001 - 15,000 บาท/เดือน

5.4 มากกว่า 15,000 บาท/เดือน

6. พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หมายถึง การกระทำทุกประเภทที่บุคคลกระทำ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย

6.1 สุขวิทยาส่วนบุคคล ได้แก่ การรักษาความสะอาดของร่างกาย และเต้านม ได้รับการตรวจรักษาที่ถูกต้อง เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นแก่ร่างกาย

6.2 การเฝ้าระวังสุขภาพ ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเองและการไปรับการตรวจเต้านมประจำปี เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม

7. มะเร็งเต้านม หมายถึง เนื้องอกชนิดร้ายแรง ที่เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติอย่างไม่หยุดยั้งของเซลล์บริเวณเต้านม

8. ประสิทธิภาพที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม หมายถึง การที่สตรีนั้นเคยมีบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ มารดาของท่าน มารดาของสามี ญาติพี่น้องฝ่ายท่าน ญาติพี่น้องฝ่ายสามี ป่วยหรือตายด้วยมะเร็งเต้านม แบ่งได้ดังนี้

8.1 เคยมีประสิทธิภาพ

8.2 ไม่เคยมีประสิทธิภาพ

9. การได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม หมายถึง การที่สตรีเคยได้รับข้อมูล ข่าวสารที่เป็นความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และวิธีป้องกันโรคจากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ แผ่นพับ หรือจากคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ แบ่งได้ดังนี้

9.1 เคยได้รับข้อมูล

9.2 ไม่เคยได้รับข้อมูล

10. แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี หมายถึง แผนกที่ให้บริการทางสุขภาพ และการรักษามะเร็งแก่ประชาชนทั่วไป สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

11. สตรีที่มารับบริการ หมายถึง สตรีที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย โดยได้ศึกษาเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อทางสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค การวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งต่างประเทศ และในประเทศไทย ดังรายละเอียดตามลำดับดังนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

มะเร็งเต้านม (Carcinoma of Breast)

มะเร็งเต้านม หมายถึง เนื้องอกชนิดร้ายแรงซึ่งเกิดขึ้นบริเวณเต้านม สามารถแทรกซึมลุกลามทำลายเนื้อเยื่อ ต่อมน้ำเหลือง และเส้นโลหิตบริเวณใกล้เคียงโดยรอบ และสามารถแพร่กระจายไปยังทุกส่วนของร่างกาย ทางกระแสโลหิตและน้ำเหลืองได้

การเจริญของเต้านม

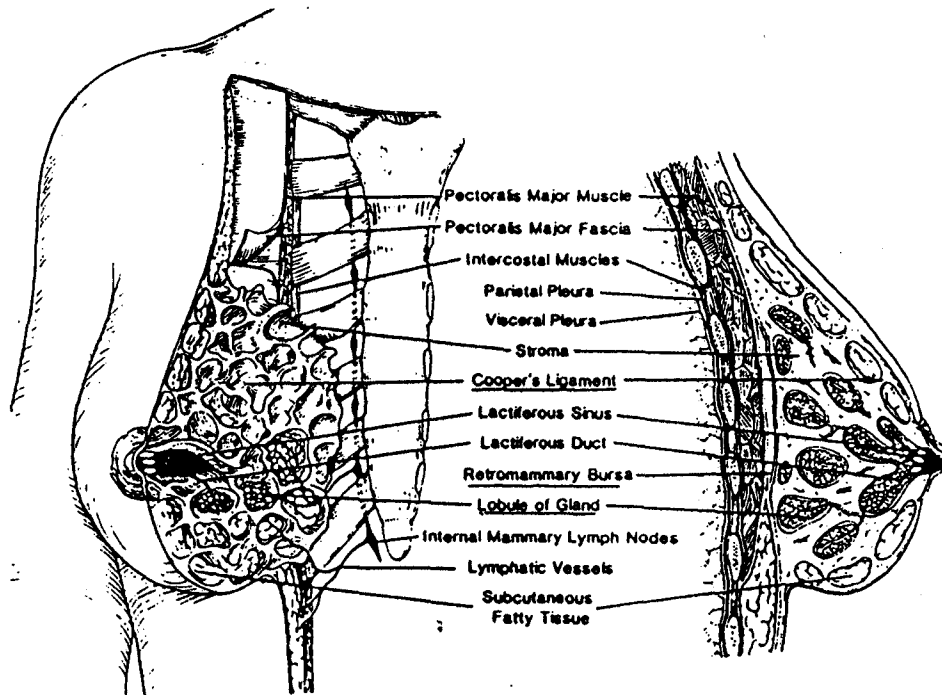
เต้านมเป็นต่อมที่กำเนิด จากเนื้อเยื่อส่วนนอก (Ectoderm) เริ่มปรากฏเป็นสันนํ้านมขึ้นที่ส่วนหน้า (Ventral) ของตัวอ่อน (Embryo) ในสัปดาห์ที่ 5 สันนํ้ามนี้ออกไปตามยาวจากฐานของจุดต่อมนํ้านมส่วนหน้า (Fore-Limb Bud) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของรักแร้ไปจนถึงจุดต่อมนํ้านมส่วนหลัง (Hind-Limb-Bud) ซึ่งอยู่บริเวณขาหนีบ (Primitive Inguinal Region) ถ้าการเจริญเติบโตของตัวอ่อน (Embryo) เป็นไปอย่างปกติ ส่วนบนของสันนํ้านมจะคงเหลืออยู่เพื่อเจริญเติบโตต่อไปเป็นต่อมนํ้านม ส่วนอื่น ๆ ของสันนํ้านมจะเลือนหายไป ถ้าเลือนหายไปไม่หมดจะเกิดเต้านมส่วนเกิน (Supernumerary Breast) ขึ้นตามแนวของสันนํ้านม

ใน 3 เดือนแรกของตัวอ่อน (Embryo) ส่วนของสัณฐานที่เจริญเติบโตเป็นต่อมน้ำนม จะมีแท่งของเซลล์เยื่อบุงอกเข้าไปในผิวหนังชั้นใน (Dermis) พอครบกำหนดคลอดเต้านมของทารกจะมีเพียงร่างแหของท่อน้ำนมและกิ่งก้านของมันจะไม่เกิดเนื้อเยื่อ (Lobule) ของเต้านม จนกว่าเด็กจะเข้าระยะวัยรุ่น (Adolescence) เมื่อมีฮอร์โมนเพศมากระตุ้นให้ต่อมมีการเจริญเติบโต ในระยะก่อนวัยเจริญพันธุ์ (Puberty) ต่อมน้ำนมจะเริ่มโตขึ้นทีละข้างจนกล่าได้เป็นตุ่ม ต่อมน้ำนมที่เริ่มมีการเจริญเติบโตนี้ มักทำให้บิดามารดาของเด็กพามาพบแพทย์ โดยคิดว่าเป็นความผิดปกติ ถ้าแพทย์ไม่นึกถึงความจริงข้อนี้ ทำการผ่าตัดเอาก้อนเล็ก ๆ นี้ออกจะทำให้เด็กคนนั้นไม่มีเต้านมไปจนตลอดชีวิต

เมื่อเต้านมมีการเจริญเติบโต จะมีไขมันแทรกในบริเวณนั้นมากขึ้น ท่อน้ำนมจะมีขนาด ขาวขึ้นพร้อมกับมีส่วนปลายของเนื้อเยื่อเต้านม (Terminal Lobule) บางคนเชื่อว่าการเจริญเติบโต เต็มที่ของเต้านมจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าจะมีการตั้งครรภ์จนครบกำหนด เต้านมที่เจริญเติบโตเต็มที่ แล้วจะมีความไวต่อการกระตุ้นจากสารก่อมะเร็ง และในหญิงที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อย จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมน้อยกว่าหญิงที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุมากแล้ว และหญิงที่ไม่เคยตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะแต่งงานหรือไม่ก็ตาม

ลักษณะทั่วไปของเต้านม

เต้านมมีลักษณะเป็นรูปกรวยคว่ำอยู่ตรงด้านหน้าของทรวงอกในระดับ ซีโครงที่ 2-6 มี ส่วนของเต้านมยื่นเข้าไปในรักแร้เรียกว่า ส่วนปลายของเต้านม (Axillary Tail of Breast) ตัวต่อม จะแทรกอยู่ในไขมันชั้นของพังผืดชั้นบน (Superficial Fascia) และพังผืดที่ติดกับกล้ามเนื้อ เพกโตราลิส (Pectoralis Fascia) ซึ่งคลุมกล้ามเนื้อเพกโตราลิส เมเจอร์ (Pectoralis Major) ชั้นลึกลงไปเป็นโพรงใต้ต่อมน้ำนม (Retromammary Space) ซึ่งจะมีหลอดน้ำเหลืองและหลอด เลือดขนาดเล็ก ๆ ของเต้านม ช่องว่างนี้อยู่ตื้นกว่าพังผืดที่ติดกับกล้ามเนื้อเพกโตราลิส (Pectoralis Fascia) ชั้นถัดไปจากกล้ามเนื้อเพกโตราลิส เมเจอร์ เป็นกล้ามเนื้อเพกโตราลิส ไมเนอร์ (Pectoralis Minor) ซึ่งมี คลาวิเพกโตราลิส ฟาสเซีย (Clavipectoralis Fascia) คลุมอยู่ พังผืด นี้จะแผ่ออกไปติดต่อกับพังผืด (Fascia) ของรักแร้ตัดคลาวิเพกโตราลิส ฟาสเซีย (Clavipectoralis Fascia) ตรงขอบนอกของกล้ามเนื้อเพกโตราลิส ไมเนอร์ (Pectoralis Minor) เป็นตำแหน่ง ติดต่อกับรักแร้และต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ ภายในเต้านมมีต่อมน้ำนมซึ่งประกอบด้วยท่อน้ำนมจาก หัวนมที่แตกกิ่งก้านแผ่ออกไป โดยรอบที่หัวนมมีรูเปิดของท่อน้ำนม ประมาณ 15 - 20 รูเปิด ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แสดงสรีระวิทยาของเต้านม

ที่มา : Principles of Surgery.1994 : 533

ในระหว่างช่วงเวลาเป็นประจำเดือน เต้านมจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยอิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสเตอโรน (Progesterone) โดยระหว่างใกล้และเป็นประจำเดือนเต้านมจะมีขนาดโตขึ้น เพราะทั้งท่อน้ำนมและเนื้อเยื่อเต้านม (Acini) ขนาดโตขึ้นและมี น้ำคั่งในเต้านมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงอาจไม่สม่ำเสมอ และอาจทำให้เป็นก้อนได้ การตรวจเต้านม จึงควรทำในขณะที่เต้านมมีอิทธิพลจากฮอร์โมนน้อยที่สุด คือ 5 -7 วัน หลังหมดประจำเดือนแล้ว

ในระหว่างตั้งครรภ์อิทธิพลของฮอร์โมนคือเอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสเตอโรน (Progesterone) จะมากที่สุดเป็นการเตรียมเต้านมให้พร้อมที่จะสร้างน้ำนมได้ทันที ส่วนในระยะหลังคลอดบุตรมีฮอร์โมนโปรแลคติน (Prolactin) และโคริโอนิก โกนาโดโทรปิน (Chorionic Gonadotropin) เป็นตัวควบคุมการสร้างน้ำนมเลี้ยงบุตรต่อไป

ในวัยหมดประจำเดือน ฮอร์โมนลดลง ทำให้เต้านมเริ่มเหี่ยว โกลบูลาร์-แอลวีโอลาร์ สตรัคเจอร์ (Lobular-Alveolar Structure) หายไปจะเหลือแต่ไขมันและท่อน้ำนม (Duct) ในที่สุด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม เป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งทั้งหมดที่พบในสตรีไทย ซึ่งปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดมะเร็งเต้านมที่แท้จริง แต่จากการศึกษา พบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเต้านม ได้แก่

1. เพศ พบว่าอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชายเท่ากับ 100 : 1 (ไพรัช เทพมงคล. 2528:436)
 2. อายุ พบอุบัติการณ์ การเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีสูงสุดของสตรีที่มีอายุ 45-49 ปี
 3. สภาพแวดล้อม และความเป็นอยู่สตรีที่อยู่ในเมือง (Urban Living) มีอุบัติการณ์เกิดมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีที่อยู่ในชนบท ทั้งนี้เนื่องจากอาหารการกินของสตรีที่อยู่ในเมืองมักอุดมไปด้วยไขมันและโปรตีนมากกว่าสตรีที่อยู่ในชนบท
 4. อายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรก และอายุเมื่อหมดประจำเดือน (Menarche and Menopause) สตรีที่มีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าปกติ 1.5 เท่า และจะสูงเป็น 2 เท่า หากหมดประจำเดือนเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี และมีอุบัติการณ์เกิดมะเร็งเต้านมต่ำในสตรีที่หมดประจำเดือนโดยวิธีชักนำ (Artificial Menopause) เช่น จากการผ่าตัดหรือการฉายรังสี เป็นต้น
- นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีที่มีความผิดปกติของประจำเดือน เช่น ประจำเดือนมาไม่ปกติ มีอาการปวดท้องระหว่างมีประจำเดือน ประจำเดือนมานานกว่าปกติ ประจำเดือนขาดเป็นช่วง หรือมีอาการเจ็บที่เต้านมก่อนมีประจำเดือน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่า
5. อายุขณะมีบุตรคนแรก สตรีที่มีบุตรคนแรกก่อนอายุ 20 ปี มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่าบุคคลทั่วไป 1.5 เท่า หากมีบุตรคนแรก เมื่ออายุมากกว่า 35 ปี มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่าบุคคลทั่วไป ร้อยละ 50 และในสตรีที่ไม่เคยให้กำเนิดบุตร (Nulliparous Women) หรือสตรีที่มีบุตรน้อยมีโอกาเป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่าสตรีที่มีบุตรหลายคน

6. การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เชื่อกันว่า การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทำให้อุบัติการณ์เกิดมะเร็งเต้านมลดน้อยลง แต่ถ้าให้นมบุตรนานเกินไป โอกาสที่สตรีผู้นั้นจะเป็นมะเร็งเต้านมก็ไม่ได้แตกต่างกับสตรีอื่น ๆ

7. สตรีวัยหมดประจำเดือน ที่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนเพศหญิง (Exogenous Estrogens) ในขนาดสูง ๆ เป็นระยะเวลา 15 ปีขึ้นไปจะมีอุบัติการณ์เกิดมะเร็งเต้านมได้สูง และการรับประทานยาคุมกำเนิดซึ่งมีฮอร์โมนเป็นส่วนผสมด้วยในปริมาณน้อย เชื่อกันว่าไม่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม แต่อาจทำให้ขนาดของเต้านมโตกว่าปกติ ประมาณร้อยละ 12.3 (ไพรัช เทพมงคล, 2538: 436) หากให้ผู้นั้น 2 - 4 ปี โอกาสที่ผู้นั้นจะเป็นมะเร็งเต้านม จะเพิ่มขึ้นประมาณ 1.9 เท่า และจะเพิ่มเป็น 11 เท่า ถ้าผู้นั้นเคยเป็นเนื้องอกของเต้านมมาก่อน (สมปอง รักษาสุข. 2523:13).

8. เนื้องอกเต้านม (Benign Breast Disease) สตรีที่เคยเป็นเนื้องอกของเต้านมบางชนิดมาก่อน เช่น โรคถุงน้ำพังผืด (Fibrocystic Disease of Breast) หรือ เต้านมอักเสบเป็นถุงน้ำเรื้อรัง (Chronic Cystic Mastitis) มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่าสตรีทั่วไปถึง 4 เท่า (สมปอง รักษาสุข. 2523:14)

9. อาหาร อาหารจำพวกไขมัน เนื้อสัตว์และเครื่องดื่มพวกแอลกอฮอล์ อาจทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

10. อารมณ์ มักพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในผู้ที่มีการศึกษาสูงมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาคต่ำ เชื่อว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะเกิดภาวะเครียดอยู่เสมอระหว่างการศึกษเล่าเรียน ภาวะเครียดจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและไปขัดขวางระบบภูมิคุ้มกันในการป้องกันการเกิดมะเร็ง

11. ยาฮอร์โมน สตรีที่ใช้ยาฮอร์โมนติดต่อกันเป็นเวลานาน ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้ โดยเฉพาะสตรีที่เคยเป็นเนื้องอกของเต้านมและยังใช้ยาฮอร์โมนด้วย จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูง

12. รังสี (Radiation) พบว่าอุบัติการณ์เกิดมะเร็งเต้านมจะสูงในผู้ที่ได้รับสารกัมมันตภาพรังสี (Atomic Bombing) หรือผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายกัมมันตภาพรังสี หรือ การดูภาพด้วยลำแสง (Fluoroscopy) ในรายที่เป็นเต้านมอักเสบ (Mastitis) หรือวัณโรค อัตราเสี่ยงจากการได้รับรังสีจะสูงในผู้ที่ได้รับรังสีอายุน้อยและจะเสี่ยงสูงสุดในผู้ที่มียายุ 10 - 20 ปี

13. ไวรัส เชื่อกันว่าไวรัสบางชนิดเป็นสาเหตุทำให้เกิดมะเร็งเต้านม เพราะสามารถพบไวรัส พาร์ติเคิลส์ (Virus Particles) ในน้ำนมจากการศึกษาพบว่าพื้นผิวของเซลล์มะเร็งเต้านมจะตรวจพบโมเลกุลาร์ มาร์เคอร์ (Molecular Markers) ที่เรียกว่า แมมมารี ทูเมอร์ โกลโคโปรตีน (Mammary Tumour Glycoprotein, MTGP) ซึ่งจะตรวจพบเฉพาะในมะเร็งเต้านมประมาณร้อยละ 75 แต่ตรวจไม่พบในมะเร็งชนิดอื่น และเชื่อกันว่า MTGP นี้เกิดจากเชื้อไวรัส (ไพรัช เทพมงคล. 2528:435)

14. พันธุกรรม สตรีที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ได้มากกว่าสตรีทั่วไป จากการศึกษาพบว่า สตรีที่มีมารดาเป็นมะเร็งเต้านมมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มากกว่าสตรีทั่วไปถึง 4 เท่าและหากสตรีผู้นั้นเกิดเป็นมะเร็งเต้านมจะเป็นเมื่ออายุน้อยกว่ามารดา หรือป้า หรือน้าสาวของคนที่เป็มะเร็งเต้านม ประมาณ 12 ปี (สมปอง รักษาสุข.2523:13) สตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน (Premenopause) ที่มีมารดาเป็นมะเร็งเต้านมมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ได้มากกว่าปกติ 3.5 เท่า และจะเพิ่มเป็น 5 เท่า หากว่ามีมารดาและยายเป็นมะเร็งเต้านม ส่วนสตรีที่มีถุงน้ำเต้านมเป็นมะเร็งเต้านมจะมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มากกว่าปกติถึง 9 เท่า

15. ผู้ที่มีประวัติเป็นมะเร็งมาก่อน เชื่อว่าสตรีที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งมาก่อน มีโอกาสเป็นอีกได้ 4-15 เท่า ของผู้ที่ไม่เคยเป็นและผู้เคยเป็นมะเร็งของอวัยวะอื่น ๆ เช่น มะเร็งของรังไข่ เยื่อบุช่องท้อง ลำไส้ตรงหรือเป็นที่ต่อมน้ำลาย มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้มากเช่นกัน

16. ในสตรีหลังคลอดบุตรอาการกั่งของน้ำนม ในท่อน้ำนม เป็นเวลานาน ๆ ทำให้มีการอักเสบของท่อน้ำนม (ไพรัช เทพมงคล.2533 : 113 - 115)

สตรีที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ได้แก่ สตรีที่อยู่ในสถานภาพต่อไปนี้

- สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป
- ไม่มีบุตรหรือมีบุตรน้อยและมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี
- มีประจำเดือนครั้งแรก เมื่ออายุน้อยกว่า 12 ปี หรือหมดประจำเดือนหลังจากอายุ 50 ปี
- เคยมีประวัติเป็นเนื้องอกเต้านม
- มารดา พี่สาว น้องสาวเป็นมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมกับการตั้งครรภ์

ในภาวะตั้งครรภ์ มะเร็งเต้านมมักจะรุนแรงเนื่องจากระดับฮอร์โมนในร่างกาย ถ้ามีบุตรเพียงพอแล้วควรจะให้เอาเด็กออกแล้วรีบให้การรักษาเหมือนทั่ว ๆ ไปทันที

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมออกไปแล้ว การตั้งครรภ์ในระยะต่อมาอาจจะทำให้ส่วนของมะเร็งที่สงบเงียบและซ่อนเร้นอยู่แพร่กระจายออกไปได้เร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่พบเซลล์มะเร็งในต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ขณะผ่าตัด ถ้าต้องการมีบุตรอีก ควรเว้นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี

อาการและอาการแสดง

มะเร็งเต้านม มักเริ่มด้วยการมีก้อนเล็ก ๆ บริเวณเต้านมส่วนใหญ่จะไม่มีอาการเจ็บปวดบวมหรืออักเสบร่วมด้วย โดยทั่วไปก้อนนี้ออกนี้จะแข็งและขอบไม่เรียบ แต่อาจพบว่า ก้อนนุ่มและขอบเรียบได้ ซึ่งความแข็งหรือนุ่มของก้อนนี้ออกนี้ ขึ้นกับเนื้อเยื่อผูกพัน (Connective Tissue) ที่มีอยู่ อัตราโตของเนื้องอกในแต่ละคนจะแตกต่างกัน การโตขึ้นเท่าตัวของเซลล์มะเร็งใช้เวลา 23-209 วัน ในรายที่โตช้า ๆ ก้อนขนาด 1 เซนติเมตรอาจใช้เวลาถึง 8 ปี มะเร็งที่เจริญเร็วในเวลาสั้นกว่า มักมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง และอวัยวะที่อยู่ไกลออกไปก่อนพบก้อนเนื้อที่เต้านม สำหรับตำแหน่งที่พบก้อนเนื้อส่วนใหญ่จะพบที่บริเวณส่วนบนด้านนอกของเต้านม (Upper Outer Quadrant) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 50 และพบว่ามักจะเป็นในเต้านมซ้ายมากกว่าเต้านมขวา (ไพรัช เทพมงคล, 2538:436) ดังปรากฏตามตาราง 4 แสดงตำแหน่งที่พบก้อนมะเร็งในผู้ป่วย 634 ราย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2530 - 2534

ตาราง 4 แสดงตำแหน่งที่พบก้อนมะเร็งในผู้ป่วย 634 ราย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช
ในระหว่างปี พ.ศ. 2530 - 2534

บริเวณ	จำนวน	ร้อยละ
Upper Outer	192	30.28
Lower Outer	55	8.67
Upper Inner	123	19.40
Lower Inner	37	5.83
Upper	60	9.46
Lower	25	3.94
Inner	25	3.94
Outer	46	7.25
Central	55	8.67
Diffuse or Multiple or No Mass	16	2.52

