

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทยและพบมากเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งในสตรีทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550) มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกปี ดังจะเห็นได้จากสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมจากมะเร็งทั้งหมดที่พบในสตรีมารับการรักษาในช่วงปี พ.ศ. 2548-2550 คิดเป็นร้อยละ 35.7-38 และ 39.6 ตามลำดับ ระยะการค้นพบมะเร็งเต้านมครั้งแรกในสตรีส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 และ 3 ทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร (สุรพงษ์ สุภาภรณ์, 2547) ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 60 จะมาพบแพทย์เมื่อระยะของมะเร็งลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองแล้ว (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2546 อ้างถึงใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, 2547) ซึ่งเป็นระยะที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น แต่ถ้าสามารถตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรก ที่ยังไม่แพร่กระจายลุกลามไปและได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุด จะทำให้มีอัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปี ได้ถึงร้อยละ 98 (American Cancer Society, 2005)

ในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมแผนการรักษาของแพทย์ส่วนใหญ่จะทำการตัดเต้านมข้างที่เป็นมะเร็งออกถึงร้อยละ 43 รองลงมาจะเป็นการฉายรังสีร่วมกับการให้เคมีบำบัดร้อยละ 13 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550) การสูญเสียเต้านมเป็นการสูญเสียภาพลักษณ์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (นันทพร พิชะยะ, 2546) รวมถึงยังมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพในชีวิตสมรส (ธนินา น้อยเปียง, 2545) เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ารุนแรง ทำให้ขาดความสนใจในการมีเพศสัมพันธ์และมีกิจกรรมทางเพศลดน้อยลง (ปัทมา คุปตจิต, 2533) นอกจากนี้ การรักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับการให้เคมีบำบัดยังก่อให้เกิดอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ผื่นผิวหนังอักเสบ คัน ทานอาหารไม่ได้ มีแผลในปาก กลืนอาหารลำบาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด (ศุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536) จากสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปก่อให้เกิดผลกระทบกับครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกมากที่สุด เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในสมาชิกบุคคลใด บุคคลหนึ่ง ย่อมมีผลกระทบไปยังคนอื่น ๆ ในครอบครัวทั้งระบบด้วย (Wright & Leahey, 2005) กล่าวคือเมื่อสตรีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม สตรีต้องลดบทบาทและหน้าที่ของตนเองลง เป็นผู้รับการเยียวยาครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุด ที่ประกอบด้วยระบบย่อยต่าง ๆ ในครอบครัว เช่น สามี-ภรรยา, บิดา-มารดา, มารดา-บุตร จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของตนเอง ทั้งในด้านของการรับบทบาทและการดูแลกิจวัตรประจำวันแทนผู้ป่วยทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล

(นิยา สออารีย์, 2546) เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินอยู่ในภาวะที่สมดุลต่อไปได้

