

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติ
สายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

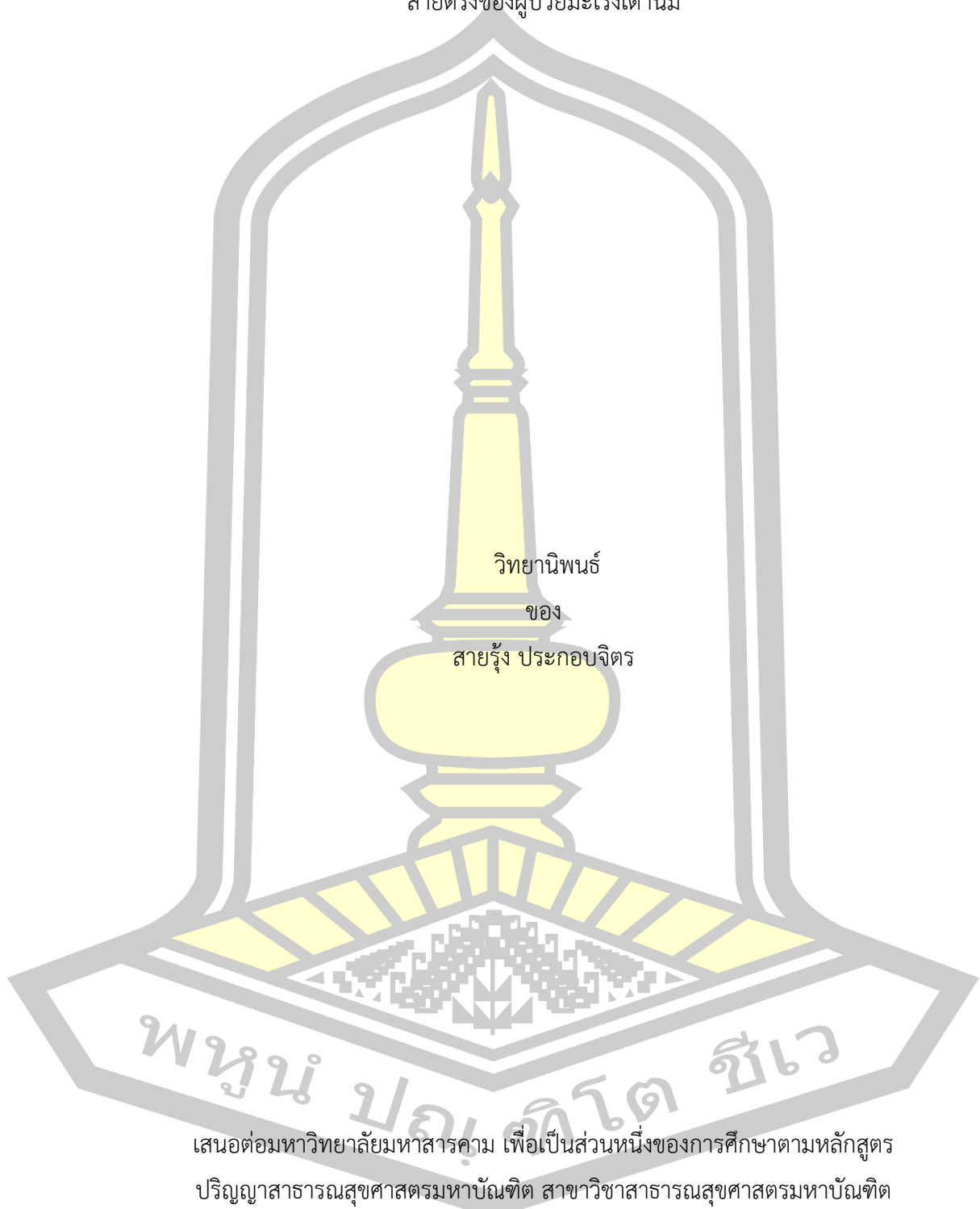
วิทยานิพนธ์
ของ
สายรุ้ง ประกอบจิตร

พหุ ประจักษ์โต สีเว

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มิถุนายน 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติ
สายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

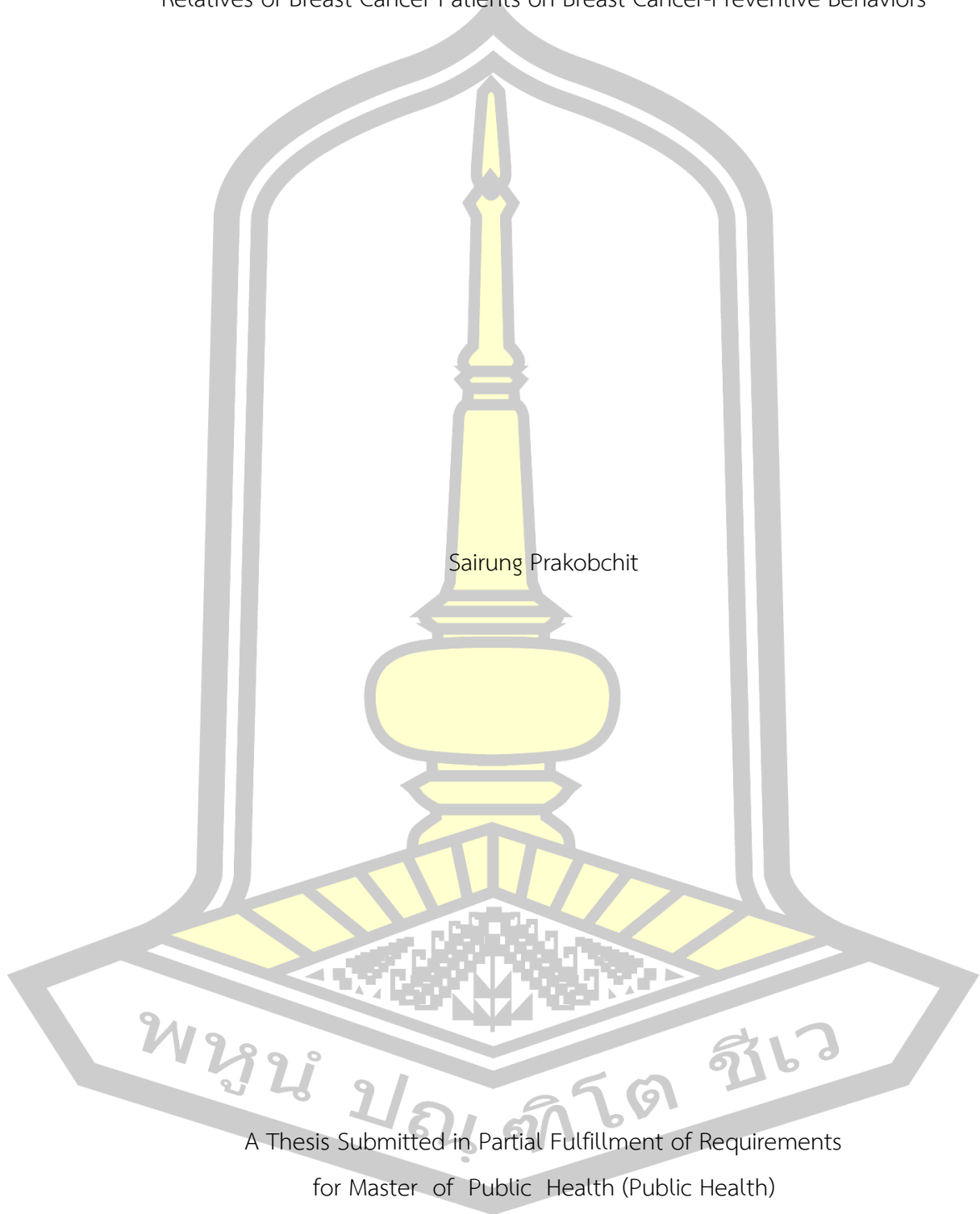


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มิถุนายน 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Effectiveness of Health Literacy Development Program in the First Degree
Relatives of Breast Cancer Patients on Breast Cancer-Preventive Behaviors



Sairung Prakobchit

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

June 2020

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวสายรุ้ง ประกอบจิตร แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. วีรดี ปานศิลา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

.....กรรมการ

(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. ประจักษ์ บัวผัน)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีคณะสาธาณสุขศาสตร์

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน มะเร็งเต้านมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม		
ผู้วิจัย	สายรุ้ง ประกอบจิตร		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สุภัทนา กลางคาร		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2563

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบอำพรางสองฝ่ายแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างคือญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ปี 2562 จำนวน 48 คน ทำการสุ่มอย่างง่ายออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 24 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ระยะเวลา 5 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ แจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired sample t-test และ Independent sample t-test ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางสุขภาพ ความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการจัดการความเครียดดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม พฤติกรรมการป้องกันการมะเร็งเต้านม และเพิ่มทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ดีขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม, ญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

TITLE	The Effectiveness of Health Literacy Development Program in the First Degree Relatives of Breast Cancer Patients on Breast Cancer-Preventive Behaviors		
AUTHOR	Sairung Prakobchit		
ADVISORS	Associate Professor Sumattana Glangkarn , Ph.D.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2020

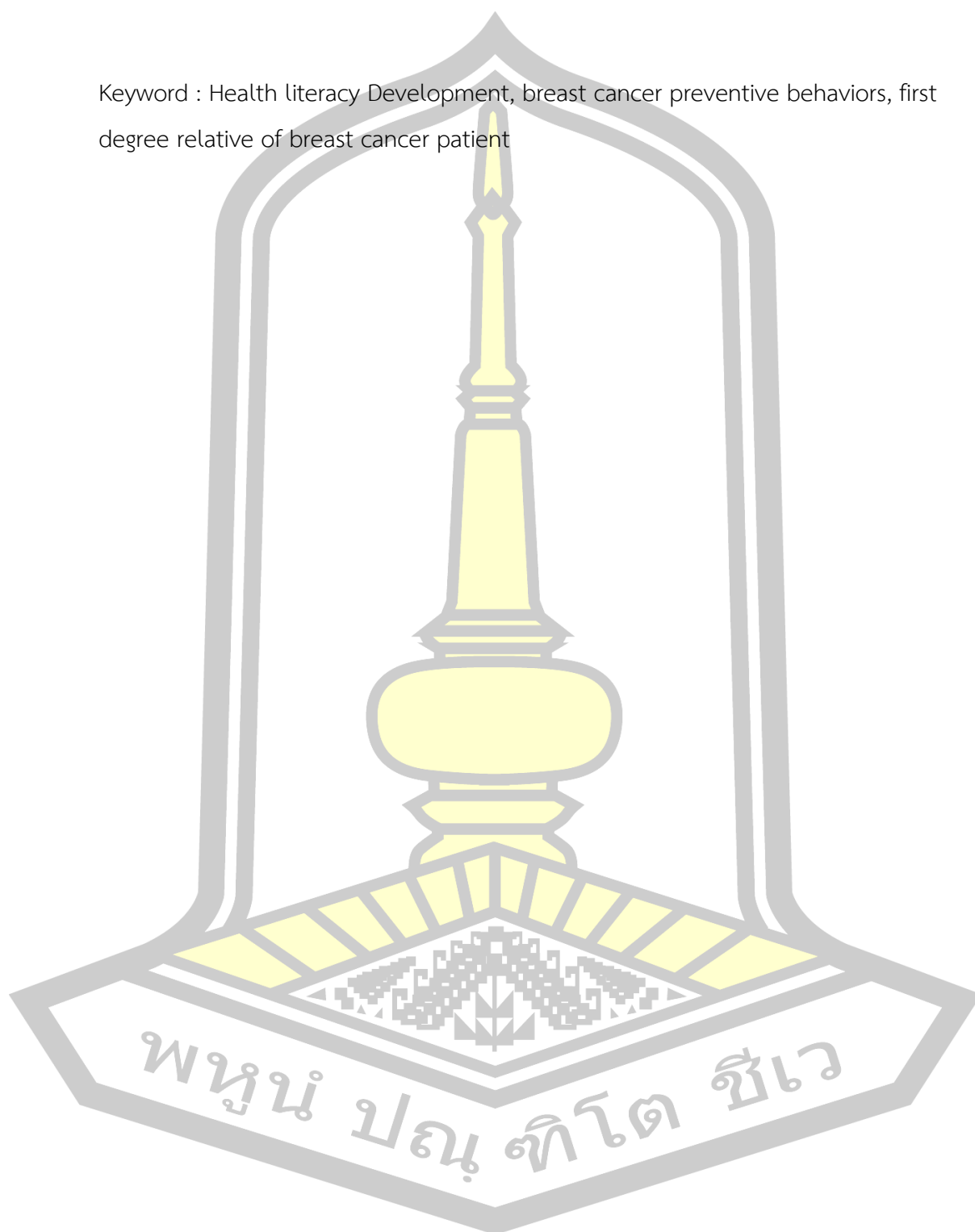
ABSTRACT

This double-blind randomized control trial with two groups pretest-posttest control group design aimed to study the effectiveness of program for health literacy development of the first degree relative of breast cancer patient on breast cancer preventive behaviors to compare breast cancer prevention behaviors. The 48 samples were randomly assigned to 2 groups which consisted of 24 samples for each group. The experimental group participated in the effectiveness of program for health literacy development of the first degree relative of breast cancer patient on breast cancer preventive behaviors. The study was conducted over a period of 5 weeks. The data was analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and paired-sample t-test and independent sample t-test. The result of participating in the health literacy program had been found that the experimental group had mean score of health literacy, health literacy in breast cancer prevention, breast cancer prevention behavior and breast self-examination skill higher than baseline and more than the control group as statistical significantly. The posttest of experimental group has managed stress better than the control group as statistical significantly.

Conclusion this program able to development for health literacy and

behavior in breast cancer prevention and improving breast self-examination skills.

Keyword : Health literacy Development, breast cancer preventive behaviors, first degree relative of breast cancer patient



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุภัทนา กลางคาร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์และมีค่าอย่างยิ่งในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัย ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องในทุกขั้นตอน ด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณแพทย์หญิงอิสราภรณ์ แสงใสแก้ว ดร.ชลียา วามะลุนและดร.โสภิต ทัฬหิมหิน ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย และขอขอบพระคุณบุคลากรและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งเสียสละเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมตลอดการศึกษาครั้งนี้

ขอบคุณกัลยาณมิตรที่ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และเป็นกำลังใจให้ จนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

ท้ายสุดผู้ที่เป็นแรงใจสำคัญ ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ครอบครัวประกอบจิตรและ ครอบครัวไชยสง คุณงามความดีและประโยชน์ใดๆ ที่อาจมีจากวิทยานิพนธ์นี้ ผู้วิจัยขอมอบบูชาคุณบุพการีที่ให้กำเนิดเลี้ยงดู และให้การศึกษา ตลอดจนครูอาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่มีส่วนในการวางรากฐานการศึกษาแก่ผู้วิจัย

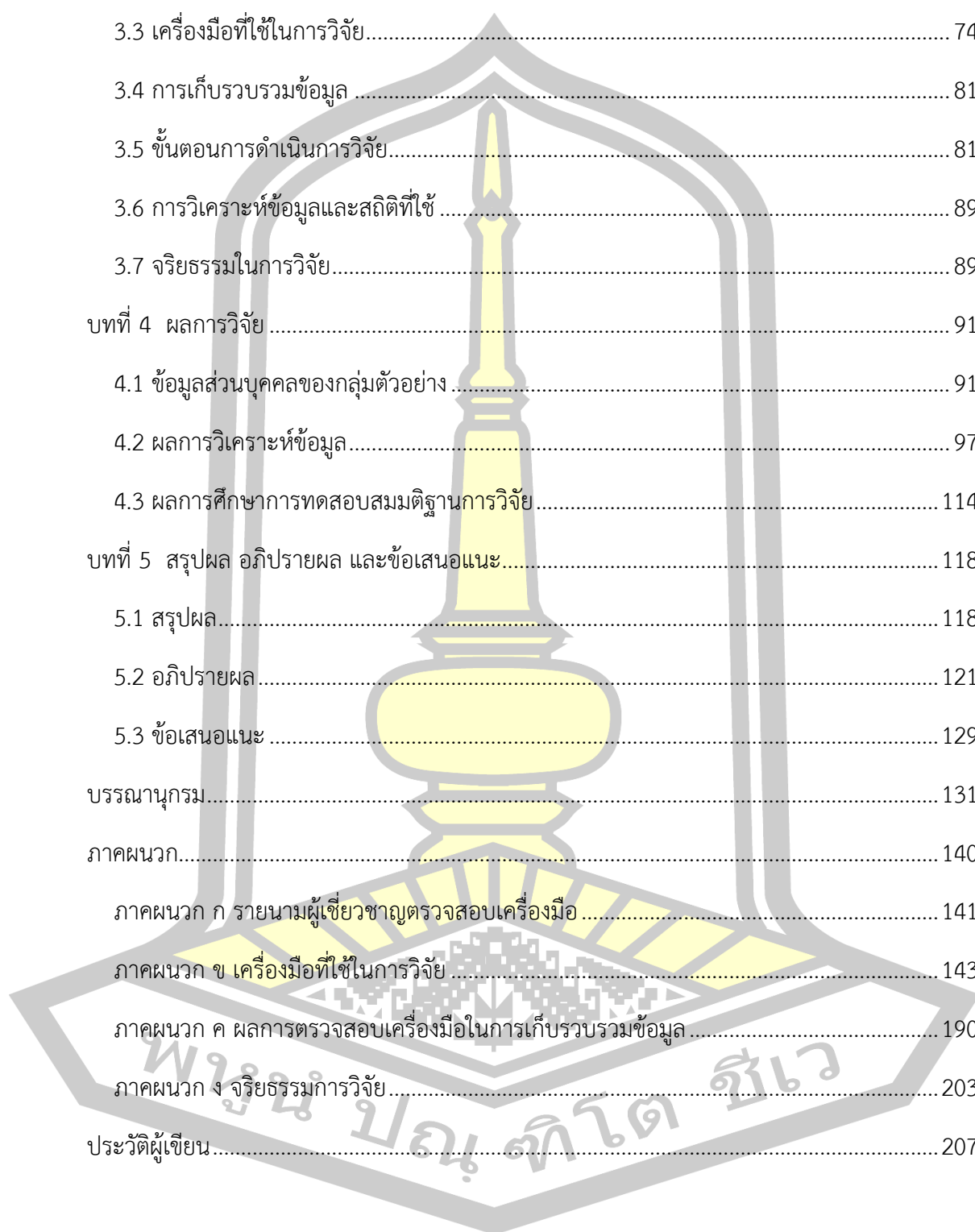
สายรุ้ง ประกอบจิตร

พนุน ปณ ทิโต ชีเว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามของงานวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
1.4 สมมติฐานของการวิจัย.....	5
1.5 ขอบเขตของการวิจัย.....	6
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล.....	9
2.1 ไรคมะเร็งเต้านม.....	9
2.2 แนวคิดความรู้ทางสุขภาพ.....	36
2.3 แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม.....	57
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	62
2.5 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย.....	67
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	68
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	68

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	69
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	74
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	81
3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	81
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	89
3.7 จริยธรรมในการวิจัย.....	89
บทที่ 4 ผลการวิจัย	91
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	91
4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	97
4.3 ผลการศึกษาการทดสอบสมมติฐานการวิจัย	114
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	118
5.1 สรุปผล.....	118
5.2 อภิปรายผล.....	121
5.3 ข้อเสนอแนะ	129
บรรณานุกรม.....	131
ภาคผนวก.....	140
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	141
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	143
ภาคผนวก ค ผลการตรวจสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	190
ภาคผนวก ง จริยธรรมการวิจัย.....	203
ประวัติผู้เขียน.....	207



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การระบุขอบเขตการรุกรานของมะเร็งเต้านมตามระบบ TNM.....	22
ตารางที่ 2 แบบจำลองระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ (Nutbeam, 2006).....	44
ตารางที่ 3 กรอบแนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระบบสุขภาพ จำแนกตามระดับการพัฒนาและกลุ่มเป้าหมาย	46
ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 48).....	92
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละความรอบรู้ทางสุขภาพรายข้อ ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48).....	98
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48)	99
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48).....	99
ตารางที่ 8 ข้อมูลจำนวนและร้อยละความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมรายข้อ ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ (n = 48).....	100
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกัน	104
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของ กลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48).....	104
ตารางที่ 11 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48).....	105
ตารางที่ 12 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48).....	108
ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48).....	109

ตารางที่ 14 คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 48).....	109
ตารางที่ 15 ระดับความเครียด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48).....	111
ตารางที่ 16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48).....	111
ตารางที่ 17 ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 48).....	112
ตารางที่ 18 ระดับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำแนกตามทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48).....	113
ตารางที่ 19 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48).....	113
ตารางที่ 20 ดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามดัชนีมวลกาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48).....	114
ตารางที่ 21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรม (n = 24).....	115
ตารางที่ 22 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 48).....	116
ตารางที่ 23 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด และดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรม (n = 24).....	117
ตารางที่ 24 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด และดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 48).....	117

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ภาพวงจรและทิศทางขององค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์	58
ภาพที่ 2 จุดประสงค์ของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	61
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย	67
ภาพที่ 4 ภาพประกอบรูปแบบการวิจัย	68
ภาพที่ 5 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	73
ภาพที่ 6 ขั้นตอนการทดลอง	87
ภาพที่ 7 การสุ่มตัวอย่างและจำนวนญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ร่วมโครงการตลอดระยะเวลา ดำเนินโครงการวิจัย	88



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

มะเร็ง (Cancer) เป็นกลุ่มของโรคที่เกิดเนื่องจากเซลล์เจริญเติบโตผิดปกติ ทำให้เกิดก้อนเนื้อมะเร็ง ซึ่งสามารถทำลายเนื้อเยื่อใกล้เคียงและกระจายไปยังอวัยวะอื่นได้ ซึ่งเซลล์พวกนี้เกิดอยู่ในอวัยวะใดก็จะเรียกชื่อมะเร็งตามอวัยวะนั้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) ในปัจจุบันโรคมะเร็งที่พบบ่อยมากที่สุดและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดในสตรีคือโรคมะเร็งเต้านม (World Health Organization, 2018) องค์การอนามัยโลกพบว่าในปี 2018 จำนวนสตรีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พบประมาณ 2.1 ล้านรายและเสียชีวิตจากโรคนี้นับประมาณ 627,000 ราย และคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 24 ล้านราย (World Health Organization, 2018) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าจำนวนสตรีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่สูงเป็นอันดับหนึ่ง ประมาณ 520,600 ราย และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมประมาณ 85,300 ราย (American Cancer Society, 2018) ประเทศญี่ปุ่นพบอุบัติการณ์สตรีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมเป็นอันดับหนึ่ง 86,500 ราย และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม 14,800 ราย (American Cancer Society, 2018) สำหรับในประเทศไทยมะเร็งเต้านมในสตรีพบมากเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งทั้งหมดในปี พ.ศ. 2550-2553, พ.ศ. 2553-2556 และ พ.ศ. 2556-2559 พบอัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมต่อแสนประชากรคิดเป็น 26.4, 28.5, 31.4 ตามลำดับ (กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) และโรคมะเร็งเต้านมยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั้งหมด รองมาจากโรคมะเร็งตับและโรคมะเร็งปอด (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ส่วนในจังหวัดอุบลราชธานีพบผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม 72.27 รายต่อแสนประชากร และพบอัตราการตาย 9.21 รายต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี สอดคล้องกับสถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี พบว่าในปี พ.ศ.2557-2559 มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 424 ราย 430 รายและ 441 ราย ตามลำดับคิดเป็น 15.50% 15.06% และ 15.86% ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ซึ่งเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 1 ที่พบในสตรีเช่นเดียวกับสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทย (หน่วยทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี, 2559)

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยหลาย ๆ ด้าน ทางด้านร่างกาย เช่น การผ่าตัดเต้านม การมีแผลที่เต้านม ทางด้านจิตใจและภาพลักษณ์ เช่น การสูญเสียเต้านม และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ด้านหน้าที่การงาน บทบาทในครอบครัว รวมไปถึงด้านเศรษฐกิจของครอบครัวที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคมะเร็งเต้านมที่ยาวนาน โดยใช้ระยะเวลาในการรักษาประมาณ 1 ปี (นิภา ธโนศวรรยารุง, 2554) มะเร็งเต้านมนอกจากส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจรายบุคคลและครอบครัว ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากทำให้เพิ่มรายจ่ายของประเทศในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งค่าใช้จ่ายของประเทศในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่อรายประมาณหนึ่งล้านบาท (เนตรนภิช สุชนวนิช, 2557) โรคมะเร็งเต้านมจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสตรีทั่วโลก

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ทั้งในและต่างประเทศพบว่าโรคมะเร็งเต้านมยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้ แต่จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ความแน่นของเนื้อเต้านม ปัจจัยด้านพันธุกรรม ประวัติทางนรีเวชที่บ่งชี้แนวโน้ม ได้แก่ การไม่มีบุตรหรือมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป ระยะของการเริ่มมีประจำเดือนหรือการหมดประจำเดือน การใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน การใช้ฮอร์โมนบำบัดภายหลังการหมดประจำเดือนติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน 10-15 ปีจะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นร้อยละ (Mcpherson, Steel, & Dixon, 2000) นอกจากนี้การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งหญิงที่มีประวัติเคยตรวจพบความผิดปกติที่เต้านม และหญิงที่ประวัติมารดา พี่สาวหรือน้องสาวเป็นมะเร็งเต้านมจัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม (ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์, 2541) และปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้คือปัจจัยด้านพันธุกรรมและการมีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งจากหลายการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม โดยผู้ที่มีมารดา บุตรสาว พี่สาว หรือน้องสาวเป็นมะเร็งเต้านมมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าสตรีทั่วไป 1.5-4 เท่าและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมเมื่ออายุน้อยได้ (วรรณวิภา อัมพันธ์, 2547) สตรีที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมในครอบครัว เช่น Hereditary breast and Ovarian syndrome, Lifaumeni syndrome, Cowden syndrome ในครอบครัวหรือถึงแม้ตรวจไม่พบการกลายพันธุ์ของยีนก่อโรครทางพันธุกรรมดังกล่าว หากมีญาติพี่น้องสายตรง (First degree relatives) เป็นมะเร็งเต้านม โอกาสที่สตรีกลุ่มนี้จะเป็นโรคมะเร็งเต้านมก็สูงมากขึ้นกว่าคนทั่วไป (ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญาติกุล, 2559)

ทั้งนี้สตรีที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในการเป็นมะเร็งเต้านม (B.Miller, 2008) ดังนั้นสตรีกลุ่มเสี่ยงนี้จึงควรปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรค หรือมีวิธีการที่จะค้นพบโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ โดยการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวัน (Life Style) และควรมีการติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด (Closed Surveillance) ด้วยการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

(สุรพงษ์ สุภาภรณ์, 2547) เพราะโรคมะเร็งเต้านมสามารถลดหรือชะลออัตราการสูญเสียชีวิตได้ด้วยการส่งเสริมให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและมีการรักษาในระยะเริ่มต้น สำหรับประเทศไทยมีแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม 3 วิธี คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม และการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม แต่การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมและการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านมต้องใช้ระยะเวลาในการตรวจ ต้องใช้ระบบการนัดหมายและการตรวจเต้านมด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านมมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง วิธีที่สามารถตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมได้ในระยะเริ่มต้น ไม่เสียเวลาและลดค่าใช้จ่าย คือการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2551)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organisation, 1986) ได้รณรงค์ให้ประเทศต่าง ๆ ตระหนักถึงการให้ประชากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ในแนวคิดที่เรียกว่า “ความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy)” ซึ่งหมายถึง ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ต้อยอยู่เสมอ โดยความรู้ทางสุขภาพมีความสำคัญมากต่อระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้เพราะผู้ให้บริการมักจะให้ข้อมูลโดยใช้ภาษาทางวิชาการ แพทย์มากกว่าภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เพราะต้องการประหยัดเวลา หากเป็นการพูดผู้ให้บริการมักพูดเร็วเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหา และผู้รับบริการที่มีจำนวนมาก ซึ่งเมื่อต้องสื่อสารด้วยภาษาพูดด้วยเนื้อหาด้านการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้นในยุคปัจจุบัน และด้วยภาษาท่าทางที่อาจทำให้ผู้รับบริการไม่กล้าถามกรณีไม่เข้าใจ หรือไม่สามารถตั้งคำถามได้ เพราะปัจจัยทางวัฒนธรรม ค่านิยม นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีข้อจำกัดจากมีความไม่พร้อมทางด้านร่างกายจากความเจ็บป่วย อาจส่งผลกระทบต่อการรับข้อมูล ทำให้การได้รับข้อมูลหรือทำความเข้าใจในข้อมูลไม่ตรงกัน ดังนั้นจึงเกิดความเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยได้ ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยนำไปปฏิบัติไม่ถูกต้อง การเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ผลการรักษาแย่งลง ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ผู้ป่วยเกิดความเครียด หรือซึมเศร้า หรืออาจส่งผลกระทบต่อปฏิเสธรักษาหรือการไม่มาตรวจตามนัด การมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (Inadequate health literacy) แสดงถึงการขาดความสามารถในการเข้าใจ ทำให้ความสามารถของบุคคลอ่อนแอลงในการปฏิบัติตามแนวทางและคำแนะนำที่จำเป็น (Baker et al., 1998) รวมถึงมีความยากลำบากในการทำความเข้าใจจดจำข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึงปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ (McCarthy et al., 2012 อ้างถึงใน ชินตา เตชะวิจิตรจาร์ และคณะ, 2561) และจากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารด้านมะเร็งพบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ โดยมีปัญหาเกี่ยวกับการเขียนและการสื่อสารส่งผลทำให้จำกัดความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็ง และการสังเกตอาการของโรคมะเร็ง ซึ่งส่งผลเสียต่อขั้นตอนของการวินิจฉัยโรคและกระบวนการรักษา (Davis et al.,

2002) สอดคล้องกับการศึกษาการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่กับผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำและมีข้อจำกัดในการใช้ภาษาอังกฤษในคนเอเชียและคนผิวขาวที่อยู่ในแคลิฟอร์เนีย พบว่าในผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำร่วมกับมีข้อจำกัดในการใช้ภาษาอังกฤษมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่่น้อยที่สุดร้อยละ 36 (Sentell et al., 2013) ความรอบรู้ทางสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (Oin A., 2016 อ้างถึงใน ชินตา เตชะวิจิตร และคณะ, 2561)

ด้วยเหตุนี้ในแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) จึงมีเป้าประสงค์ในการเพิ่มระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนไทย ชุมชน ท้องถิ่นตลอดจนภาคีเครือข่าย เกิดการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงรุกและพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่ดี ซึ่งก่อให้เกิดการพัฒนาประเทศแบบมั่นคงและยั่งยืน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนและได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) สำหรับแผนบริการสุขภาพเครือข่าย (Service Plan) สาขาโรคมะเร็งได้มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการดำเนินงานโดยมีเป้าประสงค์ที่สำคัญเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมเพื่อเพิ่มการตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1, 2 และลดการตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะ 3,4 โดยกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง (Primary Prevention) ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจคัดกรองและตรวจค้นหาหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) เพื่อเพิ่มอัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมให้แก่สตรีกลุ่มเป้าหมาย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างที่รอผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้ยาเคมีบำบัด ณ หน่วยให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในเดือนมกราคม 2562 จำนวน 15 ราย โดยมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือ เป็นมารดา 2 ราย เป็นบุตร 8 ราย เป็นน้องสาว 3 รายเป็นพี่สาว 2 ราย เรื่องที่สัมภาษณ์คือความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม แล้วนำมาวิเคราะห์ตามกรอบวิเคราะห์พฤติกรรมผู้รับบริการสาธารณสุข (ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2552) พบว่าญาติผู้ป่วย 14 ราย มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมที่ไม่ถูกต้องและขาดพฤติกรรมในการป้องกันมะเร็งเต้านมที่ถูกต้อง โดยมีญาติผู้ป่วยเพียง 1 รายเท่านั้น ที่ทราบเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสม และจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในประเทศไทย พบว่าการศึกษามุ่งเน้นในสตรีกลุ่มเสี่ยงทั่วไปแต่ไม่ได้เน้นในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและเน้นพฤติกรรมการการตรวจเต้านมด้วยตนเองเท่านั้น เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง (สมฤดี อรุณจิตร, 2558) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี

วัยรุ่น (วรรณภา ปาณาราช, 2556) เป็นต้น ดังนั้นจากการศึกษาข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม (Health Literacy) ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม โดยได้นำแนวคิดการจัดการแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อให้ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เกิดการรับรู้ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมต่อไป

1.2 คำถามของงานวิจัย

โปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านมคะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ระดับความเครียด ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและดัชนีมวลกาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านมคะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ระดับความเครียด ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและดัชนีมวลกายภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.4 สมมติฐานของการวิจัย

1.4.1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

1.4.2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

1.4.3 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความเครียด ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และดัชนีมวลกายในทางที่ดีขึ้น

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Randomized control trial) แบบอำพรางสองฝ่าย แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Double-blind, randomized controlled trial) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับคำแนะนำตามปกติ (ได้รับการสอนจากหน่วยสุศึกษาของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี) ได้กำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1.5.1 ขอบเขตเชิงเนื้อหา

1.5.1.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ

1.5.1.2 ตัวแปรตาม คือ ความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ระดับความเครียด ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและดัชนีมวลกาย

1.5.2 ประชากรที่ศึกษา คือ ญาติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการพร้อมผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

1.5.3 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ญาติสายตรง (First-degree relatives) ได้แก่ มารดา พี่สาว น้องสาว บุตรสาวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้วิธีการเลือกแบบโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) จำนวน 48 ราย

1.5.4 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เดือน กรกฎาคม 2562 - มกราคม 2563

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 โปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ หมายถึง โปรแกรมที่จัดขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของ World Health Organization (2014) แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม เพื่อพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Literacy) ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อน (Pre-test) เข้าสู่การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการป้องกันมะเร็งเต้านม จัดให้ชม วิดีทัศน์เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การป้องกันมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มอบคู่มือเรื่องโรคมะเร็งและการป้องกันมะเร็งเต้านม คู่มือคลายเครียด สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมฐานเรียนรู้ 5 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 B=

Breast Self Examination ฐานที่ 2 D= Diet ฐานที่ 3 D= Drug, alcohol ฐานที่ 4 E= Exercise ฐานที่ 5 E= Emotion สัปดาห์ที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกิจกรรมการป้องกันมะเร็งทั้ง 4 ด้าน ของ World Health Organization (2014) เป็นหลักในการให้คำแนะนำ เพื่อกระตุ้น ให้กำลังใจและให้คำแนะนำเพิ่มเติม ตลอดจนร่วมกันแก้ปัญหาหรือตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการนำไปปฏิบัติ สัปดาห์ที่ 5 เข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม เพื่อรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่าง ๆ พุดคุยให้กำลังใจและเก็บข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรม (post-test)

1.6.2 ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความสามารถในการอ่าน เข้าใจ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการป้องกันมะเร็งเต้านม และสามารถนำข้อมูลที่ได้รับ ใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันมะเร็งเต้านม ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสมและพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง

1.6.2.1 การเข้าใจ ดีความข้อมูลทางด้านสุขภาพและนำข้อมูลไปใช้ได้ หมายถึง มีความเข้าใจ สามารถตีความข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการป้องกันมะเร็งเต้านมและนำข้อมูลไปใช้ได้ในระดับ Functional Health Literacy ซึ่งหมายถึง การเข้าใจแตกฉานในข้อมูลรูปแบบเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งเต้านม

1.6.2.2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งเต้านม หมายถึง ความสามารถในการจำ เข้าใจ และมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ตามเนื้อหา เช่น ซักถามตามความสงสัย ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งเต้านมและการป้องกันมะเร็งเต้านม ซึ่งจัดอยู่ใน Functional Health Literacy

1.6.2.3 การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รับสิ่งเร้าผ่านประสาทสัมผัสแล้วตีความสิ่งเร้า โดยนำประสบการณ์เดิมเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยการวัดการรับรู้ทางด้านสุขภาพ จะจัดออกมาเป็นระดับความรู้สึกและความคิดเห็น

1.6.2.4 การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งเต้านม หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเป็นมะเร็งเต้านม ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมและความสามารถในการป้องกันมะเร็งเต้านม โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ได้แก่

- 1) การเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ
- 2) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
- 3) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสม
- 4) พฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง

1.6.3 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ยึดญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นศูนย์กลาง โดยยึดหลักเทคนิคการเรียนรู้ 2 แบบมาประยุกต์ ประกอบด้วย หลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 อย่างคือ 1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) 2.

กระบวนการกลุ่ม (Group process) โดยประยุกต์กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนี้ไปใช้ตามแนวคิดความรู้ทางสุขภาพ (health literacy) คือ การเข้าใจ ตีความข้อมูลทางด้านสุขภาพและนำข้อมูลไปใช้ได้ในระดับ 1 คือ การทำความเข้าใจและตีความข้อมูล โดยมีความรู้เบื้องต้นและการรับรู้ต่อการโรคมะเร็งเต้านมและการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

1.6.4 ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หมายถึง สตรีที่เป็น มารดา พี่สาว น้องสาว บุตรสาว (first-degree relatives) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

1.6.5 พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม หมายถึง การปฏิบัติของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อลดหรือเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งเต้านม สามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิต ตามกรอบแนวคิดของจากแนวคิดของ World Health Organization ประกอบไปด้วย การเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสมและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

1.6.5.1 พฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ หมายถึง การรู้จักประเภทของอาหารและสามารถเลือกรับประทานที่เหมาะสมได้ ประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหาร 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสมและการหลีกเลี่ยงอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม เช่น อาหารปิ้งย่างไหม้เกรียม อาหารไขมันสูง อาหารหรือผลิตภัณฑ์แปรรูปที่มีโอกาสได้รับสารเร่งเนื้อแดง

1.6.5.2 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ด้วยการเลือกวิธีออกกำลังกายที่มีลักษณะเป็นการใช้ออกซิเจน เช่น การเดิน การปั่นจักรยาน การแกว่งแขน เป็นต้น โดยควรออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง 3-5 ครั้ง/สัปดาห์

1.6.5.3 พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสม หมายถึง การปฏิบัติของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการเลือกวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมเพื่อเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมในการลดความรุนแรงของความเครียด ได้แก่ การอ่านหนังสือ การดูหนัง ฟังเพลง เป็นต้น

1.6.5.4 พฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หมายถึง การปฏิบัติของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่แสดงถึงความสามารถในการตรวจเต้านมได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย การตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง การกำหนดวันที่เหมาะสมในการตรวจเต้านม การกัมตุความผิดปกติของเต้านมทั้ง 2 ข้าง เช่น การหดรัดของหัวนม ผิวหนังเต้านมบวมแดง และการคลำเต้านมเพื่อค้นหาความผิดปกติของเต้านม เช่น การมีก้อนที่เต้านม เป็นต้น และสามารถเลือกปฏิบัติได้ถูกต้องอย่างน้อย 1 ท่า

บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

ในการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมจากเอกสาร ตำรา ที่เกี่ยวข้องโดยการกำหนดเนื้อหาการศึกษาให้ครอบคลุมในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- 2.1 โรคมะเร็งเต้านม
- 2.2 แนวคิดความรู้ทางสุขภาพ
- 2.3 แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.5 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

2.1 โรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคร้ายที่เกิดขึ้นในสตรีเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการศึกษาในหัวข้อนี้ครอบคลุมเรื่อง กายวิภาคของมะเร็งเต้านม ความหมายของโรคมะเร็งเต้านม อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านม ประเภทของโรคมะเร็งเต้านม ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม อาการและอาการแสดงของมะเร็งเต้านมการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม การรักษามะเร็งเต้านม ผลกระทบของมะเร็งเต้านม และการป้องกันมะเร็งเต้านม

2.1.1 กายวิภาคของเต้านม

กายวิภาคของเต้านม (Anatomy of the Breast)

2.1.1.1 ลักษณะทางกายภาพของเต้านมปกติ

เต้านมเป็น Glandular Tissue ตั้งอยู่บนทรวงอกด้านหน้า บริเวณกระดูกซี่โครงซี่ที่ 2 ถึงซี่ที่ 6 ตั้งอยู่บน Deep Fascia ที่คลุมกล้ามเนื้อ Pectoralis Major, Anterior serratus และกล้ามเนื้อ External Oblique รวมทั้ง Anterior Rectus Sheath การที่รูปร่าง ขนาด ตำแหน่งของเต้านมในแต่ละคนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกรรมพันธุ์ จำนวนไขมัน อายุ เชื้อชาติ อาหาร และระยะหน้าที่ของเต้านม เช่น ระยะก่อนมีประจำเดือน ระยะตั้งครรภ์ เป็นต้น

เต้านมมีกำเนิดจากสันของ Ectoderm ซึ่งยาวตั้งแต่รักแร้ลงมาถึงขาหนีบ เรียกว่า Milk Line พบตั้งแต่เด็กในครรภ์อายุ 5 สัปดาห์และแนวสันเนื้อเยื่อจะฝ่อไปหมดตั้งแต่ สัปดาห์ที่ 7 ของการตั้งครรภ์ ยกเว้นในตำแหน่งที่ต่อมากลายเป็นหัวนม (Nipple) ฐานนม (Areola) และต่อมน้ำนม (Mammary gland) ซึ่งต่อมน้ำนมเหล่านี้เจริญเติบโตใน Superficial Fascia ทำให้มีไขมันและ Connective tissue หุ้มโดยรอบเต้านมในสตรี

2.1.1.2 ลักษณะภายนอกของเต้านม

เต้านมปกติมีลักษณะเป็นรูปกรวยคว่ำ มีอยู่ 2 ข้าง มีหน้าที่สร้างน้ำนมเพื่อ บำรุงเลี้ยงเด็กและมีหัวนมอยู่ที่ยอด (Nipple) บริเวณ Nipple นี้มีรูของ Milk Duct และผิวหนังที่อยู่ รอบ ๆ หัวนมจะมีสีคล้ำกว่าผิวหนังทั่วไปของเต้านม ผิวหนังบริเวณนี้เรียกว่า ปานนม หรือ Areola เป็นต่อม Compound Gland ซึ่งแบ่งเป็นส่วนๆ มีประมาณ 20 lobe แบ่งโดย Connective Tissue และ Lobe หนึ่ง ๆ จะมี Excretory Duct ของมันเองซึ่งมีปลายของหลอดที่จะมาเปิดที่หัวนม พื้นที่ ขยาย พองโตเพื่อขังน้ำนมไว้ในเวลาที่ต่อมน้ำนมทำหน้าที่สร้างน้ำนมออกมา และ Duct เหล่านี้ต่างก็ ไปที่ผิวของหัวนมโดยตรง lobe ต่าง ๆ เหล่านี้ยังแบ่งออกเป็น lobe เล็ก ๆ หรือที่เรียกว่า Lobular

2.1.1.3 ลักษณะภายในของเต้านม

เต้านมอยู่หน้ากล้ามเนื้อ Pectoralis major Muscle เต้านมเป็น Glandular Structure อยู่ในชั้น Subcutaneous Tissue ของร่างกายอยู่ระหว่าง Superficial Fascia กับ Deep Fascia ยกเว้น Axillary Tail ที่ยื่นต่อ Deep Fascia เต้านมมีอาณาเขตตั้งแต่ซี่โครงที่ 2 ถึง 6 และจากขอบ Sternum และขอบรักแร้

ภายในเต้านมประกอบด้วย ไขมัน เนื้อเยื่อ ต่อมน้ำนม Glandular Tissue ซึ่งมีโครงสร้างเช่นเดียวกับ Exocrine Gland ทั่วไป ประกอบด้วย Acini Areola และท่อน้ำนม หรือ Ductal System ภายใน Glandular Tissue มี Fibrous Septum แบ่งต่อมออกเป็น lobe ประมาณ 15-20 lobes ภายใน lobe ประกอบด้วย lobules และมีถุง Bulbs ติดอยู่กับท่อน้ำนม และเปิดยังหัวนม ซึ่ง Fibrous septum จะแผ่รัศมีออกจากศูนย์กลางคือ หัวนม (Nipple) และต่อมน้ำนมฝังอยู่ในชั้นไขมันใต้ผิวหนัง (Subcutaneous fat) โดยมีไขมันแทรกอยู่ระหว่างเนื้อต่อมน้ำนม ด้วย ถ้ามีไขมันแทรกอยู่มากในระหว่าง lobe และ lobular เราจะไม่สามารถมองเห็นหรือสัมผัสอ่อนนุ่ม (soft) หรือค่อนข้างแน่นตึง ไม่แข็ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับไขมันที่แทรกอยู่ระหว่าง Glandular Tissue นอกจากนี้ภายในเต้านมยังมีหลอดเลือด และท่อน้ำเหลือง (lymph) ซึ่งจะไปรวมกันยังต่อมน้ำเหลือง ที่รักแร้ (Axillary Lymph Node)

2.1.2 สรีรวิทยาของเต้านม

สรีรวิทยาของเต้านม (Physiology of Breast) เต้านมเป็นอวัยวะที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาภายใต้อิทธิพลของฮอร์โมนเพศหญิง และฮอร์โมนอื่น ๆ จาก “Endocrine Target Organ” ในขณะที่เป็นเด็ก เต้านมยังไม่เจริญเติบโต และประกอบไปด้วย Lactiferous Duct มากมาย เมื่อ cell ของ duct แบ่งตัวมากขึ้น เต้านมมีขนาดโตขึ้น และเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นหรือวัยเจริญพันธุ์ จะมี Ovulation, Estrogen และ progesterone จะทำให้เกิดการเจริญของ Lobular Alveolar Structure ด้วย คือ โตเต็มที่ในระหว่างช่วงเวลาของรอบเดือน เต้านมก็มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยอิทธิพลของฮอร์โมน Estrogen และ Progesterone คือระหว่างใกล้เป็นประจำเดือนและขณะเป็นประจำเดือนเต้านมจะขยายขนาดโตขึ้นเพราะทั้ง Duct และ Acini มีขนาดโตขึ้นและมีน้ำคั่งในเต้านมมากขึ้น การตรวจนมจึงควรทำในขณะที่เต้านมมีอิทธิพลจากฮอร์โมนน้อยที่สุด คือ 5-7 วัน หลังหมดประจำเดือนแล้ว

ในระหว่างตั้งครรภ์อิทธิพลของฮอร์โมนคือ Estrogen และ Progesterone จะมากที่สุดเป็นการเตรียมเต้านมให้พร้อมที่จะสร้างน้ำนมได้ทันที ในระยะหลังคลอดบุตร ฮอร์โมนที่เสริมยังมี Prolactin, Placental Lactogen และ Chorionic Gonadotropin ในระยะหลังคลอดมีการลดระดับของฮอร์โมนอื่นทำให้ Prolactin เป็นตัวควบคุมการสร้างน้ำนมสำหรับเลี้ยงบุตรต่อไป

ในวัยหมดประจำเดือนฮอร์โมนลดลงทำให้เต้านมเริ่มเหี่ยว (Involution) Lobular Alveolar Structure หายไปจะเหลือแต่ไขมันและ duct ในที่สุด

เต้านมเป็นอวัยวะที่ถูกควบคุมด้วยฮอร์โมนหลายชนิดเกี่ยวกับการเจริญเติบโต (Development) และการทำหน้าที่ (Function) ของเต้านม ที่สำคัญมีอยู่ 3 ชนิดคือ Estrogen กับ Progesterone จากรังไข่และ prolactin จาก Anterior Pituitary Gland

1. Estrogen มีความสำคัญเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของ Ductal System
2. Progesterone ร่วมกับ Prolactin กระตุ้นให้มีการเจริญ lobulo - alveola system ของเต้านม
3. Prolactin มีความสำคัญต่อเต้านมทั้งในภาวะปกติ (Physiological) และเมื่อมีพยาธิสภาพ (Pathological) โดยการกระตุ้นของ Estrogen ต่อ Pituitary จะผลิต Prolactin ซึ่งออกฤทธิ์ร่วมกับ Progesterone ทำให้มีการเจริญเติบโตของ Acini

2.1.3 คำจำกัดความของมะเร็งเต้านม

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล (2555) ระบุว่า มะเร็งเต้านม (Breast Cancer) เป็นการแบ่งตัวที่ผิดปกติของเซลล์ที่อยู่ในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม เนื้อเยื่อเต้านมและสามารถแพร่กระจายไปยังกระแสเลือด ทางเดินน้ำเหลืองและอวัยวะอื่น ๆ ได้ เช่น กระดูก ปอด ตับ และสมอง

American Cancer Society (2015) ระบุว่า มะเร็งเต้านม (Breast Cancer) เกิดจากการแบ่งตัวที่ผิดปกติของเซลล์เต้านมและสามารถทำให้เกิดการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้ มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า มะเร็งเต้านม (Breast cancer) เกิดจากการที่ร่างกายมีการแบ่งตัวของเซลล์อย่างผิดปกติจนร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ จนทำให้เกิดการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย

2.1.4 ประเภทของเนื้องอกที่เต้านม

แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ (Edge SB BD Compton CC et al., 2010)

2.1.4.1 เนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง (Benign Tumors) เนื้องอกชนิดนี้ไม่มีความร้ายแรงหรืออันตรายแต่อย่างใด อาจเป็นเพียงตุ่มเล็ก ๆ ซึ่งโตช้ามาก ไม่ลุกลามสู่อวัยวะอื่น ๆ และไม่เจริญแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นของร่างกาย ตัดออกแล้วจะไม่เป็นซ้ำ ได้แก่

1) ภาวะเนื้องอกเต้านม (Fibrocystic Change Disease) เป็นก้อนที่เต้านมชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด มักพบช่วงอายุ 30-50 ปี แต่ไม่ใช่มะเร็ง เกิดจากการกระตุ้นของฮอร์โมน มักเป็นทั้งสองข้างของเต้านม มีหลายขนาด ตำแหน่งที่พบคือบริเวณรักแร้ ก้อนจะขยับกลิ้งมาได้ มักมีการเปลี่ยนแปลงระดับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศหญิง อาจมีอาการปวดมากหรือน้อยตามรอบเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนก้อนนี้จะหายไป ดังนั้นหากเป็นโรคนี้อาจไม่ต้องรักษา

2) ก้อนเนื้อเยื่อเต้านม (Fibroadenoma) เป็นก้อนเนื้องอกที่เกิดจากเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue) และเยื่อบุผิว (Epithelium) มักพบในช่วงอายุ 20-40 ปี มีลักษณะเป็นก้อนหยุ่นที่เต้านม ไม่มีอาการเจ็บปวด อาจคลำได้ก้อนเนื้อเดี่ยวหรือหลายก้อน ก้อนเคลื่อนที่ไปมา ขนาดของก้อนไม่เปลี่ยนแปลงตามรอบเดือน และไม่เปลี่ยนกลายเป็นโรคมะเร็งเต้านม รักษาได้ด้วยการผ่าตัดออก

3) ก้อนไขมันเนื้อตาย (Traumatic Fat Necrosis) เกิดจากเต้านมได้รับการกระทบกระเทือนจนมีเลือดออกภายในเต้านม เกิดการหนาตัวหรือเกิดแผลที่เนื้อเยื่อไขมันจนเป็นก้อนเกิดขึ้น อาจเกิดการอักเสบได้ ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยอาจจะไม่รู้ตัว มักเกิดในคนที่มีเต้านมขนาดใหญ่ พบได้ในทุกอายุ

4) ตึงเนื้องอกในท่อน้ำนม (Intraductal Papilloma) เป็นเนื้องอกของเยื่อบุผิว (Epithelium) ที่บุผิวท่อน้ำนมซึ่งอยู่ใกล้หัวนม โดยมีการขยายขนาดโตยื่นเข้ามาในท่อน้ำนม มีโอกาสกลายเป็นมะเร็งเต้านม มักพบในช่วงอายุ 40-50 ปี อาจมีน้ำคัดหลังใส ๆ หรือมีเลือดดำ ๆ แดง ๆ ออกจากหัวนม มักคลำก้อนไม่พบ บางรายอาจคลำได้ก้อนเล็ก ๆ บริเวณลานนม (Areola) แยกจากโรคมะเร็งเต้านม

5) ก้อนเนื้อเยื่อเต้านม (Cystosacroma Phylloides) เป็นก้อนเนื้อที่โตเร็วมาก มีขนาดใหญ่ บางรายก้อนโตเร็วตั้งแต่แรก แต่บางรายเป็นก้อนเล็กมาเป็นเวลานานแต่มาขยายขนาดโตอย่างรวดเร็วภายในไม่กี่สัปดาห์ โดยไม่ทราบสาเหตุ ก้อนมีขอบเขตชัดเจน อ่อนนุ่ม สามารถจับเคลื่อนไหวภายในเต้านมได้ง่าย

6) ท่อน้ำนมพองตัว (Mammary Duct Ectasia) มักพบเฉพาะในผู้หญิงใกล้หมดประจำเดือนหรือหลังหมดประจำเดือนแล้ว เกิดจากต่อมน้ำนมใต้ห้วงนมที่ขยายตัวหรืออุดตันด้วยเศษไขมัน บางครั้งเกิดเป็นก้อนได้ บ่อยครั้งที่พบอาการคัน แสบร้อนรอบห้วงนม และมีน้ำลักษณะขุ่นหลังจากห้วงนม

7) ถุงน้ำนม (Galactocele) เกิดจากการอุดตันของท่อน้ำนม มักเกิดในผู้หญิงที่คลอดบุตรทั้งที่เลี้ยงลูกด้วยนมตนเองหรือไม่ก็ตาม

2.1.5 เนื้องอกชนิดร้ายแรง

เนื้องอกชนิดร้ายแรง (Malignant tumor) หรือ (Cancer) มีหลายชนิด แบ่งตามชนิดของเซลล์ที่เป็นต้นกำเนิด เช่น Carcinoma เซลล์ต้นกำเนิดเป็นเซลล์บุผิว (epithelium) มะเร็งชนิดนี้เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 85 สำหรับมะเร็งเต้านม สามารถเกิดขึ้นได้ทุกส่วนของเต้านม อาจเกิดกับท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม ส่วนใหญ่เป็น Adenocarcinoma ที่เกิดจาก epithelium ของท่อน้ำนม โดยทั่วไปสามารถจำแนกชนิดมะเร็งเต้านมตามตำแหน่งที่เกิดมะเร็ง ได้แก่

2.1.5.1 มะเร็งท่อน้ำนมชนิดแพร่กระจาย (Infiltrating/Invasive Ductal Carcinoma) เป็นมะเร็งเต้านมชนิดที่พบบ่อยที่สุด ประมาณร้อยละ 70 มะเร็งเริ่มที่ท่อน้ำนมและรุกรานผนังท่อไปสู่เนื้อเยื่อไขมันข้างเคียงหรือแพร่กระจายไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายโดยทางหลอดเลือดและท่อน้ำเหลือง

