บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และอำนาจการทำนายของแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งเต้านม
2. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ
4. ข้อมูลพื้นฐานอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมเกิดจากเนื้อเยื่อของเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็ง ซึ่งอาจจะเกิดเป็นมะเร็งเต้านมที่เกิดกับท่อน้ำนม หรือมะเร็งเต้านมที่เกิดกับต่อมน้ำนม มะเร็งที่พบมากเกิดในท่อน้ำนมเรียก ductal carcinoma เมื่อมะเร็งแพร่กระจายมักไปตามต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ และอาจไปยังกระดูก ตับ ปอด โดยไปทางหลอดเลือด (American Cancer Society, 2008)

โครงสร้างของเต้านม

เต้านมของคนเราประกอบไปด้วยไขมัน เนื้อเยื่อ ต่อมน้ำนมนมประมาณ 15 - 20 lobes ภายใน lobe ประกอบ lobules และมีถุง bulbs ติดอยู่กับท่อน้ำนมซึ่งจะเปิดยังหัวนม (Nipple) ภายในเต้านมยังมีหลอดเลือด และน้ำเหลือง (lymph) ซึ่งจะไปรวมกันยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ (Axillary Lymph Node) (สรรชัย กาญจนลาภ, 2547 : 1-8)

เต้านมคนเราเปลี่ยนแปลงตามอายุ และตามรอบประจำเดือน ช่วงก่อนมีประจำเดือนเต้านมจะตึงและคัด เมื่อคลำจะรู้สึกตึง คลำได้ต่อมน้ำนม แต่หลังจากประจำเดือนมาแล้วเต้านมจะนิ่มขึ้น

เต้านมในวัยทองจะเหลวนิ่ม เนื่องต่อมน้ำนมไม่ทำงาน สำหรับหญิงที่ตัดมดลูกโดยที่ไม่ได้ตัดรังไข่ เต้านมจะยังคงเหมือนเดิม (ศุภกร โรจนนินทร์, 2546 : 120 -124)

สาเหตุของมะเร็งเต้านม

สาเหตุของการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบแน่ชัดแต่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) ที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของมะเร็งเต้านม คือ

1. เพศ พบมากในเพศหญิง แต่ก็สามารถพบได้ในเพศชาย ประมาณร้อยละ 1
2. อายุโอกาสเกิดมะเร็งเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้นโดยเฉพาะเมื่อมีอายุมากกว่า 50 ปี
3. ประวัติครอบครัว ถ้าแม่เป็นมะเร็งเต้านม ลูกสาวหรือพี่สาว น้องสาว ก็มีความเสี่ยงต่อโรค และจะยิ่งมีความเสี่ยงสูงขึ้น ถ้ามีประวัติการเป็น Cyst ของเต้านม ความเสี่ยงอาจเกิดขึ้น ถ้าพ่อก็มีประวัติเป็นมะเร็งด้วย BRC 1 เป็นยีนส์หนึ่งในหลายตัวส่งผลให้เกิดความเสี่ยงทางกรรมพันธุ์ต่อมะเร็งเต้านม
4. ประวัติการมีบุตรผู้หญิงที่ไม่เคยมีบุตรจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ผู้หญิงที่มีบุตรหลังจากอายุ 35 ปี จะมีความเสี่ยงเพิ่มมากกว่าผู้หญิงที่ไม่มีบุตร
5. ประวัติการมีประจำเดือน ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นในผู้หญิงที่มีประจำเดือนเร็ว และหรือหมดประจำเดือนช้า
6. รังสี การเคยได้รับรังสีมาก่อนในวัยเด็ก
7. อาหาร อาหารไขมันสูง หรืออาหารแบบชาวตะวันตก จะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง และมีหลักฐานชัดเจนว่าการรับประทานอาหารพวกผัก และธัญพืชช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งได้

กระบวนเกิดโรค

มะเร็งเต้านมเกิดขึ้นเมื่อเซลล์ของเต้านมมีการแบ่งตัวโดยไม่สามารถควบคุมได้ มีการเบียดบังเนื้อเยื่อข้างเคียงและแพร่ขยายไปทั่วร่างกาย โดยเซลล์มะเร็งจะเพิ่มจำนวนและแบ่งตัวได้ด้วยตนเอง มันจะแย่งสารอาหารจากเซลล์ปกติ และเข้าไปแทนที่เซลล์ปกติของเต้านม หากปล่อยไว้เซลล์ปกติเหล่านี้จะไม่สามารถเติบโตได้ แต่อย่างไรก็ตามกระบวนการนี้ต้องใช้เวลาหลายเดือนหรือหลายปี (สุพรพิมพ์ เจียสกุล, 2545 : 176-309)

อาการของมะเร็งเต้านม

มะเร็งในระยะเริ่มต้น จะไม่มีอาการเจ็บหรือปวด เมื่อก้อนโตขึ้นจะทำให้เกิดอาการดังต่อไปนี้

1. คลำพบก้อนที่เต้านมหรือใต้รักแร้
2. มีการเปลี่ยนแปลงของขนาดและรูปร่างของเต้านม
3. มีน้ำไหลออกจากหัวนม หรือเจ็บ หัวนมถูกดึงรั้งเข้าในเต้านม

4. ผิวเต้านมจะมีลักษณะเหมือนเปลือกส้ม

หากพบอาการดังกล่าวควรรีบปรึกษาแพทย์ แม้ว่าอาการเหล่านี้ส่วนใหญ่จะไม่ใช่มะเร็ง แต่ก็มีโอกาสเป็นมะเร็งเช่นกัน ถ้าได้รับการวินิจฉัย และได้รับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ในขณะที่เซลล์มะเร็งยังคงอยู่ในเต้านม ไม่มีการแพร่กระจายออกไป โอกาสที่จะรักษาให้หายขาดก็มีมาก

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยก้อนที่เต้านม เริ่มจากการซักประวัติถึงระยะเวลาที่เป็น คลำได้ก้อนนานหรือยังมีก้อนที่อื่นอีกหรือไม่ เคยมีโรคประจำตัวหรือการรับประทานยา โดยเฉพาะฮอร์โมนเอสโตรเจน ประวัติเกี่ยวกับโรคประจำตัว โรคประจำครอบครัว หลังจากนั้นจะเริ่มกระบวนการตรวจ จากนั้นจึงเริ่มตรวจร่างกายทั่วไป อาจจะมีการคลำต่อน้ำเหลืองที่คอและรักแร้ คลำตับ การคลำเต้านมจะคลำดูขนาด ลักษณะของก้อนว่าผิวเรียบหรือผิวขรุขระ ก้อนแข็งหรือนิ่ม ผิวหนังบริเวณก้อนเป็นอย่างไร การส่งตรวจ Mamogram เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มขึ้น การทำ Ultrasound เพื่อแยกว่าก้อนนั้นเป็นก้อนเนื้อหรือถุงน้ำ (Cyst) ทำการเจาะดูดเซลล์ (Fine Needle Aspiration) ส่งตรวจทางเซลล์วิทยา (อาคม เชียรศิลป์, 2551)

ลักษณะก้อนที่มีแนวโน้มที่จะเป็นมะเร็ง ซึ่งอาจจะมีเพียงหนึ่งหรือหลายอาการ ได้แก่ ก้อนแข็ง ก้อนมะเร็งส่วนใหญ่ไม่ปวด ขอบหรือผิวจะขรุขระ ก้อนมักจะยึดติดผิวหนังหรือทรวงอกทำให้ไม่เคลื่อนที่ ผิวจะบุ๋มลง หัวนมถูกดึงลง มีน้ำเลือดออกจากหัวนม

บริเวณที่มักตรวจพบเนื้องอก มะเร็งของเต้านมมักจะเกิดขึ้นที่บริเวณต่าง ๆ ดังนี้

1. ร้อยละ 50 เกิดที่บริเวณซีกบนด้านนอกของเต้านม
2. ร้อยละ 15 เกิดที่บริเวณซีกบนด้านใน
3. ร้อยละ 6 เกิดที่บริเวณซีกล่างด้านนอก
4. ร้อยละ 18 เกิดที่บริเวณหัวนม และรอบ ๆ หัวนม

การแบ่งความรุนแรงของมะเร็งเต้านม

การแบ่งความรุนแรงของมะเร็งเต้านมก็เพื่อบอกว่ามะเร็งแพร่กระจายหรือยัง เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการรักษา ระบบที่นิยมได้แก่ระบบ TMN มีรายละเอียดดังนี้

T หมายถึง ขนาดของก้อน

Tis หมายถึง มะเร็งซึ่งอยู่เฉพาะที่ไม่แพร่กระจาย

T1 หมายถึง ขนาดของเนื้องอกไม่เกิน 2 ซม

T2 หมายถึง ขนาดของเนื้องอก 2 - 5 ซม

T3 หมายถึง ขนาดเนื้องอกมากกว่า 5 ซม

T4 หมายถึง เนื้องอกได้กระจายไปยังผิวหนัง

N หมายถึง เนื้อมะเร็งแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลือง

N0 หมายถึง มะเร็งยังไม่แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง

N1 หมายถึง มะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 1 - 3 ก้อน

N2 หมายถึง มะเร็งแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง 4 - 9 ก้อน

