

Received: 9 Apr. 2024, Revised: 21 May. 2024

Accepted: 23 May. 2024

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในประชากร
เพศหญิง กลุ่มอายุ 30-70 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์

ละออง เชื้อฉุน^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ของประชากรเพศหญิง อายุ 30-70 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่าง 184 คน เก็บข้อมูล มกราคม - มีนาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้ บรรยาย ดูวิดีโอ สานิต ประชุมกลุ่ม กระตุ้นเตือนผ่านไลน์กลุ่ม และแสดงข้อคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 56 ปี อายุน้อยที่สุด 30 ปี อายุมากที่สุด 70 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 97.3 สถานภาพส่วนใหญ่มีคู่สมรส ร้อยละ 78.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสามารถสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ ข้อเสนอแนะ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความแตกต่างกันอย่างเด่นชัด และควรกระตุ้นเตือนเป็นประจำเพื่อให้เกิดการมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE), การสร้างเสริมพฤติกรรม, คัดกรอง, มะเร็งเต้านม

^{1*}พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ, โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ, อ.เฉลิมพระเกียรติ, จ.บุรีรัมย์

*Corresponding author E-mail: Kruekrue18@gmail.com

*Original Article***Effect of a Breast Self-Examination behavior enhancement program of women aged 30 – 70 years in the service area at Chalermprakiat Hospital, Chalermprakiat District, Buriram Province**La-or Chuechoon^{1*}**Abstract**

This quasi-experimental research aimed to study the effect of a Breast Self-Examination behavior enhancement program of women aged 30 – 70 years in the service area at Chalermprakiat Hospital, Chalermprakiat District, Buriram Province. The 184 participants were selected by simple random sampling. The data were collected in January – March 2024 through using questionnaires and analyzed by frequency, mean, percentage, standard deviation, Wilcoxon Signed Rank Test. The Breast Self-Examination behavior enhancement program on fall prevention for 12 weeks that were consisted of an providing knowledge, lecturing, video, demonstration, group discussion, activate of line group and knowledge Sharing. The results showed that most of them were female average age = 56 years, min = 30 years, max = 70 years, 97.3% had an undergraduate, 78.3 had a spouse, 75% is a farmers. Samples have knowledge of breast cancer and BSE, awareness of the risk of developing breast cancer, the perceived severity when developing breast cancer, perceived benefits of breast self-examination, perceived barriers of breast self-examination and have breast self-examination skills found that after the experiment had a higher mean than before experimental with statistical significance ($p < 0.05$). The effect of program can behavior enhancement Breast Self-Examination. Recommendation : perceived susceptibility and perceived barriers for breast self-examination skills found that after the experiment had a higher mean than before experimental and regular reminders should be given to encourage appropriate breast self-examination behavior.

Keyword : Breast Self-Examination (BSE), behavior enhancement, screening, breast cancer

^{1*}Registered Nurse, Professional Level, Chalermprakiat Hospital, Chalermprakiat District, Buriram Province

*Corresponding author E-mail: Kruekrue18@gmail.com

บทนำ

“มะเร็ง” หมายถึง เนื้องอกและเนื้อร้าย โดยมีลักษณะเด่นอย่างหนึ่ง คือ การสร้างเซลล์ที่ผิดปกติ เติบโตได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งสามารถลุกลามไปยังส่วนต่างๆ ของอวัยวะในร่างกายที่อยู่ติดกัน และแพร่กระจายได้ นั่นจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยในปี 2563 พบสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับ (ล้านคน) ได้แก่ ปอด (1.8) ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (0.916) ตับ (0.83) กระเพาะอาหาร (0.769) และเต้านม (0.685)¹ อย่างไรก็ตามยังได้มีการรายงานถึงสาเหตุที่พบได้สูงสุดจากการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในกลุ่มสตรี นั่นคือมะเร็งเต้านมที่พบมากกว่า 2.3 ล้านรายในแต่ละปี²