ที่มา : โรงพยาบาลศิริราช. 2534 : 4

เมื่อก่อนเนื้องอกโตขึ้นจะทำให้เต้านม หัวนมมีลักษณะผิดปกติ มีการดึงรั้งของผิวหนัง บริเวณ เต้านม (Skin Retraction) หัวนม (Nipple Retraction) เต้านมบวม (Edema) อักเสบ (Inflammation) ผิวหนังบริเวณเต้านมมีลักษณะหยาบและขรุขระคล้ายผิวส้ม (Peau d' Orange) หรือมองเห็นหลอดเลือด ที่โป่งพองจากการขยายตัวของหลอดเลือดดำในชั้นใต้ผิวหนัง (Dilated Superficial Veins) ในบางรายเมื่อบีบบริเวณหัวนมจะมีน้ำเหลืองหรือเลือดไหลออกมา ซึ่งอาจจะไหลออกมาจากหัวนมตลอดเวลาหรือเป็นครั้งคราวจากเต้านมข้างใดข้างหนึ่ง มะเร็งจะลุกลามและแพร่กระจาย จากตำแหน่งที่เกิดได้อย่างรวดเร็ว โดยการลุกลามเฉพาะที่ ไปตามหลอดเลือดหรือทางเดินน้ำเหลืองสู่อวัยวะอื่น ๆ บริเวณที่พบการแพร่กระจายได้เร็วและบ่อยที่สุด ได้แก่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้จะพบว่าโตขึ้นในระยะหลัง เนื้องอกบางส่วนจะเน่าตาย ทำให้เกิดแผลขยายกว้างออกไปและมีกลิ่นเหม็นจัด

การแพร่กระจายของมะเร็งเต้านม

1. โดยทางเดินน้ำเหลือง ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของมะเร็งเต้านม

1.1 ทางเดินน้ำเหลืองชั้นใต้ผิวหนัง (Dermal Lymphatics) ไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้หรือเต้านมด้านตรงข้าม

1.2 ทางเดินน้ำเหลืองชั้นลึก ซึ่งอยู่รอบ ๆ ต่อมน้ำนมและไปตามท่อน้ำนม มารวมกันที่ซับแอรีโอลาร์ เพ็กซัส (Subareolar Plexus) แล้วทะลุท่อน้ำเหลืองใหญ่ ๆ 3 ทางเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองในแอ่งเหนือกระดูกไหปลาร้าดังนี้ คือ

1.2.1 แอ็กซิลลารี รูท (Axillary Route) ไปตามขอบด้านนอกของกล้ามเนื้อเพกโตราลิส เมเจอร์ (Pectoralis Major) เข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองในรักแร้ นับว่าเป็นทางสำคัญของการแพร่กระจายของมะเร็งเต้านม เคยมีรายงานในผู้ป่วยชาวไทยพบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวพบมีเซลล์มะเร็งถึง 52 ต่อมน

1.2.2 อินเทอร์นอล แมมมารี รูท (Internal Mammary Route) จากส่วนกลางและด้านในของเต้านม เข้าสู่ต่อมน้ำเหลือง อินเทอร์นอล แมมมารี (Internal Mammary) โดยเฉพาะตรงช่องระหว่างกระดูกซี่โครงที่ 2,3,4

1.2.3 แอซเซสซารี รูท (Accessory Route) จากด้านบนของเต้านม เข้าสู่รีโทรเพกโตรอล ทรังก์ (Retropectoral Trunk) ในระหว่างชั้นกล้ามเนื้อ (Pectoralis Major and Pectoralis Minor) เข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองซับคลาเวียน (Subclavian)

2. โดยการลุกลามเฉพาะที่

3. โดยทางกระแสเลือด ไปยังปอด ตับ กระดูก และสมอง

การตรวจวินิจฉัย

การตรวจค้นหามะเร็งเต้านมเพื่อให้พบโรคในระยะเริ่มแรกนั้น ได้แก่

1. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination) เป็นการตรวจค้นหาความผิดปกติของเต้านม เนื้องอกของเต้านม รวมทั้งความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ด้วยตนเอง

วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สตรีทุกคนตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ โดยเฉพาะผู้มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และควรตรวจเพื่อหา ก้อนในเต้านมหรือพังศึคหนาในเนื้อเต้านมทุกเดือน ช่วงเวลาที่เหมาะสมคือ ประมาณ 7 วัน หลังวันแรกของประจำเดือนซึ่งเต้านมในระยะนี้จะหายจากอาการปวด กดเจ็บและบวมในช่วงก่อน และขณะมีประจำเดือน สำหรับสตรีสูงอายุที่หมดประจำเดือน ควรตรวจเต้านมตัวเองโดยตรวจในวันเดียวกันประจำทุกเดือนในการตรวจนี้ควรเลือกใช้เวลาช่วงสั้น ๆ ที่เป็นเวลาที่ว่าง และเลือกใช้สถานที่ที่ไม่มีผู้หนึ่งผู้ใดมารบกวนในระยะสั้น ห้องอาบน้ำหรือห้องนอนเป็นสถานที่เหมาะสมที่สุด แต่ควรมีกระจกเงาที่จะช่วยให้สามารถมองเห็นเต้านมได้เป็นอย่างดี ควรทำการตรวจเต้านมอย่างสม่ำเสมอตลอดไป โดยตรวจเพียงเดือนละครั้งก็พอ ระยะเวลาที่เหมาะสมที่สุดที่จะทำการตรวจคือ ภายหลังจากหมดการมีประจำเดือนแต่ละเดือนใหม่ ๆ ซึ่งในระยะเวลาดังกล่าวเต้านมจะมีลักษณะอ่อนตัวกว่าระยะอื่น ถึงแม้เข้าสู่วัยที่หมดประจำเดือนแล้ว ควรจะกระทำการตรวจเต้านมเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

สตรีต่อไปนี้ ควรตรวจเต้านมตัวเองให้บ่อยกว่าปกติ คือ

- สตรีที่แต่งงานแล้วยังไม่มีบุตร แม้จะไม่ได้คุมกำเนิดก็ตาม
 - สตรีที่เต้านมใหญ่ เพราะถ้ามีก้อนขนาดเล็ก ๆ จะตรวจพบยาก
 - สตรีที่ห้วนมบอดตั้งแต่เริ่มเป็นสาว เพราะอาจมีก้อนเล็ก ๆ ได้ห้วนมถ้าไม่สังเกต
 - สตรีที่มีมารดาหรือพี่น้อง (ห้องเดียวกัน) เป็นมะเร็งเต้านม
 - สตรีที่มีประวัติเป็นเนื้องอก หรือ ถุงน้ำเกิดขึ้นซ้ำ ๆ ที่เต้านมภายหลังที่ได้ตัดออกแล้ว เพราะอาจกลายเป็นมะเร็งเต้านมได้ หรือ ถ้ามีก้อนมะเร็งเกิดขึ้นจริง ๆ จะตรวจพบได้ยาก จึงควรตรวจอย่างสม่ำเสมอโดยการ X-RAY ทุกปี
 - ถ้าคลำพบก้อนหรือมีสิ่งผิดปกติบริเวณเต้านมแม้เพียงเล็กน้อย ควรรีบปรึกษาแพทย์
- โดยคว่น (ไพรัช เทพมงคล. 2533:116-118)

การตรวจเต้านมด้วยตนเองแบ่งได้เป็น 7 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1

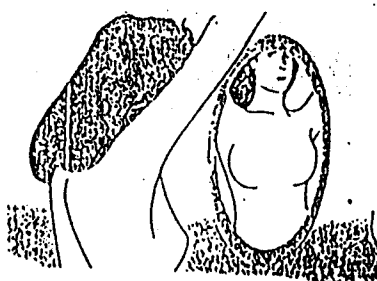
เปลื้องผ้าส่วนยกทรงออกจนถึงระดับเอวแล้วนั่งหรือยืนหน้ากระจก ปลอกแขนทั้งสองข้างห้อยลงข้าง ๆ ตัว แล้วตรวจดูเต้านมทั้งสองข้างในกระจกเงาอย่างละเอียด โดยสังเกตดูว่ามี การเปลี่ยนแปลงอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับขนาดรูปลักษณะของเต้านมหรือไม่ พยายามตรวจหา ตำแหน่งที่อาจมีรอยบุ๋มหรือ รอยย่นของผิวหนังของเต้านมและตำแหน่งที่มีการเปลี่ยนแปลงของ รูปลักษณะของเต้านมดังปรากฏตามภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 แสดงการตรวจเต้านมด้วยการสังเกตในทำขึ้นตรง

ขั้นตอนที่ 2

ชูแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ ตรวจดูเต้านมทั้งสองข้างให้ทั่ว โดยดูว่าได้มีการ เปลี่ยนแปลงจากผลการตรวจในตอนที่ 1 หรือไม่ และตรวจดูหัวนมด้วยว่ามีน้ำเลือดหรือน้ำหนอง ไหลออกมาหรือไม่ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 แสดงการตรวจเต้านมด้วยการสังเกตในท่ายกแขนเหนือศีรษะ

ขั้นตอนที่ 3

ต่อจากนั้น ให้นอนราบบนเตียง ศรีษะหนุนหมอน ใช้ฝ่าพิบหรือหมอนใบเล็ก ๆ รองใต้ไหล่ซ้ายและเอามือซ้ายรองหนุนใต้ศรีษะ ใช้มือขวาถูบคลำดูบริเวณต่างๆ ของเต้านมข้างซ้าย โดยใช้นิ้วมือขวาอยู่ชิดติดกันและใช้ฝ่านิ้วคลำไม่ควรใช้ปลายนิ้วคลำการตรวจเต้านม ให้แบ่งเต้านมซ้ายนั้นออกเป็นสี่ส่วน คือ ส่วนบนด้านใน หรือ ด้านชิดกับกระดูกหน้าอกส่วนบน ส่วนบนด้านนอกหรือด้านชิดแขน ส่วนล่างด้านใน และส่วนล่างด้านนอกให้ทำการตรวจเต้านมส่วนบนด้านในก่อน ใช้ฝ่ามือกดค่อยๆ แต่สม่ำเสมอ พร้อมกับคลึงเป็นวงเล็ก ๆ ไปเรื่อย ๆ เริ่มต้นตั้งแต่บริเวณกระดูกหน้าอก โดยสังเกตดูว่ามีก้อนหรือผิวหนังด้านหน้า หรือมีสิ่งผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นหรือไม่ กระทำเช่นนี้เรื่อยไปจนถึงหัวนม และตรวจดูบริเวณรอบ ๆ หัวนมด้วย ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 แสดงการตรวจเต้านมบริเวณส่วนบนด้านนอก

ขั้นตอนที่ 4

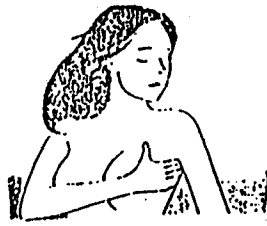
จากนั้นให้ทำการตรวจเต้านมส่วนล่างด้านในโดยใช้วิธีการเดียวกัน เริ่มต้นตั้งแต่บริเวณกระดูกหน้าอกซี่โครงใต้เต้านม แล้วคลำคลึงช้าๆ เรื่อยไปจนถึงหัวนม อาจกล่าวได้ว่า มีเนื้อเป็นสันแข็งอยู่ในเต้านมส่วนนี้ดังปรากฏตามภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 แสดงการตรวจเต้านมบริเวณส่วนล่างด้านใน

ขั้นตอนที่ 5

กลับเอาแขนข้างซ้ายลงมาพาดไว้ข้าง ๆ ลำตัว แล้วทำการตรวจเต้านมซ้ายส่วนล่างด้านนอกด้วยนิ้วมือขวาต่อไป โดยเริ่มตั้งแต่บริเวณเหนือกระดูกซี่โครงจากด้านนอกของเต้านม แล้วคลำเข้ามาช้า ๆ จนถึงหัวนมดังปรากฏตามภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 แสดงการตรวจเต้านมบริเวณส่วนล่างด้านนอก

ขั้นตอนที่ 6

ต่อจากนั้นตรวจเต้านมส่วนบนด้านนอกด้วยวิธีเดียวกันดังปรากฏตามภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 แสดงการตรวจเต้านมบริเวณส่วนบนด้านนอก

ขั้นตอนที่ 7

ใช้ฝ่านิ้วคลำตรวจดูในบริเวณรักแร้ว่ามีก้อนแข็ง หรือบวมที่ใดหรือไม่ เมื่อตรวจเต้านมซ้ายเสร็จแล้ว ในการตรวจเต้านมด้านขวา ให้นำเอาผ้าพับหรือหมอนเล็ก ๆ กลับมาหนุนไหล่ขวา แทน และเอามือขวาไปหนุนด้านหลังศรีษะ ใช้นิ้วมือซ้ายตรวจเต้านมขวาแต่ละส่วน ในทำนองเดียวกันกับการตรวจเต้านมซ้าย โดยเริ่มตั้งแต่ส่วนบนด้านในก่อน แล้ววนไปเป็นวงกลมจนรอบเต้านมเสร็จแล้ว เอาแขนข้างขวากลับลงมาวางราบข้างลำตัว แล้วตรวจเต้านมด้านนอกทั้งสองส่วน ดังปรากฏตามภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 แสดงการตรวจเต้านมบริเวณด้านบนและรักแร้

ในกรณีที่ตรวจพบก้อนหรือสิ่งผิดปกติใด ๆ ที่เต้านมควรจะทำการศึกษาแพทย์ไม่ควรตื่นตระหนกจนเกินเหตุ การเปลี่ยนแปลงผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้นส่วนใหญ่มักมิใช่เกิดจากมะเร็ง แต่เพื่อความแน่นอนควรรีบปรึกษาแพทย์เสียแต่เนิ่น ๆ

สมาคมมะเร็งแห่งประเทศไทย (สมใจ ชาญวิเศษ.2527:9;อ้างอิงมาจาก American Cancer Society. n.d.) ได้วางแนวทางการตรวจเต้านมในสตรี ขณะที่ยังไม่มีอาการใด ๆ ดังต่อไปนี้

- อายุ 20 ปีขึ้นไป ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน
- อายุ 20 - 40 ปี ควรได้รับการตรวจจากแพทย์ทุก 3 เดือน
- อายุ 35 - 40 ปี ควรได้รับการตรวจเต้านมด้วยเอ็กซเรย์เป็นพื้นฐาน
- อายุ 40 - 50 ปี ควรได้รับการตรวจเต้านมจากแพทย์ทุกปี และปรึกษาแพทย์ถึงความจำเป็นในการตรวจเต้านมด้วยเอ็กซเรย์
- อายุมากกว่า 50 ปี ควรตรวจเต้านมด้วยเอ็กซเรย์ปีละครั้ง

ผู้มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง ควรปรึกษาถึงความจำเป็นในการตรวจเต้านมมากกว่า 1 ครั้ง/ปี หรือเริ่มการตรวจเต้านมด้วยเอ็กซเรย์ ปีละครั้งก่อนอายุ 50 ปี

2. การตรวจเต้านมด้วยบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล

3. การตรวจเต้านมด้วยรังสี (Mammography)

เป็นการใช้ X-RAY ดูก้อนในเต้านม ซึ่งเป็นการ X-RAY ที่แตกต่างไปจาก X-RAY ธรรมดา คือ มีอำนาจทะลุทะลวงต่ำ ใช้สำหรับตรวจเต้านมโดยเฉพาะ สามารถตรวจพบมะเร็งเต้านมในรายที่ยังคลำก้อนไม่ได้ ขนาดก้อนมีเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่า 0.5 เซนติเมตร

ข้อบ่งชี้ในการทำ

1. ในผู้ที่มีอาการ และอายุมากกว่า 30 ปี
2. ใช้เป็นเครื่องสนับสนุนให้เกิดความสบายใจ ในรายที่ตรวจไม่พบความผิดปกติของเต้านม
3. ในรายที่เป็นมะเร็ง ให้ดูว่ามี มัลติโฟคอล ลีชัน (Multifocal Lesion) หรือไม่ หรือติดตามว่ามีมะเร็งเกิดอีกข้างหนึ่งหรือไม่หลังจากผ่าตัดแล้ว
4. เป็นการตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มแรก

ข้อเสียของการทำ คือ ประมาณร้อยละ 12-16 ของผู้ที่คลำพบก้อนว่าเป็นมะเร็ง จะไม่เห็นในภาพแมมโมกราฟี (Mammography) และแมมโมแกรม (Mammogram) ยังไม่สามารถแยกว่าเป็นก้อนเนื้อ หรือถุงน้ำ (Cyst)

4. การทำอัลตราโซโนกราฟี (Ultrasonography)

เป็นการตรวจก้อนในเต้านมด้วยเครื่องความถี่สูง สามารถแยกได้ว่าเป็นก้อนเนื้อ หรือถุงน้ำได้แน่นอน และไม่มีรังสีเอ็กซเรย์

ข้อเสีย คือ ถ้าก้อนเล็กกว่า 2 เซนติเมตร จะสามารถตรวจพบเพียงร้อยละ 35 เท่านั้น (ฌรงค์ ไวก์ขางกูร. 2535:250)

5. การทำเอฟเอนเอ-ไซโตโลจี (FNA-Cytology or Fine Needle Aspiration for Cytology)

ทำโดยใช้เข็มเบอร์ 22 หรือ 23 คัดกระบอกมีขนาด 10 ซีซี เจาะดูดก้อนและนำสิ่งที่ดูดได้ทำสเมียร์และจุ่มลงในแอลกอฮอล์ 95% ก่อนที่เซลล์จะแห้ง (Wet-Fix) และย้อมด้วย Pap Stain

ปัจจุบัน การทำ เอฟเอนเอ - ไซโตโลจี เป็นที่นิยมกันมาก เพราะทำง่าย และได้ผลเร็วแม่นยำในการวินิจฉัยทำได้ถูกต้อง

ประโยชน์ของ เอฟเอนเอ-ไซโตโลจี

1. ถ้าก้อนที่ตรวจชิ้นเนื้อเป็นมะเร็ง สามารถวางแผนรักษาได้ถูกต้อง
2. สามารถแยกได้ว่า ก้อนที่เต้านมเป็นถุงน้ำ หรือก้อนเนื้อ หรือมะเร็ง

6. การตรวจวัดอุณหภูมิของเต้านม (Thermography)

การตรวจวิธีนี้ เชื่อว่าบริเวณที่เป็นมะเร็งจะมีเลือดมาหล่อเลี้ยงมากกว่าปกติ ทำให้บริเวณนั้นมีอุณหภูมิสูงกว่าบริเวณอื่น แต่ก็พบว่า มีความผิดพลาดมาก เพราะมีการศึกษาพบว่า บริเวณที่เป็น มะเร็งเต้านมไม่ได้มีอุณหภูมิสูงเสมอไป และการที่อุณหภูมิบริเวณนั้น ๆ สูงขึ้น อาจเนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง เช่น การอักเสบของเต้านม

7. ทูเมอร์ มาร์เคอร์ (Tumor Marker)

การเจาะเลือดเพื่อตรวจหา ซีอีเอ หรือ คาร์ซิโน เอ็มไบโอนิก แอนติเจน (CEA, Carcino Ambionic Antigen ค่าปกติ 0 - 2.5 MG/DL การตรวจนี้ ช่วยวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้ไม่แน่นอน เพราะค่า ซีอีเอ ที่สูงขึ้นพบในเนื้องอกต่าง ๆ ด้วย แต่มีประโยชน์ในการติดตามผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาไปแล้ว เพราะค่าสูงขึ้นได้เมื่อโรคกลับมาขึ้นอีกและอาจมีประโยชน์ในรายสงสัยมะเร็งเต้านมที่ตรวจไม่พบก้อนแต่พบความผิดปกติด้วยการฉายรังสี (Mammography)

8. ไบออปซี (Biopsy) หรือการตัดชิ้นเนื้อ

8.1 โอเพน ไบออปซี (Open Biopsy) ทั้งที่เป็นก้อนที่คลำได้หรือก้อนที่คลำไม่ได้ การตัดชิ้นเนื้อที่คลำไม่ได้ต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในการกำหนดตำแหน่งของก้อน โดยอาศัยเข็มแทงไปบริเวณก้อน (Hook Wire Technique) ก่อนที่จะทำการผ่าตัด

การทำการตัดชิ้นเนื้อ วิธีนี้สามารถจะทำได้เป็น วันสดเทพ (One Step) คือการทำการตัดแบบเย็น (Frozen Section) โดยพยาธิแพทย์สามารถบอกผลได้ภายใน 15-20 นาที และให้การวินิจฉัยได้ถูกต้องถึงร้อยละ 98 หรือทำเป็น 2 ขั้นตอน (Two Step) โดยทำการตัดชิ้นเนื้อและส่งเป็นเปอร์มาเนนท์ พาราฟินเซกชัน (Permanent Paraffin Section) เมื่อได้ผลชิ้นเนื้อแล้ว แพทย์สามารถจะให้วิธีการรักษาได้ถูกต้อง

8.2 โคลส ไบออปซี (Closed Biopsy) ในรายที่ก้อนขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางโตกว่า 2 เซนติเมตร โดยใช้ทูลุคัท นีดเดิล (Trucut-Needle)

ในขณะที่ทำการตัดชิ้นเนื้อ ถ้าสงสัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ต้องส่งเนื้อเยื่อส่วนหนึ่งเพื่อตรวจเอสโตรเจน รีเซพเตอร์ (Estrogen Receptor, ER) และ โปรเจสเตอโรน รีเซพเตอร์ (Progesterone Receptor, PGR)

วิธีการเก็บเนื้อเยื่อเพื่อส่งตรวจเอสโตรเจน รีเซพเตอร์ ดังนี้

ก. การหาเอสโตรเจน รีเซพเตอร์ ส่งตรวจได้ทั้งที่เป็นมะเร็งเริ่มแรก หรือ มะเร็งแพร่กระจาย

ข. ชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจต้องมีขนาดอย่างน้อย 0.5 ลูกบาศก์เซนติเมตร

ค. ส่งชิ้นเนื้อในถุงพลาสติกและแช่ชิ้นเนื้อในน้ำแข็งแห้ง (Liquid Nitrogen) เพราะอีอาร์ (ER) สลายตัวด้วยความร้อนไม่ควรใช้ใช้ในการตัดชิ้นเนื้อ เพราะจะทำลาย เอสโตรเจน รีเซพเตอร์

ง. เขียนชื่อ นามสกุล เลขภายในของผู้ป่วยให้ชัดเจน และนำส่ง

การจัดระดับมะเร็งเต้านม

การจัดระดับของมะเร็งเต้านม จะช่วยในการเลือกวิธีการรักษาและการพยากรณ์โรค ในปัจจุบันนิยมใช้ระบบ TNM Staging โดยการวัดขนาดของก้อนเนื้อเป็นเซนติเมตร คลำต่อมน้ำเหลืองรักแร้ และการสืบค้นทางคลินิกว่ามีการกระจายไกลหรือไม่ ระบบทีเอ็นเอ็ม สเตจิง (TNM Staging) ปัจจุบันมีอยู่ 2 ระบบ คือ