2.1.5.2 มะเร็งต่อมน้ำนมชนิดแพร่กระจาย (Infiltrating/Invasive Lobular Carcinoma) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยประมาณร้อยละ 10-15 ของมะเร็งเต้านม โดยเริ่มต้นที่ต่อมสร้างน้ำนม แล้วกระจายไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

2.1.5.3 มะเร็งท่อน้ำนม (Ductal Carcinoma in situ) เกิดขึ้นที่ท่อน้ำนมหากทิ้งไว้นานจะกลายเป็นมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก เป็นชนิดมะเร็งของเซลล์เยื่อบุผิวท่อน้ำนมที่เชื่อมระหว่างต่อมน้ำนมไปยังห้วงนม หากตรวจพบขณะที่มะเร็งยังอยู่ที่ท่อหรือกลุ่มท่อน้ำนมแล้วผ่าตัดออกได้ มีโอกาสหายสูงกว่าร้อยละ 90

2.1.5.4 มะเร็งต่อมน้ำนม (Lobular carcinoma in Situ) เกิดขึ้นที่ต่อมผลิตน้ำนม หากทิ้งไว้นานจะกลายเป็นมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย ลูกกลามไปยังกลุ่มท่อน้ำนม ต่อมน้ำนม เนื้อเยื่อเต้านม และต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง สามารถคลำพบก้อนที่ต่อมน้ำเหลืองได้

2.1.5.5 มะเร็งเต้านมชนิดอักเสบ (Inflammatory Breast Cancer) มะเร็งชนิดนี้เกิดน้อย บริเวณที่เกิดก่อนเนื้อร้ายมีลักษณะอักเสบแดงร้อน ผิวหนังไม่เรียบ สามารถแพร่กระจายไปส่วนต่าง ๆ ได้เร็ว

2.1.5.6 มะเร็งเต้านมกลับเป็นซ้ำ (Recurrent Carcinoma) มะเร็งเต้านมชนิดนี้เกิดขึ้นหลังจากรักษามะเร็งเต้านมแล้ว กลับเป็นมะเร็งอีกครั้งที่เต้านมข้างเดียวกันหรือที่ผนังทรวงอกที่เต้านมข้างที่เคยเป็นมะเร็งมาแล้ว

2.1.6 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านม (Edge SB BD Compton CC et al., 2010)

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านม (Staging) มีความจำเป็น เพื่อการวางแผนการรักษา การเปรียบเทียบผลการรักษา และเพื่อพยากรณ์โรค การแบ่งระยะของโรคทำได้หลายวิธี ได้แก่ วิธี TNM เป็นที่นิยมใช้จัดระยะของโรคมะเร็งเต้านมในปัจจุบัน ย่อมาจาก Tumor (ก้อนมะเร็งในเต้านม) Node (ต่อมน้ำเหลืองของเต้านม) Metastasis (มะเร็งที่กระจายออกไปอวัยวะอื่น ๆ) หรือวิธี Manchester system แบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านม ออกเป็น 4 ระยะ

อย่างไรก็ตามในการแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมนั้นมีหลายวิธี และมีรายละเอียดที่สำคัญมากมาย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับแพทย์ในการพิจารณาเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมต่อไป แต่เพื่อความเข้าใจง่ายในการแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม สามารถสรุปการแบ่งระยะต่าง ๆ ของมะเร็งเต้านมได้ดังนี้ (จุฑามาศ แอนเนียม, 2550)

2.1.6.1 มะเร็งเต้านมระยะ 0 หรืออาจเรียกว่าเป็น Carcinoma in situ หรือ มะเร็งเฉพาะที่ไม่ลามไปที่อื่นแบ่งออกได้เป็น 2 แบบ ตามตำแหน่งที่พบ นั่นคือ

1) มะเร็งต่อมน้ำนม (Lobular carcinoma in situ) เป็นเซลล์ผิดปกติที่พบในเยื่อเยื่อกระเปาะน้ำนมและแทบไม่พบว่าจะจะเป็นมะเร็งที่ลามไปถึงส่วนอื่นได้ แต่การพบก้อนนี้เป็นสัญญาณเตือนว่าผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูงขึ้น และความเสี่ยงนั้นเพิ่มสูงขึ้นในเต้านมทั้งสองข้าง

2) มะเร็งท่อน้ำนม (Ductal carcinoma in situ) เป็นเซลล์มะเร็งที่พบในเนื้อเยื่อผิดปกติของเยื่อบุด้านในท่อน้ำนมที่ยังไม่ลุกลามไปยังถึงเนื้อเยื่อส่วนอื่น หากทิ้งไว้โดยไม่รักษา เซลล์มะเร็งนั้นอาจหลุดจากท่อลามไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงได้ และกลายเป็นมะเร็งเต้านมมีการลุกลามต่อไป

2.1.6.2 มะเร็งเต้านมระยะที่ 1 เป็นระยะต้นของมะเร็งเต้านม และเริ่มลามถึงเนื้อเยื่อข้างเคียง แต่ยังไม่กระจายออกนอกเต้านมขนาดก้อนในระยษนี้ใหญ่ไม่เกิน 2 ซม. หรือประมาณ 1 นิ้ว

2.1.6.3 มะเร็งเต้านมระยะที่ 2 มีลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใด ดังนี้

- 1) ก้อนมะเร็งขนาดไม่เกิน 2 ซม. แต่มีการแพร่กระจาย ไปถึงต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้
- 2) ก้อนมะเร็งขนาดประมาณ 2-5 ซม. (หรือ 1-2 นิ้ว) อาจมีหรือไม่มี การแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้

3) ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่เกิน 5 ซม. แต่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง

2.1.6.4 มะเร็งเต้านมระยะที่ 3 ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่กว่า 5 ซม. หรือ 2 นิ้ว และ เซลล์มะเร็งแพร่ลามไปถึงต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองและเนื้อเยื่ออื่น ๆ ที่ใกล้เคียง

2.1.6.5 มะเร็งเต้านมระยะที่ 4 ในระยะนี้ เซลล์มะเร็งได้แพร่กระจายไปถึง อวัยวะ ส่วนอื่นของร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ กระดูก ปอด ตับ และสมอง

2.1.6.6 มะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ หมายถึง การกลับเป็นโรคมะเร็งซ้ำอีกครั้ง หลังจากที่ได้รับ การรักษาไปแล้ว แม้จะดูเหมือนว่าก้อนเนื้อร้ายในเต้านมถูกตัดหรือทำลายไปแล้ว แต่บางครั้ง โรคมะเร็งอาจหวนกลับคืนมาได้ เนื่องจากยังมีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่หลังจากการรักษาครั้งนั้น หรือ อาจเป็นเพราะเซลล์มะเร็งได้ลุกลามไปแล้วตั้งแต่ก่อนให้การรักษา ซึ่งการกลับมาเป็นใหม่นี้มักเกิด ในช่วง 2-3 ปีหลังจากจบการรักษาไปแล้ว แต่ก็อาจกลับเป็นใหม่ในอีกหลายปีให้หลังได้

2.1.7 อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านม

ในปัจจุบันโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดในสตรีคือ โรคมะเร็งเต้านม (Breast Cancer) (World Health Organization, 2018) องค์การอนามัยโลก พบว่าในปี 2018 จำนวนสตรีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พบ ประมาณ 2.1 ล้านรายและเสียชีวิตจากโรคนี้นี้อีกประมาณ 627,000 ราย และคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปี ข้างหน้าจะมีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 24 ล้านราย (World Health Organization, 2018) ในประเทศ สหรัฐอเมริกาก็พบว่าจำนวนสตรีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่สูงเป็นอันดับหนึ่ง ประมาณ 520,600 ราย และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม ประมาณ 85,300 ราย (American Cancer Society, 2018) ประเทศญี่ปุ่นพบอุบัติการณ์สตรีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมเป็นอันดับหนึ่ง 86,500 ราย และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม 14,800 ราย (Projected Cancer Statistics, 2018) สำหรับ ในประเทศไทยมะเร็งเต้านมในสตรีพบมากเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2550-2553, พ.ศ. 2553-2556 และ พ.ศ. 2556-2559 พบอัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมต่อแสนประชากรคิด เป็น 26.4, 28.5, 31.4 ตามลำดับ (กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) ส่วนในจังหวัดอุบลราชธานีพบผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม 72.27 รายต่อแสนประชากร และพบอัตราการ ตาย 9.21 รายต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี

2.1.8 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

ประกอบด้วย การมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม การมีอายุที่เพิ่มขึ้น การมีประวัติได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนนานมากกว่า 5 ปี การมีประวัติเป็นก้อนมะเร็งเต้านมหรือก้อนเนื้องอก การมีประวัติการได้รับการฉายรังสีบริเวณหน้าอก การมีประวัติการประจำเดือนครั้งแรกมาก่อน 12 ปี การมีประวัติการหมดประจำเดือนหลังอายุ 55 ปี การมีประวัติบุตรคนแรกหลังอายุ 30 ปี และการดำเนินชีวิตในการเลือกรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย การมีภาวะน้ำหนักเกิน และการจัดการความเครียดไม่เหมาะสม

2.1.8.1 การมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเป็นมะเร็งเต้านม (Albrektsen et al., 2005 อ้างถึงใน รังษีนพดล โถทอง, ศุภิพร แสงกระจ่าง, ปรรณนา สติวิภาวี, วิศิษฐ์ ฉวีพจนกำจร, โสภิตตรา สมหารวงศ์, 2562) โดยสตรีที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าบุคคลทั่วไป 2 เท่าและสตรีที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าบุคคลทั่วไป ร้อยละ 30 (National Breast and Ovarian Cancer Centre, 2009)

2.1.8.2 อายุที่เพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเป็นมะเร็งเต้านม พบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้น มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมได้มากขึ้น (Baker et al., 1998)

อายุ 30 ปี มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 0.44

อายุ 40 ปี มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 1.47

อายุ 50 ปี มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 2.38

อายุ 60 ปี มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 3.56

อายุ 70 ปี มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 3.82

สรุปได้ว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นมีเพิ่มโอกาสการเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น

2.1.8.3 การมีประวัติได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นฮอร์โมนที่ก่อให้เกิดเป็นมะเร็งเต้านม (National Breast and Ovarian Cancer, 2010) สตรีที่ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนนานมากกว่า 5 ปี มีโอกาสเสี่ยงการเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าบุคคลทั่วไปร้อยละ 24 (Kingdom Cancer Research, 2014)

2.1.8.4 ประวัติการเป็นก้อนมะเร็งเต้านมหรือก้อนเนื้องอกที่เต้านม การเป็นก้อนเนื้องอกที่เต้านมมีโอกาสรักษาเป็นมะเร็งเต้านมได้ 1.81 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่มีก้อนที่เต้านม (Nation Cancer Institute, 2012 อ้างถึงใน รังษีนพดล โถทอง และคณะ, 2558)

2.1.8.5 ประวัติการได้รับการฉายรังสีบริเวณหน้าอก สตรีที่ได้รับการฉายรังสีบริเวณหน้าอกก่อนอายุ 30 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม เนื่องจากรังสีอาจทำให้เนื้อเยื่อเต้านมมีการพัฒนาเป็นมะเร็งเต้านมได้ (Albrektsen et al., 2005 Cited in Nation Cancer Institute, 2012)

2.1.8.6 ประวัติการมีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี สตรีที่มีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 12-25 เนื่องจากการมีประจำเดือนเร็วจะทำให้ร่างกายมีฮอร์โมนเอสโตรเจนหลังเร็วและระยะเวลาที่การหลังของฮอร์โมนนานมากกว่าสตรีที่มีประจำเดือนช้ากว่า (National Breast and Ovarian Cancer, 2010)

2.1.8.7 ประวัติการหมดประจำเดือนภายหลังอายุ 55 ปี สตรีที่หมดประจำเดือนภายหลังอายุ 55 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่หมดประจำเดือนก่อนอายุ 55 ปี เนื่องจากการหมดประจำเดือนช้าจะทำให้ร่างกายมีฮอร์โมนเอสโตรเจนนานมากกว่าสตรีที่หมดประจำเดือนก่อนอายุ 55 ปี (National Breast and Ovarian Cancer, 2010)

2.1.8.8 ประวัติการมีบุตรคนแรกภายหลังอายุ 30 ปี สตรีที่มีบุตรคนแรกภายหลังอายุ 30 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม เนื่องจากการมีบุตรคนแรกก่อนอายุ 30 ปี จะช่วยลดฮอร์โมนที่ก่อให้เกิดเป็นมะเร็งเต้านม (Nation Cancer Institute, 2012)

2.1.8.9 การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง (National Breast and Ovarian Cancer, 2010) โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว เช่น ผลิตภัณฑ์จากนมสด เนย ไอศกรีม ข้าวขาหมู หนังไก่ ทอด อาหารทอดน้ำมันหลายครั้ง เป็นต้น เมื่ออาหารประเภทไขมันสูงโดนความร้อนจะก่อให้เกิดสารก่อมะเร็งที่ชื่อว่า Heterocyclic Amine-HCA การรับประทานอาหารที่มีโอกาสได้รับสารเร่งเนื้อแดง เช่น เนื้อวัว ตับหมู เนื้อหมู เป็นต้น และการรับประทานผลิตภัณฑ์แปรรูปจากอาหารที่มีโอกาสได้รับ สารเร่งเนื้อแดง เช่น เบอ์เกอร์ ฮอตดอก หมูแบริคอน แยม สเต็ก กุนเชียง ไส้กรอก เป็นต้น เนื่องจาก สารเร่งเนื้อแดงเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งต่อการเป็นมะเร็งเต้านม (Albrektsen, Heuch, Hansen, & Kvale, 2005) การรับประทานอาหารปิ้งย่างหรือทอดจนไหม้เกรียม จะมีสาร Polycyclic Aromatic Hydrocarbon-PAH ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งเต้านม

2.1.8.10 การไม่ออกกำลังกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ก่อให้เกิดเป็นมะเร็งเต้านมได้ หากไม่มีการออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายไม่มีการเผาผลาญไขมันที่สะสมในร่างกาย ทำให้เกิดการกระตุ้นการผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ก่อให้เกิดเป็นมะเร็งเต้านม (รังชินพดล โถทอง และคณะ, 2558)

2.1.8.11 การมีภาวะน้ำหนักเกิน เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ทำให้เป็นมะเร็งเต้านมได้ เนื่องจากการมีภาวะน้ำหนักเกินเป็นการสะสมไขมันภายในร่างกาย ซึ่งไขมันส่วนเกินนี้สามารถกระตุ้นการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ก่อให้เกิดมะเร็งเต้านม (รังซีนพดล โถทอง และคณะ, 2558)

2.1.8.12 การมีความเครียดและไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมสตรีที่มีความเครียดและไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าบุคคลทั่วไป 2 เท่า เนื่องจากความเครียดทำให้สารภูมิคุ้มกันซึ่งมีความสามารถในการกำจัดสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งเต้านมลดลง มีผลทำให้อวัยวะเกิดการแบ่งตัวเพิ่มมากขึ้น เป็นสาเหตุให้เป็นมะเร็งเต้านมได้ (รังซีนพดล โถทอง และคณะ, 2558)

ดังนั้นหากมีความเครียดและไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็น มะเร็งเต้านมได้ จากปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมดังกล่าวข้างต้น ยิ่งสตรีมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็น มะเร็งเต้านมยิ่งเป็นการเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

กล่าวโดยสรุปปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมที่สำคัญมีดังนี้ คือ

1. อายุมากขึ้น มีโอกาสเกิดมากขึ้น โดยเฉพาะหากอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป และความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมจะเพิ่มเป็น 2 เท่าในทุก ๆ อายุที่เพิ่มขึ้น 10 ปี จนกระทั่งถึงวัยหมดประจำเดือน ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นที่ช้าลง

2. พันธุกรรม มีข้อมูลบ่งชี้ว่าปัจจัยพันธุกรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ มีความผิดปกติของยีน BRCA1 และ BRCA2 โดยเฉพาะมีประวัติการเกิดมะเร็งตั้งแต่อายุน้อยในครอบครัว มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรง เช่น แม่ พี่สาว น้องสาว มีประวัติเป็นมะเร็งในญาติพี่น้องหลายคน ประวัติการเกิดมะเร็งเต้านมทั้งสองข้าง ดังนั้นหากตรวจพบว่ามีก้อนที่เต้านมและมีประวัติครอบครัวดังกล่าวโอกาสเกิดมะเร็งก็สูงขึ้น

3. ปัจจัยเกี่ยวกับฮอร์โมนที่พบว่าอาจจะมีความสัมพันธ์ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งสูงขึ้น ได้แก่การมีประจำเดือนครั้งแรกเร็ว (Early Menachy) คือ มีครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี การเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนช้ากว่าปกติ คือ หมดหลังอายุ 55 ปี ไม่เคยมีบุตรหรือคลอดลูกคนแรกอายุมากกว่า 30 ปี ไม่เคยมีน้ำนมหรือไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมตัวเอง เคยได้รับฮอร์โมนจากภายนอก เช่น ยาคุมกำเนิด เป็นเวลานานติดต่อกันมากกว่า 10 ปี ได้รับการเสริมด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน หรือ diethylstilbestrol หรือได้รับฮอร์โมนเพื่อกระตุ้นให้มีการเจริญพันธ์ ได้รับฮอร์โมนทดแทนวัยทองติดต่อกันนานมากกว่า 5 ปี

4. ปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมภายนอก

4.1 การดื่มสุรา พบว่า สตรีที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เป็น 1.83 เท่า (Li et al., 2010)

4.2 การสูบบุหรี่ พบว่า สตรีที่สูบบุหรี่เป็นประจำเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีที่ไม่สูบบุหรี่ เป็น 1.50 เท่า (รังสีพันทอล โถทอง และคณะ, 2558) และสตรีที่ได้รับควันบุหรี่มือสองเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมจะเพิ่มเป็น 2.22 เท่า (รังสีพันทอล โถทอง และคณะ, 2558)

5. ปัจจัยอื่น และประวัติโรคอื่น ๆ ที่เคยเป็น ได้แก่

5.1 เคยเป็นมะเร็งเต้านมหรือมีก้อนเนื้องอกที่เต้านมมาก่อน

5.2 มีโรคที่เต้านมซึ่งมีความเสี่ยงที่จะกลายมาเป็นมะเร็งเต้านม ได้แก่ Lobular carcinoma in Situ, Atypical Hyperplasia, Proliferative Fibrocystic Disease, มะเร็งรังไข่และมดลูก (Ovarian and Endometrial Cancer)

5.3 เคยตรวจ Mammogram พบความผิดปกติ พบความเข้มของเนื้อเยื่อมากกว่า 75 เปอร์เซนต์

5.4 คนที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานหรือมีภาวะอ้วน, คนผิวขาว

5.5 ภาวะความเครียด

5.6 การไม่ออกกำลังกาย และการนอนหลับพักผ่อนน้อยกว่าวันละ 8 ชม.

2.1.9 การประเมินโอกาสเสี่ยงการเกิดมะเร็งเต้านม

การประเมินว่าผู้หญิงคนใดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมากน้อยเพียงใดเป็นเรื่องซับซ้อนซึ่งต้องอาศัยประวัติครอบครัวและประวัติอดีต ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมจะแบ่งเป็นสองระดับคือ

2.1.9.1 ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมปานกลาง หลังจากประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมว่ามีโอกาสเกิดมะเร็งอยู่ในระดับปานกลางท่านจะได้รับคำแนะนำให้ตรวจ Mammogram โดยตรวจปีละครั้ง สำหรับเกณฑ์ในการประเมินได้แก่

- 1) มีญาติสายตรงหนึ่งคนเป็นมะเร็งเต้านมอายุก่อน 40 ปี (เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง)
- 2) มีญาติสายตรง 2 คนเป็นมะเร็งเต้านม อายุที่เป็นมะเร็งเต้านมหลัง 50 ปี
- 3) มีญาติสายตรงที่เริ่มเป็นมะเร็งเต้านมหลังอายุ 60 ปี จำนวน 3 คน

2.1.9.2 ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมสูง สำหรับผู้มีประวัติครอบครัวที่อยู่ในเกณฑ์ที่จะกล่าวต่อไปนี้จะจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมสูงโดยขอเน้นว่าจำนวนผู้ที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมีเพียงน้อยกว่าร้อยละ 1 ที่จะเป็นมะเร็งแต่เนื่องจากความเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไปจึงต้องติดตามอย่างใกล้ชิด ซึ่งเกณฑ์ในการประเมินได้แก่

1) มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง) หรือญาติสายรอง (ปู่ ย่า ตา ยาย อา น้า ป้า ลุง หลาน ลูกพี่ลูกน้อง) เป็นมะเร็งเต้านมก่อนอายุ 50 ปี

2) มีญาติสายตรงหรือสายรองจำนวน 3 คน ที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังอายุ 60 ปี (อย่างน้อย ต้องมีสายตรง 1 คน)

3) มีญาติ 4 คนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม

4) มีญาติสายตรงที่เป็นมะเร็งเต้านมทั้งสองข้างและเกิดก่อนอายุ 50 ปี

5) มีญาติสายตรงหรือสายรอง 1 คนที่เป็น มะเร็งรังไข่ และมีญาติสายตรงหรือสายรอง 1 คนที่เป็นมะเร็งเต้านม

6) มีญาติสายตรงหรือสายรองสองคนที่เป็นมะเร็งรังไข่

ผู้วิจัยเลือกปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้คือปัจจัยด้านการมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมเนื่องจากเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้ และจะต้องได้รับการติดตามเพื่อเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งเต้านมอย่างใกล้ชิด

2.1.10 อาการและอาการแสดงของมะเร็งเต้านม (Nounou MI et al., 2015)

2.1.10.1 ระยะไม่แสดงอาการ ในระยะแรกของโรคมะเร็งเต้านมจะไม่แสดงอาการไม่สามารถคลำก้อนได้ ต้องได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมจากการตรวจพิเศษ Ultrasound และ/หรือ Mammogram

2.1.10.2 ระยะแสดงอาการ สามารถคลำก้อนได้ มีสารคัดหลั่งออกทางหัวนม อาจเป็นน้ำใส ๆ หรือ น้ำปนเลือด หรือ เป็นเลือด กดไม่เจ็บ มีการหดรั้งของหัวนม ผิวหนังเต้านมบวมแดง ตรวจพบก้อนที่รักแร้ (ซึ่งเป็นต่อมน้ำเหลืองที่โตขึ้นจากการกระจายของมะเร็งเต้านม มักพบต่อมน้ำเหลืองโต) ในระยะท้ายๆ ก้อนอาจใหญ่ขึ้น จนแตกเป็นแผล มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น เช่น ปอด ทำให้มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ และมีอาการเหนื่อยหอบตามมา

2.1.11 การวินิจฉัยมะเร็งเต้านม (Nounou MI et al., 2015)

สามารถวินิจฉัยได้โดยแพทย์ จากการซักประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกายและการตรวจพิเศษ

2.1.11.1 การซักประวัติการเจ็บป่วย เพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม เช่น การมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม อายุ การมีประวัติได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน การมีประวัติการเป็นก้อนมะเร็งเต้านมหรือก้อนเนื้องอก การมีประวัติได้รับการฉายรังสีบริเวณหน้าอก ประวัติการมีประจำเดือนครั้งแรก ประวัติการหมดประจำเดือน ประวัติการมีบุตรคนแรก ลักษณะการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและประวัติการมีความเครียดร่วมกับการจัดการความเครียด ซักประวัติถึงอาการและอาการแสดงของมะเร็งเต้านม เช่น การคลำพบก้อน ตำแหน่งที่คลำพบก้อน ขนาดของก้อน เป็นต้น

2.1.11.2 การตรวจร่างกาย โดยการตรวจเต้านมทั้ง 2 ข้าง จากการดูและการคลำ

1) การดู โดยดูขนาด รูปร่าง การหดรั้งของหัวนม การหดรั้งของ ผิวหนังและดูอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น อาการบวมแดง การมีแผลบริเวณเต้านม หรือการมีสารคัดหลั่งไหลออกมาทางหัวนม

2) การคลำ ประกอบด้วย 3 ท่า คือ ท่ากันหอย ท่าดาวกระจาย และ ท่าลูกคลื่น โดยการคลำเต้านมทั้ง 2 ข้าง เพื่อหาก้อนและมีการบันทึกขนาด ตำแหน่ง รูปร่าง ขอบเขต ของก้อนและลักษณะของก้อน

2.1.11.3 การตรวจพิเศษ โดย Mammography หรือ Ultrasonography

1) Mammography ใช้ตรวจหามะเร็งเต้านมในกรณีที่ไม่มีแสดงอาการ สามารถตรวจพบมะเร็งเต้านมก่อนที่จะคลำก้อนได้ เหมาะสำหรับผู้ที่มียอายุ 40 ปีเป็นต้นไป ควรตรวจทุกปี ปีละ 1 ครั้ง หากเป็นผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม สามารถตรวจได้ปีละ 1-2 ครั้ง และสามารถตรวจได้ตั้งแต่อายุ 35 ปีเป็นต้นไป สาเหตุที่ไม่นิยมตรวจตั้งแต่อ่อนอายุ 30 ปี เนื่องจากในช่วงอายุวัยนี้ เนื้อเต้านมหนาแน่น แยกจากการเป็นก้อนได้ยาก (American Cancer Society, 2015)

2) Ultrasonography ใช้ในกรณีที่ตรวจด้วย Mammography ไม่ได้หรือไม่เหมาะสมแก่การทำ Mammography เนื่องจากมีอายุน้อย มีภาวะตั้งครรภ์ อยู่ในระยะให้นมบุตร การทำ Ultrasonography สามารถใช้บอกตำแหน่ง เพื่อทำการตรวจชิ้นเนื้อและสามารถแยก ระหว่างก้อนกับถุงน้ำได้ (American Cancer Society, 2015)

2.1.11.4 การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิ การวินิจฉัยที่แน่นอนต้องอาศัยการตรวจ ชิ้นเนื้อทางพยาธิ ซึ่งมีหลายวิธี ดังนี้

- 1) Excisional biopsy เป็นการตัดชิ้นเนื้อที่สงสัยทั้งชิ้นส่งตรวจ
- 2) Incisional biopsy เป็นการตัดชิ้นเนื้อบางส่วนส่งตรวจ
- 3) Core biopsy เป็นการใช้เข็มขนาดใหญ่ตัดชิ้นเนื้อบางส่วนหรือดูดเอาชิ้นเนื้อไปตรวจ
- 4) Needle biopsy / Fine needle biopsy เป็นการใช้เข็มเล็ก ๆ ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ

2.1.12 การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม

เป็นการอธิบายขอบเขตของการเกิดมะเร็งเต้านมต้อง อาศัยการตรวจวินิจฉัย ด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น Mammography, Ultrasonography, Computerized Tomography, Magnetic resonance imaging และ/หรือ การตรวจเลือด (American Cancer Society, 2015) การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม สามารถแบ่งได้โดยการใช้หลัก TNM system และ ใช้หลักการแบ่งตามระยะของมะเร็งเต้านม (American Cancer Society, 2015)

2.1.12.1 การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม โดยใช้หลัก TNM system

- T คือ Tumor (ก้อนมะเร็ง)
- N คือ Node (ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้)
- M คือ Metastasis (การกระจายไปยังอวัยวะอื่น)

2.1.12.2 การแบ่งกลุ่มมะเร็งเต้านมตามระยะของมะเร็งเต้านม (staging) แบ่งออกเป็น 5 ระยะ คือ ระยะ 0 ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และระยะที่ 4

ระยะ 0 หมายถึง เป็นระยะเริ่มต้นของเซลล์มะเร็ง ก้อนมะเร็งอยู่เฉพาะที่ ยังไม่ลุกลามไปยังเนื้อเยื่อเต้านม

ระยะ 1 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร และยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

ระยะ 2 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดระหว่าง 2-5 เซนติเมตร และ/หรือ มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกัน

ระยะ 3 หมายถึง ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกันอย่างมากแต่ยังไม่แพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น

ระยะ 4 หมายถึง ไม่มีการจำกัดของขนาดของก้อนมะเร็ง แต่พบว่ามีการแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นของร่างกาย

ตารางที่ 1 การระบุขอบเขตการลุกลามของมะเร็งเต้านมตามระบบ TNM

ระยะของมะเร็งเต้านม	ความหมาย
Tumor size	T_x = ไม่สามารถระบุขอบเขตการลุกลามที่แน่นอน ณ ตำแหน่งที่ตรวจ T_0 = ตรวจไม่พบก้อนมะเร็งที่เต้านม T_1 = ก้อนมะเร็งเต้านมมีขนาดเล็กกว่า 2 เซนติเมตร T_2 = ก้อนมะเร็งที่เต้านมมีขนาดระหว่าง 2-5 เซนติเมตร T_3 = ก้อนมะเร็งที่เต้านมมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร
Lymph node	N_x = ไม่สามารถระบุขนาดหรือการลุกลามของมะเร็งเต้านมสู่ต่อมน้ำเหลืองได้ N_0 = ตรวจไม่พบการลุกลามของมะเร็งเต้านมเข้าสู่ต่อมน้ำเหลือง M_x = ไม่สามารถระบุการแพร่กระจายของมะเร็งเต้านมได้
Metastasis	M_0 = ไม่พบการแพร่กระจายของมะเร็งเต้านม M_1 = มีการแพร่กระจายของมะเร็งเต้านมไปยังเนื้อเยื่อหรืออวัยวะอื่น

ที่มา : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ (2012)

2.1.13 การรักษามะเร็งเต้านม (Nounou MI et al., 2015)

การรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบันมีหลายวิธีร่วมกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรค จำนวนต่อมน้ำเหลือง (Axillary Line) ที่โรคแพร่กระจายเข้าถึง ผลการตรวจการตอบสนองต่อฮอร์โมน ER-PR (Estrogen-Progesterone Receptor) ผลการตรวจยีนส์ HER₂ และสถานภาพของการมีหรือการหมดประจำเดือนเป็นสำคัญ ในการรักษาผู้ป่วยที่สงสัยเป็นมะเร็งเต้านมซึ่งได้รับการตรวจอย่าง

ละเอียดทางคลินิกดังกล่าวข้างต้นแล้วผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดพิสูจน์ชิ้นเนื้อแล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการรักษาโดยการผ่าตัดใหญ่ร่วมกับวิธีการรักษาต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อไป โดยวิธีการรักษานั้นแบ่งได้เป็น 2 วิธี ดังนี้ คือ

- 1) การรักษาเฉพาะที่ ประกอบด้วยวิธีการผ่าตัดเต้านม และรังสีรักษา
- 2) การรักษาทั่วทั้งร่างกาย ได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัด การรักษาด้วยฮอร์โมน การให้ยาอื่น ๆ ปัจจุบันนี้มียาที่ใช้สำหรับโรคมะเร็งเต้านม 3 ชนิด คือยาเคมีบำบัด ยาฮอร์โมน และยาชีวบำบัด ซึ่งเป็นการรักษาที่เป้าหมายของการเกิดมะเร็ง (Target therapy)

หลักการรักษามะเร็งเต้านมแพทย์นิยมพิจารณาเลือกใช้หลายวิธีการรักษาแบบผสมผสานที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง ระยะของโรค อายุของผู้ป่วยและประวัติอื่น ๆ ร่วมด้วย ในการวางแผนการรักษามีหลักในการพิจารณา โดยอาจแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ มะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น (ระยะ 1,2) มะเร็งเต้านมระยะลุกลาม (ระยะ 3) และมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย (ระยะ 4)

2.1.13.1 การรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgery) เป็นวิธีการหลักสำหรับรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น มีประโยชน์ในการควบคุมโรคและนำชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัดไปตรวจทางพยาธิวิทยา ทำให้ทราบระยะที่แท้จริงของโรค ช่วยในการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมและสามารถพยากรณ์โรคได้แม่นยำมากขึ้น การผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การผ่าตัดที่เต้านมและการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ นอกจากนี้มีส่วนที่เพิ่มเติมซึ่งไม่ใช่การรักษามะเร็งเต้านม แต่เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วย คือ การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม (คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล, 2555)

- 1) การผ่าตัดเต้านม สามารถแบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ การผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออก รักษาเต้านมไว้และการผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า

1.1 การผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออก รักษาเต้านมไว้ (Brest Conservative Therapy; BCT) คือ การผ่าตัดก้อนมะเร็งและเนื้อของเต้านมปกติที่อยู่รอบ ๆ ก้อนมะเร็ง โดยตัดห่างขอบก้อนประมาณ 1-2 เซนติเมตร โดยมากจะยังคงเหลือหัวนม ฐานนมและส่วนใหญ่ของเนื้อเต้านมส่วนมากมักเลือกทำในรายที่มีเต้านมขนาดเล็ก มีก้อนมะเร็งเพียงตำแหน่งเดียว เป็นมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก ได้แก่ Ductal Carcinoma in situ; DCIS การรักษาด้วยวิธีนี้ มีหลายวิธี ดังนี้ Lumpectomy (การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก อาจมีเนื้อดีบางส่วนและต่อมน้ำเหลืองด้วย) Partial Mastectomy (การผ่าตัดแบบสงวนเต้า) Quadrantectomy (การผ่าตัดเอาเต้านมออกประมาณหนึ่งในสี่ส่วน) ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนมะเร็งออก รักษาเต้านมไว้ จะต้องได้รับการฉายแสงที่เต้านมร่วมด้วยเสมอ

1.2 การผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า (Mastectomy) พิจารณาทำในกรณีที่มีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมซ้ำสูงเกินร้อยละ 20 เช่น ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ ก้อนมะเร็งมีหลายก้อน แต่เต้านมมีขนาดเล็ก เป็นต้น การผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า สามารถทำได้ 2 วิธี คือ Simple Mastectomy คือ การตัดเฉพาะเต้านมออก ไม่มีการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ใช้วิธีนี้เมื่อแน่ใจว่า มะเร็งอยู่เฉพาะที่ ไม่ได้แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง และ Modified Radical Mastectomy; MRM คือ การผ่าตัดเอาเต้านมและต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ออก

2) การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ แบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมดและการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล

2.1 การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด (Axillary dissection) เพื่อกำจัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ที่อาจมีการแพร่กระจายของมะเร็ง แต่การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมด อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ชาบริเวณต้นแขนด้านใน มีการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทที่ทำให้กล้ามเนื้อบางส่วนทำงานได้ลดลง หรือในระยะยาวอาจมีภาวะแขนบวม ข้อไหล่ติด โดยโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจะเพิ่มขึ้นถ้าจำเป็นต้องได้รับการฉายแสงร่วมด้วย ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องดูแลแขนข้างที่ผ่าตัดเป็นพิเศษ เช่น หลีกเลี่ยงการยกของหนัก หลีกเลี่ยงการใช้งานซ้ำ ๆ หลีกเลี่ยงการได้รับบาดเจ็บหรือการติดเชื้อเพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะแขนบวม ในปัจจุบันการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมดจะทำในผู้ป่วยที่คลำพบต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ผิดปกติตั้งแต่ก่อนเริ่มรักษา เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะมีมะเร็งแพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 70% และในผู้ป่วยที่ตรวจพบการแพร่กระจายของมะเร็งมายังต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล

2.2 การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล (Sentinel lymph node dissection) เป็นวิธีการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองรักแร้ที่ได้รับการยอมรับมากในปัจจุบัน เนื่องจากเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีโอกาสน้อยที่มะเร็งจะแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ เช่น ผู้ป่วยที่คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตที่รักแร้ ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น และก้อนมะเร็งมีขนาดเล็ก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสที่มะเร็งแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองน้อยกว่าร้อยละ 30 การผ่าตัดนี้เป็นการหาต่อมน้ำเหลืองกลุ่มแรกที่มีมะเร็งจะแพร่กระจายไป และต่อมน้ำเหลืองดังกล่าวไปตรวจเพื่อยืนยันว่ามีมะเร็งกระจายหรือไม่ หากไม่พบมะเร็งแพร่กระจายมาต่อมน้ำเหลืองดังกล่าว ก็ไม่ต้องผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองอื่น ๆ ออก ซึ่งลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองรักแร้ออกทั้งหมด แต่หากตรวจพบการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาต่อด้วยการเลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้ออกทั้งหมด (Axillary dissection)

3) การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม ในปัจจุบันการรักษามะเร็งเต้านมให้ผลดีกว่าในอดีต ส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น มีโอกาสในการกลับเป็นซ้ำลดลง โดยเฉพาะรายที่เป็นมะเร็งระยะเริ่มต้น ดังนั้นนอกเหนือจากการรักษาชีวิตและการรักษาโรค การเก็บรักษาเต้านมหรือการรักษา

รูปร่างเต้านมไว้จึงมีความสำคัญมากขึ้น เพราะช่วยสร้างความมั่นใจ ลดความรู้สึกสูญเสีย ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยหลังการผ่าตัด จึงมีการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมใหม่หรือทดแทนส่วนที่ขาดหายไป (Breast reconstruction) โดยไม่มีผลเสียต่อการรักษามะเร็งเต้านมโดยรวม

การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม (Breast reconstruction) คือ การผ่าตัดเพื่อนำเนื้อเยื่อที่บริเวณอื่นของร่างกายหรือใช้วัสดุที่ทำเลียนแบบเต้านมเสริมหรือสร้างเต้านมใหม่ สามารถทำได้โดยการผ่าตัดนำผิวหนัง เนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อบริเวณสะบักมาทดแทนเต้านมบางส่วนหรือทั้งหมดที่ถูกตัดออกไป และการผ่าตัดเพื่อใส่เต้านมเทียมเพื่อทดแทนการตัดเต้านมออกบางส่วนหรือทั้งหมด

3.1 การผ่าตัดนำผิวหนัง เนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อหน้าท้อง (Transverse rectus abdominis myocutaneous flap or TRAM flap) มาแทนเต้านมทั้งหมดที่ถูกตัดออกไป แต่ยังคงมีลักษณะคล้ายเต้านมอยู่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น การผ่าตัดวิธีนี้ระยะเวลาผ่าตัดนานกว่าการผ่าตัดเต้านมเพียงอย่างเดียว โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 3-5 ชั่วโมง ผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนพักโรงพยาบาลนานประมาณ 1 สัปดาห์ ข้อดีของการผ่าตัดวิธีนี้ คือ การนำเนื้อเยื่อจากหน้าท้องมาเสริมแทนเต้านมทำให้ช่วยลดเนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้อง ทำให้หน้าท้องแบนราบลงและในกรณีที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นผู้ป่วยก็ไม่จำเป็นต้องได้รับการฉายแสง

3.2 การผ่าตัดนำผิวหนัง เนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อบริเวณสะบัก (Latissimus dorsi myofascial flap or LD flap) มาทดแทนเต้านมส่วนที่ตัดไป โดยส่วนใหญ่มักทำร่วมกับการผ่าตัดเต้านมออกเพียงบางส่วน โดยเฉพาะในรายที่มีการสูญเสียเนื้อเต้านมมากเกินไปที่จะคงความสวยงามไว้ได้ การผ่าตัดนำผิวหนัง เนื้อเยื่อไขมัน และกล้ามเนื้อบริเวณสะบัก อาจทำให้เกิดบาดแผลบริเวณหลังได้ แต่ศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัดจะพยายามซ่อนแผลให้อยู่ที่ระดับเดียวกับแนวเสื้อชั้นในเพื่อปกปิดบาดแผล และหลังการผ่าตัด การทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการขับหัวใจจะทำงานได้ใกล้เคียงปกติ

3.3 การผ่าตัดเพื่อใส่เต้านมเทียม (Prothesis) เพื่อทดแทนการตัดเต้านมออกบางส่วนหรือทั้งหมด ข้อดี คือ ไม่มีแผลผ่าตัดใด ๆ เพิ่มเติมจากปกติ เนื่องจากไม่มีการนำเนื้อเยื่อจากตำแหน่งอื่น ๆ มาเสริมแทนเต้านมเดิม แต่อาจมีข้อจำกัดในผู้ป่วยบางรายที่มีลักษณะของเต้านมไม่เหมาะสมที่จะใช้เต้านมเทียม นอกจากนี้หากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฉายแสงร่วมด้วยจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การหดรั้งของเนื้อเยื่อรอบ ๆ เต้านมเทียม ซึ่งอาจจะทำให้เต้านมเสียรูปไป

2.1.13.2 การให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) คือ การให้ยาที่มีคุณสมบัติในการทำลายหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง การให้ยาเคมีบำบัดสามารถออกฤทธิ์ได้ทั่วร่างกายต่างจากการผ่าตัดที่ได้ผลเฉพาะบริเวณที่ผ่าตัดเท่านั้น ดังนั้นการรักษาด้วยวิธีนี้มีโอกาสที่โรคจะหายขาดมากขึ้นและมีชีวิตยืนยาวออกไป ยาเคมีบำบัดนอกจากจะทำลายเซลล์แล้ว ยังอาจมีผลต่อ

เซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว เช่น ไชกระดูก ซึ่งเป็นตัวสร้างเม็ดเลือดและเกล็ดเลือด อาจทำให้มีผลข้างเคียง คือ ติดเชื้อง่ายเนื่องจากเม็ดเลือดขาวลดลง ในระบบทางเดินอาหาร อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน อุจจาระร่วง ระบบผิวหนัง มีผลต่อผมและขน อาจร่วงได้และมีผลต่อระบบสืบพันธุ์ เช่น ในผู้ป่วยที่ยังมีประจำเดือนอยู่ อาจทำให้ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอหรือบางรายอาจไม่มีประจำเดือนเลย นอกจากนี้ อาจมีอาการคล้ายคนใกล้หมดประจำเดือน เช่น ร้อนวูบวาบตามตัว ในผู้ป่วยที่อายุไม่มาก ประจำเดือนมักจะกลับมาเป็นปกติหลังจากที่การรักษาสิ้นสุดลงประมาณ 6 เดือนหรือนานกว่านั้น ผู้ป่วยเหล่านี้ยังมีโอกาสที่จะตั้งครรภ์ใหม่ได้ และบุตรที่เกิดมาก็มักจะไม่มี ความผิดปกติใด ๆ เซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วดังกล่าวบางส่วนถูกทำลายไปจากได้รับยาเคมีบำบัด แต่เนื่องจากเซลล์ปกติมีคุณสมบัติที่สามารถสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนได้ ดังนั้นผลข้างที่เกิดขึ้นก็มักจะเกิดเพียงชั่วคราว เมื่อเสร็จสิ้นการรักษาผู้ป่วยจะกลับมาใกล้เคียงปกติ

ในปัจจุบันนิยมที่จะให้ยาเคมีบำบัดหลาย ๆ ชนิดร่วมกัน เพราะการรักษาได้ผลดีกว่า การให้ยาเพียงชนิดเดียวนอกจากนี้ผู้ป่วยยังจะได้รับยาที่จะช่วยลดผลข้างเคียงเพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงดังกล่าว การให้ยามักเว้นระยะห่างตั้งแต่ประมาณ 1-4 สัปดาห์ตามแต่สูตรของยาที่แพทย์เลือกใช้ เพื่อให้ร่างกายผู้ป่วยได้พักและพร้อมที่จะรับยาในครั้งต่อไป ระยะเวลาในการให้ยาเคมีบำบัดทั่วไปใช้เวลาประมาณ 3-6 เดือน บางรายอาจนานกว่านั้น เช่น 1 ปี ขึ้นกับแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถที่จะทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เช่น ไปทำงาน อยู่กับครอบครัวและเข้าสังคม

2.1.13.3 การใช้ฮอร์โมนรักษา (Hormonal therapy) การเจริญเติบโตของเต้านมและการทำงานของเต้านมขึ้นอยู่กับฮอร์โมนเพศแต่การเจริญเติบโตของมะเร็งเต้านมบางรายก็ขึ้นอยู่กับฮอร์โมนเช่นกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผลการตรวจพิเศษโดยพยาธิ ว่ามะเร็งที่ผู้ป่วยประสบอยู่นั้นเป็นชนิดที่ตัวรับฮอร์โมนหรือไม่ ถ้าผลการตรวจพิเศษโดยพยาธิเป็นผลบวก เป็นตัวช่วยชี้แนวทางว่าสมควรรักษามะเร็งเต้านมด้วยยาต้านฮอร์โมน ซึ่งยาต้านฮอร์โมนแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มของยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของฮอร์โมนและกลุ่มที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้างฮอร์โมน

1) ยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของฮอร์โมน ได้แก่ tamoxifen ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งในผู้หญิงที่ยังมีประจำเดือนหรือหมดประจำเดือน อาจมีผลทำให้เกิดเลือดออกทางช่องคลอด แพทย์จึงมักจะแนะนำให้ผู้ป่วยทำการตรวจภายในเป็นประจำทุกปี

2) ยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้างฮอร์โมน ใช้ได้เฉพาะในผู้หญิงที่หมดประจำเดือน อาจมีผลต่อกระดูกและกล้ามเนื้อดังนั้นก่อนการรักษาแพทย์จะแนะนำให้ตรวจมวลกระดูกเพื่อประเมินเรื่องภาวะกระดูกพรุนและอาจให้ยาเพื่อเสริมให้กระดูกแข็งแรงขึ้นตามความเหมาะสม

การบริหารยาต้านฮอร์โมนก่อนข้างสะดวกเพราะให้โดยการรับประทาน ใช้เวลาในการรับยาติดต่อกันนานประมาณ 5 ปี อาการแทรกซ้อนมีน้อยมากและส่วนใหญ่ไม่รุนแรง

2.1.13.4 การรักษาทางชีววิทยาหรือเป้าหมายเฉพาะเจาะจง (Biological or Targeted Therapy) ยาในกลุ่มนี้จัดเป็นยากลุ่มที่ เป็นยาต้าน HER 2 (Human Epidermal Receptor) ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างจากยากลุ่มเดิม ๆ คือ เซลล์มะเร็งเต้านมบางชนิดจะมีตัวรับสัญญาณ HER 2 อยู่ที่ผิวเซลล์ ทำให้สามารถใช้ยาดังกล่าวจับกับตัวรับสัญญาณเหล่านี้และให้ยาออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็ง ส่วนเซลล์อื่น ๆ ที่ไม่มีตัวรับสัญญาณก็จะได้ไม่ได้รับผลกระทบจากยากลุ่มนี้ ยาที่ใช้ในการรักษาด้วยวิธีนี้ คือ Trastuzumab (Herceptin) จะใช้ในผู้ป่วยที่มี HER 2 Positive ระยะเวลาในการรักษาจะประมาณ 1 ปี ยากลุ่มนี้เป็นยาที่มีประสิทธิภาพดี รักษาได้ค่อนข้างเฉพาะเจาะจง มีผลข้างเคียงน้อย แต่มีราคาแพงมาก ทำให้เป็นข้อจำกัดสำหรับการเลือกใช้ในกลุ่มนี้

2.1.13.4 การฉายแสง (Radiation Therapy) เป็นการใช้อุปกรณ์พิเศษที่ปล่อยอนุภาครังสีที่มีพลังงานสูงเพื่อยุติยั้งการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง รังสีนี้จะทำลายทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว แต่เนื่องจากเซลล์มะเร็งเป็นเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็วมาก จึงถูกทำลายได้มากกว่าและเซลล์ปกติมีคุณสมบัติที่จะสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทน เซลล์ที่ถูกทำลายจึงทำให้เนื้อเยื่อและอวัยวะต่าง ๆ ยังคงรูปร่างและทำงานได้ตามปกติ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการตัดเต้านมออกบางส่วนจะได้รับการฉายแสงร่วมรักษา ในผู้ป่วยที่มีขนาดก้อนมะเร็งมากกว่า 5 เซนติเมตร มะเร็งลุกลามมาที่ผิวหนังหรือกล้ามเนื้ออก ซึ่งอยู่ในชั้นลึกหรือมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองรักแร้จำนวนมาก เป็นต้น การฉายแสงใช้เวลารักษาประมาณ 4-6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน และให้ผู้ป่วยพักร่างกาย 2 วัน เพื่อให้ร่างกายและผิวหนังได้มีเวลาพักผ่อนและซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่ถูกทำลายไป ผลข้างเคียงจากการฉายแสง ได้แก่ บวมแดงบริเวณที่มีการฉายแสง ข้อไหล่ติดและแขนบวม

2.1.14 พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากขึ้นโดยเฉพาะในปัจจุบันซึ่งมีปัญหามลภาวะสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงมากมาย รวมทั้งปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นผลมาจากการพัฒนาประเทศ และประชาชนต้องมีการปรับตัวในการใช้ชีวิตอย่างแข่งขัน รีบเร่ง เคร่งเครียดเกือบตลอดเวลา ทำให้ขาดความเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง ขาดการออกกำลังกาย ไม่พิถีพิถันในการเลือกรับประทานอาหารเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเพิ่มขึ้น จากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงสามารถป้องกันหรือลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้โดยการใช้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพในสตรีและช่วยลดอุบัติการณ์การเป็นมะเร็งระยะลุกลาม

เสาวลักษณ์ สุขทัน (2548) ระบุว่าพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม เป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นมะเร็งเต้านม โดยการหลีกเลี่ยงอาหารที่ก่อให้เกิดเป็นมะเร็งเต้านม การตรวจสุขภาพประจำปีและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ณภัทร อรสุขมา (2549) ระบุว่าพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมเป็นการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันมะเร็งเต้านม ในด้านการเลือกรับประทานอาหาร การจัดการความเครียดและการสังเกตการผิดปกติของเต้านม

ณัฐนิชา แหวนวงศ์ (2556) ระบุว่า พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม เป็นการกระทำของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม โดยการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมและเพิ่มปัจจัยป้องกันมะเร็งเต้านม สามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิต โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายด้วยชีวจิตไทยและพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม หมายถึง การกระทำของสตรีกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม โดยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม สามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิต ด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสมและด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2.1.14.1 องค์ประกอบของพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ประกอบด้วยด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสมและด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (world Health Organization, 2018)

1) พฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นการรู้จักประเภทของอาหารและสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้ ประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหาร 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

1.1 โปรตีน เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่ว การรับประทานโปรตีนจำพวกเนื้อสัตว์ เน้นการรับประทานเนื้อปลา เนื่องจากย่อยง่าย หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ที่ติดมันเนื่องจากอาหารที่มีไขมันสูงเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

1.2 คาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน เน้นการรับประทานธัญพืชขัดสีน้อย เนื่องจากมีคาร์โบไฮเดรตสูง มีเส้นใย ให้เกลือแร่และวิตามินสูง ช่วยส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง เช่น ข้าวกล้อง ข้าวโอ๊ต ข้าวสาลี ข้าวบาเลย์ ถั่ว งา ลูกเดือย เป็นต้น (John Hopkins, 2015)

1.3 วิตามิน เช่น ผักและผลไม้ เนื่องจากผักและผลไม้มีสารต้านอนุมูลอิสระ ที่ช่วยปกป้องร่างกายและช่วยกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกาย การรับประทานผักเน้นการรับประทานผักใบเขียว และผักมีสี ผักตระกูลใบเขียว เช่น ผักบุ้ง ผักกะเฉด ขึ้นฉ่าย ผักชี บล็อกโคลี่

ผักมีสี เช่นมะเขือเทศ แครอท เป็นต้น (Kingdom Cancer Research, 2014) การรับประทานผลไม้ เนื่องจากผลไม้มีกากใยอาหาร วิตามิน กลีโคแร่ที่มีประโยชน์ ช่วยส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง ควรเลือกผลไม้ที่ไม่หวานจัดแต่ให้เส้นใยสูง เช่น ฝรั่ง ชมพู เป็นต้น (ชมรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง, 2553)

1.4 กลีโคแร่ เช่น ผักและผลไม้ เนื่องจากผักและผลไม้มีสารต้านอนุมูลอิสระที่ช่วยปกป้องร่างกายและช่วยกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกาย

1.5 ไขมัน ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันให้น้อยที่สุด เนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเป็นอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

1.6 การหลีกเลี่ยงอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย

1.6.1 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีสารไฮโดรคาร์บอนที่เกิดจากการเผาไหม้ ปิ้งย่าง จนไหม้เกรียม (Jeffy et al., 2002)

1.6.2 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงในปริมาณมาก เช่น เนย ครีม ไอศกรีม ผลิตภัณฑ์จากนมสด ข้าวขาหมู หนังไก่ทอด อาหารทอดน้ำมันหลายครั้ง (Centre, 2010)

1.6.3 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโอกาสได้รับสารเร่งเนื้อแดง เช่น ตับหมู เนื้อวัว เนื้อหมู เป็นต้น และผลิตภัณฑ์แปรรูปจากอาหารที่มีโอกาสได้รับสารเร่งเนื้อแดง เช่น สเต็ก แฮมเบอร์เกอร์ ฮอตดอก หมูเบคอน กุนเชียง ไส้กรอก เป็นต้น (Kingdom Cancer Research, 2014)

2) พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ควรเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย ประมาณ 5-10 นาที ออกกำลังกาย 15-30 นาทีและสิ้นสุดด้วยการอบอุ่นร่างกาย การออกกำลังกายควรออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที/วันหรือครั้ง 3-5 วัน/สัปดาห์ ซึ่งการออกกำลังกายช่วยลดการเกิดมะเร็งเต้านมได้ละ 25-30% เนื่องจากร่างกายมีการเผาผลาญไขมันที่สมบูรณ์ ทำให้เกิดการลดลงของการผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ก่อให้เกิดมะเร็งเต้านม (National Breast and Ovarian Cancer, 2010)

2.1 ประเภทของการออกกำลังกาย

2.1.1 แบบเกร็งกล้ามเนื้อโดยไม่เคลื่อนไหวอวัยวะ (Isometric exercise)

เป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มขนาดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายแบบนี้ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น การเกร็งกล้ามเนื้อเพื่อต้านน้ำหนัก การบีบวัตถุ การดันกำแพง เป็นต้น

2.1.2 แบบต้านน้ำหนัก (Isotonic exercise) เป็นการออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อพร้อมกับการเคลื่อนไหวข้อต่อ แขนหรือขา เช่นการบริหารโดยการยกน้ำหนัก การดันพื้น การลุกนั่ง (sit-up) เป็นต้น

2.1.3 แบบต้านทานความเร็วเต็มที่ (Isokinetic Exercise) เป็นการออกกำลังกายโดยอาศัยเครื่องมือของการออกกำลังกายที่มีการปรับความเร็วและแรงต้านได้ เช่น การวิ่งบนลู่วิ่งที่ปรับความเร็วได้ การปั่นจักรยานอยู่กับที่ เป็นต้น

2.1.4 แบบไม่ใช้ออกซิเจน (An air Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ร่างกายไม่ได้นำออกซิเจนออกมาสันดาปพลังงาน แต่กล้ามเนื้อจะใช้พลังงานจากสารเอทีพี (ATP) สารซีพี (CP) และสารไกลโคเจน (Glycogen) ที่มีอยู่ในกล้ามเนื้อ เช่น การชว่น้ำ การกระโดดไกล กระโดดสูง พุ่งน้ำหนัก ขว้างจักร พุ่งแหลน เป็นต้น