มะเร็งเต้านมสามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าตรวจพบและให้การรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งถ้าสตรีสามารถตรวจพบก้อนมะเร็งที่เต้านมได้ในระยะแรก ๆ จะช่วยลดระยะเวลาของการรักษา ช่วยให้สตรีกลับมาปฏิบัติหน้าที่และบทบาทของตนเองได้เร็วขึ้น จะช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวได้เป็นอย่างดี การตรวจเต้านมมีวิธีการตรวจ 3 วิธี ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การถ่ายเอ็กซเรย์เต้านม และการตรวจเต้านมโดยแพทย์ แต่เนื่องจากวิธีการตรวจโดยการถ่ายเอ็กซเรย์เต้านมถึงแม้จะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการค้นหาความผิดปกติของเต้านมมากที่สุดแต่การถ่ายเอ็กซเรย์เต้านมยังมีราคาแพง ต้นทุนในการให้บริการสูง จึงยังเป็นข้อจำกัดในการให้บริการ ส่วนการตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข เนื่องจากบุคลากรทางสาธารณสุขมีจำนวนน้อยจึงไม่เพียงพอต่อความครอบคลุมการตรวจเต้านมของสตรี การตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงเป็นอีกวิธีที่สตรีควรให้ความสำคัญเนื่องจากจะช่วยให้สตรีลดความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมลง ถ้าตรวจเจอก้อนผิดปกติได้ในระยะแรก ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ มีความเป็นส่วนตัวและสามารถตรวจได้อย่างสม่ำเสมอ แต่กลับพบว่าสตรีส่วนใหญ่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเหตุผลหลักเนื่องจากการไม่รู้วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (วรรณ ประสารอิทธิคม, นริมาลย์ นีละไพจิตร, และสุภา สุรเศรษฐวงศ์, 2549) และไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเลย (Ahmad, Cameron, & Stewart, 2005) แม้ในสตรีที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ครึ่งหนึ่งของสตรีเหล่านี้ยังไม่รู้ว่าตนเองมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม (West, 2003)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าแม้ความรู้จะเป็นสิ่งสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองแต่การได้รับความรู้ที่ดีเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังการศึกษาของ บวร งามศิริอุดม (2550) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการถ่ายทอดความรู้และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีจำนวน 6,384 คน ก็พบว่ามีผู้ไม่เคยตรวจเต้านมเลยถึง 1,046 คน (ร้อยละ 16.4) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิทยา สวัสดิ์ภูมิพงษ์ (2548) ที่ศึกษาความครอบคลุมของการตรวจมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีในเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตากปี 2548 จำนวน 1,594 คน พบว่าในกลุ่มอายุ 35 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 82.2 เคยได้รับความรู้และฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและร้อยละ 87.8 เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่เพียงร้อยละ 57.5 ที่ตรวจสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละครั้ง และการศึกษาของ วรรณ ประสารอิทธิคม และคณะ (2549) ที่ศึกษาเรื่องการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยของสตรี ในชุมชนแขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพมหานคร จำนวน 110 คน ได้ติดตามเก็บข้อมูลการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นเวลา 8 เดือน พบว่าการตรวจเต้านมตนเองเพิ่มขึ้นในระยะแรกหลังได้รับความรู้และมีแนวโน้มลดลงเมื่อเวลาผ่านไป

จะเห็นได้ว่า ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถที่จะช่วยให้สตรีมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง จึงน่าจะมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เช่น ความเชื่อ เนื่องจาก ความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติ ปฏิบัติตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้น ๆ (ทรงพร จันทรพัฒน์, วัฒนา ศรีพจนารถ และยูเลียนนา พงศ์ธนาสาร, 2541) ความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สตรีที่มีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก็จะไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังการศึกษาของ Jarvandi, Montazeri, Harirchi and Kazemnejad (2006) ที่ศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมของครูชาวอิหร่านกับการตรวจพบมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 578 คน พบว่า ร้อยละ 36 ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเพราะเชื่อว่าไม่จำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของ Nahcivan and Seeginli (2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีกลุ่มตัวอย่างชาวตุรกี จำนวน 438 คน พบว่าร้อยละ 49 มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่มีเพียงร้อยละ 5 ของกลุ่มนี้เท่านั้นที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอทุกเดือน โดยที่ร้อยละ 58 ของสตรีกลุ่มที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่เชื่อว่าตนเองมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งเต้านม และร้อยละ 38 ไม่เชื่อว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคที่รุนแรง นอกจากนี้ การศึกษาของ West (2003) ที่ศึกษาผลกระทบของประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมในครอบครัวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและทัศนคติในสตรีชนบทชาวอเมริกันเชื้อชาติแอฟริกันที่มีเศรษฐกิจต่ำ จำนวน 320 คน พบว่าร้อยละ 80 ไม่ตระหนักว่าตนเองมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งเต้านมได้ การศึกษาของ เมริธัน สุภาพ, จิราพร เขียวอยู่, สุธีร์ รัตนมงคลกุล, มาลินี เหล่าไพบุลย์ และสมเกียรติ โพธิ์สัตย์ (2550) ที่ศึกษา การรับรู้และพฤติกรรมการตรวจหา มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกของผู้หญิงกลุ่มอายุ ตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปในมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 374 คน พบว่า ร้อยละ 37.4 ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยวิธีการตรวจจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ ตรวจจากการถ่ายภาพรังสี หรือตรวจเต้านมด้วยตนเองเลย โดยเหตุผลหลักเนื่องจากเชื่อว่าตนเองจะไม่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี น่าจะช่วยให้สตรีมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง นอกจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อแล้ว บุคคลในครอบครัว อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวที่มีความรัก ความผูกพัน ใกล้ชิดกันมากที่สุด เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า จึงมีความต้องการที่จะดูแลตนเองเพื่อให้มีความแข็งแรงทางด้านสุขภาพร่างกาย โดยเฉพาะในระบบย่อยสาลี-ภรรยา ที่เป็นระบบย่อยในครอบครัวที่มีความรัก ความผูกพันกันมากที่สุดจะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของภรรยาได้ ในสตรีที่แต่งงานแล้วบทบาทของสามีจะช่วย