1. American Joint Committee on Cancer (AJCC) ซึ่งเป็นระบบอเมริกัน
2. Union International Centre Cancer เป็นแบบที่ใช้ในยุโรปทั้ง 2 แบบ มีข้อแตกต่างกันเล็กน้อย ทั้ง 2 แบบ มีการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงกันเป็นระยะ ๆ แบบของ AJCC ปรับปรุงครั้งสุดท้าย คศ. 1989 แบบของยูไอซีซี (UICC) ปรับปรุงครั้งสุดท้าย คศ.1987 จะกล่าวถึงแบบเอเจซีซี (AJCC) ซึ่งปรับปรุงล่าสุดเพียงอย่างเดียว

คำจำกัดความโดยย่อ

- T หมายถึง ขนาดของก้อนเนื้อปฐมนุญ ใช้อัดขนาดเป็นเซนติเมตร และถือเส้นผ่าศูนย์กลางของก้อนส่วนที่ยาวที่สุดมาประเมินค่า T (Tumor)
- N หมายถึง สถานภาพของต่อมน้ำเหลืองรักแร้ (Node)
- M หมายถึง การกระจายไปไกลจากก้อนเนื้อปฐมนุญ และรักแร้ (Metastasis)

ก. มะเร็งปฐมนุญ (T)

Tx - ไม่รู้ขนาดของก้อนเนื้อปฐมนุญ

To - ตรวจไม่พบก้อนเนื้อปฐมนุญ

Tis - Carcinoma in Situ (Intraductal Carcinoma, Lobular Carcinoma in Situ, Paget's Disease เฉพาะรายไม่มีก้อน)

T1 - ก้อนเนื้อขนาด 2 เซนติเมตร หรือเล็กกว่าแบ่งได้ดังนี้

T1a - 0.5 เซนติเมตรหรือเล็กกว่า (อาจวัดจากแมมโมแกรม (Mammogram) หรือตัวอย่างก้อนที่ตัดออกมา)

T1b - ขนาดโตกว่า 0.5 เซนติเมตร แต่ไม่โตกว่า 1 เซนติเมตร

T1c - ขนาดโตกว่า 1 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 2 เซนติเมตร

T2 - ก้อนขนาดโตกว่า 2 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร

T3 - ก้อนโตกว่า 5 เซนติเมตร

T4 - ก้อนขนาดใดก็ได้ และมีการแผ่ขยายสู่ทรวงอก หรือผิวหนัง

T4a - แผ่ขยายสู่ทรวงอก (Chest Wall ทั้งกล้ามเนื้อและกระดูก)

T4b - มีการบวมของผิวหนัง หรือมีแผลที่ผิวหนังของเต้านมหรือมีซาเทลไลต์ โนดูล (Satellite Nodule) ที่จำกัด อยู่ในขอบเขตของเต้านม

T4c - มีทั้ง T4a และ T4b

T4d - อินเฟลมมาโทรี แคนเซอร์ (Inflammatory Cancer) คือ ผิวหนังเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลและบวมแข็งแผ่ขยายบนผิวหนังของเต้านม พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงแบบ อีริไซเพลอยด์ (Erysipeloid) ที่ขอบ มักไม่มีก้อนที่คลำได้แต่อาจเห็นลักษณะของมะเร็งจากการถ่ายภาพรังสี

ข. ต่อม้ำเหลืองทุติยภูมิ (N)

Nx - ไม่ทราบสถานภาพ (เช่น ถูกตัดออกไปก่อนแล้ว หรือไม่มีบันทึกไว้)

No - ไม่มีการกระจายสู่ต่อม้ำเหลืองรักแร้

ทางคลินิก - โดยการคลำ

ทางพยาธิสภาพ - ตรวจพยาธิสภาพ ของต่อมที่ตัดออกมา

N1 - คลำได้ต่อม้ำเหลืองรักแร้ข้างเดียวกันที่สามารถจับเคลื่อนไปมาได้

N2 - คลำได้ต่อม้ำเหลืองรักแร้ข้างเดียวกันที่มีการยึดติดกันเอง หรือกับอวัยวะใกล้เคียง
ไม่เคลื่อนไหว

N3 - คลำต่อม้ำเหลืองที่ได้หรือแอ่งเหนือกระดูกไหปลาร้าข้างเดียวกันได้ หรือแขนข้างเดียวกัน
กับด้านม

ค. การแพร่กระจาย (M)

Mx - บอกไม่ได้ว่ามีการกระจายไปไกลหรือไม่

Mo - ไม่มีการแพร่กระจาย

M1 - มีการกระจายไปไกล รวมทั้งการกระจายสู่ซุปราคลาวิคิวลาร์ โหนด (Supraclavicular Node) ข้างเดียวกัน

การจัดระยะของโรคทางคลินิก

ขั้น 0	(STAGE 0)	TIS	NO	MO
ขั้น 1	(STAGE I)	T1	NO	MO
ขั้น 2A	(STAGE IIA)	TO	N1	MO
		T1	N1	MO
		T2	NO	MO
ขั้น 2B	(STAGE IIB)	T2	N1	MO
		T3	NO	MO

ขั้น 3A	(STAGE IIIA)	TO	N2	MO
		T1	N2	MO
		T2	N2	MO
		T3	N1,N2	MO
ขั้น 3B	(STAGE IIIB)	T4	NO	MO
		TO	N3	MO
ขั้น 4	(STAGE IV)	TO	NO	M1

สมัยก่อนในการรักษามะเร็งเต้านม อาศัยหลักที่ว่ามะเร็งเต้านมเป็นซิงเกิล โฟกัส (Single Focus) และมีการกระจายเฉพาะที่ไปยังต่อมน้ำเหลืองเฉพาะที่ แล้วจึงเข้าสู่กระแสเลือด แต่ในปัจจุบันจากการศึกษาประวัติธรรมชาติของมะเร็งเต้านมอย่างใกล้ชิด พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคที่จะเข้าสู่กระแสเลือด (Systemic Disease) มีจุดน่าสนใจ 3 อย่าง คือ

ก. มะเร็งเต้านมมักจะมีจุดกำเนิดหลาย ๆ จุดภายในเต้านมข้างนั้น ๆ มีรายงานว่าพบถึงร้อยละ 50

ข. ไม่จำเป็นจะต้องมีการกระจายทางระบบน้ำเหลืองก่อนกระแสเลือด อาจจะแพร่กระจายไปยังอวัยวะใกล้เคียง ๆ โดยต่อมน้ำเหลืองเฉพาะที่ไม่ได้เลยก็ได้

ค. มะเร็งเต้านมมักจะมี การแพร่กระจายของโรค ซึ่งตรวจไม่พบและในขณะนี้การใช้สารเคมีบำบัดมักจะได้ผลดี ฉะนั้นวิธีการรักษาจึงขึ้นอยู่กับระยะของโรค

การรักษามะเร็งเต้านม มีวิธีการดังนี้

1. การผ่าตัด
2. เคมีบำบัด
3. รังสีรักษา
4. การใช้ฮอร์โมน

การรักษาเมเร็งเด้านมมักใช้หลายวิธีร่วมกันทั้งผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา การใช้
ฮอร์โมน เพื่อให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมที่มนุษย์กระทำ เป็นลักษณะการแสดงออก ที่อาจจะ
สังเกตเห็นได้ และอาจไม่สามารถสังเกตเห็นได้ พฤติกรรมทุกอย่างที่มนุษย์กระทำย่อมมีเหตุผล
มีจุดหมาย และในขณะเดียวกัน ก็มีแรงจูงใจหรือสิ่งกระตุ้นให้กระทำด้วยเหตุที่ว่า เป็นการตอบ
สนองต่อความต้องการของมนุษย์ ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต้องมีสาเหตุ อาจมีสาเหตุเดียวหรือหลาย
สาเหตุก็ได้ และสาเหตุอย่างเดียวกันไม่จำเป็นต้องนำไปสู่พฤติกรรมเดียวกัน อีกทั้งพฤติกรรมที่
ต่างกัน อาจเนื่องมาจากสาเหตุเดียวกันได้

สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิต
อยู่ในสังคมด้วยดี มิได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ปราศจากโรค หรือปราศจากทุพพลภาพเท่านั้น
(สุชาติ โสมประยูร.2525:1)

นั่นคือ พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพของบุคคล
ทั้งนี้ได้มีท่านผู้เชี่ยวชาญหลายท่านได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

กู๊ด (Good. 1959:59-65) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การ
เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ ที่มุ่งหวังจะให้ผู้เรียนมี หรือเกิดขึ้น
ในตัวผู้เรียน พฤติกรรมสุขภาพนี้จะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงภายในที่
สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น

สตีล และแม็คบรูม (Steele and Mc. Broom. 1972:382) กล่าวถึง ความหมายของ
พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพด้วยจุดมุ่งหมาย เพื่อป้องกันและ
หลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย

คาสล และคอบบ์ (Kasl and Cobb.1966:246) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่า
หมายถึงการกระทำใด ๆ ก็ตามในขณะที่ยังมีสุขภาพดี ไม่มีอาการของโรค ด้วยความเชื่อว่าจะทำ
ให้มีสุขภาพดีและมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันไม่ให้เกิดโรค

สุชาติ โสมประยูร (2525:33) ให้ความหมายพฤติกรรม หมายถึง ความสามารถในการ
แสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และทักษะ โดยเน้น
พฤติกรรมที่สังเกตและวัดได้

ประกาศบัญญัติ สุวรรณ (2526:28) ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำ แม้ว่าจะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม ที่มุ่งเน้นเฉพาะในเรื่องของสุขภาพอนามัย เช่น การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น

ธนวรรณ อัมสมบุญ (2532:38) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง หรือบุคคลอื่นรวมถึง การกระทำหรืองดกระทำในสิ่งที่เป็นผลดี หรือ ผลเสียต่อสุขภาพในรูปของความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการกระทำ หรือการปฏิบัติที่มีผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ

วารี ระกิติ (2530:696) ได้ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมทุกชนิดของบุคคลทั้งที่อยู่ภายในหรือแสดงออกมาภายนอก โดยจะเน้นเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้

การใช้คำว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้น ส่วนมากจะอ้างถึงเมื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วย หรือเจ็บป่วยเล็กน้อย ดังนั้นคำว่าพฤติกรรมสุขภาพจึงเน้นเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรค หรือปัญหาสุขภาพ นั่นคือ การดูแลตนเองเพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงมี 2 ลักษณะคือ (มัลลิกา มัตติโก, 2530:11-12)

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิสัยส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การรับประทานวิตามินต่าง ๆ การตรวจสุขภาพฟันทุก 6 เดือน เป็นต้น อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

2. การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือโรคต่าง ๆ โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคได้ 3 ระดับคือ

- 2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) เป็นการป้องกันตนเองจากการเกิดโรค เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค

2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น เช่น การตรวจและถ่ายภาพรังสีปอด ในรายที่มีปัญหาของโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อเป็นการป้องกันโรค มะเร็งปอดที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง

2.3 การป้องกันการแพร่กระจายของโรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการขจัดกัการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่น

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

เพื่อให้ครอบคลุมแนวความคิดของพฤติกรรมสุขภาพ ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด คือ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527:75)

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ซึ่งการดำรงชีวิตของบุคคลทั่วไปแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคไว้ในการประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่แล้ว เช่น ดื่มนอน ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ รับประทานอาหาร จัดบ้านเรือนให้สะอาดเพื่อป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ การแสดงออกถึงพฤติกรรมการป้องกันโรครวมไปถึงพฤติกรรมการได้รับวัคซีนป้องกันโรค การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ และการควบคุมการแพร่กระจายของโรค การตรวจร่างกายประจำปี การแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่างมาสนับสนุน การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค เพราะเขามีความเชื่อเป็นสำคัญ อาจกล่าวโดยสรุปว่า การปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคของบุคคลเนื่องจากเหตุผลต่อไปนี้

1.1 การรับรู้ว่าคุณโรคคุกคาม การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเอง กำลังถูโรคคุกคามนั้นก็เนื่องจากสิ่งกระตุ้นสองประการ คือ โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความรุนแรงของโรคสูง ถ้าไม่ดำเนินการจะเกิดผลเสียต่อตนเองและผู้เกี่ยวข้อง

1.2 การรับรู้ผลดีและผลเสียต่อการป้องกันโรค การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติในการป้องกันโรคได้รับผลดีมากกว่าผลเสีย จะเป็นผลเนื่องจากบุคคลได้พิจารณา ไตร่ตรองอย่างรอบคอบ แล้วว่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นย่อมจะต้องมีบ้าง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับแล้ว ได้ผลคุ้มค่า โดยเฉพาะในระยะยาว

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ บุคคลแต่ละคนจะมีแนวทางปฏิบัติแตกต่างกันไปในแต่ละชุมชน ตั้งแต่การรักษาตนเอง การรักษาตามคำแนะนำของเพื่อนบ้าน การแสวงหาการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การหลบหนีจากสังคม เป็นต้น

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick-Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น และเพื่อให้มีอาการดีขึ้น บุคคลจะให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามคำแนะนำของแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย นอกจากนั้นอาจพบว่า มีการไปรับบริการ การรักษาแผนโบราณด้วย ทั้งนี้เนื่องจากวัฒนธรรมดั้งเดิมของแต่ละท้องถิ่นอาจมีการรักษาทางไสยศาสตร์ ซึ่งมีการรักษาควบคู่ไปกับการรักษาแผนโบราณ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแบบแผนการ พัฒนาของสังคมนั้น ๆ

การแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ ของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ สอดคล้องกับความเข้มพันธ์ขององค์ประกอบจิตวิทยาสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของ บุญเยี่ยม ตรีภูมวงษ์ (2528:587-588) ซึ่งแบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิดคือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค
2. พฤติกรรมบทบาทของความเจ็บป่วย
3. พฤติกรรมเจ็บป่วย

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนมาก มีองค์ประกอบหลายประการที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526:173-185) ได้แบ่งองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 5 องค์ประกอบคือ

1. องค์ประกอบด้านจิตวิทยา

องค์ประกอบด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่มีอยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย วุฒิภาวะ การรับรู้ ความต้องการ ความสนใจ การตั้งใจ ความสามารถ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อ ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติทางสุขภาพของบุคคล องค์ประกอบด้านจิตวิทยาที่อยู่ในบุคคลทุกคน จะแตกต่างกันในลักษณะความมากน้อย บางคน

อาจจะมีลักษณะและจำนวนที่เสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หรือพึงปรารถนา บางคนอาจมีลักษณะที่ขัดขวางการเกิดพฤติกรรมที่ดี หรือที่พึงปรารถนา

2. องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรม

องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ ครอบครัว กลุ่มคนในสังคม สถานภาพทางสังคมและวัฒนธรรม

ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด พฤติกรรมสุขภาพทั้งด้าน ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติมีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัวมาก เช่น บางครอบครัวปลูกฝังการไม่รับประทานผัก เนื้อสัตว์ หรือบางครอบครัวปลูกฝังให้ออกกำลังกาย รักษาความสะอาดของร่างกาย การรักษาความสะอาดของบ้านเรือน กล่าวได้ว่าถ้าพ่อและแม่ หรือคนเลี้ยงดู ส่งเสริมให้เด็กเกิดความเชื่อ มีค่านิยมที่ดีต่อสุขภาพ ทำให้เด็ก ปฏิบัติได้ถูกต้องในด้านที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี

กลุ่มคนในสังคม จะมีอิทธิพลในการชักจูง ให้คนมีพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันได้ เพราะคนเราต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม

สถานภาพทางสังคม สถานภาพที่แตกต่างกันจะทำให้ คนแสดงออกได้ต่างกัน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขย่อมจะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ส้วมดีกว่าประชาชนทั่วไป เป็นต้น

วัฒนธรรม เป็นตัวถ่ายทอดวิธีการครองชีวิต วิธีความคิด ความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมาก

3. องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ

องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เศรษฐกิจของประชาชนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มากเช่นกัน กลุ่มประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ทางด้านสุขภาพ และประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ก่อให้เกิดปัญหามากมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

4. องค์ประกอบด้านการศึกษา

องค์ประกอบด้านการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษามีผลทำให้ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ ทักษะ และปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย เพราะผู้ที่มีการศึกษาดี จะมีอาชีพที่มีรายได้ค่อนข้างดี อันจะมีผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ปัญหาทางการแพทย์

และการสาธารณสุขส่วนใหญ่ จะพบในประชาชนที่มีการศึกษาต่ำ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีพื้นฐานมาจากความคิดด้านจิตวิทยาการเรียนรู้ธรรมชาติของมนุษย์ ตลอดจนทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความคิดของเคลแมน (Kelman) การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดจากความต้องการที่อยากจะเปลี่ยนเนื่องจากเห็นความสำคัญของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้น ๆ และสิ่งนั้นตรงกับความต้องการ ตรงกับค่านิยมของบุคคลนั้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงแบบนี้จะมีผลต่อพฤติกรรมภายในและภายนอกของบุคคลนั้น นั่นคือจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความรู้สึก และการกระทำเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างถาวร เพราะบุคคลนั้นยอมรับด้วยตนเองและสมัครใจที่จะเปลี่ยนแปลง เนื่องจากบุคคลมองเห็นความสำคัญของการป้องกันโรค ไม่ให้เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้สามารถเปลี่ยนได้โดย การให้ความรู้ หรือการใช้วิธีการศึกษา ซึ่งวิธีการศึกษาในงานทางการแพทย์และการสาธารณสุขนั้น อาจเรียกได้อีกอย่างว่าการสอนสุขศึกษา นั่นคือ การจัดกิจกรรมทางการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เพื่อให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ เกิดแนวคิดเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติ ทั้งสมัครใจและลงมือปฏิบัติด้วยตนเองเป็นประการสำคัญ

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการกระทำทางสุขภาพ ซึ่ง ชววรรณ อัมสมบุญ (2528:24-26) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนเราขึ้นกับปัจจัย 3 ประการคือ

1. ปัจจัยโน้มน้าว (Predisposition Factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติ เกิดการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มน้าว ให้อยู่ในระดับที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์นั้นได้ ต้องอาศัยประสบการณ์ การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมา ซึ่งอาจได้จากภาวะสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว หรือจากสังคมสิ่งแวดล้อมทั่ว ๆ ไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factor) ได้แก่สภาพแวดล้อมและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคล ได้มีโอกาสกระทำการในเรื่องหนึ่งเรื่องใดอย่างเพียงพอเหมาะสมและต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการพัฒนามาเป็นทักษะและพฤติกรรมอย่างถาวร

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing Factor) ได้แก่ ตัวบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว ในโรงเรียน และสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการสั่งสอน อบรม แนะนำชักจูง ควบคุมดูแล กระตุ้น หรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างหนึ่งอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้กระทำหรือตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยใช้การตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงโน้มน้าว และกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่าง ๆ

ความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพ

สิ่งสำคัญที่เป็นตัวการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรม คือ ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ ยิ่งมีความรู้ในเรื่องนั้นมากเท่าไร ก็จะเป็นส่วนสำคัญที่จะเร้าพฤติกรรมของบุคคลให้แสดงออกมา (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2527:279) ซึ่งการให้ความรู้หรือการสอน จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ อันจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Good, 1959:313) โดยจะก่อให้เกิดความเข้าใจเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมและก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ เนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ทราบว่าตนเองจะปฏิบัติอย่างไร (กรรณิการ์ กันชะรักษา, 2527:44) การที่บุคคลได้รับความรู้ใหม่เข้ามาจะนำมารวมกับความรู้เดิมที่มีอยู่ ก่อให้เกิดความเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความเชื่อ แล้วสร้างเป็นแบบแผนการปฏิบัติของตนเอง ความรู้จึงเป็นเครื่องชี้นำ และนำไปสู่การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพอนามัยอย่างถูกต้อง ดังนั้นการที่จะให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง จึงจำเป็นที่จะต้องทราบถึง ความรู้ที่เขามีอยู่ รวมทั้งประสบการณ์เดิม เพื่อจะได้ทราบว่าเขาขาดความรู้ในจุดใดที่ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องแล้วนำมาเป็นแนวทางในการให้ความรู้ โดยมีจุดมุ่งหมายว่า ต้องการให้เขาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด และเมื่อจัดสภาพการเรียนรู้ขึ้น ให้จะสามารถทราบได้ว่าเขาเกิดการเรียนรู้และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปตามการเรียนรู้ นั้น ธรรมชาติของการเรียนรู้นั้นจะประกอบด้วยผู้เรียนต้องมีจุดมุ่งหมายในการเรียนรู้ มีความพร้อมและมีสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ทำให้ผู้เรียนสามารถแปลความหมายของความรู้ที่ได้รับ และนำไปสู่การลงมือปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ ดังนั้นการเรียนรู้เรื่องมะเร็งเต้านม จึงสามารถส่งเสริมให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคได้

นอกจากนี้การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยังขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้น ที่จะเชื่อว่าปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีต่อตนเอง ทำให้มีความยินดีในการปฏิบัติ ดังที่คิง (King, 1983:53) กล่าวว่า การให้คำแนะนำโดยมุ่งให้ความรู้อย่างเดียวจะไม่เกิดผลต่อการปฏิบัติเท่าที่ควรหากผู้ให้คำแนะนำไม่คำนึงถึงความเชื่อของผู้ที่มารับบริการด้วย

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อ (Belief) เป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ อาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (จรรยา สุวรรณทัต, 2527; อ้างอิงมาจาก สุภาพ ใบแก้ว, 2528:17) ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคล ประพฤติปฏิบัติ ตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้น ๆ โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป อาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง

หรือสมมติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผล หรือ ไม่มีเหตุผลก็ได้ ความเชื่อและความเข้าใจจะมีบทบาทสำคัญในการวางหลักแห่งการกระทำ และยังเป็นองค์ประกอบสำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (สุธีรา อาวุธรัตน์, 2527:1-2) และจากการศึกษาของจรรยา เศรษฐบุตร (2529:8-26) ได้สรุปแนวความคิดของผู้เชี่ยวชาญหลายท่านเกี่ยวกับ ความเชื่อด้านสุขภาพไว้ว่า มนุษย์ทุกสังคมได้พัฒนาระบบความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุผลของการเกิดโรคตามพื้นฐานของขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ โดยแนวคิดต่าง ๆ เหล่านี้มีความเข้าใจร่วมกัน 3 ประการ คือ

1. การเกิดโรคเป็นเรื่องธรรมชาติที่สามารถเกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน
2. เมื่อเกิดโรคแล้วมนุษย์ต้องหาทางรักษา สังคมมนุษย์ทุกสังคมจึงมีการพัฒนาทางด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้งกำหนดด้วยว่าผู้ใดที่จะทำการรักษาได้และมีบทบาทประการใดบ้างในการที่จะกำจัดและรักษาโรค :
3. นอกจากมีการพัฒนาด้านการรักษาแล้ว สังคมมนุษย์ทุกสังคมย่อมต้องคิดค้นหาสาเหตุและความเข้าใจในกระบวนการเกิดโรค เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันรักษาตน รวมทั้งเป็นแนวทางในการรักษาพยาบาลด้วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้พัฒนาต่อมาเป็นความเชื่อ หรือการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยในสังคมนั้น ๆ

ในการอธิบายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลนั้น ได้มีการพัฒนาเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพอย่างจริงจัง ในปี ค.ศ. 1950 ทั้งนี้เนื่องจาก ความร่วมมือของประชาชนทางด้านการสาธารณสุขในการป้องกันปัญหาสุขภาพลดลง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านนี้จึงพยายามศึกษาสาเหตุ และหาแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้ประชาชนให้ความร่วมมือเพิ่มขึ้นในการป้องกันการรื้อค้นและการรักษาโรค (Mikhail, 1981:65; citing Rosenstock, 1974:1)

ในปี ค.ศ.1958 ฮอชบาอม (Hochbaum) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับแผนการเรียนรู้เฉพาะเจาะจง และได้มีการปรับปรุงโดยนำเอาการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและพฤติกรรม โดยใช้ทฤษฎีของเลวินมาอธิบาย พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ ความเชื่อด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล แบบแผนที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย เรียกว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนนี้อาศัยตัวแปรทางจิตสังคม วิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง หรือภาวะที่ไม่แน่ใจ พฤติกรรมอนามัยของบุคคลนี้ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับและผลที่ได้จากการกระทำของตน (Becker and

Maiman, 1975:11) และการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพเป็นแบบใดนั้น จะต้องขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้คือ

1. แรงจูงใจให้หลีกเลี่ยง จากความเจ็บป่วยหรือวิธีการที่จะให้สบายขึ้น
2. ความต้องการที่มีสุขภาพดี
3. ความเชื่อว่าพฤติกรรมอนามัสนั้น ๆ จะป้องกันความเจ็บป่วย

เบคเกอร์และคนอื่น ๆ (Becker and others, 1977:349) กล่าวว่าความเชื่อของบุคคลนั้นจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยเวลา และความเชื่อจะเป็นไปในทางใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ลักษณะของสังคมวัฒนธรรม ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล เป็นต้น โดยปัจจัยเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ (Perception) และพัฒนาไปเป็นความเชื่อในที่สุด

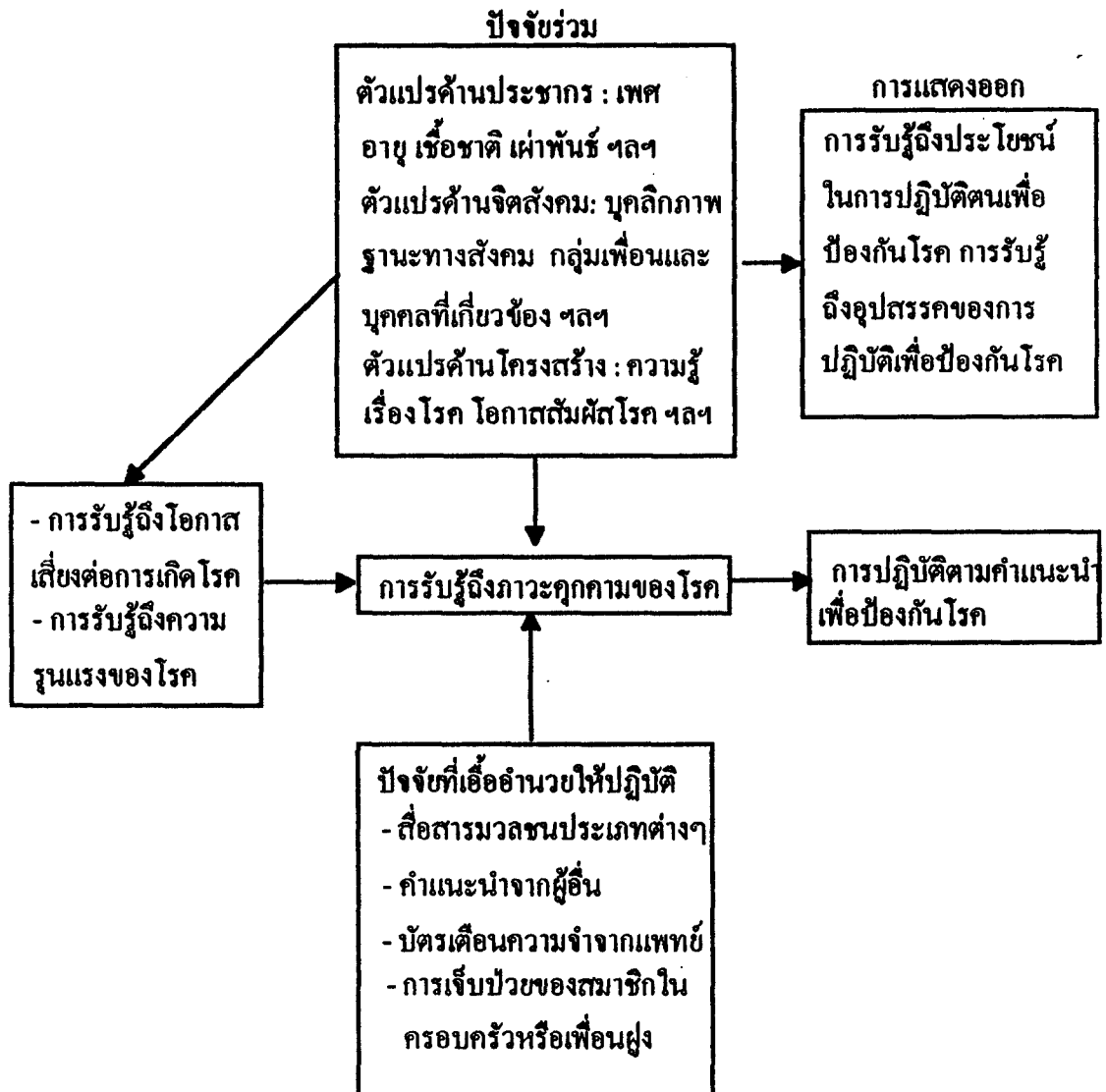
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกมีประโยชน์เพียงเพื่อใช้ทำนายความร่วมมือในการป้องกันโรคเท่านั้น สร้างโดยอาศัยทฤษฎีแรงจูงใจของเลวิน (Lewin's motivation theory) ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลโดยทั่วไปมักจะไม่ได้แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรคหรือการตรวจร่างกายประจำปี ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพหรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น นอกจากจะรับรู้ว่าคุณอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าแรงจูงใจ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพและจะไม่รู้สึกยุ่งยากในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ (Becker and Maiman, 1975:12) และจากการศึกษาของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974:2-3) พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ พัฒนามาจากแนวความคิดของเลวิน (Lewin) ที่ว่ามนุษย์อยู่ในห้วงจักรวาล (Life Space) ซึ่งประกอบด้วยบริเวณที่เป็นบวก บริเวณที่เป็นลบ และบริเวณที่เป็นกลาง ส่วนโรคสามารถอยู่ได้เฉพาะบริเวณที่เป็นลบเท่านั้น ดังนั้นจึงต้องพยายามผลักดันมนุษย์ให้พ้นไปจากบริเวณที่เป็นลบ อีกทั้งกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคลยังเกิดจากแรงดึงดูดของบริเวณที่เป็นบวกและแรงผลักดันของบริเวณที่เป็นลบด้วย จากแนวคิดนี้เองที่เป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวคือ บุคคลที่จะปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคจะต้องมีความเชื่อ ดังนี้คือ

1. คนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิต
3. การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

หรือในกรณีที่เกิดโรคขึ้นแล้วจะช่วยลดความรุนแรงของโรคลงได้ และในการปฏิบัตินั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบากและอุปสรรคต่าง ๆ เป็นต้น

นอกจากนี้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น ยังประกอบด้วยตัวแปรต่างๆที่เป็นปัจจัยเอื้ออำนวยให้บุคคลปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและตัวแปรทางด้านประชากร ซึ่งลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อดังกล่าว มีส่วนประกอบสำคัญ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2

การรับรู้ของบุคคล



ภาพประกอบ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพ

ที่มา : Rosenstock . 1974 : unpagged

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะเห็นว่าการที่บุคคลจะเกิดการรับรู้หรือความเชื่อซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพนั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบต่อไปนี้คือ (Maiman and Becker. 1974:21-22)

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take Action) หมายถึง ความพร้อมทางด้านจิตใจหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติ ซึ่งสิ่งที่จะเป็นตัวกำหนดหรือตัดสินใจว่าเกิดความพร้อมแล้ว ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น
2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The Individual's Evaluation of the Advocated Health Action) หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ถึงผลประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ โดยบุคคลจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและผลที่คาดว่าจะได้รับว่ามีมากน้อยเพียงใด มีการคิดเปรียบเทียบกันระหว่างการรับรู้กับอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ การเสียเวลา หน้าที่การงาน เป็นต้น
3. ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติ (Cue to Action) หมายถึง สิ่งชักนำ โอกาสหรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง อาการเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้น หรืออาจเป็นสิ่งชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลความรู้ที่ได้รับจากสื่อมวลชน ประเภทต่าง ๆ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

ภายหลังจากที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพตามแนวคิดของเลวิน ได้ถูกนำมาเสนอและใช้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว ต่อมาได้มีนักวิชาการและนักวิจัยอีกหลายแห่งเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยอาศัยทฤษฎีในการตัดสินใจเลือกการกระทำ (Mikhail. 1981:66-69; citing Maiman and Becker. 1974:9-25) ซึ่งใช้ตัวแปรด้านจิตวิทยาและมีสมมติฐานคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดย 2 ตัวแปรใหญ่ ๆ คือ

1. ค่านิยมของบุคคลที่มีเป้าหมายในการปฏิบัติ และ
2. การคาดคะเนของบุคคลถึงผลของการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายนั้น (Maiman and Becker. 1974:25)

นอกจากนี้ คาสลและคอบบี้ (Kasl and Cobb. 1966:246) ยังประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยด้วย โดยแบ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลออกเป็น 3 ลักษณะคือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคล ที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น การปรึกษาญาติพี่น้อง เพื่อน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง กิจกรรมของบุคคลที่เกิดการเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

ต่อมาเบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman 1984:348) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคม มาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจ โดยเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีก เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรคโดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรค และเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying and Enabling Factor) ซึ่งรวมทั้งตัวแปรด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of Health Behaviors) ได้ดีขึ้น ซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลาย และสามารถสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล กล่าวคือ ความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพ ในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งฮอชบาอม (Hochbaum, 1958:1-28) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพมีการศึกษาวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมการปฏิบัติ (Becker and others,

1977:348 ; Larson and others, 1979:1207 ; Cumming and others, 1979:639 ; Hallal, 1982:137 ;

Weinberger, 1981:1253 ; นิตยา ภาสุนันท์, 2529 ; อังคณา จิราจินต์, 2530 ; ศิริพร พงษ์โกคา, 2532 ;

สุวิมล ฤทธิมนตร์, 2534) และจากการศึกษาวิจัยหลาย ๆ ครั้งเบคเกอร์จึง สรุปว่าบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีโดยให้ความร่วมมือในการ

ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญ ในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้ (Becker and others 1977:366)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึงการที่บุคคลมีความเชื่อ ว่า การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพ และการมีชีวิตของเขา ถ้าหากเขา ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งใน ความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะทำให้เกิดอันตรายต่อ ร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม แต่ก็มีการศึกษาที่พบว่า ความรุนแรงของโรค ที่เป็นอยู่ ไม่มีความสัมพันธ์กับ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย(สุขภาพ ใบแก้ว. 2528:25; อ้างอิงมาจาก Evan Charney and others. 1967:188-195; Davis. 1968:115-122) เพราะ ตัวแปรนี้ มีความหมายไปในด้านความรู้สึกรุนแรงของบุคคล ที่มีต่อความรุนแรงของโรคมักกว่าจะหมายถึง ความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง แต่ก็มีผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมในการรักษาโรค และการป้องกันโรค (Becker and others. 1977:348; Larson and others. 1979:1207; สมทรง ชุกศิลป์. 2526:1; นิตยา ภาสุนันท์. 2529:1 เป็นต้น) สรุปว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการ รักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ และผลที่ได้ในทางลบส่วนมากจะ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวลที่สูง หรือต่ำเกินไป

3. การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived Benefits of Taking the Health Action Minus the Barriers or Costs of that Action) หมายถึงการที่บุคคล รับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย หรือ โรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ขอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของ การปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่า สิ่งที่เขาจะปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดี และเหมาะสม ที่จะช่วยป้องกันโรค ได้จริง

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barrier) หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายราคาแพง ความอาย ฯลฯ ฉะนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับ การชั่งน้ำหนัก ข้อดี ข้อเสีย ของพฤติกรรมดังกล่าวโดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติ ในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย

โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974:331) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติสูงจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไข จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

5. แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง ลักษณะทางอารมณ์ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่าง ๆ กันในด้านสุขภาพอนามัย เช่น ในกรณีที่บุคคลมีความต้องการที่จะลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นจะมีความสนใจต่อสุขภาพของตน มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสเสี่ยงนั้น ซึ่งแรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผลักดันให้บุคคลร่วมมือในการรักษา การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปสามารถวัดได้ในรูปของความต้องการหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติ

6. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ (Modifying Factors) ได้แก่ สัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลหรือผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ ที่มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ ความต่อเนื่องในการรักษาหรือให้คำแนะนำทางสุขภาพและปัจจัยทางสังคม (Social Factors) เช่น บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนที่จะมีผลในการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมรวมถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cued to Action) อาจเป็นสิ่งชักนำภายในเช่นการเจ็บป่วยต่างๆ และสิ่งชักนำภายนอกได้แก่ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค หรือสื่อมวลชนต่าง ๆ (Mass Media Communication) ตลอดจนประสบการณ์ที่เคยมีบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานเจ็บป่วย สิ่งเหล่านี้ จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนี้ ยังต้องมีปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic Variables) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย ในเรื่องต่างๆ เพราะอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาโรค หรือป้องกันโรคได้มากขึ้น

สรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมของบุคคลทั้งในด้านการเจ็บป่วย และการป้องกันโรคได้ดี ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้ในรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) ของ เบคเกอร์ และ ไมแมน

จากตัวแปรต่าง ๆ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าตัวแปรเหล่านี้ถูกนำมาอ้างบ่อยครั้งในวรรณกรรม และผลงานวิจัยต่าง ๆ มากมายดังกล่าวมาแล้ว ทั้งนี้ก็เพื่อนำมาอธิบายกรอบของพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรค การทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติ เพราะเชื่อว่าจะทำให้ตนเองมีสุขภาพดีจึงสามารถกล่าวได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในด้านต่าง ๆ ที่มุ่งใจให้ปฏิบัติ เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยง

ต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ทั้งสองด้านนี้ จะทำให้บุคคลมีความพร้อมที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค เมื่อเปรียบเทียบกับอุปสรรคในการปฏิบัติ ถ้าการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติสูง จะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค ส่วนการที่บุคคลจะปฏิบัติในการป้องกันโรคได้เพียงใดขึ้นอยู่กับสิ่งที่จะส่งเสริมหรือกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยสิ่งกระตุ้นภายในร่างกาย และสิ่งกระตุ้นภายนอกในร่างกาย นอกจากนี้ปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัย คือความรู้เรื่องโรค หรือการได้รับข่าวสารต่าง ๆ นอกจากจะเป็นสิ่งกระตุ้นภายนอกในร่างกายที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดการรับรู้แล้ว ความรู้เรื่องโรคยังมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของบุคคลโดยตรงด้วย เพราะเมื่อความรู้ได้ผ่านเข้ากระบวนการเรียนรู้ จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือทำให้บุคคลมีความสามารถเพิ่มมากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่เดิมทั้งในด้านความเข้าใจ และความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและด้านปฏิบัติ ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้น เนื่องจากมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ทำให้บุคคลมีความสามารถในการป้องกันตัวเองได้มากขึ้น ซึ่งพบว่า มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และพฤติกรรมในการป้องกันโรค ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญ จึงทำการศึกษาดูแปรต่าง ๆ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยคาดว่าความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี จะมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันมะเร็งเต้านม

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษากันคว้า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ทั้งการวิจัยในต่างประเทศ และในประเทศไทย มีดังนี้

การวิจัยในต่างประเทศ

การวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

กีเกลส์และคนอื่น ๆ (Kegeles and others. 1965) ได้ทำการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และการป้องกันมะเร็งพบว่า คนที่มีการศึกษาดำ ลักษณะอาชีพและรายได้ต่ำจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคต่ำด้วย ความสัมพันธ์ของการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของสตรี

พบว่ากลุ่มสตรีอายุ 35-44 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการศึกษา รายได้ และอาชีพดี จะมีการตรวจหามะเร็งปากมดลูกได้ดีกว่า ผู้ที่มีความเชื่อในการตรวจหาโรคมดตั้งแต่เริ่มแรกจะมีประโยชน์มากกว่า ผู้ที่ไม่มีความเชื่อด้านนี้

เบคเกอร์และคนอื่น ๆ (Becker and others. 1977:348) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการทำนุบำรุงความร่วมมือในการควบคุมอาหารในเด็กที่เป็นโรคอ้วน โดยการสัมภาษณ์มารดาจำนวน 116 คน และการใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัว พร้อมให้คำแนะนำโดยนักโภชนาการโดยวัดผลจากการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของบุตร หลังศึกษา 2 เดือน และการมาตามนัดของมารดา ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ลักษณะเฉพาะของน้ำหนักเด็ก ประโยชน์ของการควบคุมอาหาร และอุปสรรคของการควบคุมอาหาร กับการมีน้ำหนักของบุตรลง แต่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างอายุของเด็ก สถานภาพสมรสของมารดา และการลดน้ำหนักของเด็ก

✓ แลงก์ลี (Langlie. 1977:244) ได้ศึกษาเกี่ยวกับเครือข่ายของสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคในกลุ่มตัวอย่างของสังคมเมืองจำนวน 383 คน โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยโดยตรง ได้แก่ การขับรถ การเดินเท้า การสูบบุหรี่ และสุขวิทยาส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงทางอ้อม ได้แก่ การใช้เข็มฉีดยา การออกกำลังกาย โภชนาการ การรับประทานยา การตรวจสุขภาพฟัน และการรับรู้ภูมิคุ้มกันโรค ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคกับการมีพฤติกรรมป้องกันทางสุขภาพ ทั้งปัจจัยทางตรงและทางอ้อม แต่การรับรู้ประโยชน์และความรุนแรงของการป้องกันสุขภาพ ไม่พบความสัมพันธ์ และพบว่า การมีอายุมากขึ้น เพศหญิงจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงโดยตรงอย่างมีนัยสำคัญ

✓ เวินเบอร์เกอร์ (Weinberger. 1981:1253) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน โดยศึกษาประวัติการสูบบุหรี่แล้วแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ที่สูบเป็นบางครั้ง ผู้ที่สูบ 1-10 มวน/วัน และผู้ที่สูบมากกว่า 10 มวนต่อวัน ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แต่ไม่พบความสัมพันธ์ด้านการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันสุขภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

สติลแมน (Stillman. 1977:121) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี 122 คน พบว่าสตรีร้อยละ 97 มีคะแนนสูงเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในการลดภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม ร้อยละ 40 มีการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอแต่ร้อยละ 20 มีความเชื่อแต่ไม่ปฏิบัติ ดังนั้น

จึงไม่อาจสรุปได้ว่าความเชื่อต่างๆ ด้านสุขภาพจะเป็นปัจจัย ที่ทำให้เกิด พฤติกรรมได้แน่นอน เพราะ อาจมีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้อง เช่น ภาวะรับผิดชอบ หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติ ตลอดจนการเลี้ยงดูในวัยเด็กหรือความเชื่อทางศาสนา เป็นต้น

ฮาลาล (Hallal. 1982:137) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจและอศมโนทัศน์ เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี จำนวน 207 คน ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ใ้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

เบคเกอร์และคนอื่นๆ (Becker and others . 1977:348) ได้ทำการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการทำนายความร่วมมือในการควบคุมอาหารในเด็กที่เป็นโรคอ้วน ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค คาลาน (Nemeck.1990:129; citing Calan.n.d.) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับความบ่อย และความถูกต้องในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในกลุ่มตัวอย่าง 540 ราย โดยจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกไม่ต้องเข้าร่วมชั้นการฝึก ให้ความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองจำนวน 626 ราย กลุ่มที่สองเข้าร่วมชั้น 278 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 594 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ตามช่วงเวลา คือ 1 เดือน และ 11 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จะเป็นตัวทำนายการปฏิบัติที่ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของฮาลาล (Hallal. 1982:140) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของเวนเบอร์เกอร์ (Weinberger. 1985:1253) ได้ทำการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค สอดคล้องกับการศึกษาของเลวิตต์ (Leavitt. 1979:105-111) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการใช้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่พบว่าตัวแปรที่ทำนาย การใช้บริการมากที่สุด คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและสอดคล้องกับคีเกลส์ (Kegeles. 1964:116-173) ศึกษาพบว่าผู้ที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับต่ำเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งที่ 2 ของคีเกลส์ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 42 ที่ไม่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปฏิเสธ การไปพบทันตแพทย์ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58 ที่มีโอกาสรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไปพบทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ถึงแม้จะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพปากและฟันก็ตาม เช่นเดียวกับ

ไฮเซลมานน์ และบากเลย์ (Heinzelmann and Bagley. 1970:905-911) ที่ศึกษาเหตุผลในการเข้าร่วมโครงการออกกำลังกายพบว่าเหตุผลสำคัญ 2 ประการ คือ ต้องการให้ตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรง และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยดังนี้

เนลสัน และคนอื่นๆ (Nelson and others . 1978:903) ได้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่มีอันตรายรุนแรง จะให้ความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่า ผู้ป่วยที่คิดว่าโรคนี้อันตรายรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเซอร์โคเนีย และฮาร์ท (Cerkoney and Hart. 1980:594-598) ที่ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือ ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ คาร์เนย์ และคนอื่นๆ (Charney and others . 1967:188-195) ได้ศึกษาพฤติกรรมของมารดากับการให้บุตรรับประทานยาเพนนิซิลิน พบว่า มารดาที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหุ้อกเสบจะให้ยาบุตรสม่ำเสมอ สอดคล้องกับเวนเบอร์เกอร์ (Weinberger.1981:1253) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นบางครั้งเพราะเห็นผลของการสูบบุหรี่มีความรุนแรงต่อการเกิดโรค และพยายามจะสูบบุหรี่น้อยลง

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

ฮาลลาล (Hallal. 1982:137) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจ และอัตมโนทัศน์ เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของแชมเปียน (Nemeck. 1990:133; citing Champion. 1984-1985) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความบ่อยของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มนักรักกิจหญิงแถบตะวันตกกลาง จำนวน 301 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของคาลาน (Nemeck. 1990:129; citing Calan. 1986) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับความบ่อยและความถูกต้องในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ จะเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในความบ่อยและความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเอลลิงและกรีน (Elling and Green. 1960:183-191) และไฮเซลมานน์ (Heinzelmann. 1962:73-81) รายงานว่า ความเชื่อที่มีต่อประสิทธิผลของยาเพนนิซิลินในการป้องกันการกลับไปเป็นไข้หัดมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติตามการรักษาอย่างเคร่งครัด เช่นเดียวกับที่