N3 หมายถึง มะเร็งแพร่กระจายมากกว่า 10 ก้อนหรือแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณอื่น

M หมายถึง มะเร็งมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นหรือไม่

M0 หมายถึง มะเร็งยังไม่มีการแพร่กระจาย

M1 หมายถึง มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

นอกจากนี้การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมยังแบ่งออกเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 2 ซ.ม. และยังไม่แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

ระยะที่ 2 ก้อนมะเร็งมีขนาด 2-5 ซ.ม. และ/หรือ มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ของข้างเดียวกัน

ระยะที่ 3 ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 ซ.ม. ลุกลามไปติดกับกล้ามเนื้อหน้าอก มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้อย่างมาก จนทำให้ต่อมน้ำเหลืองเหล่านั้นมารวมติดกันเป็นก้อนใหญ่ติดแน่นกับอวัยวะข้างเคียง

ระยะที่ 4 ก้อนมะเร็งมีขนาดโตเท่าไรก็ได้ แต่แตกทะลุผิวหนังออกมา ลุกลามลงไปติดกระดูกซี่โครง มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือไหปลาร้าข้างเดียวกันหรือแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายที่อยู่ไกลออกไป เช่น กระดูก ปอด ตับ สมอง

ความสัมพันธ์ระหว่างระยะ โรคของมะเร็งเต้านมกับอัตราการรอดชีพ

ระยะของโรค (American joint committee)	อัตราการรอดชีพ 5 ปี (Crude 5-yr.Survival) (%)	ช่วงอัตราการรอดชีพ (Range Survival) (%)
I	85	82-94
II	66	47-74
III	41	7-80
IV	10	-

การรักษา

มะเร็งเต้านมสามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าเริ่มการรักษาเมื่อเป็นในระยะเริ่มแรก คืออยู่ในระยะที่ 1 และ 2 หรือในบางรายของระยะที่ 3 การรักษามะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็งและชนิดของมะเร็งเต้านม มะเร็งบางชนิดอาจจะใช้รักษาโดยการผ่าตัด มะเร็งบางชนิดอาจจะรักษา

หลายวิธีร่วมกัน การเลือกการรักษาขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ดังนี้ อายุ ภาวะประจำเดือน สุขภาพทั่วไป ขนาดและตำแหน่งของก้อนมะเร็งอยู่ในขั้นไหน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548) วิธีการรักษามะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันมีอยู่ 4 วิธี คือ

1. การรักษาโดยการผ่าตัด การผ่าตัดเต้านมมี 5 วิธี ดังนี้

1.1 ตัดเฉพาะก้อนออก (Simple Excision or Lumpectomy or Tumorectomy) มักจะทำตามด้วยการฉายรังสีบริเวณเต้านมส่วนที่เหลือ และรักแร้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมขนาด 4 เซนติเมตร หรือเล็กกว่าที่ได้รับการตัดเฉพาะก้อนออก แล้วฉายรังสีมีอัตราการรอดชีวิตหรือเวลาปลอดโรคไม่ต่างจากผู้ป่วย ที่ตัดเต้านมออกหมด

1.2 ตัดเนื้อบริเวณที่มีก้อน (Quadrantectomy or Segmental Mastectomy) มักจะเลาะเนื้อเยื่อใกล้เคียงออก และฉายแสงร่วมด้วย

1.3 ตัดเฉพาะเต้านมออก (Simple or Total Mastectomy) ตามด้วยการฉายรังสีในกรณีที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งของเต้านมทั้งสองข้างสูง

1.4 ตัดเต้านม ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ และกล้ามเนื้อ Pectorals Major (Modified Radical Mastectomy) ในกรณีที่ก้อนมีขนาด 4 เซนติเมตร หรือใหญ่กว่าและมีการลุกลาม

1.5 ผ่าตัดเอาเต้านม ต่อมน้ำเหลืองรักแร้ทั้งหมด และกล้ามเนื้อหน้าอกออกหมด (Radical Mastectomy) ปัจจุบันไม่นิยมทำ

2. การรักษาโดยการฉายแสง (Radiation therapy) ใช้รังสีเพื่อฆ่าหรือหยุดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง โดยทั่วไปให้ 5 วันต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 5-6 สัปดาห์ บางครั้งอาจให้รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือให้ฮอร์โมนก่อนการผ่าตัดเพื่อให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลง ง่ายต่อการผ่าตัด

3. การรักษาโดยการใช้สารเคมีบำบัด (Chemotherapy) ใช้ยาฆ่ามะเร็งอาจเป็นยาฉีดหรือยากิน มักจะให้ระยะหนึ่งแล้วหยุดจุดประสงค์ของการให้คือ เพื่อป้องกันมะเร็งกลับเป็นซ้ำหลังการผ่าตัด ลดขนาดของก้อนมะเร็งก่อนผ่าตัด เพื่อควบคุมโรคในรายที่มะเร็งแพร่กระจายไปที่อวัยวะอื่น

4. การรักษาโดยวิธีฮอร์โมน (Hormone Therapy) เป็นการให้ฮอร์โมนเพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งจะใช้ในรายที่ให้ผลบวกต่อ estrogen หรือ progesterone receptor

การป้องกันโรค

การป้องกันมะเร็งเต้านมแบ่งเป็น 3 ระดับ (Loescher, 2004) ดังนี้

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Cancer Prevention) หมายถึง การป้องกันมะเร็งโดยการส่งเสริมสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การหลีกเลี่ยงสารก่อมะเร็ง การได้รับยาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดมะเร็ง

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Cancer Prevention) หมายถึง การตรวจมะเร็งตั้งแต่ระยะแรกในบุคคลที่ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการเป็นมะเร็ง ด้วยการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรก (Early Cancer Detection) แนะนำให้สตรีรู้จักตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มแรก และการให้ความรู้แก่สตรีเกี่ยวกับอาการแรกเริ่มของมะเร็งเต้านม อาการที่ต้องรีบไปพบแพทย์เพื่อตรวจยืนยัน การตรวจคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่เพื่อหาความผิดปกติของเต้านมสตรี แกนนำอาสาสมัครในพื้นที่ ส่งต่อสตรีที่พบว่ามีความผิดปกติของเต้านม ส่งต่อสตรีที่ตรวจเต้านมแล้วพบว่ามีการผิดปกติไปพบแพทย์ เพื่อตรวจยืนยัน ติดตามผู้ที่ได้รับแจ้งว่ามีอาการผิดปกติในพื้นที่มารับการตรวจยืนยันจากแพทย์ เฝ้าระวังโรคในชุมชนร่วมกับเครือข่ายแกนนำอาสาสมัครสตรี โดยใช้แบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพและทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน ให้คำปรึกษาด้านจิตใจแก่ผู้มีอาการผิดปกติและครอบครัว

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Cancer Prevention) หมายถึง การป้องกันและการตรวจเพื่อให้ค้นพบโรคในกลุ่มที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง มีการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่ให้โรคมะเร็งเต้านมลุกลามและกลับเป็นซ้ำ

จึงสามารถสรุปแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันมะเร็งเต้านม ได้ดังนี้

อายุ	วิธีการตรวจคัดกรอง	ความถี่
20 ปีขึ้นไป	ตรวจเต้านมด้วยตนเอง	ทุกเดือน
	ให้แพทย์ตรวจ	ทุก 3 ปี
40 ปีขึ้นไป	ตรวจเต้านมด้วยตนเอง	ทุกเดือน
	ให้แพทย์ตรวจ	ทุกปี
	ทำแมมโมแกรม	ทุกปี

นอกจากการค้นหาความผิดปกติของเต้านมแล้ว ควรจะต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ดังนี้

1. การรับประทานอาหารประเภทผักผลไม้และเมล็ดพืชให้มากขึ้น ลดอาหารไขมันสูงและอาหารที่มีเนื้อแดง

2. การควบคุมน้ำหนัก ความอ้วนหรือน้ำหนักที่มากเกินในวัยผู้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งเต้านม

3. ไม่สูบบุหรี่

4. ลดเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ พบว่า ผู้หญิงที่ดื่มเหล้าเป็นประจำวันละ2-5 แก้ว มีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าผู้หญิงที่ไม่ดื่มเหล้า 1.5 เท่า

5. การออกกำลังกาย จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมลงได้ ร้อยละ 60