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กล่าวว่า มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เซลล์ผิดปกติบริเวณเต้านม มีการเติบโตอย่างรวดเร็วและก่อตัวเป็นเนื้องอก หากปล่อยทิ้งไว้อาจแพร่กระจายไปทั่วร่างกายและอาจถึงแก่ชีวิตได้ การรักษาจะขึ้นอยู่กับบุคคล ประเภทและการแพร่กระจาย รวมถึงการผ่าตัด ฉายรังสี และใช้ยา ในปี 2563 มีผู้หญิงกว่า 2.3 ล้านคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และยังมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้ 685,000 รายทั่วโลก อีกทั้งในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ยังมีผู้หญิงกว่า 7.8 ล้านคน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจากการสำรวจเมื่อสิ้นปี 2563 ซึ่งทำให้มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยแพร่หลายมากที่สุดในโลก จากการคาดการณ์ของ European Cancer Information System (ECIS) ในปี 2563 อุบัติการณ์ในสหภาพยุโรป (EU-28) คาดว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั้งหมด 404,920 รายในปี 2563³ ดังนั้น เพื่อให้เกิดการตรวจหาหรือค้นหาเพื่อให้พบเจอหรือป้องกันโรคตั้งแต่แรกเริ่ม การตรวจคัดกรองจึงมีส่วนสำคัญในการค้นหาโรคที่แอบแฝงและเป็นภัยเงียบในประชาชน โดยการตรวจคัดกรองนั้น มีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาบุคคลที่บ่งบอกถึงมะเร็ง หรือก่อนที่จะมีอาการ หรือก่อนเป็นมะเร็ง เมื่อมีการค้นพบความผิดปกติในระหว่างการตรวจคัดกรอง ก็ควรมีการนำผู้ที่ต้องสงสัยมาทำการตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียด⁴

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง การตรวจเต้านมของผู้หญิงเพื่อค้นหาหามะเร็งก่อนที่จะมีอาการ หรืออาการแสดงของโรค ซึ่งแม้ว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจะไม่สามารถป้องกันมะเร็งเต้านมได้ แต่ก็สามารถช่วยค้นหาหามะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่แรกเริ่ม ซึ่งสามารถรักษาได้ง่ายกว่า⁴ อีกทั้งในปัจจุบันยังมีกระบวนการตรวจคัดกรองทั้งทางด้านคลินิก Clinical breast exam (CBE) และการตรวจคัดกรองด้วยตนเอง Breast self-exam (BSE) ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการแมมโมแกรม (Mammography) ยังคงเป็นวิธีหลักที่เลือกใช้ ในขณะที่การตรวจคัดกรองด้วยตนเองยังพบน้อย⁵ แม้ว่าสถาบันต่างๆ จะไม่แนะนำ แต่การทำ BSE ยังมีความจำเป็นในผู้หญิงที่อยู่ประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากเครื่องมือแมมโมแกรมสำหรับการตรวจคัดกรองนั้นมีข้อจำกัด อย่างไรก็ตาม ควรดำเนินการตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของสังคมในแต่ละประเทศ⁶

สถานการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมในประเทศไทย ถือเป็นมะเร็งที่พบบ่อย และพบได้บ่อยเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทยและทั่วโลก ในปี 2564 พบอุบัติการณ์การเกิดในผู้ป่วยใหม่ ประมาณ 12% พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ผู้ชายมีโอกาสพบได้ 1% หากตรวจพบในระยะเริ่มต้น มีโอกาสรักษาหายและอัตราการรอดชีวิตสูง⁷ อีกทั้งในปี 2565 พบว่า ผู้หญิงไทยเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด จำนวน 38,559 คน โดย 3 อันดับช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ผู้หญิงอายุ 60 ปีขึ้นไป (19,776 คน) ผู้หญิงอายุ 50-59 ปี (12,181 คน) และอายุ 40-49 ปี (5,177 คน) แสดงให้เห็นว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นภัยเงียบใกล้ตัว เนื่องจากในระยะแรกของการเป็นมะเร็งเต้านมจะไม่แสดงอาการ ไม่เจ็บ ไม่ปวด จะปรากฏอาการผิดปกติให้เห็นเมื่ออยู่ในระยะที่ก้อนมะเร็งมีการอักเสบ และลุกลามไปทั่วแล้ว ซึ่งเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงมาก^{10,11} นอกจากนั้น ปี 2565 ได้มีข้อมูลสถิติจากทะเบียนมะเร็งประเทศไทย โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ร้อยละของมะเร็งที่พบบ่อย 5