เบคเกอร์และคนอื่น ๆ (Becker and others. 1974:205-216) พบว่าผู้ที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมีความเชื่อว่ายาที่ได้จากแพทย์สามารถรักษาความเจ็บป่วยให้หายได้จะไปพบแพทย์ตามนัด กาเบรียลสัน เลวินและเอลิสัน (Eabrielson, Lewin and Ellison. 1967:48-59) พบว่า บิดามารดาที่เชื่อในประสิทธิภาพการรักษาของแพทย์ จะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการนำบุตรก่อนวัยเรียนไปตรวจตามนัด

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

แอนโทนอฟสกี (Antonovsky. 1970:367) ได้ศึกษาพบว่า ความกลัวเจ็บ ความไม่สุขสบายปัญหาการเงิน มีความสัมพันธ์ในทางกลับกันกับการไปใช้บริการป้องกันรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ คาลด์เวลล์และคนอื่น ๆ (Caldwell and others. 1970:579-592) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ต่ำจะให้ความร่วมมือในการรักษาน้อย เช่น ไม่มาตรวจตามนัด ไม่มารักษาเนื่องจากคิดว่าเสียเวลาในการรอคอยแพทย์นานเกินไป

อายุ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

คาสล์และคอบบี้ (Kasl and Cobb. 1966:249) กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของแฮริส และกูเด็น (Brown and Mc Greedy. 1986:317; citing Harris and Guten) พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคจะมีมากขึ้นในผู้ที่มีอายุมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของแบลคเวลล์ (Blackwell. 1973:249) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยส่วนมากปฏิเสธที่จะรับประทานยาที่มีรสไม่ดี เช่น รสขม นอกจากนี้ยังพบว่าความหลงลืม หรือความไม่สนใจตนเองของผู้ป่วยสูงอายุทำให้ขาดยาได้บ่อยครั้ง เช่นเดียวกับการศึกษาของ รันดอลล์และวีลเลอร์ (Rundall and Wheeler. 1979:079) คัมมิ่งและคนอื่น ๆ (Cumming and others. 1979:639) ลาร์สันและคนอื่น ๆ (Larson and others. 1979:1207) ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่โดยการฉีดวัคซีนป้องกันโรค พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุ 60 ปีขึ้นไป

ระดับการศึกษา ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

คาสล์และคอบบี้ (Kasl and Cobb. 1966:250) กล่าวว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมความร่วมมือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมความร่วมมือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยสูงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของมูเลนแคมป์และเซย์เลส (Muhlenkamp and Sayles. 1988:336) พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

รายได้ ได้มีผลต่อการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

คาส์และคอบบี้ (Kasl and Cobb. 1966:250) กล่าวว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความร่วมมือในการป้องกันและรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของเดวิส (Davis. 1968:274-275) พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์และคนอื่นๆ (Becker and others. 1974:205-215) พบว่ามารดาที่มีรายได้ต่ำเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

อาชีพ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

คาลด์เวลล์และคนอื่นๆ (Caldwell and others.1970:579) พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอาชีพเป็นกรรมกร มักจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล โดยการไม่มาตรวจตามนัด หรือหยุดการรักษาไปเสีย โดยอ้างว่าเสียเวลาในการทำงานและอาการเป็นปกติแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ โคเบิร์นและโป๊ป (Coburn and Pope. 1974:67-77) ได้สำรวจคนงานชายในเมืองวิกตอเรียของรัฐโคลัมเบีย เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านการป้องกันการเจ็บป่วยพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพและการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลในครอบครัวและเด็ก

การวิจัยในประเทศไทย

การวิจัยที่เกี่ยวกับความเชื่อทางสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

สุกัญญา ณรงค์วิทย์ (2532:ก-ข) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษ กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงอาชีพพิเศษที่มีแหล่งพำนักในเขตความรับผิดชอบของสถานีตำรวจนครบาล บางซื่อ โดยไม่จำกัดลักษณะของสถานบริการ ใช้วิธีเลือกตามสะดวกจำนวน 150 คน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันกามโรค มีความสัมพันธ์กันในทางบวก

สมทรง ศุภศิลป์ (2526:ก-ข) ได้ศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับโรคาสที่ว่าจะเป็นโรคอุจจาระร่วงมีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทิศทางเดียวกัน

รุ่งศรี ศศิธร (2536:ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ จากการทำงานของ กงงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาก่อสร้างบางแห่ง จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ กงงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาก่อสร้าง เขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า กงงานก่อสร้างส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการ ทำงานอยู่ในระดับปานกลางและความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อ ป้องกัน การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิตยา ภาสุนันท์ (2529:ก-ข) ได้ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา

โสพรรณ โพทะยะ (2532:ก-ข) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพ กับ การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติการตรวจ เต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความเชื่อด้าน สุขภาพกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

นิตยา โชตินอก (2528:ก-ข) ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อ ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วงของมารดาในการเลี้ยงดูเด็กอายุ 2-5 ปี อำเภอยาง ตะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กระบวนการกลุ่มมา เป็นกรอบแนวคิด ในการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อใช้ในการวิจัย ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสาร ผ่านทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน การบรรยายประกอบสื่อ ภาพพลิก การประชุมกลุ่มย่อย และการกระตุ้นเตือนโดยแม่บ้านอาสาสมัคร เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องในมารดากลุ่มทดลอง จำนวน 53 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 54 คน ผลการศึกษาพบว่า มารดา กลุ่มทดลอง มี ความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 2-5 ปี สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อังคณา จิราจินต์ (2530:ก-ข) ได้ศึกษา การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้าน สุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 2ปี ซึ่งมีอาการอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และมารับบริการรักษาที่คลินิกเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารักษ์ และโรงพยาบาลเด็ก จำนวน 300 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบ สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว กำพฤติกรรมมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมของมารดา เมื่อบุตรอุจจาระร่วง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534:ก-ข) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ในกลุ่มมารดาของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน เก็บจากคลินิกโรคตับอักเสบ ห้องตรวจโรคอาชีวศาสตร์ แผนกฝากครรภ์ แผนกหลังคลอดติดเชื้อและกลุ่มมารดาของผู้มาปรึกษาเลือดที่หนาเลือด ของโรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องโรค และความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยที่ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องโรค และระยะเวลาการรับรู้การเป็นโรคของผู้ป่วย สามารถร่วมทำนาย พฤติกรรมสุขภาพได้

นภัสวรรณ อินประสิทธิ์ (2536:ก-ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคชิลิโคซิส ของคนงานโรงไม้หิน จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือคนงานโรงไม้หินจำนวน 210 คน พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคชิลิโคซิส

จารุณี สดุดี (2537:ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างหญิงอาชีพพิเศษในสถานบริการต่าง ๆ จำนวน 288 ราย ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ กับ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

นิตยา ภานุพันธ์ (2529:81) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล สีนสุพรรณ (2528:ก-ข) ได้ศึกษาการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กก่อนวัยเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค พบว่าความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของมารดา เช่นเดียวกับอรรณพ ประสาทสุวรรณ (2531:66-67) ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบซึ่งผลการวิจัยพบว่าภายหลังการให้คำแนะนำกลุ่มทดลอง มีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ อุสมพร ปุรินทราภิบาล (2532:ก-ข) ศึกษา

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีบุตร
 จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้นวัตกรรมแบบความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าภายหลังการทดลอง
 กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 เช่นเดียวกับ ศิริพร พงษ์โกทา (2532:92) ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและการ
 ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี
 พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อ
 ของโรคไวรัสตับอักเสบบี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติบุษบง โกฏวิเชียร (2533:ก-ข) ได้ศึกษา
 ประสิทธิผลต่อพฤติกรรมของมารดา เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของ
 ระบบหายใจในเด็กชุมชนบางเขนกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 พบว่าภายหลังการทดลองการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัย
 สำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของประยงค์ สัจจพงษ์ (2534:66) ได้ศึกษาความสัมพันธ์
 ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะประชากรกับการดูแลตนเอง
 ของผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเข้ารับการรักษานในคลินิก
 วัณโรคแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลดำเนินสะดวก พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด
 โรควัณโรคปอด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติ ส่วนขมสรี นาวานุรักษ์ (2535:ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการสุขศึกษาที่มีต่อ
 พฤติกรรมของมารดา ในการป้องกันการป่วยกลับซ้ำของโรคคอและทอลซิลอักเสบเฉียบพลันใน
 เด็กโรงพยาบาลภูมิพล โดยนำรูปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ พบว่า ภายหลัง
 การจัดโครงการสุขศึกษา คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด
 โรค มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ
 รุ่งศรี ศศิธร (2536:98) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อ
 อำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ จากการทำงานของคณงาน
 ก่อสร้าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ คณงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาก่อสร้างพบว่า การรับรู้โอกาส
 เสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำ
 งาน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของประนอม บุญมี (2537:ก-ข) ได้ศึกษา
 ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก
 วัยก่อนเรียน จังหวัดนະเซียงเทรา โดยประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพและการใช้แรง
 สนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรในชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มา
 เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ผลการศึกษาพบว่า หลังการจัดกิจกรรมมารดา กลุ่มทดลอง
 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของการ

ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ดีกว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

นิตยา ภาสุนันท์ (2529:81) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิตยา เพ็ญศิริธินภา (2529:109-110) ได้ทดลองจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยหุ้่น้ำหนักเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค การปฏิบัติตามคำแนะนำในระดับดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ อุสมพร ปุรินทรภิบาล (2532:ก-ข) ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีที่บุตร จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก ศิริพร พงษ์โกศา (2532:92) ศึกษาความรู้เรื่องโรคไวรัสตับอักเสบ บี ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการติดต่อของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของประยงค์ สังขพงษ์ (2534:66) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยวัณโรค ที่อยู่ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลดำเนินสะดวก พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง รุ่งศรี ศศิธร (2536:98) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้างพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการการศึกษาของ สนิท พึ่งสาย (2539:135) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตน ของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลตากสิน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกไม่มีความสัมพันธ์กัน

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

นิตยา ภาสูนันท์ (2529:82) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่รับรู้ว่าการรักษาเป็นสิ่งมีประโยชน์จะให้ความร่วมมือในการรักษาคือ สอดคล้องกับ นิตยา อังกาบุรณะ (2529:๗) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ กรแก้ว กอวัฒนา (2531:99) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการขอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ในการกระทำมาก มีความสัมพันธ์กับการขอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด น้อยลงสอดคล้องกับ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531:66) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคนอื่น ๆ (2531:55) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความต้องการทางสุขภาพกับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในผู้เสพยาเสพติด ศิริพร พงษ์โกคา (2532:93) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของประยงค์ ลัจจงพงษ์ (2534:66) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตอำเภอคำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นิตยา เข็นนัว (2535:60) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ของบุคคลากรชายในโรงพยาบาล พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน เพื่องดสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ แต่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกับการดูแลตนเองจากการศึกษาของรุ่งศรี ศศิธร (2536:98) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ จากการทำงานของพนักงานก่อสร้าง พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของสนธิ พิงสาบ (2539:125) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการ

ปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

นิตยา ภาสุนันท์ (2529:82) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อยจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กรแก้ว กอวัฒนา (2531:99) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการชลอการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของเอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย (2532:88) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดในทางเส้นเลือดขณะเข้ารับการบำบัดรักษาชั้นถอนพิษยา พบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของประยงค์ สัจจพงษ์ (2534:67) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอคำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคของการรักษา มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของ รุ่งศรี ศศิธร (2536:98) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ จากการทำงานของคนงานก่อสร้าง พบว่า การรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน และจากการศึกษาของ สนิท พึ่งสาบ (2539:125) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตน ของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลตากสิน พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอายุรกรรม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

อายุ มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

กรแก้ว กอวัฒนา (2531:ก-ข) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการชลอการรักษา โดยที่ผู้สูงอายุและวัยกลางคนจะมีการชลอการรักษามากกว่าวัยอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531:62) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแล

ตนเองของหญิงตั้งครรภ์ แต่จากการศึกษาของ ชิดชัย สนั่นเลียง (2529:95-98) ได้ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขั้นต่ำของครูในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าไม่มีความแตกต่างในการรับรู้คุณภาพชีวิต เมื่อจำแนกตามอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์ชัย ทวีศักดิ์ (2529:92-93) ศึกษาการรับรู้คุณภาพชีวิต:ศึกษาเฉพาะในเขตอำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า การรับรู้คุณภาพชีวิตในเมือง ประจวบคีรีขันธ์ ไม่พบความแตกต่างในการรับรู้คุณภาพชีวิต เมื่อจำแนกตามอายุ สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534:ก-ข) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคในผู้สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ กับระยะเวลาที่รับรู้ การเป็นโรคของผู้ป่วย และพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนการศึกษาของ นิตยา เขื่อนน้ำ (2535:56) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางลบ ส่วนการศึกษาของจารุณี สดุดี (2536:43) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ ในจังหวัดจันทบุรี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษา มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

วัลภา ผิวทน (2527) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมกับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียน มารับภูมิคุ้มกันโรค พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) คือมารดาที่มีระดับการศึกษาสูง จะให้ความร่วมมือในการนำเด็กวัยก่อนเรียน มารับภูมิคุ้มกันโรคมากกว่า มารดาที่มีการศึกษาระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย รวยอาจิม (2531) ได้ทำการศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมและตรวจสอบปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามโปรแกรมการควบคุมมาลาเรียในเขตชนบทของประเทศไทย พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของโสพรรณ โพทะยะ (2532:100) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติ การตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี ที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน พบว่า สตรีที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับประยงค์ สัจพงษ์ (2534:69) พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ การศึกษาของรุ่งศรี ศศิธร (2536:100) พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ของ

คนงานก่อสร้าง การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ส่วนการศึกษาของสนิท พิงสาข (2539:128) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอาบุรกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ผู้ที่เรียนระดับสูง จะมีการปฏิบัติตนดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

อาชีพ มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

ประสพ บุทธเมธราชกูร (2530:50) ได้ศึกษาบทบาท ของผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ นักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ปกครองที่มีอาชีพต่างกันมีการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ ให้แก่นักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้น ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผู้ปกครองที่มีอาชีพ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น แตกต่างจากผู้ปกครองที่มีอาชีพเกษตรกร สอดคล้องกับการศึกษาของโสพรรณ โพทะยะ (2532:99) พบว่าสตรีที่มีอาชีพต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การศึกษาของศิริพร พงษ์โกคา (2532:89) พบว่ากลุ่มอาชีพที่แตกต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน ส่วนการศึกษาของเบญจพร แก้วมีศรี (2534:91) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนก ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้มารับบริการที่อาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้ที่มารับบริการที่มีอาชีพ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีอาชีพเกษตรกร ค้าขาย และลูกจ้าง เอกชนหรือส่วนตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของสนิท พิงสาข (2539:129) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รายได้ มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

เขาวดี สุวรรณนาคะ (2532:70) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี ไวรัส บี ที่มีรายได้สูง มีพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อย การศึกษาของ โสพรรณ โพทะยะ (2532:105) พบว่าผู้ที่มีรายได้หรือ ฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร พงษ์โกคา (2532:90) ได้ทำการศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี บี พบว่า มารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีความเชื่อด้านสุขภาพสูงมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน การติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี บี สูงกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำ อังคณา จิราจินต์ (2530:63)

พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมของมารดา เมื่อบุตรอุจจาระร่วง และการศึกษาของ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531:63) พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์

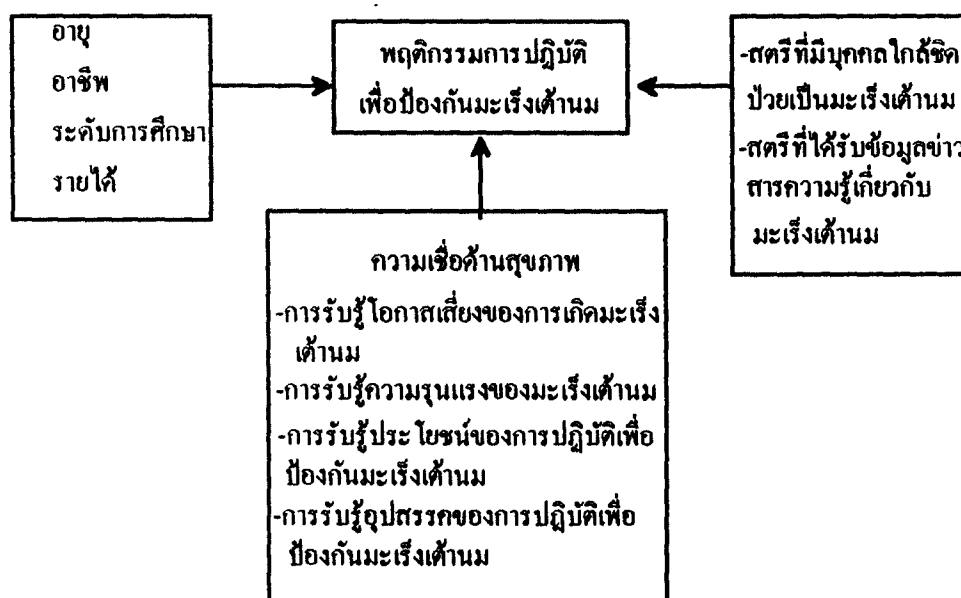
การมีประสบการณ์ที่เคยมีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นโรค มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

สมทรง ศุภศิลป์ (2526:88) พบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับการเคยเห็นและเป็นโรค อุจจาระร่วง มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตร

การได้รับ ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้จากแหล่งต่าง ๆ มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531:ก-ข) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า การได้รับคำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังปรากฏ ตามภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 กรอบแนวคิดแสดงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม

สมมติฐานในการศึกษากันว่า

1. สตรีที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน
2. สตรีที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน
3. สตรีที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน
4. สตรีที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน
5. ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมของสตรี มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม
6. ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมของสตรีมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม
7. ความเชื่อด้าน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรี มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม
8. ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรี มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม
9. อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม
10. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม
11. รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม
12. สตรีที่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ต่างกันมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน
13. สตรีที่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของสตรีต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน มะเร็งเต้านมแตกต่างกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษากันคว่ำ

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ สตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมาเร็ง จังหวัดลพบุรี เดือนละประมาณ 400 คน ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2538 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2539 คิดเป็นรายปีประมาณปีละ 4,800 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้แก่ สตรีที่มาขอรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมาเร็ง จังหวัดลพบุรี จำนวน 369 คน ซึ่งได้มาจากการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรยามานะ (Yamane .1967:886) ดังสูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n = แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = แทน จำนวนประชากร

e = แทน ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม (ในที่นี้เท่ากับ .05)

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกตัวอย่างจากกลุ่มประชากรที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี โดยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ทำการสอบถามสตรีตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 369 คน โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมทั้งสิ้น 2 เดือน โดยเก็บตัวอย่างทุกวัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาคครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม มีส่วนประกอบดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การมีประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม และการได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ซึ่งคำถามมีลักษณะเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 29 ข้อ ซึ่งข้อคำถามที่สร้างขึ้น มีทั้งคำถามที่แสดงลักษณะทางบวก และทางลบโดยการเลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	คือ เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเลย
ไม่เห็นด้วย	คือ เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน
ไม่แน่ใจ	คือ เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน
เห็นด้วย	คือ เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นพอจะตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่าน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง คือ เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบตามสภาพที่เป็นจริงประกอบด้วย ข้อคำถามรวม 10 ข้อ แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ มีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก และทางลบ โดยการเลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติประจำ คือ ข้อความนั้นผู้ตอบกระทำสม่ำเสมอ หรือกระทำทุกครั้งที่มีกิจกรรมนั้น

ปฏิบัติบางครั้ง คือ ข้อความนั้นผู้ตอบกระทำเป็นบางครั้งหรือกระทำเป็นส่วนน้อย

ไม่เคยปฏิบัติ คือ ข้อความนั้นผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติเลย

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎี เนื้อหา แนวความคิด เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม จากตาราง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. สร้างแบบสอบถามทั้งหมด 3 ส่วน คือ
 - 3.1 แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - 3.2 แบบสอบถาม การรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 3.3 แบบสอบถาม พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม

เกณฑ์การให้คะแนนเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ปังจิบร่วมและปังจิบภายนอก ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับการมีประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม

ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบ	มี ให้	1	คะแนน
	ไม่มี ให้	0	คะแนน

และคำถามเกี่ยวกับการได้รับ ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบ เคยได้รับ ให้ 1 คะแนน

ไม่เคยได้รับให้ 0 คะแนน

2. แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติการเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม โดยลักษณะคำถาม เป็นข้อความมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อความทั้งด้านบวก และด้านลบโดยประยุกต์ตามแบบมาตราส่วนประเมินค่าของลิเคิร์ท (Likert) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การแปลความหมายของคะแนน เพื่อจัดระดับการรับรู้ โดยใช้เกณฑ์ต่อไปนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538:9)

4.50 - 5.00	หมายถึง	การรับรู้ระดับมากที่สุด
3.50 - 4.49	หมายถึง	การรับรู้ระดับมาก
2.50 - 3.49	หมายถึง	การรับรู้ระดับปานกลาง
1.50 - 2.49	หมายถึง	การรับรู้ระดับน้อย
1.00 - 1.49	หมายถึง	การรับรู้ระดับน้อยที่สุด

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม โดยสร้างขึ้นจากการ ทบทวนตำรา เอกสาร งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งเต้านม มีข้อความที่มีความหมายด้านบวกและด้านลบ ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

<u>ข้อความด้านบวก</u>	<u>ข้อความด้านลบ</u>	<u>คะแนน</u>
ปฏิบัติประจำ	ไม่เคยปฏิบัติ	2
ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติประจำ	0

การแปลความหมายของคะแนน เพื่อจัดระดับการปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์ต่อไปนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538:10)

1.34 - 2.00	หมายถึง	พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับดี
0.67 - 1.33	หมายถึง	พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้
0.00 - 0.66	หมายถึง	พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา(Content Validity)โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท ตรวจสอบแก้ไข แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องมะเร็งเต้านมและการสร้างเครื่องมือในการวิจัย เพื่อพิจารณา ความเที่ยงตรง และภาษาที่ใช้ แล้วนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้อง และเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับหรือมากกว่า 0.5 ขึ้นไปไว้เป็นแบบสอบถาม

2. การหาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามการรับรู้และแบบสอบถามการปฏิบัติ โดยนำไปทดลองใช้ กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) แล้วเลือกข้อที่มีค่าสหสัมพันธ์สูงไว้ก่อน คือ แบบสอบถามการรับรู้ เลือกไว้ 29 ข้อ มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่าง 0.16 - 0.49 และแบบสอบถามการปฏิบัติ เลือกไว้ 10 ข้อ มีค่าสหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.15 - 0.59

3. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามการรับรู้ และ แบบสอบถามการปฏิบัติที่คัดเลือกไว้ตามข้อ 2 ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach. 1970:161) ได้ผลดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน	ค่าความเชื่อมั่น	= 0.79
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	ค่าความเชื่อมั่น	= 0.62
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	ค่าความเชื่อมั่น	= 0.65
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	ค่าความเชื่อมั่น	= 0.71
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	ค่าความเชื่อมั่น	= 0.80
แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติ	ค่าความเชื่อมั่น	= 0.73

วิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ขออนุญาตจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร ถึง ผู้อำนวยการศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี เพื่อขออนุญาต และ ขอความร่วมมือ ในการรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่แผนกผู้ป่วยนอก ของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2540 ถึง 31 สิงหาคม 2540

วิธีการจัดการกับข้อมูล

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ และตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถาม แต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. แจกแจงข้อมูลออกเป็นกลุ่มตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา
3. วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ เป็นร้อยละในส่วนของข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (ของครอบครัว) การมีประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็น มะเร็งเต้านม การได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม
4. วิเคราะห์การรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน มะเร็งเต้านม โดยใช้ค่าสถิติพรรณนา ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S)

5. เปรียบเทียบ ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534:249-250) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2, 3, 4, 12

6. ทดสอบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม อยู่มากบ้างที่แตกต่างกัน โดยการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparison) โดยใช้สูตร เชฟเฟ (Scheffe')

7. เปรียบเทียบ ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสถิติที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 13

8. วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยแยกวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละเอียด เช่น อายุกับพฤติกรรมการปฏิบัติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมการปฏิบัติ เป็นต้น เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11

ในการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน ตัวแปรที่จะนำมาคำนวณจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับ อัตราภาค (Interval Scale) ขึ้นไป (วิเชียร เกตุสิงห์. 2526:326) แต่ถ้าเป็นตัวแปรที่วัดในระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) หรือระดับเรียงอันดับ (Ordinal Variable) ต้องทำการแปลงตัวแปรดังกล่าวให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) เสียก่อน แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่จะนำมาทำตัวแปรหุ่น ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม และการได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม โดยมีรายละเอียดดังนี้ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2537:70--72)

ตัวแปรหุ่น	ค่าของตัวแปร
ระดับการศึกษา	
-- ต่ำกว่าประถมศึกษา	1
-- ประถมศึกษา	2
-- มัธยมศึกษา	3
-- อุดมศึกษา	4
ประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม	
-- มีประสบการณ์	1
-- ไม่มีประสบการณ์	0

การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

- เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร 1
- ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร 0

9. การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/PC+ (Statistical Package for the Social Science / Personal Computer Plus Version 4.0) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร

$$p = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ p แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย($\bar{X}$)โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตน์. 2534:42)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

$\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน โดยใช้สูตร (บุศรี วงษ์รัตน์. 2534:78)

$$S = \sqrt{\frac{N\sum x^2 - (\sum x)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลัง
$(\sum x)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้การหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 ค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ ใช้สูตร IC (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2533:24)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้อง
$\sum R$	แทน	คะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination)

แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม โดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2][N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ

r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X และตัวแปร Y
N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวมรายชื่อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของทั้งกลุ่มตัวอย่าง
$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนน X และคะแนน Y
$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X
$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y

2.3 การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของ ครอนบัค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2533:132)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบสอบถาม
	n	แทน	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
	$\sum$	แทน	ค่าผลรวมคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
	$\sum S_i^2$	แทน	ค่าคะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ
	S^2	แทน	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) (บุศรี วงศ์รัตน์ . 2534:240) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1,2,3,4,12

$$F = \frac{MS_b}{MS_w}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution

MS_b แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ระหว่างกลุ่ม

MS_w แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ภายในกลุ่ม

ถ้าหากตรวจพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe') (บุศรี วงศ์รัตน์. 2534:263)

$$CV_d = \sqrt{(k-1)(F^*)(MS_w)(2/n)}$$

เมื่อ

k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

F^* แทน ค่า F ที่เปิดตาราง

MS_w แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

3.2 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน โพรดักโมเมนต์ (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534:323--325) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 5,6,7,8,9,10,11

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2][N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy}	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน โพรดักโมเมนต์
N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
X	แทน	คะแนนตัวแปรที่ 1
Y	แทน	คะแนนตัวแปรที่ 2
$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนตัวแปรที่ 1
$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนนตัวแปรที่ 2
$\sum XY$	แทน	ผลรวมของคะแนนตัวแปรที่ 1 และ 2
$\sum X^2$	แทน	ผลรวมยกกำลังสองของคะแนนตัวแปรที่ 1
$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมยกกำลังสองของคะแนนตัวแปรที่ 2

ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ว่ามีความสัมพันธ์กันจริงโดยวิธีทดสอบค่าที่ (t- test) จากสูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534:25)

$$t = \frac{r \sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3.3 ทาค่าที (t-test) เพื่อทดสอบความแตกต่าง ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 13 (บุศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 180)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

$$\text{โดยมี } df = \frac{\left(\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2} \right)^2}{\frac{\left(\frac{s_1^2}{n_1} \right)^2}{(n_1 - 1)} + \frac{\left(\frac{s_2^2}{n_2} \right)^2}{(n_2 - 1)}}$$

เมื่อ	t	แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
	$\bar{X}_1, \bar{X}_2$	แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และ กลุ่มตัวอย่างที่ 2
	n_1, n_2	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และ กลุ่มตัวอย่างที่ 2
	df	แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ
	s_1^2, s_2^2	แทน ค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และ กลุ่มตัวอย่างที่ 2
	n_1, n_2	แทน จำนวนข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และ กลุ่มตัวอย่างที่ 2

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)
MS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of Square)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ตอน ซึ่งในแต่ละตอนมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานภาพทั่วไปของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่เป็นคำร้อยละ และ นำเสนอในรูปตาราง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และการแปลความหมายของคะแนนเพื่อจัดระดับการรับรู้ โดยใช้เกณฑ์การประเมินค่าเฉลี่ยของ วิเชียร เกตุสิงห์ ดังนี้ คือ

ค่าเฉลี่ย	ระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ
4.50 - 5.00	การรับรู้ระดับมากที่สุด
3.50 - 4.49	การรับรู้ระดับมาก
2.50 - 3.49	การรับรู้ระดับปานกลาง
1.50 - 2.49	การรับรู้ระดับน้อย
1.00 - 1.49	การรับรู้ระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี โดยการแจกแจงค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และ การแปลความหมายของคะแนนเพื่อจัดระดับการปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินค่าเฉลี่ยของวิเชียร เกตุสิงห์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ระดับการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม
1.34 - 2.00	ระดับดี
0.67 - 1.33	ระดับพอใช้
0.00 - 0.66	ระดับต้องปรับปรุง

ตอนที่ 3 การทดสอบสมมติฐาน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

3.1 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One - Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2, 3, 4, 12 ถ้าพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีของเชฟเฟ (Scheffe')

3.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ รายได้ ระดับ การศึกษากับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11

3.3 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้สถิติที (t - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 13

ผลการศึกษากันคว่า

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานภาพทั่วไปของสตรีที่มารับบริการ

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งจังหวัดลพบุรี จำนวน 369 คน จำแนกตามตัวแปรต่างๆ ได้ดังนี้ คือ

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
21 - 30 ปี	40	10.80
31 - 40 ปี	152	41.20
41 - 50 ปี	114	30.90
มากกว่า 50 ปี	63	17.10
รวม	369	100.00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	20	5.40
ประถมศึกษา	66	17.90
มัธยมศึกษา	68	18.40
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	67	18.20
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	148	40.10
รวม	369	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
แม่บ้าน	57	15.40
รับจ้าง	39	10.60
ค้าขาย	42	11.40
เกษตรกรรม	15	4.10
ข้าราชการ	206	55.80
นักเรียน	2	0.50
อื่นๆ	7	2.20
รวม	369	100.00
รายได้ (ของครอบครัว)		
ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	48	13.00
5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน	62	16.80
10,001 - 15,000 บาทต่อเดือน	110	29.80
มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน	149	40.40
รวม	369	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

:

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
สตรีที่มีประสบการณ์ที่มีบุคคล ใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม		
ไม่มี	313	84.80
มารดาของท่าน	11	3.00
มารดาของสามี	5	1.40
ญาติพี่น้องของท่าน	35	9.50
ญาติพี่น้องของสามี	5	1.40
รวม	369	100.00
สตรีที่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับ มะเร็งเต้านม		
ได้รับข้อมูลข่าวสาร	250	67.80
ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร	119	32.20
รวม	369	100.00

จากตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี จำแนกตามตัวแปรดังนี้

อายุของสตรีที่มารับบริการ ส่วนมากอายุ 31 - 40 ปีคิดเป็นร้อยละ 41.20 อายุ 41 - 50 ปีคิดเป็นร้อยละ 30.90 และ อายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.10 และอายุ 21-30 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.80

ระดับการศึกษาของสตรีที่มารับบริการส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าคิดเป็นร้อยละ 40.10 ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 18.40 ระดับอนุปริญญา หรือ เทียบเท่าคิดเป็นร้อยละ 18.20 ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 17.90และการศึกษาดำรงต่ำกว่าประถมศึกษา มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.40

อาชีพของสตรีที่มารับบริการ ส่วนมากรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 55.80 แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 15.40 รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 10.60 ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 11.40 อาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 4.10 อาชีพอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 2.20 และ นักเรียน มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.50

รายได้ของครอบครัวต่อเดือนของสตรีที่มารับบริการ ส่วนมากรายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 40.40 รายได้ 10,001 - 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 29.80 รายได้ 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 16.80 และ รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 13.00

ประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ส่วนมากไม่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 84.80 ส่วนสตรีที่มารับบริการที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม มีเพียงร้อยละ 15.20 จำแนกได้ดังนี้ เป็นญาติพี่น้องของสตรีที่มารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 9.50 มารดาของสตรีที่มารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 3.00 มารดาของสามีและญาติพี่น้องฝ่ายสามี มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.40 และ 1.40 ตามลำดับ

การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ส่วนมากได้รับข้อมูลข่าวสาร คิดเป็นร้อยละ 67.80 ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารคิดเป็นร้อยละ 32.20

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน
มะเร็งเต้านม โดยแสดง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ ดังปรากฏในตาราง 6

ตาราง 6 ระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม

ตัวแปร	จำนวน	$\bar{X}$	S	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	369	3.23	0.33	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	369	3.98	0.43	มาก
การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติ	369	4.11	0.44	มาก
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	369	3.85	0.55	มาก
พฤติกรรมการปฏิบัติ	369	1.32	0.36	พอใช้

จากตาราง 6 แสดงว่าสตรีที่มารับบริการ มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด
มะเร็งเต้านม เท่ากับ 3.23 แสดงว่าสตรีที่มารับบริการมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็ง
เต้านมระดับปานกลาง

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการเต้านม เท่ากับ
3.98 แสดงว่า สตรีที่มารับบริการมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดมะเร็งเต้านม ระดับมาก

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม มีค่าเฉลี่ยของ การรับรู้
ประโยชน์ของการปฏิบัติ เท่ากับ 4.11 แสดงว่า สตรีที่มารับบริการมีการรับรู้ประโยชน์ของ
การ ปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมระดับมาก

การรับรู้อุปสรรคของ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้
อุปสรรคของการปฏิบัติ เท่ากับ 3.85 แสดงว่าสตรีที่มารับบริการ มีการรับรู้อุปสรรคของการ
ปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมระดับมาก

ส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.32 แสดงว่าสตรีที่
มารับบริการมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมระดับพอใช้

ตอนที่ 3 การทดสอบสมมติฐาน แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

3.1 การทดสอบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย จากคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม จาก กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One - Way Analysis of Variance) ดังปรากฏในตาราง 7-13

ตาราง 7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.0133	0.3378	2.6803*
ภายในกลุ่ม	365	45.9951	0.1260	
รวม	368	47.0083		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 แสดงว่าสตรีที่มารับบริการที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1

เพื่อให้ทราบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของ สตรีที่มารับบริการเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบต่อไป โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe') แต่พบว่าไม่มีคู่ใดแตกต่างกัน

ตาราง 8 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็ง
 ด้านมของสตรีที่มารับบริการ จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	2.5203	0.6301	5.1553*
ภายในกลุ่ม	364	44.4880	0.1222	
รวม	368	47.0083		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่า สตรีที่มารับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งด้านมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2

เพื่อให้ทราบว่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งด้านมของสตรีที่มารับบริการเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบต่อไป โดยวิธีของเชฟเฟ(Scheffe') ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน
มะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับ การศึกษา		ต่ำกว่า ประถม ศึกษา $\bar{X}$	ประถม ศึกษา	มัธยม ศึกษา	อนุปริญญา หรือ เทียบเท่า	ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า
		1.0350	1.2455	1.3912	1.3179	1.3554
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.0350	-	0.2105	0.3562*	0.2829*	0.3204*
ประถมศึกษา	1.2445		-	0.1457	0.0724	0.1099
มัธยมศึกษา	1.3912			-	0.0733	0.0358
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1.3179				-	0.0375
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1.3554					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่า สตรีที่มารับบริการที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม แตกต่างจากสตรีที่มารับบริการ ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีที่มารับบริการที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่าสตรีที่มารับบริการที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา

สตรีที่มารับบริการที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา หรือเทียบเท่า มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม แตกต่างจากสตรีที่มารับบริการที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีที่มารับบริการที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่า สตรีที่มารับบริการที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา

สตรีที่มารับบริการที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม แตกต่างจากสตรีที่มารับบริการที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีที่มารับบริการ ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่าสตรีที่มารับบริการที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา

ตาราง 10 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	6	1.6626	0.2771	2.2121*
ภายในกลุ่ม	362	45.3457	0.1253	
รวม	368	47.0083		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่า สตรีที่มารับบริการที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

เพื่อให้ทราบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบต่อไปโดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe') แต่พบว่าไม่มีคู่ใดแตกต่างกัน

ตาราง 11 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ จำแนกตามรายได้ของครอบครัวต่อเดือน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	3.0944	1.0315	8.5732*
ภายในกลุ่ม	365	43.9140	0.1203	
รวม	368	47.0083		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่า สตรีที่มารับบริการที่มีรายได้ครัวต่อเดือนต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4

เพื่อให้ทราบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการเป็นรายกลุ่ม จึงทำการทดสอบต่อไปโดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe') ดังปรากฏตามตาราง 12

ตาราง 12 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน
มะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ จำแนกตามรายได้ของครอบครัวต่อเดือน

รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน)		ต่ำกว่า 5,000 บาท	5,001-10,000 บาท	10,001-15,000 บาท	มากกว่า 15,000 บาท
	$\bar{X}$	1.1563	1.2306	1.3091	1.4134
ต่ำกว่า 5,000 บาท	1.1563	-	0.07	0.1528	0.2571*
5,001 - 10,000 บาท	1.2306		-	0.0785	0.1828*
10,001 - 15,000 บาท	1.3091			-	0.0943
มากกว่า 15,000 บาท	1.4134				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่า สตรีที่มารับบริการที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท มีพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างจากสตรีที่มารับบริการ ที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 กล่าวคือสตรีที่มารับบริการที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่า สตรีที่มารับบริการที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท

สตรีที่มารับบริการที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างจากสตรีที่มารับบริการ ที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีที่มารับบริการที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่าสตรีที่มารับบริการที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,001- 10,000 บาท

ตาราง 13 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม
ของสตรีที่มารับบริการ จำแนกตามประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	0.3383	0.0846	0.6596
ภายในกลุ่ม	364	46.6701	0.1282	
รวม	368	47.0083		

จากตาราง 13 แสดงว่าสตรีที่มารับบริการที่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านมต่างกันจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12

3.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ดังปรากฏในตาราง 14-15

ตาราง 14 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการ

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	N	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	369	0.1119
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	369	0.2441*
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	369	0.2390*
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	369	0.3360*

* มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่า พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 6, 7, 8 ตามลำดับ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกัน
มะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการ

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ระดับการศึกษากับพฤติกรรม การปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม		
	N	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
อายุ	369	0.1758*
ระดับการศึกษา	369	0.1582*
รายได้	369	0.2555*

* มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

จากตาราง 15 แสดงว่าพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มา
บริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9,10และ 11 ตามลำดับ

3.3 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย จากคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็ง
 ด้านมจากกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยใช้สถิติที (t-test) ดังปรากฏในตาราง 16

ตาราง 16 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย จากคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน
 มะเร็งด้านมของสตรีที่มารับบริการ จำแนกตามการได้รับ ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับ
 มะเร็งด้านม

สตรีที่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งด้านม	N	$\bar{X}$	S	t
เคย	250	1.3792	0.333	4.90 *
ไม่เคย	119	1.1899	0.374	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 16 แสดงว่า สตรีที่มารับบริการที่ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับมะเร็ง
 ด้านมมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งด้านมแตกต่างจากสตรีที่มารับบริการที่ไม่เคยได้
 รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับมะเร็งด้านมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีที่
 มารับบริการที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งด้านมจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อ
 ป้องกันมะ รังด้านมดีกว่าสตรีที่มารับบริการที่ไม่เคยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ เกี่ยวกับมะเร็ง
 ด้านม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน มะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี
4. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี ตามตัวแปรดังนี้
 - 4.1 อายุ
 - 4.2 ระดับการศึกษา
 - 4.3 อาชีพ
 - 4.4 รายได้
 - 4.5 ประสพการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม
 - 4.6 การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ สตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 369 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาค้างนี้ เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สตรีที่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม และสตรีที่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ซึ่งคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น เห็นด้วยอย่างข้ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างข้ง ข้อคำถามที่สร้างขึ้นมีทั้งคำถามที่แสดงลักษณะทางบวกและทางลบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ตามสภาพที่เป็นจริง มี 3 ลักษณะ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ มีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะ ทางบวก และ ทางลบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม เอส พี เอส เอส พี ซี(SPSS/PC+)

(Statistical Package for The Social Sciences Personal Computer Plus Version 4.0)

1. วิเคราะห์สถานภาพทั่วไป ของสตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ และนำเสนอในรูปตาราง

2. วิเคราะห์การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (s) และนำเสนอในรูปตาราง

3. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 13

4. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการวิเคราะห์การแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 , 2, 3, 4, 12

หากผลการทดสอบค่าเอฟ (F-test) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe')

5. วิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 5 - 11

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า สตรีที่มารับบริการที่เป็นตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 41.20 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า มากที่สุด ร้อยละ 40.10 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 55.80 เป็นนักเรียนน้อยที่สุด เพียง ร้อยละ 0.50 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 15,000 บาท/เดือน มากที่สุดร้อยละ 40.40 สตรี ที่มารับบริการส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 84.80 ส่วนที่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านมเพียงร้อยละ 15.20 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ เกี่ยวกับมะเร็ง เต้านมร้อยละ 67.80 สำหรับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่อยู่ระดับพอใช้

ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี ปรากฏว่า

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ พบว่า สตรีที่มารับบริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม เท่ากับ 3.23 ซึ่งเป็นการรับรู้ระดับปานกลาง,
2. การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ พบว่า สตรีที่มารับบริการ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม เท่ากับ 3.98 ซึ่งเป็นการรับรู้ในระดับมาก
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ พบว่าสตรีที่มารับบริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันมะเร็งเต้านม เท่ากับ 4.11 ซึ่งเป็นการรับรู้ในระดับมาก
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ พบว่า สตรีที่มารับบริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันมะเร็งเต้านม เท่ากับ 3.85 ซึ่งเป็นการรับรู้ในระดับมาก

พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี พบว่า สตรีที่มารับบริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มี พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม อยู่ในระดับพอใช้ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.32

เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี ปรากฏว่า

1. สตรีที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 โดยสตรีที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน แต่เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe') พบว่า ไม่มีคู่ใดแตกต่างกัน
2. สตรีที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 โดยสตรีที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา สตรีที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และสตรีที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา
3. สตรีที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 โดยสตรีที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน แต่เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างโดยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe') พบว่าไม่มีคู่ใดแตกต่างกัน
4. สตรีที่มีรายได้ของครอบครัว ต่อเดือนต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 โดยสตรีที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 15,000 บาท/เดือน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่าสตรีที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน และ รายได้ของครอบครัว 5,001-10,000 บาท/เดือน
5. สตรีที่มารับบริการที่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านมต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน
6. สตรีที่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้อง

กับสมมติฐานข้อ 13 โดยสตรีที่เคยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ดีกว่าสตรีที่ไม่เคยได้รับ ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี ปรากฏว่า

1. ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5

2. ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมของสตรี มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.2441, P < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6

3. ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.2390, P < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7

4. ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.3360, P < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8

5. อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.1758, P < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9

6. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.1582, P < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10

7. รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.2555, P < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11

อภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายตามตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. อายุ จากการศึกษาพบว่า สตรีที่มารับบริการที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 1 แต่เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า ไม่มีคู่ใดแตกต่างกัน กล่าวคือ อายุมีผลต่อการเรียนรู้ ความเข้าใจ การแสดงออกของพฤติกรรมจึงทำให้พบว่า อายุต่างกัน พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคแตกต่างกัน เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 72.10 มีอายุระหว่าง 31-50 ปี ซึ่งมักพบว่า อายุช่วงนี้มีความสนใจการดูแลสุขภาพของตนเอง การรับรู้ ประสบการณ์ที่พบเห็น เข้าใจและตัดสินใจในพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้มีชีวิตและสุขภาพที่ดี และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.1758$, $P<.05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 อธิบายได้ว่า สตรีที่มารับบริการที่มีอายุมาก จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโอเร็ม (Orem, 1985 : 255-256) ที่กล่าวว่า อายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจที่แตกต่างกัน ในระดับพัฒนาการตามอายุ และเป็นตัวกำหนดความต้องการทั้งหมดของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของคาสล์และคอบบ์ (Kasl and Cobb, 1966 : 249) กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1975 : 20) ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรม การปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคล มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย สนิท พึงสาย (2539 : 125) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี สดุดี (2536 : 43) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการศึกษาของ สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : ก-ข) ศึกษาความรู้เรื่องโรคความเชื่อเรื่องสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลา

ที่รับรู้ การเป็นโรคของผู้ป่วย และพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุริย์ โสภาศิริวิทย์ (2531 : 62) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