6. หลีกเลี่ยงการถูกรังสีที่บริเวณหน้าอกจำนวนมาก

สรุปโรคมะเร็งเต้านม มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การรับประทานอาหารไขมันสูง และฮอร์โมนเพศหญิง การป้องกันที่สำคัญที่สุด ก็คือการตรวจค้นพบมะเร็งเต้านมให้เร็วที่สุดตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งจะสามารถรักษาได้ผลดี โดยวิธีการตรวจค้นหามะเร็งในระยะแรก ทำได้ 3 วิธี ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยแพทย์ และการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม โรคมะเร็งเต้านมสามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อตรวจพบว่าเป็นในระยะเริ่มแรก ตั้งแต่ยังไม่มีอาการ การรักษามะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็งและชนิดของมะเร็งเต้านม มะเร็งบางชนิดอาจจะใช้รักษาโดยการผ่าตัด มะเร็งบางชนิดอาจจะรักษาหลายวิธีร่วมกัน การปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม คือ การออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง งดดื่มสุราและงดสูบบุหรี่

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะต้องทำให้ถูกวิธีและทำเป็นประจำทุกเดือนเพื่อให้ผู้หญิงคุ้นเคยกับธรรมชาติ และความปกติของเต้านมด้วยตนเอง เมื่อใดเกิดผิดปกติ จะได้ทราบและรีบไปพบแพทย์ ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ 7 วันหลังมีประจำเดือน เพราะช่วงเวลานี้เต้านมจะไม่คัดตึงจนเกินไปคลำจะไม่เจ็บ และถ้าประจำเดือนมาสม่ำเสมอควรเลือกตรวจวันเดียวกันของทุกเดือน โดยวิธีการตรวจทั้ง 3 ท่ามีขั้นตอน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548 : 13-28) ดังนี้

1. ท่ายืนหน้ากระจก

1.1 ปล่อยแขนข้างลำตัวตามสบาย เปรียบเทียบเต้านมทั้งสองข้างว่ามีการบิดเบี้ยวของหัวนม หรือมีสิ่งผิดปกติหรือไม่ และบีบหัวนมดูว่ามีของเหลวไหลออกมาหรือไม่

1.2 ประสานมือทั้งสองข้างเหนือศีรษะมองด้านหน้าและด้านข้างของเต้านมดูความสมดุลของรูปทรง มองหารอยบุ๋ม รอยนูนบนเต้านม

1.3 วางมือที่เอว เกร็งอก มองหาก้อน ผิวหนังผิดปกติดึงรั้ง โค้งตัวมาข้างหน้า ในท่านี้เต้านมจะห้อยลงไปตรง ๆ ดูตำแหน่งหัวนม ความสมดุลของรูปทรง ดูเต้านมทั้งสองข้างห้อยลงเหมือนที่เคยเห็นหรือไม่

2. ท่าขณะอาบน้ำ

2.1 สำหรับผู้หญิงที่มีเต้านมขนาดเล็ก ให้วางมือข้างเดียวกับเต้านมที่ต้องการตรวจบนศีรษะแล้วใช้มืออีกข้างคลำในทิศทางเดียวกันกับที่ใช้ในท่านอน

2.2 สำหรับผู้หญิงที่มีเต้านมขนาดใหญ่ ให้ใช้นิ้วมือข้างนั้นประคองและตรวจคลำเต้านมจากด้านล่าง ส่วนมืออีกข้างให้ตรวจคลำจากด้านบน

3. ท่านอนราบ

3.1 นอนในท่าสบาย ตรวจเต้านมขวา ให้สอดหมอนหรือม้วนผ้าใต้ไหล่ขวา

3.2 ยกแขนขวาเหนือศีรษะ เพื่อให้เต้านมด้านนั้นแผ่ราบขึ้น จะทำให้คลำก้อนเนื้อได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะส่วนบนด้านนอกมีเนื้อนมหนามากที่สุด และมีการเกิดมะเร็งบ่อยที่สุด

3.3 ใช้กึ่งกลางตอนบนของนิ้วมือซ้าย (นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง) คลำทั่วทั้งเต้านมและรักแร้ ที่สำคัญคือห้ามบีบเนื้อเต้านมเพราะจะทำให้รู้สึกเหมือนเจอก้อนเนื้อ ซึ่งความจริงแล้วไม่ใช่ และทำวิธีเดียวกันนี้กับเต้านมซ้าย ผู้ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองอาจใช้วิธีการคลำรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งก็ได้

วิธีการคลำ มี 3 แบบ ดังนี้

1. การคลำในแนวก้นหอยหรือตามเข็มนาฬิกา (Clock Pattern) โดยเริ่มจากคลำจากส่วนบนใกล้หัวนม วนเลื่อนนิ้วมือตามเข็มนาฬิกาเป็นวงกลม ขยายวงออกไปเรื่อย ๆ จนถึงฐานเต้านมและบริเวณรักแร้ สำรวจเนื้อเยื่อใต้หัวนมและบีบหัวนมเบาๆดูสิ่งคัดหลั่ง

2. การคลำในแนวรูปลิ่มหรือคลำเป็นรัศมีรอบเต้านม (Wedge Pattern) เริ่มคลำจากส่วนบนของเต้านมจนถึงฐานและขยับนิ้วมือจากฐานถึงหัวนมเป็นรัศมีรอบเต้านมถึงกระดูกไหปลาร้าและบริเวณรักแร้

3. การคลำในแนวขึ้นลงจากใต้ราวนมถึงกระดูกไหปลาร้า หรือคลำตามแนวนอนขึ้นลงขนานกับลำตัว (Vertical Strip) โดยเริ่มคลำจากส่วนล่างด้านนอกของเต้านมเป็นแนวยาวถึงกระดูกไหปลาร้า โดยใช้นิ้วมือทั้งสามนิ้วคลำในแนวขึ้นลงสลับกันไปมาให้ทั่วทั้งเต้านมและในการตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นนอกเหนือจากการตรวจด้วยท่าที่ถูกต้อง การคลำที่ถูกวิธีแล้วควรให้ความสำคัญกับความลึกในการคลำแต่ละครั้งด้วยเพื่อให้การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นไปอย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ วิธีการกด 3 ระดับ มีดังนี้

1. กดเบาๆ เพื่อให้รู้สึกถึงบริเวณใต้ผิวหนัง
2. กดปานกลาง เพื่อให้รู้สึกถึงกึ่งกลางของเต้านม
3. กดหนักขึ้น เพื่อให้รู้สึกได้ถึงส่วนที่ลึกใกล้ผนังปอด

อาการผิดปกติบริเวณเต้านมที่ควรรีบปรึกษาแพทย์

1. คลำพบก้อน ตุ่ม หรือปื้นแข็ง
2. มีอาการบวม แดง ร้อนหรือเต้านมมีสีผิวคล้ำขึ้น
3. มีการเปลี่ยนแปลงของขนาดและรูปร่าง

4. มีการเปลี่ยนแปลงบริเวณผิวหนังเต้านม เช่น ผิวหนังหยาบเหมือนผิวส้ม มีรอยบุ๋ม รอยนูน ย่น

5. หัวนมมีลักษณะดึงรั้ง หรือลอกเป็นเกล็ด หรือมีอาการคัน

6. มีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลจากหัวนม

สรุป การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด ในการค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก ตั้งแต่ยังไม่มีอาการเพื่อจะได้รับการรักษาก่อนที่จะลุกลาม เพราะง่าย ไม่เสียค่าใช้จ่าย สามารถทำได้ด้วยตนเอง เป็นการป้องกันที่สำคัญที่สุด โดยการตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้งเป็นประจำหลังหมดประจำเดือน 7 วัน หากพบก้อนหรือสิ่งผิดปกติใดๆ ควรไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษาต่อไป

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจ

ความหมายของแรงจูงใจ

แรงจูงใจ (Motivation) มาจากรากศัพท์ “Movere” ในภาษาละติน แปลว่า to move หรือ การผลักให้เคลื่อนไหว

แรงจูงใจ (Motives) หมายถึง สิ่งที่กระตุ้นให้อินทรีย์กระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งอย่างมีจุดหมายปลายทาง ซึ่งอาจเกิดจากสิ่งเร้าภายในหรือภายนอกก็ได้ เป็นแรงผลักดันที่ทำให้บุคคลกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งจนสำเร็จ หรืออาจกล่าวว่าเป็นแรงชักนำจากสิ่งที่มาเร้าให้ความต้องการเกิดแรงขับขึ้นมา ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมไปในแนวทางใดแนวทางหนึ่ง แรงจูงใจเป็นกำลังที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมโดยการเร้าภายในตัวบุคคล