อันดับแรกในหญิงไทย ได้แก่ มะเร็งเต้านม (34.2) มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (13.3) มะเร็งตับละต่อน้ำดี (12.2) มะเร็งปอด (11.5) และมะเร็งปากมดลูก (11.1)¹⁰ ซึ่งมะเร็งเต้านมถือเป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในประชากรหญิงไทย

จากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ (Health Data Center : HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม 3 อันดับแรก ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2564 ถึง 2566 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 7 ปี รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 9 และเขตสุขภาพที่ 4¹¹ โดยในเขตสุขภาพที่ 9 นั้น ติดอันดับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด 3 อันดับของเขต และยังพบว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมในประชากรเพศหญิงก็เป็นแนวทางที่สำคัญในการลดอุบัติการณ์มะเร็งเต้านม นอกจากนี้วิธีการ การส่งเสริมสุขภาพ การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ในประชากรหญิงไทยทั่วไปและกลุ่มที่เสี่ยงจึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการป้องกันและรักษาโรคมะเร็งเต้านมที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขอย่างมาก¹²

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ได้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 2 ราย โดยทั้ง 2 รายนั้น ไม่มีอาการแสดงมาก่อน แต่พบจากการคัดกรองโดยปฐมภูมิและองค์กรวม อีกทั้งยังพบว่า กลุ่มเป้าหมายยังขาดความรู้เรื่องของมะเร็งเต้านม และไม่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ที่เพียงพอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)²⁰ ที่ได้อธิบายถึงการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตพอสมควร การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีกับเขา ช่วยลดโอกาสเสี่ยง ลดความรุนแรงของโรคนั้นๆ และการปฏิบัติตัวนั้น ไม่ควรเป็นอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัว ออกแบบเป็นโปรแกรม โดยวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ของประชากรเพศหญิงอายุ 30-70 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่เหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบเป็น การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) หนึ่งกลุ่ม ทำการทดสอบก่อน และ หลัง การทดลอง

รูปแบบการวิจัย



กำหนดให้

O₁ หมายถึง นัดหมายกลุ่มตัวอย่างมารวมกัน เพื่อชี้แจงและเก็บข้อมูลก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

O₂ หมายถึง นัดหมายกลุ่มตัวอย่างมารวมกัน และเก็บข้อมูลหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

X₁ หมายถึง สัปดาห์ที่ 1 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างมารวมกัน บรรยายเพื่อให้ความรู้เรื่องของมะเร็งเต้านมและการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ประกอบไปด้วยการบรรยาย 30 นาที การชี้ให้เป็นถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์จากการป้องกัน และอุปสรรคจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใช้เวลา 30 นาที โดยการใช้สื่อ

รูปภาพ และการเปิดสื่อวิดีโอเกี่ยวกับการรักษามะเร็งเต้านม ให้กลุ่มตัวอย่างรับชม 30 นาที ใช้เวลารวม 1.30 ชั่วโมง และให้กลุ่มตัวอย่างเข้า Line group เพื่อติดต่อสื่อสาร

X₂ หมายถึง สัปดาห์ที่ 2 กระตุ้นโดยส่ง one-page ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม 1 ครั้ง

X₃ หมายถึง สัปดาห์ที่ 3 กระตุ้นโดยส่ง one-page การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 1 ครั้ง

X₄ หมายถึง สัปดาห์ที่ 4 กระตุ้นโดยส่ง one-page ประโยชน์การตรวจเต้านมและอุปกรณ์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง 1 ครั้ง

X₅ หมายถึง สัปดาห์ที่ 5 นักกลุ่มตัวอย่างมารวมกลุ่มและติดตามผล เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นการทบทวนความรู้ที่ได้รับ โดยประเมินจากการถามตอบ และเสริมความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์จากการป้องกัน และอุปสรรคจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง กระตุ้นการสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE) โดยการเปิดวิดีโอสาธิตการตรวจเต้านมให้กลุ่มตัวอย่างดู และสาธิตโดยผู้วิจัย ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง และให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย 30 นาที ใช้เวลารวม 2.30 ชั่วโมง

X₆ หมายถึง สัปดาห์ที่ 6 กระตุ้นโดยส่ง one-page ขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 1 ครั้ง