2.ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่า สตรีที่มารับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 โดยสตรีที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่า สตรีที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา สตรีที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่า สตรีที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และสตรีที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่า สตรีที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า การศึกษาทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ความคิด ความสามารถในการเลือกปฏิบัติอย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถได้รับข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.1582$, $P < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 และ สอดคล้องกับการศึกษาของ คาสล์และคอบบ์ (Kasl and Cobb . 1966 : 250) กล่าวว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมร่วมมือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมความร่วมมือเกี่ยวกับ สุขภาพอนามัยสูงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของมูเลนแคมป์และเซเลส (Muhlenkamp and Sayles. 1988 : 336) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ โรเจอร์ (Roger . 1969 : 157) พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง เมื่อไม่มีความรู้ในเรื่องใด ๆ ก็พยายามสนใจใคร่รู้ในเรื่องนั้น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย ขอมต้องการที่จะหาความรู้เพื่อนำมาตอบคำถามให้กับตนเอง ว่าควรปฏิบัติอย่างไร สอดคล้องกับการศึกษาของ สนิท พึ่งสาย (2539 : 125) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวารีวรรณ กิจสมัคร (2539 : 142) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด และการศึกษาของ ประยงค์ สัจพงษ์ (2534 : 69) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และการศึกษาของเบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 88)

พบว่า ผู้มารับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล ฤทธิมนตร์ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบ บี และสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกำร์ กันธรักษา (2527 : 123) กล่าวว่าการศึกษา ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพอนามัยดีขึ้น สามารถป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ

3. อาชีพ จากการศึกษาพบว่าสตรีที่มารับบริการที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 แต่เมื่อนำไปทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe ') พบว่าไม่มีคู่ใดแตกต่างกัน อธิบายได้ว่า บุคคลที่มีอาชีพต่างกัน จะได้รับประสบการณ์จากการทำงานและสิ่งแวดล้อมต่างกัน ทำให้มีความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพต่างกัน การมีอาชีพของบุคคล แสดงถึง ระดับการศึกษาที่ต่างกัน ผู้ที่มีอาชีพดี รายได้สูง มักมีการศึกษาที่ดี รวมทั้งมีการได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้และประสบการณ์ในเรื่องสุขภาพดีกว่า ทำให้มีการปฏิบัติด้านสุขภาพได้ถูกต้อง แต่จากการวิจัยไม่พบความแตกต่างเป็นรายคู่ เนื่องจาก ความแตกต่างไม่สูงพอที่จะตรวจสอบเป็นรายคู่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของโคเบอร์นและโปป (Coburn and Pope. 1974 : 67-77) ได้สำรวจคนงานชายในเมืองวิกตอเรียของรัฐโคลัมเบีย เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านการป้องกันการเจ็บป่วย พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพ และการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลในครอบครัวและเด็ก และการศึกษาของ คาสต์เวลล์และคนอื่นๆ (Caldwell and others. 1973 : 579) พบว่า อาชีพกรรมกรมักจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลโดยการไม่มาตรวจตามนัด หรือหยุดการรักษาไปเลย โดยอ้างว่าเสียเวลาในการทำงานและอาการเป็นปกติแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ สนิท พิงสาย (2539 : 129) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 91) พบว่า ผู้ที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมการ ดูแลตนเองขณะเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีอาชีพเกษตรกร ค้าขาย และลูกจ้าง เอกชนหรือส่วนตัว จากการศึกษาของ ศิริพร พงษ์โกตา (2532 : 89) พบว่ากลุ่มอาชีพที่แตกต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประสพ ยุทธเมธางกูร (2530 : 50) พบว่า ผู้ปกครองที่มีอาชีพต่างกัน มีการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่แก่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นต่างกัน โดยผู้ปกครองที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่แก่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น แตกต่างจากผู้ปกครองที่มีอาชีพเกษตรกร

4. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน จากการศึกษาพบว่า สตรีที่มารับบริการที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 โดยสตรีที่มารับบริการที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่า สตรีที่มารับบริการที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5001-10,000 บาท และ สตรีที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่า สตรีที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.2555$, $p < .05$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 สามารถอธิบายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต ผู้ที่มีรายได้สูงสามารถตอบสนองความต้องการในชีวิตทั้งที่จำเป็นและไม่จำเป็นได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย รวมทั้งผู้ที่มีรายได้สูงสามารถแบ่งเวลา รายได้ ในการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งต้องนำรายได้ส่วนใหญ่ไปใช้ในการดำรงชีวิต ดังนั้นจึงมีเวลาในการดูแลสุขภาพลดลง จากการศึกษาของเบคเกอร์ และคนอื่น ๆ (Becker and others . 1974 : 205-215) พบว่า มารดาที่มีรายได้ต่ำ เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ เดวิส (Davis . 1968 : 274-275) พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ คาสลและคอบบ์ (Kasl and Cobb . 1966 : 250) กล่าวว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความร่วมมือในการป้องกันและรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539 : 143) พบว่า สตรีหลังคลอดที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ เขาวดี สุวรรณนาคะ (2532 : 70) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคตับอักเสบ ไวรัส บี ที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อย การศึกษาของ โสพรรณ โพทะยะ (2532 : 105) พบว่า ผู้ที่มีรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร พงษ์โกคา (2532 : 90) พบว่า มารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบ บี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีความเชื่อด้านสุขภาพสูงมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบ บี สูงกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา จิราจินต์ (2530 : 63) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อเด็กอุจจาระร่วง และการศึกษาของ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 63) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์

5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 อธิบายได้ว่า สตรีไทยได้รับการอบรมให้อยู่ในกรอบและประเพณีไทยที่เห็นว่า การเปิดเผยสัดส่วนเต้านมให้บุคคลอื่นเห็นเป็นสิ่งที่น่าอับอาย รวมทั้งเห็นว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมเป็นเรื่องไม่จำเป็น จึงลดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ทำให้ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531: ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ แต่อย่างไรก็ตามการที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้นนั้นต้องเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะเป็นผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงจากการเป็นโรค ดังนั้นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรคจึงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติและดูแลตนเอง

6. การรับรู้ความรุนแรงของโรค จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมของสตรีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.2441$, $P < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูง จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคดี การรับรู้ความรุนแรงของโรคทำให้บุคคลมีพฤติกรรมด้านสุขภาพถูกต้องเนื่องจากกลัวว่าจะเป็นโรคนั้น ๆ จึงดูแลสุขภาพอย่างดี หลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค และร่วมมือต่อการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เวินเบอร์เกอร์ (Weinberger . 1981 : 1253) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นบางครั้ง เพราะเห็นผลการสูบบุหรี่ว่ามีความรุนแรงต่อการเกิดโรค และพยายามจะสูบบุหรี่น้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ เซอร์โคเนียและฮาร์ท (Cerkoney and Hart . 1980 : 594-598) ที่ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชาร์นีย์และคนอื่น ๆ (Charney and others. 1967) : 188-198 ได้ศึกษาพฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการให้เด็กรับประทานยาเพนิซิลิน พบว่ามารดาที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหุ้อักเสบจะให้ยาบุตรสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539 : 144) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก

สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งศรี ศศิธร (2536 : 92) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน และการศึกษาของ ศิริพร พงษ์โกคา (2532 : 92) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบ บี

7. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรี มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.2390$, $P < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมสูง จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคดี กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติ จะมีความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งการปฏิบัติต่างๆ เพื่อให้สุขภาพดี หรือลดความรุนแรงของโรคได้ เนื่องจาก มีการรักษาโรคหรือตรวจพบอาการผิดปกติได้รวดเร็วและป้องกันการเกิดโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ คาลาน (Nemeck . 1990 : 129 ; citing Calan . 1986) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับความบอຍและถูกต้องในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติจะเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในความบอຍและความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ แชนเปียน (Nemeck. 1990 : 133; citing Champion. 1984-1985) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาลาล (Hallal. 1982:137) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสนิท ฟิงสยาบ (2539:125) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งศรี ศศิธร (2536:98) พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประสงค์ สัจจงพงศ์ (2534:66) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตอำเภอคำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค และ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณและคนอื่นๆ (2531: 55) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในผู้เสพยาเสพติด

8. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.3360$, $P < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ถึงอุปสรรค ปัญหาในการปฏิบัติจะมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสนิท พิงสาบ (2539:125) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอก กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ สัจพงษ์ (2534:67) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของเอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย (2532: 88) พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ กอแก้ว กอวัฒนา (2531: 99) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการขอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด

9. สตรีที่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม จากการศึกษาพบว่าสตรีที่มารับบริการที่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านมต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน ซึ่งอธิบายได้ว่าการที่บุคคลแต่ละคนมีประสบการณ์ หรือไม่เคยมีประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านม โดยบุคคลแต่ละคนย่อมมีพื้นฐานต่างกันทั้ง อายุ อาชีพ การศึกษารายได้ สตรีที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรค จึงทำให้การที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันมะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ไม่เฉพาะแต่การที่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านมเท่านั้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวาริวรรณ กิจสมักร (2539:144) พบว่าประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกันมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

10. สตรีที่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม จากการศึกษาพบว่าสตรีที่มารับบริการที่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 โดยสตรีที่มารับบริการที่เคยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่าสตรีที่มารับบริการที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวาริวรรณ กิจสมักร (2539:144)

พบว่า สตรีหลังคลอดที่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกันมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้สตรีที่มารับบริการ ให้มีพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้คือ

1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการต่างกัน จะมีพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน ดังนั้น หน่วยงานที่รับผิดชอบในการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ โดยเฉพาะเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมทั้งของรัฐบาล และเอกชน จึงควรหาวิธีการให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้แก่ประชาชน ทั้งทางโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ วิดีโอ โดยเน้นเรื่องเทคนิคการเผยแพร่ ความต่อเนื่อง ความถี่ในการเผยแพร่ ให้เหมาะสมกับปัจจัยทางด้าน ประชากร สังคม การศึกษา เพื่อให้สตรีทั่วไปมีพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมได้อย่างถูกต้อง

2. ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้ การสอน เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในหลักสูตรทุกระดับชั้น จากการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวแปรที่สำคัญตัวหนึ่ง ซึ่งสามารถทำให้พฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องในการจัดการศึกษา จึงควรเพิ่มหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลตนเองของสตรีทั่วไป เพื่อเป็นการส่งเสริมการป้องกันมะเร็งเต้านม และเพื่อให้มีพฤติกรรมกาปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งเต้านมอย่างถูกต้อง

3. จากการศึกษา พบว่า รายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้สตรีมีพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม โดยไม่คำนึงถึงรายได้ของครอบครัวมากหรือน้อย จึงควรจัดให้มีทีมสุขภาพที่ช่วยเผยแพร่และให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายในการป้องกันและตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะแรก แก่สตรีที่มารับบริการทั้งด้านทฤษฎี และปฏิบัติเพื่อให้สตรีที่มารับบริการเข้าใจ และปฏิบัติได้ รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความรู้ในการปฏิบัติสู่ประชาชนทั่วไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป :

1. ควรมีการศึกษาในเรื่องแรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม

2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม โดยเป็นลักษณะการศึกษาวิจัยแบบทดลอง เพื่อนำประโยชน์มาใช้ในการวางแผนการให้สุขศึกษาต่อไป

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติในกลุ่มตัวอย่างอื่น โรคไม่ติดเชื่ออื่น ๆ ไปเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการปฏิบัติเฉพาะโรคที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

4. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของสื่อต่าง ๆ ที่ใช้ในการเผยแพร่ความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งเต้านม

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรแก้ว กอวัฒนา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด.
วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อุดสาเนา.
- กรณิการ์ กันชะรักษา. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกคน เกี่ยวกับ
สุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อุดสาเนา.
- การแพทย์.กรม. สถิติโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2536.
- กองงานวิทยาลัยพยาบาล. การพยาบาลอาชีวเวชศาสตร์ และศัลยศาสตร์ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพฯ:อรุณการพิมพ์, 2527.
- คณะกรรมการเครือข่ายมะเร็ง. มะเร็งเต้านม. กรุงเทพฯ: กองแผนงาน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- จุฬาลงกรณ์, โรงพยาบาล. สถิติโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2535.
- จรรยา สุวรรณทัต. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาพัฒนาเด็กและการเลี้ยงดูหน่วยที่ 8 - 15
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพฯ: ชนวนพิมพ์, 2527.
- จรรยา เศรษฐบุตร. “แนวความคิดและทฤษฎีมนุษยวิทยาการแพทย์:ความต่อเนื่องและการเปลี่ยนแปลงในรอบ 5 ปี,” ใน ทฤษฎี และ การศึกษาทางสังคมวิทยา:มนุษยวิทยาการแพทย์.
บรรณาธิการ โคข เบญจา ขอดคำเนิน, จรรยา เศรษฐบุตร และกฤตยา อาชวนิจกุล,
หน้า 7-26. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2529.
- จารุณี สดุดิ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
โรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษในจังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อุดสาเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทำปกเจริญผล, 2534.
- ชิดชัย สนั่นเสียง. การรับรู้บทบาทเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขั้นต่ำของครูในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.
วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย มหิดล, 2529. อุดสาเนา .
- จิตติพร อิงคถาวรวงศ์. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มารับบริการ
ตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลรามคำแหง. วิทยานิพนธ์วท.ม. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อุดสาเนา.
- ทัศนีย์ ศรีสวัสดิ์. การสำรวจผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งที่มารับบริการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
พ.ศ. 2519. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2520. อุดสาเนา .

- ธีระ อ่ำสวัสดิ์. เคมีรักษาและการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานครพิมพ์, 2519.
- ธนวรรณ อัมสมบุญ. "การประเมินผลงานสุศึกษาในโรงเรียน: กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," วารสารสุศึกษา. 8(29):24-26; เมษายน-พฤษภาคม 2529. .
- _____. "การสอนสุศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุภาพ," สุศึกษา-พลศึกษา-สันทนการ. 5(4) : 11-15; ตุลาคม 2532.
- นภัสวรรณ อินประสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุภาพกับพฤติกรรมสุภาพในการป้องกันโรคชลิโคชิตของกนงานโรงโม่หิน จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- นิตยา โชตินอก. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคของจระร่วงของมารดาในการเลี้ยงดูเด็ก อายุ 2 - 5 ปี อำเภอยามทะเลศอ จังหวัดนกรราชสีมา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.อัดสำเนา .
- นิตยา เพ็ญศิริณภ. ประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคหุน้ำหนักเรื้อรังตักผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลรามาชิบตี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.อัดสำเนา .
- นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.
- นิตยา เข่นน้ำ. ความเชื่อด้านสุภาพและการปฏิบัติตนเพื่องคสุขบหรีของบุคลากรขายในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.อัดสำเนา.
- นิตยา อังกาบูรณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุภาพกับการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527. อัดสำเนา.
- นันทิกา มิตรสัมพันธ์. พฤติกรรมสุภาพของมารดาที่มีบุตรต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคของจระร่วง. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- ณรงค์ ไวฑ์ยางกูร และคนอื่นๆ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 7. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร, 2532.
- ณรงค์ ไวฑ์ยางกูร และคนอื่นๆ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 10. กรุงเทพฯ: ษุนิตีพับลิเคชัน, 2535.
- เบญจพร แก้วมีศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราชบุรีธานี. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา .

- บุญเยี่ยม ตรีภูวณษ์. “จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข,” ในเอกสารการสอนวิชาสังคมวิทยา
หน่วยที่ 11. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528.
- นุชนบง โกฏวิเชียร. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการ
ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็ก ชุมชนบางเขน
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
อัคราณา.
- ประนอม บุญมี. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรค
อุจจาระร่วงในเด็กวัยก่อนเรียน อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัคราณา .
- ประไพ เทียนศาสตร์. ผลของกระบวนการสุขภาพอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมของมารดาใน
การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กแรกเกิดถึง 3 เดือน จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ :มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัคราณา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2526.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวียง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพ.
กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์, 2532.
- _____. ทัศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :
พีระพัฒนา, 2527.
- ประยงค์ ล้างพงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและ
ลักษณะบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด เขตอำเภอดำเนินสะดวก
จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.อัคราณา .
- ประมวล วิรุฒมเสน. สรีรวิทยาการเจริญพันธุ์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2532.
- ประสพ บุทธเมธางกูร. บทบาทของผู้ปกครองในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพให้แก่เด็กวัย
มัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดขอนแก่น. ปรินญาณินท์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530.อัคราณา .
- ประสิทธิ์ เฟื่องสา. โรคมะเร็งทางนรีเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ทอมเพรส แอนคิไตส์,
2536.
- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2532-2536. กรุงเทพฯ :
กองสถิติสาธารณสุข, 2535.

- ไพรัช เทพมงคล. ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เมดิคัลมิเดีย, 2533.
- ไพรัช เทพมงคล. โรคมะเร็งสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและนักศึกษาแพทย์. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์, 2528.
- พรรณเนภา ชรรณวิรัช และประอรนุช ตูลยาทร. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โครงการตำราวิทยาศาสตร์อุตสาหกรรม, 2531.
- พรศรี กิดชอบและคนอื่นๆ. มะเร็งวิทยา. กรุงเทพฯ: สหมิตรเมดิเพรส, 2536.
- พวงรัตน์ ภูมิพาสและคนอื่นๆ. ด้านเหตุและการแก้ไขปัญหาในกรณีที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ. เอกสารสรุปงานของแผนกสังคมสงเคราะห์ สถานโรคปอดกรุงเทพฯ กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2535. อัดสำเนา.
- พวงรัตน์ เทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เจริญผล, 2533.
- พวงพยอม การัญญ์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา.
- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคนอื่นๆ. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผน ความเชื่อทางสุขภาพ ความต้องการทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- พิสิษฐ์ พันธุมจินดา, ศิณีนาถ สนธิพงษ์. "สถานการณ์ของโรคมะเร็งในปัจจุบันแนวโน้มในอนาคตและแนวทางการควบคุม," วารสารโรคมะเร็ง. 15(1):34-39; มกราคม - มีนาคม 2532.
- มัลลิกา ตั้งเจริญ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในหญิงพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- มัลลิกา มัลลิกโก. "แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง," ในการดูแลสุขภาพตนเองที่สะท้อนทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- ไมตรี สุทธิจิตต์. สารพิษในสิ่งแวดล้อมและการเกิดมะเร็ง. เชียงใหม่: ภาควิชาเคมี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2520.

- ขงุทธ พึ่งวงศ์ญาติ. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของ
ชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528. อัดสำเนา .
- ขมสิริ นาวานุรักษ์. ประสิทธิผลของโครงการศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกัน
การกลับซ้ำของโรคคอตีบ และทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็กห้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.อัดสำเนา.
- เขาวดี สุวรรณนาคะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค กับ
พฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยโรคจากไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- รุ่งศรี ศศิธร. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทาง
สุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ จากการทำงานของคณงานก่อสร้างในบริษัท
รับเหมาก่อสร้างบางแห่ง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- วารี ระกิติ. การดำเนินงานสุขภาพศึกษาในโรงพยาบาล. เอกสารประกอบการสอนวิชาวิทยาศาสตร์
สุขภาพหน่วยที่ 8-15. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2530.
- วิเชียร เกตุสิงห์. "ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้," ข่าวสารการ
วิจัยการศึกษา. 18 (3) 8 - 11; กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2538.
- วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : บริษัท
ไทยวัฒนาพานิช จำกัด, 2526.
- วัลภา ผิวทน. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ อำนาจภายใน - ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
การรับรู้ต่อโอกาสเกี่ยวข้องการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม กับการให้
ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- วนิดา ดันติสุนทร. ปัญหาด้านอารมณ์และสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ศึกษาเฉพาะรายกรณี
โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- ศักดิ์ชัย ทวีศักดิ์. การรับรู้คุณภาพชีวิต: ศึกษาเฉพาะในเขตอำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์.
วิทยานิพนธ์ ศษ.ม.กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.

- ศิริพร พงษ์โกภา. การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน
การติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคตับอักเสบไวรัสบี. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- ศิริราช, โรงพยาบาล . สถิติโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ:สถาบันมะเร็งศิริราช. 2536.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2535.
ท้วราชอาณาจักร. 2535. หน้า 2 และ หน้า 79 .
- _____. สมุดสถิติรายปีประเทศไทย. 2537. หน้า 1.
- _____. สมุดสถิติรายปีประเทศไทย. 2537. หน้า 173-174.
- สาธารณสุข , กระทรวง. สภาพและปัญหาสาธารณสุข นโยบาย และกลวิธีการพัฒนาในแผนพัฒนา
การสาธารณสุขที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539). กรุงเทพฯ:กองแผนงานสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข. 2536.
- สายพร รัตนเรืองวัฒนา. การเปรียบเทียบผลการเริ่มต้นบริหารข้อไหล่เร็วและช้าในผู้ป่วยหลัง
ผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์วท.ม. สาขาพยาบาลศาสตร์ .กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล,
2531 . อัดสำเนา.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล.กรุงเทพฯ:บริษัทวิศิราส์
จำกัด , 2524.
- สมจิตต์ สุพรรณทัตส์และกันยา นูรานนท์. "สุขศึกษากับสุขภาพ," ในเอกสารการสอนชุดวิชา
สุขศึกษา. หน่วยที่ 1. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาชีราช, 2527.
- สมใจ ชาญวิเศษ. "ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยเอ็กซเรย์," วารสารโรคมะเร็ง. 10
:7-10; มกราคม - มีนาคม 2527.
- สมชาย สมนุรณ์เจริญ และศิณีนาฐ สานธิพงศ์. "ระบาดวิทยาโรคมะเร็งในประเทศไทยและแนว
ทางการแก้ปัญหา," วารสารโรคมะเร็ง. 7:121-135; ตุลาคม - ธันวาคม 2524.
- สมทรง ศุภศิลป์. ความเชื่อและปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ ที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค
อุจจาระร่วงของมารดา และบุตรในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา.
- สนิท พึ่งสาย. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย
นอกกลุ่มงานอาชุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.
- สมปอง รักษาสุข. "มะเร็งเต้านม," ใกล้หมอ. 4 : 10-17 ;ธันวาคม 2523 .
- _____. โรคของเต้านม. กรุงเทพฯ:กรุงเทพเวชสาร, 2529.

โสพรรณ โพทะยะ. การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพกับ
การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี ที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.อัดสำเนา.

สุกัญญา ณรงค์วิทย์. ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตน เพื่อการป้องกันมะเร็งในหญิง
อาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.อัดสำเนา.

สุชาติ โสมประยูร. การสอนสุขภาพ. กรุงเทพฯ : บริษัทไทยวัฒนาพานิช, 2525.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์
และพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์ , 2537.

สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:

สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร , 2539 .

สุทธิพันธ์ สารสมบัติ. "คาร์ดิโอแอมบรียโอนิคแอนติเจนกับโรคมะเร็ง," สารศิริราช. 35
:79-83; 2536.

สุธีรา อาวุธวัฒน์. ความเสี่ยงและการเจ็บป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ:ห้างหุ้นส่วนจำกัด
ชนินธุ์การพิมพ์, 2527.

สุวารีวรรณ กิจสมัคร. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรม
การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี.
วิทยานิพนธ์ กศ. ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
อัดสำเนา.