2.1.5 แบบใช้ออกซิเจนหรือแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่กระทำกิจกรรมติดต่อกันเป็นเวลานาน พอที่จะกระตุ้นให้ร่างกายใช้พลังงานจากกระบวนการสันดาปออกซิเจนเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ จนสามารถเพิ่มให้ปอดและหัวใจทำงานเต็มที่ เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ การปั่นจักรยาน การรำมวยจีน การแกว่งแขน เป็นต้น การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน ช่วยให้ร่างกายเกิดการเผาผลาญพลังงาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนในการส่งเสริมให้สตรีที่เป็นญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

2.2 ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ช่วยให้ระบบไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ช่วยควบคุมน้ำหนักตัว ช่วยผ่อนคลายความเครียด ช่วยปรับสมดุลฮอร์โมนในร่างกาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

3) พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เป็นการกระทำของสตรีกลุ่มเสี่ยงในการเลือกวิธีการจัดการความเครียดเพื่อเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมในการลดความรุนแรงของความเครียดที่มากกว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ

3.1 สาเหตุของความเครียด มีหลายสาเหตุดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2547)

3.1.1 จากสภาวะแวดล้อมทั่วไป เช่น มลภาวะต่าง ๆ

3.1.2 จากสภาพเศรษฐกิจ เช่น รายรับน้อยกว่ารายจ่าย

3.1.3 จากสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การสอบแข่งขัน

3.1.4 จากสภาพการทำงาน เช่น การเข้าทำงาน การเลื่อนขั้น

3.1.5 จากสภาพของบุคคล เช่น ลักษณะนิสัยที่เข้ากับคนอื่นได้ยาก ความรู้สึกด้อยค่าในตัวเอง การต้องการมีอำนาจเหนือกว่าผู้อื่น

3.1.6 จากสภาพการดำเนินชีวิต เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การดื่มชา กาแฟ

3.2 กลไกความเครียดต่อการเกิดมะเร็งเต้านม เนื่องจากความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่สามารถก่อให้เกิดสตรีกลุ่มเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมได้ โดยความเครียดทำให้ลดภูมิคุ้มกันซึ่งมีความสามารถในการกำจัดสารที่ก่อมะเร็ง (Chaveepojnkamjorn et al., 2018) ดังนั้น การจัดการความเครียดที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ สามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

3.3 กลไกจัดการความเครียด สามารถทำได้โดย

3.3.1 วิเคราะห์สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด

3.3.2 หาหนทางแก้ไขความเครียด โดยพิจารณาจากสาเหตุของความเครียด หากสามารถแก้ไขความเครียดที่ต้นเหตุของปัญหาได้ ให้แก้ไขปัญหาที่สาเหตุของความเครียด หากสามารถแก้ไขความเครียดที่ต้นเหตุของปัญหาได้ ให้แก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียด แต่ถ้าหากไม่สามารถแก้ไขที่สาเหตุของปัญหาได้ ต้องหาหนทางผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2558)

3.3.3 วิธีการจัดการความเครียดโดยทั่วไป สามารถทำได้โดย การทำจิตใจให้สบาย คิดแต่ในสิ่งดี ๆ ก่อนนอน ปรึกษาบุคคลใกล้ชิด หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด มีการผ่อนคลายความเครียด โดยการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชอบ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง เล่นดนตรี วาดรูป ชมภาพยนตร์ ปลูกต้นไม้ ออกกำลังกาย เป็นต้น วิธีการจัดการความเครียดโดยทั่วไปเหล่านี้ สามารถเลือกใช้ได้เมื่อเผชิญความเครียดที่ไม่รุนแรง แต่สำหรับการเผชิญความเครียดที่ระดับความเครียดมีความรุนแรงมากขึ้น กรมสุขภาพจิตได้นำเสนอแนวทางการจัดการความเครียด โดยการฝึกเกร็งกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การทำสมาธิ การใช้เทคนิคเงียบ การใช้จินตนาการ เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

4) พฤติกรรมด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม เป็นการกระทำของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่แสดงถึงความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการใช้ทักษะการดูแลการคลำเต้านม เป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยาก ไม่เสียเวลา ไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งสามารถกระทำได้ด้วยตนเอง

การตรวจคัดกรองเป็นการช่วยค้นหาโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อรีบไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ ซึ่งสามารถช่วยเพิ่มโอกาสการรักษาโรคให้หายขาด สามารถทำได้โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่

4.1 การตรวจเต้านมด้วยตัวเอง (Breast self-examination) สตรีทุกคนเมื่ออายุ 20 ปี ขึ้นไป ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการตรวจคือ 3 ถึง 7 วัน นับจากประจำเดือนหมด ส่วนสตรีที่หมดประจำเดือนแล้วให้กำหนดวันที่จดจำง่ายและตรวจในวันเดียวกันของทุกวัน การตรวจเต้านมด้วยตนเองต้องตรวจตามวิธีที่

ถูกต้องและสม่ำเสมอจะสามารถตรวจพบเมื่อเป็นระยะแรก ๆ วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อไป

4.2 การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ (Clinician Breast Examination) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ซึ่งควรตรวจตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป โดยตรวจทุก 3 ปี ส่วนผู้มีอายุมากกว่า 40 ปี ควรจะตรวจด้วยแพทย์ทุกปี

4.3 การตรวจด้วยรังสี Mammogram สามารถตรวจพบก่อนเกิดก้อนได้ 2 ปี การตรวจ Mammogram เป็นการตรวจที่ดีที่สุดที่จะได้ค้นพบมะเร็งในระยะเริ่มต้น แนะนำให้เริ่มตรวจตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะกลุ่มที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่ำแนะนำให้ตรวจ Mammogram หลังอายุ 50 ปีขึ้นไป

สรุป แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ดังนี้

1. สตรีอายุ 20 ปีขึ้นไปควรตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ระยะเวลาเหมาะสมที่จะตรวจคือหลังหมดประจำเดือน
2. ควรตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ตั้งแต่อายุ 20-39 ปี โดยตรวจทุก 3 ปี ส่วนสตรีที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ควรตรวจเต้านมด้วยแพทย์ทุกปี
3. ตรวจเต้านมโดย Mammography ควรตรวจทุก 1-2 ปี ในสตรีอายุมากกว่า 40 ปี สำหรับสตรีที่อายุน้อยกว่านี้แต่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมควรปรึกษาแพทย์ หรือ ตรวจ Mammography ตั้งแต่อายุที่มีคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม

ชาญวิทย์ ตันติพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์ (2541) แนะนำว่าช่วงเวลาที่ดีที่ตรวจเต้านมได้ดีที่สุด คือ ช่วงเวลาหมดประจำเดือนตั้งแต่ปลายสัปดาห์แรกจนถึงสัปดาห์ที่สอง ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เต้านมไม่คัดและมีการดึงตัวน้อยที่สุด สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้แนะนำให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังจากหมดประจำเดือนแล้ว 3-7 วัน

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้ง 3 วิธี สามารถค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกได้ แต่พบว่าวิธีที่เหมาะสมที่สุด มีประสิทธิภาพ ง่าย สะดวก ไม่เสียค่าใช้จ่าย และสามารถตรวจได้ถึงความต้องการของตนเอง คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

4.4 วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2012)

4.4.1 ตรวจขณะยืนหน้ากระจก

- 1) ยืนส่องกระจกปล่อยแขนแนบข้างลำตัวตามสบายเปรียบเทียบเต้านมทั้งสองข้าง สังเกตดูการเปลี่ยนแปลงลักษณะของรูปร่าง, ขนาดหรือสีของหัวนม สังเกตดูระดับของหัวนมแต่ละข้างว่าเท่ากันหรือไม่ มีผื่นหรือผื่นบนหัวนมหรือไม่ มีผิวหนังบวมลงหรือไม่ มีการบิดเบี้ยว การดึงหรือของเต้านมหรือหัวนม ความสูง-ต่ำของหัวนม หรือมีสิ่งผิดปกติอื่น ๆ หรือไม่

2) ยืนประสานมือทั้งสองข้างเหนือศีรษะ หันด้านข้างส่องกระจกดูที่ละข้าง แล้วกลับมาอยู่ในท่าท้าวสะเอว พร้อมทั้งตรวจดูสิ่งที่ผิดปกติ เหมือนในข้อ 1)

3) หันหน้าตรวจเข้ากระจกอีกครั้งเอามือจับสะโพกทั้งสองข้าง และกดสะโพกไว้แรงๆ จนท่านรู้สึกวักกล้ำเนื้อที่หน้าอกของท่านแข็งเกร็งขึ้นมา สังเกตความผิดปกติอีกครั้ง

4) ยืนโน้มตัวโค้งไปข้างหน้า โดยใช้มือทั้งสองข้างวางบนเข้าให้หน้าอกสองข้างห้อยดิ่งลงจะทำให้มองเห็นความผิดปกติได้ชัดเจนมากขึ้น สังเกตดูว่ามีรอยบุ๋มหรือโป่งพองของผิวหนังที่เต้านมหรือไม่ สังเกตดูขนาด รูปร่างของเต้านม ตำแหน่งของเต้านมและหัวนม ควรอยู่ในระดับเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน และสังเกตว่ามีรอยบุ๋มที่หัวนมทั้งสองข้างหรือไม่

4.4.2 ตรวจขณะนอนราบ

1) นอนราบในท่าที่สบายแล้วสอดหมอน หรือม้วนผ้าใต้ไหล่ข้างใดข้างหนึ่ง ยกแขนด้านเดียวกับเต้านมที่จะตรวจเหนือศีรษะเพื่อให้เต้านมด้านนั้นลอยขึ้น ซึ่งจะทำให้คลำพบก้อนหรือพบสิ่งผิดปกติได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะส่วนบนด้านนอกของเต้านมซึ่งมีเนื้อที่หนาที่สุด และเกิดมะเร็งบ่อยกว่าส่วนอื่น มองสำรวจเต้านมให้ทั่วสังเกตดูลักษณะผิดปกติ

2) เริ่มตรวจข้างที่ถนัดก่อน โดยใช้ปลายนิ้วมือสามนิ้วคือ นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง คลำทั่วทั้งเต้านม ใช้น้ำหนักกดที่ปลายนิ้วแรงและลึกพอสมควร ขึ้นอยู่กับขนาดเต้านม ที่สำคัญคือ ห้ามบีบเนื้อเต้านม เพราะอาจทำให้รู้สึกว่ามีก้อน ซึ่งจริง ๆ แล้วไม่ใช่

3) คลำที่ใต้รักแร้ ถ้ามีต่อมน้ำเหลืองโตจะคลำได้เป็นก้อนที่ใต้รักแร้ และตรวจคลำเต้านมอีกข้างในลักษณะเดียวกัน

4.4.3 ตรวจขณะอาบน้ำ

วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้หญิงที่มีเต้านมขนาดเล็ก

1) ให้วางมือข้างเดียวกับเต้านมข้างที่ต้องการตรวจบนเหนือศีรษะ แล้วใช้มืออีกข้างคลำในทิศทางเดียวกับที่คลำในท่ายืนตรวจ

2) สำหรับผู้หญิงที่มีเต้านมขนาดใหญ่ ให้ใช้มือข้างหนึ่งประคองและตรวจคลำเต้านมจาก ด้านล่าง ส่วนมืออีกข้างให้คลำจากด้านบน ใช้ปลายนิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้บีบตั้งแต่ขอบลานหัวนม (Areola) เข้าหาพื้นที่หัวนม ดูว่ามีสิ่งผิดปกติไหลออกจากหัวนมหรือไม่ ถ้ามีลักษณะของเหลวที่ออกมาเป็นอย่างไร

4.4.4 ลักษณะวิธีการคลำ มีหลายแบบดังนี้

1) การคลำแบบก้นหอย

คลำโดยเริ่มจากการคลำเป็นวงกลมจากหัวนมก่อน

แล้ววนในห่วงกลมนี้กว้างออกสู่ฐานเต้านม โดยการคลำให้ใช้ปลายนิ้วมือออกแรงทั้งคลำและกดลงที่เต้านม วนอยู่กับที่เป็นวงกลมเล็ก ๆ แล้วค่อยขยับย้ายที่ให้ทั่ว ๆ วนเป็นวงรอบใหญ่จนถึงขอบเต้านม น้ำหนักกดแรงหรือเบาอย่างน้อยขึ้นอยู่กับขนาดของเต้านม

2) การคลำแบบดาวกระจาย

จินตนาการแบ่งเต้านมออกเป็นช่วง ๆ ตามเข็มนาฬิกาเริ่มต้นคลำจาก 12 นาฬิกา โดยเริ่มกดจากหัวนมเป็นเส้นตรงผ่านลานหัวนมออกไปสู่ฐานของเต้านม แล้วขยับไปที่ 1,2,3 นาฬิกา คล้ายย้ายไปเรื่อย ๆ จนครบทั่วพื้นที่เต้านม

3) การคลำแบบขึ้นและลง

จินตนาการว่า เต้านมเป็นลูกคลื่นในทะเล ใช้ปลายนิ้วมือคลำโดยกดวนเป็นวงกลมเล็ก ๆ ย้ายอยู่กับที่ และให้คลำเต้านมย้ายที่ในทิศทางขึ้นและลงตามยอดคลื่น (กรมอนามัย, 2561)

2.1.15 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมมีดังนี้

2.1.15.1 อายุ หมายถึง จำนวนปีเต็มของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุอยู่ในช่วง 20 ปีขึ้นไป นับตั้งแต่วันที่ทำการศึกษาวิจัย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม เพราะอายุมีผลต่อพัฒนาการความคิด ความเข้าใจ กระบวนการคิด ซึ่งจะเชื่อมโยงไปยังทัศนคติและส่งผลถึงพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Kearney et al., 2000) มีความสัมพันธ์กับการเลือกการออกกำลังกาย (กันทิกา หลวงทิพย์และดาริณี สีนวล, 2550) มีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการจัดการความเครียด (Woolston, 2014) และอายุมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สุนีย์ ชมพูนิตและบัวทอง กรสุวรรณเลิศ, 2550)

2.1.15.2 สถานภาพ เป็นปัจจัยที่บ่งถึงแหล่งประโยชน์ของครอบครัวและคู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีการดูแลเอาใจใส่กัน สถานภาพของสตรีกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1) โสด หมายถึง สตรีกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ได้แต่งงาน ไม่มีสามี

2) คู่ หมายถึง สตรีกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ด้วยกันกับสามีหรือแยกกันอยู่ด้วยเหตุผลจำเป็น เช่น สาเหตุจากหน้าที่การงาน แต่ยังมี การติดต่อกันฉันท์สามีภรรยา และแสดงบทบาทในฐานะสามีภรรยาอย่างสม่ำเสมอ

3) หม้าย หย่า/แยก หมายถึง สตรีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้อยู่ร่วมกับสามีและไม่มีการติดต่อกันฉันท์สามีภรรยา

จากการทบทวนวรรณกรรม สถานภาพสมรสส่งเสริมให้มีพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้น (สุวนิชญ์ ตั้งนิมิตรชัยกุล, 2552) ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้น (กันทิกา หลวงทิพย์และคาริณี สีนวล, 2550) ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น (วรารณณ์ อมรเพชรกุล, 2543) และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น (พรพิมล คุ่มหมื่นไวและคณะ, 2549)

2.1.15.3 ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุด ทั้งในและนอกระบบโรงเรียน การศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา มีความรู้ ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี ช่วยให้เกิดอย่างมีเหตุผล ระดับการศึกษาสามารถจำแนกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2558)

1) ประถมศึกษา เป็นลำดับการศึกษาชั้นที่ 2 ถัดจากการศึกษาประถมวัย (ระดับก่อนประถมศึกษา) และแบ่งเป็น 2 ช่วงชั้น คือ

1.1 ประถมศึกษาตอนต้น ตั้งแต่ประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-3

1.2 ประถมศึกษาตอนปลาย ตั้งแต่ประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6

2) มัธยมศึกษา เป็นลำดับการศึกษาชั้นที่ 3 ถัดจาก การศึกษาประถมวัย และประถมศึกษา แบ่งเป็น 2 ช่วงชั้น คือ

2.1 มัธยมศึกษาตอนต้น ตั้งแต่มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-3

2.2 มัธยมศึกษาตอนปลาย ตั้งแต่มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4-6

3) อุดมศึกษา เป็นการศึกษาที่สูงขึ้นจากระดับมัธยมศึกษา เป็นการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีการศึกษา 4 ปีขึ้นไป

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระดับการศึกษาส่งเสริมให้มีพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้น (สุวิษญ์ ตั้งนิมิตรชัยกุล, 2552) และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น (ณภัทร สุขมา, 2549)

2.1.15.4 รายได้ หมายถึง รายได้ทั้งหมดเป็นบาทต่อเดือน โดยยังไม่หักค่าใช้จ่าย รายได้เป็นปัจจัยที่แสดงถึงฐานะทางสังคมและความเป็นอยู่ของบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมรายได้ที่เพิ่มขึ้นส่งเสริมให้มีพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้น (สุวิษญ์ ตั้งนิมิตรชัยกุล, 2552) ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น (กาญจนา วิเชียรประดิษฐ์, 2556) และรายได้ที่เพิ่มขึ้นส่งเสริมให้มีพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น (Huguley & Brown, 1981; วิณา พงษ์ชัยกุล และวันเพ็ญ แก้วปาน, 2543)

2.2 แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพ

2.2.1 ความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพ

นักวิชาการและองค์กรทางด้านสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศได้ให้ความหมายของความรอบรู้ทางสุขภาพไว้หลากหลาย ในมุมมองและทัศนะที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลดังนี้

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2554) กำหนดคำนิยามไว้ว่า หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

สุน อมรวิวัฒน์ (2553) ให้แนวคิดว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ คือ ความเป็นสุขอย่างฉลาด เกิดขึ้นได้โดยวิธี เรียนรู้ที่จะดำเนินไปตลอดชีวิต ได้แก่ การเรียนเพื่อรู้ (Learning to learn) หรือการฝึกฝน ให้รู้วิธีที่จะเข้าใจ การเรียนรู้เพื่อปฏิบัติได้จริง (Learning to do) หรือการสร้างสรรคสิ่งต่าง ๆ ที่แวดล้อม การเรียนรู้เพื่อที่จะอยู่ร่วมกัน (Learning to live together) หรือการมีส่วนร่วมและร่วมมือกับผู้อื่นในกิจการทั้งปวงของมวลมนุษย์ และการเรียนรู้เพื่อชีวิต (Learning to be) หรือการมีสติปัญญา ไหวพริบในการเข้าใจโลกรอบตัว มีความรู้สึกนึกคิดและจินตนาการที่จำเป็น ประพฤติตนด้วยความรับผิดชอบและเป็นธรรม ซึ่งองค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) ได้ให้ความสำคัญกับวิธีเรียนรู้ 4 แบบนี้ว่า “เสาหลักของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organisation, 1986) นิยามว่า Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แปลความว่า “ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลใน วิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นเสมอ

คณะกรรมการด้านความฉลาดทางสุขภาพ สมาคมทางการแพทย์ของอเมริกัน หรือ (Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, 1999) ได้ให้คำจำกัดความว่า “ทักษะทั้งหมด ซึ่งรวมทั้ง ความสามารถพื้นฐานในการอ่านข้อความและการคำนวณตัวเลข เพื่อปฏิบัติตนในการดูแลรักษา สุขภาพ”

สำนักยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพ หรือ (center for Health Care Strategies, 2013) นิยาม Health literacy ว่า “ความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจ และการกระทำเมื่อได้รับข้อมูลในการดูแล สุขภาพ”

โครงการประชาชนสุขภาพดีของประเทศสหรัฐอเมริกา (The US Healthy People (2010 อ้างถึงใน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) นิยามไว้ว่า “ระดับความสามารถที่บุคคลจะแสวงหา ตีความ หรือทำความเข้าใจข้อมูล พื้นฐานหรือข้อมูลบริการ ซึ่งจำเป็นต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ”

สถาบันทางการแพทย์ของอเมริกา หรือ (Institute of Medicine, IOM 2004 อ้างใน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) นิยามว่า “เป็นระดับ ความสามารถของบุคคลในการได้รับการจัดการ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น สำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม” โดยอธิบายว่า Health literacy ขึ้นอยู่กับทักษะของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์สุขภาพรวมทั้งยังขึ้นกับปัจจัยด้าน ระบบดูแลสุขภาพ ระบบการศึกษา ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และในชุมชนอีกด้วย

Nutbeam (2000, 2008 อ้างถึงใน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) นิยามไว้ดังนี้

(1) ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้ง การพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบท ด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจ เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง (ปี ค.ศ. 2000)

(2) สมรรถนะของบุคคล ที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศ ด้านสุขภาพตามความ ต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต (ปี ค.ศ. 2008)

(3) ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อ ส่งเสริมและรักษาสุขภาพ (ปี ค.ศ. 2009)

Zarcadoolas, Pleasant & Greer (2005) นิยามว่า ทักษะที่ครอบคลุม ความสามารถของบุคคลในการประเมินข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขและนำแนวคิดที่ได้มาเป็น แนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต

Kickbusch & Maag (อ้างถึงใน Pleasant & Kuruvilla, 2008) นิยามว่า ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ในชีวิตประจำวัน และมีความสามารถในการหาข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

Pleasant & Kuruvilla (2008) นิยามว่า “ความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้มีสุขภาพดีและลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ”

Ishikawa et al (2008) อ้างถึงใน เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) นิยามว่า “ความสามารถ เฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพได้ อย่างเหมาะสม”

Kickbusch & Maag (2005) อ้างใน Pleasant & Kuruville (2008) นิยามว่า ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ในชีวิตประจำวัน และมีความสามารถในการหาข้อมูลเพื่อดูแล สุขภาพด้วยตนเอง

Pleasant & Kuruville (2008) นิยามว่า “ความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ และใช้ ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเพื่อให้มีสุขภาพดี และลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ”

2.2.2 องค์ประกอบหรือคุณลักษณะของความรอบรู้ทางสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organisation, 1986) ได้แบ่งองค์ประกอบหรือคุณลักษณะของความรอบรู้ทางสุขภาพไว้ 15 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access to obtains) หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล
- 2) การรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด การส่งเสริม สุขภาพการป้องกันโรคและการพัฒนาพฤติกรรม
- 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง สามารถใช้ทักษะในการสื่อสารสนเทศด้านสุขภาพและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ
- 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ทักษะการตัดสินใจและกำหนดเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ
- 5) ทักษะทางสังคม (Social skill) หมายถึง ทักษะการคิด การเจรจาต่อรองความภาคภูมิใจในตนเอง
- 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) หมายถึง การเลือกรับสื่อและการใช้ประโยชน์จากสื่อ สาธารณะ
- 7) ดำเนินการ การจัดการตนเอง (Self - management) หมายถึง ศักยภาพในการจัดการสุขภาพ
- 8) การใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Language Literacy) หมายถึงสมรรถนะในการสื่อสารสารสนเทศ ความสามารถในการใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 9) การเข้าถึงข้อมูล (Access to obtains) หมายถึง สมรรถนะในการเข้าถึงสารสนเทศ
- 10) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) หมายถึง ทักษะการเรียนรู้

11) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) หมายถึง การเลือกรับสื่อและการใช้ประโยชน์จากสื่อสาธารณะ

12) การเข้าสังคม กล้าพูด กล้าถามหมายถึงทักษะการพูดและการสื่อสารในสถานการณ์ต่าง ๆ

13) ทักษะการเชื่อมโยงและใช้เหตุผล (Scientific literacy) หมายถึง การใช้เหตุผลในการตัดสินใจ

14) ทักษะการเรียนรู้วัฒนธรรม (Cultural literacy) หมายถึงความเข้าใจต่อกระแสโลกาภิวัตน์และวัฒนธรรมที่แตกต่าง

15) การจัดการตนเอง (Self management) หมายถึง ศักยภาพในการจัดการตนเอง องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2000) ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

16) Functional health literacy/Basic skills and understanding หรือ ความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐานเป็นทักษะพื้นฐานในการอ่านและเขียน รับรู้ เข้าใจ และเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอมการรักษา ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ เข้าใจการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนหรือจากการอธิบายจากบุคคลากรทางการแพทย์ รวมถึงปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

17) Interactive/Communication health literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน เป็นทักษะในการพูด ฟัง การใช้ความรู้ในการสื่อสารเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจัดการกับสุขภาพของตนเองสามารถซักถามและถ่ายทอดความรู้ได้ เพื่อเพิ่มความสามารถด้านสุขภาพมากขึ้น

18) Critical health literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพด้านวิจารณ์ญาณ เป็นทักษะความสามารถในการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับมา รู้เท่าทันสื่อ ตัดสินใจ และสามารถเลือกปฏิบัติเพื่อส่งเสริม รักษาสุขภาพของตนให้ได้อย่างต่อเนื่อง

Nutbeam (2008) อังโน เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) ได้แบ่งองค์ประกอบหรือคุณลักษณะของความรู้ทางสุขภาพไว้ 14 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การเข้าถึงข้อมูล (Access to obtains) หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล

2) การรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการส่งเสริม สุขภาพการป้องกันโรคและการพัฒนาพฤติกรรม และทักษะการเรียนรู้

3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง สมรรถนะในการสื่อสาร สานเทศด้านสุขภาพเพื่อการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี

4) ทักษะทางสังคม (Social skill) หมายถึง ทักษะการคิด การเจรจาต่อรอง ความภาคภูมิใจในตนเอง

5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) หมายถึง การเลือกรับสื่อและการใช้ประโยชน์ จากสื่อสาธารณะ ความสามารถในการประเมิน ดีความ ข้อความจากสื่อในเชิงวิพากษ์ และ ความสามารถในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง

6) การดำเนินการจัดการตนเอง (Self - management) หมายถึง ศักยภาพใน การจัดการสุขภาพ

7) การใช้คอมพิวเตอร์ (Computer literacy) หมายถึง ความสามารถในการใช้ คอมพิวเตอร์เพื่อค้นหาสืบค้นข้อมูล

8) การใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Language literacy) หมายถึงสมรรถนะใน การสื่อสารสารสนเทศ ความสามารถในการใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

9) การสังเคราะห์ หมายถึง สมรรถนะในการประเมินและใช้ความรู้

10) การเข้าถึงข้อมูล (Access to obtains) หมายถึง สมรรถนะในการเข้าถึง สารสนเทศ

11) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) หมายถึง ทักษะการเรียนรู้

12) ทักษะการเชื่อมโยงและใช้เหตุผล (Scientific literacy) หมายถึง การใช้เหตุผล ในการตัดสินใจ

13) ทักษะการเรียนรู้วัฒนธรรม (Cultural literacy) หมายถึง ความเข้าใจต่อ กระแส โลกาภิวัตน์และวัฒนธรรมที่แตกต่าง

14) การจัดการตนเอง (Self management) หมายถึง ศักยภาพในการจัดการตนเอง

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) ได้ศึกษา เรื่อง การศึกษาความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข (2554) ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรค อ้วน ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ได้แบ่งองค์ประกอบหรือคุณลักษณะของความรู้ทาง สุขภาพไว้ ใน 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักสุขภาพและการป้องกันโรค

2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

3) ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและลดความเสี่ยงสุขภาพ

- 4) ทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ
- 5) การจัดการตนเองตนเองเพื่อสุขภาพ
- 6) การรู้เท่าทันสื่อเพื่อสุขภาพ

อังคินันท์ อินทรกำแหง (2556) ได้แบ่งองค์ประกอบหรือคุณลักษณะของความรอบรู้ทางสุขภาพในงานวิจัย เรื่องการสังเคราะห์และการพัฒนาดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการส่งเสริมด้านอาหาร ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ งดสูราและสูบบุหรี่ ไว้ 8 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง
- 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
- 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ
- 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง
- 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ
- 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง
- 7) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม
- 8) การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

นภาพร วาณิชกุลและสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์ (2556) ได้ศึกษาความรู้ทางสุขภาพของคนไทย ได้แบ่งองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ 10 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากแหล่ง ข้อมูลหลากหลายต่าง ๆ (Information accessibility from various sources)
- 2) การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (Assessing information credibility)
- 3) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติดูแลสุขภาพ (Making decision to take action on health)
- 4) ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ (Health-self responsibility)
- 5) การรักษาสិทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ (Self-advocacy on our own basic right to health)
- 6) การเข้าถึงการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ (Accessibility to quality health service)
- 7) การสื่อสารที่มีคุณภาพกับทีมสุขภาพ (Effective health communication with health care providers)

8) การใช้แหล่งประโยชน์ชุมชน คนใกล้ชิดในการดูแลสุขภาพ (community resources' practice)

9) ครอบครัว คนใกล้ชิดสนับสนุนการดูแลสุขภาพ (Health care supports from Family significant persons)

10) การนำความรู้สู่การปฏิบัติ (Knowledge application practice)

10.1) การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ (Medication administrative effectiveness)

10.2) การจัดการความเครียด (Stress management)

10.3) การเคลื่อนไหวออกแรงเพื่อสุขภาพ (Physical activity for health)

10.4) การเข้าถึงอาหารสุขภาพ (Healthy food security)

10.5) การใช้สมุนไพร อาหารเสริมปลอดภัย (Safety consumption of herb food supplement)

10.6) การนอนที่มีคุณภาพ (Sleep quality)

10.7) การจัดการการเสพติด (Addiction risk management)

10.8) ความคล่องตัวในการเดินทางปลอดภัย (Safety transportation deftness) องค์ประกอบที่พบเฉพาะ ในกลุ่มผู้พิการทางการเคลื่อนไหว การมองเห็นและการได้ยิน

ซึ่งทักษะที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สำคัญ 6 ประการ Nutbeam, (2000,2008) ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) การรู้เท่าทันสื่อ (media skill) และการจัดการตนเอง (Self-management)

ผลลัพธ์ของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคคล ทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพ ในการป้องกันภาวะเสี่ยงจากโรคที่เป็นอยู่ สามารถดูแลตนเองและควบคุมโรคได้

2.2.3 ความรอบรู้ทางสุขภาพในบริบทสุขภาพ (Literacy in Health Contexts)

ข้อมูลด้านสุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีอยู่หลายบริบท (ครอบครัว, ชุมชน, เศรษฐกิจ) และเกี่ยวข้องกับกิจกรรมกลุ่ม หลายประเด็นของครอบครัว ชุมชน เศรษฐกิจ การใช้เวลาว่างและความปลอดภัย การวัดปรอท การอ่านคู่มือ การใช้อุปกรณ์ และการเปรียบเทียบสัดส่วน ปริมาณของเกลือที่ติดอยู่ข้างกระป๋องของอาหาร 2 ชนิด การอ่านเอกสารและการกรอกเอกสารในแบบฟอร์มของโรงพยาบาล เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งสิ้น และการจัดการทั้งหมดนี้เป็นการใช้ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจากเอกสารสิ่งพิมพ์

คำว่าบริบทด้านสุขภาพ หมายถึง สถานการณ์และกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ บริบทด้านสุขภาพต่างจากบริบททั่ว ๆ ไปที่มี “ความเชื่อ” เข้ามาเกี่ยวข้องเป็นพื้นฐาน การเผชิญ บริบททางสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งที่เป็นอุปสรรค หรือกระบวนการรักษา อาจสร้างเสริมสุขภาพ หรือทำอันตรายกับสุขภาพได้ และนำไปสู่ ผลที่ตามมาหลายอย่าง นอกจากนี้บริบททางสุขภาพใน โรงพยาบาลยังมีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสภาพสังคมที่ทำลายความรู้สึกของผู้ป่วยอันเนื่องมาจาก โรคหรือความกลัว ความเครียด (Alexander, 1998; Dumas, 1966 อ้างถึงใน เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556) บริบทของโรงพยาบาลยังมีการใช้คำศัพท์ แบบฟอร์ม ภาษาของผู้เชี่ยวชาญ และ ขั้นตอนการรักษาที่ทำให้เกิดความแตกต่างของผู้มีอำนาจและยากต่อการเข้าถึงข้อมูล

2.2.4 ระดับของความรอบรู้ทางสุขภาพ Nutbeam (2000, 2008 อ้างถึงใน เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556) กล่าวว่า ความฉลาดทางสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ functional health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดย Kickbusch (2001 อ้างถึงใน เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556) อธิบายเพิ่มเติมว่า “เป็น ความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่าน และความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (Numeracy skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม (Consent form) ฉลากยา (Medical label) การเขียนข้อมูลการดูแล สุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบ การให้ข้อมูล ทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เกสซ์กร รวมทั้ง การปฏิบัติตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย” ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ในระดับพื้นฐาน/บทบาทหน้าที่สะท้อนรูปแบบสุขศึกษาแบบดั้งเดิม ซึ่งเป็นการสื่อสารที่เป็นข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การเลือกใช้บริการสุขภาพ โดยเป้าหมายเป็นการเพิ่มความรู้อันเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ การดำเนินกิจกรรม ผลของ กิจกรรมจะก่อประโยชน์ในระดับบุคคล ตัวอย่างรูปแบบที่นำมาใช้ได้แก่ แผ่นพับ การให้สุขศึกษาแบบ ดั้งเดิมที่เน้นพฤติกรรมและนิสัย

ระดับ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ Communicative/ interactive health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพุทธิปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะ ทางสังคม (social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการ สื่อสาร ที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ผลของกิจกรรมมุ่งประโยชน์ในระดับบุคคล รูปแบบกิจกรรมเป็นการ พัฒนาทักษะส่วนบุคคล และทักษะทางสังคม และผลลัพธ์ทางพฤติกรรม

ระดับ 3 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ หรือ Critical health literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิง เปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ความฉลาดทางสุขภาพ

ระดับวิจารณ์ญาณ เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (Individual action) และ การมีส่วนร่วมผลักดันสังคม การเมืองไป พร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับที่สามารถคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) สะท้อนพฤติกรรมด้านปัญญา/การรู้คิด (Cognitive) และทักษะการพัฒนาด้านผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งเป็นการหันกลับมาให้การสนับสนุนด้านสังคม การเมือง พร้อมกับการปฏิบัติในระดับบุคคล (individual action) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับที่สามารถคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของประชาชน สังคม ไปพร้อมกับประโยชน์ของบุคคล

Manganello (2015) แบ่งระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเป็น 4 ระดับ คือ

- 1) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับพื้นฐาน (Basic/ Functional health literacy)
- 2) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative or Interactive health literacy)
- 3) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy)
- 4) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy)

ตารางที่ 2 แบบจำลองระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ (Nutbeam, 2006)

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพและเป้าหมายในการให้ความรู้	เนื้อหา	ผลลัพธ์		ตัวอย่างของกิจกรรมการให้ความรู้
		ประโยชน์ต่อบุคคล	ประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม	
1. ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับพื้นฐาน/บทบาทหน้าที่ (functional health literacy) : การสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร	การส่งข้อมูลข่าวสารที่แท้จริงของภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพให้ เป็นประโยชน์	เพิ่มความรู้ในเรื่อง ภาวะเสี่ยงและการบริการด้านสุขภาพ, การยินยอมปฏิบัติตาม	เพิ่มการมีส่วนร่วมใน โปรแกรมสุขภาพ ประชากร (การคัดกรองพันจาก อื่นทราย)	การส่งข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางที่มีอยู่, โอกาสในการติดต่อระหว่างบุคคล, และสื่อที่สามารถใช้ได้ ปรับปรุงการสื่อสารด้าน

ตารางที่ 2 แบบจำลองระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ (Nutbeam, 2000) (ต่อ)

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพและเป้าหมายในการให้ความรู้	เนื้อหา	ผลลัพธ์		ตัวอย่างของกิจกรรมการให้ความรู้
		ประโยชน์ต่อบุคคล	ประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม	
2. ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ (Communicative / interactive health literacy) : การพัฒนาทักษะบุคคล	ความเหนือกว่าและโอกาสที่จะพัฒนาทักษะในสภาพแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุน	ความสามารถในการกระทำอย่างอิสระบนความรู้ที่มีอยู่, เพิ่มแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในตนเอง	เพิ่มความสามารถที่มีผลต่อบรรทัดฐานทางสังคม, มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในกลุ่มสังคม	สุขภาพที่มีความจำเป็น; สิ่งอำนวยความสะดวกด้านการสื่อสารด้วยตนเองและกลุ่มช่วยเหลือทางสังคม; ประกอบด้วยช่องทางต่าง ๆ สำหรับการสื่อสาร
3. ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพระดับที่สามารถคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical health literacy) : บุคคลและพลังอำนาจชุมชน	ความเหนือกว่าและการเตรียมการด้านข้อมูลข่าวสารทางสังคมและเศรษฐกิจ	เพิ่มความยืดหยุ่นของบุคคลทางด้านสังคมและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ	เพิ่มความสามารถในการกระทำด้านสังคมและการกำหนดนโยบายทางสุขภาพในเรื่องเศรษฐกิจ, เพิ่มพลังอำนาจในชุมชน	การเตรียมเทคนิคการแนะนำที่ช่วยสนับสนุนการกระทำของชุมชน, การชี้แนะการสื่อสารกับผู้นำชุมชนและนักการเมือง; พัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชน

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตารางที่ 3 กรอบแนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระบบสุขภาพ จำแนกตามระดับ
การพัฒนาและกลุ่มเป้าหมาย

ระบบ สุขภาพ	การเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ				กลุ่มเป้าหมาย
	เข้าถึง (access/obtain)	ทำความเข้าใจ (understand)	ประเมิน (process/appraise)	นำไปใช้ (apply/use)	
การดูแล สุขภาพ (health care)	ความสามารถในการ เข้าถึงข้อมูลทาง การแพทย์และ คลินิก	ความสามารถใน การทำความเข้าใจ เข้าใจข้อมูลทาง การแพทย์	ความสามารถในการ แปลความหมายและ ประเมินข้อมูลทาง การแพทย์	ความสามารถใน การตัดสินใจต่อ ประเด็นทาง การแพทย์อย่าง ถูกต้อง	ผู้ป่วย
การป้องกัน โรค (disease prevention)	ความสามารถในการ เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อ สุขภาพ	ความสามารถใน การทำความเข้าใจ ข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อ สุขภาพ	ความสามารถในการ แปลความหมายและ ประเมินปัจจัยเสี่ยง ต่อสุขภาพ	ความสามารถใน การตัดสินใจต่อ ประเด็นปัจจัย เสี่ยงต่อสุขภาพ	ผู้รับบริการ
การส่งเสริม สุขภาพ (health promotion)	ความสามารถในการ เข้าถึงข้อมูลปัจจัย กำหนดสุขภาพใน บริบทสังคมและ สภาวะแวดล้อม ปัจจุบัน	ความสามารถใน การทำความเข้าใจ ข้อมูลปัจจัย กำหนดสุขภาพใน บริบทสังคมและ สภาวะแวดล้อม	ความสามารถในการ แปลความหมายและ ประเมินข้อมูลปัจจัย กำหนดสุขภาพใน บริบทสังคมและ สภาวะแวดล้อม	ความสามารถใน การตัดสินใจต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัยกำหนด สุขภาพในบริบท สังคมและ สภาวะแวดล้อม	ประชาชน ทั่วไป
ระดับขั้นการ พัฒนา	ขั้นปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy)	ขั้นพื้นฐาน (functional health literacy)	ขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy)	ขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy)	พิจารณา ระดับและการ พัฒนาตาม กลุ่มเป้าหมาย

สรุป

การศึกษาครั้งนี้ ความรอบรู้ทางสุขภาพ คือการพัฒนากลุ่มทักษะพื้นฐาน ได้แก่ การอ่าน ความเข้าใจ ซึ่งเป็นการพัฒนาหรือสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เพื่อประกอบการตัดสินใจ และการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพหรือสถานบริการสุขภาพ โดยเป็นการศึกษาเฉพาะความรอบรู้ทางสุขภาพระดับบทบาทหน้าที่ โดยมีคุณสมบัติสำคัญ คือ ความสามารถในการประยุกต์ใช้ทักษะการอ่านและตัวเลขอย่างเพียงพอที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในฐานะรับบริการทางสุขภาพโดยเป้าหมายเพื่อเป็นการเพิ่มความรู้อันเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ

2.2.5 เครื่องมือและการวัด

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการ พบว่า เครื่องมือที่ใช้วัดระดับความฉลาดทางสุขภาพ ที่มีการพัฒนาขึ้นและนำเสนอในรายงานการวิจัยต่าง ๆ ยังมีการนำออกมาเผยแพร่ไม่มากนัก ส่วนใหญ่ เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณลักษณะด้านความจำ การคำนวณตัวเลข การประเมินการรับสื่อ และเริ่มมี การใช้การจำแนกระดับของ ดอน นัทปิม มาพัฒนาเครื่องมือ ตัวอย่างของเครื่องมือที่ใช้สรุปได้ดังนี้

อติติยา อินแก้ว และดวงกมล ไตรวิจิตรกุล (2557) ได้สร้างเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพสำหรับงานวิจัยเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียน แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบทดสอบ ใช้วัดความฉลาดทางด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านสุขภาพ ชนิดตัวเลือก 4 ตัวเลือก ให้เลือกตอบข้อที่ถูกที่สุด จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ใช้วัดความฉลาดทางด้านสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การประเมิน การนำความรู้ไปใช้ และการสื่อสาร

อังคินันท์ อินทรกำแหง (2556) ได้ออกแบบเครื่องมือเพื่อวัดความฉลาดทางด้านสุขภาพ ออกเป็น 8 ด้าน สำหรับงานวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์และการพัฒนาดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพ ของ คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการส่งเสริมด้านอาหาร ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ งตสุราและสูบบุหรี่ ซึ่งสามารถแบ่งการสร้างเครื่องมือ ออกเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1) รูปแบบที่ 1 แบบทดสอบ ใช้วัดความฉลาดทางด้านสุขภาพด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นแบบเลือกตอบข้อที่ถูกต้องที่สุด ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ถูกต้อง 0 คะแนน จำนวน 10 ข้อ

2) รูปแบบที่ 2 เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ใช้วัดความฉลาดทางด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม และการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง เกณฑ์การให้คะแนนไม่ได้ปฏิบัติเลย ให้ 0 คะแนน จนถึงปฏิบัติทุกครั้งให้ 4 คะแนน มีจำนวนด้านละ 5 ข้อ ยกเว้นด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ และด้านการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง มี 10 ข้อ

3) รูปแบบที่ 3 เป็นแบบวัดให้คะแนนตามระดับการตัดสินใจที่เหมาะสม โดยให้ผู้ตอบ ใส่หมายเลขการตัดสินใจในแต่ละข้อเรียงลำดับจากลำดับที่ 1 ถึงลำดับที่ 4 ในแต่ละข้อ มีจำนวน 5 ข้อ

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) ได้สร้างเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพในการศึกษา งานวิจัย เรื่อง การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ได้สร้างเครื่องมือ ตามองค์ประกอบความฉลาดทางสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักสุขภาพและการป้องกันโรค จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวจาก 4 ตัวเลือก

2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ปฏิบัติทุกครั้งให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งให้ 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งให้ 1 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติให้ 0 คะแนน

3) ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและลดความเสี่ยงสุขภาพ จำนวน 6 ข้อเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ปฏิบัติทุกครั้งให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งให้ 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติให้ 0 คะแนน

4) ทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียวจาก 4 ตัวเลือก

5) การจัดการตนเองตนเองเพื่อสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ปฏิบัติทุกครั้งให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งให้ 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งให้ 1 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติให้ 0 คะแนน

6) การรู้เท่าทันสื่อเพื่อสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ปฏิบัติทุกครั้งให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งให้ 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งให้ 1 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติให้ 0 คะแนน

ในต่างประเทศมีเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพที่หลากหลาย ดังนี้

1. แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ (Rapid Estimate of Adults Literacy: REALM) (Mancuso, 2009) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการอ่านออกเขียนได้ ของผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ การให้สุขศึกษาและหน่วยที่ศึกษาวิจัยทางการแพทย์ เครื่องมือนี้ออกแบบมาเพื่อใช้ประเมินการอ่านศัพท์หรือคำทางการแพทย์ที่คาดว่าผู้ป่วยจำได้ ช่วยแพทย์ในการจำแนกผู้ป่วยที่มีระดับการอ่านที่จำกัดเพื่อประเมินและปรับปรุงการใช้สื่อหรือให้คำแนะนำที่เหมาะสม แบบประเมินประกอบด้วยคำจำนวน 125 คำ ที่นำมาใช้ทดสอบโดยเป็นคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ง่าย วางเรียงเป็น 4 คอลัมน์ตามจำนวนพยางค์และความยาก ผู้ป่วยจะถูกขอให้อ่านคำทั้งหมดตั้ง ๆ โดยจะให้คะแนนตามการอ่านออกเสียงที่ถูกต้อง คะแนนจำแนกตามระดับ

การศึกษา ได้แก่ ต่ำกว่าระดับประถมศึกษาปีที่ 3 ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

2. แบบประเมินการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (Shortened version of the Rapid Estimate of Adults Literacy: S-REALM) ใช้การลดจำนวนข้อ ให้มีความกระชับมากขึ้นเพื่อลดระยะเวลาในการทดสอบ โดยจัดเรียงเป็น 3 คอลัมป์ ตามจำนวน พยางค์และความยาก-ง่าย การลดจำนวนคำเหลือเพียง 66 คำ เวลาที่ใช้ทดสอบประมาณ 1-2 นาที (Davis et al., 2008 อ้างถึงใน Manganello, 2015)

3. แบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ (Medical Achievement Reading Test: MART) แบบทดสอบนี้มีความคล้ายคลึงกับ REALM ตรงที่เป็นการประเมินการอ่านศัพท์ หรือ คำทางการแพทย์ มีคำศัพท์ทางการแพทย์จำนวนทั้งสิ้น 42 คำ แบบทดสอบถูกออกแบบโดยคำนึงถึงเหตุผลสำคัญที่ต้องการทราบว่าทำไมแต่ละคนไม่สามารถอ่านเครื่องมือได้ ได้แก่ คำที่ใช้ในทางการแพทย์หรือคำที่เกี่ยวข้อง ที่เห็นในใบสั่งยา/แผ่นพับการศึกษาของผู้ป่วย ตัวอักษรที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดเล็กและการพิมพ์บนกระดาษที่มันวาวทำให้อ่านได้ยาก ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยต้องคาดเดาคำที่ไม่สามารถอ่านได้ ระยะเวลาที่ใช้ประมาณ 3-5 นาที (Hanson-Drivers, 1997 อ้างถึงใน Manganello, 2015)

4. The Newest Vital Sign (NVS) เป็นเครื่องมือในการวัดความรู้ ใช้เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการระดับปฐมภูมิ ใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที มี 6 คำถามที่ใช้ในการประเมินซึ่งมาจากฉลากโภชนาการของไอศกรีม โดยอาจจะถามถึงการแปลความหมายและการปฏิบัติตามข้อมูลที่ ได้รับ NVS เป็นแบบทดสอบที่ใช้เวลาน้อยและมีความแม่นยำในการทดสอบในกลุ่มที่มีการอ่านออก เขียนได้ต่ำ (Weiss et al., 2005 อ้างถึงใน Manganello, 2015)

5. แบบทดสอบความรู้ทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจ เกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (Test of Functional Health Literacy in Adult: TOFHLA) เพื่อใช้ในการวัดความสามารถของผู้ป่วยในการอ่านข้อความ หรือวลีที่มีตัวเลขโดยใช้ สิ่งพิมพ์จากหน่วยให้บริการสุขภาพ แบบทดสอบแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนการทดสอบการอ่านประกอบ ด้วย สิทธิของผู้ป่วยและหน้าที่รับผิดชอบ รูปแบบการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ และส่วนการทดสอบด้านตัวเลข ประกอบด้วยรายละเอียดของฉลากยา การควบคุมระดับน้ำตาล การนัดหมาย และการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน ข้อความที่ใช้ในการทดสอบอ่านทำความเข้าใจเป็นข้อความที่มีช่องว่างให้เติมคำประมาณ 5-7 คำผู้ถูกทดสอบอ่านและเลือกคำจาก ตัวเลือก 4 ตัว รวมจำนวน 50 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 12 นาที ส่วนที่ทดสอบ ด้านตัวเลขมีจำนวน 17 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที รวม เวลาที่ใช้ในการทำแบบทดสอบประมาณ 22 นาที (Parker et al., 1995 อ้างถึงใน Manganello, 2015)

6. แบบทดสอบความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจ เกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่แบบสั้น (The Shorten Test of Functional Health Literacy in Adult: S-TOFHLA) นำเสนอโดย (Baker et al., 1998) โดยเป็นแบบทดสอบที่มีการวัดในด้านการอ่านและสร้างความเข้าใจเท่านั้น เพื่อลดเวลาในการเก็บข้อมูล ทำการทดสอบ 2 ส่วน คือ ส่วนการทดสอบการอ่านและส่วนการสร้างความเข้าใจ ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 7 นาที รวม ทั้งสิ้น 36 รายการ

7. แบบสอบถามคัดกรองความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy Screening Question: Set of Brief Screening Questions (SBSQ) พัฒนาและเผยแพร่โดย Chew et al (2004) มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ อาทิการได้รับเอกสารนัดหมายที่อ่านและเข้าใจง่าย การได้รับแบบฟอร์มทางการแพทย์ที่เขียนให้อ่านได้และเข้าใจง่าย วัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) จำนวน 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่มีเลย ใช้วิธีการสัมภาษณ์หรือให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

8. การประเมินระดับชาติเรื่องการเรียนรู้หนังสือในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (National Assessment of Adult Literacy: NAAL) เป็นเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางสุขภาพ โดยประเมินจาก ความสามารถในการเข้าใจในสิ่งที่แสดงเป็นลายลักษณ์อักษรที่พบในกิจกรรมประจำวัน (เช่น การอ่าน ตารางรถโดยสารหรือหนังสือพิมพ์บทบรรณาธิการ) รวมทั้งความสามารถในการใช้เอกสารทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ฉลากยา คำสั่งจากแพทย์ ใบยินยอม จำนวนข้อคำถามมีทั้งสิ้น 28 ข้อ จาก 152 ข้อ และกำหนดให้มีคะแนนตั้งแต่ 0-500 คะแนน

สรุป การศึกษานี้ได้นำเครื่องมือของ The Newest Vital Sign (NVS) มาปรับปรุงและประยุกต์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการวัดความรอบรู้ และคัดกรองระดับความรอบรู้ของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ทำการศึกษา ใช้เวลาน้อยประมาณ 3-5 นาที ซึ่งมี 6 คำถาม โดยนำฉลากยาพาราเซตามอลให้อ่าน และให้แปลความหมาย ซึ่งข้อมูลที่ได้รับมีความแม่นยำในการทดสอบในกลุ่มที่มีการอ่านออก เขียนได้ที่ต่ำ (Weiss et al., 2005 อ้างใน Manganello, 2015)

2.2.6 กระบวนการของความรอบรู้ทางสุขภาพ

ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรค ไข้หวัดใหญ่ การตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งปากช่อง การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และรายงานวิจัยพบว่า ความฉลาดทาง

สุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกิน โดยมีความสามารถทำนายค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38 (Sharif & Blank, 2010)

บุคคลที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับ บริการสุขภาพ อาทิ ในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรค รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย และมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนัก จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า (National Assessment of Adult Literacy และมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่าโรคมะเร็ง (Baker et al., 1998) ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเองนั่นเอง หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น (World Health Organization, 2009)

คุณลักษณะของบุคคลที่สัมพันธ์กับระดับความรู้ทางสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความสามารถในการใช้ภาษา สถานะทางเศรษฐกิจ สังคม การมีอายุมากขึ้น (Gazmararian & Baker et al., 1999 ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554)

จากกรอบการศึกษา ความรอบรู้ทางสุขภาพของ Jennifer A. Manganello (2008 ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554) พบว่า ปัจจัยในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม จะเน้นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ภาษาวัฒนธรรม ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความสามารถในการใช้สื่อ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากอิทธิพลของครอบครัวและกลุ่มเพื่อน รวมทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้างในสังคม ได้แก่ ระบบการศึกษา ระบบสุขภาพ สื่อสาธารณะ

Manganello ได้จำแนกความรู้ทางสุขภาพ เป็น 4 ระดับ คือ Functional, Interactive, Critical และได้เพิ่ม Media literacy หรือ การรู้เท่าทันสื่อไว้ในลำดับสุดท้ายของระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่งกระบวนการความฉลาด ทางด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่าง ๆ มุมมองเรื่องการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ซึ่ง Manganello ถือว่าเป็นระดับสุดท้าย ของความรู้ทางสุขภาพนั้น ยังไม่ค่อยได้รับการตอบรับเท่าที่ควร นักวิชาการที่ศึกษาเรื่องสื่อก็มีการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อขึ้น อาทิ การวิเคราะห์และประเมินสื่อ การเฝ้าระวังสื่อ การจัดทำหลักสูตรสอนการรู้เท่าทันสื่อ ความฉลาดทางสุขภาพเป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์ของงานสุขภาพ กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง (Nutbeam, 2000) ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่า ควรมีการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบาย ความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (Outcomes) ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจาก การดำเนินงานสุขภาพศึกษา (Health

education) และกิจกรรมการสื่อสาร (Communication activities) ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงาน สุขศึกษาทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพโดยตรง กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้กล่าวถึงแนวทางการเพื่อให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพอันเป็นทักษะ กระบวนการทางสังคมและปัญญา เพื่อนำไปสู่ความรู้ทางสุขภาพ โดยใช้กระบวนการ ดังต่อไปนี้

1) การเข้าถึง (Access) หมายถึง การใช้ความสามารถในการฟัง การดู การพูด การ อ่าน การเขียน การสืบค้น และการคำนวณ ที่มีกระบวนการใคร่ครวญ ตรวจสอบ เชื่อมโยงด้วยหลัก เหตุผล ความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องตามกฎระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อให้ได้ ข้อมูล และสารสนเทศที่ต้องการเกี่ยวกับสุขภาพ

2) การเข้าใจ (Understanding) หมายถึง การตีความ แปลความ อ้างอิง จำแนก ประเภทและลักษณะสำคัญของข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพ ด้วยการคิดใคร่ครวญตรวจสอบ ตามหลักเหตุผล ความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องกับกฎ ระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อ ประมวลความรู้ ความคิดรวบยอดจากข้อมูลและสารสนเทศนั้น

3) การประเมิน (Assessment) หมายถึง การตรวจสอบ อ้างอิง ทำนาย วิเคราะห์ เปรียบเทียบเชิงตัดสินข้อมูลและสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยคิดใคร่ครวญตรวจสอบด้วย หลักเหตุผล ความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิและหน้าที่ตามกฎระเบียบ และวัฒนธรรมอันดี งามของสังคม เพื่อเลือกและสรุปเป็นหลักการและแนวปฏิบัติที่เหมาะสม

4) การใช้ความรู้ (Utilization) หมายถึง การนำความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ ปฏิบัติ ในบริบทของสุขภาพและการป้องกันโรคไปประยุกต์ โดยคิดใคร่ครวญ ตรวจสอบด้วยหลัก เหตุผล ความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิ และหน้าที่ตามกฎ ระเบียบ และวัฒนธรรมอันดีงาม ของสังคมเพื่อแก้ปัญหา ลดความเสี่ยง และเพิ่มคุณภาพชีวิต

5) การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การนำเสนอ เผยแพร่ ชักชวนต่อรอง และรณรงค์การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการคิดใคร่ครวญตรวจสอบตามหลัก เหตุผลความน่าเชื่อถือ ความชอบธรรมตามสิทธิหน้าที่ กฎ ระเบียบและวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เพื่อกระตุ้น ชักนำความคิดและวิธีปฏิบัติของครอบครัว ชุมชน สังคม

2.2.7 วิธีเพิ่มความรู้ทางด้านสุขภาพ

วิธีเพิ่มความรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย การให้ความรู้กับผู้ป่วยที่เนื้อหาเข้าใจง่าย หรือมีความชัดเจน โดยเฉพาะมุ่งประเด็นที่การใช้การดูเป็นตัวช่วย เช่น วิดีโอ การใช้ภาพเพื่อแสดง ความคิด และการดู สิ่งเหล่านี้จะช่วยเพิ่มความเข้าใจ การปฏิบัติ และข้อจำกัดของผู้ป่วย แพทย์มีส่วนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาและการให้ความรู้ผู้ป่วยที่ช่วยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงครอบครัว

และเพื่อนก็มีความสำคัญเช่นกันในการช่วยให้ข้อมูลข่าวสาร เช่น ในผู้ป่วยที่ความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ ควรไปพบกับบุคคลที่มีความรู้ที่จะอธิบายให้ได้อยู่เสมอ

วิธีเพิ่มความเข้าใจในผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ (Williams, 2002)

1. ทำให้ช้าลง (Slow down) โดยใช้เวลาประเมินทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย
2. ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย แทนศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ (Use “ living room” language) โดยใช้ภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้
3. แสดงหรือวาดภาพ (Show or draw pictures) โดยใช้การดูเป็นตัวช่วยเพิ่มความเข้าใจและสามารถจำได้ในภายหลัง
4. ขอบเขตของข้อมูลที่ให้แต่ละครั้งและการแนะนำ (Limit information given at each interaction and repeat instructions)
5. การทวนซ้ำหรือการให้แสดงให้ดูเพื่อยืนยันความเข้าใจ (Use a “teach back” or “show me ” approach) โดย
 - ถามผู้ป่วยในการสาธิตเพื่อให้แน่ใจว่าสิ่งที่ได้แนะนำไปเพียงพอแล้ว
 - ไม่ถามว่า “คุณเข้าใจไหมคะ?” เหมือนทุก ๆ ครั้ง ผู้ป่วยจะพูดว่าใช่ แม้ว่าพวกเขาจะไม่เข้าใจก็ตาม
6. เป็นการแสดงความนับถือ, การดูแลเอาใจใส่และไวต่อความรู้สึก (Be respectful ,caring and sensitive) โดยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจและช่วยเหลือพวกเขาให้มีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้นในการดูแลสุขภาพของพวกเขาเอง

2.2.8 การสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพมีแนวทางการพัฒนา ดังนี้

2.2.8.1 การสร้างระบบที่ช่วยเพิ่มอัตราการอ่านหนังสือของประชาชน

ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนถมล ตรีเพชรศรีอุไร (2554) กล่าวว่า ประเทศทั่วโลก ล้วน ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ประชาชนอ่านออกเขียนได้หรือรู้หนังสือและ ใช้อัตราการรู้หนังสือ (Literacy rate) ของประชาชนเป็นดัชนีสะท้อนถึงคุณภาพและศักยภาพในการพัฒนา ประเทศชาติ ระบบที่ช่วยส่งเสริมให้ประชาชนอ่านหนังสือมากขึ้น ได้แก่ การทำให้หนังสือคุณภาพดี หาได้ง่ายขึ้น ในราคาที่ประชาชนทุกระดับสามารถซื้อหาได้ การทำให้มีแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง และเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น โดยทำให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก การส่งเสริมผู้ผลิตและจัดทำข้อมูลสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น แรงจูงใจด้านภาษี การจัดเรตติ้ง (Rating) หนังสือเพื่อจำแนกกลุ่มผู้อ่าน การประชาสัมพันธ์หนังสือน่าอ่าน การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ที่สร้างโอกาสให้ประชาชนใช้เป็นช่องทาง และแหล่งฝึกฝน การอ่านและการเรียนรู้สำหรับตนเอง ครอบครัว และชุมชน ทั้งนี้แผนงาน สื่อสร้างสรรค์สุขภาพของเยาวชน (สสย.) ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง

เสริมสุขภาพ (สสส.) ได้เสนอแนะยุทธศาสตร์ในการเพิ่มอัตราการอ่านหนังสือ ได้แก่ การกระจายสื่อให้ถึงมือเด็ก การรณรงค์โดยใช้สื่อกระตุ้นการอ่านและสร้างมูลค่าเพิ่มจากการอ่าน ส่งเสริมหนังสือคุณภาพราคาเหมาะสม การปกป้องเด็กจากสื่อที่เป็นภัยและขจัดอุปสรรค การอ่านของเด็ก

2.2.8.2 การสร้างองค์ความรู้สำหรับพัฒนาการตัดสินใจ การพัฒนาองค์ความรู้ในด้านการวัดระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย การรายงานพัฒนาการของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถใช้เป็นดัชนีสะท้อนถึงประสิทธิผลของการพัฒนาประเทศได้ นอกจากนี้ ควรมีการแลกเปลี่ยนงานวิจัยระหว่างหน่วยงานและการพัฒนาโปรแกรมหรือโครงการที่มีผลในการเพิ่มระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ

2.2.8.3 เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยี การสื่อสารและสารสนเทศโลกทุกวันนี้มีข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ด้านสุขภาพจำนวนมากในทุกหนทุกแห่ง โดยเฉพาะในโลกสังคมออนไลน์ (Social network) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำให้ประชาชน ทุกกลุ่มวัย สามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ที่ถูกต้องทันสมัยได้ตลอดเวลา เพื่อนำไปใช้ประโยชน์กับตนเองและเผยแพร่ ไปสู่บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลในเครือข่าย ทั้งนี้ ข้อมูลสุขภาพในระบบควรมีการออกแบบเนื้อหาที่เข้าถึงใจผู้ใช้บริการ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ช่องทางผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศ มีการเพิ่มระดับการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยทำให้ผู้ผลิตและเผยแพร่ข้อมูลมีความระมัดระวังและรักษามาตรฐานคุณภาพของข้อมูลที่ต้องการทันสมัย และ เชื่อถือได้ รวมทั้งมีการประเมินและวิเคราะห์ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพว่ามีความเหมาะสมกับผู้ต้องการใช้หรือไม่มาก-น้อย เพียงใด เพื่อนำไปปรับปรุง และพัฒนาต่อไป

2.2.8.4 เพิ่มการใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้เกิดพลัง เนื่องจากความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นวิถีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับประชาชน ในการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ ดังนั้น หากประชาชนสามารถแสวงหา ความรู้มาเพิ่มพูนทักษะ และความสามารถให้สูงขึ้นแก่ตนเอง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดพลังภายในกลุ่มจะสามารถต้านทานหรือควบคุมอิทธิพลจากสิ่งเร้า ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ สุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ ประชาชนก็จะมีภูมิต้านทานด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นมาจากความรอบรู้ในการใช้ข้อมูลข่าวสาร ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ

2.2.8.5 การพัฒนาระบบที่เป็นมิตรกับผู้รับบริการ ได้แก่

1) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย การพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อสุขภาพ ทำได้โดยจัดให้มีศูนย์การเรียนรู้สุขภาพ ป้ายแนะนำตามจุดต่าง ๆ ป้ายบอกทางที่เป็นสากลในพื้นที่ที่มีคนหลายภาษาหรือหลากหลายวัฒนธรรม รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้ดูผ่อนคลาย โดยการเลือกใช้สีและการจัดวางสิ่งของที่ไม่มีบรรยากาศของความน่ากลัว การจัดให้เจ้าหน้าที่มีชุดเครื่องแบบหรือแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สังเกต ได้ชัดเจนว่าเป็นบุคลากรของหน่วยบริการนี้

2) การปรับปรุงทักษะการสื่อสารของกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุขในระบบสุขภาพทุกวันนี้ มีเวลาน้อยมากในการสื่อสารกับผู้มารับบริการ ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ กับผู้ป่วยและญาติ หรือระหว่างบุคลากรด้วยกันเอง อันเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการให้บริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและ ควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ส่งผลต่อประสิทธิผลและประสิทธิภาพของงาน การปรับปรุงทักษะการสื่อสารของกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพกับผู้รับบริการให้มีประสิทธิภาพ

2.2.8.6 การออกแบบและตรวจสอบคุณภาพสื่อ สื่อในการดำเนินงานด้านสุขภาพมีทั้งสื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือมัลติมีเดียและสื่อสาธารณะ การออกแบบควรใช้หลักการออกแบบที่เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย เช่น คำนี้ถึงขนาดตัวอักษรและสีที่เหมาะสม การเว้นพื้นที่ว่าง การใช้แผนภาพหรือภาพถ่ายประกอบการสื่อความรู้ความเข้าใจ ใช้ข้อความสั้น ๆ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และให้ข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจ เป็นต้น

2.2.9 กลวิธีและเทคนิคการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน สำหรับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไป ได้แก่ เข้าถึง (access) และเข้าใจ (understand) สามารถทำได้ด้วยวิธีการดังนี้

2.2.9.1 จำแนกและพัฒนาความสามารถตามระดับที่แตกต่างกัน

การพัฒนาบุคคลในมิชฌินิกาย (พระอมรเมธี, 2557) อธิบายถึงลักษณะของบุคคล 4 ประเภทซึ่งเรียกว่า “บัว 4 เหล่า” ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกันไปในแต่ละระดับ ดังนั้น การพัฒนาจึงต้องอาศัยอูบายวิธีในการฝึกอบรมพัฒนาที่เหมาะสม ต้องแยกกลุ่มในการฝึกอบรมเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์มากที่สุดต่อผู้เข้ารับการอบรม

2.2.9.2 สร้างกระบวนการเรียนรู้โดยเน้นการสังเกต ตามหลักการเรียนรู้โดยการสังเกต (observation learning) ซึ่ง (Bandura, 1977, 1986, 1989) เชื่อว่าการเรียนรู้ส่วนใหญ่ของพวกเราเกิดจากการสังเกตตัวแบบ วิธีนี้จะแตกต่างจากการเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ตรงที่อาศัยการลงมือทดลอง การเรียนรู้ผ่านตัวแบบเพียงคนเดียวก็สามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิดและการแสดงออกได้พร้อมๆ กัน กระบวนการเรียนรู้โดยการสังเกต ประกอบด้วย กระบวนการย่อย 4 กระบวนการ คือ

1) กระบวนการใส่ใจ กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีการสังเกตตัวแบบ บุคคลอาจจะไม่ได้เรียนรู้อะไรเลย หากขาดความตั้งใจ หรือใส่ใจที่จะสังเกต

2) กระบวนการเก็บจำ เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูลหรือสาระสำคัญที่ได้รับจากการสังเกตตัวแบบ การเก็บจำข้อมูลที่ได้รับจากการสังเกตของบุคคลมีความสำคัญต่อการนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในเวลาที่ต้องการ กระบวนการเก็บจำอาจมีการแปลงข้อมูลที่ได้รับมาโดยการจัดระเบียบหรือสร้างเป็นสัญลักษณ์ เพื่อให้จดจำได้ง่ายขึ้นและจำได้นาน

3) กระบวนการกระทำ เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตนำข้อมูล หรือสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ แปลงเป็นการกระทำ ซึ่งจะกระทำได้ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการจดจำจากการสังเกต และการได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเองว่าสามารถทำได้ดีเพียงใด

4) กระบวนการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมหรือกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการถูกกระตุ้นและการจูงใจ เช่น ได้รับรางวัล เกิดความพึงพอใจ ได้รับการยกย่อง ชมเชย ยอมรับ เป็นต้น ทั้งนี้ การจูงใจสามารถสร้างขึ้นได้จากภายในเช่นเดียวกัน

2.2.9.3 พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง มี 4 วิธี (Bandura, 1977)

1) การใช้ประสบการณ์ที่ได้รับความสำเร็จ การใช้ประสบการณ์ตรงที่ได้รับความสำเร็จจะช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองได้ วิธีนี้ถือเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำได้ จะเกิดความพยายามและมีความมั่นใจที่จะกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการดังกล่าว

2) การได้เห็นตัวแบบหรือได้รับรู้ประสบการณ์ของผู้อื่น บุคคลจะมีการประเมินความสามารถตนเองโดยการเปรียบเทียบกับกระทำของตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่ยึดเอามาเป็นแบบ

3) การใช้คำพูดชักจูง การที่จะทำให้บุคคลพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองให้ได้ผล ควรเลือกวิธีการใช้คำพูดชักจูงร่วมกับวิธีอื่นๆ เช่น การได้เห็นตัวแบบหรือได้รับรู้ประสบการณ์ที่ได้รับความสำเร็จของตนเอง เป็นต้น มาเป็นเครื่องจูงใจหรือสิ่งชักจูงให้บุคคลกระทำพฤติกรรม

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยทั่วไปอารมณ์ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น ชมชู่ กัดฟัน ดูถูก ลงโทษ เป็นต้น จะทำให้เกิดความวิตกกังวล กลัว และเกิดความเครียดจนนำไปสู่การบั่นทอนการรับรู้ความสามารถของตนเองให้ต่ำลง แต่หากบุคคลสามารถทำตามเป้าหมายที่ต้องการได้จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนสูงขึ้น ส่งผลให้สามารถกระทำสิ่งต่างๆ ได้อย่างมั่นใจ

2.2.9.3 เลือกใช้สื่อสุขศึกษาที่มีการออกแบบและผลิตอย่างถูกต้อง มีมาตรฐานตามหลักการเรียนรู้และการสื่อสาร

เน้นสื่อที่มีภาพประกอบ ตามหลักเทคนิคการใช้ภาพ (fotonovela technique)

ลักษณะ เป็นการใช้สื่อที่เน้นภาพประกอบเรื่องราว มีการออกแบบอย่างดี สร้างเป็นเรื่องราว มีคำบรรยายประกอบเพียงเล็กน้อย ใช้เป็นสื่อประกอบการสอนให้ความรู้

2.2.9.3 ตรวจสอบความเข้าใจด้วยเทคนิคต่างๆ ได้แก่

1) เทคนิคการสอนกลับ (teach-back technique หรือ teach-back method)

มีลักษณะเป็นกลวิธีในการตรวจสอบการให้ข้อมูลความรู้ในเรื่องที่สำคัญสำหรับผู้รับบริการ เช่น การใช้ยา ข้อปฏิบัติก่อนรับการผ่าตัด การดูแลสุขภาพ เป็นต้น เทคนิคนี้ใช้ได้ในทุกกลุ่มเป้าหมาย แต่มุ่งเน้นเป็นพิเศษในกลุ่มที่ขาดสมาธิและขาดความตั้งใจในการรับฟังข้อมูลความรู้ และแนวทางการปฏิบัติตัวที่มีการจัดบริการไว้ให้

2) การแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (Show-me)

มีลักษณะเป็นกลวิธีในการตรวจสอบการให้ข้อมูลความรู้เช่นเดียวกับเทคนิคการสอนกลับ (teach-back technique หรือ teach-back method) และสามารถใช้ร่วมกันได้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจสอบเกี่ยวกับวิธีการหรือขั้นตอนการปฏิบัติตัวที่ต้องการให้มีการกระทำที่ถูกต้องอย่างเคร่งครัด

3) วิธีการตรวจสอบตามรายการ (Chunk & Check methods)

มีลักษณะเป็นกลวิธีในการตรวจสอบการให้ข้อมูลและความรู้วิธีการหนึ่ง คำว่า chunk หมายถึง การเลือกวิธีการ และ check คือ การตรวจสอบตามรายการที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจสอบทั้งในด้านการได้รับข้อมูล เอกสารความรู้ ข้อปฏิบัติตัวที่สำคัญและมีความจำเป็นที่ต้องการให้มีการกระทำที่ถูกต้องอย่างเคร่งครัด โดยมีจำนวนข้อของรายการแตกต่างกันไปตามเป้าหมายทางสุขภาพหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนด กลวิธีนี้เป็นการสร้างแนวทาง การปฏิบัติงานเชิงระบบของบุคลากรทุกคนและทุกคนและทุกหน่วยให้มีมาตรฐานเดียวกัน ถือเป็นนวัตกรรมที่มีต้นทุนต่ำ สามารถออกแบบและพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อยู่เสมอ

สรุป การศึกษานี้ใช้แนวทางในการพัฒนาความรู้สุขภาพในผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ซึ่งได้แก่ ใช้เวลาในการให้ข้อมูลที่ช้าลงและมีการประเมินทักษะความรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ การใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ รวมถึงการใช้สื่อสุขภาพที่ออกแบบมาอย่างถูกต้องตามหลักการเรียนรู้และการสื่อสาร ได้แก่ การใช้สื่อที่มีภาพประกอบ ตามหลักเทคนิคการใช้ภาพ (fotonovela technique) ซึ่งเน้นการใช้ภาพมากกว่าตัวหนังสือ และหลังการให้ข้อมูลมีการตรวจสอบความเข้าใจด้วยเทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ เทคนิคการสอนกลับ (teach-back technique หรือ teach-back method) การแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (Show-me) ซึ่งจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น

2.3 แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

สุวาทิน มิตรพัฒน์ (2542) นิยามการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หมายถึง การเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยมีผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้ ซึ่งในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้คำนึงถึงการเรียนรู้สูงสุดที่มาจากความร่วมมือสูงสุดและการบรรลุงานสูงสุดในทุกองค์ประกอบของการเรียนรู้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participation learning) เป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยการเรียนรู้พื้นฐาน 2 อย่างคือ

2.3.1 การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning)

2.3.2 กระบวนการกลุ่ม (group process)

2.3.1 การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning)

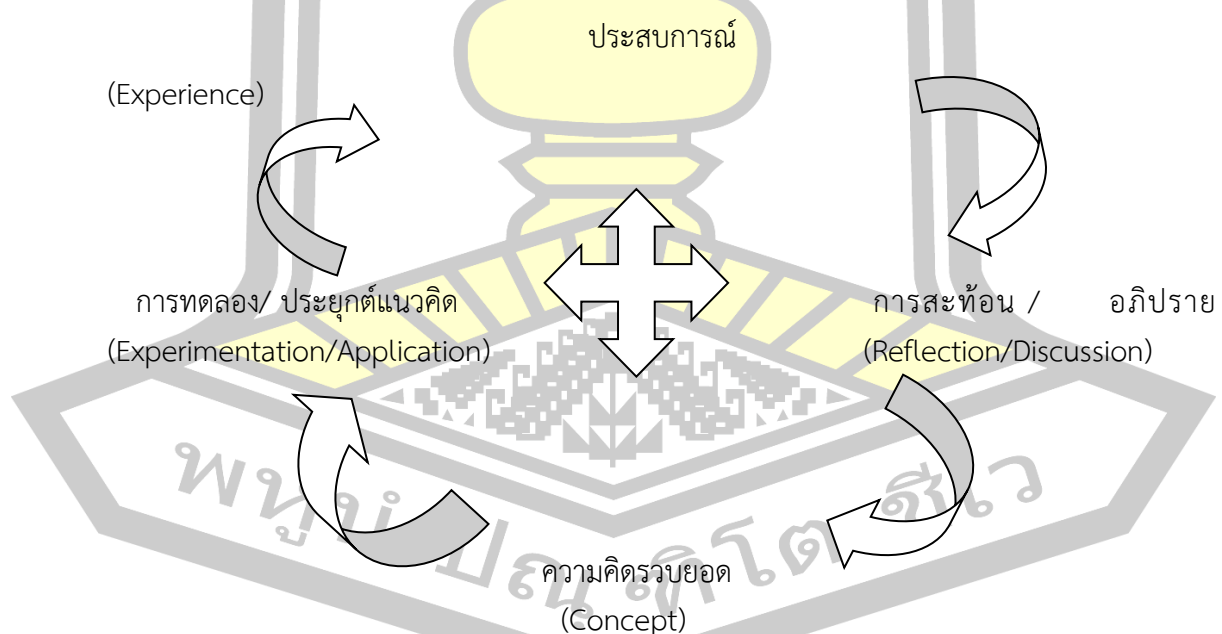
การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มี

2.3.1.1 ลักษณะที่สำคัญ 5 ประการดังนี้

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน
2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่องและเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) คือผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลาไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว
3. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันและระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
4. ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
5. อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่นการพูดหรือการเขียน การวาดรูป การแสดง บทบาทสมมุติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์และสังเคราะห์การเรียนรู้

2.3.1.2 องค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

โคลบ (Kolb) ได้กล่าวถึงวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ผู้เรียนควรมีทักษะในการเรียนรู้ทั้ง 4 องค์ประกอบ แม้บางคนจะชอบ ถนัด หรือมีบางองค์ประกอบมากกว่า เช่น เคยมีประสบการณ์จริงแต่ถ้าไม่ชอบ แสดงความคิดเห็นหรือไม่นำประสบการณ์มาร่วมอภิปราย ผู้เรียนนั้นก็ขาดทักษะในองค์ประกอบอื่น ฉะนั้นผู้เรียนจึงควรมีทิศทางในการเรียนรู้ทุกด้าน และควรมีพัฒนาการเรียนรู้ให้ครบทั้งวงจร หรือทั้ง 4 องค์ประกอบดังนี้



ภาพที่ 1 ภาพวงจรและทิศทางขององค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

ที่มา : วนิตา ชนินทยุทธวงศ์ (2544)

ประสบการณ์ (Experience) เนื้อหาที่ใช้ในการให้ความรู้ หรือนำไปสู่การสอนทักษะต่าง ๆ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่ผู้เรียนมีประสบการณ์มาก่อน องค์ประกอบที่เป็นประสบการณ์นี้ผู้สอนจะพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียน ได้ดึงประสบการณ์ของตนเองมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนแก่เพื่อน การที่ผู้สอนพยายามให้ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์มาใช้จะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้สอนและผู้เรียน ดังนี้

ผู้สอนไม่ต้องเสียเวลาในการอธิบาย หรือยกตัวอย่างให้ผู้เรียนฟัง แต่ใช้เวลาเพียงเล็กน้อยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้เล่าประสบการณ์ของตนเอง กรณีที่ผู้เรียนไม่มีประสบการณ์ในเรื่องที่จะสอนหรือมีน้อย ผู้สอนอาจจะยกตัวอย่างหรือสถานการณ์ก็ได้

การสะท้อนและอภิปราย (Reflection and discussion) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ผู้เรียนจะได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเอง ผู้สอนจะเป็นผู้กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ วิเคราะห์ ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ถึงวิถีคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไปจากของตนเอง จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็นหรือการอภิปราย จะทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลายหรือมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขณะทำกลุ่มผู้เรียนจะได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม บทบาทของสมาชิกที่ดีที่จะทำให้งานสำเร็จ การควบคุมตนเองและการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น องค์ประกอบจะช่วยทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาทั้งด้านความรู้ เจตคติในเรื่องที่อภิปราย การที่ผู้เรียนจะอภิปรายหรือแสดงความคิดเห็นได้มากน้อยแค่ไหนเป็นไปตามเนื้อหาที่จะสอนหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับใบงานที่ผู้สอนจัดเตรียม ซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นอภิปรายหรือตารางการวิเคราะห์เพื่อให้ผู้เรียนทำใหสำเร็จ

ความคิดรวบยอด (Concept) เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาหรือเป็นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (Knowledge) เกิดได้หลายอย่างเช่น จากการบรรยายของผู้สอน การมอบหมายให้อ่านจากเอกสาร ตำรา หรือได้จากการสะท้อนความคิดเห็นและอภิปรายในองค์ประกอบที่ 2 โดยผู้สอนอาจจะสรุปความคิดรวบยอดให้จากการอภิปรายและนำเสนอของผู้เรียนแต่ละกลุ่ม ผู้เรียนจะเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด ซึ่งความคิดรวบยอดนี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติหรือความเข้าใจในเนื้อหาขั้นตอนของการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่ช่วยทำให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

การทดลอง/ประยุกต์แนวคิด (experimentation/application) เป็นองค์ประกอบที่ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอดหรือผลิตชิ้นความคิดรวบยอดในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสนทนาสร้างคำขวัญ เล่นบทบาทสมมติ ฯลฯ หรือเป็นการแสดงถึงผลสำเร็จของการเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1 ถึง 3 ผู้สอนสามารถใช้กิจกรรมในองค์ประกอบนี้ ในการประเมินผลการเรียนการสอนได้

การเรียนการสอนหรือการอบรมส่วนใหญ่มักจะขาดองค์ประกอบในการทดลอง/ ประยุกต์ใช้แนวคิด ซึ่งถ้าพิจารณาให้ดีจะเห็นว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้สอนจะได้เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้รู้จักการประยุกต์ใช้ความรู้ไม่ใช่แค่เรียนแค่รู้แต่ควรจะนำไปใช้ได้จริงในการจัดการเรียนการสอน หรือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมจำเป็นต้องจัดกิจกรรมให้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ องค์ประกอบทั้ง 4 มีความสัมพันธ์เป็นไปอย่างพลวัต (Dynamic) เกี่ยวข้องมีผลถึงกัน ผู้สอนจะเริ่มจากจุดใดก่อนก็ได้ ส่วนใหญ่จะเริ่มต้นจากประสบการณ์ (experience) หรือความคิดรวบยอด (Concept) ซึ่งทั้ง 2 องค์ประกอบจะช่วยให้ผู้เรียนได้ตั้งข้อมูลเก่า หรือรับข้อมูลใหม่บางส่วนก่อน เพื่อนำไปสู่การอภิปรายและการประยุกต์ใช้ ระยะเวลาของแต่ละองค์ประกอบไม่จำเป็นต้องเท่ากัน ผู้สอนจัดได้ตามความเหมาะสมของกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบ เช่น ถ้าเนื้อหาหนักก็ใช้เวลามาก หรือถ้าผู้สอนมีประเด็นในการอภิปรายที่สำคัญและมากก็อาจใช้เวลาในการอภิปรายมากกว่าส่วนขององค์ประกอบความคิดรวบยอด วนิดา ชนินทยุทธวงศ์ (2544)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการจัดการเรียนรู้เชิงรุกที่ยึดผู้ปวยเป็นศูนย์กลาง โดยการนำประสบการณ์เดิมของผู้ปวยมาใช้ในกระบวนการเรียนรู้ ทำให้ผู้ปวยรู้สึกมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษานำไปสู่การเรียนรู้ ความเข้าใจขั้นตอนการฝึกทักษะ ช่วยให้ผู้ปวยนำไปปฏิบัติได้ง่าย

2.3.2 กระบวนการกลุ่ม (Group process)

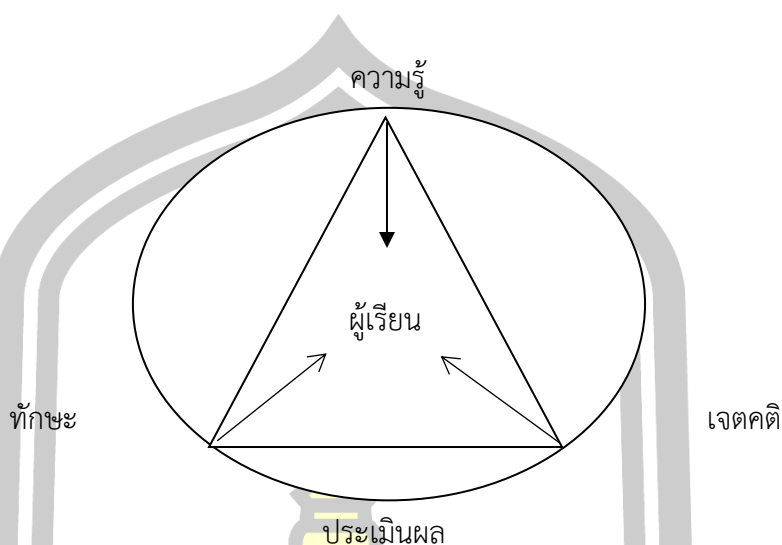
เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญ เมื่อนำมาใช้ร่วมกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้บรรลุงานสูงสุด (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และคณะ, 2540)

การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum participation) ของผู้เรียนขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่มที่เหมาะสมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ ซึ่งผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ

การบรรลุงานสูงสุด (Maximum performance) สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้เรียนบรรลุงานสูงสุด คือการออกแบบงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้กลุ่มผู้เรียนทำกิจกรรมให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแผนการสอน โดยจะต้องกำหนดกิจกรรมชัดเจนกำหนดบทบาทของกลุ่มหรือสมาชิกกลุ่มที่ชัดเจน และควรมีโครงสร้างงานที่ชัดเจน

2.3.2.1 จุดประสงค์ของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนมีการพัฒนาการเรียนรู้อย่างสูงสุดใน 3 ด้าน คือ



ภาพที่ 2 จุดประสงค์ของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

แหล่งที่มา: จากทักษะชีวิตและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (หน้า 144)

โดยกรมสุขภาพจิต 2541 กระทรวงสาธารณสุข

1. พุทธิสัย (knowledge) เป็นการพัฒนาต่อยอดความรู้เดิมหรือการให้องค์ความรู้ใหม่ ผู้เรียนจะผ่านขั้นตอนการเรียนรู้ คือ รู้ เข้าใจ สามารถนำความรู้ไปใช้ได้ โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้ง 4 องค์ประกอบ ที่กล่าวมาแล้ว

2. จิตพิสัย (attitude) เป็นการปรับเปลี่ยนหรือเสริมสร้างให้ผู้เรียน มีความรู้สึก ความคิดความเชื่อและมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ถ้าเจตคติที่ดีแน่วแน่มที่จะเกิดพฤติกรรมที่ดีย่อมเกิดขึ้นได้ไม่ยาก ซึ่งเกิดจากส่วนประกอบ 2 ขั้นตอนคือ

2.1 ขั้นสร้างความรู้สึก เป็นการกระตุ้น จูงใจ หรือแน่วแน่มให้ผู้เรียน เกิดอารมณ์ความรู้สึกตามที่ผู้สอนต้องการ เพื่อนำไปสู่การจัดระบบความคิด ความเชื่อและสร้างเจตคติหรือปรับเปลี่ยนเจตคติให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ โดยมีกิจกรรมใน 2 ขั้นตอน คือ

2.1.1 กระตุ้นความรู้สึก โดยใช้สื่อต่าง ๆ หรือกิจกรรมให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกอย่างที่ผู้สอนต้องการ

2.2.2 การเปิดเผยตนเอง เป็นการตั้งประสบการณ์ ความคิดเห็นหรือเจตคติของผู้เรียนต่อสื่อที่ผู้สอนนำเสนอ

2.2 ขั้นจัดระบบความคิด ความเชื่อ อาศัยกระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสุด ความคิดเห็นที่แตกต่างกันของสมาชิกในกลุ่มช่วยให้ระบบความคิด ความเชื่อของผู้เรียนเปลี่ยนแปลงไป

3. ทักษะพิสัย (Skill) เป็นความสามารถที่ไม่เคยมีมาก่อน แต่ได้เรียนรู้จนกระทั่งทำได้อย่างชำนาญ ซึ่งการสอนมี 2 ขั้นตอนคือ

3.1 ขั้นรู้ข้อเท็จจริง มุ่งให้รับรู้วาทักษะนั้นสำคัญและฝึกฝนอย่างไร จากองค์ประกอบด้านประสบการณ์ การสะท้อนความคิดหรือการอภิปรายและความคิดรวบยอด

3.2 ขั้นลงมือกระทำ เป็นโอกาสให้ปฏิบัติจริงตามองค์ประกอบด้านการทดลองและประยุกต์แนวคิด

สรุป การวิจัยนี้ได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่มมาใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้และการจัดกิจกรรมต่าง ๆ กับกลุ่มทดลองโดยเน้นการนำประสบการณ์เดิมของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาใช้ในกระบวนการเรียนรู้ ทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมในกิจกรรมและนำไปสู่การเรียนรู้ ความเข้าใจ ทักษะและสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายยิ่งขึ้น

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการทำงานวิจัยครั้งนี้ โดยรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ และงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม

2.4.1 งานวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ

ฐิติยา แก้วสมบูรณ์ (2551) ศึกษาโปรแกรมจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยประยุกต์ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning Principle) ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มาตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายทางช่องคลอด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย แบบสอบถามการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลการรักษาหลังจากการตรวจหรือการตัดชิ้นเนื้อที่ปากมดลูกและแบบวัดความวิตกกังวล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความแตกฉานด้านสุขภาพในเรื่องความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจ ดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จารุวรรณ กองแก้ว (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อที่ตับที่โรงพยาบาลศิริราช เป็น

การวิจัยกึ่งทดลอง ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีข้อบ่งชี้ในการเจาะชิ้นเนื้อที่ตับ (Liver Biopsy) ที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อที่โรงพยาบาลศิริราช ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 39 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวล แบบวัดความแตกฉานทางสุขภาพ ประกอบด้วยแบบวัด 2 แบบ การทดสอบความเข้าใจเนื้อหาจากการอ่าน และแบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความแตกฉานด้านสุขภาพดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้หลังการทดลอง ความพึงพอใจในบริการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กัญญา แซโก (2552) ศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางเพื่อศึกษาระดับความแตกฉานสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตาและการปฏิบัติตัวในการดูแลตามข้อมูลที่ได้รับคำแนะนำรวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานด้านสุขภาพกับการปฏิบัติในการดูแลตา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยผ่าตัดตา จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดตา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับความแตกฉานด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างระดับความแตกฉานทางสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดตา ด้วยสถิติวิเคราะห์ตัวแปรสองตัว ตารางไขว้และสถิติทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะทางประชากรได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพและรายได้ มีความสัมพันธ์กับความแตกฉานด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปิยมนต์ รัตน่องใส (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการใช้ยาต่อความฉลาดทางสุขภาพด้านการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ของนันทิมี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 48 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพด้านการใช้ยา แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาของ Morisky เครื่องมือวัดระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ T-Test และ ANOVA ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านการใช้ยาดีกว่าก่อนการ

ทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม และติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพด้านการใช้ยาลดลงจากหลังการทดลองแต่มากกว่าก่อนทดลองและไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ภายหลังจากการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ที่ระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาไม่ต่างจากหลังการทดลองแต่ดีกว่าก่อนทดลอง แต่ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม

จริยา นพเคราะห์ (2560) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลโพทะเล จังหวัดพิจิตร จำนวน 88 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.91 และ 0.93 ตามลำดับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองโดยการวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4.2 งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม

นวลล่อ ทวีชศรี (2555) ศึกษาผลของบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนต่อการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นก้อนที่เต้านม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้แนวคิดของ Pander และ Gange กลุ่มตัวอย่าง คือสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นก้อนที่เต้านมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.89 และ 0.78 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวและทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีทดสอบของบอนเฟอโรนี ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นก้อนที่เต้านมภายหลังการใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนระหว่างกลุ่มที่ใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน และกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ตามปกติ โดยพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ณัฐนิชา แหวนวงศ์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มแม่บ้านทำความสะอาด เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งเป็นปัจจัยที่อิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดการ

ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ Pender, Murdaugh and Parsons (2006) และมีการใช้โทรศัพท์ในการติดตามพฤติกรรมกำหนัดป้องกันมะเร็งเต้านม พฤติกรรมกำหนัดป้องกันมะเร็งเต้านมใช้แนวคิดของ Nation Cancer Institute (2012) และ World Health Organization (2014) กลุ่มตัวอย่างคือสตรีกลุ่มแม่บ้านทำความสะอาดโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมกำหนัดป้องกันมะเร็งเต้านม มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.94 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที่ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมกำหนัดป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มแม่บ้านทำความสะอาดภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมกำหนัดป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มแม่บ้านทำความสะอาดกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วรรณภา ปาณา (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยรุ่น เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสตรี 2 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม จำนวน 49 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบสังเกตเพื่อประเมินความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สมุดบันทึกประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที่ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีคะแนนเฉลี่ยความต่อเนื่องของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเองในแต่ละกลุ่มระหว่างการประเมินผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของการประเมินผลครั้งที่ 1 ไม่แตกต่างจากครั้งที่ 2

Baker และคณะ (1998) ศึกษาผู้ป่วยที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (function health literacy) จะมีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาตัวโรงพยาบาล โดยศึกษาในกลุ่มผู้สมัครเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ จำนวน 3,200 ราย รูปแบบการวิจัยเป็นแบบ Prospective cohort พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพต่ำ (inadequate literacy) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

Artinian และคณะ (2003) ศึกษาปัจจัยกำหนดระดับความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในคลินิกปฐมภูมิ โดยศึกษาวิจัยแบบบรรยาย

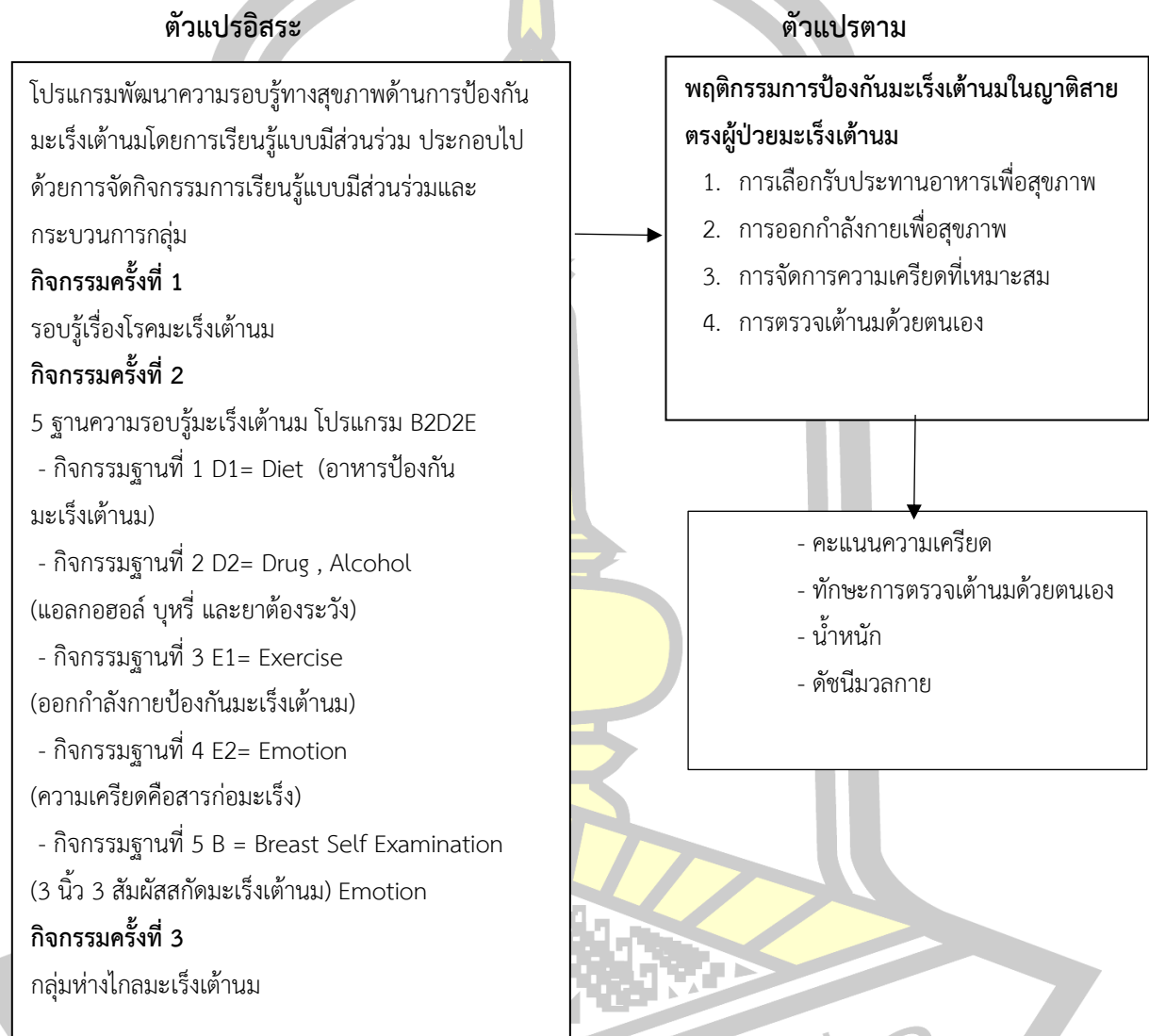
(descriptive study) สุ่มเลือกจำนวนตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ จำนวน 92 ราย ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ขณะรอนัดหมายตรวจ ด้วยแบบทดสอบความแตกต่างด้านสุขภาพระดับพื้นฐานสำหรับผู้ใหญ่ (TOFHLA) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยนอกที่เป็นชนกลุ่มน้อยที่มารับการรักษาที่หน่วยปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ มีความแตกต่างด้านสุขภาพต่ำ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และนำไปสู่การมี ผลลัพธ์ด้านสุขภาพต่ำ

Chew และคณะ (2004) ศึกษาปัจจัยกำหนดความแตกต่างด้านสุขภาพระดับต่ำ ระหว่างความสัมพันธ์ด้านลักษณะผู้ป่วยที่เตรียมตัวผ่าตัดกับความแตกต่างด้านสุขภาพระดับต่ำและ ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างด้านสุขภาพระดับต่ำกับการให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อน ผ่าตัด เป็นการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (Cohort study) โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีกำหนดนัด ผ่าตัด และกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยทดสอบความ แตกต่างด้านสุขภาพ และเก็บรวบรวมข้อมูลคุณลักษณะประชากร ผลการวิจัยสรุปว่า ความแตกต่าง ด้านสุขภาพต่ำ พบได้บ่อยในกลุ่มในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ตามคู่มือการเตรียมตัวในการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดได้ในระดับต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า โรคมะเร็งเต้านมมีอุบัติการณ์การเกิดโรค สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งในสตรี ทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โดย สาเหตุการเกิดโรคไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่นการมีพฤติกรรมด้านการ เลือกรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย การมีภาวะน้ำหนักเกินและการจัดการ ความเครียดไม่เหมาะสม โดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงการเกิด โรคมะเร็งเต้านมได้ แนวทางการป้องกันมะเร็งเต้านมของ World Health Organization (2014) มี 4 ด้าน ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การจัดการ ความเครียดที่เหมาะสม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาของ ญัฐนิชา แหวนวงศ์ (2556) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม เนื่องจากการทำงานเป็นผิดเวลา (เช้า-บ่าย-ดึก) ให้การพยาบาลด้วยการให้ความรู้แบบทิศทางเดียว ประกอบด้วยการให้การพยาบาล 3 ด้าน คือ ด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ด้านการ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ขาดการให้การพยาบาลด้านการ จัดการความเครียดที่เหมาะสม และการจัดโปรแกรมฯ ยังเป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงทั่วไปไม่ได้เน้นในกลุ่ม เสี่ยงที่เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และให้การพยาบาลด้วยการให้ความรู้แบบทิศทางเดียว และเน้นการตรวจเต้านมเพียงอย่างเดียว (นวลลออ ทวีศรี, 2555) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในสตรีกลุ่มเสี่ยงที่เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วย มะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม รวมทั้งนำแนวทางการป้องกัน มะเร็งเต้านมของ World Health Organization (2014) ซึ่งครบทั้ง 4 ด้าน มาเป็นแนวทางในการจัด กิจกรรม และนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่มมาเป็นแนวทางในการให้ความรู้ และการจัดกิจกรรมต่าง ๆ กับกลุ่มทดลองโดยเน้นการนำประสบการณ์เดิมของญาติสายตรงผู้ป่วย

มะเร็งเต้านมมาใช้ในกระบวนการเรียนรู้ ทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมในกิจกรรมและนำไปสู่การเรียนรู้ ความเข้าใจ ทักษะและสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายยิ่งขึ้น

2.5 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

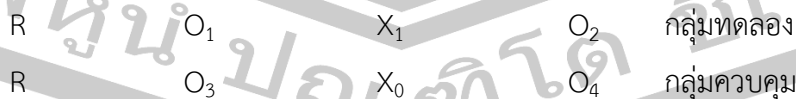
บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Randomized control trial) แบบอำพรางสองฝ้าย แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Double-blind, randomized controlled trial) โดยศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังทดลอง (Pretest – posttest control group design) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมกำรป้องกันมะเร็งเต้านม โดยโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning Principle) เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมฯ เพื่อสร้างเสริมให้ญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการพร้อมผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ให้เกิดการเรียนรู้การตีความข้อมูลทางด้านสุขภาพ และนำไปใช้ได้จริง โดยศึกษาค้นคว้าและดำเนินการตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 กำรเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
- 3.6 กำรวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้
- 3.7 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย



ภาพที่ 4 ภาพประกอบรูปแบบการวิจัย

R หมายถึง การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random assignment)

O₁ และ O₃ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูล “ก่อนการทดลอง” ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบคัดกรองความรู้ทางสุขภาพ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพสำหรับญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม แบบประเมินวิเคราะห์ความเครียด ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและดัชนีมวลกาย โดยนักกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคนละวันกัน

X₁ หมายถึง การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม

X₀ หมายถึง การจัดกิจกรรมในการให้คำแนะนำตามปกติของหน่วยสุศึกษา

O₃ และ O₄ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูล “หลังการทดลอง” ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบคัดกรองความรู้ทางสุขภาพ แบบสอบถามประเมินความรู้ด้านสุขภาพสำหรับญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม แบบประเมินวิเคราะห์ความเครียดความเครียด ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและBMI โดยนักกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคนละวันกัน

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ญาติสายตรง (First-degree relatives) ได้แก่ มารดา พี่สาว น้องสาว บุตรสาวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้วิธีการเลือกแบบโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยกำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา (Inclusion criteria)

1) สตรีที่เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (First-degree relatives) ได้แก่ มารดา พี่สาว น้องสาว บุตรสาวที่มารับบริการพร้อมผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

3) ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยการเป็นก้อนที่เต้านม

4) สัญชาติไทย สื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย

5) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในงานวิจัยครั้งนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1) พบก้อนที่เต้านมหรือได้รับการวินิจฉัยการเป็นมะเร็งเต้านมหรือภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้

2) ผู้ที่มีความประสงค์ขอหยุดดำเนินการตามขั้นตอนวิจัย

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล รวมทั้งนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี และขอความร่วมมือในการวิจัยในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

2) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยและขอความร่วมมือในการใช้สถานที่ในการทำวิจัย

3) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มารับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จากโปรแกรม Thai Cancer Based ปี 2562 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการจำนวน 377 คน

3.2 ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ สตรีที่เป็น มารดา พี่สาว น้องสาว บุตรสาว (first-degree relatives) ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยการเป็นก้อนที่เต้านม และสามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย จำนวน 331 คน

3.3 ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA (ดิเรก ลิ้มธรรสกุล, 2554) ให้สุ่มตัวอย่างออกมาจากจำนวน 331 คน เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 คน

3.4 สุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก 48 คน โดยกำหนดตัวเลข 1 และ 2 โดยกำหนดให้หมายเลข 1 เป็นกลุ่มทดลองและหมายเลข 2 เป็นกลุ่มควบคุม

3.5 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสอบถามความเข้าใจ และความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างมีความยินดีให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัดณ์กุล และคณะ, 2542) กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบได้ดังนี้

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n = จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

σ^2 = ความแปรปรวนร่วม (Pool Variance) ของค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

Z_α = ค่าสถิติการแจกแจงปกติมาตรฐาน กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เท่ากับ 1.64

Z_β = ค่าอำนาจการทดสอบที่ 80% เท่ากับ 0.84

μ_1 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มทดลอง

μ_2 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มเปรียบเทียบ

โดยความแปรปรวนร่วม (Pool Variance) สามารถคำนวณได้จาก

$$\sigma^2 = \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{(n_1 + n_2) - 2}$$

เมื่อกำหนดให้

n_1 = ขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

n_2 = ขนาดตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบ

sd_1^2 = ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลอง

sd_2^2 = ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มเปรียบเทียบ

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการทบทวนงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ของ (จารุวรรณ กองแก้ว, 2551) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อที่โรงพยาบาลศิริราช

โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น กลุ่มทดลองจำนวน 19 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 20 คน พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพเท่ากับ 54.57 ($sd = 5.50$) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพเท่ากับ 50.00 ($sd = 5.67$) จากการศึกษาดังกล่าวสามารถนำมาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างได้

$$\begin{aligned}\sigma^2 &= \frac{(n_1-1)sd_1^2 + (n_2-1)sd_2^2}{(n_1+n_2)-2} \\ &= \frac{(19-1)(5.50)^2 + (20-1)(5.67)^2}{(20+19)-2} \\ &= 31.22\end{aligned}$$

แทนค่าในสูตรข้างต้นได้ดังนี้

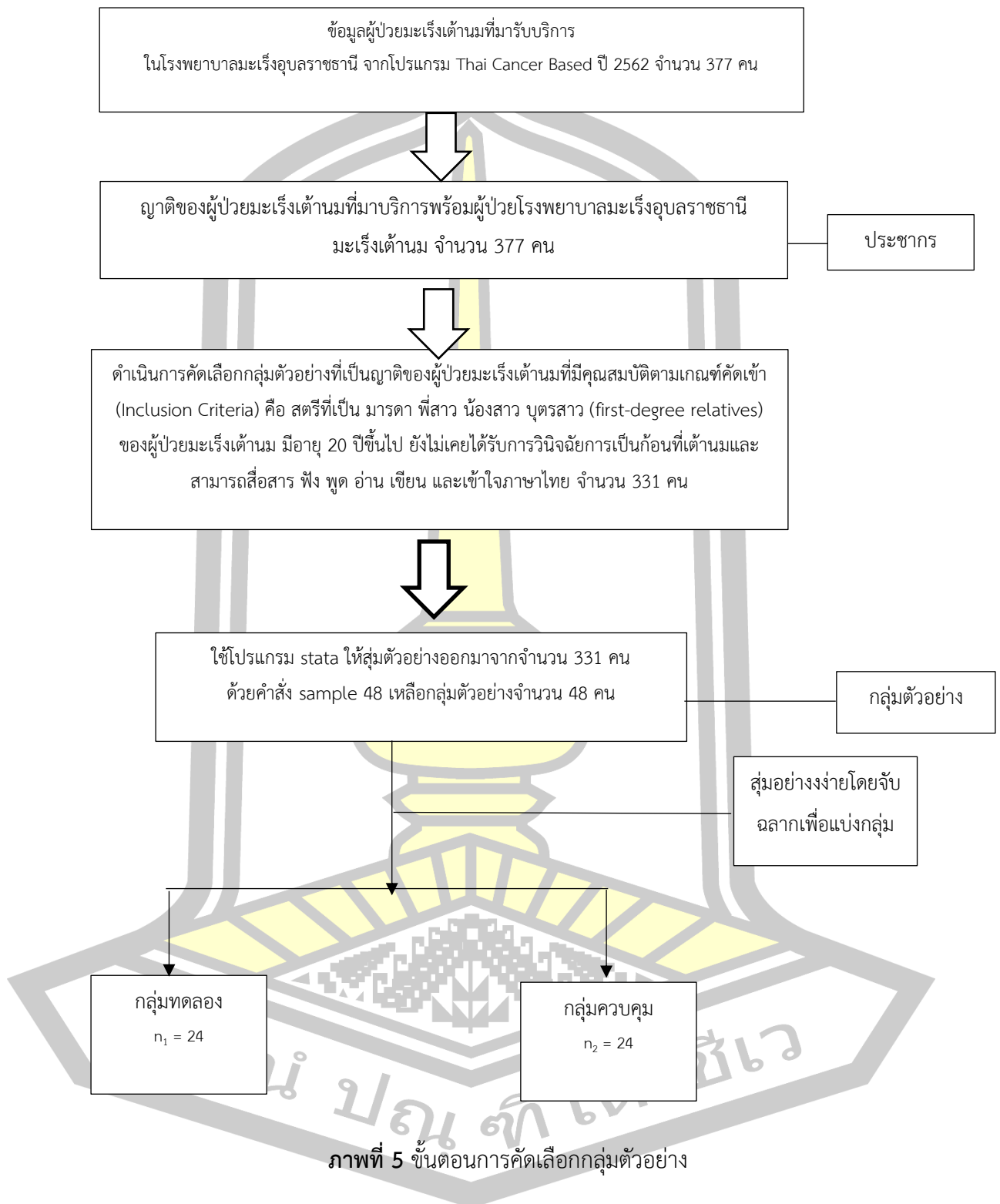
$$\begin{aligned}n/group &= \frac{2\sigma^2(Z_\alpha+Z_\beta)^2}{(\mu_1-\mu_2)^2} \\ &= \frac{2(31.22)(1.64+0.84)^2}{(4.57)^2} \\ &= \frac{384.00}{20.88} \\ &= 18.39\end{aligned}$$

ดังนั้น ในการศึกษานี้ใช้ตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 19 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการพร้อมผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการ ณ หน่วยให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งญาติบางรายอาจไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโปรแกรม เนื่องจากอาจมีภาระกิจส่วนตัว หรือการขออนุญาตจากงานวิจัย ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2004) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ สามารถคำนวณได้ ดังนี้

$$\frac{19}{80} \times 100 = 23.75$$

80

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ได้จากการคำนวณกลุ่มละ 24 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คนและกลุ่มควบคุม 24 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 48 ราย



3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม โดยพัฒนาจากแนวคิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของ World Health Organization (2014) ใช้ชื่อว่า B2D2E คือ B= Breast Self Examination, D= Diet, D= Drug, alcohol, E= Exercise, E= Emotion ซึ่งมีรายละเอียดของโปรแกรมดังต่อไปนี้

- 1) แผนกิจกรรม
- 2) คู่มือโรคมะเร็งเต้านม
- 3) วีดิทัศน์ วิธีการตรวจความผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง โดย สสส.
- 4) เพลง เรื่อง การป้องกันมะเร็งเต้านมเต้านม
- 5) โมเดลเต้านม เพื่อใช้ในกิจกรรมฝึกฐานเรียนรู้การตรวจเต้านม
- 6) โมเดลอาหาร เพื่อใช้ในกิจกรรมฝึกฐานเรียนรู้การเลือกรับประทานอาหาร

ขั้นตอนการสร้างสื่อใช้ประกอบโปรแกรม ได้แก่

แผนกิจกรรม คู่มือมะเร็งเต้านม เพลงเรื่องการป้องกันมะเร็งเต้านมเต้านม ดำเนินการตามแนวคิดของความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ตามรูปแบบวิธีเพิ่มความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ มีการดำเนินการดังนี้

แผนกิจกรรม พัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม โดยพัฒนาจากแนวคิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของ World Health Organization (2014) ชื่อว่า B2D2E โปรแกรม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่ออธิบายถึงกิจกรรมในโปรแกรม สื่อ และอุปกรณ์ที่ใช้ระยะเวลา และสถานที่ในการปฏิบัติกิจกรรม

คู่มือมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษา ค้นคว้าแนวคิดจากเอกสารวิชาการ ตำรา วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งเต้านม แนวคิดความรู้ทางสุขภาพ เพื่อนำมาวิเคราะห์และหาแนวทางในการจัดกิจกรรมให้เหมาะสม และเพื่อให้การจัดกิจกรรมนั้นสามารถพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการป้องกันมะเร็งเต้านมของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม มีทั้งหมด 4 แนวทาง ได้แก่ เลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การจัดการความเครียดที่เหมาะสม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองและแบบบันทึกการตรวจ

เต้านมด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจัดทำรูปเล่มให้กะทัดรัด สะดวกในการพกพา ตัวอักษรมีขนาดเหมาะสม เนื้อหากระชับ อ่านเข้าใจง่าย มีภาพการ์ตูนประกอบเพื่อนำสนใจและง่ายในการทำ ความเข้าใจ รวมทั้งสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

วิดิทัศน์ วิธีการตรวจความผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ วิดิทัศน์ชุดนี้ได้พัฒนาโดยหน่วยงานที่เชื่อถือได้ และมีหน่วยงานทางสาธารณสุขมาใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งรูปแบบของวิดิทัศน์เป็นภาพการ์ตูนอนิเมชัน เนื้อหาเข้าใจได้ง่าย

เพลง เรื่อง การป้องกันมะเร็งเต้านม โดยเป็นรูปแบบของเพลงลูกทุ่ง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นร่วมกับนักแต่งเพลง โดยเนื้อหาเพลงประกอบไปด้วย การป้องกันมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และชี้ให้เห็นความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การปฏิบัติตัวเมื่อพบความผิดปกติของเต้านม ซึ่งใช้ภาษาอีสานที่สามารถเข้าใจและจดจำได้ง่าย

โมเดลเต้านม เป็นซิลิโคนโมเดลทางการแพทย์ประกอบด้วยโมเดลเต้านมฝั่ง 5 จุด ใช้สำหรับฝึกคลำหาก้อนเนื้อที่ผิดปกติในเต้านม มีความนุ่มเสมือนเต้านมจริง

โมเดลอาหาร โมเดลอาหาร 5 หมู่ ธงโภชนาการและโมเดลอาหารแลกเปลี่ยนเพื่อใช้ในกิจกรรมฝึกฐานเรียนรู้การเลือกรับประทานอาหาร

3.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้เพื่อสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส การมีบุตร ประจำเดือนครั้งแรก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติครอบครัวมีก้อนที่เต้านมหรือเป็นมะเร็งเต้านม การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การได้รับความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ มี 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบคัดกรองความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงจากแบบคัดกรองผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (The Newest Vital Sign : NVS) ของ Weiss และคณะ (2005)

เกณฑ์การให้คะแนน

ถ้าตอบตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ได้หรือไม่ตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 0 คะแนน มารวมกันแล้วจัดแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

- 0-1 คะแนน บ่งชี้ว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (Marginal/inadequate)
- 2-3 คะแนน เป็นไปได้ว่าอาจมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (limited)
- 4-6 คะแนน แสดงว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (adequate)

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านมสำหรับญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนาแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมขึ้นมาใหม่ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน/บทบาทหน้าที่ ที่เน้นการวัดความสามารถในการอ่านและเข้าใจ โดยเป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งเต้านมและการป้องกันมะเร็งเต้านม 4 ด้านคือ การเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การจัดการความเครียดที่เหมาะสม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 25 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ถ้าตอบตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ได้หรือไม่ตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 0 คะแนน มารวมกันแล้วจัดแบ่งเป็น 3 ระดับ

ผู้ที่มีคะแนนในช่วงระหว่าง 0-59% หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ (Inadequate)

ผู้ที่มีคะแนนในช่วงระหว่าง 60-74% หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง (Marginal)

ผู้ที่มีคะแนนในช่วงระหว่าง 75-100% หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง (Adequate)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และจากแนวทางการป้องกันมะเร็งเต้านมของ World Health Organization (2014) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 หัวข้อหลัก ดังนี้

1) พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ คือ ข้อที่ 1-7

2) พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อที่ 8

3) พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสม จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อที่ 9-10

4) พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 6 ข้อ คือ ข้อที่ 11-13

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตัวเลือกตอบข้อเดียว จากลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วน 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรม 7 วัน/สัปดาห์ ให้ 5 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรม 4-6 วัน/สัปดาห์ ให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรม 3-5 วัน/สัปดาห์ ให้ 3 คะแนน

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรม 1-2 วัน/สัปดาห์ ให้ 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง การไม่ปฏิบัติพฤติกรรม ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนนำคะแนนจากแบบสอบถามถามพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แต่ละคนมารวมกันแล้วนำไปหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 13-65 คะแนน การแปลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับคะแนนดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

ระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 13.00 - 30.30 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอยู่ใน

ระดับพอใช้ คะแนนมากกว่า 30.30 - 47.60 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอยู่ใน

ในระดับดี คะแนนมากกว่า 47.60 - 65.00 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอยู่ใน

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST - 20) ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตการใช้งานจากกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ

ระดับความเครียด	1	หมายถึง	ไม่รู้สึกรู้สึกเครียด
ระดับความเครียด	2	หมายถึง	รู้สึกเครียดเล็กน้อย
ระดับความเครียด	3	หมายถึง	รู้สึกเครียดปานกลาง
ระดับความเครียด	4	หมายถึง	รู้สึกเครียดมาก
ระดับความเครียด	5	หมายถึง	รู้สึกเครียดมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ระดับคะแนน 0 - 23 คะแนน หมายถึง ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย

ระดับคะแนน 24 - 41 คะแนน หมายถึง ท่านมีความเครียดในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 42 - 61 คะแนน หมายถึง ท่านมีความเครียดในระดับสูง

ระดับคะแนน 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ท่านมีความเครียดในระดับรุนแรง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยปรับปรุงจากแบบประเมินคุณภาพการตรวจเต้านมของประชาชน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จำนวน 5 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อที่ 1 ยกมือเหนือศีรษะขณะตรวจ

ปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน

ข้อที่ 2 เอามือด้านตรงข้ามคลำเต้านมด้านที่ต้องการตรวจ

ปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน

ข้อที่ 3 คลำจนทั่วเต้านม วนไปจนถึงไหปลาร้า ครอบคลุมบริเวณที่ต้องคลำ

ปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน

ข้อที่ 4 วางนิ้ว 3 นิ้วเคลื่อนที่เป็นวงกลมไปเรื่อย ๆ ทิ้งทั้งเต้านมโดยไม่ยกนิ้วขึ้น

ปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน

ข้อที่ 5 ใช้นิ้วชี้และนิ้วโป้งบีบหัวนมเบา ๆ ดูว่ามีน้ำเยิ้มผิดปกติหรือไม่

ปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน

จากแบบสังเกตทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ แต่ละข้อมีช่วงคะแนน 0-1 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด-สูงสุด เท่ากับ 0-5 คะแนนนำมาจัดระดับได้ดังนี้

ระดับทักษะต่ำ หมายถึง ได้คะแนนอยู่ในช่วง 0-2 คะแนน

ระดับทักษะปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน 3 คะแนน

ระดับทักษะสูง หมายถึง ได้คะแนนอยู่ในช่วง 4-5 คะแนน

3.3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม ตามแนวคิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของ World Health Organization (2014) ประกอบด้วยแผนกิจกรรม คู่มือโรคมะเร็งเต้านม เพลงเรื่องการป้องกันมะเร็งเต้านม กิจกรรมฐานเรียนรู้ 5 ฐาน การเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การจัดการความเครียดที่เหมาะสม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำเครื่องมือดังกล่าวไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความถูกต้องของ

ข้อความ ความครอบคลุมด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมและความถูกต้องของภาษา และการจัดลำดับเนื้อหา จำนวน 3 คน ดังนี้

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคมะเร็ง 1 คน
- 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคมะเร็ง 1 คน
- 3) พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 1 คน

ภายหลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน นำมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขข้อความให้เหมาะสม ครอบคลุมเนื้อหา มีความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาและมีกรจัดลำดับเนื้อหาให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ไม่มีการปรับแก้ข้อความ หรือข้อเสนอแนะใด ๆ เพิ่มเติม

1.1.2 แบบคัดกรองความรู้ทางสุขภาพและแบบประเมินความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านมสำหรับญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไม่มีการปรับแก้ข้อความ หรือข้อเสนอแนะใด ๆ เพิ่มเติม

1.1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ไม่มีการปรับแก้ข้อความ หรือข้อเสนอแนะใด ๆ เพิ่มเติม

1.1.4 แบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST - 20) ไม่มีการปรับแก้ข้อความ หรือข้อเสนอแนะใด ๆ เพิ่มเติม

1.1.5 แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไม่มีการปรับแก้ข้อความ หรือข้อเสนอแนะใด ๆ เพิ่มเติม

1.2 โปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม โดยพัฒนาจากแนวคิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของ World Health Organization (2014)

1.2.1 แผนกิจกรรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม โดยพัฒนาจากแนวคิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของ World Health Organization (2014) ชื่อว่า B2D2E โปรแกรม

เพิ่มข้อความ การอธิบายให้ผู้ป่วยทราบในทุกกิจกรรมที่ปฏิบัติ

1.2.2 คู่มือมะเร็งเต้านม

เพิ่มข้อความ เปลี่ยนชื่อคู่มือเป็น คู่มือการป้องกันมะเร็งเต้านม

1.2.3 เพลงเรื่อง การป้องกันมะเร็งเต้านม

เพิ่มข้อความ ปรับเนื้อเพลงให้มีข้อความ 3 นิ้ว 3 สัมผัส 3 ระดับ สะกัฒมะเร็งเต้านม

ภายหลังการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน มาหาค่าความตรงตามเนื้อหาด้วยวิธีการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ดีควรมีค่ามากกว่า .80 (Polit & Beck, 2004) คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้สูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.97

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยหาค่าความเที่ยงโดยนำแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม ที่ปรับปรุงแก้ไขสมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำมาทดลองใช้ประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนประเมินความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของแบบสอบถามดังนี้

2.1 แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ ประกอบไปด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ด้านการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .923

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ประกอบไปด้วย ด้านการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .977

2.3 แบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST - 20) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .929

2.4 แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .927

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.1 ขออนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

3.4.2 ภายหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พร้อมโครงร่างและเครื่องมือวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.3 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยพบผู้ช่วยวิจัย เพื่อชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง ขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.4 ดำเนินการเก็บข้อมูลใน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีตามหลักการปกป้องสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและรายละเอียดของสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลของตัวอย่าง

3.5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัยโดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1) เมื่อได้รับอนุญาตดำเนินการศึกษาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลติดต่อที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาล ณ หน่วยงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างน้อย 2 ปี และจบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาโรคมะเร็ง จำนวน 2 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยทราบ เพื่อให้เป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยที่ผู้ช่วยวิจัยจะไม่ทราบว่าในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

3) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในปี 2562 จากโปรแกรม Thai Cancer Based ซึ่งมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการทั้งหมด จำนวน 377 ราย

4) คัดเลือกคุณสมบัติเบื้องต้นคือเป็นผู้มีสัญชาติไทย โดยเหลือญาติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั้งหมด จำนวน 331 ราย

5) ผู้วิจัยสุ่มอย่างง่าย (Simple randomization) โดยใช้โปรแกรม STATA ให้สุ่มตัวอย่างออกมาจากจำนวน 331 คน เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 คน

6) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวเอง สำหรับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รายละเอียดและขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการปฏิบัติ และขอความร่วมมือในการวิจัย ตลอดจนแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า มีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้ และเมื่อไม่ต้องการที่จะเข้าร่วมการวิจัยต่อไปก็สามารถยกเลิกได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อ การรักษาพยาบาลผู้ป่วย คำตอบทุกคำตอบจะถือเป็นความลับ นำเสนอในรูปผลการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามยินยอม

7) ทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลาก เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยกำหนดตัวเลข 1 และ 2 โดยกำหนดให้หมายเลข 1 เป็นกลุ่มทดลองและหมายเลข 2 เป็นกลุ่มควบคุม

8) ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในเรื่องที่ศึกษาหรือไม่ต้องการที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

3.5.1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว และทักทายกลุ่มควบคุมที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกเป็นรายบุคคล เพื่อสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้สอบถามปัญหาที่สงสัย อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบคัดกรองความรู้ทางสุขภาพ แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม แบบประเมินวิเคราะห์ความเครียด ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและดัชนีมวลกาย (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ซึ่งผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

3. กลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำตามปกติจากพยาบาลหน่วยสุศึกษาของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การป้องกันมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

4. มอบคู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านมเพื่อศึกษาต่อที่บ้าน

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 5

ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบคัดกรองความรู้ทางสุขภาพ แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม

แบบประเมินวิเคราะห์ความเครียด ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและดัชนีมวลกาย (Post-test) ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มควบคุมมาเข้าร่วมโปรแกรมฯเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

3.5.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว และทักทายกลุ่มควบคุมที่หน่วยงานผู้ป่วยนอกเป็นรายบุคคล เพื่อสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้สอบถามปัญหาที่สงสัย อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยแบบคัดกรอง ความรอบรู้ทางสุขภาพ แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม แบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม แบบประเมินวิเคราะห์ความเครียด ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและดัชนีมวลกาย (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ซึ่งผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบว่าคุณสมบัติอย่าง อยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

3. ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่จบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาโรคมะเร็งและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นอย่างดี โดยให้โปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ชื่อ โปรแกรมคือ B2D2E คือ B= Breast Self Examination, D= Diet, D= Drug, alcohol, E= Exercise, E= Emotion โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 รอบรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

3.1.1 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

3.1.2 ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการบรรยายโดยใช้ภาพประกอบ (Fotonovele Technique) เรื่องโรคมะเร็งเต้านม

3.1.3 ผู้วิจัยส่งเสริมให้มีการสอนกลับ (Teach-back Technique)

3.1.4 มอบคู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านมเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยไปศึกษาต่อที่บ้าน

3.1.5 ชมวิดีโอที่จัดทำขึ้นให้ชมวิดีโอเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและวิดีโอที่แสดงวิธีการตรวจความผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง เพื่อหวังกระตุ้นให้ตระหนักถึงโรคมะเร็งเต้านมและการค้นพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น

3.1.6 แจกกลุ่มทดลองทราบถึงวัน เวลาที่ผู้วิจัยจะนัดเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 2

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2

5 ฐานความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม โปรแกรม B2D2E โดยใช้กระบวนการกลุ่มและแนวคิด การมีส่วนร่วมประกอบการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การจัดการความเครียดที่เหมาะสม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. กิจกรรมฐานที่ 1 D1= Diet (อาหารป้องกันมะเร็งเต้านม) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 การบรรยายโดยใช้ภาพประกอบ (Fotonovele Technique) เรื่องการเลือกรับประทานอาหาร 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

1.2 กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมภายในกลุ่มในการเรียนตามเนื้อหาโดยเปิดโอกาสให้ซักถาม และ มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ โดยใช้โมเดลอาหารและคู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านม

1.3 การสาธิตการจัดอาหารและการเลือกเมนูที่เหมาะสม (Teach-back Technique)

2. กิจกรรมฐานที่ 2 D2= Drug , Alcohol (แอลกอฮอล์ บุหรี่และยาต้องระวัง) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 การบรรยายโดยใช้ภาพประกอบ (Fotonovele Technique) เรื่อง ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านมจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่สำคัญ คือ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ รวมถึงการใช้คุมกำเนิดเป็นระยะเวลานานรวมทั้งฮอร์โมนทดแทน

2.2 กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนตามเนื้อหาโดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เล่าถึงการเรียนรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา และสูบบุหรี่ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

3. กิจกรรมฐานที่ 3 E1= Exercise (ออกกำลังกายป้องกันมะเร็งเต้านม) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 การบรรยายโดยใช้ภาพประกอบ (Fotonovele Technique) เรื่อง ประกอบด้วย ประเภทของการออกกำลังกายและประโยชน์ของการออกกำลังกาย

3.2 ซักถามเกี่ยวกับวิธีการเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

3.3 กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนตามเนื้อหาโดยเปิดโอกาสให้ซักถาม

3.4 ร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายประกอบเพลงเรื่องมะเร็งเต้านม

4. กิจกรรมฐานที่ 4 E2= Emotion (ความเครียดคือสารก่อมะเร็ง) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 การจัดการความเครียดที่เหมาะสมเพื่อเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม ในการลดความรุนแรงของความเครียดและวิธีการจัดการความเครียด

4.2 โดยซักถามเกี่ยวกับวิธีจัดการความเครียดของแต่ละคน โดยกระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนตามเนื้อหาโดยเปิดโอกาสให้ซักถาม เล่าประสบการณ์ที่ตนเองเคยรับรู้ เกี่ยวกับการจัดการความเครียด

4.3 ร่วมกันฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการฝึกการผ่อนคลายความเครียด ตามคู่มือ

5. กิจกรรมฐานที่ 5 B = Breast Self Examination (3 นิ้ว 3 สัมผัสสกัดมะเร็งเต้านม) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 กิจกรรมเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยเป็นการบรรยาย-ซักถาม เกี่ยวกับประสบการณ์การตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ผ่านมาและเล่าประสบการณ์ที่ตนเองเคยรับรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมโดย

5.2 กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนตามเนื้อหาโดยเปิดโอกาสให้ซักถาม

5.3 มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ โดยใช้โมเดลเต้านมในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Teach-back Technique)

5.4 แจกกลุ่มทดลองทราบถึงวัน เวลาที่ผู้วิจัยจะนัดเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมอีกครั้ง ในสัปดาห์ที่ 5

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 และ 4

ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกิจกรรมการป้องกันมะเร็งทั้ง 4 ด้าน ของ World Health Organization (2014) เป็นหลักในการให้คำแนะนำเพื่อกระตุ้น ให้กำลังใจและ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม ตลอดจนร่วมกันแก้ปัญหาหรือตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการนำไปปฏิบัติ ใช้เวลา ประมาณ 20-30 นาที

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 5

กลุ่มห่างไกลมะเร็งเต้านม โดยใช้กระบวนการกลุ่มและแนวคิดการมีส่วนร่วม โดยมี รายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

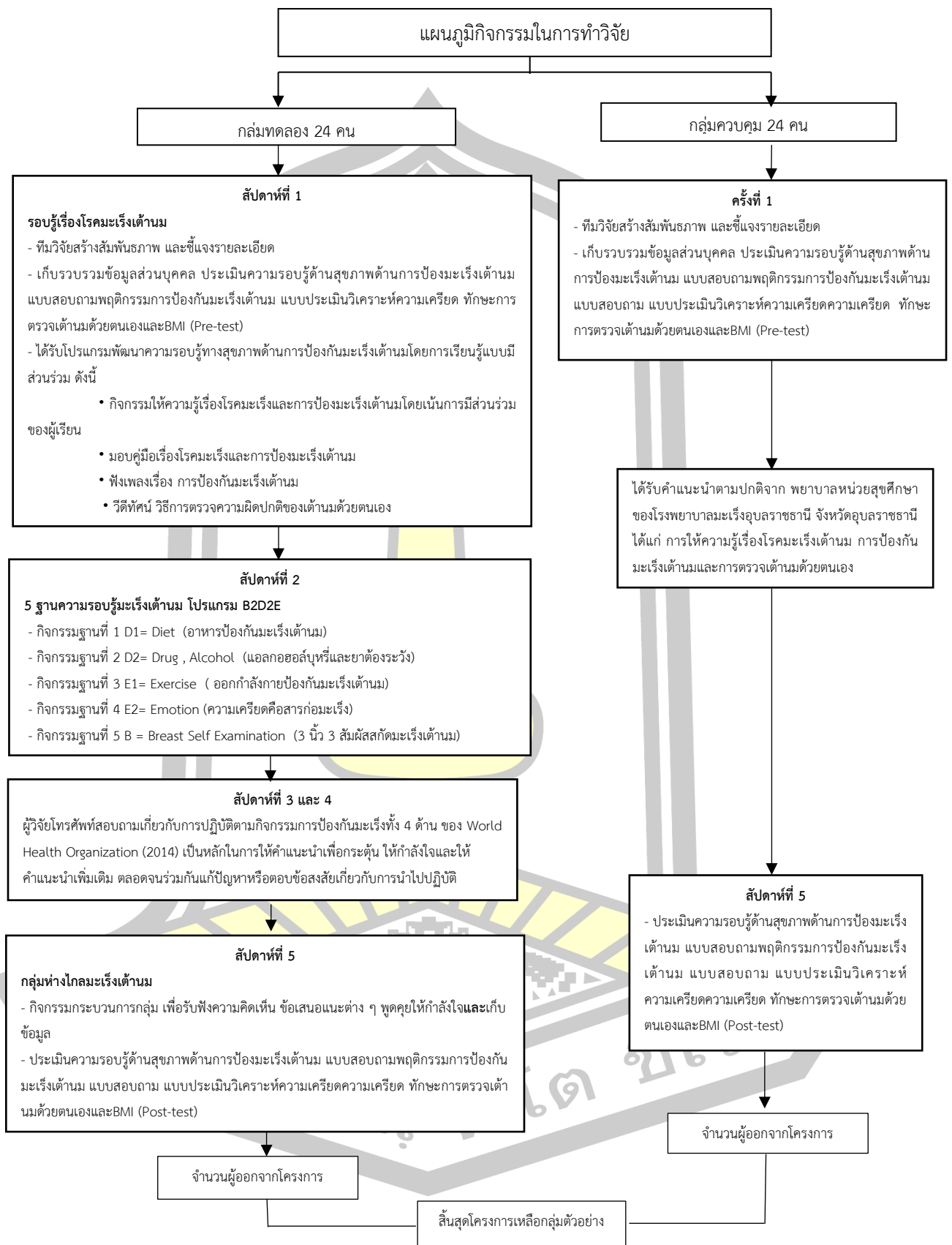
1. กิจกรรมกระบวนการกลุ่ม เพื่อรับฟังความคิดเห็น รวมถึงการเล่า ประสบการณ์เกี่ยวกับผลของการนำไปปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะต่าง ๆ พุดคุย ให้กำลังใจ

2. ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการ ป้องกันมะเร็งเต้านม แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการมะเร็งเต้านม แบบประเมินวิเคราะห์ ความเครียด ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและBMI หลังเข้าโปรแกรมฯ (post-test)

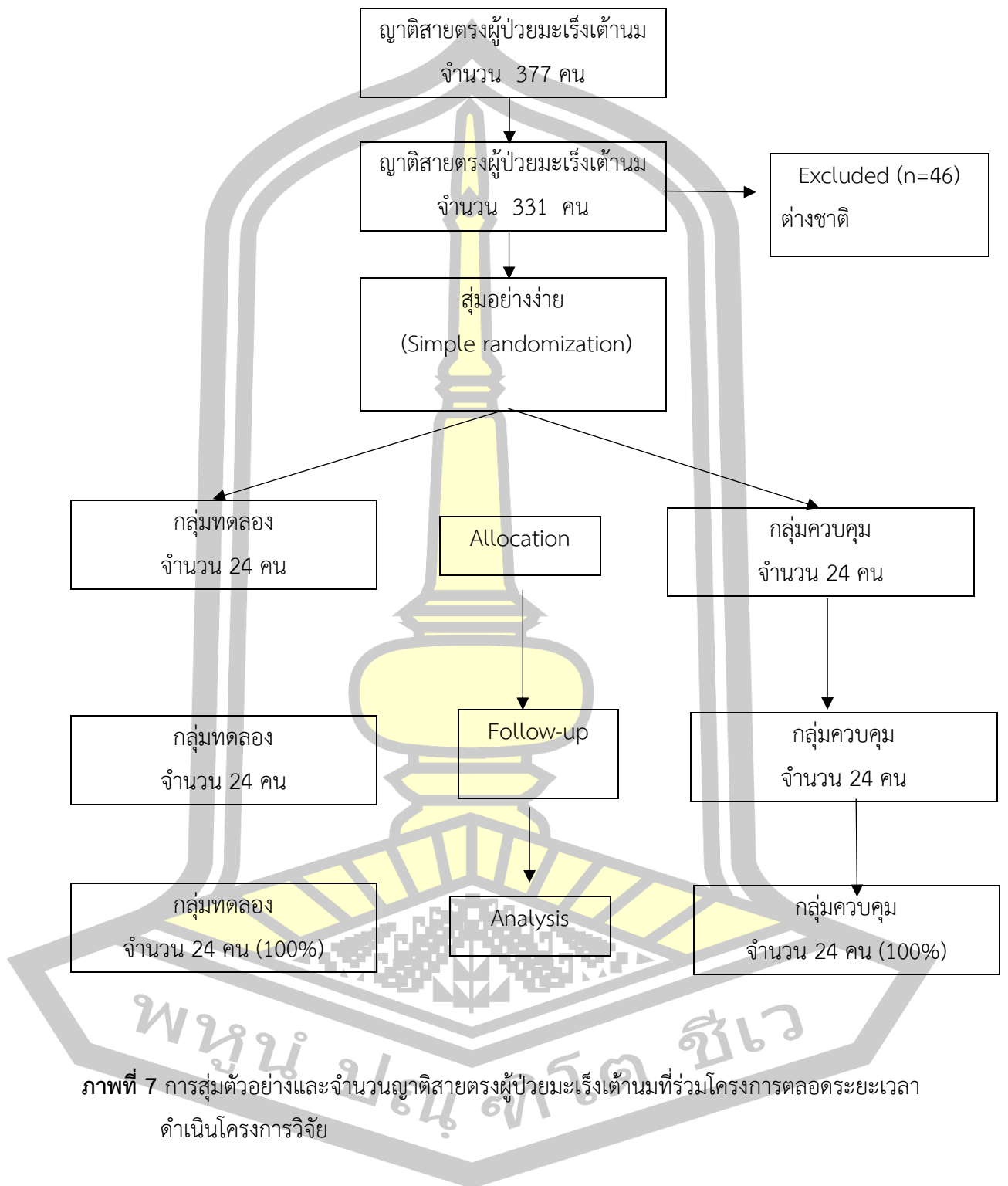
3.5.3 แนวทางป้องกันไม่ให้นักล่าเปิดเผยหรือเผยแพร่ Intervention ที่ได้รับไปยังกลุ่มควบคุม

- 1) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1 คนต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คนกลุ่มตัวอย่างจึงไม่มีโอกาสที่จะเป็นคนที่ครอบครัวเดียวกัน
- 2) จากการรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่ได้มีที่อยู่หรือพักอาศัยในหมู่บ้านเดียวกัน
- 3) ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มทดลองไม่ให้เปิดเผยข้อมูลที่ได้รับจากผู้วิจัยไปยังผู้อื่นรวมทั้งการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น ๆ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้





ภาพที่ 6 ขั้นตอนการทดลอง



ภาพที่ 7 การสุ่มตัวอย่างและจำนวนญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ร่วมโครงการตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการวิจัย

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.6.1 สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยวิธีแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi- Square Test และ Fisher's Exact Test

3.6.2 สถิติเชิงอนุมาน ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม แบบประเมินวิเคราะห์ความเครียด ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและดัชนีมวลกาย ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

3.7 จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคามเลขที่ 138/2562 วันที่รับรอง 18 กรกฎาคม 2562 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กรมการแพทย์ เลขที่ 006/2020 วันที่รับรอง 20 มีนาคม 2563 ซึ่งการทำวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมสากล และตามคำประกาศเฮลซิงกิ ดังนี้

3.7.1 การเคารพสิทธิของอาสาสมัคร ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมโครงการ ข้อดี ข้อเสีย และประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการต้องยินยอมด้วยความสมัครใจ มีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีข้อผูกมัดใด ๆ กับทางโครงการ สามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่ออาสาสมัคร

3.7.2 การรักษาความลับ โดยผู้วิจัยได้วางมาตรการเพื่อปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมศึกษาไว้เป็นความลับ กล่าวคือ ผู้วิจัยจะใช้เพียงเลขรหัสของโครงการฯ และจะนำเสนอข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางวิชาการในลักษณะภาพรวมจะเปิดเผยเฉพาะสรุปการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในฐานข้อมูลที่มีรหัสผ่าน และเข้าถึงเฉพาะทีมวิจัย

3.7.3 ความยุติธรรม กล่าวคือ ประชากรจะถูกสุ่มให้ได้รับโปรแกรม ฯเพื่อความเสมอภาคในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

3.7.4 ความซื่อสัตย์ โดยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนและระเบียบวิธีการวิจัยที่ได้นำเสนอไว้และนำเสนอข้อมูลที่ได้ตามความเป็นจริงเท่านั้น

3.7.5 ความประพฤติดี คำนึงถึงความปลอดภัยของอาสาสมัคร มีการอ้างอิงถึงหลักฐานทางวิชาการ

3.7.6 ละเว้นความประพฤติชั่ว ไม่กระทำการใด ๆ ให้เกิดความเสียหายและกระทบต่อร่างกายและจิตใจของอาสาสมัคร



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Randomized control trial) แบบอำพรางสองฝ่าย แบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Double-blind, randomized controlled trial) โดยศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังทดลอง (Pretest – posttest control group design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) และกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลตามปกติ โดยประเมินพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมก่อนศึกษา ณ วันที่ 1 ของการทดลอง และหลังการศึกษา ณ ช่วงสัปดาห์ที่ 5 ของการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

4.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ระดับความเครียด ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และดัชนีมวลกาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

4.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ระดับความเครียด ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและดัชนีมวลกายภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด จำนวน 48 คน โดยเป็นอาสาสมัครกลุ่มทดลอง 24 คนและกลุ่มควบคุม 24 คน เมื่อดำเนินโครงการเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ และติดตาม ทั้ง 2 กลุ่ม ยังอยู่ในการศึกษาทั้งหมด ดังภาพที่ 7

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน คือ 40.58 ปี (SD = 13.38) และ 41.17 ปี (SD = 13.84) ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ส่วนรายได้มีค่ามีฐานต่อเดือนทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลอง 4,600 บาท (SD = 3432.76) กลุ่มควบคุม 5,400 บาท (SD = 2676.20) ส่วนใหญ่มีบุตรแล้ว และมีบุตรจำนวน 2 คน อายุที่มีบุตรคนแรกระหว่าง อายุ 21 – 25 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ยาคุมกำเนิดทั้งสองกลุ่ม และส่วนที่ใช้ยาคุมกำเนิดใช้ยาคุมกำเนิดชนิดยาเม็ดคุมกำเนิด ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และไม่สูบบุหรี่ ในส่วนที่สมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ จำนวนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 มวนต่อวัน และมีระยะเวลาในการสูบบุหรี่

บุหรืน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี อายุที่มีประจำเดือนครั้งแรกตอนอายุ 13 ปี ขึ้นไป และมีอายุที่ประจำเดือนมาครั้งสุดท้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี ประวัติการมีญาติสายตรงที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมได้แก่มารดาเคยเป็นมะเร็งเต้านม และอายุที่ญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมใกล้เคียงกันคือ อายุระหว่าง 51 – 60 ปี

ทั้งสองกลุ่มเคยได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการป้องกัน โดยแหล่งข้อมูลที่รับความรู้มาจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเคยได้รับความรู้เรื่องการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง โดยแหล่งข้อมูลที่รับความรู้มาจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเช่นเดียวกัน

ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 48)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P-value
	(n=24)	(n=24)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ			0.994
น้อยกว่า 30 ปี	6 (25.0)	7 (29.2)	
30-39 ปี	4 (16.7)	3 (12.5)	
40-49 ปี	7 (29.2)	7 (29.2)	
50-59 ปี	5 (20.8)	5 (20.8)	
60 ปีขึ้นไป	2 (8.3)	2 (8.3)	
	Mean = 40.58, SD = 13.38 Min = 18, Max = 65	Mean = 41.17, SD = 13.84 Min = 18, Max = 65	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร²)			0.780
น้อยกว่า 18.5	1 (4.2)	2 (8.3)	
18.5-22.9	7 (29.2)	10 (41.7)	
23.0-24.9	7 (29.2)	4 (16.7)	
25.0-29.9	7 (29.2)	6 (25.0)	
30 ขึ้นไป	2 (8.3)	2 (8.3)	

ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 48) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P-value
	(n=24)	(n=24)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
	Min = 18.02, Max = 36.52	Min = 16.32, Max = 32.28	
สถานภาพสมรส			0.972
โสด	6 (25.0)	5 (20.8)	
สมรส	14 (58.3)	14 (58.3)	
หม้าย/หย่า	3 (12.5)	4 (16.7)	
แยกกันอยู่	1 (4.2)	1 (4.2)	
การมีบุตร			0.505
ไม่มี	5 (20.8)	7 (29.2)	
มี	19 (79.2)	17 (70.8)	
จำนวนบุตร			0.357
1 คน	6 (31.5)	2 (11.8)	
2 คน	9 (47.4)	10 (58.8)	
3 คนขึ้นไป	4 (21.1)	5 (29.4)	
อายุที่มีบุตรคนแรก			0.573
ระหว่าง 15- 20 ปี	5 (26.3)	7 (41.2)	
ระหว่าง 21-25 ปี	10 (52.6)	8 (47.1)	
ตั้งแต่ 26 ปีขึ้นไป	4 (21.1)	2 (11.8)	
การใช้ยาคุมกำเนิด			0.923
ไม่ใช้	17 (70.8)	18 (75.0)	
ใช้	7 (29.2)	6 (25.0)	
ชนิดของยาคุมกำเนิด			0.890
ยาเม็ดคุมกำเนิด	5 (41.7)	6 (50.0)	
ยาฉีดคุมกำเนิด	4 (33.3)	3 (25.0)	
ยาฝังคุมกำเนิด	3 (25.0)	3 (25.0)	

ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 48) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม (n=24)	P-value
	(n=24)	จำนวน (ร้อยละ)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ดื่มแอลกอฮอล์			0.296
ไม่ดื่ม	21 (87.5)	23 (95.8)	
ดื่ม	3 (12.5)	1 (4.2)	
สูบบุหรี่			-
ไม่สูบบุหรี่	24 (100.0)	24 (100.0)	
คนในครอบครัวสูบบุหรี่			0.755
ไม่สูบบุหรี่	16 (66.7)	17 (70.8)	
สูบบุหรี่	8 (33.3)	7 (29.2)	
สูบบุหรี่มวนต่อวัน (สมาชิกครอบครัว)			0.310
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 มวน	5 (62.5)	6 (85.7)	
6 มวนขึ้นไป	3 (37.5)	1 (14.3)	
ระยะเวลาสูบบุหรี่ (สมาชิกครอบครัว)			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	7 (87.5)	6 (85.7)	0.919
11 ปีขึ้นไป	1 (12.5)	1 (14.3)	
อายุที่มีประจำเดือนครั้งแรก			0.745
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี	6 (25.0)	7 (29.2)	
13 ปีขึ้นไป	18 (75.0)	17 (70.8)	
อายุที่ประจำเดือนมาครั้งสุดท้าย	(n=4)	(n=5)	0.858
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี	3 (75.0)	4 (80.0)	
ตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไป	1 (25.0)	1 (20.0)	
ระดับการศึกษา			0.984
ประถมศึกษา	6 (25.0)	6 (25.0)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2 (8.3)	2 (8.3)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9 (37.5)	9 (37.5)	
อนุปริญญา (ปวช./ปวส.)	2 (8.3)	2 (8.3)	

ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 48) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P-value
	(n=24)	(n=24)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ปริญญาตรี	5 (20.8)	5 (20.8)	
อาชีพหลัก			0.858
รับจ้าง	3 (12.5)	2 (8.3)	
ค้าขาย	5 (20.9)	4 (16.8)	
เกษตรกรรม	7 (29.2)	6 (25.0)	
ธุรกิจส่วนตัว	2 (8.3)	6 (25.0)	
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	3 (12.5)	2 (8.3)	
แม่บ้าน	2 (8.3)	2 (8.3)	
นักศึกษา	2 (8.3)	2 (8.3)	
รายได้ต่อเดือน			0.622
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	8 (33.4)	5 (20.8)	
5,001-10,000 บาท	11 (45.8)	13 (54.2)	
ตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไป	5 (20.8)	6 (25.0)	
	Median=7,350	Median = 9,900	
	Min =2,000	Min = 1,000	
	Max = 50,000	Max = 40,000	
ญาติสายตรงเคยเป็นมะเร็งเต้านม			0.657
มารดา	16 (66.7)	13 (54.2)	
พี่สาว น้องสาว	7 (29.2)	10 (41.7)	
บุตรสาว	1 (4.2)	1 (4.2)	
อายุที่ญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม			0.150
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี	6 (25.0)	10 (41.7)	
51-60 ปี	8 (33.3)	10 (41.7)	
61 ปีขึ้นไป	10 (41.7)	4 (16.6)	

ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 48) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P-value
	(n=24)	(n=24)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการป้องกัน			0.712
ไม่เคย	4 (16.7)	5 (20.8)	
เคย	20 (83.3)	19 (79.2)	
แหล่งข้อมูลที่ทำให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการป้องกัน			0.839
แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	15 (40.5)	11 (30.6)	
อาสาสมัครสาธารณสุข	6 (16.2)	7 (19.4)	
โปสเตอร์ เอกสาร แผ่นพับ สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ	5 (13.5)	5 (13.9)	
จากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เฟสบุ๊ก ไลน์	11 (29.8)	13 (36.1)	
การได้รับความรู้เรื่องการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง			0.204
ไม่เคย	5 (20.8)	9 (37.5)	
เคย	19 (79.2)	15 (62.5)	
แหล่งข้อมูลที่ทำให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการป้องกัน			0.617
แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	12 (38.7)	8 (24.2)	
อาสาสมัครสาธารณสุข	6 (19.4)	9 (27.3)	
โปสเตอร์ เอกสาร แผ่นพับ สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ	4 (12.9)	6 (18.2)	
จากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เฟสบุ๊ก ไลน์	9 (29.0)	10 (30.3)	

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 48) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P-value
	(n=24)	(n=24)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
แหล่งข้อมูลที่ได้รับความรู้เรื่องการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง			0.866
ถามเพื่อนบ้านที่สนิทกัน	2 (5.1)	2 (5.1)	
ถามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	5 (12.8)	9 (23.1)	
ถามเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.)	11 (28.2)	8 (20.5)	
ถามพยาบาลหรือแพทย์ที่ตรวจรักษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	8 (20.5)	7 (17.9)	
ถามญาติที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม	4 (10.3)	3 (7.7)	
ค้นหาข้อมูลในอินเทอร์เน็ต	9 (23.1)	10 (25.7)	

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ระดับความเครียด ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

4.2.1 ข้อมูลจำนวนและร้อยละความรอบรู้ทางสุขภาพรายข้อ ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 5

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละความรอบรู้ทางสุขภาพรายข้อ ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อ	ก่อนเข้าโปรแกรม			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. หากรู้สึกปวดมากสามารถรับประทานยาพาราเซตามอลได้ทันที 2 เม็ด	8	33.3	5	20.8
2. หากกินยาพาราเซตามอลเม็ดแรก เวลา 18.00 เมื่อท่านมีอาการอีกเวลา 21.00 สามารถรับประทานยาพาราเซตามอลได้อีก 1 เม็ด	15	62.5	10	41.7
3. ถ้ากินยามากกว่า 8 เม็ดใน 1 วันจะเกิดอันตรายต่อร่างกาย	11	45.8	14	58.3
4. หากกินยาพาราเซตามอลเม็ดแรก เวลา 05.00 เมื่อมีอาการอีกเวลา 15.00 ท่านสามารถรับประทานยาพาราเซตามอลได้อีก 1 เม็ด	14	58.0	16	66.7
5. หากกินยาพาราเซตามอล 2 เม็ด จะได้รับยาพาราเซตามอล 1000 มิลลิกรัม	15	62.5	18	75.0
6. หากรู้สึกมีน้ำมูกไหล สามารถรับประทานยาพาราเซตามอลเพื่อบรรเทาอาการได้	8	33.3	9	37.5

4.2.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ทางสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 6

กลุ่มทดลอง พบว่ามีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด ร้อยละ 54.20 รองลงมามีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 33.30

กลุ่มควบคุม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด ร้อยละ 54.20 รองลงมามีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 33.30 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ทางสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48)

ระดับความรู้ทางสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มควบคุม (n=24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
ความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ	3	12.5	3	12.5
ความรู้ด้านสุขภาพจำกัด	13	54.2	13	54.2
ความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ	8	33.3	8	33.3

4.2.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 7

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 คะแนน (SD = 1.23) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 คะแนน (SD = 1.21) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48)

ความรู้ทางสุขภาพ	n	\bar{x}	SD	t	p
ก่อนการทดลอง				-0.118	0.907
กลุ่มทดลอง	24	2.96	1.23		
กลุ่มควบคุม	24	3.00	1.21		

4.2.4 จำนวน ร้อยละคะแนนความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อมูลจำนวนและร้อยละความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมรายข้อ ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ (n = 48)

ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกัน โรคมะเร็งเต้านม	ก่อนเข้าโปรแกรม			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม				
1. มะเร็งเต้านม เกิดจากเซลล์ในร่างกายแบ่งตัวผิดปกติ จนร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ จนทำให้เกิดการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย	18	75	18	75
2. การมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมทำให้เสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมสูงกว่าคนปกติ	18	75	20	83.3
3. คนอ้วนมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่าคนผอม	6	25	9	37.5
4. หญิงที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยลดความเสี่ยงการเป็นมะเร็งเต้านม	14	58.3	12	50
5. เมื่ออายุมากขึ้นโดยเฉพาะเมื่ออายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้สูงขึ้น	15	62.5	14	58.3
ด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ				
6. การรับประทานเนื้อสัตว์ติดมันไม่เพิ่มความเสี่ยงการเป็นมะเร็งเต้านม	12	50.0	11	45.8
7. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารปิ้งย่าง จนไหม้เกรียมเป็นการเลือกรับประทานในการป้องกันมะเร็งเต้านม	12	50.0	14	58.3
8. ตับหมู เนื้อวัว เนื้อหมู และผลิตภัณฑ์แปรรูปจากอาหารเช่น สเต็ก แฮมเบอร์เกอร์ ฮอตดอก หมูเบคอน กุนเชียง ไส้กรอก มีโอกาสได้รับสารเร่งเนื้อแดงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม	18	75.0	17	70.8
9. ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงเพราะเป็นอาหารที่ป้องกันมะเร็งเต้านม	9	37.5	11	45.8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมรายข้อ ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48) (ต่อ)

ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม	ก่อนเข้าโปรแกรม			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10. การเลือกรับประทาน เกลือแร่ วิตามิน ที่มาจากผักผลไม้ ซึ่งมีสารต้านอนุมูลอิสระเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม	19	79.2	19	79.2
ด้านการออกกำลังกาย				
11. การออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ให้ผลแบบแอโรบิคลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม	12	50.0	13	54.2
12. การออกกำลังกายที่เหมาะสมคือ 3-5 วัน/สัปดาห์ อย่างน้อย 30 นาที/วัน ช่วยลดการเกิดมะเร็งเต้านมได้	18	75.0	18	75.0
ด้านการจัดการความเครียด				
13. ถ้ามีความเครียดมากขึ้นจะส่งผลให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม	13	54.2	14	58.3
14. การทำจิตใจให้สบาย คิดแต่ในสิ่งดี ๆ ก่อนนอน ปรึกษาบุคคลใกล้ชิด หลีกเลี้ยงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด มีการผ่อนคลายความเครียด โดยการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นวิธีจัดการความเครียดที่ถูกต้อง	19	79.2	20	83.3
15. การดื่มสุราเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม	13	54.2	14	58.3
16. การดื่มสุรา และสูบบุหรี่เป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านม	13	54.2	17	70.8
ด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง				

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมรายข้อ ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48) (ต่อ)

ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมสำหรับญาติสายตรง	ก่อนเข้าโปรแกรม			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
17. เมื่อคลำพบก้อนที่เต้านม หรือพบว่า มีน้ำใส ๆ หรือน้ำปนเลือด หรือ เป็นเลือดออกมากจากหัวนม มีการหดรั้งของหัวนม ผิวหนังเต้านมบวมแดง มีก้อนที่รักแร้ ท่านควรซื้อยามารับประทาน	11	45.8	14	58.3
18. การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี เอกซเรย์เต้านมเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด มีประสิทธิภาพ ง่าย สะดวก ไม่เสียค่าใช้จ่าย และสามารถตรวจได้ถี่ตามความต้องการของตนเอง	10	41.7	6	25.0
19. การค้นพบมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ช่วยเพิ่มโอกาสในการรักษาให้หายขาดได้	21	87.5	18	75.0
20. ท่าที่ใช้ในการตรวจเต้านมมีทั้งหมด 3 ท่า คือ ท่าหน้ากระจก ท่านอนราบและท่านยืนขณะอาบน้ำ	15	62.5	13	54.2
21. การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ ในสตรีที่อายุ 20 ปีแต่ไม่เกิน 40 ปีขึ้นไปโดยตรวจทุก 3 ปี ถ้าในปี พ.ศ.2562 ตรวจแล้วผิดปกติ สตรีกลุ่มนี้ควรมาตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์อีกในปี พ.ศ.2565	17	70.9	15	62.5
22. ถ้ามีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่ ควรเริ่มทำการตรวจแมมโมแกรมตั้งแต่อายุที่ญาติสายตรงเป็น ลบออก 10 ปี ถ้ามีญาติสายตรงเป็นมะเร็งต่อนอายุ 58 ปี ควรตรวจแมมโมแกรมเมื่ออายุ 48 ปี	16	66.7	17	70.8
23. วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยวิธีการกดมี้ 3 ระดับ คือ กดเบา กดปานกลาง กดหนัก	15	62.5	16	66.7

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมรายข้อ ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48) (ต่อ)

ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมสำหรับญาติสายตรง	ก่อนเข้าโปรแกรม			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
24. สตรีทุกคนเมื่ออายุ 20 ปี ขึ้นไป ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	20	83.3	16	66.7
25. การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรทำในช่วง 3-7 วันหลังหมดประจำเดือน ถ้าท่านมีประจำเดือนวันแรกวันที่ 1 ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองวันที่ 21-23	8	33.3	9	37.5
รวม	133	61.6	124	57.4

4.2.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 9

กลุ่มทดลอง พบว่ามีระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ร้อยละ 66.70 รองลงมา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 33.30

กลุ่มควบคุม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่ระดับความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม จำแนกตามระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ร้อยละ 58.30 รองลงมาคือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 41.70

พหุ ประถมศึกษา

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้สุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48)

ความรู้สุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มควบคุม (n=24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
ความรู้ด้านสุขภาพต่ำ	16	66.7	14	58.3
ความรู้ด้านสุขภาพปานกลาง	8	33.3	10	41.7
ความรู้ด้านสุขภาพสูง	-	-	-	-

4.2.6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 48) ดังตารางที่ 10

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.13 คะแนน (SD = 1.82) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.21 คะแนน (SD = 2.10) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48)

ความรู้ทางสุขภาพ	n	\bar{x}	SD	t	p
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	24	15.13	1.82		
กลุ่มควบคุม	24	15.21	2.10	-0.147	0.884

4.2.7 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมแต่ละด้าน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 11

กลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 (SD = 0.89) ด้านการออกกำลังกาย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 (SD = 0.96) ด้านการจัดการความเครียด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 (SD = 1.11) ด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 (SD = 1.22)

กลุ่มควบคุม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 (SD = 1.09) ด้านการออกกำลังกาย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 (SD = 1.13) ด้านการจัดการความเครียด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 (SD = 1.07) ด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 (SD = 1.09)

ตารางที่ 11 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม	ก่อนเข้าโปรแกรม			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
ด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ				
1. รับประทานอาหาร 5 หมู่ในปริมาณที่เหมาะสมทุกวัน	3.33	0.87	3.58	0.97
2. เลือกรับประทานธัญพืช ขัดสีน้อยเช่น ข้าวกล้อง ข้าวโอ๊ต ข้าวสาลี ข้าวบาเลย์ ถั่ว งา ลูกเดือย เป็นต้น	3.08	1.10	3.04	0.99
3. เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันให้น้อยที่สุด	3.21	0.83	3.38	0.92
4. รับประทานผัก ผลไม้ในสัดส่วนที่เหมาะสมทุกวัน	3.29	0.91	3.46	1.26
5. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารปิ้งย่าง จนไหม้เกรียม	3.00	0.83	2.88	1.26
6. หลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์แปรรูปจากอาหาร เช่น สเต็ก แสมเบอร์เกอร์ ฮอตดอก หมูเบคอน กุนเชียง ไส้กรอก เป็นต้น	3.25	0.83	2.96	1.16

ตารางที่ 11 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48) (ต่อ)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม	ก่อนเข้าโปรแกรม			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
7. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงในปริมาณมาก เช่น เนย ครีม ไอศกรีม ผลิตภัณฑ์จากนมสด ข้าวขาหมู หนั๋ง ไก่ทอด อาหารทอดน้ำมันหลายครั้ง เป็นต้น	2.79	0.83	2.83	1.04
รวม	3.14	0.89	3.16	1.09
ด้านการออกกำลังกาย				
8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม	3.17	0.96	3.25	1.13
รวม	3.17	0.96	3.25	1.13
ด้านการจัดการความเครียด				
9. เมื่อมีความเครียด สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม	3.08	0.88	3.25	1.07
10. เมื่อมีความเครียด จะผ่อนคลายความเครียด โดยการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชอบ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ เล่นกีฬา เป็นต้น	3.42	1.01	3.29	1.12
11. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	2.96	1.33	3.08	1.17
12. เมื่อเกิดความเครียดจะวิเคราะห์หาสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดก่อนเป็นอันดับแรกเสมอ	3.04	1.26	3.50	1.02
13. เมื่อเกิดความเครียดมักเก็บความรู้สึกไว้ และเก็บตัวไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร	2.63	1.09	2.42	0.97
รวม	3.03	1.11	3.11	1.07

ตารางที่ 11 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48) (ต่อ)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม	ก่อนเข้าโปรแกรม			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
ด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง				
14. ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	2.96	1.08	2.83	1.00
15. ตรวจเต้านมโดยวิธีการ ดูด้วยตา คลำด้วยมือ โดยใช้ทำไต่ทำหนึ่ง ทุกครั้งที่ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเอง	3.08	1.17	3.08	1.02
16. ตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการมีประจำเดือน 3-7 วัน	3.04	1.16	2.92	1.02
17. ถ้าตรวจพบความผิดปกติเช่น พบก้อนที่เต้านม มีสิ่งคัดหลั่งออกมาทางหัวนม ปวดเต้านม เป็นต้น จะรีบไปพบแพทย์	3.46	1.35	3.46	1.25
18. ทุกครั้งที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองท่านกดเต้านมลง 3 ระดับ (เบา-กลาง-หนัก)	3.04	1.16	3.08	1.24
19. ขณะตรวจเต้านมท่านบีบเค้นเต้านมเพื่อหาความเปลี่ยนแปลง	2.67	1.31	2.46	0.98
20. เมื่อตรวจเต้านมด้วยวิธีการคลำ บริเวณที่ท่านคลำคือ ไต้แขนถึงบริเวณขอบเสื้อชั้นในด้านล่างใต้แขน ซ้ำมมาถึงกระดูกกลางขึ้นมาถึงบริเวณไหปลาร้า กลับมายังรักแร้	2.79	1.32	2.79	1.18
รวม	3.01	1.22	2.95	1.09

4.2.8 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม จำแนกตามระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 12

กลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม จำแนกตามระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 58.30 รองลงมามีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 37.50

กลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม จำแนกตามระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 66.60 รองลงมามีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 29.20

ตารางที่ 12 ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48)

ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มควบคุม (n=24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนเข้าโปรแกรม				
ระดับไม่ดี	9	37.5	7	29.2
ระดับพอใช้	14	58.3	16	66.6
ระดับดี	1	4.2	1	4.2

4.2.9 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (N = 48) ดังตารางที่ 13

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.13 คะแนน (SD = 1.82) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.21 คะแนน (SD = 2.10) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48)

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมสำหรับญาติสายตรง	n	\bar{x}	SD	t	p
ก่อนเข้าโปรแกรม				-0.073	0.942
กลุ่มทดลอง	24	61.29	11.92		
กลุ่มควบคุม	24	61.54	11.88		

4.2.10 คะแนนเฉลี่ยความเครียดของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 48)

คะแนนความเครียด	ก่อนเข้าโปรแกรม			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
1. กลัวทำงานผิดพลาด	1.92	0.78	2.00	1.06
2. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้	2.04	0.86	2.13	1.12
3. ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน	1.92	0.97	2.04	1.00
4. เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำเสียง และดิน	2.13	1.03	2.00	0.98
5. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ	2.13	0.90	1.96	1.08
6. เงินไม่พอใช้จ่าย	2.04	0.86	2.17	0.96
7. กล้ามเนื้อตึงหรือปวด	1.83	0.86	1.96	1.08
8. ปวดหัวจากความตึงเครียด	1.83	1.09	2.00	1.02
9. ปวดหลัง	1.75	1.03	2.04	0.91

ตารางที่ 14 คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 48) (ต่อ)

คะแนนความเครียด	ก่อนเข้าโปรแกรม			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง	2.21	1.10	1.92	0.83
11. ปวดศีรษะข้างเดียว	2.13	0.94	2.08	0.78
12. รู้สึกวิตกกังวล	2.17	0.86	2.13	0.90
13. รู้สึกคับข้องใจ	2.04	1.12	2.08	0.72
14. รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด	2.13	1.15	2.04	0.72
15. รู้สึกเศร้า	2.21	1.18	2.08	0.93
16. ความจำไม่ดี	1.83	1.07	2.00	0.83
17. รู้สึกสับสน	2.38	1.06	2.13	1.00
18. ตั้งสมาธิลำบาก	2.25	0.99	1.92	0.83
19. รู้สึกเหนื่อยง่าย	2.25	1.18	2.04	1.12
20. เป็นหวัดบ่อย ๆ	2.13	1.07	2.00	0.93

4.2.11 คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 15

กลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความเครียด จำแนกตามระดับความเครียด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.90 รองลงมาคือมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 25.00

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความเครียด จำแนกตามระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.90 รองลงมาคือมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 20.80

ตารางที่ 15 ระดับความเครียด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48)

ระดับความเครียด	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มควบคุม (n=24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนเข้าโปรแกรม				
ระดับต่ำ	4	16.6	5	20.8
ระดับปานกลาง	11	45.9	11	45.9
ระดับสูง	6	25.0	5	20.8
ระดับสูงมาก	3	12.5	3	12.5