X₇ หมายถึง สัปดาห์ที่ 7 กระตุ้นโดยส่งวิดีโอการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง 1 ครั้ง

X₈ หมายถึง สัปดาห์ที่ 8 กระตุ้นโดยส่ง one-page การตรวจพบสิ่งผิดปกติที่สงสัยว่าอาจส่งผลกระทบต่อความเป็นมะเร็งเต้านม 1 ครั้ง

X₉ หมายถึง สัปดาห์ที่ 9 นักกลุ่มตัวอย่างมารวมกลุ่มและติดตามผล เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นการทบทวนความรู้ที่ได้รับตั้งแต่เริ่มเข้าร่วมโปรแกรม และสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเองอีกครั้งโดยผู้วิจัย ใช้เวลา 30 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างบอกถึงปัญหาที่พบภายหลังจากได้ดูสื่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใช้เวลา 30 นาที ใช้เวลารวม 1 ชั่วโมง ทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมารวมกลุ่มกันอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อประเมินผลหลังการทดลอง

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชากรเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 30-70 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 1,017 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีประชากรมีขนาดเล็ก (ใช้เมื่อมีจำนวนประชากรจำกัด)¹³ ได้กลุ่มตัวอย่าง 149 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม จึงได้มีการคำนวณปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยใช้สูตรปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง¹³ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 184 คน

สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อของประชากรเพศหญิงที่มีอายุ 30 – 70 ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดบุรีรัมย์ จากฐานข้อมูล HDC¹¹ โดยการทำสลากหมายเลขตามทะเบียนรายชื่อ แล้วจับสลากจนได้รายชื่อครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) ประชากรเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 30-70 ปี
- 2) มีความประสงค์เข้าร่วมหรือประสงค์เป็นอาสาสมัครในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง
- 3) อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์
- 4) มีโทรศัพท์มือถือและอินเทอร์เน็ต
- 5) มีความสามารถด้านการอ่านออก เขียนได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามโปรแกรมกิจกรรม
- 2) บุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม

เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal or termination criteria)

- 1) โยเกย้ายถิ่นฐาน หรือที่อยู่อาศัยขณะเข้าร่วมวิจัย
- 2) เกิดความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ ขณะเข้าร่วมวิจัย
- 3) เกิดความผิดปกติ หรือผลกระทบใดๆ จากการเข้าร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรม ประกอบด้วย สื่อแผ่นภาพ วิดีทัศน์ โอน์แอพพลิเคชัน รูปภาพ one-page (ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ อุปสรรคจากการป้องกันโรค และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในประชากรเพศหญิง กลุ่มอายุ 30-70 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอนครชัยศรี จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นแบบการวัดการประมาณค่า (Rating scale) และแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีคำถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวน 4 ข้อ และส่วนของประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างใดข้างหนึ่ง? เคยเป็นก้อน Cyst ที่เต้านม มีการแบ่งตัวของเซลล์ที่ผิดปกติ? มีมารดา พี่สาว น้องสาว เป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่? มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี? ไม่มีบุตร? รับประทานยาคุมกำเนิดมากกว่า 10 ปี? จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) โดยให้เลือกเติมในคำตอบที่เหมาะสมและตรงกับลักษณะของผู้ตอบมากที่สุด

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย เลือกคำตอบ 4 ตัวเลือก ก ข ค และ ง โดยเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว หากเลือกคำตอบถูกต้องจะได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน

เกณฑ์คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ พิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁴ ได้แก่ ต่ำ (00.00 – 3.33) ปานกลาง (3.34 – 6.66) และสูง (6.67 – 10.00)

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 7 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค 6 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค 7 ข้อ และ อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 5 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวม 100 คะแนน

เกณฑ์คะแนนในข้อความเชิงบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน)

เกณฑ์คะแนนในข้อความเชิงลบ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (3 คะแนน) และไม่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง (4 คะแนน)

เกณฑ์คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ พิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁴ ได้แก่ ต่ำ (25.00 – 50.00) ปานกลาง (51.00 – 75.00) และสูง (76.00 – 100.00)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) จำนวน 11 ข้อ โดยในข้อแรกมีข้อความถาม ท่านเคยตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่? ลักษณะคำตอบคือ ตรวจ กับ ไม่ตรวจ หากตอบตรวจ จะต้องตอบข้อความข้อ 2-11