แรงจูงใจ หมายถึง ผลของความต้องการภายในของตัวบุคคล และจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าภายนอกทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งออกมาเพื่อบรรลุเป้าหมาย (Plunkett et al., 2005 : 412) แรงจูงใจเป็นพลังกระตุ้นให้บุคลแสดงพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมอันเนื่องมาจากแรงจูงใจนั้นเป็นพฤติกรรมที่มีทิศทางไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ และเป็นพฤติกรรมที่ไม่ล้มเลิกง่าย ๆ (Werner & DeSimone, 2006 : 48-49) นอกจากนี้แรงจูงใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบุคคลยังมีการจัดแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) แรงจูงใจจากภายใน เป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลซึ่งเกิดขึ้นมาเองจากความต้องการทางกายแรงจูงใจแบบนี้จะแตกต่างกันไปตามลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจจะเรียกอีกอย่างว่าแรงจูงใจส่วนบุคคล เช่น ความทะเยอทะยานความอยากรู้อยากเห็น ความคาดหวังความสนใจฯลฯ และ 2) แรงจูงใจจากภายนอกซึ่งเกิดจากสิ่งเร้าภายนอกหรือสิ่งแวดล้อมภายนอกเป็นสิ่งคอยกระตุ้นรวมทั้งยังถูกหล่อหลอมจากวัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อ และค่านิยมของสังคม เช่นอำนาจ เกียรติยศ การยกย่องนับถือ การแข่งขันสภาพและบรรยากาศในการทำงาน ฯลฯ (วิเชียร วิทยอุดม, 2549 : 152)

แรงจูงใจ หมายถึง ผลของความต้องการภายในของตัวบุคคล และจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าภายนอกทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งออกมาเพื่อบรรลุเป้าหมาย แรงจูงใจเป็นพลังกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมอันเนื่องมาจากแรงจูงใจนั้นเป็นพฤติกรรม ที่มีทิศทางไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ และเป็นพฤติกรรมที่ไม่ล้มเลิกง่าย ๆ (สุพานี สฤษฎ์วานิช, 2549 : 40-223; โสภชา อรัญวัฒน์, 2549 : 198-208) แรงจูงใจของมนุษย์แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือแรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation) และแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) โดยแรงจูงใจภายนอกเป็นแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมที่มาจากภายนอกตัวบุคคลหรือมาจากแรงกดดันภายในตัวบุคคลเอง หรือแรงกดดันระหว่างบุคคล เช่น การถูกบังคับ การถูกสั่ง หรือการได้รับรางวัลจากภายนอก พฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นเป็นผลมาจากการถูกควบคุม เมื่อบุคคลรับรู้ว่าสาเหตุของการกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรมของตนไม่ได้เกิดจากความต้องการของตนเอง จะมีผลให้แรงจูงใจภายในของบุคคลนั้นลดลง ส่วนแรงจูงใจภายในหรือแรงจูงใจที่เกิดขึ้นเองเป็นความต้องการภายในที่จะแสดงความสามารถแห่งตน (Competence) และกำหนดด้วยตนเองหรือมีอิสระในตนเองที่กระตุ้น ชี้นำ ริเริ่มให้บุคคลแสดงแบบแผนพฤติกรรมที่มุ่งสู่การบรรลุเป้าหมาย เมื่อบุคคลมีแรงจูงใจภายในจะรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการคิด ตัดสินใจ และสามารถกำหนดการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง (Williams et al., 2002 : 40-50 ; Deci & Ryan, 1985) ในบางภาวะอาจพบว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากแรงจูงใจภายนอกแบบแผนพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก มีพื้นฐานมาจากบุคคลรู้สึกว่า ตนเองมีความสามารถ และมีการกำหนดด้วยตนเองในการมีความสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ รอบตัว (Deci & Ryan, 1991)

แรงจูงใจ มีความหมายเช่นเดียวกับคำว่า สิ่งจูงใจหรือเครื่องล่อ (Incentive) คือ สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการจูงใจอันเป็นตัวทำให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ (อารี พันธ์มณี, 2534 : 179) แรงจูงใจประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่ง คือ แรงจูงใจ (Motive) ได้แก่ ความต้องการ ความสนใจ ทัศนคติ ลักษณะนิสัย ฯลฯ ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดภายในร่างกาย ส่วนที่สอง คือ สิ่งจูงใจหรือเครื่องล่อ (Incentive) ได้แก่ สิ่งเร้าต่างๆ ที่อยู่ภายนอกร่างกาย ซึ่งเป็นตัวกำหนดทิศทางของพฤติกรรม การจูงใจจะมีพลังมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับส่วนสำคัญทั้งสองส่วนนี้

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า แรงจูงใจ หมายถึง ผลของความต้องการภายในของตัวบุคคล และจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าภายนอกทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งออกมาเพื่อบรรลุเป้าหมาย มี 2 ชนิด คือแรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation) และแรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) ในการศึกษาครั้งนี้ต้องการหาแรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีจึงกำหนดให้สื่อต่าง ๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การสาธิต จากหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุข จากวิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ ฯลฯ เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจภายนอก และ

การรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ มีอิสระในการคิด ตัดสินใจ และกำหนดกิจกรรมด้วยตนเอง เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจภายใน

ทฤษฎีกระบวนการจูงใจ (Process Motivation Theory)

ทฤษฎีความต้องการ อธิบายถึงองค์ประกอบของแรงจูงใจ พยายามทำความเข้าใจและอธิบายว่าอะไรจูงใจให้คนเรากระทำพฤติกรรมต่างๆ ในขณะที่ ทฤษฎีกระบวนการแรงจูงใจ พยายามทำความเข้าใจว่า พฤติกรรมของคนเราถูกจูงใจได้อย่างไร และทำไมจึงเป็นเช่นนั้น เช่น ทำไมเขาจึงเลือกเป้าหมายนี้ในการทำงาน ทำไมเขาจึงทำอย่างนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ คนเราประเมินความพอใจต่อเป้าหมายหรือ ความต้องการอย่างไร อาจกล่าวว่าทฤษฎีนี้พยายามเข้าใจกระบวนการคิดของบุคคล ในการกระทำพฤติกรรมนั่นเอง ทฤษฎีที่สำคัญในกลุ่มนี้มีหลายทฤษฎีด้วยกัน ได้เลือกเฉพาะทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ คือ ทฤษฎีความคาดหวัง และทฤษฎีการเสริมแรง เท่านั้น

1. ทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy Theory) เป็นทฤษฎีของวิกเตอร์ วรูม (Victor Vroom) อธิบาย ระดับของแรงจูงใจเป็นไปตามระดับความต้องการที่คนเรามีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และระดับความเป็นไปได้ที่เขาจะได้รับสิ่งนั้น ซึ่งทฤษฎีนี้มีหลักการพื้นฐาน คือ ปัจจัยภายใน (ความต้องการ) และปัจจัยภายนอก (สภาพแวดล้อม) มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมใด ๆ เกิดจากการตัดสินใจด้วนตนเองของบุคคล บุคคลมีความแตกต่างกันในความต้องการ ความปรารถนา และเป้าหมาย บุคคลจะเลือกใช้พฤติกรรมใดย่อมเป็นไปตามการรับรู้ผลต่อเนื่องจากพฤติกรรมนั้น ดังนั้นแรงจูงใจจะเกิดขึ้นได้ด้วย ตัวแปรสำคัญสองตัวประกอบกัน คือ ความคาดหวัง และ คุณค่าของผลลัพธ์

2. ทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement Theory) กำหนดให้บุคคลต้องกระทำในสิ่งที่เราต้องการให้เขากระทำ (Getting people to do what you want them to do) เป็นทฤษฎีการจูงใจที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ของ B.F. Skinner มีหลักสำคัญ คือ เราสามารถควบคุมพฤติกรรมของคนได้โดยวิธีการให้รางวัลหรือวิธีการเสริมแรง เรียกทฤษฎีนี้ในทางจิตวิทยาว่า การปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) หรือ การวางเงื่อนไขปฏิบัติการ (Operant Conditioning) ซึ่งให้ความสำคัญกับผลกรรม (Consequence of Behavior) หรือผลต่อเนื่องเป็นตัวควบคุมพฤติกรรม หรืออีกนัยหนึ่งเรียกว่า การเสริมแรง (Reinforcement)

ทฤษฎีกำหนดด้วยตนเอง

ทฤษฎีการกำหนดด้วยตนเอง (Self-Determination Theory) ของเดซี่และไรอัน (Deci & Ryan, 1991) เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจของมนุษย์ และพัฒนาการของบุคลิกภาพที่อยู่ภายใต้บริบทของสังคม กล่าวถึงระดับของพฤติกรรมที่เกิดจากการกำหนดการกระทำด้วยตนเองของมนุษย์ ซึ่งเป็นระดับสูงสุดที่จะแสดงพฤติกรรมภายหลังการไตร่ตรองแล้ว และตนเองเป็นผู้เลือกที่จะกระทำด้วยตัวเอง

ในทฤษฎีการกำหนดด้วยตนเอง ได้คำนึงถึงความต้องการพื้นฐานทางจิตที่ซ่อนเร้นอยู่ในชีวิตมนุษย์ และเน้นความต้องการเบื้องต้น 3 ประการ (Deci & Ryan, 1991; Deci & Ryan, 1985) ดังนี้

1. ความสามารถแห่งตน (Competence) เป็นความต้องการที่จะมีประสิทธิผลในการจัดสภาพแวดล้อมของตนเองที่เป็นผลสะสมจากการสำรวจ เรียนรู้ และปรับตัวในการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งสะท้อนให้เห็นความต้องการที่จะใช้ความสามารถ และทักษะของตนในการจัดการนั้นตลอดจนการแสวงหา และเอาชนะสิ่งท้าทายที่เหมาะสมกับความสามารถของตน

2. ความสัมพันธ์ (Relatedness) หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นความต้องการที่จะสร้างความผูกพันทางอารมณ์ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แสดงให้เห็นถึงความปรารถนาที่จะมีความเกี่ยวข้องทางอารมณ์ และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลด้วยความเป็นมิตร

3. การกำหนดด้วยตนเอง หรือความต้องการมีอิสระในตนเอง (Self-determination or Autonomy) เป็นความต้องการที่จะมีประสบการณ์ในการเลือก หรือประสบการณ์การรับรู้สาเหตุของการกระทำว่ามาจากภายในตนเองของบุคคลที่จะคิด ริเริ่ม และตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมของตนเอง โดยอยู่บนพื้นฐานความมีอิสระ สามารถกำหนดและตัดสินใจด้วยตนเอง

ความสามารถแห่งตน

ความสามารถแห่งตนเป็นความสามารถในการคิด กำหนด ตัดสินใจเพื่อปฏิบัติพฤติกรรม แสดงให้เห็นถึงการใช้ความสามารถและทักษะของตนเองในการจัดการ เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมเป้าหมาย เป็นการเอาชนะ ท้าทายกับความสามารถของตน (Optimal Challenge) ซึ่งความสามารถแห่งตนเป็นแรงจูงใจที่สำคัญของบุคคลในการแสดงพฤติกรรมที่บุคคลมีความสนใจและมีความสามารถจริง ๆ เป็นการตัดสินความสามารถของตนเอง โดยหากบุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ได้จะเกิดแรงจูงใจให้ริเริ่มและลงมือปฏิบัติกิจกรรม แสดงถึงการมีแรงจูงใจภายในที่เป็นแรงผลักดันให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ให้สำเร็จ ซึ่งตามทฤษฎีการกำหนดด้วยตนเอง พบว่า การเพิ่มแรงจูงใจภายในจากการรับรู้ความสามารถมากขึ้น จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกว่าตนมีอิสระ สามารถกำหนดการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง (Deci & Ryan, 1985)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมีขึ้นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2518 โดยโรเจอร์ (Rogers, 1975 : 93-114) และได้รับการปรับปรุงแก้ไขนำมาใช้ใหม่อีกครั้ง (Rogers & Prentice-Dunn, 1997 : 113-132) ทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และขบวนการของบุคคลเพื่อใช้แก้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่นั้น รวมถึงการประเมินปัจจัยต่างๆ ที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นการเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพ

ปัจจัยที่อาจส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนองอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอกร่างกายบุคคล ได้แก่ ความรุนแรงของโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Perceived probability) และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy)

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความกลัว จะทำให้เกิดสื่อกลางของกระบวนการรับรู้ คือ 1) ทำให้เกิดการรับรู้ในความรุนแรง จนสามารถประเมินความรุนแรงได้ 2) ทำให้เกิดการรับรู้ในการทนสถานการณ์ และเกิดความคาดหวังในการทนรับสถานการณ์ 3) ทำให้เกิดการรับรู้ในความสามารถในการตอบสนองการทนรับสถานการณ์ และ 4) ความคาดหวังในประสิทธิผลตน

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคจะเกิดขึ้นได้เมื่อใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่าการใช้สื่อกระตุ้นตามปกติ แต่การกระตุ้นให้กลัวจะต้องอยู่ในระดับที่เหมาะสมไม่ควรสูงมากเกินไป มิฉะนั้นจะปิดกั้นการรับรู้ของบุคคลนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม จะขึ้นกับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าการไม่ปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายเฉพาะโรคจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรค ส่วนการจะตัดสินใจได้นั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย เช่น ความรุนแรงของโรค เป็นต้น องค์ประกอบที่กล่าวมาแล้วข้างต้น 3 ตัว เป็นองค์ประกอบที่กระตุ้นในทางลบในลักษณะคุกคามสุขภาพ การให้ความสำคัญแก่โรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม จะเริ่มจากการประมวลผลลัพธ์ของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม อาจส่งผลเพิ่มหรือลดการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ตัวอย่างเช่น การหยุดสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่จะหยุดสูบบุหรี่หรือไม่ขึ้นอยู่กับการได้ประเมินว่า สิ่งคุกคามเนื่องจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ การไอระคายเคืองลำคอ ถ้าปล่อยไว้ความรุนแรงจะมาก และมีอาการอื่น ๆ รวมถึงมะเร็งในปอดบุคคลต้องรับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการดังกล่าว และจะมีอาการรุนแรงขึ้นถ้าหากไม่หยุดสูบบุหรี่ การขบคิดแก้ไขปัญหาของบุคคลขบวนการแก้ไขปัญหาเป็นปัจจัยกำหนดว่าจำเป็นหรือไม่ที่บุคคลนั้นต้องปรับท่าทีการตอบสนอง สิ่งนี้เป็นเรื่องของการรับรู้ผลที่จะได้รับจากการตอบสนอง เพื่อที่จะขจัดสิ่งที่มาคุกตนเองอยู่ในขณะนี้ รวมถึงความสามารถของตนเองที่จะสามารถอดทนได้ หรือไม่ต่ออาการกระวนกระวายอันเกิดจากความต้องการสูบบุหรี่ เขาจะต้องใช้ความอดทนเพียงใดต่อขบวนการปรับตัวเพื่อได้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติของความต้องการสูบบุหรี่ สิ่งเหล่าจะถูกนำเปรียบเทียบกับผลที่ได้รับ ทฤษฎีนี้จึงให้ความสำคัญแก่ขบวนการขบคิดแก้ปัญหาของบุคคลแต่ละละคนซึ่งเชื่อว่าตนเองสามารถทำสำเร็จได้หรือไม่ บุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำได้ หรือขาดความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองจะทำสำเร็จมักเกิดจากการรับรู้ว่ามีอุปสรรคต่างๆ ต่อขบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง เป็นการเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ถ้าบุคคลได้รับทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากปฏิบัติ ตามคำแนะนำว่าจะลดความรุนแรง

ของการเกิดโรคได้ และเชื่อว่าถ้าให้การสอนโดยเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยส่งเสริมความตั้งใจในการจะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง ความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง ซึ่งเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยานั้น ขึ้นอยู่กับความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง ประสิทธิผลของตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง แม้บุคคลจะมีความเชื่อสูงกว่าการปฏิบัติตามความแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายน้อยลง แต่ถ้าขาดความมั่นใจในประสิทธิผลของตนเองในการปฏิบัติ ก็จะไม่สามารถจูงใจให้เขากระทำได้

ดังนั้นการเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลจึงไม่ใช่เพียงขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้น แต่ต้องให้บุคคลเกิดความคาดหวังว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ เกิดเป็นผลกระตุ้นทางด้านบวกกับบุคคล ดังนั้นจุดเด่นของทฤษฎีนี้ คือ การสร้างแรงจูงใจที่จะให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันเกิดขึ้นได้นั้น จะต้องเน้นในเรื่องค่านิยมของสิ่งที่เป็นเป้าหมายสุดท้ายที่พึงประสงค์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากตัวอย่างการลดน้ำหนักโดยวิธีการออกกำลังกาย และควบคุมการบริโภคอาหาร ถ้าต้องการจูงใจให้ ควบคุมการบริโภคอาหาร ทฤษฎีจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันจะเป็นทฤษฎีที่เหมาะสมกับเรื่องนี้ เนื่องจากทฤษฎีนี้ได้เสนอการสร้างค่านิยมของบุคคลซึ่งต้องการลดน้ำหนัก เช่นค่านิยมของการมีรูปร่างบอบบางสวยงาม ดังนั้นจำเป็นต้องสร้างมาตรวัดค่านิยมทางสุขภาพ ซึ่งสามารถประเมินผลเชิงปริมาณได้จะเป็นส่วนทำให้ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ดี

ลักษณะสำคัญของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค คือ การแสดงอำนาจในการควบคุมตนเอง ซึ่งแตกต่างจากทฤษฎีกลุ่มความคาดหวัง และค่านิยมอื่น ๆ ซึ่งจะให้ผลเกี่ยวพันที่สำคัญคือทฤษฎีนี้จะให้ทางเลือกต่อพฤติกรรมสุขภาพตัวอย่างเช่น ในกรณีที่ตัวแปรต่าง ๆ ที่จัดการกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนั้น ไม่เพียงพอที่จะจูงใจให้เกิดการป้องกันโรคแล้ว จะต้องให้บุคคลมีความเชื่อในตัวเอง เพื่อให้กิจกรรมป้องกันดำเนินไปได้แต่ต้องระลึกไว้ว่า ในทางทฤษฎีความรู้สึกในประสิทธิผลตนเองจะแยกจากองค์ประกอบด้านอุปสรรค แต่ในเชิงปฏิบัติบุคคลที่มีความรู้สึกของประสิทธิผลของตนเองสูง จะช่วยให้ผ่านพ้นอุปสรรค (ความไม่สบาย ราคาแพง) ต่างๆ เหล่านี้ได้ ในขณะที่บุคคลที่มีความรู้สึกในประสิทธิผลตนเองต่ำ ก็จะถูกอุปสรรคเหล่านี้ครอบงำประสิทธิผลตนเองมีอิทธิพลไม่เพียงทำให้เกิดการเริ่มต้น การตอบสนองการทนรับสถานการณ์ แต่ยังเกี่ยวข้องกับพลังที่ใช้และความอดทนของบุคคลเมื่อต้องเผชิญหน้ากับอุปสรรค

การวัดผลประสิทธิผลการตอบสนอง และประสิทธิผลตนเองเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสที่จะทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม ลดโอกาสเรื่องความรู้สึกว่าค่าใช้จ่ายของการตอบสนองสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายการตอบสนอง (Response Cost) ได้แก่ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย การไม่มีความสุข ความยุ่งยาก ผลข้างเคียง สิ่งที่รบกวนชีวิตประจำวันเป็นต้น การประเมินการทนรับสถานการณ์นั้น

เกิดจากผลบวกของประสิทธิผลการตอบสนองและประสิทธิผลในตนเอง ลบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองที่เหมาะสม จะพบว่า ผลรวมของการประเมินความน่ากลัว และการทนรับสถานการณ์จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันจากลักษณะที่เป็นตัวแปร ที่เข้าแทรกแซงการปฏิบัติแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค จะริเริ่มประคับประคองและชี้นำให้เกิดพฤติกรรมการตอบสนองการทนรับสถานการณ์ที่เกิดจากแรงจูงใจเพื่อการป้องกันอาจเป็นการแสดงพฤติกรรม เช่น เริ่มออกกำลังกาย เริ่มแปรงฟันอย่างสะอาด หรือเป็นการหยุดการกระทำ เช่น หยุดการสูบบุหรี่ หยุดการกินของหวาน เป็นต้น ในฐานะที่เป็นตัวแปรที่เข้าแทรกแซงการปฏิบัติแรงจูงใจ เพื่อการป้องกันโรค อาจจะวัดได้หลาย ๆ วิธีแต่จากสมมุติฐานในทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เชื่อว่าแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคจะวัดได้โดยใช้ความตั้งใจที่จะปฏิบัติ (Intension Behavior)

จากการที่ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันนั้นพัฒนามาจากทฤษฎีและงานวิจัยด้านการติดต่อสื่อสาร ที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และวิธีวัดพฤติกรรมนั้นใช้การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเป็นตัววัด แต่ในแนวคิดทฤษฎีนี้ ใช้ความตั้งใจทางพฤติกรรมเป็นตัววัด มีข้อสังเกตว่าความตั้งใจนั้น อาจขึ้นกับเงื่อนไขของกิจกรรมครั้งเดียว การทำซ้ำ หรือหลาย ๆ ครั้ง ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคจะสูงสุดเมื่อบุคคลเห็นว่าความน่ากลัวที่เกิดขึ้นกับสุขภาพนั้นรุนแรง หรือ บุคคลรู้สึกถึงอันตรายนั้น การตอบสนองที่เหมาะสมนั้นเป็นวิธีที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงความน่ากลัวนั้นให้ดีขึ้นได้ หรือบุคคลมีความเชื่อมั่นว่า เขามีความสามารถพอที่จะตอบสนองให้เหมาะสมได้ ผลดีที่ได้จากการการทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นมีเล็กน้อยมาก และราคาค่าใช้จ่ายเพื่อการตอบสนองที่เหมาะสมนั้นมีเพียงเล็กน้อย

ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้เกิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสมหรือการตอบสนองที่ทนต่อสถานการณ์ ในทฤษฎีแรงจูงใจนี้ได้ทำให้เกิดสมมุติฐานเพิ่มขึ้นภายในกระบวนการประเมินคือ เมื่อรวมองค์ประกอบที่เกิดขึ้นระหว่างการประเมินความน่ากลัวและการทนรับสถานการณ์ก็จะเกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกันขึ้น ซึ่งสมมุติฐานนี้คาดเดาว่าถ้าประสิทธิผลของการตอบสนองและหรือประสิทธิผลในตนเองสูงแล้ว การเพิ่มความรุนแรง และหรืออันตราย จะมีผลทางบวกที่สำคัญต่อความตั้งใจ ในอีกด้านหนึ่งถ้าประสิทธิผลการตอบสนองและ หรือประสิทธิผลในตนเองนั้นต่ำ การเพิ่มความรุนแรงและหรือ ความเป็นอันตรายจะไม่มีทั้งผล หรือผลจากการสะท้อนกลับ (Boomerang Effect) ผลจากการสะท้อนกลับ ได้แก่ คนสูบบุหรี่อยู่แล้วตั้งใจจะเพิ่มการสูบบุหรี่ หรือคนดื่มเหล้าอยู่แล้วตั้งใจจะเพิ่มการดื่มเหล้า เป็นต้น แต่จะลดความตั้งใจที่จะยินยอมทำตามการแนะนำทางสุขภาพ ดังนั้นทฤษฎีนี้จะคาดเดาผลลัพธ์ที่ทำลายกระบวนการตัดสินใจ โดยใช้เหตุผล (Rational Decision Making Process) อย่างสมบูรณ์ มีเงื่อนไขอยู่ 2 เงื่อนไขที่บุคคลจะรู้สึกไม่สามารถจะปกป้องตนเอง

เมื่อ การตอบสนองการทนรับสถานการณ์ที่มีอยู่นั้นไม่มีผล (ประสิทธิผลการตอบสนองต่ำ) ถ้าบุคคลเชื่อว่าเขาไม่สามารถสร้างการตอบสนอง การทนรับสถานการณ์ที่เหมาะสมได้

ข้อมูลพื้นฐานอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร

ข้อมูลทั่วไป

ที่ตั้งและอาณาเขต

อำเภอเมืองชุมพร ตั้งอยู่บริเวณส่วนกลางของจังหวัดชุมพร ห่างจากกรุงเทพมหานครตามทางหลวงหมายเลข 4 (ถนนเพชรเกษม) เป็นระยะทางประมาณ 498 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 675.103 ตารางกิโลเมตร โดยมีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภอท่าแซะ อำเภอปะทิว
ทิศใต้	ติดต่อกับ	อำเภอสวี
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	อ่าวไทย
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง

การปกครองและประชากร

อำเภอเมืองชุมพร แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 17 ตำบล 161 หมู่บ้าน การปกครองท้องถิ่น ประกอบด้วย เทศบาลเมือง 1 แห่ง เทศบาลตำบล 9 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 9 แห่ง

ข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง (ณ 30 มิถุนายน 2554) อำเภอเมืองชุมพรมีประชากรรวม 108,691 คน เป็นชาย 53,869 คน เป็นหญิง 54,822 คน จำนวน 45,239 ครัวเรือน

สถานภูมิประเทศ

สภาพภูมิประเทศทางทิศตะวันตกเป็นเทือกเขาตะนาวศรี เป็นแหล่งต้นน้ำลำธาร แม่น้ำสำคัญคือ แม่น้ำชุมพร ส่วนตอนกลางเป็นที่ราบสลับเชิงเขาเป็นแหล่งผลิตสินค้าเกษตรที่สำคัญ ได้แก่ สวนผลไม้ สวนยาง สวนปาล์ม และด้านตะวันออกเป็นที่ราบชายฝั่งทะเล มีแม่น้ำสายหลัก คือ แม่น้ำท่าตะเภา และคลองระบายน้ำหัววังพนังตัก ติดอ่าวไทยเป็นแหล่งเศรษฐกิจการประมงที่สำคัญ

สภาพภูมิอากาศ

อำเภอเมือง จังหวัดชุมพรได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้และลมมรสุมตะวันออกแยงเหนือ ทำให้มีอากาศชุ่มชื้น มีฝนตกชุกเกือบตลอดปีและมีฤดูฝนยาวนานจากเดือนพฤษภาคมถึงเดือนพฤศจิกายน ฤดูร้อนอากาศไม่ร้อนจัดส่วนฤดูหนาวมีเพียงอากาศเย็นเท่านั้นโดยมีอุณหภูมิเฉลี่ยประมาณ 27.1 องศาเซลเซียส

ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

1.	**กระทรวงสาธารณสุข**			
	โรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 509 เตียง	จำนวน	1	แห่ง
	โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง	จำนวน	1	แห่ง
	ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์	จำนวน	1	แห่ง
	ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย	จำนวน	2/18	แห่ง
	ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง	จำนวน	1	แห่ง
	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล	จำนวน	1	แห่ง
2.	**กระทรวงกลาโหม**			
	โรงพยาบาลค่ายเขตอุดมศักดิ์	จำนวน	1	แห่ง
3.	**สถานพยาบาลเอกชน**			
	โรงพยาบาลเอกชน	จำนวน	2	แห่ง
	คลินิกแพทย์	จำนวน	29	แห่ง
	คลินิกทันตกรรม	จำนวน	11	แห่ง
	สถานผดุงครรภ์	จำนวน	18	แห่ง
4.	**ร้านขายยา**			
	แผนปัจจุบัน	จำนวน	38	แห่ง
	แผนโบราณ	จำนวน	2	แห่ง
5.	**ข้อมูลทรัพยากร**			
	โรงเรียน	จำนวน	66	โรง
	ตลาดสด	จำนวน	5	แห่ง
	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	จำนวน	34	แห่ง
	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน	จำนวน	83	แห่ง
	อสม.	จำนวน	2,521	คน
	ร้านอาหาร/แผงลอย	จำนวน	400	แห่ง
	ร้านจำหน่ายสุรา/บุหรี่	จำนวน	946	แห่ง
	ร้านจำหน่ายอาหารสด	จำนวน	362	แห่ง
	วัด	จำนวน	73	แห่ง

อัตราส่วนประชากรของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

อัตราส่วนประชากรของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำแนกตาม แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนี้

ตารางที่ 2.1 บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ปี 2553

ประเภท	จำนวน (คน)	อัตราส่วน : ปชก.	อัตราส่วน : ปชก. ประเทศตาม GIS
แพทย์	42	1 : 2,580	1 : 3,305
ทันตแพทย์	11	1 : 9,850	1 : 15,143
เภสัชกร	19	1 : 5,703	1 : 8,432
พยาบาลวิชาชีพ	400	1 : 271	1 : 652
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	66	1 : 1,435	1 : 1,250

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร, 2553)

ข้อมูลสถานะสุขภาพ

ตารางที่ 2.2 สถิติชีพอำเภอเมืองชุมพร ปี 2548-2552

ประเภท	จำนวน/อัตรา				
	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552
เกิด/ต่อพันประชากร	(13,626)	(1,694)	(1,623)	(1,456)	(1,111)
	9.3	12	11.4	13.53	10.25
ตาย/ต่อพันประชากร	(498)	(819)	(657)	(950)	(874)
	3.4	5.8	4.6	8.8	8
เพิ่มประชากร/ต่อร้อยประชากร	(4)	(875)	(966)	(506)	(247)
	0.59	0.62	6.8	0.473	0.22
ตายปริกำเนิด/ต่อพันเกิดมีชีพ	(43)	(7)	(10)	(20)	(10)
	3.5	4	6.16	13.73	9

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

ประเภท	จำนวน/อัตรา				
	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552
เด็ก 0 – 5 ปีตาย/ต่อพันเกิดมีชีพ	(3)	(14)	(15)	(24)	(3)
	26.4	8.1	9.2	16.48	2.7
ทารกตาย/ต่อพันเกิดมีชีพ	(0)	(3)	(8)	(4)	(3)
	0	1.6	4.9	2.75	2.7
มารดาตาย/ต่อพันเกิดมีชีพ	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)
	0	0	0	0	0
เกิดไร้ชีพ/ต่อพันเกิดมีชีพ	(2)	(11)	(6)	(11)	(5)
	1.8	6.8	3.7	7.55	4.5

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร, 2553)

สาเหตุการตาย

สำหรับการเสียชีวิตของประชากร จากสาเหตุการตายของมรณบัตร ปี 2553 ของอำเภอเมืองชุมพร พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่

โรคมะเร็งทุกชนิด	82.1	ต่อแสนประชากร
ติดเชื้อ อัตรา	78.4	ต่อแสนประชากร
โรคระบบหายใจ	36	ต่อแสนประชากร
โรคหัวใจ	36	ต่อแสนประชากร
ความดันโลหิต/หลอดเลือด	18.	ต่อแสนประชากร
ตับ	10	ต่อแสนประชากร
วัณโรค	10	ต่อแสนประชากร
เอดส์	3	ต่อแสนประชากร
กลุ่มโรคไต	3	ต่อแสนประชากร
เบาหวาน	1.8	ต่อแสนประชากร

การเจ็บป่วยของประชากร

อัตราป่วยของโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในเขตอำเภอเมือง ปี 2553 พบว่า อัตราป่วยต่อแสนประชากร ดังนี้

1. ไข้ไม่ทราบสาเหตุ อัตราป่วย 1460.8 ต่อแสนประชากร
2. อุจจาระร่วงอัตราป่วย อัตราป่วย 1415 ต่อแสนประชากร
3. ปอดบวม อัตราป่วย 239.5 ต่อแสนประชากร
4. มาลาเรีย อัตราป่วย 218.2 ต่อแสนประชากร
5. ตาแดง อัตราป่วย 140.2 ต่อแสนประชากร
6. ไข้เลือดออก อัตราป่วย 138.6 ต่อแสนประชากร
7. สุกใส อัตราป่วย 110.69 ต่อแสนประชากร
8. อาหารเป็นพิษ อัตราป่วย 63.87 ต่อแสนประชากร
9. วัณโรคปอด อัตราป่วย 59.4 ต่อแสนประชากร

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับศึกษาครั้งนี้มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็น ดังนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ

นิตยา แก้วสอน (2548 : 1-15) ศึกษาแรงจูงใจภายในและพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่า แรงจูงใจภายในมีความสำคัญต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมในผู้ที่เป็นเบาหวาน แรงจูงใจภายในจะทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดมีความต่อเนื่องคงทน ทำให้สามารถควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ แรงจูงใจภายในในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีความสัมพันธ์ในรายองค์ประกอบของแรงจูงใจ ดังนี้ การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการกำหนดด้วยตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ภาวะถูกควบคุมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้ความสามารถแห่งตน การกำหนดด้วยตนเองและภาวะถูกควบคุมในการปฏิบัติพฤติกรรมน้ำตาลในเลือดสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 57.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2550 : 3)

ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการสอนที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมเพื่อเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติ สำหรับสตรีไทยมุสลิม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการชนิดความร่วมมือในเชิงวิชาการ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยมุสลิม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$, $p < .001$, และ $p < .001$ ตามลำดับ การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.4 เป็นร้อยละ 92.0 และสุวัฒนา เกิดม่วง (2550 : บทคัดย่อ) พบว่า ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนก ในเกษตรกร จังหวัดสุพรรณบุรี ส่งผลให้กลุ่มเกษตรกรเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกที่ถูกต้องเหมาะสม ในเรื่องความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .005$ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของสวัสดิ์ เที่ยงธรรม (2547 : 57) ที่ศึกษาแรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า แรงจูงใจไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยที่แรงจูงใจในการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับดี ร้อยละ 93.3 และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.3

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

บงกช เก่งเขตกิจ, เพ็ญศรี ระเบียบ, และสุพรรณี เอี่ยมรักษา (2542 : 87-93) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทย ได้แก่ การรับข่าวสาร การรับรู้อุปสรรค ความรู้เรื่องโรคของเต้านม และการรับรู้โอกาสเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 67.7 แต่มีเพียงร้อยละ 17.3 เท่านั้นที่ตรวจเต้านมทุกเดือน และการศึกษาของเยาวดี วิเศษรัตน์ (2542 : 7-11) ก็พบว่า ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม นอกจากนี้ ฐิตวันต์ พิทักษ์จงวัฒนา (2544 : บทคัดย่อ) ยังได้มีการนำเอาความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ร่วมกับการกระตุ้นเตือนเพื่อส่งเสริมสุขภาพการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลพลพยุหเสนากาญจนบุรี โดยจะมีกิจกรรมการให้ความรู้เป็นเวลา 16 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มสตรีที่ได้รับความรู้มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้

ปาริชาติ ชูประดิษฐ์ (2543 : 39-40) ศึกษาเจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติทางบวกต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีความเชื่อว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีประโยชน์ เป็นวิธีป้องกันโรคที่เกิดกับเต้านมได้ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่ากลุ่มอ้างอิงมีความสำคัญต่อตน มีการสนับสนุนให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองได้แก่ แพทย์ พยาบาล สามี และญาติ เรียงตามลำดับความสำคัญ และกลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยที่เจตคติและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ร้อยละ 17

เรวดี เพชรศิราสัณห์ (2545 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่อธิบายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีมุสลิมในจังหวัดปัตตานี พบว่า สตรีมุสลิมร้อยละ 58 เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 39.6 ตรวจทุกเดือนและร้อยละ 11.6 ตรวจเต้านมครบทุกขั้นตอน ความเชื่อด้านสุขภาพต่อมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง การรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านม การรับรู้ด้านอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการตรวจเต้านมและการรับรู้ต่อสิ่งชักนำการตรวจเต้านมด้วย ตนเองอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ด้านความรุนแรงของมะเร็งเต้านมและการรับรู้ด้านประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับปัจจัยที่สามารถอธิบายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีมุสลิม ได้แก่ การรับรู้ต่อสิ่งชักนำการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการศึกษาโดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีมุสลิมได้ร้อยละ 29.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรรณา โชคสมอทอง (2545 : บทคัดย่อ) วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่มารับบริการในคลินิกวัยทองของโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เป็นแนวทางประกอบการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี เพื่อให้ได้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่เหมาะสมกับสตรีที่มา รับบริการในคลินิกวัยทอง โดยมีสตรีจำนวน 41 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง จากการจัดกิจกรรมตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นในครั้งที่ 1 ผลปรากฏว่าตัวแปรตาม ที่มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน คือ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค มะเร็งเต้านม ส่วนตัวแปรตามอื่น ๆ คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้ร่วมประชุมกลุ่มกับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อวางแผนจัดกิจกรรมเพิ่มเข้าไปในการ พัฒนา ครั้งที่ 2 โดยเน้นกิจกรรมที่จะทำให้กลุ่มทดลอง เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น และได้จัดกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยให้แพทย์มีส่วนร่วม ในกิจกรรม และให้ดูภาพถ่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย กิจกรรมอื่น ๆ จัดเหมือน กับรูปแบบที่พัฒนาครั้งที่ 1 ทุกประการ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ปรากฏว่าตัวแปรตาม ทุกตัวรวมทั้งการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมรีรัตน์ สุภาพ (2547 : 31- 35) ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องโรคมะเร็งเต้านมของผู้หญิงกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไปในมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 50 ของคะแนนเต็ม ได้รับข้อมูลการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 98.4 ได้รับข้อมูลผ่านทางสื่อโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมาคือ แหล่งข้อมูลจากแผ่นพับ ใบปลิว โปสเตอร์ และแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 54.0 และเคยตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอทุกเดือนเพียงร้อยละ 24.3

ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์ และคณะ (2549 : 172-183) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในญาติของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยแหล่งความรู้ของกลุ่มทดลองมาจากญาติเป็น ร้อยละ 61.9 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้มาจากบุคลากรทางสุขภาพ ร้อยละ 81.0 อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า เพียงร้อยละ 66.6 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 85.7 ในกลุ่มควบคุม เท่านั้นที่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง และส่วนใหญ่ตรวจเต้านมด้วยตนเองแต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 78.6 และ 66.7 ตามลำดับ โดยใช้เวลาในการตรวจเต้านมแต่ละข้างส่วนใหญ่อยู่ที่ 1-2 นาทีสำหรับเหตุผลที่ทำการตรวจ หรือไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้น กลุ่มทดลองที่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 57.14 ให้เหตุผลว่าสิ่งที่ทำให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นผลมาจากการที่มีญาติเป็นมะเร็งเต้านม ส่วนกลุ่มควบคุมที่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 54.55 ให้เหตุผลว่าได้รับคำแนะนำจากทั้งแพทย์ พยาบาล สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มให้เหตุผลว่าไม่ทราบวิธีการตรวจ ร้อยละ 66.67 สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนรวมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าในกลุ่มทดลองคะแนนพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองทั้ง 3 ครั้ง คือ ก่อนการให้โปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในแต่ละครั้งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรพิมล คุ้มหมื่นไวย และคณะ (2549 : 36-41) ศึกษาการตรวจเต้านมด้วยตนเองของบุคลากรสาธารณสุข พื้นที่เขตสาธารณสุขที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 87.8 ในจำนวนนี้มีความถี่ในการตรวจเดือนละครั้ง ร้อยละ 36.0 มีความเชื่อมั่นในการตรวจระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 35.8 รู้ระยะเวลาในการตรวจเต้านมถูกต้อง ร้อยละ 55.2 และสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้อง ร้อยละ 63.0 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจเต้านมได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และการให้คำแนะนำผู้อื่น

บวร งามศิริอุดม และคณะ (2550 : 53-61) การศึกษาประสิทธิผลการถ่ายทอดความรู้ และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของ อสม.และสตรีที่มีอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับสถานีอนามัย พบว่า ในตัวอย่างทั้งสิ้น 7,208 คน มีอัตราการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 71.4 โดย อสม.ตรวจเต้านมตนเอง ร้อยละ 92.9 ส่วนสตรีทั่วไปตรวจเต้านมตนเองร้อยละ 65.3 ในส่วนของอสม.พบว่าตรวจถูกวิธีร้อยละ 57.2 ส่วนสตรีทั่วไปตรวจเต้านมเองถูกวิธีร้อยละ 34.1 นอกจากนั้นพบว่า การผ่านการได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะตรวจเต้านมตนเองถูกวิธีร้อยละ 44.0 ส่วนการไม่ได้ผ่านการรับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะตรวจเต้านมตนเองถูกวิธีเพียงร้อยละ 12.2 สำหรับแหล่งที่มาของแหล่งข่าวสารความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมที่สตรีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับมานั้นมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสูงสุด คือ ร้อยละ 30.0 ส่วนแหล่งความรู้เพื่อทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่ามาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสูงสุดถึงร้อยละ 48.3 รองลงมา ได้แก่ อสม.คือ ร้อยละ 13.6 สำหรับเหตุผลที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นเพราะการไม่รู้วิธีตรวจสูงสุดถึงร้อยละ 39.5 จากสตรีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7,208 คน พบว่าเคยพบก้อนในเต้านมรวมทั้งหมดเท่ากับ 298 คน ในจำนวนนี้พบก้อนในเต้านมของกลุ่มสตรีที่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง 282 คน ซึ่งร้อยละ 68.1 ของจำนวนนี้ตรวจพบโดยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่เหลือตรวจพบโดยแพทย์หรือวิธีการอื่น

ดาริน โต๊ะกานิ บุญยิ่ง ทองคุปต์ และประดังพร ทุมมาลา (2552 : 62-73) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่มารับบริการในคลินิกวัยทองของโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองทั้ง 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ขณะยืนหน้ากระจก ท่านสังเกตรูปร่าง ลักษณะสีผิวของเต้านมทั้งสองข้างอย่างละเอียด และท่านใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้บีบหัวนมดูว่ามีอะไรออกมาบ้าง เช่น น้ำเหลือง เลือด น้ำใส ๆ เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านก้มตัวไปข้างหน้าให้เต้านมถ่วงลงไป แล้วสังเกตความผิดปกติของเต้านมทั้งสองข้าง และขณะนอนราบท่านใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง คลำในแนวขึ้นลงจากใต้เต้านมถึงกระดูกไหปลาร้าเพื่อคลำหาก้อนในเต้านม ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสื่อวิทยุหรือโทรทัศน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถอธิบายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 20.4

ดารารัตน์ ชื่นใจ (2553 : 3-7) ศึกษาการรับรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 ปีขึ้นไปในอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ พบว่า การรับรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง เจตคติเรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับดี ส่วนใหญ่เคยตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 91.67 มีพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างไม่เคยตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 8.33 โดยให้เหตุผลว่า ไม่มีเวลาตรวจร้อยละ 39.40 กลัวพบก้อนมะเร็ง ร้อยละ 36.40 และไม่ทราบวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 33.30 การให้ความสำคัญในการตรวจหามะเร็ง เต้านมของสตรีที่ไม่เคยตรวจ ภายหลังจากนี้ตั้งใจจะตรวจร้อยละ 54.50 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 33.30 และไม่ตรวจ ร้อยละ 12.10 และพบว่า อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีการรับรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสถานภาพสมรส รายได้ และการมีบุตร มีการรับรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองไม่แตกต่างกัน สำหรับระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีเจตคติการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน อายุ สถานภาพสมรส และการมีบุตร มีเจตคติการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองไม่แตกต่างกัน อายุ และการมีบุตร มีพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้มีพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองไม่แตกต่างกัน การรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า แรงจูงใจ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง เมื่อบุคคลมีแรงจูงใจภายในจะรับรู้ถึงความสามารถแห่งตน รับรู้ถึงความสามารถในการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรู้เรื่องโรคของเต้านม รวมถึงการรับข่าวสาร จากหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุข การถูกกระตุ้นจากสื่อต่างๆ จากวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ จะทำให้เกิดพฤติกรรมในการตรวจ เต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี ซึ่งผลของการศึกษานี้ผู้วิจัยคาดว่าจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และหากลวิธีในการสร้างแรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี เพื่อค้นหาโรคในระยะแรกเริ่มและลดอัตราตายด้วยโรคมะเร็งเต้านมลง