4.2.12 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 16

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 41.58 คะแนน (SD = 14.08) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.71 คะแนน (SD = 15.73) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน ทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48)

ความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง	n	\bar{x}	SD	t	p
ก่อนเข้าโปรแกรม				0.203	0.840
กลุ่มทดลอง	24	41.58	14.08		
กลุ่มควบคุม	24	40.71	15.73		

4.2.13 ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 48)

ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองญาติสายตรง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	ก่อนเข้าโปรแกรม			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ยกมือขึ้นเหนือศีรษะขณะตรวจ	12	50.0	14	58.3
2. เอามือด้านตรงข้ามคลำเต้านมด้านที่ต้องการตรวจ	17	70.8	16	66.7
3. คลำจนทั่วเต้านม วนไปถึงบริเวณไหปลาร้า ครอบคลุมบริเวณที่ต้องคลำ	12	50.0	11	45.8
4. วางนิ้ว 3 นิ้วเคลื่อนที่เป็นวงกลมไปเรื่อย ๆ ทั่ว ทั้งเต้านมโดยไม่ยกนิ้วขึ้น	3	12.5	6	25
5. ใช้นิ้วชี้และนิ้วโป้งบีบหัวนมเบา ๆ ดูว่ามีน้ำเอี่ยม ผิดปกติหรือไม่	3	12.5	2	8.3

4.2.14 ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 18

กลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำแนกตามทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าส่วนใหญ่มีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.50 รองลงมามีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.00

กลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.50 และ รองลงมาคือมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 25.00 เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 18 ระดับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำแนกตามทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48)

ระดับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มควบคุม (n=24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนเข้าโปรแกรม				
ระดับทักษะต่ำ	15	62.5	15	62.5
ระดับทักษะปานกลาง	6	25.0	6	25.0
ระดับทักษะสูง	3	12.5	3	12.5

4.2.15 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 19

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.04 คะแนน (SD = 1.23) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.04 คะแนน (SD = 1.23) พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน ทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48)

ทักษะการตรวจเต้านม	n	\bar{x}	SD	t	p
ก่อนเข้าโปรแกรม				0.00	1.00
กลุ่มทดลอง	24	2.04	1.23		
กลุ่มควบคุม	24	2.04	1.23		

4.2.16 ดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 20

กลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5 – 22.9 กก./ม², 23.0 – 24.9 กก./ม² และ 25.0 – 29.9 กก./ม² ร้อยละ 29.20

กลุ่มควบคุม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5 – 22.9 กก./ม² ร้อยละ 41.70 รองลงมาคือมีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0 – 29.9 กก./ม² ร้อยละ 25.00

ตารางที่ 20 ดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามดัชนีมวลกาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 48)

ดัชนีมวลกาย	กลุ่มทดลอง (n=24)		กลุ่มควบคุม (n=24)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนเข้าโปรแกรม				
น้อยกว่า 18.5 กก./ม ²	1	4.2	2	8.3
18.5-22.9 กก./ม ²	7	29.2	10	41.7
23.0-24.9 กก./ม ²	7	29.2	4	16.7
25.0-29.9 กก./ม ²	7	29.2	6	25.0
มากกว่า 30 กก./ม ²	2	8.3	2	8.3

4.3 ผลการศึกษาการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ

ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.798$,

$p < 0.001$, $t = 68.905$, $p < 0.001$, $t = 29.813$, $p < 0.001$ และ $t = 3.550$, $p < 0.05$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรม (n = 24)

ตัวแปรที่ศึกษา	\bar{x}	SD	Mean Difference	t-test	95%CI	P-value
ความรอบรู้ทางสุขภาพ						
ก่อนเข้าโปรแกรม	2.96	1.23	1.083	18.798	1.20-0.96	<0.001
หลังเข้าโปรแกรม	4.04	1.23				
ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม						
ก่อนเข้าโปรแกรม	15.13	1.82	7.083	68.905	6.87-7.29	<0.001
หลังเข้าโปรแกรม	22.21	1.74				
คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม						
ก่อนเข้าโปรแกรม	61.29	11.92	24.04	29.813	22.37-	<0.001
หลังเข้าโปรแกรม	85.33	9.12				
ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง						
ก่อนเข้าโปรแกรม	2.04	1.23	1.208	3.550	0.50-1.91	0.002
หลังเข้าโปรแกรม	3.25	1.19				

สมมติฐานข้อที่ 2 ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.659$, $p < 0.05$, $t = -7.544$, $p < 0.001$, $t = 6.044$, $p < 0.001$ และ $t = 2.216$, $p < 0.05$) ตามลำดับดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้าน การป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการ ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ (n = 48)

ตัวแปรที่ศึกษา	\bar{x}	SD	t	P-value
ความรอบรู้ทางสุขภาพ			2.659	0.011
กลุ่มทดลอง	4.04	1.23		
กลุ่มควบคุม	3.13	1.15		
ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม			-7.544	<0.001
กลุ่มทดลอง	22.21	1.74		
กลุ่มควบคุม	17.04	2.86		
คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม			6.044	<0.001
กลุ่มทดลอง	85.33	9.12		
กลุ่มควบคุม	68.79	9.83		
ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง			2.216	0.032
กลุ่มทดลอง	3.25	1.19		
กลุ่มควบคุม	2.46	1.28		

สมมติฐานข้อที่ 3 ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน ความเครียด และดัชนีมวลกาย มีการเปลี่ยนแปลง

ผลการศึกษาพบว่า ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน ความเครียด และดัชนีมวลกาย หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($t = 6.098, p < 0.001$ และ $t = 6.183, p < 0.001$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 23

ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย คะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.411, p < 0.001$) และ ค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.279, p > 0.05$) ดัง ตารางที่ 24

ตารางที่ 23 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด และดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรม (n = 24)

ตัวแปรที่ศึกษา	\bar{x}	SD	Mean Difference	t-test	95%CI	P-value
ความเครียด						
ก่อนเข้าโปรแกรม	41.58	14.08	17.58	6.098	11.62-	<0.001
หลังเข้าโปรแกรม	24.00	2.00				
ดัชนีมวลกาย						
ก่อนเข้าโปรแกรม	24.57	3.92	1.017	6.183		<0.001
หลังเข้าโปรแกรม	23.55	3.83				

ตารางที่ 24 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด และดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 48)

ตัวแปรที่ศึกษา	\bar{x}	SD	t	P-value
ความเครียด				
กลุ่มทดลอง	24.0	2.00	-5.411	<0.001
กลุ่มควบคุม	35.75	10.45		
ดัชนีมวลกาย				
กลุ่มทดลอง	23.55	3.82	0.279	0.781
กลุ่มควบคุม	23.24	4.02		

พหุ ประถมศึกษา

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยสรุปผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

- 5.1 สรุปผล
- 5.2 อภิปรายผล
- 5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

การวิจัยเป็นแบบวิจัยเชิงทดลอง (Randomized control trial) แบบอำพรางสองฝ่ายแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Double-blind, randomized controlled trial) โดยศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังทดลอง (Pretest – posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม จากแนวคิดของ World Health Organization (2014) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) และกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลตามปกติ โดยประเมินพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมก่อนศึกษา ณ วันที่ 1 ของการทดลอง และหลังการศึกษา ณ ช่วงสัปดาห์ที่ 5 ของการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นญาติสายตรง (First-degree relatives) ได้แก่ มารดา พี่สาว น้องสาว บุตรสาวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ทำการเลือกตามเกณฑ์คัดเลือกและการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 24 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 24 คน โดยกลุ่มทดลอง คือ ญาติสายตรงได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำจากพยาบาลตามปกติ ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ แบบสอบถามประเมินความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านมสำหรับญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม แบบสอบถามวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST - 20) แบบสอบถามประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ต่ำสุด-ค่าสูงสุด Chi- Square Test และ Fisher's Exact Test สถิติอ้างอิง ได้แก่ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน คือ 40.58 ปี (SD = 13.38) และ 41.17 ปี (SD = 13.84) ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่เท่ากัน ร้อยละ 58.30 ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเท่ากัน ร้อยละ 37.50 มีการประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 29.20 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 25.00 ส่วนรายได้เฉลี่ยต่อเดือนทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลอง คือ 4,600 บาท (SD = 3432.76) กลุ่มควบคุม คือ 5,400 บาท (SD = 2676.20) ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลอง คือ 24.57 (SD = 3.92) และกลุ่มควบคุม คือ 23.31 (SD = 4.12) ส่วนใหญ่มีบุตรแล้ว กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 79.20 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 70.80 และมีบุตรจำนวน 2 คน กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 47.40 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 58.80 อายุที่มีบุตรคนแรกระหว่างอายุ 21 - 25 ปี กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 52.60 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 47.10 ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ยาคุมกำเนิด กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 63.20 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 64.70 และส่วนที่ใช้ยาคุมกำเนิด ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดยาเม็ดคุมกำเนิด กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 41.70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 50.00 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 87.50 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 95.80 และทั้งสองกลุ่มไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 66.70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 70.80 และสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ จำนวนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 มวนต่อวัน กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 62.50 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 85.70 ระยะเวลาในการสูบบุหรี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี บุหรี่ กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 87.50 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 85.70 ส่วนอายุที่มีประจำเดือนครั้งแรกตอนอายุ 13 ปี ขึ้นไป กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 75.00 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 70.80 อายุที่ประจำเดือนมาครั้งสุดท้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 75.00 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 80.00

ทั้งสองกลุ่มมีประวัติญาติสายตรงเคยเป็นมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีประวัติมารดาเคยเป็นมะเร็งเต้านม กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 66.70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 54.20 อายุที่ญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมใกล้เคียงกัน อายุระหว่าง 51 - 60 ปี กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 33.30 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 41.70

ทั้งสองกลุ่มเคยได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการป้องกัน กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 83.30 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 79.20 โดยแหล่งข้อมูลที่รับความรู้มาจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 40.50 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 30.60 และเคยได้รับ

ความรู้เรื่องการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 79.20 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 62.50 โดยแหล่งข้อมูลที่รับรู้มาจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเช่นเดียวกัน กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 38.70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 24.20

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

เปรียบเทียบคะแนนความรู้ทางสุขภาพ คะแนนความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนความเครียดของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คะแนนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และดัชนีมวลกายของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนใกล้เคียงกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางสุขภาพ โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 คะแนน (SD = 1.23) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 คะแนน (SD = 1.21) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.13 คะแนน (SD = 1.82) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.21 คะแนน (SD = 2.10) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.13 คะแนน (SD = 1.82) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.21 คะแนน (SD = 2.10) คะแนนเฉลี่ยความเครียดของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 41.58 คะแนน (SD = 14.08) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.71 คะแนน (SD = 15.73) คะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.04 คะแนน (SD = 1.23) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.04 คะแนน (S.D. = 1.23) คะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกายญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.57 คะแนน (SD = 3.92) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.31 คะแนน (SD = 4.12)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางสุขภาพ คะแนนความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนความเครียดของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คะแนนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และดัชนีมวลกายของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรม ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีระดับความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 ระดับความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 91.70 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับดี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 70.8 ระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 15 คน

คิดเป็นร้อยละ 62.50 ระดับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 41.70 ระดับดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5 – 22.9 จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 41.70

ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$, $p < .001$ และ $p < .05$) ตามลำดับ

ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .001$, $p < .001$ และ $p < .05$) ตามลำดับ

ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด และดัชนีมวลกายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)

5.2 อภิปรายผล

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักปฎิบัติ (Nutbeam, 2000, 2008) ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเริ่มต้นด้วยสมรรถนะพื้นฐานด้านการอ่าน การคิดคำนวณ และการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ก่อนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนข้อมูล การสื่อสารที่เหมาะสมและการศึกษาทางด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้และความสามารถส่วนบุคคลรวมทั้งทักษะทางสังคม และทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ที่มีพัฒนาการความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นจะมีทักษะและความสามารถในการดำเนินการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพรวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตลอดจนการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพื่อสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติในสังคม ผลลัพธ์ที่ได้ คือ การมีโอกาส มีทางเลือกที่กว้างขึ้นและมีสุขภาพที่ดีขึ้น (รุ่งนภา อาระหัง, 2560) ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมขึ้นมา รวมทั้งหลักการกลวิธีและเทคนิคการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน สำหรับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน

สุขภาพ โดยเน้นการเลือกใช้สื่อสุขภาพที่มีการออกแบบและผลิตอย่างถูกต้อง มีมาตรฐานตามหลักการเรียนรู้ การสื่อสารและกระบวนการทางสุขภาพทางสุขภาพศึกษา

ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับแผนบริการสุขภาพเครือข่าย (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง ได้มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการดำเนินงานโดยมีเป้าประสงค์ที่สำคัญเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม เพื่อเพิ่มการตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1, 2 และลดการตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะ 3, 4 โดยกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง (Primary Prevention) ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) เพื่อเพิ่มอัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมให้แก่สตรีกลุ่มเป้าหมาย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

5.2.1 ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 40.58 ปี และอายุเฉลี่ย 41.17 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.30 ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยที่พบว่าช่วงอายุในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนและมีสถานภาพสมรสคู่ (รังษีนพดล โภทอง และคณะ, 2558) และผู้หญิงที่มีอายุ 40 – 69 ปี และไม่มีอาการ นอกจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำแล้วควรได้รับการตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมทุก 1 ปี (ภรณี เหล่าอิทธิ นภา ปริญญาณีติกุล, 2559) ทั้งสองกลุ่มการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 37.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม กลุ่มทดลอง ร้อยละ 29.20 กลุ่มควบคุม 25.00 จึงมีรายได้เฉลี่ยค่อนข้างต่ำ ทำให้มุ่งความสนใจในเรื่องการดำรงชีวิต มากกว่าการดูแลสุขภาพ จะเห็นได้รายได้ต่อเดือนทั้งสองกลุ่มมีค่ามัธยฐานใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลอง คือ 4,600 กลุ่มควบคุม คือ 5,400 บาท อายุที่มีประจำเดือนครั้งแรกตอนอายุ 13 ปี ขึ้นไป กลุ่มทดลอง ร้อยละ 75.00 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 70.80 อายุที่ประจำเดือนมาครั้งสุดท้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี กลุ่มทดลอง ร้อยละ 75.00 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 80.00 สอดคล้องกับการศึกษาอายุที่เริ่มมีประจำเดือนและหมดประจำเดือน สัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งเต้านม โดยพบความเสี่ยงจะลดลงร้อยละ 5 ถึง ร้อยละ 20 ในแต่ละปีที่มีประจำเดือนช้าลง (Hsieh CC, Trichopoulod D, Katsouyanni K, 1990 อ้างถึงใน สุพรรณิ พรหมเทศ และคณะ, 2553) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีบุตรแล้ว กลุ่มทดลอง ร้อยละ 79.20 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 70.80 และมีบุตรจำนวน 2 คน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 47.40 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 58.80 อายุที่มีบุตรคนแรกระหว่างอายุ 21 – 25 ปี กลุ่มทดลอง ร้อยละ 52.60 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 47.10 ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ยาคุมกำเนิด กลุ่มทดลอง ร้อยละ 63.20 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 64.70 และส่วนที่ใช้ยาคุมกำเนิดใช้ยาคุมกำเนิดชนิดยาเม็ดคุมกำเนิด กลุ่มทดลอง ร้อยละ 41.70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 50.00 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าสตรีในเขตชนบท แต่งงานเมื่ออายุน้อย แต่งงานเมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องสตรีที่มีบุตรมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

น้อยกว่าสตรีที่ไม่เคยมีบุตร และสัมพันธ์ไปกับระยะเวลาตั้งแต่คลอดบุตร จำนวนบุตร (Kelsey JL, Gammon MD, 1993 Cited in Adami et al., 1998) สตรีที่คลอดบุตรมาแล้ว 10 - 20 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าสตรีที่กำลังมีบุตร (Lambe M, et al., 1994) ซึ่งจะเกี่ยวกับระดับฮอร์โมน (สุมาลี ครุฑทิน, 2551 อ้างถึงใน ศิริลักษณ์ วรไวย์ และคณะ, 2557) และสอดคล้องกับข้อมูลของญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและบริบทของพื้นที่ในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองคือ 24.57 และกลุ่มควบคุม คือ 23.31 ทั้งนี้ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์เชิงปัจจัยเสี่ยงกับการเป็นมะเร็งเต้านม คือ ผู้มีดัชนีมวลกาย 23.5 หรือสูงกว่า มีความเสี่ยงมากขึ้น (สุพรรณิ พรหมเทศ และคณะ, 2553) ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 87.50 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 95.80 และทั้งสองกลุ่มไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 66.70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 70.80 และสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ จำนวนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 มวนต่อวัน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 62.50 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 85.70 ระยะเวลาในการสูบบุหรี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี บุหรี่ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 87.50 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 85.70 สอดคล้องกับการศึกษาการดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ต่อการเกิดมะเร็งเต้านม (สุพรรณิ พรหมเทศ และคณะ, 2553)

ทั้งสองกลุ่มมีประวัติญาติสายตรงเคยเป็นมะเร็งเต้านม โดยมีประวัติมารดาเคยเป็นมะเร็งเต้านม กลุ่มทดลอง ร้อยละ 66.70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 54.20 อายุที่ญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมใกล้เคียงกัน อายุระหว่าง 51 - 60 ปี กลุ่มทดลอง ร้อยละ 33.30 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 41.70 สอดคล้องกับการศึกษาที่เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านมค่อนข้างชัดเจน ได้แก่ ประวัติการเป็นมะเร็งในครอบครัว การมีก้อนในเต้านม หรือมีความผิดปกติที่เต้านม มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมาก หมดประจำเดือนช้า ระดับฮอร์โมน เริ่มเป็นประจำเดือนเร็ว (สุพรรณิ พรหมเทศ และคณะ, 2553)

เคยได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการป้องกัน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 83.30 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 79.20 โดยแหล่งข้อมูลที่รับความรู้มาจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มทดลอง ร้อยละ 40.50 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 30.60 และเคยได้รับความรู้เรื่องการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 79.20 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 62.50 โดยแหล่งข้อมูลที่รับความรู้มาจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเช่นเดียวกัน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 38.70 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 24.20 สอดคล้องกับการศึกษาของ สรารัตน์ ตระกูลรัมย์ และจรรุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ (2561) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนด้านจิตใจ ซึ่งจะทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงอันตรายจากมะเร็งเต้านม และตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ

5.2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม, คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม, ระดับความเครียด, ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

วิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพ

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพเท่ากับ 2.96 คะแนน (SD = 1.23) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 คะแนน (SD = 1.21) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ จารุวรรณ กองแก้ว (2551) ศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อที่โรงพยาบาลศิริราชที่พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพเท่ากับ 45.84 (SD = 9.51) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพเท่ากับ 45.95 (SD = 9.63)

วิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.13 คะแนน (SD = 1.82) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.21 คะแนน (SD = 2.10) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ศิริรญา วรรณประเสริฐ และคณะ (2562) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน ที่พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองเท่ากับ 124.31 (SD = 9.01) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 175.40 (SD = 9.60)

วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.13 คะแนน (SD = 1.82) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.21 คะแนน (SD = 2.10) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ สมฤดี อรุณจิตร์ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง ที่พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมเท่ากับ 36.85 กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมเท่ากับ 36.20

วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความเครียด

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความเครียดไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยคะแนนเฉลี่ยความเครียด กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 41.58 คะแนน (SD = 14.08) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.71 คะแนน (SD = 15.73) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ จารุวรรณ กองแก้ว (2551) ศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกต่างด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อตับที่โรงพยาบาลศิริราชที่พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 33.00 (SD = 4.74) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 33.05 (SD = 5.53)

วิเคราะห์เปรียบเทียบทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.04 คะแนน (SD = 1.23) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.04 คะแนน (SD = 1.23) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ วรรณภา ปาณาราช (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยรุ่น ที่พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.03 คะแนน (SD = 0.19) และกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.30 คะแนน (SD = 0.21)

วิเคราะห์เปรียบเทียบดัชนีมวลกาย

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองเท่ากับ 24.57 (SD = 3.92) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 23.31 (SD = 4.12) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ศิริรินภา วรประเสริฐ และคณะ (2562) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน ที่พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองเท่ากับ 33.00 (SD = 4.74) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 33.05 (SD = 5.53)

5.2.3 ผลการศึกษาการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางสุขภาพ ความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ

ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$ และ $p < 0.05$) ตามลำดับ

สมมติฐานข้อที่ 2 ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.659$, $p < .05$, $t = -7.544$, $p < 0.001$, $t = 6.044$, $p < 0.001$ และ $t = 2.216$, $p < 0.05$) ตามลำดับ

การศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participation learning) และแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเริ่มต้นด้วยสมรรถนะพื้นฐานด้านการอ่าน การคิดคำนวณ และการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ก่อนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนข้อมูลการสื่อสารที่เหมาะสมและการศึกษาทางด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงเน้นการพัฒนาทักษะด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งและการป้องกันมะเร็งเต้านมโดยเน้นการมีส่วนร่วมด้วยวิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ คู่มือเรื่องโรคมะเร็งและการป้องกันมะเร็งเต้านม คู่มือคลายเครียดการสอนผ่านสื่อวีดิทัศน์วิธีการตรวจความผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง เพลงลูกทุ่งเรื่องการป้องกันมะเร็งเต้านม โมเดลเต้านมสำหรับฝึกคลำหาก้อนเนื้อที่ผิดปกติในเต้านม โมเดลอาหาร 5 หมู่ เพื่อใช้ในกิจกรรมฝึกฐานการเรียนรู้การเลือกรับประทานอาหาร รวมทั้งการจัดกิจกรรมการสื่อสารด้วยกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม รวมถึงหลักการกลวิธีและเทคนิคการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน สำหรับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นการเลือกใช้สื่อสุขภาพที่มีการออกแบบและผลผลิตอย่างถูกต้อง มีมาตรฐานตามหลักการเรียนรู้ การสื่อสารและกระบวนการทางสุขภาพทางสุขภาพ ซึ่งช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการป้องกันมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น ตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากไม่ป้องกันโรค และสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงของตนเองได้ การเพิ่มทักษะการเข้าถึงข้อมูลโดยการสาธิตและการฉายวีดิทัศน์ และให้สาธิตย้อนกลับ ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้คิดวิเคราะห์ถึงปัญหาสุขภาพหรือปัจจัยเสี่ยงของตน สิ่งที่ต้องทำ เพื่อแก้ปัญหาหรือกำจัดปัจจัย

เสียงและผลกระทบหากไม่ปฏิบัติตามนั้น การวางแผนและตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตัวและการจัด
 บ้านที่กพฤติกกรรมการป้องกันป้องกันโรคมะเร็งและการป้องกันมะเร็งเต้านมของตนเองเป็นประจำ เป็น
 สิ่งที่เคยกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าตนเองปฏิบัติตามแผนได้หรือไม่ ถ้าหากยังไม่ได้ตามแผน
 ก็จะชดเชยในส่วนที่ขาดไป ทำให้สามารถควบคุมการปฏิบัติตัวได้ ส่วนกิจกรรมการพัฒนาความรู้
 ด้านสุขภาพในระดับชั้นปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ กิจกรรมเพิ่มทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และ
 ทักษะการตัดสินใจ โดยจัดกิจกรรมให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมโดยใช้การสนทนากระบวนการ
 กลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยน ประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นหรือ
 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ รวมทั้งมีการโทรศัพท์ติดตามสำหรับการสื่อสารของ
 สมาชิกกลุ่ม และสำหรับผู้วิจัยติดตามประเมินผล (รุ่งนภา อาระหัง, 2560)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มตัวอย่างได้
 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายทั้งด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และวิถีการดำเนินชีวิต
 การกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยกำหนดประเด็นขึ้นอย่างทั่วถึง
 มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ช่วยให้กลุ่ม
 ตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ในประเด็นที่อภิปรายกว้างขึ้น มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการ
 ป้องกันมะเร็งเต้านมมากขึ้น มีมุมมองหรือทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางบวก สามารถ
 ค้นหาปัจจัยเสี่ยงของตน วางแผนและตั้งเป้าหมายการแก้ไขปัญหาของตน และมีกำลังใจในการ
 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีแนวร่วมและมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ
 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัชต์เดือน เรือนคำ (2549) พบว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีผลทำ
 ให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ ทัศนคติ และมีทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เกิดการเรียนรู้
 ที่ยั่งยืนและเป็นการเรียนรู้ที่แท้จริง โดยผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการ
 เปลี่ยนแปลงด้านความรู้ และทัศนคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่า
 กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีทักษะดีกว่ากลุ่ม
 ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยตรวจได้ถูกต้องเกือบทั้งหมด ร้อยละ 90.00 และ
 การศึกษาของ วราพร วิริยะอลงกรณ์ และคณะ (2558) ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านม
 ด้วยตนเองต่อความรู้ เจตคติและความถูกต้องในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัคร
 สาธารณสุข อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม
 เจตคติเชิงบวกต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่ากลุ่มทดลองมีความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูง
 กว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเห็นได้ว่าอาสาสมัคร
 สาธารณสุขมีบทบาทช่วยทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญ เพราะเป็นผู้มี
 ความสามารถและใกล้ชิดกับสตรีในชุมชนมากที่สุด หากได้พัฒนาศักยภาพจนสามารถให้ความรู้ และ

สอนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกวิธีให้กับสตรีในชุมชนได้ ซึ่งการที่จะให้คำแนะนำกับสตรีในชุมชนนั้น อาสาสมัครเองควรเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมเป็นอย่างดี สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง มีเจตคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) ซึ่งเป็นกรเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ และยังคงคล้ายคลึงกับการศึกษาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม ฐิติยา แก้วสมบูรณ์ (2551) ที่พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อที่โรงพยาบาลศิริราช จารุวรรณ กองแก้ว (2551) ที่พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนความแตกฉานด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าคะแนนของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งผู้ศึกษาอธิบายว่าปัจจุบันสิทธิผู้ป่วยมีความสำคัญ แพทย์จึงต้องให้ข้อมูลก่อนทำการเจาะชิ้นเนื้อตับและวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายศึกษาข้อมูลจากแหล่งอื่น เช่น อินเทอร์เน็ต หรือจากญาติที่มีประวัติเป็นโรคตับ จึงทำให้ค่าคะแนนความแตกฉานด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน (รุ่งนภา อาระหัง, 2560)

สมมติฐานข้อที่ 3 ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด และดัชนีมวลกาย มีการเปลี่ยนแปลง

ผลการศึกษาพบว่า ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด และดัชนีมวลกาย หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ น้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.098, p < 0.001$ และ $t = 6.183, p < 0.001$) ตามลำดับ

ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.411, p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($t = 0.279, p > 0.05$)

จะเห็นได้ว่าในการศึกษาครั้งนี้ ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participation learning) และแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ทำให้ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกันเนื่องจากระยะเวลาในการจัดโปรแกรมฯ เพียง 5 สัปดาห์ อาจทำให้ค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน ควรมีการติดตามผลการวิจัยต่อไป

จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรม นี้มีประสิทธิผลสามารถสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งได้ ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติสายตรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ระเบียบเดือน เรือนคำ (2549) พบว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีผลทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ ทักษะ และมีทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืนและเป็นการเรียนรู้ที่แท้จริง และการศึกษาของ ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล (2561) พบว่านักศึกษาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคอ้วนและด้านการเข้าถึงมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านความรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคอ้วน ด้านทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคอ้วน ด้านการจัดการตนเองในการป้องกันโรคอ้วน และด้านการตัดสินใจในการป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับปานกลาง นักศึกษามีพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษา กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์ และคณะ (2558) พบว่าปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม โดยมีค่า $OR = 8.894$, $95\% CI = 3.460-22.861$ และ $p\text{-value} < 0.001$ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการมีโรคมะเร็งเต้านมในครอบครัวก็เป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านมอีกเช่นกัน โดยมีค่า $OR 6.83$, $95\% CI = 1.541-30.276$ และ $p\text{-value} = 0.011$ และพบผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม โดยมีค่า $OR 0.081$, $95\% CI = 0.009-0.731$ และ $p\text{-value} = 0.025$ ดัชนีมวลกายที่เกินเกณฑ์มาตรฐานเป็นปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดมะเร็งเต้านม ในผู้ป่วยหญิงที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีนอกจากนั้นยังพบว่าประวัติการมีโรคมะเร็งเต้านมในครอบครัวก็เป็นปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดมะเร็งเต้านมเช่นกัน และพบความสัมพันธ์ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการเกิดมะเร็งเต้านมร่วมด้วย

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ โปรแกรมพัฒนาความรู้สุขภาพ สามารถทำให้ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้สุขภาพ มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และดีกว่าญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการสอนตามปกติ ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยในครั้งนี้มาประยุกต์ใช้ ดังนี้

5.3.1.1 ควรมีการประเมินความรอบรู้สุขภาพ เพื่อประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับใด เพื่อนำมาวางแผนและเลือกวิธีการทางสุขศึกษา ก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมสุขศึกษา

5.3.1.2 โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้สุขภาพนำไปเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการเชิงรุกของโรงพยาบาลเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

5.3.1.3 เป็นแนวทางประยุกต์ใช้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมในชุมชน หรือโรงพยาบาลอื่น ๆ แก่สตรีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

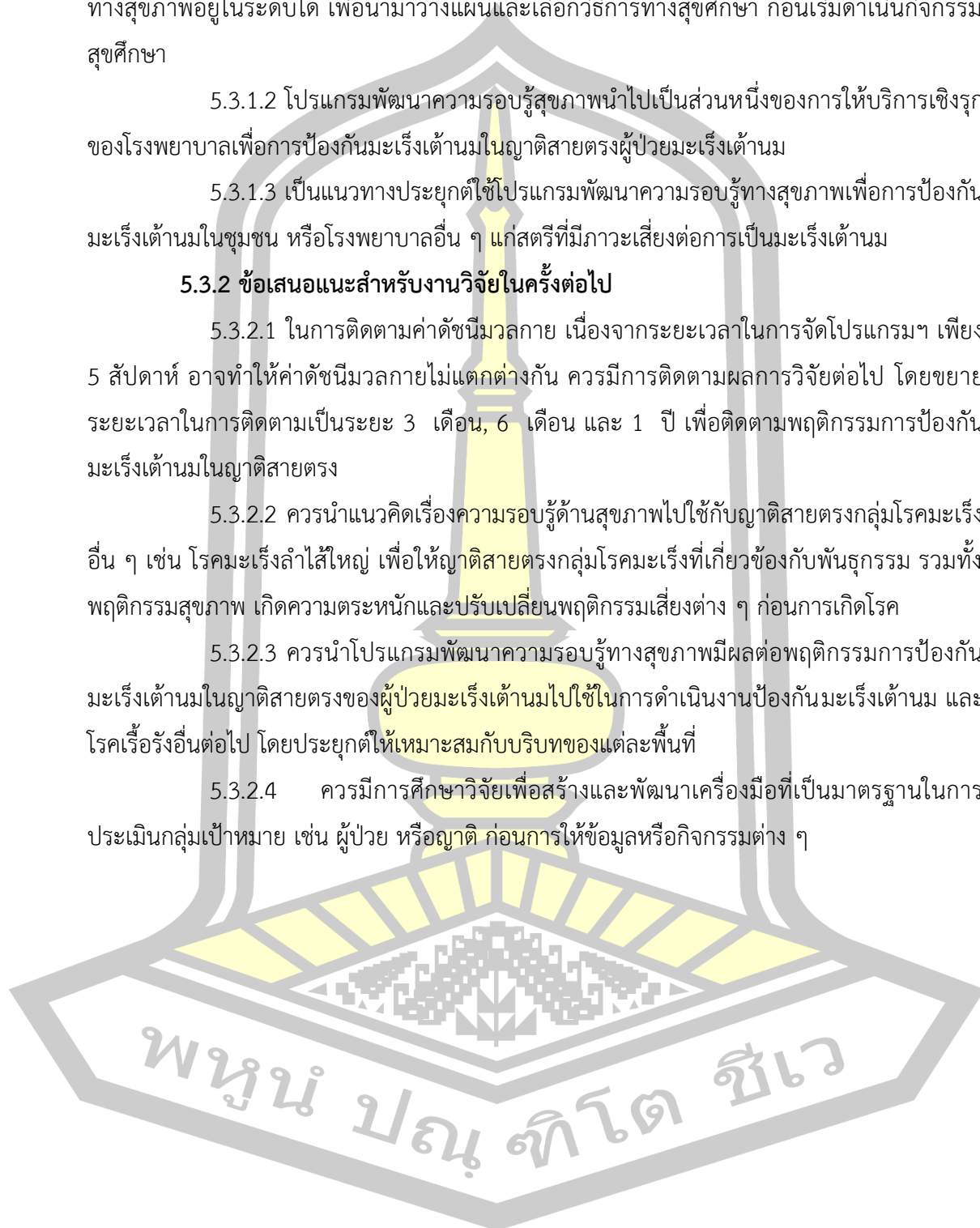
5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในครั้งต่อไป

5.3.2.1 ในการติดตามค่าดัชนีมวลกาย เนื่องจากระยะเวลาในการจัดโปรแกรมฯ เพียง 5 สัปดาห์ อาจทำให้ค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน ควรมีการติดตามผลการวิจัยต่อไป โดยขยายระยะเวลาในการติดตามเป็นระยะ 3 เดือน, 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติสายตรง

5.3.2.2 ควรนำแนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้กับญาติสายตรงกลุ่มโรคมะเร็งอื่น ๆ เช่น โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อให้ญาติสายตรงกลุ่มโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพ เกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ก่อนการเกิดโรค

5.3.2.3 ควรนำโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไปใช้ในการดำเนินงานป้องกันมะเร็งเต้านม และโรคเรื้อรังอื่นต่อไป โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

5.3.2.4 ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการประเมินกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้ป่วย หรือญาติ ก่อนการให้ข้อมูลหรือกิจกรรมต่าง ๆ



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย*. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2547). *ความเครียด*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- กรมอนามัย. (2561). *คู่มือการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลและเฝ้าระวังสตรีไทยจากมะเร็งเต้านม*. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย.
- กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). *Hospita-Based cancer Registry*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ. นวัตกรรมและการพิมพ์ (ประเทศไทย)*. กรุงเทพฯ: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญญา แซ่โก. (2552). *ความแตกต่างด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตัดตา*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กันทิกา หลวงทิพย์ และดาริณี สีนวล. (2550). *การศึกษพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของบุคคลากรในโรงพยาบาลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี*. รายงานการวิจัย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- กาญจนา วิเชียรประดิษฐ์. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่อยู่ในกำกับของรัฐ*. รายงานการวิจัย. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กิตติพงษ์ คงสมบุญ, ศุภกร หวังทรัพย์ทวี, กฤษฏีรัฐ พาณิชย์ทวีกุล, ณัฐพล ตั้งจิตรุ่งโรจน์, นิศวรรณ วัฒนศัพท์. (2558). *ดัชนีมวลกายกับการเกิดมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยหญิง ณ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปีการศึกษา 2558. เวชสารวิทยาศาสตร์การแพทย์ มคอ., 1(1), 60–68.*
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ. นนทบุรี: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).*
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (n.d.). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2555). *มะเร็งเต้านม*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- จริยา นพเคราะห์. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารุวรรณ กองแก้ว. (2551). *ประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกต่างด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มารับการเจาะชิ้นเนื้อที่โรงพยาบาลศิริราช*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จุฑามาศ แอนเนียม. (2550). *ดูแลเต้านมอย่างใส่ใจ สู้ภัยจากมะเร็ง: Breast CARE & Breast CANCER*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไกล่หมอ.
- ชมรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง. (2553). *อาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. กรุงเทพฯ: ชมรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2552). *การนำเสนอแนวคิดและประสบการณ์เรื่อง Health Literacy ความแตกฉานทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาญวิทย์. ต้นติพิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์. (2541). *ตำราศัลยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- ซินตา เตชะวิจิตรจารุ อัจฉรา ศรีสุภกรกุล และสุทัตตา ช่างเทศ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(8), 320–332.
- ฐิตียา แก้วสมบุญ. (2551). *โปรแกรมจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม*. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณภัทร สุขมา. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่ทำงานในโรงงานเขตนิคมอุตสาหกรรม จังหวัดสมุทรสาคร*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ณัฐนิชา แหวนวงศ์. (2556). *ผลของโปรแกรมเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มแม่บ้านท่าความสะอาด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดิเรก ลิ้มธรรสกุล. (2554). *การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA 10*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร วาณิชกุล และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์. (2556). *ความแตกฉานทางสุขภาพของคนไทย*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตมหาวิทยาลัยมหิดล.
- นवलลอ ทวิชศรี. (2555). *ผลของบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนต่อการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นก้อนที่เต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิภา ธเนศวรยางกูร. (2554). *ชีวิตใหม่หลังมะเร็งพ่าย*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. (2556). *รายงานการศึกษาค้นคว้า เรื่อง การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน*. กรุงเทพฯ: สถาบันการต่างประเทศ เทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ.
- ประคอง วรรณสุต. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยมนต์ รัตนพองใส. (2559). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการใช้ยาต่อความฉลาดทางสุขภาพด้านการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พรพิมล คุ่มหมื่นไวยและคณะ. (2549). การตรวจเต้านมด้วยตนเองของบุคลากรสาธารณสุข พื้นที่เขต
สาธารณสุขที่ 4. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 4(1), 33-43.
- ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญาติกุล. (2016). ระบาดวิทยา การป้องกัน และแนวทางการตรวจ
คัดกรองมะเร็งเต้านม. *Chula Med J*, 60(5), 498-503.
- ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญาติกุล. (2559). การป้องกันและแนวทางการคัดกรอง. *จุฬาลงกรณ์
เวชสาร*, 5, 497-507.
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และคณะ. (2540). *ทักษะชีวิต*. [Online]. ได้จาก:
<http://www.teenrama.com> [สืบค้นเมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2557].
- ระยับเดือน เรือนคำ. (2549). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ ทักษะคติและ
ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- รังษิณพดล โถทอง, ศุภสิพร แสงกระจ่าง, ปารณนา สติติภาวีย์, วิศิษฐ์ฉวีพจนกำจร และโสภิตตรา
สมหารวงศ์. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยก่อนหมด
ประจำเดือน. *วารสารโรคมะเร็ง*, 1(39), 16-27.
- รังษิณพดล โถทอง และคณะ. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยก่อน
หมดประจำเดือน. *วารสารโรคมะเร็ง*, 1(39), 16-27.
- รุ่งนภา อาระหัง. (2558). ผลของโปรแกรมการสอนและต่อพฤติกรรมกำบังมะเร็งเต้านมในสตรี
กลุ่มเสี่ยง. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา ชนินทุทวงศ์. (2544). *คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม*. กรุงเทพฯ: วงศ์กมล.
- วรรณภา ปาณาธาร. (2556). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกำ
บังตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยรุ่น. *Journal of Nursing Science*, 32(3), 50-63.
- วรรณวิภา อัมพันธ์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างยาเม็ดคุมกำเนิดกับมะเร็งเต้านมในสตรี*. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วราพร วิริยะอลงกรณ์ และกนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. (2558). ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านม
ด้วยตนเองต่อความรู้ เจตคติและความถูกต้องในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี
อาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 15(2), 282-
290.
- วราภรณ์ อมรเพชรกุล. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัย
ส่วนบุคคลกับการเผชิญความเครียดของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีณา พงษ์ชัยกุล และวันเพ็ญ แก้วปาน. (2543). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วย
ตนเองของสตรี : ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 14,
47-57.
- ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์. (2558). *ความเครียดและวิธีแก้ความเครียด*. กรุงเทพฯ: คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.

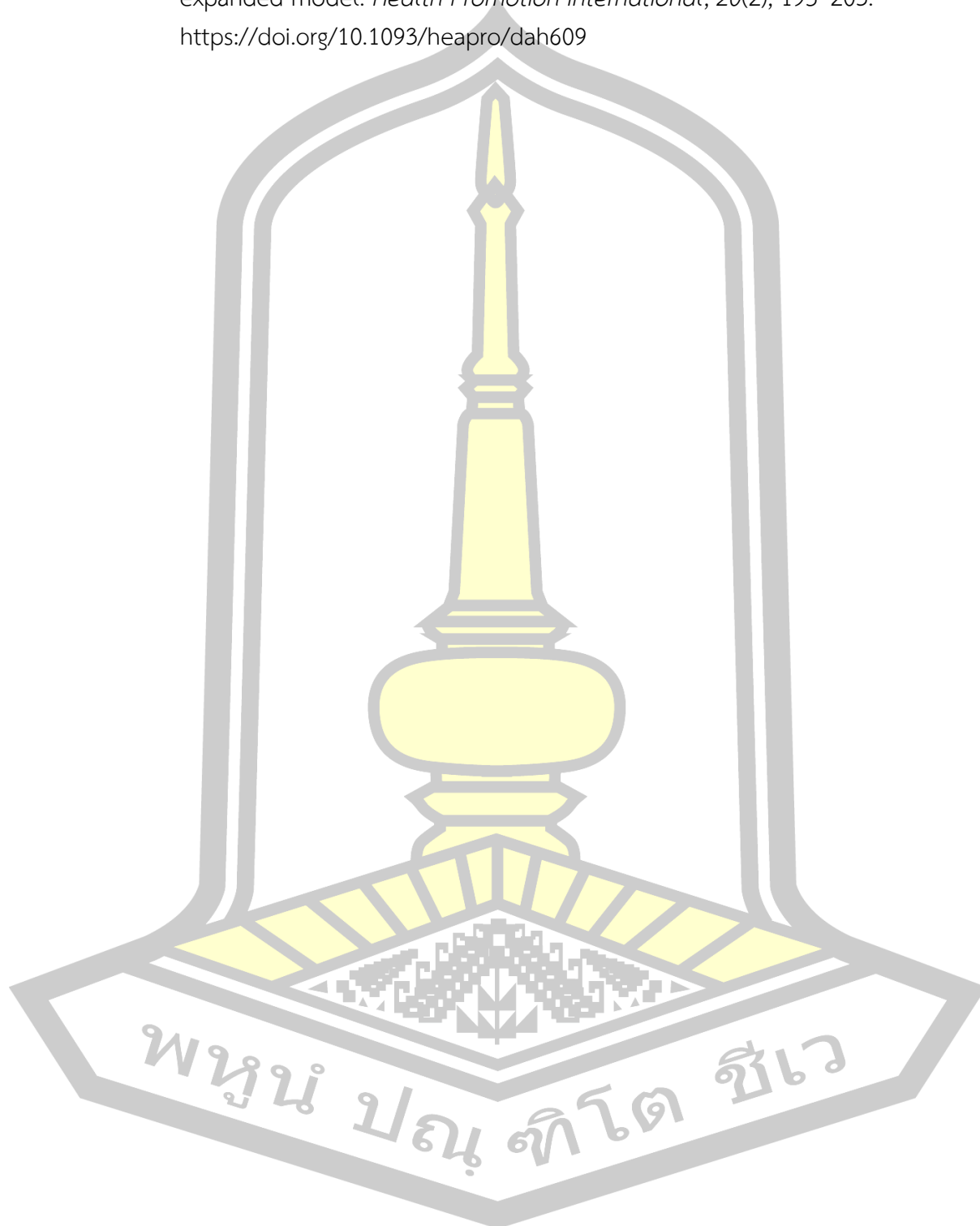
- ศิรินภา วรประเสริฐ สุทธิพร มูลศาสตร์ และนภาพิณู จันทขัมมา. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 2, 15-30.
- ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารสหวิทยาการวิจัย*, 8(1), 116-123.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2551). *แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษามะเร็งเต้านม*. กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561b). *มะเร็งคืออะไร*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2012). *แนวทางการคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *Service Plan สาขาโรคมะเร็ง ปี 2561-2565*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สมฤดี อรุณจิตตร. (2558). *ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรารัตน์ ตระกูลรัมย์ และจากรุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 45-54 ปี ในเขตชุมชนบ้านห้วยจรเข้ตำบลหินลาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการ สคร. 9 ปี 2561*, 24(2).
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2558). *นียมทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนีย์ ชมพูนุศและบัวทอง กรสุวรรณเลิศ. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี อายุ 35-59 ปี ในเขตตำบลนางแก้ว อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- สุพรรณิ พรหมเทศ, สุพจน์ คำสะอาด, ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์ และสุรพล เวียงนนท์. (2553). *ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในคนไทยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. ขอนแก่น: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุมน อมรวิวัฒน์. (2553). *กรอบแนวคิดของการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา โดยกลุ่มส่งเสริมเครือข่ายทางการศึกษา.
- สุมาลี คุรุฑทิน. (2551). *ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มาตรวจมะเร็งปากมดลูก*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุรพงษ์ สุภาภรณ์. (2547). *มะเร็งเต้านม*. กรุงเทพฯ: โฆษิตการพิมพ์.

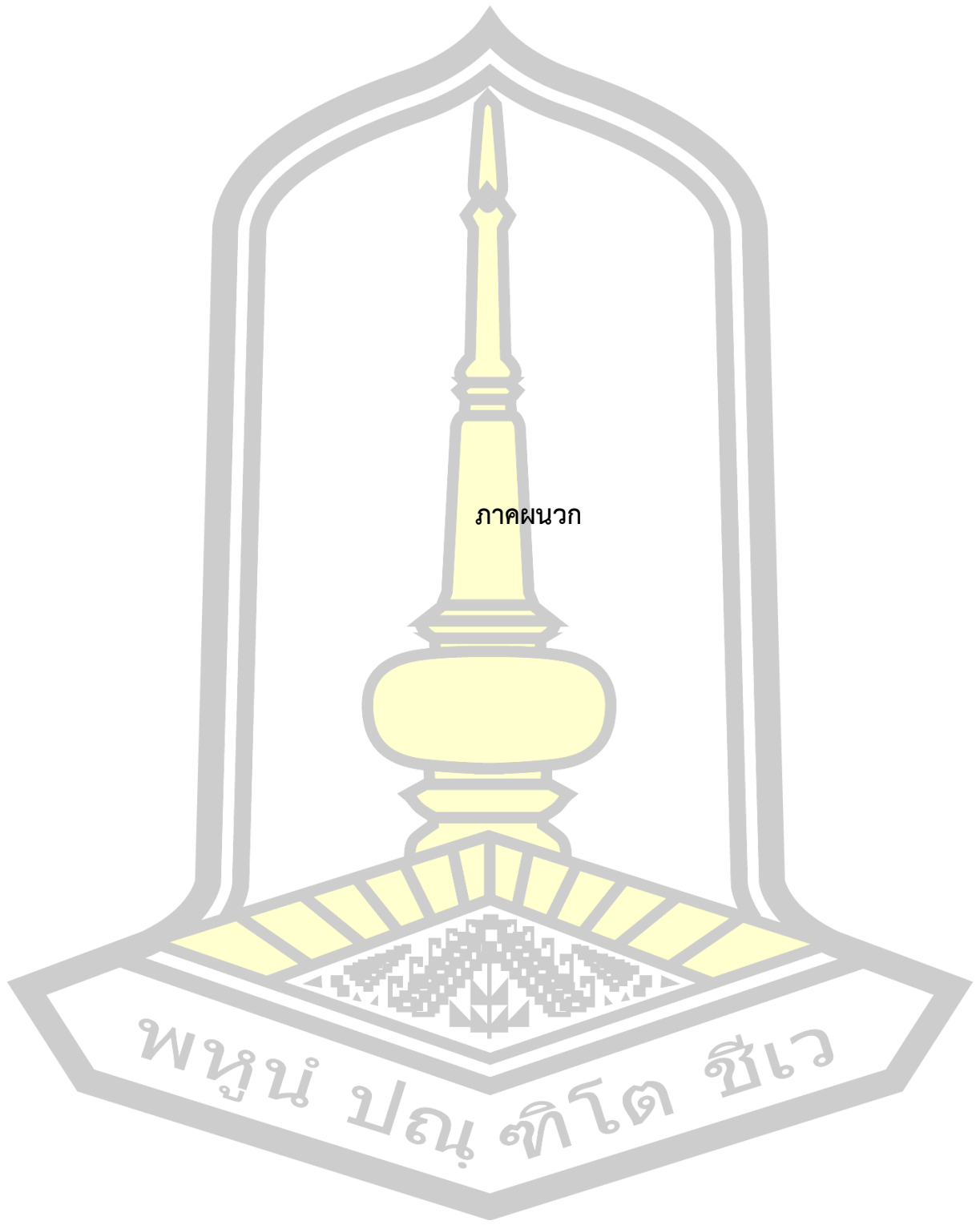
- สุวพิชญ์ ตั้งนิมิตรชัยกุล. (2552). รูปแบบการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมกรบริโภคอาหารพร้อม
บริโภคของคนวัยทำงาน ในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุวอิน มิตรพัฒน์. (2542). ผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการรับรู้บทบาทการเป็นบิดาของเยาวชน
ชายในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวลักษณ์ สุกทัน. (2548). พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ของสมาชิกชมรมสุขภาพ อำเภอบาง
แพ จังหวัดราชบุรี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- หน่วยทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี. (2559). สถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็ง
อุบลราชธานี. อุบลราชธานี: หน่วยทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี.
- อติติยา อินแก้วและดวงกมล ไตรวิจิตรกุล. (2557). การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพ
ของนักเรียน. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา, 10(1), 262–273.
- อรุณ จิรวัดน์กุล และคณะ. (2542). ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2556). การสังเคราะห์และการพัฒนาดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพของ
คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการส่งเสริมด้านอาหาร ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ งดสูรา
และสูบบุหรี่. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อาระห์, ร. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัด
นครปฐม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน กรุงเทพฯ.
- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, A. M. A.
(1999). *Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs*. Ad Hoc
Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American
Medical Association.
- Albrektsen, G., Heuch, I., Hansen, S., & Kvåle, G. (2005). Breast cancer risk by age at
birth, time since birth and time intervals between births: Exploring
interaction effects. *British Journal of Cancer*, 92(1), 167–175.
<https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6602302>.
- American Cancer Society. (2015 a). *Cancer Facts & Figures*.
- American Cancer Society. (2015 b). *Cancer Statistics Center*.
- American Cancer Society. (2018). *Cancer Statistics Center*.
- Artinian, N. T., Lange, M. P., Templin, T., & Hermann, C. E. (2003). *Functional Health
Literacy in an Urban Primary Care Clinic*. 5. <https://doi.org/10.5580/deb>.
- B.Miller, A. (2008). Practical applications for clinical breast examination (CBE) and
breast self-examination (BSE) in screening and early detection of breast
cancer. *Breast Care*, 3(1), 17–20. <https://doi.org/10.1159/000113934>

- Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., & Clark, W. S. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine, 13*(12), 791–798. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00242.x>
- center for Health Care Strategies, I. (2013). *FACT SHEET # 1*.
- Centre, N. B. and O. C. (2010). *Breast cancer risk factors: a review of the evidence*.
- Chaveepojnkamjorn, W., Pichainarong, N., & Thotong, R. (2018). *Relationship between family history and breast cancer among Thai premenopausal women*.
- Chew, L. D., H, M. P., Bradley, K. A., H, M. P., Flum, D. R., H, M. P., Cornia, P. B., D, M., Koepsell, T. D., & H, M. P. (2004). *The impact of low health literacy on surgical practice. 188, 250–253*. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2004.04.005>
- Davis, T. C., Williams, M. V., Marin, E., Parker, R. M., & Glass, J. (2002). Health Literacy and Cancer Communication. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 52*(3), 134–149. <https://doi.org/10.3322/canjclin.52.3.134>
- Edge SB BD Compton CC et al. (2010). *AJCC Cancer Staging Manual*. New York: Springer.
- Hsieh CC, Trichopoulod D, Katsouyanni K, Y. S. (1990). age at menopause, height and obesity as risk factors for breast cancer: associations and interactions in an international case control study. *Int J Cancer, 46, 796–800*.
- Jeffy, B. D., Chirnomas, R. B., & Romagnolo, D. F. (2002). Epigenetics of breast cancer: Polycyclic aromatic hydrocarbons as risk factors. *Environmental and Molecular Mutagenesis, 39*(2–3), 235–244. <https://doi.org/10.1002/em.10051>
- John Hopkins, M. (2015). *Nutrition for Breast Cancer Patients and Survivors*.
- Kearney, M., Kearney, J. M., Dunne, A., & Gibney, M. J. (2000). *Sociodemographic determinants of perceived influences on food choice in a nationally representative sample of Irish adults. 3*(2), 219–226.
- Kelsey JL, Gammon MD, J. E. (1993). Reproductive factors and breast cancer. *Epidemiol Rev, 15, 36–47*.
- Kingdom Cancer Research, U. (2014). *Breast Cancer risk factors*.
- Lambe M, Hsieh C, Trichopoulos D, Ekbom A, Pavia M, A. H. (1994). Transient increase in the risk of breast cancer after giving birth. *N Eng J Med, 331, 5–9*.
- Li, C. I., Chlebowski, R. T., Freiberg, M., Johnson, K. C., Kuller, L., Lane, D., Lessin, L., O’Sullivan, M. J., Wactawski-Wende, J., Yasmeen, S., & Prentice, R. (2010). Alcohol consumption and risk of postmenopausal breast cancer by subtype: The Women’s health initiative observational study. *Journal of the National Cancer Institute, 102*(18), 1422–1431. <https://doi.org/10.1093/jnci/djq316>.

- Manganello, J. A. (2015). *Health Literacy and Adolescents : a framework and agenda for future Health literacy and adolescents : a framework and agenda for future research*. December 2007. <https://doi.org/10.1093/her/cym069>
- Mcpherson, K., Steel, C. M., & Dixon, J. M. (2000). ABC of breast diseases: Breast cancer :epidemiology, risk factors, and genetics. *Bmj*, 321(7270), 1198. <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6960.1003>
- Nation Cancer Institute, C. (2012). *Breast Cancer Risk in American Women*.
- National Breast and Ovarian Cancer, C. (2010). *Advice about Familial aspects of breast cancerand epithelial ovarian cancer*.
- National Breast and Ovarian Cancer Centre. (2009). *Breast cancer risk factors: a review of the evidence* (Issue July).
- Nounou MI, ElAmrawy F, Ahmed N, Abdelraouf K, Goda S, S.-S.-Q. H. (2015). Breast Cancer: Conventional Diagnosis and Treatment Modalities and Recent Patents and Technologies. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, 9(2).
- Nutbeam, D. O. N. (2000). *Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century CONTEMPORARY HEALTH*. 15(3), 259–268.
- Pleasant, A., & Kuruvilla, S. (2008). A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International*, 23(2), 152–159. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan001>
- Polit&Beck. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (7 th). Philadelphia:Lippincott,Williams and Wilkins.
- Projected Cancer Statistics. (2018). *Cancer Information Service*.
- Sentell, T., Braun, K. L., Davis, J., & Davis, T. (2013). Colorectal cancer screening: Low health literacy and limited english proficiency among asians and whites in California. *Journal of Health Communication*, 18(SUPPL. 1), 242–255. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825669>
- Sharif, I., & Blank, A. E. . (2010). *Relationship between child health literacy and body index in overweight children*. *Patient Education and Counseling*, 9, 43-48.
- Woolston, C. (2014). *Aging and Stress*.
- World Health Organisation. (1986). *Ottawa_ The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion*. 93(3), 383–388. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.3.383>
- world Health Organization. (2018). *Breast cancer*.

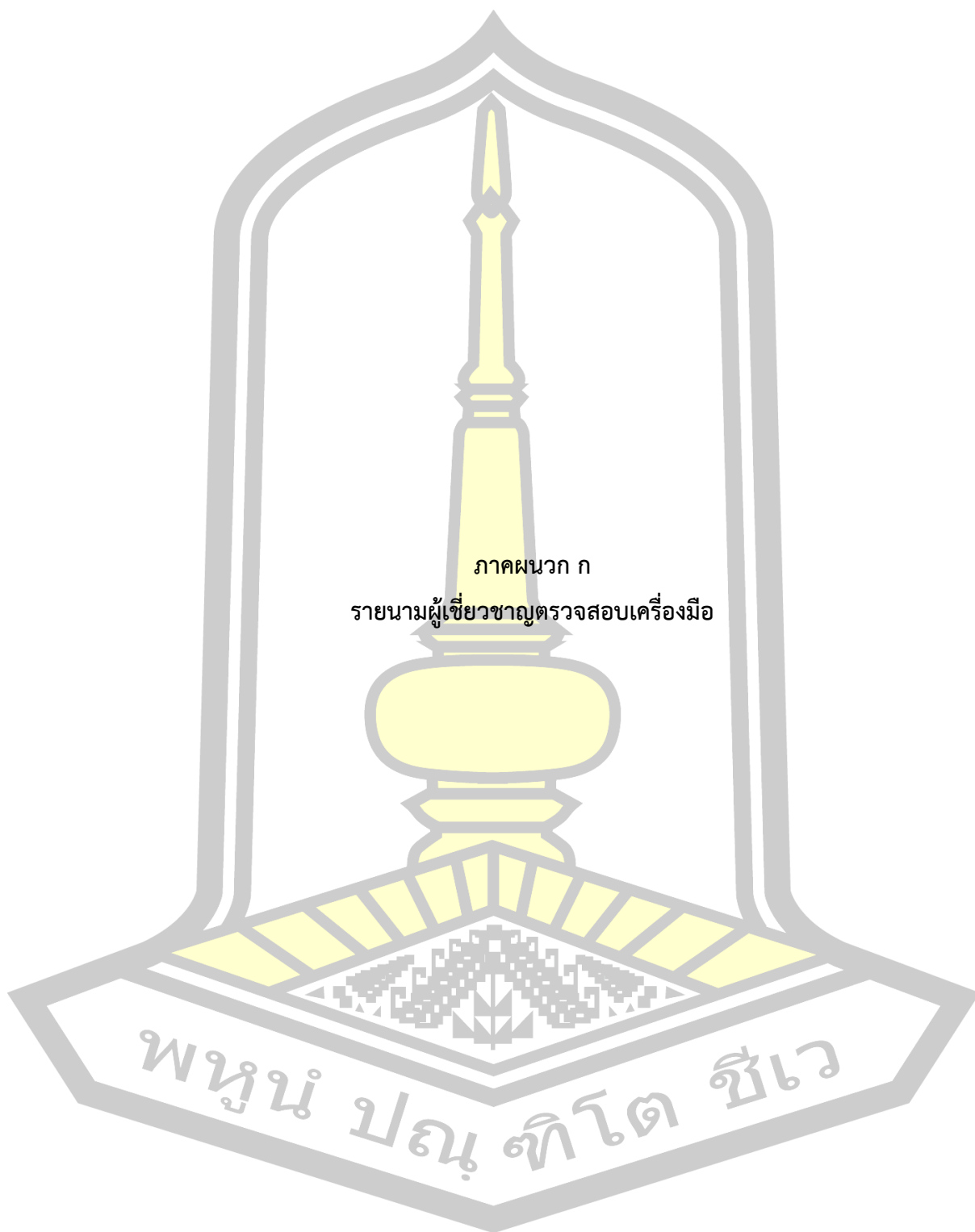
Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195–203.
<https://doi.org/10.1093/heapro/dah609>





ภาคผนวก

พหุบัณฑิตวิไล ชีวะ



ภาคผนวก ก

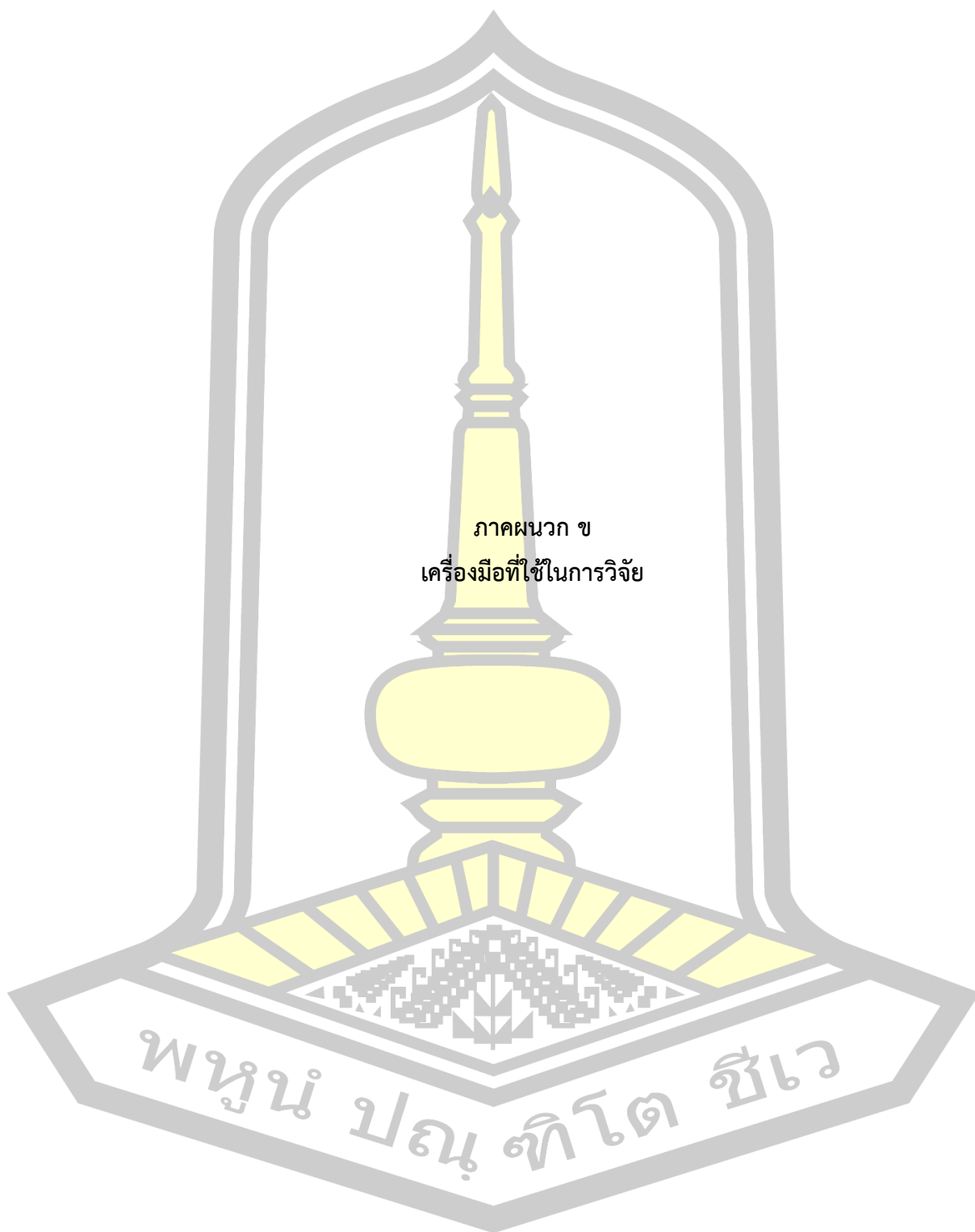
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

พหุณํ ปณฺ ทิโต ชีเว

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ


- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1. พญ.อิสราภรณ์ แสงใสแก้ว | ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 2. ดร.ชลียา วามะสุน | โรงพยาบาลมะเร็ิงอุบลราชธานี |
| | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| | (รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล) |
| 3. ดร.โสภิต ทับทิมหิน | โรงพยาบาลมะเร็ิงอุบลราชธานี |
| | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| | (หัวหน้างานวิจัยทางการพยาบาล) |
| | โรงพยาบาลมะเร็ิงอุบลราชธานี |





ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

 <p>Mahasarakham University Institutional Review Board</p>	<p>หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
---	---

การวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็ง
เต้านมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ 2562

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม
และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอม
ให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำ
วิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะ
เกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอใน
การซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่
ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการ
การรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับค่าชดเชยตามความเสียหายตามที่เกิดขึ้น

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล
และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึง
ได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามา
ตรวจและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความ
ถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการ
ตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้น
ถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนเพิ่มเติมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า ยินยอม
 ไม่ยินยอม

ให้เก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต


.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนเพิ่มเติมนี้ อาสาสมัครอาจยินยอมหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยในส่วนเพิ่มเติมนี้ของโครงการ

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(นางสาวสายรุ้ง ประกอบจิตร) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

 <p>Mahasarakham University Institutional Review Board</p>	<p>ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)</p>
---	---

ชื่อโครงการวิจัย ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวสายรุ้ง ประกอบจิตร
ที่อยู่ บ้านเลขที่ 40 ม.2 ต.ไร่น้อย อ.เมือง จ.อุบลราชธานี
เบอร์โทรศัพท์ ที่ทำงาน 045-319650-59 มือถือ 083-3726281

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่สามารถให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ จึงขอเชิญชวนท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย “ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม” ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว หรือเพื่อนของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกซึ่งมะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังที่บั่นทอนสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้หญิงเป็นอย่างมาก เป็นโรคที่ร้ายที่คุกคามชีวิตก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้านอย่างมากต่อผู้ที่เป็นมะเร็ง จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2012 พบผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 8.2 ล้านราย และเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านม 521,000 ราย (WHO, 2014) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 13-16 ล้านคน (วงจันทร์ เพชรพิเชฐชัย, 2554) ปัจจุบันยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดมะเร็งเต้านมได้ แต่จากหลายการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม โดยผู้ที่มีมารดา บุตรสาว พี่สาว หรือน้องสาวเป็นมะเร็งเต้านมมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าสตรีทั่วไปถึง 1.5-4 เท่า และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมเมื่ออายุน้อยได้ (วรรณวิภา อัมพันธ์, 2547) จากข้อมูลข้างต้นแสดงว่าสตรีที่เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในการเกิดมะเร็งเต้านม ดังนั้นสตรีในกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ควรมีพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านม หรือมีวิธีการที่จะ

ค้นพบโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิต ด้านการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสมและด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองตามแนวคิดของ World Health Organization (2014)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ได้รณรงค์ให้ประเทศต่าง ๆ ตระหนักถึงการให้ประชากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ในแนวคิดที่เรียกว่าความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ความรู้ทางสุขภาพสุขภาพ มีความสำคัญมากโดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพ การมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (Inadequate health literacy) แสดงถึงการขาดความสามารถในการเข้าใจ ทำให้ความสามารถของบุคคลอ่อนแอลงในการปฏิบัติตามแนวทางและคำแนะนำที่จำเป็น เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอพบว่ามีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เช่น ระดับความดันโลหิตที่ปกติ และความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีโซเดียมสูงน้อยกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (Williams และคณะ, 1998) และจากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารด้านมะเร็งพบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ โดยมีปัญหาเกี่ยวกับการเขียนและการสื่อสารส่งผลทำให้จำกัดความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็ง และการสังเกตอาการของโรคมะเร็ง ซึ่งส่งผลเสียต่อขั้นตอนของในการวินิจฉัยโรคและกระบวนการรักษา (CA Cancer J Clin, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่กับผู้ที่มีความรู้ทางสุขภาพต่ำ และมีข้อจำกัดในการใช้ภาษาอังกฤษในคนเอเชียและคนผิวขาวที่อยู่ในแคลิฟอร์เนียพบว่า ในผู้ที่มีความรู้ทางสุขภาพต่ำร่วมกับมีข้อจำกัดในการใช้ภาษาอังกฤษมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่น้อยที่สุด 36 เปอร์เซ็นต์ (Journal of Health Communication, 2013)

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระหว่างที่รอผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้ยาเคมีบำบัด ณ หน่วยให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีในวันที่ มกราคม 2562 จำนวน 15 คนโดยทั้งหมดเป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือ เป็นมารดา 2 ราย เป็นบุตร 8 ราย เป็นน้องสาว 3 รายเป็นพี่สาว 2 ราย เรื่องที่สัมภาษณ์คือความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม แล้วนำมาวิเคราะห์ตามกรอบวิเคราะห์พฤติกรรมผู้รับบริการสาธารณสุข (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2540) พบว่าญาติผู้ป่วย 14 ราย มีความสงสัยและไม่แน่ใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และขาดพฤติกรรมในการป้องกันมะเร็งเต้านมที่ถูกต้อง โดยมีญาติผู้ป่วยเพียง 1 รายเท่านั้นที่ทราบเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและการศึกษาข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม (Health Literacy) ในกลุ่มญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านมโดยได้นำแนวคิดการจัดการแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางการจัดกิจกรรมภายใต้กรอบแนวคิดพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของ World Health Organization () เพื่อให้ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เกิดการรับรู้ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม, คะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม, ระดับความเครียด, ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและBMI ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม, ระดับความเครียด, ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและดัชนีมวลกายภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

- 1) ญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม ลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านม
- 2) เป็นแนวทางในการป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงมะเร็งอื่น ๆ หรือกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังต่อไป
- 3) เป็นแนวทางให้โรงพยาบาลสามารถนำไปใช้รณรงค์การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ในญาติสายตรงต่อไป

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการดูแลและให้คำแนะนำอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวสายรุ้ง ประกอบจิตร เบอร์โทรศัพท์ 083-3726181 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ไม่มี

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านหรือครอบครัวของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน ทั้งนี้ ข้อมูลของท่านจะถูกจัดเก็บ 3 ปี สถานที่เก็บในตู้ที่มีกุญแจล็อกโดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บกุญแจและจะทำลายภายใน 4 ปี

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวสายรุ้ง ประกอบจิตร ที่อยู่ บ้านเลขที่ 40 หมู่ที่ 2 ตำบลไทรน้อย อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

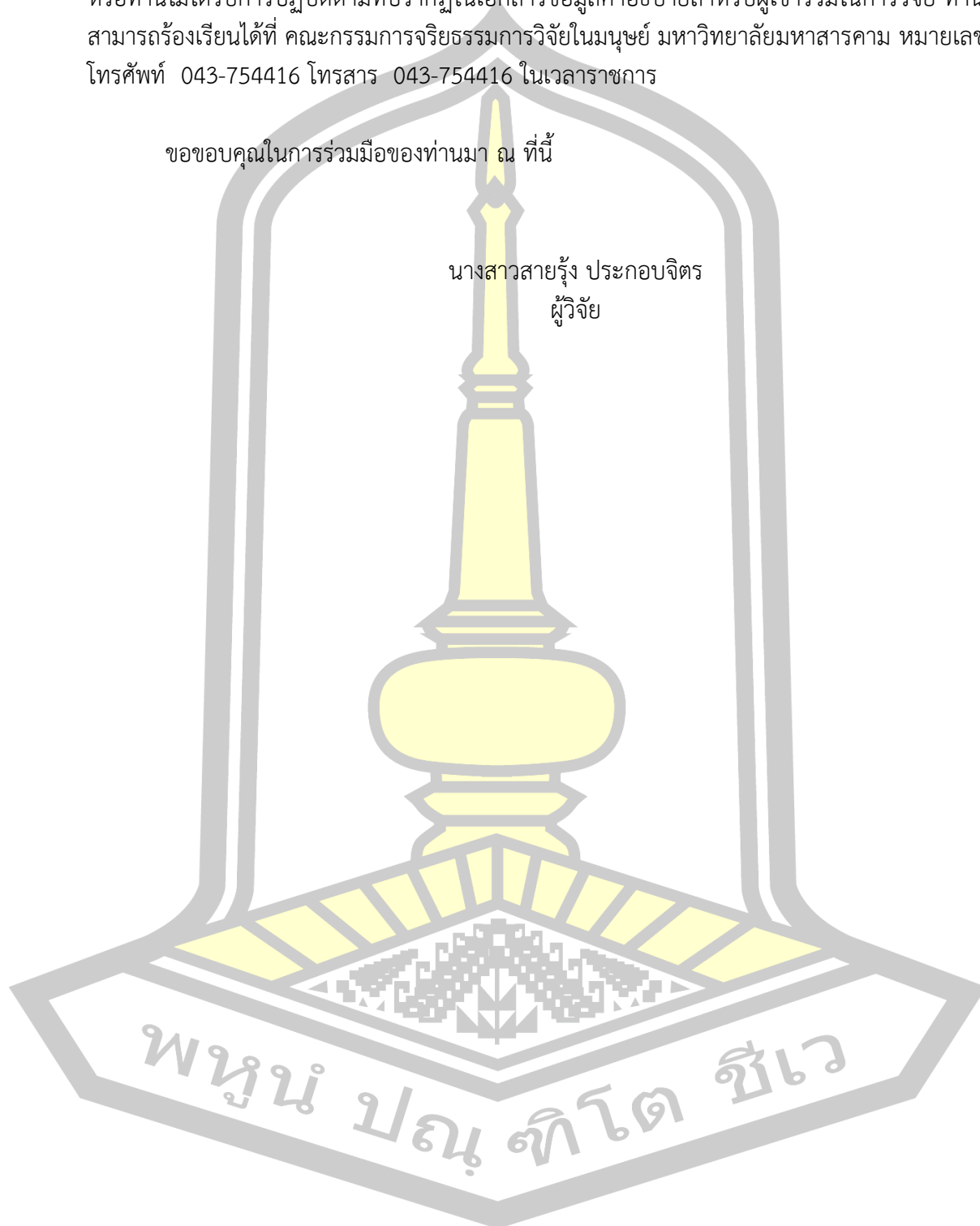
ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลข โทรศัพท์ 043-754416 โทรสาร 043-754416 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวสายรุ้ง ประกอบจิตร
ผู้วิจัย



ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1) อายุ.....ปี
- 2) น้ำหนัก.....กิโลกรัม
- 3) ส่วนสูง.....เซนติเมตร
- 4) สถานภาพ
 - โสด สมรส หม้าย/หย่า แยกกันอยู่
 - อื่นๆ.....
- 5) จำนวนบุตร.....คน (รวมแท้งและคลอดปกติ)
- 6) อายุที่ท่านมีบุตรคนแรก.....ปี
- 7) การใช้ยาคุมกำเนิด
 - ไม่ใช่
 - ใช้ ถ้าใช้โปรดระบู่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ยาเม็ดคุมกำเนิด ระยะเวลาที่ใช้.....เดือน/ปี
 - ยาฉีดคุมกำเนิด ระยะเวลาที่ใช้.....เดือน/ปี
 - ยาฝังคุมกำเนิด ระยะเวลาที่ใช้.....เดือน/ปี
 - อื่นๆ ระบุ.....
- 8) ท่านสูบบุหรี่
 - ไม่สูบ
 - สูบ จำนวน.....มวน/วัน สูบมาแล้ว.....ปี
- 9) คนในครอบครัวสูบบุหรี่
 - ไม่สูบ
 - สูบ จำนวน.....มวน/วัน สูบมาแล้ว.....ปี
- 10) ท่านมีประจำเดือนครั้งแรกอายุ.....ปี
- 11) ประจำเดือนครั้งสุดท้ายอายุ.....ปี
- 12) ระดับการศึกษาสูงสุด
 - ไม่ได้เรียน
 - ประถมศึกษา
 - มัธยมต้น
 - มัธยมปลาย
 - อนุปริญญา (ปวช./ปวส.)

- ปริญญาตรี
- สูงกว่าปริญญาตรี
- อื่นๆ ระบุ.....

13) อาชีพหลัก

- ไม่มีอาชีพ
- รับจ้าง
- ค้าขาย
- เกษตรกรรม
- ธุรกิจส่วนตัว
- ข้าราชการ /รัฐวิสาหกิจ
- แม่บ้าน
- อื่น ๆ ระบุ.....

14) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

15) ญาติสายตรงของท่าน เช่น บิดามารดา พี่ น้อง หรือคนในครอบครัว มีประวัติป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง

- ไม่มี
- มี ระบุชนิดของมะเร็ง.....

16) ญาติสายตรงของท่านที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม

- มารดา
- พี่สาว น้องสาว
- บุตรสาว
- อื่น ๆ

17) จำนวนญาติสายตรงของท่านที่เป็นมะเร็งเต้านม.....คน

18) อายุที่ญาติสายตรงของท่านตรวจพบว่าเป็นมะเร็งเต้านม.....ปี

19) ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการป้องกันหรือไม่

- ไม่เคย
- เคย จากแหล่งไหนบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 - อาสาสมัครสาธารณสุข
 - โปสเตอร์ เอกสารแผ่นพับ สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ

จากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เฟสบุ๊ก
ไลน์

อื่นๆ ระบุ.....

20) ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองหรือไม่

ไม่เคย

เคย จากแหล่งไหนบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

อสม.

โปสเตอร์ เอกสารแผ่นพับ สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ

จากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เฟสบุ๊ก
ไลน์

อื่นๆ ระบุ.....

21) ถ้าท่านอยากได้ข้อมูลเรื่องมะเร็งเต้านม ท่านจะทำอย่างไร

ถามเพื่อนบ้านที่สนิทกัน

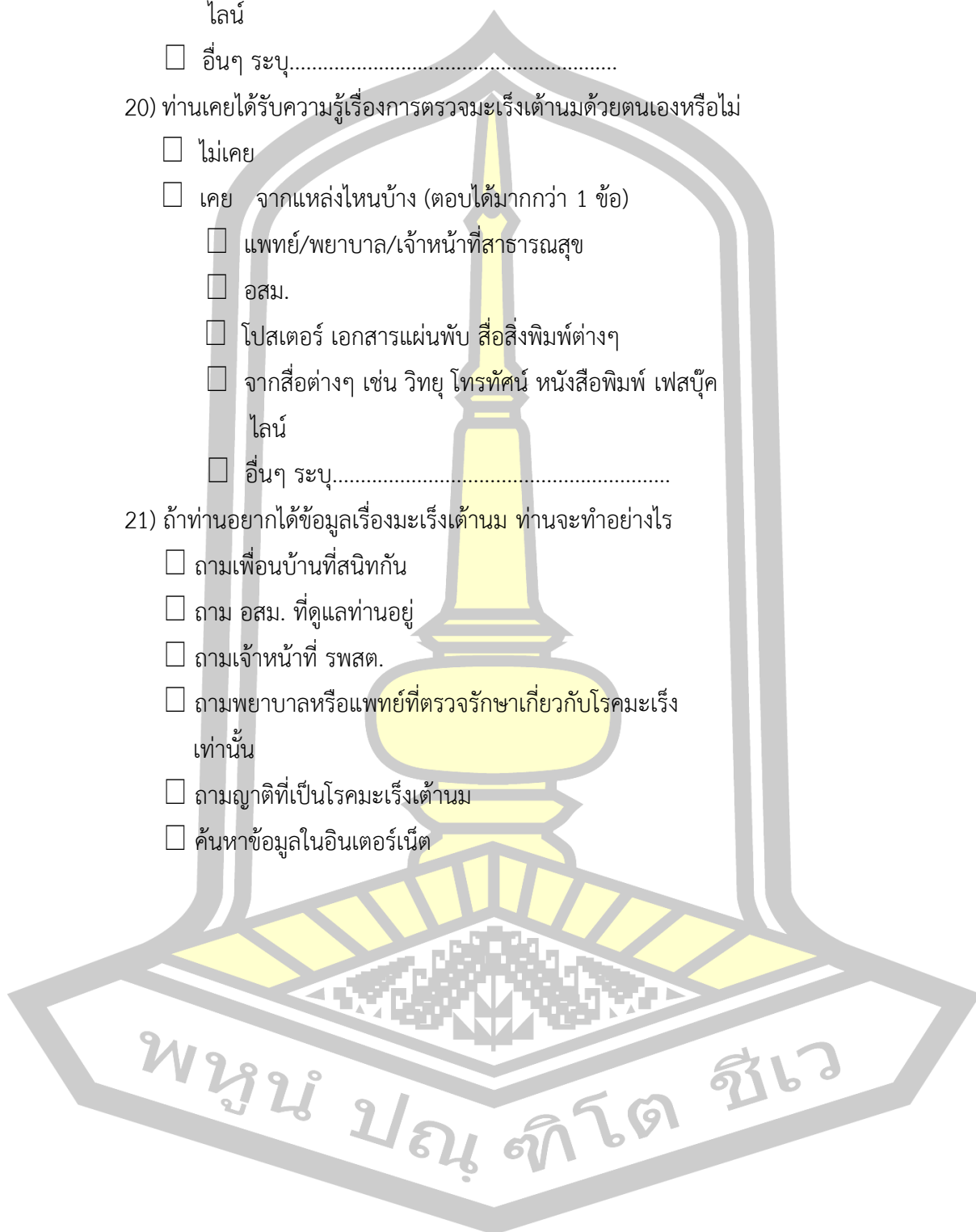
ถาม อสม. ที่ดูแลท่านอยู่

ถามเจ้าหน้าที่ รพสต.

ถามพยาบาลหรือแพทย์ที่ตรวจรักษาเกี่ยวกับโรคมะเร็ง
เท่านั้น

ถามญาติที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

ค้นหาข้อมูลในอินเทอร์เน็ต



ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ

ตอนที่ 1 แบบคัดกรองความรู้ทางสุขภาพ

คำชี้แจง อ่านรายละเอียดในฉลากยาและตอบคำถามข้อ 1-6 โดยทำเครื่องหมาย ✓ หรือ X

ชื่อ นางสาว เต็น ดวงดี
 ชื่อยา พาราเซตามอล 500 มิลลิกรัม/1 เม็ด
 รับประทานเมื่อมีอาการ ครั้งละ 1 เม็ด
 ห่างกันอย่างน้อย 6 ชั่วโมง
 ใช้ลดไข้ แก้ปวด
 ห้ามใช้เกิน 8 เม็ดต่อวันเพราะอาจเป็นพิษต่อตับ

คำถาม	คำตอบ	
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
1. หากท่านรู้สึกปวดมากท่านสามารถรับประทานยาพาราเซตามอลได้ทันที 2 เม็ด		
2. หากท่านกินยาพาราเซตามอลเม็ดแรก เวลา 18.00 เมื่อท่านมีอาการอีกเวลา 21.00 ท่านสามารถรับประทานยาพาราเซตามอลได้อีก 1 เม็ด		
3. ถ้ากินยามากกว่า 8 เม็ดใน 1 วันจะเกิดอันตรายต่อร่างกาย		
4. หากท่านกินยาพาราเซตามอลเม็ดแรก เวลา 05.00 เมื่อท่านมีอาการอีกเวลา 15.00 ท่านสามารถรับประทานยาพาราเซตามอลได้อีก 1 เม็ด		
5. หากท่านกินยาพาราเซตามอล 2 เม็ด จะได้รับยาพาราเซตามอล 1000 มิลลิกรัม		
6. หากท่านรู้สึกมีน้ำมูกไหลท่านสามารถรับประทานยาพาราเซตามอลเพื่อบรรเทาอาการได้		

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันมะเร็งเต้านมสำหรับญาติสาย

ตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

คำชี้แจง โปรดเลือกคำตอบตามความเข้าใจของท่าน เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการป้องกันมะเร็งเต้านม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ต้องการเพียงช่องเดียว

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม		
1. มะเร็งเต้านม เกิดจากเซลล์ในร่างกายแบ่งตัวผิดปกติจนร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ จนทำให้เกิดการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย		
2. การมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมทำให้ท่านเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมสูงกว่าคนปกติ		
3. คนอ้วนมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่าคนผอม		
4. หญิงที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยลดความเสี่ยงการเป็นมะเร็งเต้านม		
5. เมื่ออายุมากขึ้นโดยเฉพาะเมื่ออายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้สูงขึ้น		
ด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ		
6. การรับประทานเนื้อสัตว์ติดมันไม่เพิ่มความเสี่ยงการเป็นมะเร็งเต้านม		
7. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารปิ้งย่าง จนไหม้เกรียมเป็นการเลือกรับประทานในการป้องกันมะเร็งเต้านม		
8. ตับหมู เนื้อวัว เนื้อหมู และผลิตภัณฑ์แปรรูปจากอาหารเช่น สเต็ก แฮมเบอร์เกอร์ ฮอตดอก หมูเบคอน กุนเชียง ไส้กรอก มีโอกาสได้รับสารเร่งเนื้อแดงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม		
9. ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงเพราะเป็นอาหารที่ป้องกันมะเร็งเต้านม		
10. การเลือกรับประทานเกลือแร่ วิตามิน ที่มาจากผัก ผลไม้ ซึ่งมีสารต้านอนุมูลอิสระเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม		
ด้านการออกกำลังกาย		
11. การออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ให้ผลแบบแอโรบิคลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม		
12. การออกกำลังกายที่เหมาะสมคือ 3-5 วัน/สัปดาห์อย่างน้อย 30 นาที/วันช่วยลดการเกิดมะเร็งเต้านมได้		
ด้านการจัดการความเครียด		
13. ถ้ามีความเครียดมากขึ้นจะส่งผลให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม		
14. การทำจิตใจให้สบาย คิดแต่ในสิ่งดี ๆ ก่อนนอน ปรึกษาบุคคลใกล้ชิด หลีกเลี่ยง		

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด มีการผ่อนคลายความเครียด โดยการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นวิธีจัดการความเครียดที่ถูกต้อง		
15. การดื่มสุราเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม		
16. การดื่มสุรา และสูบบุหรี่เป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านม		
ด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		
17. เมื่อท่านคลำพบก้อนที่เต้านม หรือพบว่า มีน้ำใส ๆ หรือ น้ำปนเลือด หรือ เป็นเลือดออกมากจากหัวนม มีการหดรัดของหัวนม ผิวหนังเต้านมบวมแดง มีก้อนที่รักแร้ ท่านควรซื้อยามารับประทาน		
18. การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี เอกซเรย์เต้านมเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด มีประสิทธิภาพ ง่าย สะดวก ไม่เสียค่าใช้จ่าย และสามารถตรวจได้ถี่ตามความต้องการของตนเอง		
19. การค้นพบมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ช่วยเพิ่มโอกาสในการรักษาให้หายขาดได้		
20. ท่าที่ใช้ในการตรวจเต้านมมีทั้งหมด 3 ท่า คือ ท่าหน้ากระจก ท่านอนราบและทำยื่นขณะอาบน้ำ		
21. การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ ในสตรีที่อายุ 20 ปีแต่ไม่เกิน 40 ปีขึ้นไปโดยตรวจทุก 3 ปี ถ้าในปี พ.ศ.2562 ตรวจแล้วผลปกติ สตรีกลุ่มนี้ควรมาตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์อีกในปี พ.ศ.2565		
22. ถ้าท่านมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่ควรเริ่มทำการตรวจแมมโมแกรมตั้งแต่อายุที่ญาติสายตรงเป็น ลบออก 10 ปี ถ้าท่านมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งตอนอายุ 58 ปี ควรตรวจแมมโมแกรมเมื่ออายุ 48 ปี		
23. วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยวิธีการกดมี 3 ระดับ คือ กดเบา กดปานกลาง กดหนัก		
24. สตรีทุกคนเมื่ออายุ 20 ปี ขึ้นไป ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง		
25. การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรทำในช่วง 3-7 วันหลังหมดประจำเดือน ถ้าท่านมีประจำเดือนวันแรก วันที่ 1 ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองวันที่ 21-23		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกำบังกันมะเร็งเต้านม

คำชี้แจง แบบสอบถามพฤติกรรมกำบังกันมะเร็งเต้านมมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมกำบังกันมะเร็งเต้านม มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมกำบังกันมะเร็งเต้านมของท่าน เมื่อท่านอ่านข้อความแล้ว กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ต้องการเพียงช่องเดียว โดยเลือกพิจารณาดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรม 7 วัน/สัปดาห์
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรม 4-6 วัน/สัปดาห์
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรม 3-5 วัน/สัปดาห์
 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรม 1-2 วัน/สัปดาห์
 ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง การไม่ปฏิบัติพฤติกรรม

ข้อความ	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
ด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ					
1. ท่านรับประทานอาหาร 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสมทุกวัน					
2. ท่านเลือกรับประทานธัญพืช ขัดสีน้อยเช่น ข้าวกล้อง ข้าวโอ๊ต ข้าวสาลี ข้าวบาเลย์ ถั่ว งา ลูกเดือย เป็นต้น					
3. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันให้น้อยที่สุด					
4. ท่านรับประทานผัก ผลไม้ในสัดส่วนที่เหมาะสมทุกวัน					
5. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานแป้ง ย่าง จนไหม้เกรียม					
6. ท่านหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์แปรรูปจากอาหาร เช่น สเต็ก แสมเบอร์เกอร์ ฮอตดอก หมูเบคอน กุนเชียง ไส้กรอก เป็นต้น					
7. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงในปริมาณมาก เช่น เนย ครีม ไอศกรีม ผลิตภัณฑ์จากนมสด ข้าวขาหมู หนังกุ้งทอด อาหารทอดน้ำมันหลายครั้ง เป็นต้น					
ด้านการออกกำลังกาย					
8. ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม					
ด้านการจัดการความเครียด					
9. เมื่อท่านมีความเครียด ท่านสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม					

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
10. เมื่อท่านมีความเครียด จะผ่อนคลายความเครียด โดยการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชอบ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ เล่นกีฬา เป็นต้น					
11. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มี ส่วนผสมของแอลกอฮอล์					
12. เมื่อท่านเกิดความเครียดท่านจะวิเคราะห์หาสาเหตุ ที่ก่อให้เกิดความเครียดก่อนเป็นอันดับแรกเสมอ					
13. เมื่อท่านเกิดความเครียดท่านมักเก็บความรู้สึกไว้ และเก็บตัวไม่สูงสิ่งกับใคร					
ด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง					
14. ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนอย่างน้อยเดือน ละ 1 ครั้ง					
15. ท่านตรวจเต้านมโดยวิธีการ ดูด้วยตา คลำด้วยมือ โดยใช้ท่าใดท่าหนึ่ง ทุกครั้งที่ท่านตรวจเต้านมด้วย ตนเอง					
16. ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการมีประจำเดือน 3-7 วัน					
17. ถ้าท่านตรวจพบความผิดปกติเช่น พบก้อนที่เต้านม มีสิ่งคัดหลั่งออกมาทางหัวนม ปวดเต้านม เป็นต้น ท่าน จะรีบไปพบแพทย์					
18. ทุกครั้งที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองท่านกดเต้านมลง 3 ระดับ (เบา-กลาง-หนัก)					
19. ขณะท่านตรวจเต้านมท่านบีบเค้นเต้านมเพื่อหา ความเปลี่ยนแปลง					
20. เมื่อท่านตรวจเต้านมด้วยวิธีการคลำ บริเวณที่ท่าน คลำคือ ไต๋แขนถึงบริเวณขอบเสื้อชั้นในด้านล่างใต้แขน ข้ามมาถึงกระดูกกลางขึ้นมาถึงบริเวณไหปลาร้า กลับมา ยังรักแร้					

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST - 20)

คำชี้แจง : ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ในข้อใด เกิดขึ้นกับตัวคุณบ้าง และคุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความเครียด ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ

ระดับความเครียด	1	หมายถึง	ไม่รู้สึกเครียด
ระดับความเครียด	2	หมายถึง	รู้สึกเครียดเล็กน้อย
ระดับความเครียด	3	หมายถึง	รู้สึกเครียดปานกลาง
ระดับความเครียด	4	หมายถึง	รู้สึกเครียดมาก
ระดับความเครียด	5	หมายถึง	รู้สึกเครียดมากที่สุด

ข้อที่	คำถามในระยะ 6 เดือน ที่ผ่านมา	ระดับของความเครียด				
		1	2	3	4	5
1	กลัวทำงานผิดพลาด					
2	ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3	ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน					
4	เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน					
5	รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ					
6	เงินไม่พอใช้จ่าย					
7	กล้ามเนื้อตึงหรือปวด					
8	ปวดหัวจากความตึงเครียด					
9	ปวดหลัง					
10	ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง					
11	ปวดศีรษะข้างเดียว					
12	รู้สึกวิตกกังวล					
13	รู้สึกคับข้องใจ					
14	รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด					
15	รู้สึกเศร้า					
16	ความจำไม่ดี					
17	รู้สึกสับสน					
18	ตั้งสมาธิลำบาก					
19	รู้สึกเหนื่อยง่าย					
20	เป็นหวัดบ่อย ๆ					
คะแนนรวม						

ส่วนที่ 5 ประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ประเมินโดยผู้ช่วยวิจัย)

ข้อที่ 1 ยกมือเหนือศีรษะขณะตรวจ

ปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน

ข้อที่ 2 เอามือด้านตรงข้ามคลำเต้านมด้านที่ต้องการตรวจ

ปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน

ข้อที่ 3 คลำจนทั่วเต้านม วนไปจนถึงไหปลาร้า ครอบคลุมบริเวณที่ต้องคลำ

ปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน

ข้อที่ 4 วางนิ้ว 3 นิ้วเคลื่อนที่เป็นวงกลมไปเรื่อย ๆ ทั่วทั้งเต้านมโดยไม่ยกนิ้วขึ้น

ปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน

ข้อที่ 5 ใช้นิ้วชี้และนิ้วโป้งบีบหัวนมเบา ๆ ดูว่ามีน้ำเยิ้มผิดปกติหรือไม่

ปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน

จากแบบสังเกตทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ แต่ละข้อมีช่วงคะแนน 0-1

คะแนน มีคะแนนต่ำสุด-สูงสุด เท่ากับ 0-5 คะแนนนำมาจัดระดับได้ดังนี้

ระดับทักษะต่ำ หมายถึง ได้คะแนนอยู่ในช่วง 0-2 คะแนน

ระดับทักษะปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน 3 คะแนน

ระดับทักษะสูง หมายถึง ได้คะแนนอยู่ในช่วง 4-5 คะแนน

ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
1. ยกมือขึ้นเหนือศีรษะขณะตรวจ		
2. เอามือด้านตรงข้ามคลำเต้านมด้านที่ต้องการตรวจ		
3. คลำจนทั่วเต้านม วนไปถึงบริเวณไหปลาร้าครอบคลุมบริเวณที่ต้องคลำ		
4. วางนิ้ว 3 นิ้วเคลื่อนที่เป็นวงกลมไปเรื่อย ๆ ทั่วทั้งเต้านมโดยไม่ยกนิ้วขึ้น		
5. ใช้นิ้วชี้และนิ้วโป้งบีบหัวนมเบา ๆ ดูว่ามีน้ำเยิ้มผิดปกติหรือไม่		

แผนการสอน เรื่องโรคมะเร็งเต้านม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะให้ความรู้แก่กลุ่มทดลองเป็นรายกลุ่มด้วยวิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและเทคนิคการสร้างความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ในเรื่องโรคมะเร็งเต้านม อาการ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง การรักษา และแนวทางการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม คู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและ Power point เรื่องความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและวิธีการป้องกันมะเร็งเต้านม โดยพัฒนาจากแนวคิดกิจกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของ World Health Organization (2014) ใช้ชื่อว่า B2D2E คือ B= Breast Self Examination, D= Diet, D= Drug, alcohol, E= Exercise, E= Emotion ผู้เรียน ญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้สอน นางสาวสายรุ้ง ประกอบจิตร วัน เดือน ปีที่สอน วันที่ เดือน ธันวาคม พ.ศ.2562 เวลา 60 นาที ห้องสุโขศึกษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี วัตถุประสงค์ : ภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถ

1. อธิบายเรื่องการป้องกันมะเร็งเต้านม 4 แนวทางได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การจัดการความเครียดที่เหมาะสม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
2. สื่อการเรียนรู้การสอน
3. PowerPoint
4. โปสเตอร์
5. คู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านม
6. 5 Key Massage เพื่อการป้องกันมะเร็งเต้านม และแบบบันทึกการปฏิบัติ
7. โมนเดลเต้านม
8. โมนเดลอาหาร
9. วิดีทัศน์โรคมะเร็งเต้านม
10. วิดีทัศน์วิธีการตรวจความผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
เพื่อเสริมนำเข้าสู่เนื้อหา	<p>1. กล่าวทักทายสร้างสัมพันธ์กับผู้ฟัง</p> <p>2. นำเข้าสู่บทเรียนโดยใช้คำถามเกี่ยวกับโรคมะเร็ง</p> <p>- ผู้วิจัยใช้คำถามเกี่ยวกับคำว่า “ มะเร็ง ” คุณรู้สึกอย่างไร หรือคุณคิดอย่างไร</p> <p>- เมื่อเขียนเสร็จ ก็อธิบายและยกตัวอย่างสิ่งที่เป็นเชิงลบหรือในแง่ร้าย ให้เห็นว่าสามารถมองในทางที่มีความหวังและมองในแง่ดีได้ แต่ส่วนใหญ่ผู้ใช้ขอปรบมือกับความเห็นในแง่ลบมากกว่าบวก เช่น ตาย ซึ่งอาจเปลี่ยนเป็น มีชีวิตและการต่อสู้ โดยถามกลุ่มผู้หรือไม่ คนป่วยเป็นมะเร็งนั้นสามารถมีชีวิตอยู่ได้ยาวนาน และยกตัวอย่าง</p>	<p>- ตอบข้อซักถามและร่วมแสดงความคิดเห็น</p> <p>- เขียนความรู้สึกต่างๆ ที่แต่ละคนพูดออกมาบนกระดาษ ซึ่งอาจแบ่งคำตอบได้เป็น 2 ประเภทคือ “ มีความหวัง/กลัว ” หรือ “ แง่บวกแง่ลบ ”</p> <p>- รับฟังการบรรยาย</p> <p>- รับฟังการบรรยาย</p> <p>- ตอบข้อซักถามและร่วมแสดงความคิดเห็น</p>	<p>- กระดาษ</p> <p>- บอร์ด</p>	5 นาที	สังเกตความสนใจของผู้ฟัง โดยการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม และร่วมแสดงความคิดเห็น	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
เพื่อเสริมนำเข้าสู่เนื้อหา	เนื้อหาเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม บทนำ มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ เป็นสาเหตุการป่วยและตายอันดับหนึ่ง ของโรคมะเร็งในสตรีร้อยละ 80 ของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ตรวจพบความผิดปกติได้ด้วยตนเอง หากค้นพบและได้รับการรักษาในระยะแรกๆ จะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้	1. บรรยาย - ชักถามเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุในการเกิดมะเร็งเต้านม 2. กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนตามเนื้อหาโดยเปิดโอกาสให้ชักถามแล้วและประสบการณ์	- ฟังการบรรยาย - ชักถามข้อสงสัย - ตอบคำถาม - ฟังการบรรยาย - ชักถามข้อสงสัย - ตอบคำถาม			สังเกตความสนใจของผู้ฟัง โดยการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม และร่วมแสดงความคิดเห็น

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
1. เพื่อให้ผู้ฟังสามารถอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม	<p>สาเหตุ</p> <p>ปัจจุบันยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดมะเร็งเต้านมได้ แต่จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งเต้านมหลายปัจจัยด้วยกัน</p> <p>ปัจจัยเสี่ยง ที่มีผลต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ความหนาแน่นของเนื้อเต้านม ปัจจัยด้านพันธุกรรม ประวัติทางเนื้องอกที่บังชี้แนวโน้มได้แก่</p>	<p>กิจกรรมผู้สอน</p> <p>1. บรรยาย – ชักถามเกี่ยวกับสาเหตุของโรคมะเร็งเต้านม</p> <p>2. กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนตามเนื้อหาโดยเปิดโอกาสให้ซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น</p>	<p>กิจกรรมผู้เรียน</p> <p>- ฟังการบรรยาย</p> <p>- ซักถามข้อสงสัย</p> <p>- ตอบคำถาม</p>	<p>- คู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านม</p>	1 นาที	<p>- สังเกตความสนใจของผู้ฟัง</p> <p>- โดยการมีส่วนร่วมในการตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็น</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
2. เพื่อให้ผู้ฟังสามารถอธิบายถึงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุในการเกิดโรคมาเร็งได้	การไม่มีบุตรหรือมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป ระยะของการเริ่มมีประจำเดือนหรือการหมดประจำเดือน การใช้ยาคุมกำเนิด ชนิดรับประทาน การใช้ฮอร์โมนบำบัดภายหลังการหมดประจำเดือน ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 10-15 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น ร้อยละ นอกจากนั้นการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งสตรีที่มีประวัติเคยตรวจพบความผิดปกติที่เต้านม และสตรีที่ประวัติมีการตก ฟังสาว หรือน้องสาวเป็นมะเร็งเต้านมจัดว่าเป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม	1. บรรยาย - ชักถามเกี่ยวกับอาการแสดงของโรคมาเร็งเต้านม 2. กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนตามเนื้อหาโดยเปิดโอกาสให้ซักถามและเล่าประสบการณ์ - คู่มือเรื่องโรคมาเร็งเต้านม	- คู่มือเรื่องโรคมาเร็งเต้านม	2 นาที	สังเกตความสนใจของผู้ฟัง โดยการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม และร่วมแสดงความคิดเห็น	
3. เพื่อให้ผู้ฟังสามารถอธิบายถึงอาการแสดงของโรคมาเร็งเต้านมได้						

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
	<p>อาการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระยะไม่แสดงอาการ ในระยะแรกของโรคมะเร็งเต้านมจะไม่แสดงอาการ ไม่สามารถคลำก้อนได้ ต้องได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมจากการตรวจพิเศษ Ultrasound และ/หรือ Mammogram 2. ระยะแสดงอาการ สามารถคลำก้อนได้ มีสารคัดหลั่งออกทางหัวนม อาจเป็นน้ำใส ๆ หรือน้ำปนเลือด หรือ เป็นเลือด กัดไม่เจ็บ มีการทรงตัวของหัวนม ผิวหนังเต้านมบวมแดง ตรวจพบก้อนที่รักแร้ (ซึ่งเป็นต่อมน้ำเหลืองที่ได้ขึ้นจากการกระจายของมะเร็งเต้านม มักพบต่อมน้ำเหลืองโต)ในระยะท้ายก่อนอาการใหญ่ขึ้น จนแตกเป็นแผล มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น เช่น ปอด ทำให้มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ และมีอาการเหนื่อยหอบตามมา 					

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
4. เพื่อให้ผู้ฟังสามารถอธิบายถึงการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้	<p>พฤติกรรมกรป้องกันมะเร็งเต้านม</p> <p>เพื่อให้ทราบแนวทางการปฏิบัติตัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ตามแนวคิดของ World Health Organization (2014) มีทั้งหมด 4 แนวทาง</p> <p>1. ด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นการรู้จักประเภทของอาหาร และสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมได้ ประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหาร 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม</p>	<p>1. บรรยาย – ชักถามเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านม</p>	<p>- ฟังการบรรยาย</p> <p>- ชักถามข้อสงสัย</p> <p>- ตอบคำถาม</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
	<p>2) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ หลักการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพ ควรเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย ประมาณ 5-10 นาที ออกกำลังกาย 15-30 นาที และสิ้นสุดด้วยการอบอุ่นร่างกาย การออกกำลังกายออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที/วันหรือครั้ง 3-5 วัน/สัปดาห์ ซึ่งออกกำลังกายช่วยลดการเกิดมะเร็งเต้านมได้ละ 25-30 เปอร์เซ็นต์การออกกำลังกายเผาผลาญไขมันที่สมบูรณ์ ทำให้เกิดการลดลงของการผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ก่อให้เกิดมะเร็งเต้านม</p> <p>3) การจัดการความเครียดที่เหมาะสม เพื่อเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมในการลดความรุนแรงของความเครียดที่มากกว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ</p>					

	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
	<p>4) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมสามารถทำได้โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่</p> <p>4.1 สตรีอายุ 20 ปีขึ้นไปควรตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ระยะเวลาเหมาะสมที่จะตรวจคือหลังหมดประจำเดือน</p> <p>4.2 ควรตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ตั้งแต่อายุ 20-39 ปี โดยตรวจทุก 3 ปี ส่วนสตรีที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ควรตรวจเต้านมด้วยแพทย์ทุกปี</p> <p>4.3 ตรวจเต้านมโดย Mammography ควรตรวจทุก 1-2 ปี ในสตรีอายุมากกว่า 40 ปี สำหรับสตรีที่อายุน้อยกว่านี้แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ควรปรึกษาแพทย์ หรือ ตรวจ Mammography ตั้งแต่อายุที่มีคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม</p>	<p>2. กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนตามเนื้อหาโดยเปิดโอกาสให้ซักถามและเล่าประสบการณ์</p>				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
<p>5. เพื่อให้ผู้ฟังสามารถอธิบายถึงการการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมได้</p>	<p>สรุป สิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมในครั้งนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสตรีโดยทั่วไป โดยเฉพาะสตรีกลุ่มเสี่ยงที่เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ควรทราบและนำไปปฏิบัติให้คนพบมะเร็งตั้งแต่วินิจฉัย เพราะการป้องกันมะเร็งที่ดีที่สุดคือการค้นพบให้เร็วที่สุด</p>		กิจกรรมผู้เรียน	<p>-Power point เรื่องความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการป้องกันมะเร็งเต้านม -คู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านม</p>	2 นาที	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
<p>6. เพื่อให้ผู้ฟังสามารถอธิบายถึง วิธีการจัดการความเครียดเพื่อสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมได้</p> <p>7. เพื่อให้ผู้ฟังสามารถอธิบายถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมได้</p>				<p>-Power point เรื่องความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการป้องกันมะเร็งเต้านม</p> <p>-คู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านม</p>	20 นาที	

สัปดาห์ที่ 2

แผนการสอน เรื่องการป้องกันมะเร็งเต้านม

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจัดกิจกรรมฐานเรียนรู้ 5 ฐาน โดยใช้กระบวนการกลุ่ม แนวคิดการมีส่วนร่วมและเทคนิคการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยพัฒนาจากแนวคิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของ World Health Organization (2014) ใช้ชื่อว่า B2D2E คือ B= Breast Self Examination, D= Diet, D= Drug, alcohol, E= Exercise, E= Emotion

ผู้เรียน ญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผู้สอน นางสาวสายรุ้ง ประกอบจิตตร

วัน เดือน ปีที่สอน วันที่ เดือน ธันวาคม พ.ศ.2562 เวลา..... จำนวน 60 นาที

หน่วยงานสุขภาพ โรงพยาบาลราชธานี

วัตถุประสงค์ : ภายหลังสิ้นสุดการเรียนรู้การเรียนการสอนของญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสามารถ

1. อธิบายเรื่องการป้องกันมะเร็งเต้านม 4 แนวทางได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สื่อการเรียนการสอน

1. PowerPoint
2. โปสเตอร์
3. คู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านม
4. 5 Key Message เพื่อการป้องกันมะเร็งเต้านมและแบบบันทึกการปฏิบัติ
5. โน้ตเล่านาม
6. โน้ตอาหาร
7. วิดีทัศน์โรคมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
สามารถฝึกเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นการรู้จักประเภทของอาหารและสามารถเลือกรับประทานอาหาร 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม	<p>กิจกรรมฐานที่ 1 D1= Diet (อาหารป้องกันมะเร็งเต้านม) ประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหาร 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม</p> <p>1.1 โปรตีน เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่ว การรับประทานโปรตีนจำพวกเนื้อสัตว์ เน้นการรับประทานเนื้อปลา เนื่องจากย่อยง่าย</p> <p>หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ที่ติดมันเนื่องจากอาหารที่มีไขมันสูงเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม</p> <p>1.2 คาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว แป้ง น้ำตาล ผัก ผลไม้ เน้นการรับประทานธัญพืช ขั้วตึ้นน้อย เนื่องจากมีคาร์โบไฮเดรตสูง มีเส้นใย ให้เกลือแร่และวิตามินสูง ช่วยส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง เช่น ข้าวกล้อง ข้าวโอ๊ต ข้าวสาลี ข้าวบาเลย์ ถั่ว งา ลูกเดือย เป็นต้น</p>	<p>1. บรรยาย – ชักถามเกี่ยวกับวิธีการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม</p> <p>2. กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนตามเนื้อหาโดยเปิดโอกาสให้ซักถาม</p>	<p>1. กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนรวม</p> <p>กิจกรรมผู้เรียน</p> <p>1. กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนรวมภายในกลุ่ม โดย</p> <p>การสาธิตการจัดอาหารและการเลือกเมนูที่เหมาะสม</p> <p>2. กิจกรรมการสอนและสาธิตย้อนกลับ</p>	<p>-คู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านม</p> <p>-โมเดลอาหาร</p>	15 นาที	สังเกตความสนใจของผู้ฟัง โดยการมีส่วนร่วมในการตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็น

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
วัตถุประสงค์	<p>1.3 วิตามิน เช่น ฝักและผลไม้ เนื่องจากฝักและผลไม้มีสารต้านอนุมูลอิสระ ที่ช่วยปกป้องร่างกายและช่วยกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกาย การรับประทานฝักเน้นการรับประทานฝักใบเขียว และฝักมีสี ฝักตระกูลใบเขียว เช่น ฝักบุง ฝักกะเฉด ขึ้นฉ่าย ฝักซี บล๊อคโคลี่ ฝักมีสี เช่นมะเขือเทศ แครอท เป็นต้น การรับประทานผลไม้ เนื่องจากผลไม้มีกากใยอาหาร วิตามิน แกลีแอโรทีมิประโยชน์ ช่วยส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง ควรเลือกผลไม้ที่เมทวอนจัดแต่ให้เส้นใยสูง เช่น ฝรั่ง ชมพู เป็นต้น</p> <p>1.4 แกลีแอโร เช่น ฝักและผลไม้ เนื่องจากฝักและผลไม้มีสารต้านอนุมูลอิสระที่ช่วยปกป้องร่างกายและช่วยกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ ร่างกาย</p> <p>1.5 ไขมัน ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อยที่สุด เนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเป็นอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม</p>	<p>3. ใช้เทคนิคการสอนกลับ (teach-back technique) ร่วมกับการใช้วิธีการแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ(Show-me) โดยใช้โมเดลอาหาร</p>				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
	<p>2) การหลีกเลี่ยงอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย</p> <p>2.1 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีสารไฮโดรคาร์บอนที่เกิดจากการเผาไหม้ บั๊ง ย่าง จนไหม้เกรียม</p> <p>2.2 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงในปริมาณมาก เช่น เนย ครีม ไอศกรีม ผลิตภัณฑ์จากนมสด ข้าวขาหมู หนั๋งไก่ทอด อาหารทอดน้ำมันหลายครั้ง</p> <p>2.3 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโอกาสได้รับสารเร่งเนื้อแดง เช่น ด้บหมู เนื้อวัว เนื้อหมู เป็นต้น และผลิตภัณฑ์แปรรูปจากอาหารที่มีโอกาสได้รับสารเร่งเนื้อแดง เช่น สเต็ก แฮมเบอร์เกอร์ ฮอตดอก หมูเบคอน กุนเชียง ไส้กรอก เป็นต้น</p> <p>กิจกรรมฐานที่ D2 = Drug , Alcohol (แอลกอฮอล์ บุหรี่ และยาต้องระวัง)</p> <p>ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านมจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่สำคัญ คือ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่</p>					