สุวิมล ฤทธิมนต์. ความรู้เรื่องโรคความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันใน
กลุ่มโรคของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.อัดสำเนา.

สุภาพ ใบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษา
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล,
2528. อัดสำเนา.

สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและ
ปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

สุนทรี ภาณุทัต. การพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาเกี่ยวกับโรคมะเร็ง. เอกสารการสอนชุดวิชาการ
กรณีเลือกสรรการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ หน่วยที่ 6-10. มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช, กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ชนวนพิมพ์, 2529.

อรรถัย รวยอาจิน. ความเชื่อและพฤติกรรม: การตรวจสอบปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามโปรแกรมควบคุมมาลาเรียในเขตชนบท ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ ส.ค. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยฮาวาย, 2531.อัดสำเนา.

อาคม เขียวศิลป์. โรคมะเร็งที่พบบ่อยในประชากรชาวไทย. กรุงเทพฯ:สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2529.

_____. การพยาบาลกับการรักษาผู้ป่วยด้วยเคมีบำบัด. กรุงเทพฯ:สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2537.

อรรธรณ ประสาทสุวรรณ. ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แก่มารดา ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.อัดสำเนา.

อังคณา จิราจินต์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมของมารดา เมื่อบุตรอายุาระหว่าง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.

อังคณาพร สอนง่าย. การจัดกิจกรรมสุขภาพศึกษาโดยยึดแนวความเชื่อของประชาชนผ่านกลุ่มบุคคล อ้างอิงพื้นฐานเพื่อการเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและรักษาโรคอุจจาระร่วงของมารดา ที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ในอำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล , 2532.อัดสำเนา.

อุสมพร ปุรินทรภิบาล. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาต่อการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีบุตร จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.อัดสำเนา.

เอี่ยมพร กาญจนรังสิข. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาสูติทางเส้นเลือด ขณะเข้ารับการบำบัดรักษาชั้นถอนพิษยา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล. 2532. อัดสำเนา.

Antonovsky, A. and R. Kats. "The Model dental patient: An empirical study of preventive health behavior," Social Science and Medicine. 4:367;1970.

Andreasen, N.C. "Nature of the Patient , " In Comprehensive Textbook of Psychiatry III. p.1519-1520. Vol 2. 3rd ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1980.

Becker, M.H., R.H. Drachman and J.P. Kirscht . "A New Approach to Explaining Sick-Role Behavior in Low-Income Population," American Journal of Public Health. 64:205-216; March, 1974.

- Becker, M.H. and L.A. Maiman. "The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory," Health Education Monographs. 2:330-385; Winter, 1974.
- _____. "Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendation," Medical care. 13 : 3 - 24 ; January, 1975
- Becker, M.H. and others. "The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiment," Journal of Health and Social Behavior. 18:348-366; December, 1977.
- _____. "Selected psychosocial models and correlates of individual health related behavior," Medical Care. 15:125-135; May, 1977.
- Beckman and Johansen, J. "Psychological Effects of Mastectomy," Danish Medical Bulletin. 30, 2: 7-9; December, 1983.
- Bell, M. "Stressful Life Events and Coping Method in Mental Illness and Wellness behavior," Nursing Research. 26, 2 : 137-140; 1977.
- Best, J.W. Research in Education. Engle Wood Cliffs : Prentice Hall, 1959.
- Brown, J.P. and M. Mc. Greedy. "The hale elderly : health behavior and It's correlates," Research in Nursing and Health. 9 : 317-329; December, 1986.
- Burdick, D. "Breast Cancer. : patient rehabilitation," Consultant. 16 : 141; 1976.
- Caldwell, J.R. and others. "The dropout problem in antihypertensive therapy," Journal of Chronic Disease. 22 : 579 - 592; August, 1970.
- Cancer Institute Siriraj Hospital. Tumor Registry : Statistical Report 1993. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, 1993.
- Cerkoney, K. and L.K. Hart. "The relationship between the health belief model and compliance of person with diabetes mellitus," Diabetes Care. 3 : 594 - 598; November/December, 1980.
- Charney, E. and others. "How well do patients take oral penicillin : A collaborative study in private practice," Pediatrics. 40 : 188-195; August, 1967.
- Coburn, David and C.R. Pope. "Socio Economic status and Preventive health behavior," Journal of Health and Social Behavior. 15(3) : 66-77; March, 1974.
- Cox, E. "Psychological Aspects," Nursing Mirror. 159 : 167-168 ; November , 1984.
- Cumming, K.M. and others. "Psychosocial determinants of Immunization behavioral in a Swine Flu in Fluenga Compring," Medical Care. 17 : 639 -649; June, 1979.

- Cummings, K.M., M.K. Becker and M.C. Maile. "Bringing the models Together : An Empical Approach to Combining Variables Used to Explain Health Action," Journal of Behavior Medicine. 3(2): 731-735; December, 1980.
- Cronbach, Lee Joseph. Essential of Psychological Testing. 3rd ed. New York : Harper and Row, 1970.
- Davis. M.S. "Variations in Patients Compliance with Doctor's Advice; An Empirical Analysis of Communication , " American Journal of Public Health. 58 : 274-288; February, 1968.
- Dempsey, M.O. "The Development of Body Image in the Adolescent , " Nursing Clinics of North America. 7 : 609-615; December , 1972.
- Deborah, S. "Nursing Care of Patient Undergoing Combination Chemotherapy and Radio Therapy , " Cancer Nursing. 1,2 : 129-134 ; April , 1978.
- Driever, M.J. "Theory of Self-Concept , " In Introduction to Nursing : An Adaptation Model. New Jersey : Prentice Hall, Inc. , 1976.
- Elling, R. Whittermere and M. Green. "Patient Participant in a Pediatric Program," Journal of Health Human Behavior. 1 :183-191; January ,1960.
- Good, Carter .V. Dictionary of Education. New York : Mc.Graw - Hill Book Company, 1959.
- Grabrielson, I.M. and others. "Factor Affecting School Health Follow up," American Journal of Public Health. 57 : 45 - 59 ; January, 1967.
- Hallal, J.C. "The relationship of health belief, health locus of control and self concept to the practice of breast self examination in adult woman," Nursing Research. 31 : 137-142; 1982.
- Harris, Daniel M. and Guten Sharon. "Health - Promotion behavior : An exploratory study, " Journal of Health and Social Behavior. 20 : 17-29; March, 1979.
- Hay, D. and C.E. Ross. "Concerns with apperance, health belief and eating habits," Journal of Social Behavior. 28 : 120-130; June, 1987.
- Heinzelmann, F. and R. W. Bagley "Reponse to Physical Activity Programs and Their Effectson Health Behavior," Public Health Reports. 85 : 905 - 911 ; October, 1970.
- Hochbaum, G.M. "Public Participation in Medical Screeing Program," PHS Publication. 572 : 1-28 ; May , 1958.

- Janz, N.K. and M.H. Becker. "The health belief model : A decade later," Health Education Quarterly. 11 : 1-47; Spring, 1984.
- Jasmin, S. and L.N. Trygstad. Behavioral Concept and The Nursing Process. Saint Louis: The C.V. Mosby Company, 1978.
- Kasl, S.V. and S. Cobb. "Health behavior, illness behavior and sick role behavior," Archives Environmental Health. 12 : 246-261; February , 1966.
- King, J. "The health belief madel," Nursing Times. 10:53-55 ; 1984.
- Kegeles and others. "Survey of belief about cancer detection and taking papanicolaou tests," Public Health Reports. 80 : 123; September, 1965.
- Kennedy, C.J. and others. "The relationship between random knowledge concern and behavior, and health value, health locus of control, and preventive health behavior," Health Education Quarterly. 18(3) : 319-329; 1991.
- Lamontage, L.L. "Childrens locus of control belief as predictors of preoperative coping behavior," Nursing Resarch. 33(1):76-79; 1984.
- Langlie, J.K. "Social networks health belief and preventive health behavior," Journal of Health and Social Behavior. 18:244-260; September, 1977.
- Larson, R. "Thirty years of research on the subjective will-being of older americans," Journal of Gerontology. 33 : 109-125; 1978.
- Lazarus, R.S. Patters of Adjustment. 3rd. Tokyo : Mc Paraw-Hill Kogakusha. Ltd , 1979.
- Lazarus, R.S. and S. Folkman . Stress Appraisal and Coping. New York : Springer Publishing Company, 1984.
- Leavitt, F. "The health beliefs model and utilization of ambulatory care services," Social Science and Medicine. 13:105-112;1979.
- Leis, H.P. "Selective, Elective, Prophylactic Contralateral Mastectomy," Cancer. 28 : 956-961;1971.
- Luckman, J. and K. Sorensen. Medical Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1974.
- Maguire, G.P. "The Repercussions of Mastectomy on the Family," International Journal of Family Practice. 1:485;1978.

- Maguire, G.P. and others. "Psychiatric Problems in the First year after Mastectomy," British Medical Journal. 1: 963-965; 1978.
- Mikhail Blanche. "The Health Belief Model : A Reveiw and Critical Evaluation of the Model, Research, and Practice," Advances in Nursing Science. 4 : 65-82; October, 1982.
- Monat, A. and R.S. Lazzarus. Stress and Coping. New York: University Press, 1978.
- Morris, T . and others. "Psychological and Social Adjustment to Mastectomy," Cancer. 40: 2381;1977.
- Murray, R.L. "Principles of Nursing Intervention for Adult Patient with Body Image Changes ," Nursing Clinics of North America. 7 : 617-627; December , 1972.
- Muhlenkamp, A.F., N.J. Brown and D. Sands. "Determinants of health promotion activities in nursing clinic cliants," Nursing Research. 34 : 327-332; November/December, 1985.
- Nelson, E.C. and others. "Impact of patient perception on compliance with treatment for hypertension," Medical Care. 16 : 893-906; November, 1978.
- Nemeck, M.A. "Health beliefs and preventive behavior : A review of research Literature, " A AOHN Journal. 38(3) : 127-136; 1990.
- Orem, D.E. Nursing Concept of practice. East New York : Mcgraw Hill Book Company, 1985.
- Rogers ,Earl R. Freedom to learn. Ohio Charles E. Merrill, 1969.
- Rosenstock, I.M. "The health belief model and preventive health behavior," Health Education Monographs. 2 : 331-386; 1974.
- Rundall, T.G. and J.R.C. Wheeler. "Factor associated with utilization of the service fluvaccination program among senior citizens in Tompkins Country," Medical Care. 17 : 191-200 ; February, 1979. .
- Seymour, I. Schwartz and others. Principle of Surgery. New York : Mc Graw - Hill, Inc., 1994.
- Steele, J.L. and W.H. Mc. Broom. "Conceptual and empirical dimentions of health behavior," Journal of Health and Social Behavior. 13 : 382-392; 1972.
- Stillman, M.J. "Wonen's health belief about breast cancer and breast self Examination, " Nursing Research. 26 : 121-727; 1977.
- Sutterley, D.C. and G.F. Donnelly . Coping with Stress. London : And Aspen Publication, 1982.

- Tonghil, E.H. "Sexual Counseling for the Mastectomy Patient," Occupation Health Nursing. 60 : 417-418 ; August , 1984.
- Parkin D.M. and others. Cancer in Thailand 1988 - 1991. Thailand : Siriphan Press Khon Kaen, 1993.
- Wassner, A. "The Impact of Multilating Surgery on Trauma on Body Image," International Nursing Review. 29 : 87-88 ; May - June , 1982.
- Wallston, B.S., K.A. Wallston and A. W. Kenneth "Locus of Control and Health : A Review of the Literature," Health Education Monographs. 6 : 107-117; Spring , 1978.
- Wallston, K.A., B.S. Wallston and R.Devellis. "Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales," Health Education Monographs. 6(2): 160-170; Spring, 1978.
- Weinberger, M. and others."Health beliefs and smoking behavior," American Journal of Public Health. 71 : 1253-1255; 1981.
- Weissfeld, J.L., J.P. Kirscht and B.M.Brock."Health Beliefs in a population : The Michigan Blood Pressure Survey, " Health Education Quarterly. 17 : 141-155; Summer, 1990.
- Yamane, Taro. Statistics : An Introductory Analysis. 2nd ed. New York : Harper and Row, 1969.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม คำอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1. อายุ

- ☐ 21-30 ปี ☐ 31-40 ปี
☐ 41-50 ปี ☐ 50 ปีขึ้นไป

2. อาชีพ

- ☐ แม่บ้าน ☐ รับจ้าง
☐ ค้าขาย ☐ เกษตร
☐ ข้าราชการ ☐ นักเรียน
☐ อื่น ๆ ระบุ.....

3. รายได้ของครอบครัว

- ☐ ต่ำกว่า 5,000 บาท ☐ 5,001-10,000 บาท
☐ 10,001-15,000 บาท ☐ มากกว่า 15,000 บาท

4. ระดับการศึกษา

- ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา ☐ อนุปริญญา หรือเทียบเท่า
☐ ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

5. บุคคลใกล้ชิด (แม่ พี่ น้อง ญาติ) มีใครเคยป่วยเป็นมะเร็งเต้านมหรือไม่

- ☐ มี ☐ ไม่มี

ถ้าไม่มีให้ตอบข้อ 7

6. บุคคลใกล้ชิดที่เป็นมะเร็งเต้านมคือใคร

() มารดาของท่าน

() มารดาของสามี

() ญาติพี่น้องฝ่ายท่าน

() ญาติพี่น้องฝ่ายสามี

7. ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมหรือไม่

() เคย

() ไม่เคย

ส่วนที่ 2. แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าคำที่ท่านต้องการมากที่สุดตามความรู้สึก

ความคิดเห็น หรือ ความเชื่อของท่านเพียงข้อเดียวเท่านั้น

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม					
1. ผู้หญิงอายุน้อยหรืออายุมากมีโอกาสเสี่ยง ต่อการเป็นมะเร็งเต้านมได้เท่าๆกัน					
2. ผู้หญิงที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ จะไม่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม					
3. การใส่เสื้อชั้นในคับแน่นเกินไปจะส่งเสริมการเป็นมะเร็งเต้านม					
4. การมีน้ำเลือดหรือน้ำหนองออกบริเวณหัวนมถือเป็นลักษณะปกติของผู้หญิงที่กำลังจะมีประจำเดือน					
5. การที่เต้านมของผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์โตขึ้นเรื่อยๆจนมีขนาดไม่เท่ากันทั้งสองข้างถือเป็นเรื่องปกติ					
6. การรับประทานอาหารประเภทไขมันจากสัตว์มากมายมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้มาก					
7. การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดทำให้เป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าการคุมกำเนิดโดยวิธีอื่น					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม					
8. มะเร็งเต้านมเป็นโรคร้ายแรง					
9. การเป็นมะเร็งเต้านมทำให้สังคม ไม่ยอมรับ					
10. การพบมะเร็งเต้านมในระยะแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้					
11. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีอาการ เจ็บปวดและทุกข์ทรมาน					
12. เมื่อเป็นมะเร็งเต้านมจะทำให้ต้อง ออกจากงาน					
13. เมื่อเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการ รักษาแล้ว สามารถทำงานต่างๆ ได้เหมือน ปกติ					
14. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะต้องมีอาการ แสดงออกให้เห็น เช่น เลือดออก บริเวณหัวนม เป็นต้น					
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม					
15. การตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน จะช่วยให้ พบมะเร็งในระยะเริ่มแรกเร็วขึ้น					
16. ถ้าร่างกายแข็งแรงดี อาจไม่ต้องไป ตรวจเต้านม ทุกปี					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
17. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธี ดูแลตนเองที่ถูกต้อง					
18. เมื่อพบอาการผิดปกติบริเวณเต้านม ท่านจะรีบมาพบแพทย์ทันที					
19. การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ทำให้มีภูมิคุ้มกันต้านทานการเกิดโรคมะเร็งได้					
20. การรักษา ความสะดวกของเต้านม และร่างกาย เป็นการกระทำที่มีประโยชน์ ต่อตนเอง					
21. หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์และสื่อต่างๆ ทำให้ท่าน มีความรู้ในการป้องกัน มะเร็งเต้านม					
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน มะเร็งเต้านม					
22. ท่านรู้สึกอายนที่ต้องมาพบแพทย์เพื่อ ตรวจเต้านม					
23. ท่านคิดว่าการเดินทางมาตรวจเต้านม ทำให้ท่านต้องเสียเวลา					
24. สถานที่ให้บริการตรวจสุขภาพ อยู่ไกลเกินไป ทำให้ลำบากในการเดินทาง มาตรวจ					
25. ถึงแม้ท่านมีภารกิจมาก ในการปฏิบัติ งาน แต่ท่านสามารถปลีกเวลามาตรวจ เต้านมได้					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
26. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะต้องมารอรับ การตรวจด้านมที่ศูนย์ป้องกันและควบคุม โรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี					
27. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการบริการของ เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ					
28. ท่านมีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอในการ ตรวจด้านม					
29. การให้ประชาสัมพันธ์ของสถาน บริการของรัฐ ไม่น่าสนใจทำให้ ไม่ต้องการมาตรวจด้านม					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่ท่านต้องการมากที่สุด

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน			
2. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติบริเวณเต้านม ท่านจะไปพบแพทย์ทุกครั้ง			
3. ท่านมารับการตรวจเต้านมเป็นประจำทุกปี โดยที่ไม่มีอาการผิดปกติ			
4. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ตามความจำเป็นของร่างกาย			
5. ท่านดูแลสุขภาพสม่ำเสมอ			
6. ท่านเลือกวิธีคุมกำเนิดด้วยวิธีที่ท่านพอใจ โดยไม่ปรึกษาแพทย์			
7. เมื่อมีบุคคลใกล้ชิด (แม่ พี่ น้อง ญาติ เพื่อน) ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ท่านจะรีบไปปรึกษาแพทย์			
8. ท่านซื้อยามารับประทานเองเสมอ เมื่อมีอาการผิดปกติบริเวณเต้านม.			
9. ท่านสนใจติดตามข่าวสารความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมสม่ำเสมอ			
10. เมื่อมีอายุมากขึ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมจึงเป็นสิ่งสำคัญ			

ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

ลำดับ	ค่าอำนาจจำแนก การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ค่าอำนาจจำแนก การรับรู้ความรุนแรง	ค่าอำนาจจำแนก การรับรู้ประโยชน์	ค่าอำนาจจำแนก การรับรู้อุปสรรค
1	0.1698	0.2715	0.4903	0.1718
2	0.2358	0.2424	0.3686	0.3960
3	0.1989	0.1974	0.4020	0.2308
4	0.4146	0.2113	0.5172	0.3864
5	0.1610	0.1794	0.2282	0.5169
6	0.4380	0.4933	0.1499	0.2841
7	0.4229	0.4020	0.4966	0.3883
8				0.4337

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ = 0.7978

ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม

ลำดับ	ค่าอำนาจจำแนกพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ
1	0.5173
2	0.5286
3	0.3442
4	0.3907
5	0.5179
6	0.3016
7	0.1569
8	0.3690
9	0.5952
10	0.4260

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ = 0.7255

ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์ และรายนามผู้เชี่ยวชาญ

ที่ ทม 1007/ 1622



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑๖ มีนาคม 2540

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเฝ้าระวัง

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวเพชรรัตน์ อมรชีวิน เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันและเฝ้าระวัง ด้านของ สตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเฝ้าระวัง จังหวัดลพบุรี

ทั้งนี้ขอความควบคุมของ

ผศ.วินัส บัณฑิตพงษ์

ประธาน

ผศ.จุฑามาศ เทพชัยศรี

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์ คือ ขอให้ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ตอบแบบสอบถาม ในระหว่าง เดือนเมษายน 2540 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดหาให้แก่นิสิตผู้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

- | | |
|---|--|
| 1. เรือโทนายแพทย์สิริศักดิ์ ภูมิพัฒน์ | แพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านเวชกรรม
สาขารังสีวิทยา (ผู้ช่วยอธิบดีกรมการแพทย์) |
| 2. นายแพทย์สุภชัย น้อยวัฒนา | นายแพทย์ 6 หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมและ
ป้องกันโรคมะเร็ง
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ศูนย์ป้องกัน
และควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี |
| 3. รองศาสตราจารย์ ทวีสิทธิ์ สัทธกร | อาจารย์พิเศษ ภาควิชาสุศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที | ภาควิชาสุศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |
| 5. นางสมจิตร ประภากร | พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานการพยาบาล
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ |

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวเพชรรัตน์ อมรชีวิน
เกิด	วันที่ 23 เมษายน 2509
สถานที่เกิด	อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	140/75 ซอยอิสรภาพ 39 ถนนอิสรภาพ แขวงบ้านช่างหล่อ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
สถานที่ทำงาน	ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดลพบุรี
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 6
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2527	มัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนราชินีบน
พ.ศ. 2231	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
พ.ศ. 2533	ศึกษาศาสตร์บัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง
พ.ศ.2540	การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

**ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม
ของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง
จังหวัดลพบุรี**

**บทคัดย่อ
ของ
เพชรรัตน์ อมรชีวิน**

**เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา
เมษายน 2541**

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง จังหวัดชลบุรี จำนวน 369 คน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One Way Analysis of Variance) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบค่าที (t - test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคร่วมใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงของโรคร่วมใหญ่อยู่ในระดับมาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก
2. พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้
3. สตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่มี อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมต่างกันจะมี พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. สตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่มีประสบการณ์การมีบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นมะเร็งเต้านมต่างกันมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน
5. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ของสตรีที่มารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม
6. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของสตรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH BELIEF AND PRACTICAL BEHAVIOR
IN BREAST CANCER PREVENTION OF WOMEN WHO ATTENDED THE OUT
PATIENT DEPARTMENT AT LOPBURI REGIONAL CANCER CENTRE

ABSTRACT

BY

PETCHARAT AMORNCHEWIN

Presented in partial fulfillment of the requirements for the

Master of Education degree in Health Education

at Srinakharinwirot University

April 1998

The object of this study was to find out the relationship between health belief and practical behavior in breast cancer prevention of women attending the out patient department at Lopburi Regional Cancer Centre. The sample in this study were 369 women who attended the out patient department at Lopburi Regional Cancer Centre. Questionnaires were handed out and collected by the researcher. The data were analyzed by using , One Way Analysis of Variance , Pearson Product Moment Correlation Coefficient and t-test

The results were as follows :

1. The perception of health belief model in breast cancer of women who attended the out patient department were : perceived susceptibility was moderate level , perceived severity was high level and perceived benefits and perceived barrier were high level.
2. The level of practical behavior in breast cancer prevention of women who attended the out patient department was moderately good.
3. There was significant difference at the .05 level in practical behavior in breast cancer prevention of women who attended the out patient department having different ages , education levels , occupations , incomes and receiving of information in breast cancer.
4. There was no difference of practical behavior in breast cancer prevention of women who attended the out patient department with different experiences of the person close to patients .
5. The perceived susceptibility of breast cancer of women who attended the out patient department had no significant correlation with practical behavior in breast cancer prevention.
6. There were various kinds of positive correlations : perceived severity , perceived benefits , perceived barriers , ages , education levels and incomes of women who attended the out patient department relate to the practical behavior in preventing breast cancer at the .05 level significantly.