

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน แต่ใช้เวลานานหลายปีในการก่อโรค หากตรวจพบในระยะเริ่มต้น ก็สามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้ถึงร้อยละ 80 – 100 ปัจจุบันมะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงสูงและเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของสตรีทั่วโลก องค์การอนามัยโลก คาดว่าในปี 2558 จะมีประชากรป่วยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นจากปีละ 10,000,000 ราย เป็น 15,700,000 ราย (WHO. 2009 อ้างถึงใน ทรงเดช ประเสริฐศรี, อัมภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. 2555 : 39) สอดคล้องกับข้อมูลของประเทศไทย ที่พบว่ามะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี โดยมะเร็งเต้านมพบได้มากถึง 1 ใน 4 ของมะเร็งในเพศหญิง

ข้อมูลงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลทั่วประเทศ ฉบับที่ 25 ปี 2553 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้สรุปจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับบริการระหว่างปี 2542 - 2552 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยสถิติปี 2548 - 2552 มีจำนวนผู้ป่วยเป็นมะเร็งรายใหม่ 15,444 ราย เป็นหญิงที่เป็นมะเร็งทุกชนิดรวมกัน 7,912 ราย และระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2552 – วันที่ 31 ธันวาคม 2552 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 3,314 ราย เป็นหญิง 2,070 ราย ในจำนวนนี้เป็นมะเร็งเต้านมถึง 765 ราย คิดเป็นร้อยละ 37 ของมะเร็งทั้งหมด นับเป็นมะเร็งอันดับหนึ่งของสตรี และมะเร็งอันดับสอง ได้แก่มะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 14.4 มะเร็งลำไส้และทวารหนัก คิดเป็นร้อยละ 8.1 มะเร็งปอดและหลอดลมคิดเป็นร้อยละ 6.8 มะเร็งตับและท่อน้ำดี คิดเป็นร้อยละ 4.0 ตามลำดับ และในปี 2553 พบว่ามะเร็งเต้านมพบมากที่สุดในประเทศ โดยพบ ร้อยละ 40 และข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2555 ระบุว่ามะเร็งเต้านมยังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของหญิงไทย โดยพบว่าในปี 2553 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ 13,184 ราย เสียชีวิตประมาณ 4,665 ราย หรือทุก 2 ชั่วโมง จะพบว่าหญิงไทยเสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านม 1 คนและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ข้อมูลสถิติสาธารณสุข (2553:73) ของสำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการรวบรวมสาเหตุการตาย พ.ศ. 2553 จากมรณบัตร พบสาเหตุการตาย 10 โรคแรก ได้แก่ เนื้องอก (มะเร็งทุกชนิด) มีอัตราร้อยละ 91.2 ซึ่งเพิ่มจากปี 2549 ที่มีสถิติร้อยละ 83.1 ต่อประชากร 100,000 คน และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข(2555) รายงานว่าสถิติอัตราการตายด้วยมะเร็งเต้านม(ต่อประชากรแสนคน) พบว่าปี 2549 – 2553 มีอัตรา 6.3 , 6.8 , 7.3 , 7.3 และ 7.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ในปี 2552 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ยังมีรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล แสดงข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มารับบริการการตรวจและรักษา ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2552 ถึง 31 ธันวาคม 2552 สรุปผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล (สมุทรปราการ นนทบุรี ปทุมธานี

นครปฐม และสมุทรสาคร) มีสตรีป่วยเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่มากเป็นอันดับหนึ่งถึงร้อยละ 47.2 รองลงมาอันดับสองคือ มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 37.9 ซึ่งมากที่สุดเมื่อเทียบกับทุกภาคของประเทศไทย กลุ่มอายุที่เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่มากที่สุดร้อยละ 19.5 คืออายุระหว่าง 45-49 ปี รองลงมาคืออายุระหว่าง 50-54 ปี ร้อยละ 17.9 และล่าสุดพบสตรีอายุน้อยที่สุดที่เป็นมะเร็งเต้านมอายุเพียง 20 ปีเท่านั้น ใน 6 จังหวัดในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล จังหวัดสมุทรปราการมีผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่มากเป็นอันดับสองรองมาจากกรุงเทพฯ กล่าวคือกรุงเทพฯมีผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ ร้อยละ 25.6 จังหวัดสมุทรปราการมีผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ร้อยละ 9.5 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.2553 : 3-4) และข้อมูลจากสำนักงานจังหวัดสมุทรปราการ ปี 2553 (ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2553) ได้สรุปสาเหตุการตายของประชากรจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า สาเหตุการตายอันดับหนึ่งคือ โรคมะเร็งทุกชนิด และโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ 10 อันดับแรกของจังหวัดสมุทรปราการ คือมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ด้วยเหตุผลสำคัญดังกล่าว จังหวัดสมุทรปราการจึงกำหนดนโยบายโดยให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพของประชากรให้มีอายุขัยเพิ่มขึ้น โดยการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยการจัดหน่วยเคลื่อนที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และให้ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

มะเร็งเต้านมถึงแม้จะยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่เป็นโรคที่รักษาให้หายและป้องกันการลุกลามได้ ถ้าสามารถตรวจพบและให้การรักษาในระยะเริ่มแรก การพยากรณ์ของโรคขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนและระยะที่ตรวจพบ(Dunnwald, Rossing and Li,2007: 1 -10) และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งหมดจะมาด้วยอาการพบก้อนที่บริเวณเต้านม และก้อนที่พบเหล่านี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะตรวจพบหรือคลำได้ด้วยตนเอง การตรวจค้นหาให้พบจึงเป็นสิ่งสำคัญและถือเป็นความจำเป็นของสตรีทุกคนที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้นี้ จากผลการศึกษาต่างยืนยันตรงกันว่าปัจจัยหลายประการเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเต้านม โดยที่ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านมในสตรีทุกกลุ่มอายุ จากการศึกษาของกิตติศักดิ์ เทพสุวรรณ (2540: 20) ระบุว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมสูงเนื่องจากอาศัยอยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่มีมลภาวะ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปหรืออาหารจานด่วนที่มีไขมันสูง มีอาชีพเป็นผู้ใช้แรงงาน นอกจากนี้ยังพบอีกว่าความเครียดและระยะเวลาที่ร่างกายมีการผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนเพิ่มสูงขึ้น อาจมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเกิดมะเร็งด้วยเช่นกัน(Baron and Walsh.1995 : 29-33) โดยเฉพาะผู้หญิงที่เมื่อมีความเครียดแล้วมักมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมากขึ้น เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เป็นต้น

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง(Breast self examination)เป็นวิธีที่ได้รับการแนะนำให้ปฏิบัติมากที่สุด ทั้งนี้เพราะเป็นวิธีการที่สามารถทำได้ด้วยตนเองได้ง่าย สะดวก ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย เหมาะสมและสอดคล้องกับเศรษฐกิจ และมีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งในการค้นพบความผิดปกติหรือก้อนเนื้องอกได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก แต่ผลจากการศึกษาที่ผ่านมาระบุอย่างชัดเจนว่าสตรีไทยที่อยู่ในวัยที่มีความเสี่ยงต่อการ

เป็นมะเร็งเต้านมไม่ว่าจะเป็นวัยรุ่น วัยทำงานหรือวัยกลางคน ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจเต้านม (บงกช เก่งเขตกิจ,เพ็ญศรี ระเบียบ และสุพรรณิ เอี่ยมรักษา,2542 ; Lu,2001:163 -170 ; Wardle,et al.1995 : 61-68) ไม่ให้ความสำคัญกับการตรวจเต้านมเท่าที่ควร รวมทั้งมีความรู้ ความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากการศึกษาของประกายทิพย์ จันทรภิรมย์ (2541: 55 - 59) พบว่าครึ่งหนึ่งของสตรีวัยรุ่นไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนการศึกษาของกัลยาณี นาคฤทธิ (2541 : 57-58) ระบุว่าสองในสามของสตรีวัยกลางคนไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยอ้างว่าตรวจไม่เป็นและเห็นว่าไม่จำเป็น ผลการศึกษาของอานันทนา ชื่นวิสิทธิ์ (2541) พบว่าหนึ่งในห้าของสตรีที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง สาเหตุจากตรวจไม่เป็น กลัวพบก้อนมะเร็ง อายและเห็นว่าไม่จำเป็น สอดคล้องกับการรายงานของสำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2551 พบว่าใน พ.ศ.2547 สตรีไทยอายุ 15-59 ปี ประมาณร้อยละ 50 เคยตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ขณะที่เมื่อมีการสำรวจใน พ.ศ. 2549 กลับพบว่า มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเหลือเพียงร้อยละ 25 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 ใน พ.ศ.2550 ส่วนการได้รับการตรวจเต้านมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน พ.ศ.2547 – 2550 มีประมาณร้อยละ 23 -29 นอกจากนี้ผลการศึกษาของ ดาริน ไต่กะนิ และคณะ (2552 : บทคัดย่อ)พบว่า สตรีวัยทองในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยทองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองคือ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสื่อวิทยุโทรทัศน์ โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 20.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้น พบผลในลักษณะที่สอดคล้องกันกล่าวคือ ทั้งสตรีวัยรุ่น วัยทำงานและวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่ยังตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ไม่ถูกต้อง แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมที่สตรีกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ได้รับมาจากสื่อ เช่น โทรทัศน์ วิทยุและสิ่งพิมพ์มากกว่าได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสุขภาพ

จากการศึกษาหลายแห่งระบุว่าโรคมะเร็งเต้านมที่พบในกลุ่มสตรีที่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง โรคจะอยู่ในระยะเริ่มต้นและมีขนาดก้อนมะเร็งเล็กกว่าที่พบในกลุ่มสตรีโรคมะเร็งที่ไม่ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Auvinen, et al.1996: 161-168) อย่างไรก็ตาม การตรวจเต้านมด้วยตนเองจะเป็นวิธีการปฏิบัติที่ได้รับ ความสนใจหรือได้รับการปฏิบัติมากขึ้น หากมีการสร้างแรงจูงใจหรือมีการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่องจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งการมีความรู้เพียงอย่างเดียวจะไม่มีอิทธิพลเพียงพอที่จะชักนำบุคคลไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมได้ ยืนยันได้จากการศึกษาต่างๆ ที่พบว่าสตรีวัยรุ่น สตรีวัยทำงานและสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีบุคคลใกล้ชิดตรวจเต้านมหรือเป็นมะเร็งเต้านม จะตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าผู้ที่ไม่มีความใกล้ชิดตรวจเต้านมหรือเป็นมะเร็งเต้านม (ประกายทิพย์ จันทรภิรมย์. 2541: 55-59 ; กัลยาณี นาคฤทธิ. 2541: 57-58) นอกจากนี้ผลการศึกษาของ จีระพรรณ ศรีหามิ และคณะ (2553 : 243-248) ยังพบว่าสตรีที่แต่งงานแล้วมี

อายุระหว่าง 35 - 55 ปี ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การดูแลสุขภาพของตนในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับแรงสนับสนุนจากสามี จะมีพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการเพิ่มการตรวจมะเร็งเต้านมในกลุ่มสตรีที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการรณรงค์ให้สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สำหรับสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องตรวจเต้านมบ่อยๆ โดยมีข้อเสนอแนะให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง เพื่อค้นหาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละเดือน และเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการตรวจคือ หลังหมดประจำเดือน 4-10 วัน อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอัตราการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอในสตรีไทยยังคงค่อนข้างต่ำ จากการประเมินสถานการณ์พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปในประเทศไทย พบว่าสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือนเพียงร้อยละ 19.12

องค์การอนามัยโลก(WHO.1986 อ้างใน ชมนาด วรณพรศิริ. 2555:5) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มขีดความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองเพื่อให้มีสุขภาพะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และเป็นกระบวนการช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อภาวะสุขภาพ ต่อมาในปี 1992 องค์การอนามัยโลกยังเสนอแนะให้บุคลากรด้านสาธารณสุขแสดงบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนด้วยการรณรงค์ผลักดัน (advocate) ให้มีการกำหนดนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ เสริมสร้างความสามารถ(enable) ของประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่เพื่อให้มีสุขภาพดี โดยเน้นถึงความร่วมมือกันของหน่วยงานต่างๆ ในสังคมทั้งภาครัฐและเอกชนที่จะเป็นสื่อกลาง (mediate) ในการกระตุ้นให้บุคคลสนใจปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพที่ดีสำหรับตนเอง จึงกำหนดให้เดือนตุลาคมของทุกปี เป็นเดือนสากลแห่งการต่อต้านมะเร็งเต้านม (Breast Cancer Awareness Month) เพื่อกระตุ้นให้สตรีทั่วโลกให้ความสำคัญกับการดูแลเต้านมตนเองให้ปลอดภัยจากมะเร็ง โดยการตรวจค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก

การสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยได้จัดอยู่ในระบบของการสาธารณสุขของประเทศมาตั้งแต่เริ่มต้นและมีการพัฒนาเรื่อยมาจนถึงปัจจุบันในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 - 2559 เป็นกรอบชี้นำทิศทางการพัฒนาด้านสุขภาพของประเทศตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ โดยมีเป้าประสงค์ 1) ประชาชนชุมชนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายมีศักยภาพและสามารถสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพมีการใช้ภูมิปัญญาไทยและมีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองและสังคมได้ 2) มีระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ไวพอทันการณ์ และสามารถจัดการปัญหาภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) มีระบบสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 4) มีระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานสามารถตอบสนองต่อความต้องการตามปัญหาสุขภาพและมี

ความสัมพันธ์ที่ีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และ5) มีระบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) ในปี ค.ศ.1975 เพนเดอร์ได้พัฒนาแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทการพยาบาลตามแนวคิดของเพนเดอร์ในยุคนั้นเน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชน ต่อมา เพนเดอร์ ได้เห็นความจำกัดของมโนทัศน์การป้องกันสุขภาพ คือ เป็นมโนทัศน์ทางสุขภาพเชิงลบเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยงแต่การยกระดับสุขภาพ หรือมีค่านิยมอยู่ที่ค่านิยมบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นมโนทัศน์เชิงบวก เพนเดอร์จึงเสนอแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1982 และมีการปรับปรุงแบบจำลองเป็นระยะซึ่งแบบจำลองสุดท้ายได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 (Pender, 2006) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดที่ประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม การพัฒนาแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ได้พัฒนาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อยๆในแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีรายละเอียดดังแผนภูมิที่ 1

จากข้อมูลดังกล่าว สรุปได้ว่า มะเร็งเต้านมในสตรียังเป็นปัญหาสุขภาพที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและเป็นปัญหาที่ป้องกันได้ สตรีในจังหวัดสมุทรปราการเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่ยังมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูง โดยเฉพาะในเขตอำเภอบางพลีเนื่องจากเป็นศูนย์กลางของโรงงานอุตสาหกรรมทั้งขนาดใหญ่และขนาดกลางที่สตรีเป็นผู้ใช้แรงงานมากมายและจากสภาพความเป็นเมืองที่เป็นผลจากการพัฒนาอุตสาหกรรมในพื้นที่ ทำให้มีชุมชนเกิดใหม่ของผู้ย้ายถิ่นนอกเหนือจากชุมชนเดิมมีจำนวนไม่น้อย ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันและค้นหา มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง กรอบแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. กลุ่มตัวอย่างของการศึกษา คือสตรีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวนรวม 400 คน โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2555 ถึงเดือน มกราคม 2556

3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น

3.1 ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

3.1.1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร การศึกษา อาชีพ และ ข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านม

3.1.2) การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม

3.1.3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม

3.1.4) การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

3.1.5) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

มีปัจจัยอย่างน้อย 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. สตรีหมายถึง สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
2. ปัจจัยส่วนบุคคลหมายถึง อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร การศึกษา อาชีพ
3. การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม หมายถึงความเข้าใจหรือความรู้สึกที่มีต่อความรุนแรงของมะเร็งเต้านม โดยประเมินจากแบบสอบถามวัดการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมที่สร้างโดยคณะผู้วิจัย
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม หมายถึง ความเข้าใจในเรื่องที่เป็นความเสี่ยงทำให้เป็นมะเร็งเต้านมโดยประเมินจากแบบสอบถามวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมที่สร้างโดยคณะผู้วิจัย
5. การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หมายถึงความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการตรวจเต้านมของตนเองได้โดยประเมินจากแบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่สร้างโดยคณะผู้วิจัย
6. การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หมายถึง ความเข้าใจประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบสอบถามวัดการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่สร้างโดยคณะผู้วิจัย
7. พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองหมายถึง ความถี่หรือความสม่ำเสมอในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่สร้างโดยคณะผู้วิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อช่วยคัดกรองความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมแก่เพศหญิง
2. มีการวางแผนและหากลวิธีสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมแก่เพศหญิง
3. เป็นแนวทางในการทำวิจัยในประเด็นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้หญิงในด้านอื่นต่อไป