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
	<p>กิจกรรมฐานที่ 3 E1= Exercise (ออกกำลังกายป้องกันมะเร็งเต้านม)</p> <p>การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ หลักการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพควรเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย ประมาณ 5-10 นาที ออกกำลังกาย 15-30 นาที และสิ้นสุดด้วยการอบอุ่นร่างกาย การออกกำลังกายควรออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที/วันหรือครั้ง 3-5 วัน/สัปดาห์ ซึ่งออกกำลังกายช่วยลดการเกิดมะเร็งเต้านมได้ละ 25-30 เนื่องจากร่างกายมีการเผาผลาญไขมันที่สมบูรณ์ ทำให้เกิดการลดลงของการผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ก่อให้เกิดมะเร็งเต้านม</p>					

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
	<p>ประโยชน์ของการออกกำลังกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> -ช่วยให้ระบบไหลเวียนของเลือดดีขึ้น -ช่วยควบคุมน้ำหนักตัว -ช่วยผ่อนคลายความเครียด -ช่วยปรับสมดุลฮอร์โมนในร่างกาย <p>ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม</p>					

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
วัตถุประสงค์	<p>เนื้อหา</p> <p>กิจกรรมฐานที่ 4 E2= Emotion (ความเครียดคือสารก่อมะเร็ง)</p> <p>1) การจัดการความเครียดที่เหมาะสม เพื่อเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมในการลดความรุนแรงของความเครียดที่มากกว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ</p> <p>กลไกจัดการความเครียด สามารถทำได้โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วิเคราะห์สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด 2. หาหนทางแก้ไขความเครียด โดยพิจารณาจากสาเหตุของความเครียด หากสามารถแก้ไขความเครียดที่ต้นเหตุของปัญหาได้ ให้แก้ไขสาเหตุของความเครียด หากไม่สามารถแก้ไขสาเหตุของความเครียดที่ต้นเหตุของปัญหาได้ ให้แก้ไขสาเหตุที่เป็นสาเหตุของความเครียด แต่ถ้าหากไม่สามารถแก้ไขสาเหตุของปัญหาได้ ต้องหาหนทางผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ 	กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน	สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
	<p>2) วิธีการจัดการความเครียดโดยทั่วไป สามารถทำได้ โดย การทำจิตใจให้สบาย คิดแต่ในสิ่งดี ๆ ก่อนนอน บริกษาบุคคลใกล้ชิด หลีกเลียงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียด มีการผ่อนคลายความเครียด โดยการทำ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ชอบ เช่นดูหนัง ฟังเพลง เล่นดนตรี วาด รูป ชมภาพยนตร์ ปลูกต้นไม้ ออกกำลังกาย เป็นต้น วิธีการ จัดการความเครียดโดยทั่วไปเหล่านี้ สามารถเลือกใช้ได้ เมื่อเผชิญความเครียดที่ไม่รุนแรง แต่สำหรับการเผชิญ ความเครียดที่ระดับความเครียดมีความรุนแรงมากขึ้น กรมสุขภาพจิตได้นำเสนอแนวทางจัดการความเครียด โดยการใช้กริ่งกล่อมเนื้อ การใช้การหายใจ การทำสมาธิ การใช้เทคนิคอื่นๆ การใช้จินตนาการ เป็นต้น</p>					

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
	<p>กิจกรรมฐานที่ 5 B = Breast Self Examination</p> <p>วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง</p> <p>1) ตรวจสอบหน้ากระจก</p> <p>1.1 ยืนส่องกระจกปัดอ้อมแขนแนบข้างลำตัวตามสบาย เปรียบเทียบเต้านมทั้งสองข้าง สังเกตดูการเปลี่ยนแปลง ลักษณะของรูปร่าง, ขนาดหรือสีของหัวนม สังเกตดูระดับของหัวนมแต่ละข้างว่าเท่ากันหรือไม่ มีผื่นหรือผื่นบนหัวนมหรือไม่ มีผดหึ่งงุ้มลงหรือไม่ มีการบิดเบี้ยว การตั้งหรือของเต้านม หรือหัวนม ความสูง-ต่ำของหัวนม หรือมีสิ่งผิดปกติอื่น ๆ หรือไม่</p> <p>1.2 ยืนประสานมือทั้งสองข้างเหนือศีรษะ หันด้านข้างส่องกระจกดูทีละข้าง แล้วกลับมามองในท่าท้าวสะเอว พร้อมทั้งตรวจดูสิ่งที่ผิดปกติ เหมือนในข้อ 1.1</p>					

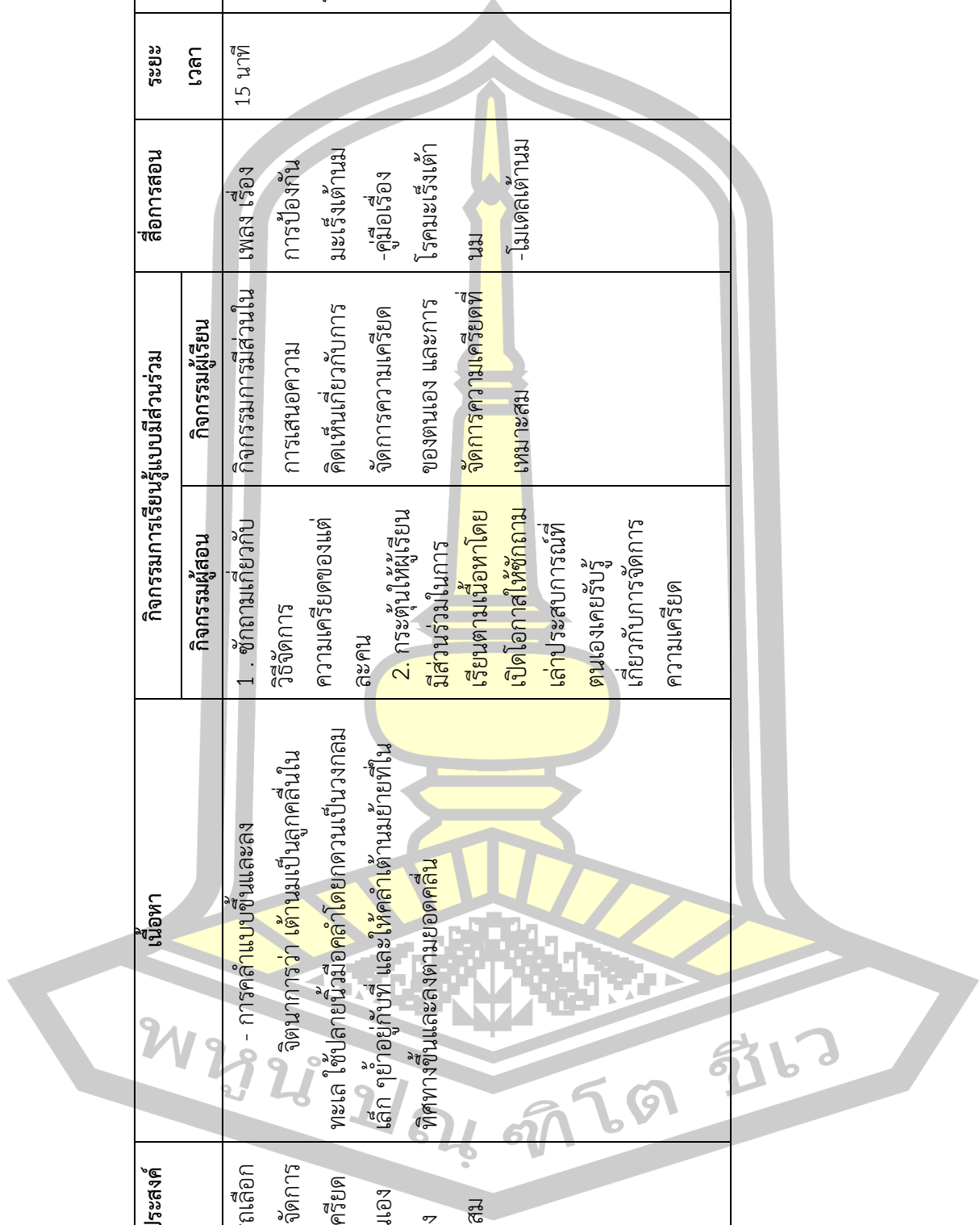
วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
	<p>1.3 ให้นักเรียนตรวจสอบการเข้ากิจกรรมอีกครั้งเองมีข้อสงสัยพบทั้งสองข้าง และกวดสอบไปเรื่อยๆ จนทำจนรู้สึกว่ากล่อมเนื้อที่หน้าอกของท่านแข็งเกร็งขึ้นมา สังเกตความผิดปกติอีกครั้ง</p> <p>1.4 ยืนยันคำตอบโค้งไปข้างหน้า โดยใช้มือทั้งสองข้างวางบนเขาให้หน้าอกสองข้างห้อยตกลง จะทำให้มองเห็นความผิดปกติชัดเจนมากขึ้นสังเกตดูว่ามีรอยบุ๋มหรือโป่งพองของผิวหนังที่เต้านมหรือไม่ สังเกตดูขนาด รูปร่างของเต้านม ตำแหน่งของเต้านมและหัวนมควรรอยในระดับเดียวกันหรือไม่ได้เคียงกัน และสังเกตว่ามีรอยบุ๋มที่หัวนมทั้งสองข้างหรือไม่</p>					

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
	<p>2) ตรวจสอบขณะนอนราบ</p> <p>2.1 นอนราบในท่าที่สบายแล้วสอดหมอน หรือม้วนผ้าใต้ไหล่ข้างใดข้างหนึ่ง ยกแขนด้านเดียวกับเต้านมที่จะตรวจเหนือศีรษะ เพื่อให้เต้านมนั้นลอยขึ้น ซึ่งจะช่วยให้คลำพบก้อนหรือพบสิ่งผิดปกติได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะส่วนบนด้านนอกของเต้านมซึ่งมีเนื้อที่หนาแน่นมากที่สุด และเกิดมะเร็งบ่อยกว่าส่วนอื่น มองสำรวจเต้านมให้ทั่วสังเกตดูลักษณะผิดปกติ</p> <p>2.2 เริ่มตรวจข้างที่ถนัดก่อน โดยใช้ปลายนิ้วมือสามนิ้วคือ นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง คลำทั่วทั้งเต้านม นำหน้ากกตที่ปลายนิ้วแรงและลึกพอสมควร ขึ้นอยู่กับขนาดเต้านม ที่สำคัญ คือ ห้ามบีบเนื้อเต้านม เพราะอาจทำให้รู้สึกว่ามีก้อน ซึ่งจริง ๆ แล้วไม่ใช่</p> <p>2.3 คลำที่รักแร้ ถ้ามีต่อมน้ำเหลืองโตจะคลำได้เป็นก้อนที่รักแร้ และตรวจคลำเต้านมอีกข้างในลักษณะเดียวกัน</p>	<p>กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนตามเนื้อหา โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เล่าถึงการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งสุรา และสูญเสียใน เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม</p>				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
<p>3) วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้หญิงที่มีเต้านมขนาดเล็ก</p> <p>3.1 ให้วางมือข้างเดียวกับเต้านมข้างที่ต้องการตรวจบนเหนือศีรษะ แล้วใช้มืออีกข้างคลำในทิศทางเดียวกับที่คลำในทำเป็นตรวจ</p> <p>3.2 สำหรับผู้หญิงที่มีเต้านมขนาดใหญ่ ให้ใช้มือข้างหนึ่งประคองและตรวจคลำเต้านมจาก ด้านล่าง ส่วนมืออีกข้างให้คลำจากด้านบน ใช้ปลายนิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้ บีบตั้งแต่ขอบกลมห้านนม (Areola) เข้าหาพื้นที่ห้านนม ดูว่ามีสิ่งผิดปกติไหลออกจากหัวนมหรือไม่ ถ้ามี ลักษณะของเหลวที่ออกมาเป็นอย่างไร</p>	<p>1. บรรยาย - ชักถาม เกี่ยวกับวิธีการเลือก วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม</p> <p>2. กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ตามเนื้อหาโดยเปิดโอกาสให้ซักถาม</p>	<p>กิจกรรมการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมภายในกลุ่ม เรื่องนมสุรา และสุขภาพที่ดีที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม</p>	<p>คู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านม</p>	<p>5 นาที</p>	<p>สังเกตความสนใจของผู้ฟัง โดยถามมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม และร่วมแสดงความคิดเห็น</p>	

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
<p>เพื่อการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม เพื่อการป้องกันมะเร็งเต้านม</p>	<p>3.3 ลักษณะวิธีการคล้ำ มีหลายแบบดังนี้</p> <p>- การคล้ำแบบกันทอย</p> <p>คล้ำโดยเริ่มจากการคล้ำเป็นวงกลมจากหัวนมก่อนแล้ววนให้วงกลมนี้กว้างออกสู่ฐานเต้านม โดยการคล้ำให้ใช้ปลายนิ้วมือออกแรงทั้งคล้ำและกดลงที่เต้านม วนอยู่กับที่เป็นวงกลมเล็ก ๆ แล้วค่อยขยับย้ายที่ให้ หัว ๆ วนเป็นวงรอบใหญ่จนถึงขอบเต้านม นำหนักกดแรงหรือเบามากขึ้นอยู่กับขนาดของเต้านม</p> <p>- การคล้ำแบบดาวกระจาย</p> <p>จินตนาการแบ่งเต้านมออกเป็นช่วง ๆ ตามเข็มนาฬิกาเริ่มต้นคล้ำจาก 12 นาฬิกา โดยเริ่มกดจากหัวนมเป็นเส้นตรงผ่านลานหัวนมออกไปสู่ฐานของเต้านม แล้วขยับไปที่ 1,2,3 นาฬิกา คล้ำย้ายไปเรื่อย ๆ จนครบทั่วพื้นที่เต้านม</p>	<p>3. ร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย ประกอบเพลงเรื่อง การป้องกันมะเร็งเต้านม</p> <p>4. ใช้เทคนิคการสอนกลับ (teach-back technique) ร่วมกับการใช้วิธีการแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ(Show-me)</p>	<p>1. กิจกรรมการมีส่วนรวม</p> <p>กิจกรรมผู้เรียน</p> <p>1. กิจกรรมการมีส่วนรวม</p> <p>ส่วนในการออกกำลังกาย</p> <p>2. กิจกรรมการสอนและสาธิต</p> <p>ย้อนกลับ</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
สามารถเลือกวิธีการจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม	เนื้อหา - การกล้าเผชิญและลง จิตนาการว่า ได้ผ่านเป็นลูกคลื่นในทะเล ใช้ปลายนิ้วมีคลื่นโดยยกตัวเป็นวงกลมเล็ก ๆ ย้ำอยู่กับที่ และให้คลื่นถ้ามย้ายที่ในทิศทางขึ้นและลงตามยอดคลื่น	1. ชักถามเกี่ยวกับ วิธีการจัดการ ความเครียดของแต่ละคน 2. กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนตามเนื้อหาโดยเปิดโอกาสให้ซักถาม เล่าประสบการณ์ที่ตนเองเคยรับรู้เกี่ยวกับจัดการความเครียด	กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการความเครียดของตนเอง และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม	เพลง เรื่อง การป้องกันมะเร็งเต้านม -คู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านม -โมเดลเต้านม	15 นาที	สังเกตความสนใจของผู้ฟัง โดยการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม และร่วมแสดงความคิดเห็น



วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
-สามารถฝึก ตรวจคำถาม ด้วยตนเอง ด้วยตนเอง เพื่อการ ป้องกัน มะเร็งเต้านม	1. บรรยาย – ชักถามเกี่ยวกับวิธีการ ตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อการป้องกัน โรคมะเร็งเต้านม 2. กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการ เรียนตามเนื้อหาโดยเปิดโอกาสให้ ซักถาม เล่าประสบการณ์ที่ตนเองเคย รับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม 3. ใช้เทคนิคการสอนกลับ (teach-back technique)ร่วมกับการใช้ วิธีการแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (Show- me) โดยใช้โมเดลเต้านมในการตรวจเต้านม ด้วยตนเอง	1. กิจกรรมการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมภายใน กลุ่ม โดยการสาธิต ย้อนกลับการตรวจเต้านม ด้วยตนเอง 2. กิจกรรมการสอน และสาธิตย้อนกลับ	คู่มือเรื่อง โรคมะเร็ง เต้านม	10 นาที	สังเกตความสนใจของ ผู้ฟัง โดยการมีส่วนร่วม ในการตอบคำถามและ ร่วมแสดงความคิดเห็น	
					15 นาที	สังเกตความสนใจของ ผู้ฟัง โดยการมีส่วนร่วม ในการตอบคำถามและ ร่วมแสดงความคิดเห็น

สัปดาห์ที่ 5 เรื่อง สรุปลด

ผู้เรียน ญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
วัน เดือน ปีที่สอน วันที่ เดือน ธันวาคม พ.ศ.2562 เวลา..... จำนวน 50 นาที

ผู้สอน นางสาวสายรุ้ง ประกอบบิจิตร

หน่วยงานสาธารณสุขศึกษา โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

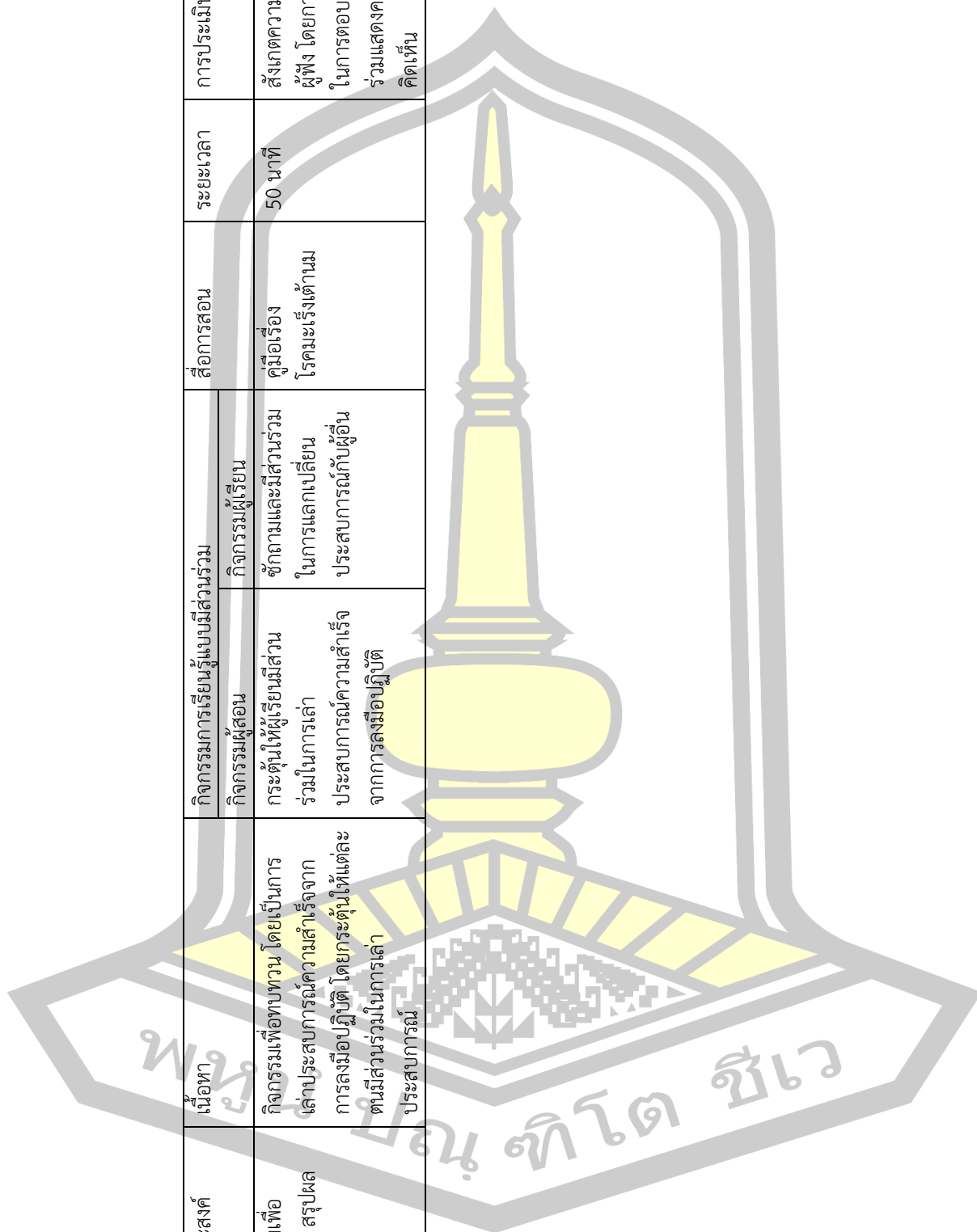
วัตถุประสงค์ :

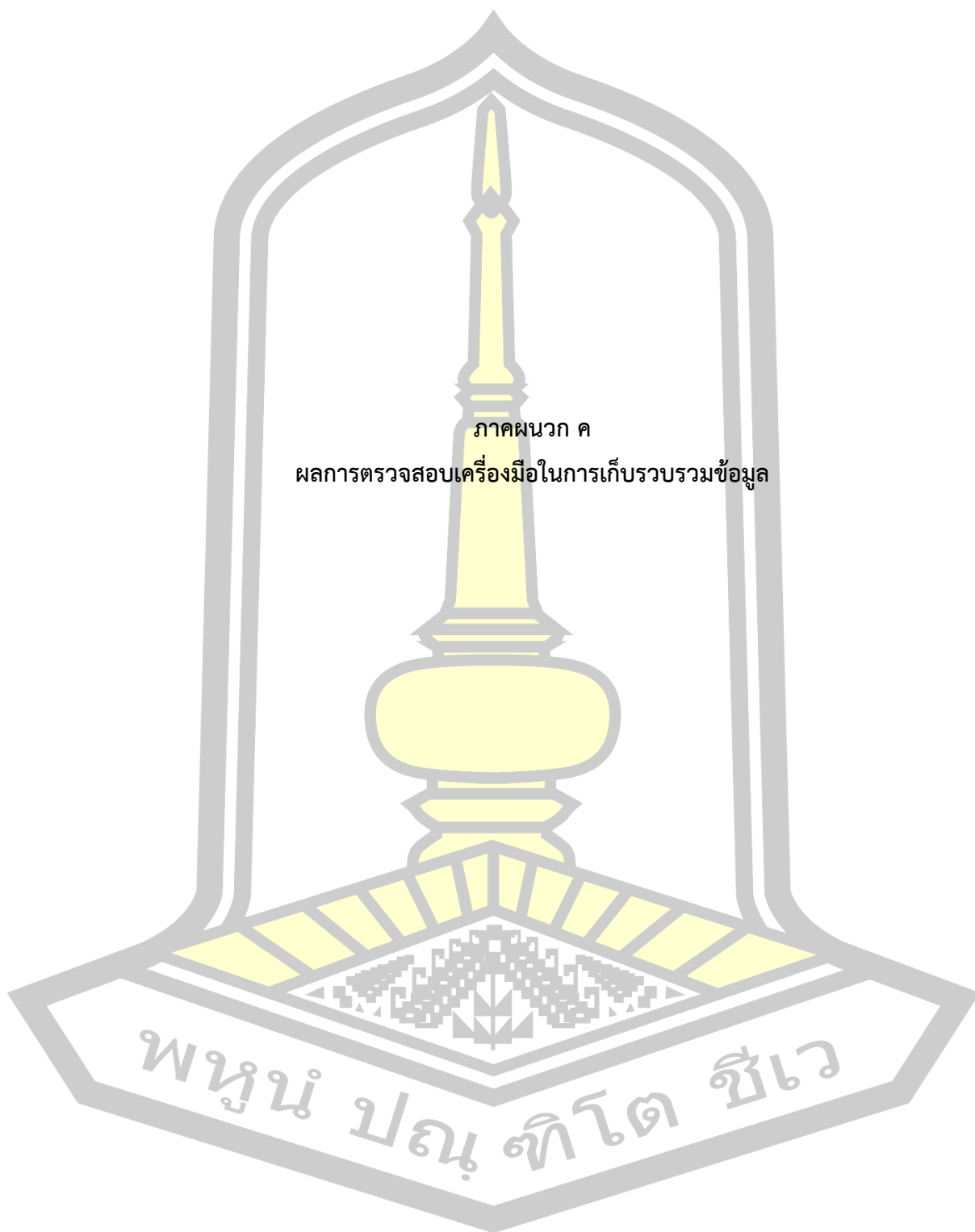
1. กิจกรรมเพื่อทบทวน สรุปลด

สื่อการเรียนการสอน

1. PowerPoint
2. โปสเตอร์เตอร์
3. คู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านม
4. 5 Key Massage เพื่อการป้องกันมะเร็งเต้านมและแบบบันทึกการปฏิบัติ
5. โม่เตลด้านนม
6. โม่เตลดอกอาหาร
7. วิดีทัศน์โรคมะเร็งเต้านม
8. วิธีทัศนวิธิตรackingความผิดปกติของตนเอง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		สื่อการสอน	ระยะเวลา	การประเมินผล
		กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน			
กิจกรรมเพื่อพบพว น สรุปลด	กิจกรรมเพื่อพบพว น โดยเป็นการเล่าประสบการณ์ความสำเรจจาก การลงมือปฏิบัติ โดยกระตุ้นให้แต่ละ ตนมีส่วนร่วมในการเล่า ประสบการณ์	กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม ในการเล่า ประสบการณ์ความสำเรจ จาก การลงมือปฏิบัติ	ซักถามและมีส่วนร่วม ในการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์กับผู้อื่น	คู่มือเรื่อง ไรคมะเร็งเต้านม	50 นาที	สังเกตความสนใจของ ผู้ฟัง โดยการมีส่วนร่วม ในการตอบคำถามและ ร่วมแสดงความคิดเห็น





ภาคผนวก ค
ผลการตรวจสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

พหุจน์ ปณฺ ทิโต ชีเว

การหาค่าการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดมุ่งหมาย (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ที่มีเกณฑ์การพิจารณาให้คะแนนดังนี้

ให้ 1 เมื่อข้อคำถามและคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่า ข้อความ คำตอบ สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อคำถามและคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

หลังจากนั้นนำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตรของโรวินลลี และแฮมเบิลตัน มีสูตรการคำนวณคือ

$$IOC = \Sigma R/N$$

เมื่อ IOC เป็นดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดมุ่งหมาย

ΣR เป็นผลรวมของคะแนนจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ

N เป็นจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณจากสูตรที่จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 มีรายละเอียดของเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป คัดเลือกข้อคำถามนั้นไว้ใช้ได้

ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรพิจารณาแก้ไขปรับปรุง หรือตัดทิ้ง

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

วัตถุประสงค์/ นิยาม	ข้อความถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
		เหมาะสม (+1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่เหมาะสม (-1)	
เพื่อสอบถาม ข้อมูลทั่วไป ของญาติสาย ตรงผู้ป่วย มะเร็งเต้านม	1. อายุ	3	0	0	1
	2. หนัก	3	0	0	1
	3. ส่วนสูง	3	0	0	1
	4. สถานภาพ	3	0	0	1
	5. จำนวนบุตร	3	0	0	1
	6. อายุที่มีบุตรคนแรก	3	0	0	1
	7. การใช้ยาคุมกำเนิด	3	0	0	1
	8. ดื่มสุรา	3	0	0	1
	9. สูบบุหรี่	3	0	0	1
	10. คนในครอบครัวสูบบุหรี่	3	0	0	1
	11. ประจำเดือนครั้งแรก	3	0	0	1
	12. ประจำเดือนครั้งสุดท้าย	3	0	0	1
	13. ระดับการศึกษา	3	0	0	1
	14. อาชีพหลัก	3	0	0	1
	15. รายได้เฉลี่ย	3	0	0	1
	16. ญาติสายตรงเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง	3	0	0	1
	17. ญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งเต้านม	3	0	0	1
	18. จำนวนญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม	3	0	0	1
	19. อายุที่ญาติสายตรงตรวจพบว่าเป็น มะเร็งเต้านม	3	0	0	1
	20. ได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและ การป้องกันหรือไม่	3	0	0	1
	21. เคยได้รับความรู้เรื่องการตรวจมะเร็ง เต้านมด้วยตนเองหรือไม่	3	0	0	1
	22. เมื่ออยากได้ข้อมูลเรื่องมะเร็งเต้านม จะอย่างไร	3	0	0	1

ผลรวมคะแนน 22 ข้อ ค่า IOC = 22/22 = 1

ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบประเมินความรู้ทางสุขภาพ

วัตถุประสงค์/ นิยาม	ข้อความถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
		เหมาะสม (+1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่เหมาะสม (-1)	
เพื่อประเมิน ความรู้ทางสุขภาพและคัด กรองความรอบ รู้ทางสุขภาพ เบื้องต้นของ ญาติสายตรง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	1. หากท่านรู้สึกปวดมากท่าน สามารถรับประทานยาพาราเซตามอลได้ทันที 2 เม็ด	3	0	0	1
	2. หากท่านรู้สึกปวดมากท่าน สามารถรับประทานยาพาราเซตามอลได้ทันที 2 เม็ด	3	0	0	1
	3. หากท่านรู้สึกปวดมากท่าน สามารถรับประทานยาพาราเซตามอลได้ทันที 2 เม็ด	3	0	0	1
	4. หากท่านกินยาพาราเซตามอลเม็ด แรก เวลา 05.00 เมื่อท่านมีอาการ อีกเวลา 15.00 ท่าน สามารถ รับประทานยาพาราเซตามอลได้อีก 1 เม็ด	3	0	0	1
	5. หากท่านกินยาพาราเซตามอล 2 เม็ด จะได้รับยาพาราเซตามอล 1000 มิลลิกรัม	3	0	0	1
	6. หากท่านรู้สึกมีน้ำมูกไหลท่าน สามารถรับประทานยา พาราเซตามอลเพื่อบรรเทาอาการได้	3	0	0	1

ผลรวมคะแนน 22 ข้อ ค่า IOC = $6/6 = 1$

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบประเมินความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกัน
มะเร็งเต้านมสำหรับญาติสายตรงผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

วัตถุประสงค์/ นิยาม	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
		เหมาะสม (+1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่แน่ใจ (0)	
เพื่อประเมิน ความรู้ ทางสุขภาพ ด้านการ ป้องกันมะเร็ง เต้านมของ ญาติสายตรง ผู้ป่วยมะเร็ง เต้านม	1. มะเร็งเต้านมเกิดจากเซลล์ในร่างกาย แบ่งตัวผิดปกติจนร่างกายไม่สามารถควบคุม ได้ จนทำให้เกิดการแพร่กระจายไปยัง อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย	3	0	0	1
	2. การมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมทำให้ ท่านเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมสูงกว่าคนปกติ	3	0	0	1
	3. คนอ้วนมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้ มากกว่าคนผอม	3	0	0	1
	4. หญิงที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยลดความ เสี่ยงการเป็นมะเร็งเต้านม	3	0	0	1
	5. เมื่ออายุมากขึ้นโดยเฉพาะเมื่ออายุ มากกว่า 50 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเป็นมะเร็ง เต้านมได้สูงขึ้น	3	0	0	1
	6. การรับประทานเนื้อสัตว์ติดมันไม่เพิ่ม ความเสี่ยงการเป็นมะเร็งเต้านม	3	0	0	1
	7. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารบั้ง ย่าง จนไหม้เกรียมเป็นการเลือกรับประทาน ในการป้องกันมะเร็งเต้านม	3	0	0	1
	8. ตับหมู เนื้อวัว เนื้อหมู และผลิตภัณฑ์แปรร รูปจากอาหารเช่น สเต็ก แฮมเบอร์เกอร์ ฮอตดอก หมูเบคอน กุนเชียง ไส้กรอก มี โอกาสได้รับสารเร่งเนื้อแดงซึ่งเป็นปัจจัย เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม	3	0	0	1
	9. ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เพราะเป็นอาหารที่ป้องกันมะเร็งเต้านม	3	0	0	1

วัตถุประสงค์/ นิยาม	ข้อความถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
		เหมาะสม (+1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่แน่ใจ (0)	
	10. การเลือกรับประทาน เกลือแร่ วิตามิน ที่มาจากผัก ผลไม้ ซึ่งมีสารต้านอนุมูลอิสระ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม	3	0	0	1
	11. การออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ให้ผลแบบแอโรบิคลดความเสี่ยงต่อการ เป็นมะเร็งเต้านม	3	0	0	1
	12. การออกกำลังกายที่เหมาะสมคือ3-5วัน/ สัปดาห์อย่างน้อย 30 นาที/วันช่วยลดการ เกิดมะเร็งเต้านมได้	3	0	0	1
	13. ถ้ามีความเครียดมากขึ้นจะส่งผลให้เพิ่ม ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม	3	0	0	1
	14. การทำจิตใจให้สบาย คิดแต่ในสิ่งดี ๆ ก่อนนอน ปรึกษาบุคคลใกล้ชิด หลีกเลี่ยง เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด มีการผ่อนคลาย ความเครียด โดยการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นวิธีจัดการความเครียดที่ถูกต้อง	3	0	0	1
	15. การดื่มสุราเป็นวิธีผ่อนคลาย ความเครียดที่เหมาะสม	3	0	0	1
	16. การดื่มสุรา และสูบบุหรี่เป็นการเพิ่ม ความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านม	3	0	0	1
	17. เมื่อท่านคลำพบก้อนที่เต้านม หรือ พบว่า มีน้ำใส ๆ หรือ น้ำปนเลือด หรือ เป็น เลือดออกมากจากหัวนม มีการหดรัดของ หัวนม ผิวหนังเต้านมบวมแดง มีก้อนที่รักแร้ ท่านควรซื้อยามารับประทาน	3	0	0	1
	18. การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี เอกซเรย์เต้านมเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด มี ประสิทธิภาพ ง่าย สะดวก ไม่เสียค่าใช้จ่าย และสามารถตรวจได้ถี่ตามความต้องการของ ตนเอง	3	0	0	1
	19. การค้นพบมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะ เริ่มต้น ช่วยเพิ่มโอกาสในการรักษาให้ หายขาดได้	3	0	0	1

วัตถุประสงค์/ นิยาม	ข้อความถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
		เหมาะสม (+1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่แน่ใจ (0)	
	20. ท่าที่ใช้ในการตรวจเต้านมมีทั้งหมด 3 ท่า คือ ท่าหน้ากระจก ท่านอนราบและท่านอนตะแคง	3	0	0	1
	21. การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ ในสตรีที่อายุ 20 ปีแต่ไม่เกิน 40 ปีขึ้นไปโดยตรวจทุก 3 ปี ถ้าในปีนี้ พ.ศ.2562 ตรวจแล้วผลปกติ สตรีกลุ่มนี้ควรมาตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์อีกในปี พ.ศ.2565	3	0	0	1
	22. ถ้าท่านมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่ควรเริ่มทำการตรวจแมมโมแกรมตั้งแต่อายุที่ญาติสายตรงเป็น ลบออก 10 ปี ถ้าท่านมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งตอนอายุ 58 ปี ควรตรวจแมมโมแกรมเมื่ออายุ 48 ปี	3	0	0	1
	23. วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยวิธีการกดมี่ 3 ระดับ คือ กดเบา กดปานกลาง กดหนัก	3	0	0	1
	24. สตรีทุกคนเมื่ออายุ 20 ปี ขึ้นไป ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	3	0	0	1
	25. การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรทำในช่วง 3-7 วันหลังหมดประจำเดือน ถ้าท่านมีประจำเดือนวันแรก วันที่ 1 ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองวันที่ 21-23	3	0	0	1

หมายเหตุ ข้อคำถามที่มีค่า IOC > 0.5 แสดงว่าข้อคำถามนั้นสามารถนำไปใช้ได้

ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม

วัตถุประสงค์/ นิยาม	ข้อความถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
		เหมาะสม (+1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่แน่ใจ (0)	
เพื่อประเมิน พฤติกรรม การป้องกัน มะเร็งเต้านม ของญาติสาย ตรงผู้ป่วย มะเร็งเต้านม	1. ท่านรับประทานอาหาร 5 หมู่ ในปริมาณ ที่เหมาะสม ทุกวัน	3	0	0	1
	2. ท่านเลือกรับประทานธัญพืช ชัดสีน้อยเช่น ข้าวกล้อง ข้าวโอ๊ต ข้าวสาลี ข้าวบาเลย์ ถั่ว งา ลูกเดือย เป็นต้น	3	0	0	1
	3. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันให้ น้อยที่สุด	3	0	0	1
	4. ท่านรับประทานผัก ผลไม้ในสัดส่วนที่ เหมาะสมทุกวัน	3	0	0	1
	5. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารปิ้ง ย่าง จนไหม้เกรียม	3	0	0	1
	6. ท่านหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์แปรรูปจากอาหาร เช่น สเต็ก แฮมเบอร์เกอร์ ฮอตดอก หมู เบคอน กุนเชียง ไส้กรอก เป็นต้น	3	0	0	1
	7. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงใน ปริมาณมาก เช่น เนย ครีม ไอศกรีม ผลิตภัณฑ์จากนมสด ข้าวขาหมู หนังไก่ทอด อาหารทอดน้ำมันหลายครั้ง เป็นต้น	3	0	0	1
	8. ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อควบคุม น้ำหนักตัวให้เหมาะสม	3	0	0	1
	9. เมื่อท่านมีความเครียด ท่านสามารถจัดการ กับความเครียดได้อย่างเหมาะสม	3	0	0	1
	10. เมื่อท่านมีความเครียด จะผ่อนคลาย ความเครียด โดยการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชอบ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ เล่นกีฬา เป็น ต้น	3	0	0	1
	11. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่ม เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	3	0	0	1

วัตถุประสงค์/ นิยาม	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
		เหมาะสม (+1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่แน่ใจ (0)	
	12. เมื่อท่านเกิดความเครียดท่านจะวิเคราะห์หาสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดก่อนเป็นอันดับแรกเสมอ	3	0	0	1
	13. เมื่อท่านเกิดความเครียดท่านมักเก็บความรู้สึกไว้ และเก็บตัวไม่ยุ่งกับใคร	3	0	0	1
	14. ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	3	0	0	1
	15. ท่านตรวจเต้านมโดยวิธีการ ดูด้วยตา คลำด้วยมือโดยใช้ท่าใดท่าหนึ่ง ทุกครั้งที่ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเอง	3	0	0	1
	16. ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการมีประจำเดือน 3-7 วัน	3	0	0	1
	17. ถ้าท่านตรวจพบความผิดปกติเช่น พบก้อนที่เต้านม มีสิ่งคัดหลั่งออกมาทางหัวนม ปวดเต้านม เป็นต้น ท่านจะรีบไปพบแพทย์	3	0	0	1
	18. ทุกครั้งที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองท่านกดเต้านมลง 3 ระดับ (เบา-กลาง-หนัก)	3	0	0	1
	19. ขณะท่านตรวจเต้านมท่านบีบเค้นเต้านมเพื่อหาความเปลี่ยนแปลง	3	0	0	1
	20. เมื่อท่านตรวจเต้านมด้วยวิธีการคลำ บริเวณที่ท่านคลำคือ ไต้แขนถึงบริเวณขอบเสื้อชั้นในด้านล่างใต้แขน ข้ามมาถึงกระดูกกลางชั้นมาถึงบริเวณไหปลาร้า กลับมายังรักแร้	3	0	0	1

หมายเหตุ ข้อคำถามที่มีค่า IOC > 0.5 แสดงว่าข้อคำถามนั้นสามารถนำไปใช้ได้

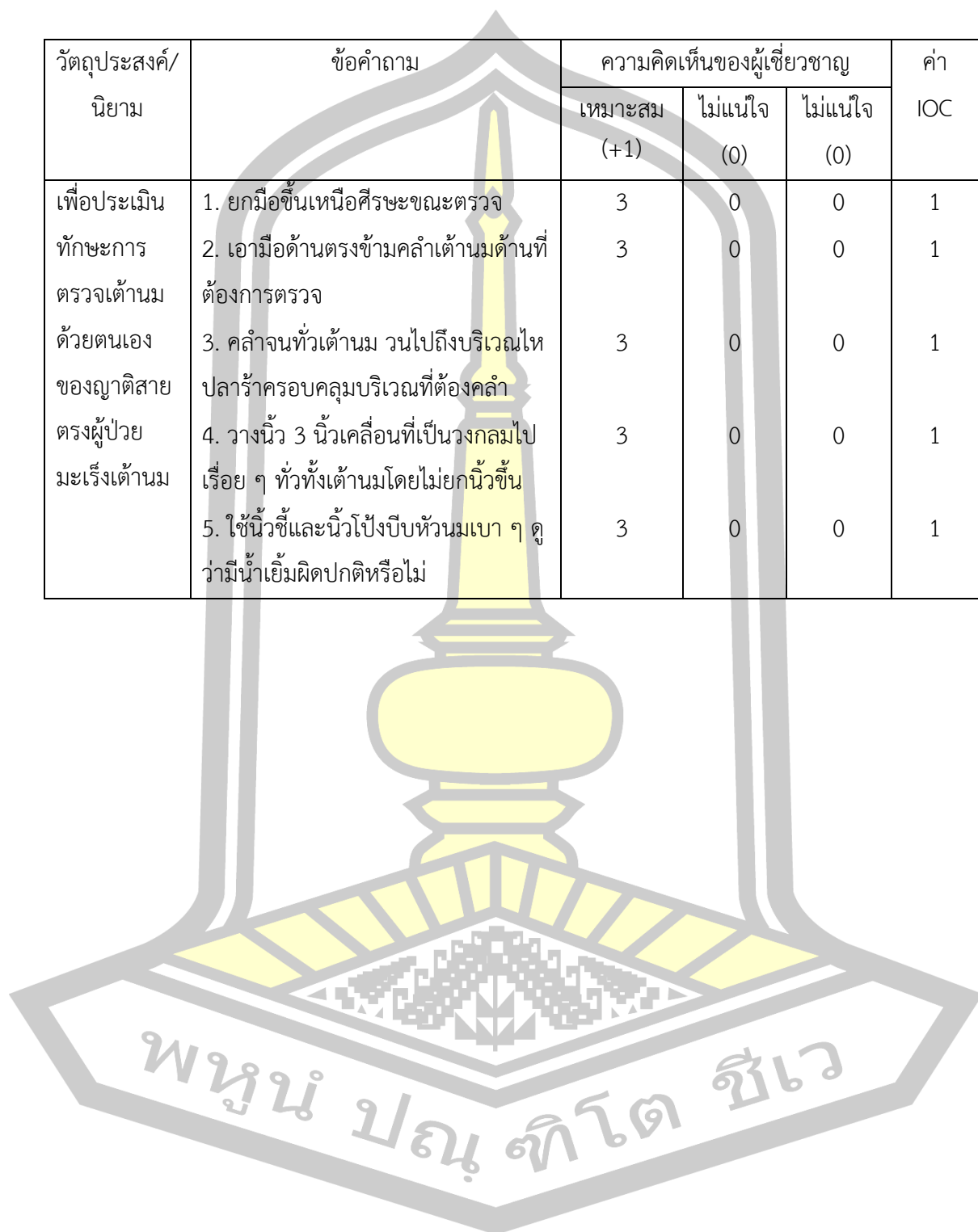
ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์/ นิยาม	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
		เหมาะสม (+1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่แน่ใจ (0)	
เพื่อประเมิน ความเครียด ของญาติสาย ตรงผู้ป่วย มะเร็งเต้านม	1. กลัวทำงานผิดพลาด	3	0	0	1
	2. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้	3	0	0	1
	3. ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงิน หรือเรื่องงานในบ้าน	3	0	0	1
	4. เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะ ในอากาศ น้ำ เสียง และดิน	3	0	0	1
	5. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ	3	0	0	1
	6. เงินไม่พอใช้จ่าย	3	0	0	1
	7. กล้ามเนื้อตึงหรือปวด	3	0	0	1
	8. ปวดหัวจากความตึงเครียด	3	0	0	1
	9. ปวดหลัง	3	0	0	1
	10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง	3	0	0	1
	11. ปวดศีรษะข้างเดียว	3	0	0	1
	12. รู้สึกวิตกกังวล	3	0	0	1
	13. รู้สึกคับข้องใจ	3	0	0	1
	14. รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด	3	0	0	1
	15. รู้สึกเศร้า	3	0	0	1
	16. ความจำไม่ดี	3	0	0	1
	17. รู้สึกสับสน	3	0	0	1
	18. ตั้งสมาธิลำบาก	3	0	0	1
	19. รู้สึกเหนื่อยง่าย	3	0	0	1
	20. เป็นหวัดบ่อย ๆ	3	0	0	1

หมายเหตุ ข้อคำถามที่มีค่า IOC > 0.5 แสดงว่าข้อคำถามนั้นสามารถนำไปใช้ได้

ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์/ นิยาม	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC
		เหมาะสม (+1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่แน่ใจ (0)	
เพื่อประเมิน ทักษะการ ตรวจเต้านม ด้วยตนเอง ของญาติสาย ตรงผู้ป่วย มะเร็งเต้านม	1. ยกมือขึ้นเหนือศีรษะขณะตรวจ	3	0	0	1
	2. เอามือด้านตรงข้ามคลำเต้านมด้านที่ ต้องการตรวจ	3	0	0	1
	3. คลำจนทั่วเต้านม วนไปถึงบริเวณไห ปลาร้าครอบคลุมบริเวณที่ต้องคลำ	3	0	0	1
	4. วางนิ้ว 3 นิ้วเคลื่อนที่เป็นวงกลมไป เรื่อย ๆ ทั่วทั้งเต้านมโดยไม่ยกนิ้วขึ้น	3	0	0	1
	5. ใช้นิ้วชี้และนิ้วโป้งบีบหัวนมเบา ๆ ดู ว่ามีน้ำเอี่ยมผิดปกติหรือไม่	3	0	0	1



PH1



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล

1. ชื่อ - สกุล นิสิต นางสาวสายรุ้ง ประกอบจิตร รหัสประจำตัว 60011480018
2. หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การจัดการระบบสุขภาพ
3. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

(ภาษาอังกฤษ) The Effectiveness of Program for Health Literacy Development of the First Degree Relatives of Breast Cancer Patients on Breast Cancer-Preventive Behaviors

4. ผู้เชี่ยวชาญ (ชื่อ) ดร.ชลิยา วามะสุน
วุฒิการศึกษาสูงสุด ปริญญาตรีบัณฑิตสาขาวิชาวิทยาศาสตร์การพัฒนากฎหมายมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล)
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

5. ปัญหาที่พบ

- ไม่มีเวลาพอเขียน

- คนอื่นช่วย

- กระดาษหมด กับ ทุนที่จำกัด

6. ข้อเสนอแนะ

- เป็นเรื่องที่ดีที่ปรึกษาแนะนำ

- หากได้มี Role model เป็น Policy advocacy ที่มีความรู้ที่ไป

ลงชื่อ ผู้เชี่ยวชาญ

(ดร.ชลิยา วามะสุน)

วันที่ 28 ต.ค. 62



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล

1. ชื่อ – สกุล นิสิต นางสาวสายรุ้ง ประกอบจิตร รหัสประจำตัว 60011480018
2. หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การจัดการระบบสุขภาพ
3. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

(ภาษาอังกฤษ) The Effectiveness of Program for Health Literacy Development of the First Degree Relatives of Breast Cancer Patients on Breast Cancer-Preventive Behaviors

4. ผู้เชี่ยวชาญ (ชื่อ) ดร.โสภิต ทับทิมหิน
วุฒิการศึกษาสูงสุด ปริญญาเอกในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน งานวิจัยทางการแพทย์ โรงพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
5. ปัญหาที่พบ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. ข้อเสนอแนะ

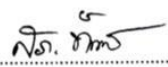
1. ทบทวนข้อมูลในแผนการสอน/ประเมินผลให้ตรงกัน เช่น ปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม

.....

.....

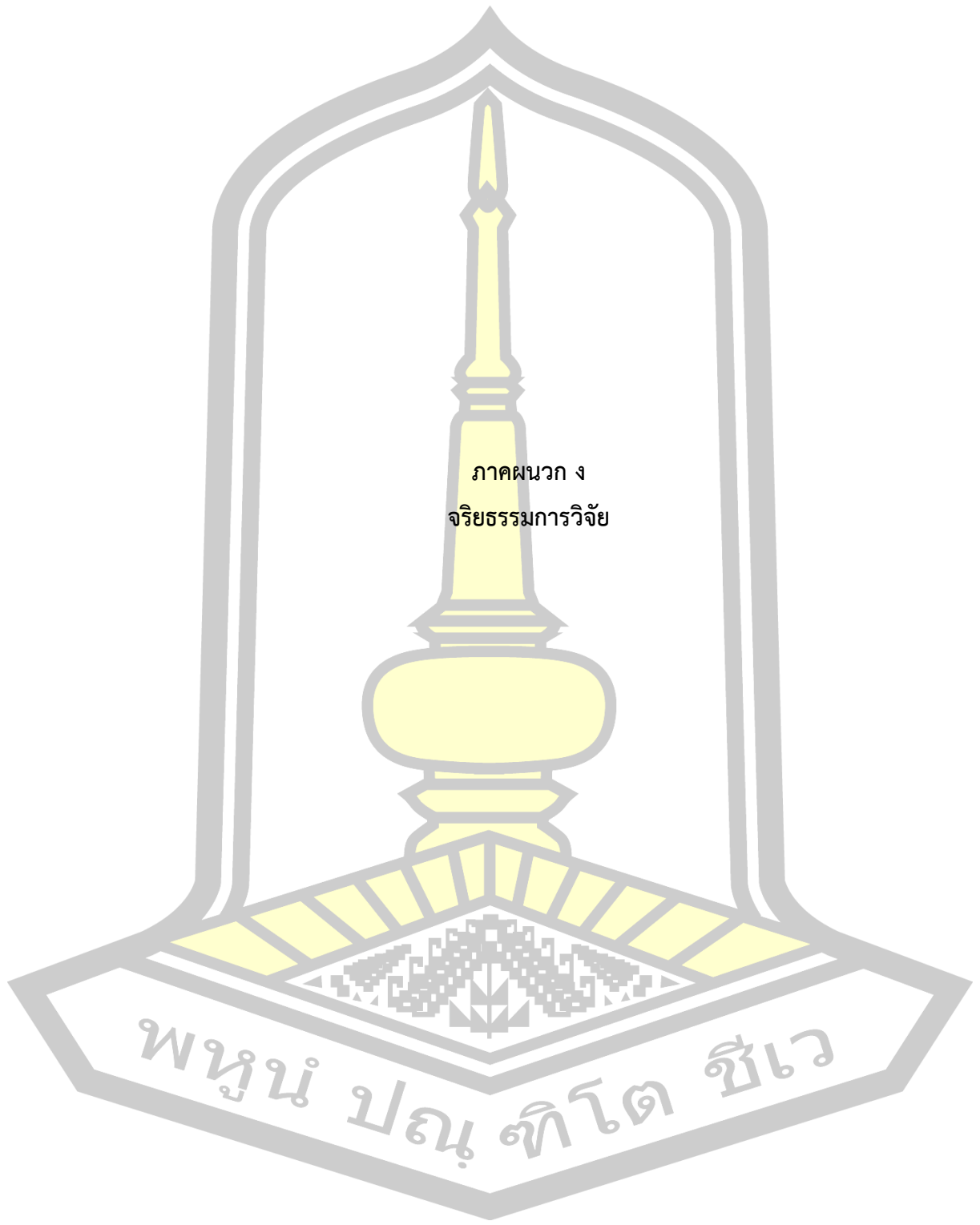
.....

.....

ลงชื่อ  ผู้เชี่ยวชาญ

(ดร.โสภิต ทับทิมหิน)

วันที่ 28 ตุลาคม 2562



ภาคผนวก ง
จริยธรรมการวิจัย

พหุบัณฑิต ชีวะ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โทร. ๗๗๐๑

ที่ สธ ๐๓๑๕.๔(๐๐๒.๑๔.๗) / ๐๓๕ วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอส่งหนังสือรับรองและข้อเสนอแนะจากการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โครงการวิจัย

เรียน นางสาวสายรุ้ง ประภสพจิตร

ตามที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ได้ร่วมพิจารณาเพื่อรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โครงการวิจัย เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม”(The Effectiveness of Program for Health Literacy Development of the First Degree Relative of Breast Cancer Patient on Breast Cancer-Preventive Behaviors) ของท่านไปแล้ว นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จึงมีความประสงค์ส่งหนังสือรับรองและข้อเสนอแนะจากการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โครงการวิจัยดังกล่าวให้แก่ท่าน ดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นางชลิยา วามะสุน)

รักษาการแทนประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

เอกสารรับรอง

จาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ชื่อโครงการ ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกัน
มะเร็งเต้านมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

รหัสโครงการ EC 006/2020

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวสายรุ้ง ประกอบจิตร


หน่วยงานที่สังกัด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำวิจัย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

เอกสารที่รับรอง แบบเสนอโครงการวิจัย

วันที่รับรอง 20 มีนาคม 2563

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ได้พิจารณาและมีมติรับรอง
เอกสารดังที่ระบุไว้ข้างต้นโดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ และการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

ลงชื่อ..... 

(นางชลิยา วามะสุน)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ..... 

(นายพงศธร ศุภอรณกร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โทรศัพท์ 045-317133 ต่อ 7701



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 138/2562

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) : The Effectiveness of Program for Health Literacy Development of the First Degree Relatives of Breast Cancer Patients on Breast Cancer-Preventive Behaviors.

ผู้วิจัย : นางสาวสายรุ้ง ประกอบจิตร

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดอุบลราชธานี

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 18 กรกฎาคม 2562

วันหมดอายุ : 17 กรกฎาคม 2563

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

ศาสตราจารย์ ดร. สว่างจิตร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษัชกรหญิงราตรี สว่างจิตร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ชน ปณ ฑิต โด

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวสายรุ้ง ประกอบจิตร
วันเกิด	วันที่ 26 เดือนกันยายน พ.ศ. 2527
สถานที่เกิด	จังหวัดสกลนคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 40 หมู่ 2 ตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลมะเร็ิงอุบลราชธานี เลขที่ 405 ถนนคลังอาวุธ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2546 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2550 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) มหาวิทยาลัยราชธานี พ.ศ. 2563 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ่ ปณุ่ ทิโต ชีเว