ต่อไป แต่หากตอบ ไม่ตรง ให้สิ้นสุดการตอบคำถามส่วนที่ 4 ซึ่งข้อความข้อที่ 2-10 เป็นการถามเกี่ยวกับวิธีการตรวจหาสิ่งผิดปกติที่ตรวจพบขณะตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 9 ท่า โดยให้เลือกตอบ ปฏิบัติ และ ไม่ปฏิบัติ

เกณฑ์คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ พิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁴ ได้แก่ ต่ำ (0.00 – 3.00) ปานกลาง (4.00 – 6.00) และสูง (7.00 – 9.00)

และคำถามข้อสุดท้ายคือ ท่านมีความผิดปกติอื่นๆ หรือไม่? หากพบความผิดปกติ โปรดระบุความผิดปกติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ โรงเรียนแพทย์รามาริบัติ สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล นายแพทย์ชำนาญการ แพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ และ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทดลองใช้กับ ประชากรเพศหญิง อายุ 30 – 70 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบุตาพวง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 ราย โดยแบบทดสอบความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.71 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 0.81 การรับรู้ความรุนแรงของโรค 0.72 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค 0.71 อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 0.73 และพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE) 0.72

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2024-034 ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา หรือมารับบริการยังสถานพยาบาล โดยข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาจะไม่มีการนำเสนอเฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล แต่จะนำเสนอโดยภาพรวม และภายหลังจากที่สรุปผลการวิจัยเสร็จสิ้นเอกสารเหล่านั้นจะถูกนำไปทำลาย

การรวบรวมข้อมูล ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ มีกิจกรรมดังนี้

1) การนัดประชุมกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างหรือเข้าร่วมวิจัยทุกท่านมารวมกัน เพื่อชี้แจง หรือบรรยายเป็นหมู่คณะ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์จากการป้องกันโรค และอุปสรรค รวมถึงส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) โดยการสาธิตการทำให้เห็นภาพผ่านสื่อแผ่นภาพ และวิดีโอ และให้กลุ่มตัวอย่างเข้า Line group เพื่อติดต่อสื่อสารกันเป็นหมู่คณะ โดยก่อนการจัดกิจกรรมจะมีการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง

2) การกระตุ้นโดยการส่งรูปภาพ one-page ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์จากการป้องกันโรค อุปสรรค และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตามลำดับ เข้าไปในกลุ่มไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้อย่างต่อเนื่อง

3) การนัดประชุมกลุ่ม เพื่อแสดงความคิดเห็น เสริมสร้างพลังและความตระหนัก เพื่อให้เกิดความตระหนัก และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

4) ติดตามและประเมินผลหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ และคัดเลือกเอาเฉพาะชุดที่สมบูรณ์ มาใช้โปรแกรมประมวลผลทางสถิติแบบสำเร็จรูป ซึ่งผู้วิจัยได้ กำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามากที่สุด (Max) ค่าน้อยที่สุด (Min) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation : SD) สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบคะแนนความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ พฤติกรรม ก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (Kolmogorov & Smirnov) พบว่า ข้อมูลชุดนี้ $p < 0.01$ ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงเลือกใช้สถิติที่ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีอายุเฉลี่ย 56 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 8.84 อายุุน้อยที่สุด 30 ปี อายุมากที่สุด 70 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 97.3 รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 2.7 สถานภาพส่วนใหญ่มีคู่สมรส ร้อยละ 78.3 รองลงมา คือ สถานะโสด ร้อยละ 12.5 และหย่าร้าง ร้อยละ 9.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 75.0 รองลงมา คือ แม่บ้าน ร้อยละ 13.0 และอื่นๆ (รับจ้าง ค้าขาย และรับราชการ) ร้อยละ 12

ประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างใดข้างหนึ่งมาก่อน ร้อยละ 100 เคยเป็นก้อน Cyst ที่เต้านม ร้อยละ 1.6 มีมารดา พี่สาว น้องสาว เป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 3.3 มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 7.1 ไม่มีบุตร ร้อยละ 9.2 และรับประทานยาคุมกำเนิดมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 14.1

ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ คะแนนความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อน และหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม	Mean difference	หลังเข้าโปรแกรม	p-value
ความรู้				
Mean, SD	5.17, 1.52	-2.23	7.40, 1.64	<0.001*
พิสัย (min, max)	7 (2, 9)		7 (3, 10)	
ความเชื่อด้านสุขภาพ				
การรับรู้โอกาสเสี่ยง				
Mean, SD	18.89, 3.17	-1.70	20.59, 2.56	<0.001*
พิสัย (min, max)	20 (8, 28)		18 (10, 28)	
การรับรู้ความรุนแรง				
Mean, SD	18.02, 2.49	-0.67	18.69, 2.49	0.044*
พิสัย (min, max)	17 (7, 24)		16 (8, 24)	
การรับรู้ประโยชน์				
Mean, SD	21.48, 2.66	-0.47	21.95, 2.56	0.049*

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 56 ปี อายุน้อยที่สุด 30 ปี อายุมากที่สุด 70 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 97.3 สถานภาพส่วนใหญ่มีคู่สมรส ร้อยละ 78.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.0

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ผลการวิจัยความรู้หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยความรู้ที่ได้รับในกิจกรรมประชุมกลุ่ม บรรยาย วิดีทัศน์ และการใช้กลุ่มไลน์ เพื่อส่งความรู้ในรูปแบบข้อความ หรือ one-page จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างถูกกระตุ้นเตือนเป็นระยะ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และนวรรตน์ โกมลวิภาต¹⁵ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยใช้การบรรยายผ่านสื่อเพาเวอร์พอยท์ การรับชม วิดีทัศน์ สาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และยังสอดคล้องกับ วชิรวิทย์ หวังมัน และคณะ¹⁶ คะแนนความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อความสะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูลสำหรับผู้ที่ใช้สมาร์ทโฟน อีกทั้ง ถนอมศรี อินทนนท์ และรุจิรา อำพันธ์¹⁷ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 - 70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรีใหญ่ อำเภوخุซัน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับความรู้ และปัจจัยใดที่เป็นโอกาสเสี่ยงทำให้เกิดมะเร็งเต้านมได้ โดยข้อมูลในการบรรยายที่อยู่ในโปรแกรมมีทั้งข้อมูลที่เห็นภาพชัดเจน (ความรุนแรงของโรค) หรือแม้แต่การยกตัวอย่าง จึงทำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและเกิดความตระหนักในการป้องกันตนเอง รวมถึงเป็นการจัดอุปสรรคที่อาจทำให้ปล่อยปะละเลยต่อการเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และนวรรตน์ โกมลวิภาต¹⁵ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้และตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับ ธนัสมณท์ ภาณุพรพงษ์¹⁷ พบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี จังหวัดนครราชสีมา โดยอาศัยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีเพศหญิงอายุตั้งแต่ 30 - 70 ปี มีผลการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ ภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Shakeri, M. and et al¹⁸ ผลของแอปพลิเคชันสมาร์ตโฟนต่อสมรรถภาพสตรีและความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีที่เมือง jahrom ในประเทศอิหร่าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับน้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และนวรรตน์ โกมลวิภาต¹⁵ ธนัสมณท์ ภาณุพรพงษ์¹⁷ ที่ได้ศึกษาและประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) พบว่า มี

ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการกระตุ้นผ่านสื่อสังคมออนไลน์ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังสอดคล้องกับ Wondmu, K. and et al¹⁹ ที่ได้ศึกษาการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัย Debre Markos ทางตะวันตกเฉียงเหนือของเอธิโอเปีย พบว่า ความรู้ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) อีกทั้งคะแนนพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองยังเพิ่มขึ้น 2.26 คะแนน หลังจากเข้าร่วมการทดลอง

สรุป ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในประชากรเพศหญิง กลุ่มอายุ 30-70 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิจัย พบว่า ความรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และประสิทธิภาพของโปรแกรมสามารถสร้างเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้สอดคล้องกับ Rosenstock²⁰ ที่ได้อธิบายถึงการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องทำให้บุคคลเหล่านั้นรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคต่อการป้องกันโรค จึงจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านต่างๆ และพฤติกรรมที่ดีขึ้นหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความแตกต่างกันอย่างเด่นชัด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 9 พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งไม่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนั้น จึงควรมีการกระตุ้นเตือนเป็นประจำเพื่อให้เกิดผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในประชากรเพศหญิงเพิ่มมากขึ้น

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) หนึ่งกลุ่ม (ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอาจทำให้ได้ผลที่ไม่ชัดเจน เนื่องจากส่วนของความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมและประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นถึงจะมีความแตกต่างกัน แต่คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมถือว่ามีความใกล้เคียงกันค่อนข้างมาก ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างทราบความรุนแรงและประโยชน์ แต่ยังคงขาดพฤติกรรมในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนในการเก็บข้อมูล ในเขตรับผิดชอบอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ อีกทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่สละเวลาตรวจสอบเครื่องมือ แนะนำระเบียบวิธีวิจัย และชี้แนะแนวทางในการทำงานวิจัยเรื่องนี้ดำเนินการจนเสร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Cancer (ออนไลน์), สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2567. จาก. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. 2023.

2. World Health Organization (WHO). Breast cancer (ออนไลน์), สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2567. จาก. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>. 2023.
3. ECIS—European Cancer Information System. (n.d.). Incidence and mortality estimates 2022 (ออนไลน์), สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2567. จาก. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>
4. Centers for Disease Control. Breast Cancer (ออนไลน์), สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2567. จาก. https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/screening.htm.2023.
5. Elmore, J. G., Armstrong, K., Lehman, C. D., & Fletcher, S. W. "Screening for breast cancerW. Jama, 293(10), 1245-1256. 2005.
6. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ข้อเสนอแนะการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (พิมพ์ครั้งที่ 1). สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.2565.
7. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. มะเร็งเต้านมพบได้บ่อยเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทยและทั่วโลก (ออนไลน์), สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2567. จาก. <https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/october-2021/breast-cancer-awareness-month.2565>.
8. ไทยรัฐออนไลน์. สถิติไทยพบหญิงไทยพบเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด (ออนไลน์), สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2567. จาก. <https://www.thairath.co.th/news/local/2654161.2566>.
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย เผยหญิงไทยป่วยมะเร็งเต้านมสูงสุด แนะนำตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน (ออนไลน์), สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2567. จาก. <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/140366/.2566>.
10. โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 9 แอร์พอร์ต. (ม.ป.ป.). สถิติโรคมะเร็ง ประเทศไทย (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2567. จาก. <https://ch9airport.com/th/>
11. ฐานข้อมูล HDC. อัตราป่วยโรคมะเร็งเต้านมต่อประชากร (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2567. จาก. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php.2557>.
12. ภรณ์ เหล่าอิทธิ และ นภา ปริญญานิติกุล. มะเร็งเต้านม : ระบาดวิทยา การป้องกันและแนวทางการตรวจคัดกรอง. จุลสารกรรมเวชสาร. 2559.ก.ย. – ต.ค.; 60(5): 497 – 507
13. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.2551.
14. Best JW. Research in Education. 3 . 3 . 3 rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc; 1977.
15. น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และนวรรตน์ โกมลวิภาต. ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.2561;7(1), 57-70.
16. วัชรวิทย์ หวังมัน, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และทิพย์ฉมพร เกษโกมล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับ แอปพลิเคชันไลน์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์.2564;11(1), 1-14.
17. ธนัสมณต์ ภาณุพรพงษ์. ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ นกงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.2564;7(1), 140-157.

18. Shakery, M., Mehrabi, M., & Khademian, Z. The effect of a smartphone application on women's performance and health beliefs about breast self-examination: a quasi-experimental study. *BMC medical informatics and decision making*.2021;21(1), 248.
19. Wondmu, K. S., Tessema, M. T., Degu, G., Mihiret, G. T., & Sinshaw, M. T. Effect of breast cancer education based on the health belief model on knowledge, health belief, and breast self-examination among female students of Debre Markos University, Northwest Ethiopia, in 2021. *Frontiers in oncology*.2022;12, 1034183.
20. Rosenstock, M. I., Strecher, V. J., & Becker, M. H. Social learning theory and health belief model. *Health Education Quarterly*.1988;15(2), 75-138.