ส่งเสริมให้เกิดอำนาจในการตัดสินใจของภรรยาและการมีส่วนร่วมระหว่างคู่สมรส จะทำให้สตรีรู้สึกมีความสุข (Coyne & Anderson, 1999) การศึกษาของ Criswell (1981) เกี่ยวกับการจัดการตนเองกับทักษะการตรวจเต้านมและการปฏิบัติที่บ้าน โดยมีการฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมในทีมคู่สามี-ภรรยา จำนวน 26 คน กับทีมภรรยาจำนวน 26 คนพบว่า การฝึกปฏิบัติโดยทีมคู่สามี-ภรรยา มีความสัมพันธ์กับความถี่ของการตรวจเต้านมมากกว่าทีมภรรยาเพียงคนเดียว แสดงให้เห็นว่าบทบาทของสามีสามารถช่วยสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Park, Hur, Kim and Song (2007) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้ ทัศนคติที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยที่ส่งเสริมของสตรีชาวเกาหลีและสามีเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าการได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากสามีช่วยส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองและส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีและสามี ต่อความเชื่อและพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยให้เข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมด้วย เพื่อส่งเสริมให้สตรีเกิดพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองและเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งเต้านมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีและสามี ต่อความเชื่อและพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สมมุติฐานของการวิจัย

1. สตรีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อ มีความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ ในระยะหลังการทดลอง
2. สามีของสตรีกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อ มีความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติในระยะหลังการทดลอง
3. สตรีกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อ มีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ ในระยะหลังการทดลอง
4. สตรีกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อ มีความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ ในระยะติดตามผล

5. สามีมของสตรีที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อ มีความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ ในระยะติดตามผล
6. สตรีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อ มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ ในระยะติดตามผล
7. สตรีกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อ มีความเชื่อเกี่ยวกับ มะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
8. สามีมของสตรีกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อ มีความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
9. สตรีกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อ มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
10. สตรีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อ มีความเชื่อเกี่ยวกับ มะเร็งเต้านม ในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง
11. สามีมของสตรีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อมีความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง
12. สตรีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อ มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง

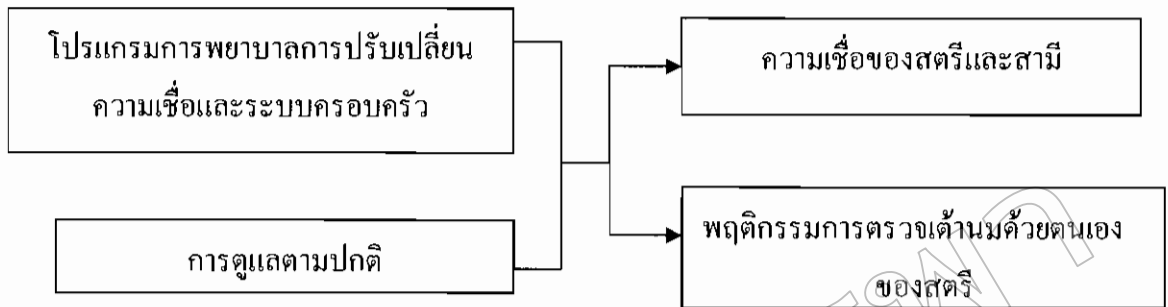
กรอบแนวคิดในงานวิจัย

กรอบแนวคิดสำคัญที่ใช้เป็นแนวทางในโปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีและสามีมและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีระบบครอบครัว (Family System Theory) ของ Friedman, Bowden and Jones (2003) และรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model) ของ Wright and Bell (2009) มาเป็นกรอบแนวคิด ระบบครอบครัวประกอบด้วยระบบย่อยหลายระบบ เช่น ระบบย่อยคู่สมรส ระบบย่อยบิดา-มารดา ระบบย่อยพี่-น้อง ซึ่งระบบย่อยเหล่านี้ มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน มีปฏิสัมพันธ์กันทั้งในระบบย่อยของตนเองและระหว่างระบบย่อยในครอบครัว มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา และมีขอบเขตภายในระบบย่อยและระบบใหญ่ของครอบครัว เป็นระบบที่มีความสมดุลอยู่ภายในตนเอง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในส่วนใดส่วนหนึ่งของครอบครัว จะมีผลกระทบต่อส่วนอื่นของครอบครัวด้วย

เมื่อเกิดมีปัญหาทางด้านสุขภาพในครอบครัว ครอบครัวจะมีการแสวงหาแนวทางต่าง ๆ ในทั้งในด้านของการส่งเสริมสุขภาพและการรักษา เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพร่างกายที่ดีของ

สมาชิกในครอบครัว ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ครอบครัวมี เนื่องจากความเชื่อเป็นปัจจัยพื้นฐานของ การเกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ความเชื่อเป็นความรู้สึกมั่นใจในบางสิ่งบางอย่าง แต่ละบุคคลมีความเชื่อ ไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์หรือความรู้ที่ได้รับทั้งทางตรงและทางอ้อม นั่นคือ เมื่อ ครอบครัวเชื่อว่าข้อมูล ข่าวสารหรือสิ่งต่าง ๆ ที่ครอบครัวได้รับมีประโยชน์ต่อสุขภาพของบุคคล ในครอบครัว ก็จะมีการรับเอาข้อมูลข่าวสาร หรือสิ่งเหล่านั้นเข้ามาปฏิบัติเป็นความเชื่อที่ส่งเสริม ให้เกิดความสำเร็จ (Facilitating Beliefs) ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวมีการดูแลกัน เอาใจใส่กัน ซึ่งทำให้บุคคลในครอบครัวได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อ ตอบสนองความต้องการของครอบครัว ในทางตรงกันข้ามถ้าครอบครัวเชื่อว่าสิ่งนั้นไม่มีประโยชน์ ปฏิบัติแล้วไม่เกิดผลดี ต่อสุขภาพ โดยปราศจากความเป็นจริง (Constraining Beliefs) ครอบครัว ก็จะไม่นับสิ่งนั้นเข้ามาและไม่สนับสนุนให้สมาชิกปฏิบัติด้วย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสมาชิก ในครอบครัวและเกิดความเจ็บป่วยตามมาได้

พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แม้จะเป็น พฤติกรรมส่วนบุคคลที่เน้นเฉพาะสตรีแต่การที่จะช่วยผลักดันให้สตรีได้แสดงพฤติกรรมการตรวจ เต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องออกมา ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนความเชื่อทั้งสตรีเองและครอบครัว ด้วยเหตุผลที่ว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเอง สตรีต้องตระหนักถึงความสำคัญเป็นอย่างมากเนื่องจาก ต้องทำการตรวจเต้านมตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อทราบถึงลักษณะปกติของเต้านมตนเองและเมื่อเกิด ความผิดปกติจะรู้ได้ทันที ครอบครัวและผู้ที่อยู่ใกล้ชิดจึงต้องเข้ามามีบทบาทในการกระตุ้นให้เกิด พฤติกรรมดังกล่าว รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model) เป็นการสนทนากับ บัค ที่เชื่อว่าการหายหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอยู่ในบริบทของความรัก (Context of Love) การเชื่อเชิญให้ สมาชิกและครอบครัวที่มีความรัก ความผูกพันมาบอกเล่าถึงเรื่องราวความเจ็บป่วย (Illness Narratives) จะช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่มีต่อการดูแลสุขภาพ ช่วยให้สมาชิกและ ครอบครัวเข้าใจถึงความเชื่อที่มีทั้งความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและความเชื่อที่ทำให้เกิดความสำเร็จ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านความคิด (Cognitive) อารมณ์ (Affective) และพฤติกรรม (Behavior) การประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model) มาใช้ในการส่งเสริม พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการนำระบบย่อยคู่สมรสซึ่งเป็นระบบย่อยที่มีความสัมพันธ์ ความรักและความผูกพันกันอย่างเหนียวแน่น น่าจะช่วยส่งเสริมให้สตรี เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องของสตรีขึ้นได้ จึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยตัวแสดง ในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในงานวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. สตรีและสามีกลุ่มที่ได้โปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ได้รับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่มีต่อการดูแลสุขภาพ ช่วยให้สตรีสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองได้
2. ได้รูปแบบการพยาบาลใหม่เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี สามารถนำมาใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมการปฏิบัติงานมะเร็งเต้านมเพื่อส่งเสริมให้สตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. ได้แนวทางสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ โดยการนำโปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. งานส่งเสริมสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ได้จากการวิจัยนี้ ไปปรับใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้มีรูปแบบในการปฏิบัติงาน สามารถดูแลครอบครัวได้อย่างครอบคลุม
5. เป็นแนวทางศึกษาวิจัย โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปประกอบการศึกษาวิจัยในเรื่องอื่น ๆ ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีและสามี ต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35-60 ปี ที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับสามีโดยไม่คำนึงถึงสถานภาพสมรสทางกฎหมาย และอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านแพรง อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความเชื่อของสตรีและสามี หมายถึง ประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่ได้รับมาก่อนด้วยตนเอง

สตรี หมายถึง สตรีที่มีอายุ 35-60 ปี สมรสแล้ว ไม่เคยได้รับการตรวจหรือการวินิจฉัยว่ามีก้อนผิดปกติที่เต้านมข้างใดข้างหนึ่ง และอยู่ร่วมกับสามีโดยไม่คำนึงถึงสถานภาพสมรสทางกฎหมาย

สามี หมายถึง สามีของสตรีที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกับสตรี โดยไม่คำนึงถึงสถานภาพสมรสทางกฎหมาย

โปรแกรมการพยาบาลการปรับเปลี่ยนความเชื่อ หมายถึง การจัดกิจกรรมการพยาบาล โดยประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness-Belief Model) ของ Wright and Bell (2009) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสนทนากับผู้ป่วย ประกอบด้วย การสร้างบริบทการเปลี่ยนแปลง การค้นหา เปิดเผย แยกแยะความเชื่อ การปรับเปลี่ยนอุปสรรคและส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง 3) การสะท้อนคิดและ 4) สรุปผลการสนทนา

การดูแลตามปกติ หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลบ้านแพรง อำเภอบ้านแพรง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ให้ความรู้และคำแนะนำในเรื่องของมะเร็งเต้านมและอธิบายถึงขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แก่สตรีที่มาใช้บริการในกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

พฤติกรรมการตรวจเต้านม หมายถึง การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีโดยประเมินจากความเหมาะสมของช่วงเวลา ความถี่ในการตรวจและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง