

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม
ในโรงพยาบาลสระบุรี

นายสุรกิจ พรชัย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2561

Factors Affecting Doctor-Visit Behaviors among Patients with Breast Tumor
at Saraburi Hospital

Mr.Suragit Pornchai



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health in Hospital Administration

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2018

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม
ในโรงพยาบาลสระบุรี

ชื่อและนามสกุล นายสุรกิจ พรชัย

วิชาเอก บริหารโรงพยาบาล

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริินภา

2. รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีสักกะลิน

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2562

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุลธิ ทองวิเชียร)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริินภา)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีสักกะลิน)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณา รุ่งโรจน์วณิชย์)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม
ในโรงพยาบาลสระบุรี

ผู้วิจัย นายสุรภิก พรชัย **รหัสนักศึกษา** 2565000243 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2) รองศาสตราจารย์ ดร.พานี
สีตกะลิน **ปีการศึกษา** 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) พฤติกรรมมารมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี (2) ความรู้การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มารมาพบแพทย์ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มารมาพบแพทย์ กับพฤติกรรมมารมาพบแพทย์ และ (4) อิทธิพลของความรู้การรับรู้ ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มารมาพบแพทย์ ต่อพฤติกรรมมารมาพบแพทย์

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านม ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลสระบุรีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบกับผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ระหว่าง 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่มีความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.73-0.81 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารมาพบแพทย์เร็วหรือภายใน 1 เดือนหลังพบก้อนที่เต้านมคิดเป็นร้อยละ 61.7 และมีระยะเวลามารมาพบแพทย์เฉลี่ย 145.09 วัน (2) ผู้ป่วยมีความรู้อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 50 การรับรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 61.7 มีความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองในระดับมากร้อยละ 63.3 มีสิ่งชักนำให้มารมาพบแพทย์ในระดับมากร้อยละ 54.7 (3) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่ามีความสัมพันธ์ที่ความสัมพัทธ์กับพฤติกรรมมารมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ (4) ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารมาพบแพทย์เร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือความรู้ที่ลดโอกาสการมีพฤติกรรมมารมาพบแพทย์เร็ว และสิ่งชักนำให้มารมาพบแพทย์ที่เพิ่มโอกาสการมีพฤติกรรมมารมาพบแพทย์เร็ว

คำสำคัญ พฤติกรรมมารมาพบแพทย์ ก้อนที่เต้านม ความรู้ สิ่งชักนำ

Thesis title: Factors Affecting Doctor-Visit Behaviors among Patients with Breast Tumor at Saraburi Hospital

Researcher: Mr.Suragit Pornchai; **ID:** 2565000243; **Degree:** Master of Public Health;

Thesis advisors: (1) Dr.Nittaya Pensirinapa, Associate Professor; (2) Dr. Panee Sitakalin, Associate Professor; **Academic year:** 2018

Abstract

This research aimed to study: (1) doctor-visit behaviors; (2) knowledge and perception of breast tumor/cancer, interest in breast self-examination and cues to action for doctor visits; (3) relationships between knowledge and perception of breast tumor/cancer, interest in breast self-examination and cues to action for doctor visits; and (4) influence of knowledge and perception, interest in breast self-examination and cues to action for doctor visits, all among patients with breast tumor at Saraburi Hospital.

The study was conducted in 128 breast tumor patients selected using the systemic random sampling from those who attended the Surgical Outpatient Department at Saraburi Hospital, from 1 January through 31 December 2015. Data were collected using a questionnaire with reliability values of 0.73–0.81. Statistics used for data analysis included descriptive statistics, chi-square, Pearson product-moment correlation, and multiple logistic regression.

The results showed that: (1) of all respondents, 61.7% visited the doctor early or within 1 month after their breast tumor was detected, or 145.09 days on average; (2) as for tumor/cancer knowledge and perception, 50% of them had a low level of knowledge and 61.7% had a moderate level of perception, 63.3% had a high level of interest in breast self-examination, and 54.7% had a high level of cues to action for doctor visits; (3) only their tumor/cancer knowledge was significantly associated with doctor-visit behaviors; and (4) based on a logistic regression analysis, their levels of tumor/cancer knowledge significantly decreased the chance of early doctor visits and the cues to action significantly increased the chance of early doctor visits.

Keywords: Doctor-visit behavior, Breast tumor, Knowledge, Cues to action

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริวินภา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.พาดิณี สีตกะลิน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่กรุณาสละเวลาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จโดยสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์สุนิรัตน์ ศรีสินธุ์ อาจารย์สมศิริ พันธุ์ศักดิ์ศิริ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรณี วัฒนสมบูรณ์ ที่สนับสนุนให้กำลังใจให้โอกาสศึกษาต่อ และเป็นผู้เชี่ยวชาญทั้งสามท่านที่กรุณาสละเวลาตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ ในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรีรวมถึงขอบคุณเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสระบุรี เพื่อนนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพทุกท่านที่ให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือในทุกด้านกับผู้วิจัยเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบคุณครอบครัวที่ให้กำลังใจที่ดี และให้การสนับสนุนมาด้วยดี ตลอดจนผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

สุรกิจ พรชัย

มกราคม 2562

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย:	5
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
ขอบเขตของการศึกษา	7
คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	10
พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม	22
กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE Framework	27
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model หรือ HBM)	36
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	41
การป้องกันและรักษาโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลสระบุรี	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล	60
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	61
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	62
คุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตานม	62
การวิเคราะห์ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม	66
ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม	68
การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเพื่อหาอิทธิพลของตัวแปรต้น ต่อตัวแปรตาม	69
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	72
สรุปการวิจัย	72
อภิปรายผลการวิจัย	74
ข้อเสนอแนะ	77
บรรณานุกรม	82
ภาคผนวก	90
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย	91
ข แบบสอบถาม	93
ค การแปลผลคะแนนรายข้อ	104
ง เอกสารรับรองโครงการวิจัย	112
ประวัติผู้วิจัย	114

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง เต้านม	56
ตารางที่ 3.2 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม	56
ตารางที่ 3.3 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมาพบแพทย์	57
ตารางที่ 3.4 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการมาพบแพทย์	58
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เต้านมจำแนกตามข้อมูล เกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากร (N=128)	62
ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลสุขภาพและระยะเวลา มาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เต้านม	65
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของความรู้ การรับรู้ ความสนใจในการตรวจเต้านม สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ และพฤติกรรมการมาพบแพทย์	66
ตารางที่ 4.4 ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น (ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านม ของตนเองและสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์) กับพฤติกรรมการมาพบแพทย์	68
ตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเพื่อหาอิทธิพลของตัวแปรต้นกับพฤติกรรม การมาพบแพทย์	70
ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของตัวแปรต้น (ความรู้เกี่ยวกับก้อน และโรคมะเร็งเต้านม และสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์) กับพฤติกรรมการ มาพบแพทย์	70

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ภาพที่ 2.1 การดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE Framework	28
ภาพที่ 2.2 แสดงกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE Framework (Green and Kreuter 1991).....	28
ภาพที่ 2.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker 1975)	37
ภาพที่ 2.4 อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30-70 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี	46



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก องค์การอนามัยโลกพบว่า ในปีพ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 12.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งราว 7.6 ล้านคน หรือคิดเป็น 13% จากสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตพบได้มากกว่าการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียรวมกัน โรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งต่อมลูกหมาก ในบรรดาผู้ป่วยใหม่จำนวน 12.7 ล้านคน พบมะเร็งเต้านม 1.38 ล้านคน ซึ่งมากเป็นอันดับสองของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต 7.6 ล้านคน เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 458,000 คน มากเป็นอันดับห้าของผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั้งหมด องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 21.4 ล้านคน และคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตราว 13 ล้านคน และประมาณร้อยละ 70 ของผู้เสียชีวิตจะอยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงต่ำ ขณะเดียวกันสถาบันมะเร็งแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการคำนวณสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยจากหน่วยทะเบียนมะเร็งระดับประชากร 16 แห่ง ทั่วประเทศ โดยข้อมูลสถิติโรคมะเร็ง ในปี พ.ศ. 2548 (อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคนอื่นๆ 2550) มีจำนวนผู้ป่วยใหม่ 98,852 คน เป็นเพศชาย จำนวน 48,596 คน และเพศหญิงจำนวน 50,256 คน โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อยมาก 5 อันดับแรกในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่และจากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณ 61,082 คน เป็นเพศชาย 35,437 คน เป็นเพศหญิง 25,645 คน ซึ่งถือเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเพศหญิง มีจำนวนผู้เสียชีวิต 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และ มะเร็งลำไส้ใหญ่ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสำคัญ 5 อันดับแรกของประเทศ คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งคิดเป็น 56.38% ของมะเร็งทั้งหมด (แผนการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งแห่งชาติ 2556)

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยสตรีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้หญิงทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2550 มีสตรีที่เสียชีวิตจาก

มะเร็งเต้านม จำนวน 40,480 ราย และพบผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกถึง 1,300,000 ราย ในปี พ.ศ. 2551 พบอุบัติการณ์สูงสุดในทวีปอเมริกาเหนือออสเตรเลียและยุโรปตะวันตก ส่วนในทวีปเอเชียยังถือว่าอุบัติการณ์การเกิดยังมีน้อย (American cancer society 2013) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน สูญเสียโอกาส สูญเสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เป็นภาระทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และต่อสังคม

ในประเทศไทยมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในสตรี รองลงมา ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งปอดตามลำดับ ในปี 2549-2553 พบว่าอัตราการเพิ่มของมะเร็งเต้านมมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าเมื่อเทียบกับการเพิ่มของมะเร็งปากมดลูกและสถิติอัตราการเสียชีวิตของประชากรไทยจากโรคมะเร็ง 5 ปีย้อนหลัง พบว่า มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 รองจากมะเร็งตับ มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด และมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยมีอัตราการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2549 และ 2553 คือ 6.3 และ 7.7 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2554) และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจำนวน 13,184 ราย เสียชีวิตประมาณ 4,665 หรือ 12 รายต่อวัน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2557) ปัจจุบันยังไม่สามารถลดจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมให้น้อยลงหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ได้ เนื่องจากไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมที่แท้จริง (โสพรรณ โทพะยะ 2532)

กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผน 7 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention) ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary Prevention-Treatment) ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ยุทธศาสตร์ที่ 6 ด้านการวิจัยเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer Control Research) และยุทธศาสตร์ที่ 7 ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็ง (Capacity Building) เพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง โดยการศึกษาจะมุ่งเน้นไปที่ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก

ถึงแม้ว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่ร้ายแรงที่พบมาก และมีอัตราการตายสูง อีกทั้งยังเป็นโรคทั้งระบบ (Systemic disease) ที่ลุกลามไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียงตลอดจนเนื้อเยื่อทั่วร่างกาย แต่มะเร็งเต้านมก็สามารถรักษาหายได้ และการพยากรณ์โรคค่อนข้างดีถ้าสามารถตรวจพบในระยะเริ่มแรก (Loescher 2004) การพยากรณ์ของโรคมะเร็งเต้านมนั้นขึ้นอยู่กับระยะของโรคขณะตรวจพบ

ถ้าพบว่าโรคมะเร็งยังคงอยู่เฉพาะเต้านมและได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 81 แต่ถ้ากระจายไปสู่อวัยวะที่ไกลออกไปมีอัตราการรอดชีวิตเพียง ร้อยละ 26 (วรรณุช เกียรติพงษ์ถาวร 2552)

โรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 750 เตียงมีความเชี่ยวชาญในการรักษาโรคตติยภูมิโดยเฉพาะโรคมะเร็ง ได้มีการศึกษาถึงอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีที่ 5 ปีของการรักษาโรคมะเร็งเต้านมคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะศูนย์และระยะที่หนึ่งมีอัตราการรอดชีวิตเท่ากับร้อยละ 100 ระยะที่สองเท่ากับร้อยละ 93.7 ระยะที่สามเท่ากับร้อยละ 52.57 และระยะที่สี่ร้อยละ 9.1 ตามลำดับ (สุรกิจ พรชัย 2557) ซึ่งไม่ได้แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ แต่จำนวนผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลสระบุรีพบว่าผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลสระบุรีพบว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก (ระยะศูนย์ ระยะที่หนึ่งและระยะที่สอง) เพียงร้อยละ 53.6 ระยะลุกลาม (ระยะที่สาม) ร้อยละ 35.5 และระยะแพร่กระจาย (ระยะที่สี่) ร้อยละ 11.1 ตามลำดับ (สุรกิจ พรชัย 2557) ซึ่งเมื่อเทียบกับเป้าหมายในยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งจะต้องพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลสระบุรีได้มีการรณรงค์ตามยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกคือ ส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว แต่สตรีส่วนมากเมื่อตรวจพบความผิดปกติที่เต้านมแล้วไม่มาพบแพทย์ ซึ่งอาจมีปัจจัยและสาเหตุมาจากหลายประการ จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรค เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและวิธีการติดต่อของโรคและผลของการเป็นโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลมีความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งเบคเกอร์ (Becker 1975) กล่าวว่า บุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรค ถ้าหากไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นๆ ซึ่งความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของบุคคลในการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมและก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้น การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต้องมีความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่ง แต่การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอย่างได้ผลนั้น นอกจากบุคคลต้องมีความรู้แล้วยังต้องขึ้นอยู่กับความเชื่อด้วย เพราะความเชื่อเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ความเชื่อ หมายถึง ความแน่ใจ ความเชื่อมั่นในปรากฏการณ์นั้นว่าถูกต้องเป็นจริง (Green and Kreuter 1980) ความเชื่อ คือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้และทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเชื่อนั้นๆ (จรรยา สุวรรณทัต 2524) ซึ่งความเชื่อของบุคคล ขึ้นอยู่กับความรู้ที่เขามีอยู่กับข้อมูลข่าวสารที่เขาได้รับจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือ โดยความเชื่อจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม

อีกต่อหนึ่ง นั่นคือบุคคลจะกระทำหรือไม่กระทำการใดสิ่งหนึ่งตามความเชื่อของเขาหรือความเชื่อจะเป็นตัวเสริมกำลังบางอย่างที่เขาทำไปแล้วให้เกิดความคงทนยิ่งขึ้น (จุฑารัตน์ รามสูต 2536) ความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้เบคเกอร์ (Becker 1975) ยังได้เสนอไว้ว่า การมีความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย แม้จะเป็นสิ่งสำคัญแต่การที่มีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมอนามัยได้ จึงควรต้องคำนึงถึงด้านจิตวิทยาของบุคคลซึ่งเป็นแรงจูงใจภายในในตัวบุคคล ต่อปัญหาสุขภาพว่า เขาอยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย ตลอดจนอุปสรรคที่ขัดขวางและแรงจูงใจด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นๆ นอกจากนี้ยังมีแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อก (Rosenstock 1974) อธิบายว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพตรวจเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่ามากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว บุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกกลัวว่าโรคคุกคามตนและจะต้องมีความรู้สึกกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ 2536) ซึ่งองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพคือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆ ได้ และกรอบแนวคิดของกรีนและครูเตอร์ (Green and Kreuter 1991) ที่ระบุปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม โดยปัจจัยนำจะเกี่ยวข้องกับความรู้ การรับรู้และแรงจูงใจ ส่วนปัจจัยเอื้อเป็นสิ่งที่สนับสนุนการปฏิบัติซึ่งตรงกับความเชื่อในอุปสรรคของการมีพฤติกรรม ส่วนปัจจัยเสริมจะเป็นปัจจัยสนับสนุนจากคนรอบข้างซึ่งตรงกับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติของแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา คือ ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมาพบแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการมาพบแพทย์ ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง สิ่งชักนำ ได้แก่ การกระตุ้นสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ช่างสวดจากสื่อ/อินเทอร์เน็ต และบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ น่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

การมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งทำให้สามารถนำผลของการศึกษานี้มาใช้พัฒนาระบบบริการที่ส่งเสริมให้สตรีมีพฤติกรรมมาพบแพทย์เร็วขึ้นเพื่อสามารถค้นพบโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. คำถามการวิจัย

2.1 ผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เต้านมมีพฤติกรรมมาพบแพทย์หลังพบก้อนที่เต้านมเร็วหรือช้าเพียงใด

2.2 ผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เต้านมมีความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์อยู่ในระดับใด

2.3 ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมาพบแพทย์หรือไม่

2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีมีอะไรบ้าง

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี

3.2 เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ ต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยก่อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี

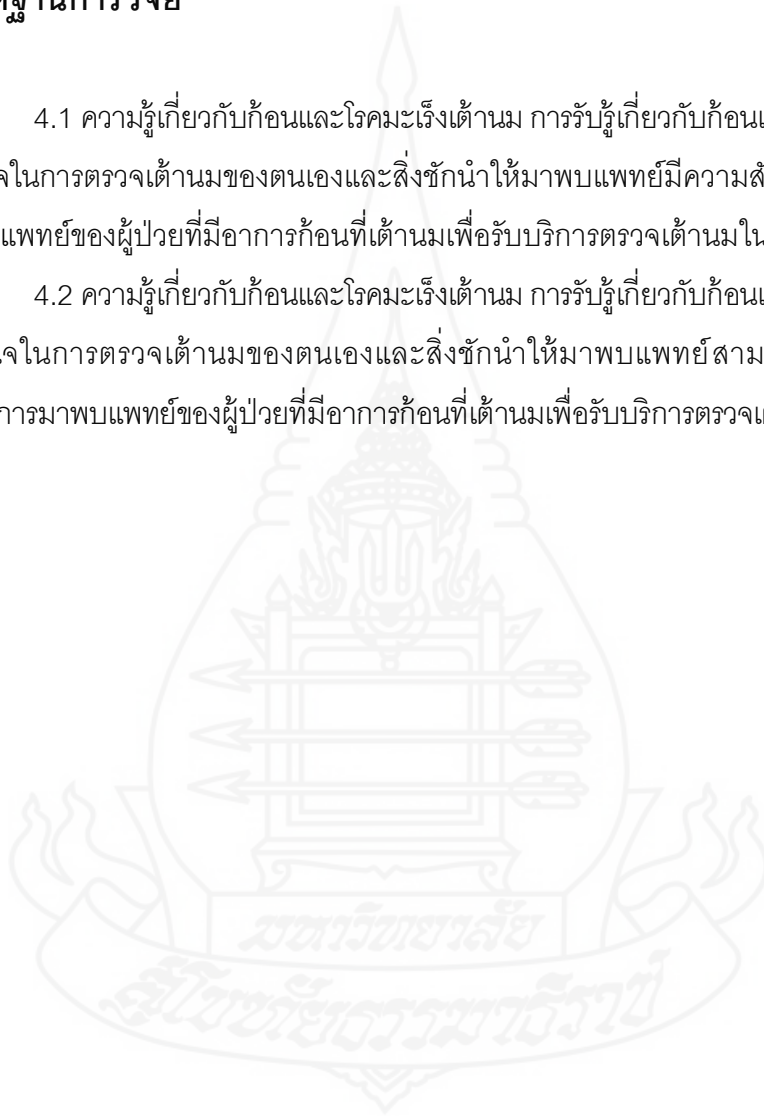
3.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ กับพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยก่อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี

3.4 เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ ต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี

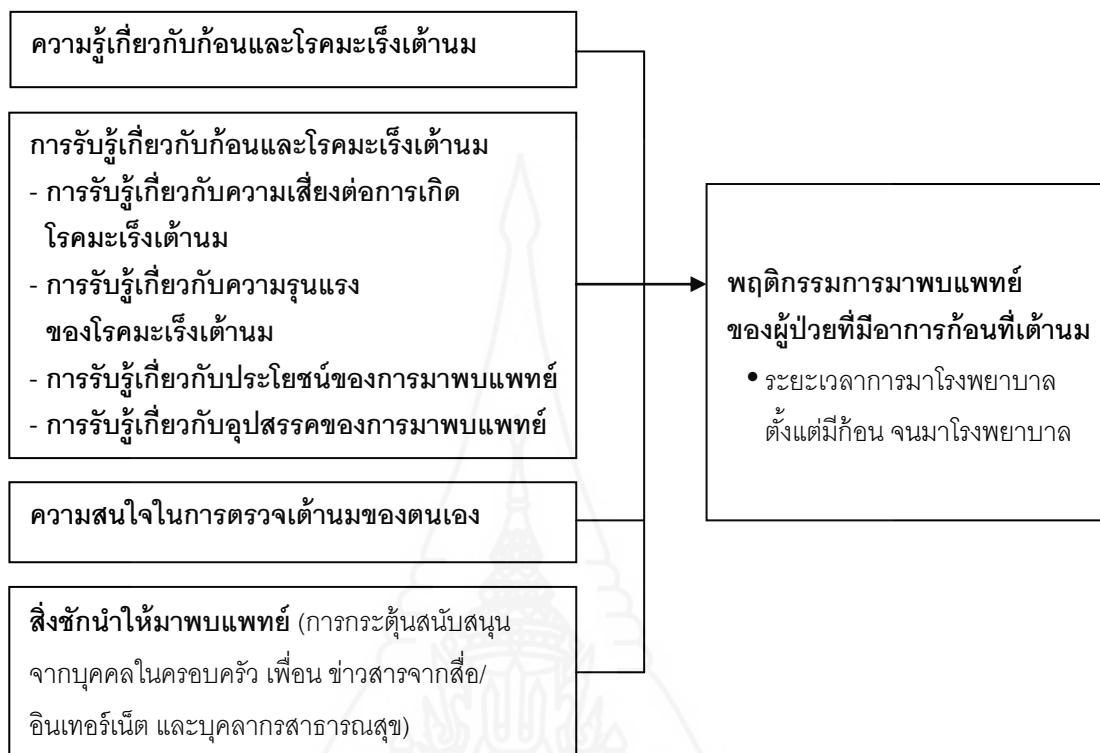
4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมเพื่อรับบริการตรวจเต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี

4.2 ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์สามารถร่วมกันอธิบาย พฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมเพื่อรับบริการตรวจเต้านมในโรงพยาบาล สระบุรี



5. กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

6. ขอบเขตของการศึกษา

ศึกษากับผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่ดีตันมและเป็นผู้ป่วยใหม่ที่ไม่ได้นัด ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลสระบุรี ระหว่าง 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558

7. คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

7.1 ผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่ดีตันม หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่ดีตันมและเป็นผู้ป่วยใหม่ที่ไม่ได้นัด ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลสระบุรี

7.2 อาการก้อนที่ดีตันม หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยตรวจพบด้วยตนเองว่ามีก้อนที่ดีตันมโดยเมื่อมารมาพบแพทย์แล้วแพทย์อาจตรวจพบก้อนหรือไม่ก็ได้

7.3 พฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตล้มเหลว หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตล้มเหลวมาเข้ารับบริการในการตรวจไตที่โรงพยาบาล โดยพิจารณาจากระยะเวลาการมาโรงพยาบาลตั้งแต่มีก้อนจนมาโรงพยาบาล นับเป็นจำนวนวัน

7.4 ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งไต หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วย เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งไต ประกอบด้วย อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งไต สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งไต อาการของโรคมะเร็งไต การวินิจฉัยก้อนที่ไต การป้องกันโรคมะเร็งไต และการรักษาโรคมะเร็งไต

7.5 การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งไต หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วย เกี่ยวกับความเสี่ยง, ความรุนแรงของโรคมะเร็งไต, ประโยชน์ และอุปสรรคของการมาพบแพทย์ จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นวัดแบบมาตรฐานค่า ประกอบด้วย

7.5.1 การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งไต หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตล้มเหลวเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งไต เช่น อายุ ประวัติครอบครัว ประวัติการมีลูก ประวัติการมีประจำเดือน การได้รับฮอร์โมน การรับประทานอาหารไขมันสูงหรืออาหารแบบชาวตะวันตก การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่และ แนวโน้มการเจ็บป่วยตลอดจนการเกิดโรคมะเร็งไต

7.5.2 การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งไต หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตล้มเหลวที่มีต่ออันตรายและความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งไต โดยสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้และเกิดความเจ็บปวดทรมาน ถูกตัดไต ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ของสตรี เสียเวลาเสียเงินในการรักษามาก ซึมเศร้า เกิดผลกระทบต่อร่างกาย การดำเนินชีวิตและสัมพันธภาพในครอบครัว หมดหวังในชีวิตและอาจทำให้เสียชีวิตได้

7.5.3 การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมาพบแพทย์ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตล้มเหลว ถึงผลดีหรือคุณค่าการมาพบแพทย์ เพื่อตรวจพบโรคมะเร็งไตในระยะเริ่มแรกซึ่งเชื่อว่าการมาพบแพทย์เร็วขึ้นมีประสิทธิภาพและมีประโยชน์ช่วยลดความรุนแรงจากโรคมะเร็งไต

7.5.4 การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการมาพบแพทย์ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตล้มเหลวต่อสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติตนของการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยก่อนที่ไตล้มเหลว เช่น การไม่มีเวลา ความอาย ความวิตกกังวล ความกลัวและความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับโรคดังกล่าว ความยากลำบากของผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล เช่น การเดินทางไม่สะดวก การไม่มีคนพามาโรงพยาบาล เป็นต้น

7.6 ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อหาความผิดปกติเป็นประจำทุกเดือน ก่อนที่จะตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีวิธีการตรวจโดยการคลำเต้านมขณะอาบน้ำหรือในท่านอน และการตรวจเต้านมที่หน้ากระจกเงา เพื่อดูความหดรัดของเต้านมและหัวนม สม่ำเสมออย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลาหลังมีประจำ เดือน 7 วัน

7.7 สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ หมายถึง การกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล โดยได้รับจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรสาธารณสุข และ ข่าวสารจากสื่อ/อินเทอร์เน็ต เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เอกสาร สิ่งพิมพ์วีดิทัศน์ เป็นต้น

7.8 พฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านม หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมตัดสินใจมารับบริการในการตรวจเต้านมที่โรงพยาบาล โดยพิจารณาจากระยะเวลาการมาโรงพยาบาลตั้งแต่มีก้อนจนมาโรงพยาบาล นับเป็นจำนวนวัน โดยจะแบ่งเป็นพฤติกรรมมาพบแพทย์เร็ว คือ มาพบแพทย์ภายใน 1 เดือน (30 วัน) และพฤติกรรม มาพบแพทย์ช้า คือ มาพบแพทย์เกิน 1 เดือน

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อการศึกษา วิจัยต่อไปในอนาคต

8.2 ผลการวิจัยทำให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี แล้วสามารถนำมาใช้พัฒนาระบบบริการเพื่อค้นพบโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมมาราโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้นำเสนอตามลำดับ ต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม
3. แนวคิด PRECEDE Framework
4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
5. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
6. การป้องกันและรักษาโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลสระบุรี
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

1.1 ความหมายของโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม คือ เซลล์ของเนื้อเยื่อเต้านมที่มีการเปลี่ยนแปลงภายในจนทำให้มีการเจริญเติบโตได้อย่างรวดเร็วร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ (เมียร์ตัน สุภาพ 2547) และสามารถแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียง ตลอดจนเนื้อเยื่อทั่วร่างกายและแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายโดยทางเดินน้ำเหลืองและทางกระแสเลือดรวมถึงการแพร่กระจายลูกกลมเฉพาะที่ด้วย เช่น การแพร่กระจายสู่กระดูก ตับปอดและสมอง เป็นต้น

ชนิดของมะเร็งเต้านมที่พบบ่อยที่สุดคือ มะเร็งท่อน้ำนม ซึ่งเกิดจากเซลล์ในท่อน้ำนม ส่วนมะเร็งที่เกิดในต่อมน้ำนม (Lobes and Lobules) เรียกว่ามะเร็งต่อมน้ำนม ซึ่งมักจะพบในเต้านมทั้งสองข้างได้มากกว่ามะเร็งชนิดอื่น มะเร็งเต้านมอักเสบ (Inflammatory breast cancer) เป็นมะเร็งเต้านมชนิดที่พบได้ไม่บ่อย ลักษณะอาการจะตรวจพบว่า บริเวณเต้านมมีลักษณะของการอักเสบ คือ บวม แดงและร้อน

1.2 อุตบัติการณ์

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก องค์การอนามัยโลก พบว่าในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 12.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งราว 7.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 จากสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตพบได้มากกว่าการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียรวมกันโรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งต่อมลูกหมาก ในบรรดาผู้ป่วยใหม่จำนวน 12.7 ล้านคน พบมะเร็งปอด 1.6 ล้านคน มะเร็งเต้านม 1.38 ล้านคน มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.2 ล้านคน มะเร็งกระเพาะอาหาร 0.99 ล้านคน และมะเร็งต่อมลูกหมาก 0.90 ล้านคน ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต 7.6 ล้านคน เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอด 1.37 ล้านคน มะเร็งกระเพาะอาหาร 736,000 คน มะเร็งตับ 695,000 คน มะเร็งลำไส้ใหญ่ 608,000 คน และมะเร็งเต้านม 458,000 คน องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 21.4 ล้านคน และ คาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตราว 13 ล้านคน และประมาณร้อยละ 70 ของผู้เสียชีวิตจะอยู่ในประเทศที่มี รายได้ปานกลางถึงต่ำ องค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (IARC) ได้จัดทำปฏิบัติการเกิดการเกิดโรคมะเร็ง ของทุกประเทศทั่วโลกหรือที่เรียกว่า GLOBOCAN รวมถึงประเทศไทยด้วย โดยใช้ข้อมูลจากรายงาน ทะเบียนมะเร็งปี พ.ศ. 2543 มาคำนวณการคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2553 โดยใช้ฐานข้อมูลการเจริญเติบโต ของประชากรของประเทศไทยเป็นปัจจัยหลักในการคำนวณ ทำให้ได้จำนวนผู้ป่วยใหม่ 118,601 คน เป็นเพศชายจำนวน 53,087 คน และเพศหญิงจำนวน 65,514 คน ขณะเดียวกันสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการคำนวณสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยจากหน่วยทะเบียนมะเร็ง ระดับประชากร 16 แห่งทั่วประเทศ โดยข้อมูลสถิติโรคมะเร็ง ในปี พ.ศ. 2548 (อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคนอื่นๆ 2550) มีจำนวนผู้ป่วยใหม่ 98,852 คน เป็นเพศชาย จำนวน 48,596 คน และเพศหญิง จำนวน 50,256 คน โรคมะเร็งที่พบบ่อยมาก 5 อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็ง ลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่วนโรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในเพศ หญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่และจากข้อมูล ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง ประมาณ 61,082 คน เป็นเพศชาย 35,437 คน เป็นเพศหญิง 25,645 คน ซึ่งถือเป็นสาเหตุการตาย อันดับหนึ่งและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเพศชายมีจำนวนผู้เสียชีวิต 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งช่องปากและคอหอย มะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่วนเพศหญิง มีจำนวน ผู้เสียชีวิต 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และ มะเร็งลำไส้ ใหญ่ จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสำคัญ 5 อันดับแรกของประเทศ คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด

มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งคิดเป็น 56.38% ของมะเร็งทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ 2556)

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยสตรีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้หญิงทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2550 มีสตรีที่เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม จำนวน 40,480 ราย และพบผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกถึง 1,300,000 ราย ในปี พ.ศ. 2551 พบอุบัติการณ์สูงสุดในทวีปอเมริกาเหนือออสเตรเลียและยุโรปตะวันตก ส่วนในทวีปเอเชียยังถือว่าอุบัติการณ์การเกิดยังมีน้อย (American cancer society 2013) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน สูญเสียโอกาส สูญเสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เป็นภาระทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ต่อสังคม

ในประเทศไทยมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในสตรี รองลงมาได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งปอดตามลำดับ ในปี 2549-2553 พบว่าอัตราการเพิ่มของมะเร็งเต้านมมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าเมื่อเทียบกับการเพิ่มของมะเร็งปากมดลูก และสถิติอัตราการเสียชีวิตของประชากรไทยจากโรคมะเร็ง 5 ปีย้อนหลัง พบว่า มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 รองจากมะเร็งตับ มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด และมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมีอัตราเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยมีอัตราการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2549-2553 คือ 6.3, 6.8, 7.3, 7.3 และ 7.7 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2554) และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจำนวน 13,184 ราย เสียชีวิตประมาณ 4,665 หรือ 12 รายต่อวัน ส่วนอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี 2553 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 64 ราย หรือคิดเป็น 8.4 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั่วประเทศ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2554) ปัจจุบันยังไม่สามารถลดจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมให้ลดลงหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ได้ เนื่องจากไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมที่แท้จริง(พรพน โปะทะยะ 2532)

1.3 กายวิภาคของเต้านม

เต้านมประกอบด้วยส่วนของต่อมน้ำนม (mammary gland) และท่อน้ำนม (mammary duct) เต้านมแต่ละข้างประกอบด้วยท่อน้ำนมซึ่งแตกแขนงมาจากท่อน้ำนมครั้งแรก (lobes) ประมาณ 15-20 ต่อม ซึ่งแต่ละlobes จะแตกแขนงเล็กลงไปอีก (lobule) ส่วนปลายของlobules จะมีลักษณะเป็นถุง (Bulbs) ติดอยู่กับท่อน้ำนมไปเปิดบริเวณหัวนมซึ่งสามารถผลิตน้ำนมได้ โดยท่อน้ำนมจะเป็นตัวเชื่อมต่อระหว่าง Lobes, Lobules และ Bulbs ภายในเต้านม แต่ละข้างยังมีหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลือง หลอดน้ำเหลืองจะนำสารน้ำที่ไม่มีสีเรียกว่าน้ำเหลืองไปยังอวัยวะ

ที่เรียกว่า ต่อม้ำเหลือง ต่อม้ำเหลืองมีลักษณะเป็นรูปถั่วขนาดเล็ก พบได้ทั่วร่างกายมีหน้าที่ในการกรองสารต่างๆ จากน้ำเหลืองและช่วยต้านทานกับเชื้อโรคต่างๆ กลุ่มของต่อม้ำเหลืองที่พบในบริเวณใกล้เคียงๆ กับเต้านม คือ บริเวณรักแร้ บริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าและบริเวณหน้าอก

1.4 การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม

การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม มีความสำคัญทางการแพทย์ทั้งในด้านการวินิจฉัยและการพิจารณาในการให้การรักษา ระยะของมะเร็งเต้านม สามารถบอกถึงขอบเขตการแพร่กระจายของโรค โดยการพิจารณาถึงขนาดของก้อนมะเร็ง การกระจายไปยังต่อม้ำเหลือง การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ ที่เรียกว่าระบบที่เอ็นเอ็ม (TNM system) ที่ (T- Tumor) หมายถึง ขนาดของก้อนมะเร็งที่ตรวจพบ เอ็น (N-Node) หมายถึง จำนวนต่อม้ำเหลืองที่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง เอ็ม (M-Metastasis) หมายถึง การกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ ซึ่งผลการตรวจนำมาจัดแบ่งเป็นระยะของมะเร็งเต้านมได้เป็นระยะต่างๆ ดังนี้ (Amin and other 2017)

1.4.1 ระยะ 0 (Carcinoma in situ) มี 2 ชนิด

1) *Ductal carcinoma in situ (DCIS)* จะพบเซลล์ผิดปกติในบริเวณเยื่อหุ้มท่อเต้านมซึ่งเป็นระยะที่ไม่มีการลุกลามของโรคแต่มีโอกาศที่จะกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลามได้โดยที่ปัจจุบันยังไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่ารอยโรคบริเวณใดจะกลายเป็นระยะลุกลาม

2) *Lobular carcinoma in situ (LCIS)* เป็นภาวะที่พบเซลล์ผิดปกติใน lobules ของเต้านม ภาวะนี้นั้นบางครั้งจะกลายเป็นระยะลุกลามได้ อย่างไรก็ตามใน LCIS ในเต้านมข้างเดียวจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมได้ทั้งสองข้าง

1.4.2 ระยะ I ขนาดของก้อนเล็กกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม.และยังไม่มีมีการกระจายออกนอกบริเวณเต้านม

1.4.3 ระยะ IIA มี 3 ภาวะ ได้แก่

1) ไม่มีก้อนที่เต้านม แต่พบมะเร็งที่ต่อม้ำเหลืองใต้รักแร้
2) ก้อนมีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม. และมีการแพร่ไปยังต่อม้ำเหลืองใต้รักแร้

3) ก้อนมีขนาด 2-5 ซม. แต่ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อม้ำเหลือง

1.4.4 ระยะ IIB มี 2 ภาวะ ได้แก่

1) ก้อนมีขนาด 2-5 ซม. และมีการแพร่กระจายไปยังต่อม้ำเหลืองใต้รักแร้
2) ก้อนใหญ่กว่า 5 ซม. แต่ไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อม้ำเหลือง

1.4.5 ระยะเวลา IIIA มี 4 ภาวะ ได้แก่

- 1) ไม่มีก้อนที่เต้านม แต่มีมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้บริเวณใกล้เคียงเต้านมและบริเวณรักแร้
- 2) เนื้องอกมีขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ซม. และมีมะเร็งแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม
- 3) เนื้องอกมีขนาด 2-5 ซม. และมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม
- 4) เนื้องอกมีขนาดใหญ่กว่า 5 ซม. และแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม

1.4.6 ระยะเวลา IIIB ก้อนมะเร็งมีขนาดเท่าไรก็ได้ร่วมกับเนื้องอกมีการแพร่ไปยังอวัยวะใกล้เคียง เช่น กล้ามเนื้อหรือผิวหนังบริเวณหน้าอกและมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง

1.4.7 ระยะเวลา IIIC เนื้องอกมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือไหปลาร้าและอาจจะพบร่วมกับการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม

1.4.8 ระยะเวลา IV มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นของร่างกายส่วนมากพบที่กระดูก ปอด ตับ หรือสมอง

มะเร็งเต้านม ในระยะเริ่มแรกจะไม่พบความผิดปกติ จะพบความผิดปกติเมื่อก่อนที่เต้านมหรือได้รักแร้มีขนาดโตขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงของขนาดเต้านม มีของเหลวไหลออกมาจากเต้านม ผิวเต้านมมีลักษณะขรุขระ ความผิดปกติเหล่านี้สามารถวินิจฉัยได้โดยการคลำก่อนการถ่ายภาพรังสีเต้านม การตรวจเต้านมด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การเจาะดูดเซลล์ การเจาะชิ้นเนื้อและการผ่าตัด การวินิจฉัยดังกล่าวจะทำให้ทราบถึงระยะของมะเร็งเต้านมซึ่งสามารถบอกถึงขอบเขตการแพร่กระจายและความรุนแรงของโรคโดยพิจารณาจากขนาดของก้อนการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ ซึ่งสามารถแบ่งระยะของมะเร็งเต้านมได้เป็น 5 ระยะ การตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะท้ายๆ พบว่า อาการของโรคมีความรุนแรงมากกว่าการตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก คือ ขนาดของก้อนและการแพร่กระจายของโรคจะลุกลายไปยังต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะข้างเคียงได้มากกว่า ทำให้การรักษาผู้ป่วยในระยะนี้ได้ผลไม่ดีมากนัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การกำเริบของโรคมะเร็งเต้านมขึ้นกับขนาดของก้อนมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบ ขนาดของก้อนมะเร็งที่ใหญ่ขึ้นจะมีผลทำให้โรคมะเร็งมีการกำเริบเร็วขึ้นและเสียชีวิตในช่วงเวลาอันสั้น มะเร็งเต้านมที่มีขนาด 1 เซนติเมตร จะมีโอกาสโรคกำเริบประมาณร้อยละ 10 ในขณะที่มีมะเร็งขนาด 1-2 เซนติเมตร จะมีโอกาสกำเริบ ประมาณร้อยละ 20-25 ในระยะเวลา 5 ปี

และจากการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการรอดชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านม พบว่า อัตราการรอดชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมขึ้นกับการกระจายของเซลล์มะเร็งสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ผู้ป่วยที่ไม่มีกระจายของเซลล์มะเร็งสู่ต่อมน้ำเหลืองจะมีอัตราการรอดชีวิต 10 ปี ประมาณ ร้อยละ 75 และลดลงเหลือประมาณ ร้อยละ 25 เมื่อเซลล์มะเร็งกระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้แล้ว จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นว่าการตรวจพบมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุด ที่ทำให้การรักษาได้ผลดีและสามารถป้องกันการแพร่กระจายของโรคมะเร็งเต้านมได้

1.5 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม ยังไม่มีข้อมูลที่ยืนยันอย่างชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค แต่พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่ส่งเสริมทำให้สตรีเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ดังนี้

1.5.1 อายุ พบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น ซึ่งอัตราเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ดังนี้คือ สตรีที่อายุ 20-29 ปี มีอัตราเสี่ยงเป็น 1:2,021 อายุ 30-39 ปี มีอัตราเสี่ยงเป็น 1: 242 อายุ 40-49 ปี มีอัตราเสี่ยงเป็น 1: 64 และอายุ 50-59 ปี มีอัตราเสี่ยงเป็น 1:40 ซึ่งสตรีที่มีอายุ 40 ปี ขึ้นไปจะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมค่อนข้างสูงและในสตรีที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมสูงที่สุด (Gross 2000)

1.5.2 ประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมของบุคคลในครอบครัวหรือกรรมพันธุ์
สตรีที่มีบุคคลในครอบครัว เช่น มารดา พี่สาว น้องสาว หรือบุตรสาวเป็นมะเร็งเต้านม จะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมสูง ซึ่งร้อยละ 5 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมักจะมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อนและสตรีที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเมื่ออายุยังน้อยได้

1.5.3 ประวัติการเป็นมะเร็งเต้านม สตรีที่เคยเป็นก้อนเนื้องอกบริเวณเต้านม หรือเป็นมะเร็งเต้านมข้างใดข้างหนึ่งมาก่อน จะมีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมอีกข้างหนึ่งได้และสตรีที่มีประวัติเป็นมะเร็งในตำแหน่งอื่นๆ เช่น มะเร็งมดลูก มะเร็งเยื่อบุมดลูก มะเร็งรังไข่ และมะเร็งลำไส้ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านมได้

1.5.4 อายุที่เริ่มมีประจำเดือนและหมดประจำเดือน ทั้งสองระยะมีความเกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านม คนที่มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุยังน้อย เช่น น้อยกว่า 12 ปี หรือหมดประจำเดือนช้า เช่น หลังอายุ 55 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น

1.5.5 อายุเมื่อคลอดบุตรคนแรก ในคนที่ไม่เคยมีบุตรเลยหรือมีเมื่ออายุมากแล้วจะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น

1.5.6 การบริโภคอาหาร การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ดื่มน้ำที่มากเกินไป แอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสริมทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้ ซึ่งสตรีที่ดื่มน้ำที่มากเกินไป แอลกอฮอล์ ทุกวันวันละ 1 แก้ว จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้แต่ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม จะเพิ่มเป็น 2 เท่า ในสตรีที่ดื่มน้ำที่มากเกินไป แอลกอฮอล์วันละ 3 แก้ว (Downie 1996 Gross 2000) นอกจากนี้สตรีที่ดื่มน้ำที่มากเกินไป แอลกอฮอล์เป็นประจำตั้งแต่อายุน้อย จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้ในเวลาต่อมา เพราะแอลกอฮอล์จะไปลดการทำลายหรือเพิ่มการสร้างเอสโตรเจนในร่างกาย นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังมีคุณสมบัติที่ช่วยทำให้สารก่อให้กำเนิดมะเร็งผ่านผนังเซลล์ได้ง่ายขึ้นและปกป้องการทำลายสารที่ก่อมะเร็งหรือกระตุ้นสารที่จะกลายเป็นสารก่อมะเร็ง (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ 2547)

1.5.7 การใช้ฮอร์โมน สตรีที่ต้องใช้ฮอร์โมนทดแทน เช่น ในสตรีสูงอายุที่ต้องรับประทานเอสโตรเจนเป็นระยะเวลา 5 ปี ขึ้นไป จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้ สตรีที่ใช้เอสโตรเจน เป็นระยะเวลา 10-15 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ 2547) นอกจากนี้การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นระยะเวลา 5 ปี ขึ้นไป จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้ (LeMone and Burke 2000)

1.5.8 การสัมผัสกับรังสี หรือการสัมผัสสารเคมี การสัมผัสกับรังสีในช่วงวัยรุ่นจนถึงอายุ 30 ปี จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้ ซึ่งมะเร็งเต้านมนั้นจะเกิดได้ภายหลังสัมผัสกับรังสีแล้วเป็นเวลา 10 ถึง 40 ปี ดังนั้นเมื่อสตรีที่เคยสัมผัสกับรังสีในช่วงวัยรุ่น ถึงอายุ 30 ปี จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้สูงกว่าสตรีที่ไม่เคยได้รับรังสีมาก่อน (LeMone and Burke 2000) โดยเฉพาะถ้าสัมผัสกับรังสีในขณะที่เซลล์ของเต้านมกำลังมีการเจริญเติบโตหรือมีการเปลี่ยนแปลง ยิ่งจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (Gross 2000)

1.5.9 ความอ้วน พบว่าผู้หญิงที่อ้วน โดยเฉพาะในช่วยหลังหมดประจำเดือน เพิ่มอุบัติการณ์ในการเกิดมะเร็งเต้านมได้ 1.5-2.0 เท่าจากการศึกษาสาเหตุของมะเร็งเต้านม

โดยสรุปยังไม่มีข้อมูลที่ยืนยันอย่างชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค แต่พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่ส่งเสริมให้สตรีเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม อายุที่มากขึ้น ประวัติการเป็นมะเร็งของบุคคลในครอบครัว การมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อย การคลอดบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี การบริโภคอาหารไขมันสูง การดื่มน้ำที่มากเกินไป แอลกอฮอล์ ภาวะอ้วน การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนและการได้รับรังสีจะเห็นได้ว่าปัจจัยดังกล่าวล้วนส่งผลให้สตรีมีแนวโน้มในการเกิดมะเร็งเต้านมที่สูงขึ้น แต่มีบางรายงานที่พบว่ามะเร็งเต้านมอาจเกิดได้ในสตรีทุกคน ทั้งในสตรีที่มีปัจจัยเสี่ยง

หรือไม่มีก็ได้ ซึ่งร้อยละ 70 ของสตรีที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้ (สุภาพร มหาวรรณ 2544) ดังนั้น สตรีทุกคนควรให้ความสำคัญต่อการเกิดมะเร็งเต้านม

1.6 อาการของโรคมะเร็งเต้านม

ก้อนที่เต้านมเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดของโรคมะเร็งเต้านมโดยมะเร็งในระยะเริ่มต้นจะไม่มีอาการเจ็บหรือปวด เมื่อก้อนโตขึ้นจะทำให้เกิดอาการดังต่อไปนี้

- 1.6.1 คลำพบก้อนที่เต้านมหรือใต้รักแร้
- 1.6.2 มีการเปลี่ยนแปลงของขนาดเต้านม
- 1.6.3 มีน้ำไหลออกจากหัวนมหรือเจ็บ หัวนมถูกรังเข้าในเต้านม
- 1.6.4 ผิวที่เต้านมจะมีลักษณะขรุขระเหมือนเปลือกส้ม

1.7 การวินิจฉัยก้อนที่เต้านม

การวินิจฉัยหาสาเหตุของก้อนแพทย์จะซักประวัติเกี่ยวกับก้อนประวัติครอบครัว ประวัติสุขภาพทั่วไป หลังจากนั้นแพทย์จะตรวจ

1.7.1 การคลำก้อน (Palpation) โดยแพทย์จะคลำขนาดของก้อน ลักษณะของก้อนแข็งหรือนิ่ม ผิวขรุขระหรือเรียบ ขยับเคลื่อนไหวได้หรือไม่ ต่อมหน้าเหลืองใต้รักแร้โตหรือไม่

1.7.2 การถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammography) เป็นข้อมูลเพื่อช่วยในการวินิจฉัยนอกจากใช้ค้นหามะเร็งแล้วยังใช้บอกลักษณะของก้อนผิดปกติที่อาจพบได้

1.7.3 การตรวจเต้านมด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) เป็นการตรวจเพื่อเสริมความแม่นยำ โดยเฉพาะถ้ามีก้อนในเต้านม การตรวจวิธีนี้จะแยกได้ว่าก้อนนั้นเป็นถุงน้ำ (Cyst) หรือก้อนเนื้อ (Solid Tumor)

1.7.4 การเจาะดูดเซลล์ (Aspiration) การใช้เข็มเจาะดูดเอาน้ำออกและส่งหาเซลล์มะเร็งในกรณีที่ก้อนเนื้อนั้นเป็นของเหลว

1.7.5 การเจาะชิ้นเนื้อ (Core Needle Biopsy) การใช้เข็มเจาะชิ้นเนื้อส่งพยาธิวิทยาเพื่อหาเซลล์มะเร็ง เหมาะที่จะทำในรายที่เนื้องอกอยู่ตื้น และมีขนาดค่อนข้างโต โดยมากควรโตมากกว่า 2 เซนติเมตรขึ้นไป ก้อนยิ่งโต ความไว (Sensitivity) ของการตรวจวิธีนี้จะยิ่งสูง โดยถ้าก้อนโตมากกว่า 2.5 เซนติเมตร ความไว (Sensitivity) มักเกินร้อยละ 90 การตรวจวิธีนี้ผลบวกดวง (False Positive Result) พบน้อยมาก แต่อาจมีข้อผิดพลาดการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Error) จากการทำการเจาะชิ้นเนื้อได้ ดังนั้นถ้าผลเป็นลบ (Negative Finding) แนะนำให้ทำผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อ (Surgical Biopsy)

1.7.6 การผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อ (Surgical Biopsy) เป็นการผ่าเอาก้อนเนื้อออกและส่งตรวจทางพยาธิวิทยา อาจเป็นการผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อบางส่วน (Incisional Biopsy) หรือการผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อทั้งก้อน (Excisional Biopsy) โดยขึ้นอยู่กับขนาดของเนื้องอกในกรณีที่ยังมีขนาดเล็กตั้งแต่ 1-2 เซนติเมตร ลงมาก็ควรจะทำ การผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อทั้งก้อน จะทำให้มีชิ้นเนื้อพอสำหรับการตรวจ ถ้าผลทางพยาธิวิทยาออกมาเป็นก้อนเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง (Benign) ก็สามารถเป็นการรักษาไปด้วย ถ้าผลเป็นมะเร็ง (Malignant) ก็จะต้องรักษาแบบมะเร็งเต้านมต่อไป ในกรณีที่ก้อนมีขนาดใหญ่ก็มักจะทำการผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อบางส่วน เพื่อการวินิจฉัยมากกว่าที่จะพยายามทำการผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อทั้งก้อน

1.8 การป้องกันมะเร็งเต้านม

ในปัจจุบันยังไม่มีวิธีที่แน่นอนในการป้องกันมะเร็งเต้านม ดังนั้นการป้องกันมะเร็งเต้านมที่ดีที่สุด คือการค้นหาความผิดปกติของเต้านมตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ร่วมกับการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดมะเร็งเต้านมให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ 2547) ด้วยวิธีดังนี้

1.8.1 ป้องกันโดยการปรับเปลี่ยนในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Life Style Modification)

1) **เปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร** เช่น ลดอาหารเนื้อสัตว์ ลดอาหารไขมันสูง เนื่องจากอาหารทั้งสองชนิดนี้เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม โดยจากการศึกษาพบว่าคนที่กินเนื้อสัตว์ แสมเบอร์เกอร์ เบคอน ที่ทำให้สุกมาก จะมีอัตราเสี่ยงเป็นมะเร็งเต้านม (Odds Ratios) มากกว่าคนทั่วไป 4.62 เท่า

2) **เลือกรับประทานอาหารที่อาจมีส่วนในการป้องกันการเป็นมะเร็งเต้านม** ได้แก่ อาหารจำพวกถั่วโดยเฉพาะถั่วเหลือง ผักและผลไม้ที่มีแคโรทีนอยด์ (Carotenoids) วิตามินซีสูง และ วิตามินอีสูง เพราะสารอาหารเหล่านี้มีคุณสมบัติเป็นแอนติออกซิแดน (Antioxidant) ซึ่งจะช่วยลดการเป็นมะเร็งเต้านมได้ นอกจากนี้ยังมีบางการศึกษาพบว่า หัวหอม หัวกระเทียม น้ำมันมะกอก ไข่ มะเขือเทศ และชาเขียว อาจช่วยลดการเป็นมะเร็งเต้านมได้

3) **ควบคุมน้ำหนัก** มีหลายรายงานการศึกษาที่แสดงว่าความสูงและน้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านม เช่น โคแซงคิชค (Kochanczyk 1982) พบว่า คนที่มีดัชนีมวลกาย (BMI : Body Mass Index) สูงเมื่อเทียบกับดัชนีมวลกายต่ำ จะเพิ่มอัตราเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม 2.08 เท่า

4) **ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ** เพราะการออกกำลังกายจะทำให้จำนวนครั้งของประจำเดือนที่มีไข่ตกลดลง ดังนั้นจำนวนโปรเจสเตอโรนและเอสโตรเจนที่อยู่ในร่างกาย ก็อาจจะลดน้อยลงทำให้อัตราการเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมก็อาจจะลดลง นอกจากนี้ในคนที่ออก

กำลังกายจำนวนไขมันจะน้อย ซึ่งไขมันจะเป็นต้นกำเนิดของเอสโตรเจนและเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านมดังนั้นเมื่อไขมันน้อยก็จะลดอัตราเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมลงได้

5) *งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์* เพราะแอลกอฮอล์จะไปลดการทำงานหรือสร้างเอสโตรเจนในร่างกาย นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังมีคุณสมบัติเป็นโคคาร์ซิโนเจน (Cocarcinogen) โดยทำให้สารก่อให้เกิดมะเร็ง (Carcinogen) ผ่านผนังเซลล์ได้ง่ายขึ้นปกป้องการทำลายสารที่ก่อมะเร็งหรือกระตุ้นสารที่จะกลายเป็นสารก่อมะเร็ง (Procarcinogen)

6) *ให้เตรียมอาหารและเก็บอาหารอย่างปลอดภัย* เพราะการเตรียมอาหารที่สด สะอาดและเก็บอาหารอย่างมิดชิดและถูกวิธีจะทำให้อาหารไม่บูดเน่าหรือมีการปนเปื้อนจากเชื้อโรค ซึ่งเมื่อรับประทานเข้าไปร่างกายอาจสะสมเป็นสารก่อมะเร็งได้

1.8.2 แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

จากการศึกษาข้อมูลทั้งในและต่างประเทศของคณะทำงานประเมินเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านมระยะแรก ซึ่งได้มีการประชุมระดมความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญรวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องทางด้านนี้ ได้สรุปแนวทางในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ดังนี้ (อาคม ชัยวิวัฒน์ และคนอื่นๆ 2555)

วิธีการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหามะเร็งเต้านม มีอยู่ 3 วิธี ได้แก่

- 1) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (*breast self examination: BSE*)
- 2) การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม (*clinical breast examination: CBE*)
- 3) การตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (*Mammography*)

การตรวจคัดกรองหมู่มาก (Mass screening) จากข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่ในปัจจุบัน วิธีที่ดีที่สุดและคุ้มค่าที่สุดใน การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เป็นแบบการตรวจคัดกรองหมู่มากสรุปตามกลุ่มอายุได้ดังนี้

1. ผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

ควรเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง และควรจะต้องได้รับการบอกถึงประโยชน์ และข้อจำกัดของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งได้รับการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง และหากมีอาการที่สงสัยควรมีการตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม

2. ผู้หญิงที่มีอายุ 40 - 69 ปี และไม่มีอาการ

นอกจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำแล้ว ควรได้รับการตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม ทุก 1 ปี

3. ผู้หญิงที่อายุ 70 ปีขึ้นไป

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในผู้หญิงกลุ่มนี้ให้พิจารณาเป็นรายบุคคล โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของประโยชน์และอัตราการเสี่ยงของการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านมในเรื่องของสถานะสุขภาพในขณะนั้นและการมีชีวิตอยู่ต่อไป (life expectancy)

ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ได้มีผลต่อการลดอัตราการตาย แต่ก็ถือว่าเป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ประหยัดที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย และเป็นการสร้างความตระหนักให้กับผู้หญิงไทยให้มีความสนใจกับสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ผู้หญิงโดยทั่วไปควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ คือ การตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะแรก ข้อจำกัดในกลุ่มสตรีที่มี เนื้อเต้านมหนาแน่น(Dense breast) และการแปลผลผิดพลาดร้อยละ 10-30 และข้อพึงระวังที่เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมประจำ (regular screening) จากการตั้งกดทับและปริมาณรังสีจำนวนน้อยที่ได้รับ

การตรวจคัดกรองโดยสมัครใจ (Voluntary screening) แบ่งเป็นผู้หญิงทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงดังนี้

1. ผู้หญิงทั่วไป

1.1 ผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

ควรเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง และควรจะต้องได้รับการบอกถึงประโยชน์ (benefit) และข้อจำกัดของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งได้รับการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง และควรมีการตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม อย่างน้อยทุก 3 ปี

1.2 ผู้หญิงที่มีอายุ 40 – 69 ปีขึ้นไป และไม่มีอาการ

นอกจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำแล้ว ควรตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม ทุก 1 ปี และตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (mammography) ทุก 1 – 2 ปี ถ้าสถานบริการมีความพร้อมที่จะตรวจได้

1.3 ผู้หญิงที่อายุ 70 ปีขึ้นไป

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในผู้หญิงกลุ่มนี้ให้พิจารณาเป็นรายบุคคล โดยพิจารณาถึงสถานะสุขภาพในขณะนั้นและการมีชีวิตอยู่ต่อไป (life expectancy)

2. กลุ่มเสี่ยง (high risk)

ผู้หญิงกลุ่มนี้ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเหมือนกับกลุ่มผู้หญิงทั่วไปแต่ควรจะต้องเริ่มตรวจเร็วขึ้น เช่น ในกรณีที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมที่อายุน้อยกว่า 40 ปี ควรทำการตรวจคัดกรอง เมื่ออายุที่ญาติเป็นมะเร็งเต้านมลบออกอีก 5 ปี และควรตรวจทุก 1 ปี

กลุ่มเสี่ยง (high risk) ได้แก่

2.1 ผู้ที่มีประวัติญาติสายตรง ได้แก่ มารดา พี่สาว/น้องสาว และบุตร เป็นมะเร็งเต้านม หรือมะเร็งที่รังไข่

2.1 ผู้ที่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมแล้วหนึ่งข้าง

2.3 ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงบริเวณหน้าอก ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Hodgkin's disease หรือ non-Hodgkin lymphoma) เป็นต้น

2.4 ผู้ที่มีประวัติทำผ่าตัดก้อนเต้านมแล้วผลชิ้นเนื้อเป็นชนิดที่สามารถเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งเต้านมได้ภายหลัง (Atypical Ductal Hyperplasia)

2.5 ผู้ที่ได้รับประทานฮอร์โมนเสริมทดแทนวัยหมดประจำเดือนเป็นประจำเกิน 5 ปี

1.9 การรักษาโรคมะเร็งเต้านม

วิธีการรักษามะเร็งเต้านม หลักการรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบัน ใช้หลักการรักษาโดยอาศัยระยะของการเกิดโรคเป็นสำคัญและในการเลือกวิธีการรักษามะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย การรักษาจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อรักษาในระยะเริ่มแรกของโรค หากเป็นระยะท้ายๆ ของโรค ผลการรักษาไม่ดี การรักษามะเร็งเต้านมสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ (ดร.ณิ บุญยืน เวทวณิช 2538)

1.9.1 การรักษาเฉพาะที่ด้วยการผ่าตัดและการฉายรังสีรักษา

1) การผ่าตัด ซึ่งประกอบไปด้วย

(1) การผ่าตัดที่เต้านม ซึ่งได้แก่ การตัดเต้านมทั้งข้าง (Mastectomy) ซึ่งอาจทำร่วมกับการเสริมสร้างเต้านม (Breast reconstruction) ในคราวเดียวกันและการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Breast Conservative Surgery)

(2) การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ ซึ่งได้แก่ การผ่าตัดเพื่อตรวจต่อมน้ำเหลืองเซ็นติเนล (Sentinel Lymph Node Biopsy) และการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ทั้งหมด (Axillary Lymph Node Dissection)

2) การฉายรังสีรักษา ใช้ป้องกันการเกิดมะเร็งซ้ำใหม่หลังผ่าตัด ช่วยลดขนาดของก้อนมะเร็งได้

1.9.2 การรักษาทั่วร่างกาย

1) การให้เคมีบำบัด เพื่อลดการเกิดมะเร็งซ้ำใหม่และเพิ่มอัตราการรอดชีวิต
 2) การรักษาทางฮอร์โมน พบว่า ฮอร์โมนเพศหญิงมีส่วนกระตุ้นให้มะเร็งโตขึ้น ดังนั้นการให้สารต้านฮอร์โมนหรือตัดรังไข่ออก พบว่าทำให้ก้อนมะเร็งเล็กลง หรือป้องกันการเกิดมะเร็งซ้ำใหม่และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้

การรักษามะเร็งเต้านมจะง่ายหรือซับซ้อนขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็งเต้านม โดยถ้าเป็นระยะแรกเริ่มการรักษาหวังผลหายขาดสูง มีโอกาสเป็นซ้ำต่ำ อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น และโอกาสที่จะมีคุณภาพจากการรักษาที่น้อยกว่าระยะลุกลามซึ่งมีโอกาเป็นซ้ำสูง อัตราการรอดชีวิตต่ำ และโอกาสที่จะมีคุณภาพจากการรักษาที่สูงกว่าเช่น ต้องได้รับการฉายแสง หรือรับยาเคมีบำบัดเป็นจำนวนมาก เป็นต้น โดยสรุปถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารพบแพทย์ที่เร็วขึ้นทำให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมได้เร็วขึ้นเป็นผลให้ตรวจพบระยะแรกเริ่ม ซึ่งจะนำไปสู่ผลการรักษาที่ดีขึ้น ไม่ซับซ้อน ไม่เสียค่าใช้จ่ายมาก มีโอกาสเป็นซ้ำต่ำ อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

2.1 ความหมายของสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

สุขภาพ โดยทั่วไปคือ สุขภาพดี (Health) หมายถึง การที่บุคคลมีสุขภาพกาย สุขภาพทางจิตและคุณภาพชีวิตที่ดีไม่ถูกรบกวนด้วยโรคภัยไข้เจ็บหรือภาวะทุพพลภาพ (WHO 2006) เป็นภาวะที่เต็มด้วยศักยภาพของบุคคล กล่าวคือเป็นภาวะที่บุคคลและครอบครัวมีสภาพทางร่างกายและทางจิตสมบูรณ์ที่สุด นอกจากนั้น สุขภาพดี หมายถึง ภาวะของร่างกายที่ปลอดจากโรคภัยไข้เจ็บและมีความสมบูรณ์ของร่างกายด้วย ดังนั้นการมีสุขภาพที่ดีจึงต้องหมายถึง การที่ปัจเจกบุคคลมีชีวิตอยู่ด้วยศักยภาพของตน ทำหน้าที่ของตนทั้งทางกายทางจิตทางสังคม โดยมีผลบวกต่อตน ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ มีข้อแตกต่างตามมิติของการมองในด้านต่างๆ เช่น ในมิติการมองด้านสังคมศาสตร์

พฤติกรรมสุขภาพ มีผู้ให้คำนิยามไว้ ดังต่อไปนี้

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าจะ พฤติกรรมนั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด

สมทรง รักษาเผ่า และสงวนภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2540) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรม สุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงภายในที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัด ได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกริยาภายในตัวบุคคลทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่ เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบ ตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัด ได้ด้วยเครื่องมือต่างๆของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำซึ่งปรากฏให้บุคคล อื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทาง หรือคำพูดที่แสดงออกไม่ว่าจะเป็น น้ำเสียง สีหน้า

สุชาติ โสมประยูร และคนอื่นๆ (2545) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งในด้านความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติและทักษะโดยเน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2549) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มนุษย์แสดงออกในด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ ซึ่งสามารถจะสังเกตหรือวัดได้โดยทางตรงและทางอ้อม พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติที่สังเกตได้ เช่น หลีกเลี้ยงการสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรักษาสุขภาพฟัน การมาตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพจึงหมายถึง การกระทำใดๆ ก็ตามที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ให้มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจและสังคม ปลอดภัย โรคภัย ไข้เจ็บ ซึ่งควรจะต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นประจำในชีวิตประจำวัน

2.2 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

จินดา บุญช่วยเกื้อกุล (2548) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพคนได้ 3 ประเภท ดังนี้

2.2.1 พฤติกรรมการการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่กระทำในภาวะปกติ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายเป็นประจำ การไม่สูบบุหรี่หรือเสพสิ่งเสพติด การพักผ่อนที่เหมาะสมกับ สภาพตนเอง และอีกลักษณะหนึ่งคือ พฤติกรรมการป้องกันโรคและอุบัติเหตุต่างๆ เช่น การไปตรวจร่างกายเป็นประจำ การคาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ เป็นต้น

2.2.2 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อรู้สึกว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง เช่น เมื่อรู้สึกปวดท้อง บุคคลอาจมีพฤติกรรมต่อการปวดท้องได้หลายลักษณะ เช่น อาจเพิกเฉยเพื่อรอดูอาการต่อไป หรืออาจปรึกษาบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับความผิดปกติของตน หรืออาจไปแสวงหาการรักษาพยาบาล เช่น ไปซื้อยามารับประทานหรือไปพบแพทย์ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยจำแนกออกได้ 2 ระยะเวลา คือ ระยะเวลาเป็นขั้นของการรับรู้ (Preceive) ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น และระยะที่สอง คือ ระยะเวลาที่มีพฤติกรรมตอบสนอง (Take Action) กับความผิดปกตินั้นๆ

2.2.3 พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้รับผลการวินิจฉัยแล้ว เป็นพฤติกรรมที่ทำตามคำสั่งหรือคำแนะนำของผู้ให้การรักษา เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น เช่น แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหวัด ต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง พักผ่อนมากๆ รักษาร่างกายให้อบอุ่น ไม่ดื่มน้ำเย็นหรือ หลีกเลี้ยงกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรคมียากขึ้น

สำหรับการศึกษานี้เน้นพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยคือ การปฏิบัติเมื่อพบว่ามื่อก่อนที่เข้ามโดยจะมาพบแพทย์เร็วหรือช้า ในขณะที่เดียวกันก็มีการวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2.3 พฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรค

พฤติกรรมเป็นสิ่งที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม ในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งทั้งภายในร่างกายที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้และภายนอกในร่างกายที่สามารถสังเกตเห็นได้ ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะต้องมีสาเหตุอาจมีเพียงสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุก็ได้ รวมทั้งอาจทำให้เกิดพฤติกรรมเดียวกันหรือต่างกันได้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต 2536) อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ผู้วิจัยขอให้ความหมายของพฤติกรรมการมาพบแพทย์ เป็นพฤติกรรมสุขภาพ

นั่นเองเพราะตามความหมายของพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมต่างๆ ไป แต่มุ่งเน้นเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งได้มีผู้ให้คำนิยามไว้ดังต่อไปนี้

คาส์และคอบบ์ (Kasl and Cobb 1976) ให้ความหมายว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่เชื่อว่าตัวเองมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคค้นหาโรค ก่อนที่จะมีอาการของโรค

แฮร์ริสและคนอื่นๆ (Harris and others 1996) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ ในลักษณะของพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพ (Health-Protection Behavior) ว่าเป็นพฤติกรรม ในลักษณะของบุคคลที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจเป็นกิจกรรมที่ปัจเจกบุคคลปฏิบัติไม่ว่าบุคคลนั้นๆ จะรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าเป็นอย่างไรหรืออยู่ในสภาวะใดโดยมีจุดมุ่งหมายของการกระทำ พฤติกรรม เพื่อการปกป้องส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งภาวะดังต่อไปนี้

1. การปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อรักษาสุขภาพ โดยทั่วๆ ไป

2. การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ได้แก่ การปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและลด ความรุนแรงจากการบาดเจ็บ

3. การปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การตรวจร่างกายประจำปี การตรวจสุขภาพฟัน เป็นต้น

4. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการอยู่ใน สภาพที่มีมลพิษ การหลีกเลี่ยงอาชญากรรม

5. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงสารที่มีอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การงด ดื่มสุรา เป็นต้น

แพนเดอร์ (Pander 1987) ระบุว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรม ที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี โดยรวมหรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมป้องกันโรคนั้น มุ่งระวังไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น

กอกแมน (Gohman 1988) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นคุณสมบัติหรือ ลักษณะต่างๆ ของบุคคล ซึ่งได้แก่ ความเชื่อความคาดหวังแรงจูงใจ ค่านิยมการรับรู้และองค์ประกอบ อื่นๆ ซึ่งได้แก่ ความรู้ บุคลิกภาพส่วนบุคคล รวมทั้งภาวะความรู้สึกรวมถึง ลักษณะอุปนิสัย พฤติกรรมการแสดงออก การปฏิบัติและนิสัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี การฟื้นฟูสุขภาพและ การส่งเสริมสุขภาพ

พาแลงค์ (Palank 1991) ให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองโดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคส่วนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับสภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น

กิตินันท์ สิทธิชัย (2540) ให้ความหมายว่า เป็นการแสดงออกที่บุคคลลงมือกระทำ ทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจนเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกายลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยา เป็นต้น รวมทั้งสิ่งที่สังเกตไม่ได้ เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้ การรับรู้ เป็นต้น ดังนั้นคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมใดๆ ของบุคคลหรือการกระทำของบุคคลที่กระทำด้วยความสมัครใจในภาวะที่บุคคลมีสุขภาพดีหรือไม่เจ็บป่วยทั้งที่สังเกตเห็นได้และไม่ได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพนั่นเอง พฤติกรรมสุขภาพจำแนก ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวมหรือมุ่งให้ครอบครัวหรือชุมชนมีสุขภาพดี

2. พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งระวังไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาหนึ่งปัญหาใดเป็นการขัดขวางกระบวนการเกิดโรค รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงลดการเกิดการบาดเจ็บและความพิการและแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ พฤติกรรมป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ ซึ่งได้แก่ การไปรับภูมิคุ้มกัน การตรวจทางพันธุกรรมและการสืบค้นหาโรค รวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การรัดเข็มขัดนิรภัย การใส่หมวกกันน็อค การปฏิบัติตามกฎจราจรและการป้องกันอุบัติเหตุขณะทำงาน เป็นต้น

ดังนั้นจากทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคที่นำมาใช้กับการศึกษานี้ คือเมื่อผู้ป่วยตรวจพบก้อนที่เต้านม ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ดีก็ควรมีพฤติกรรมที่มาพบแพทย์ที่ดีไปด้วย

3. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE Framework

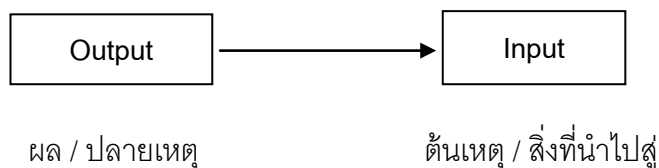
PRECEDE Framework หรือ PRECEDE model เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Multiple Causality Assumption) มีสมมุติฐานว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัย และการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเสียก่อนโดยอาศัยกระบวนการและวิธีการต่างๆ รวมกัน เพื่อการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ คำว่า PRECEDE ย่อมาจาก Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยหลักหรือปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อและปัจจัยเสริมในการวินิจฉัย และประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม PRECEDE Framework พัฒนาโดย Green ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ในการประเมินผลโครงการสุขภาพ ซึ่งเป็นที่ตระหนักดีว่าข้อจำกัดของการดำเนินงานสุขภาพ คือ การวางแผน ส่วนใหญ่มักเป็นลักษณะของแผนกิจกรรมหรือแผนปฏิบัติการ ส่วนการประเมินผลมักจะเน้นการประเมินผลกิจกรรมหรือประเมินปัจจัยนำเข้าเป็นหลัก ซึ่งทำให้ไม่สามารถจะปรับปรุงหรือพัฒนาดำเนินงานสุขภาพให้บรรลุได้อย่างแท้จริง ปัญหาดังกล่าวเป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้งานสุขภาพไม่เป็นที่ยอมรับเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาสุขภาพและแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ต่อมา Green and Kreunter (1991) ผู้ร่วมงานในมหาวิทยาลัย JOHN HOPKINS ได้พัฒนา PRECEDE Framework สำหรับนำมาใช้ในการวิจัย และประเมินผลโครงการสุขภาพ และโครงการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ อย่างกว้างขวาง การใช้ PRECEDE Framework เป็นกระบวนการวิเคราะห์การดำเนินงานในลักษณะโครงการเริ่มต้นจากเป้าหมายหรือสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพิจารณาย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร ทำไมหรือสาเหตุมาจากอะไร กล่าวคือ เป็นกระบวนการที่วิเคราะห์ย้อนกลับว่า สิ่งที่เป็นอยู่นั้นมีองค์ประกอบ หรือปัจจัยนำอะไรบ้าง ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ หรือสภาพดังปรากฏแล้ว จึงนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการวางแผนเพื่อดำเนินการแก้ไขพฤติกรรมให้ถูกต้องต่อไป (จรรยา ปันจวงกูร 2549)

ขั้นตอนและกระบวนการของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE Framework

ดังที่ได้กล่าวข้างต้นการดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE Framework

นับเป็นการเริ่มจากผล (Output) ได้แก่ สภาวะสุขภาพย้อนกลับไปที่สาเหตุ (Input)

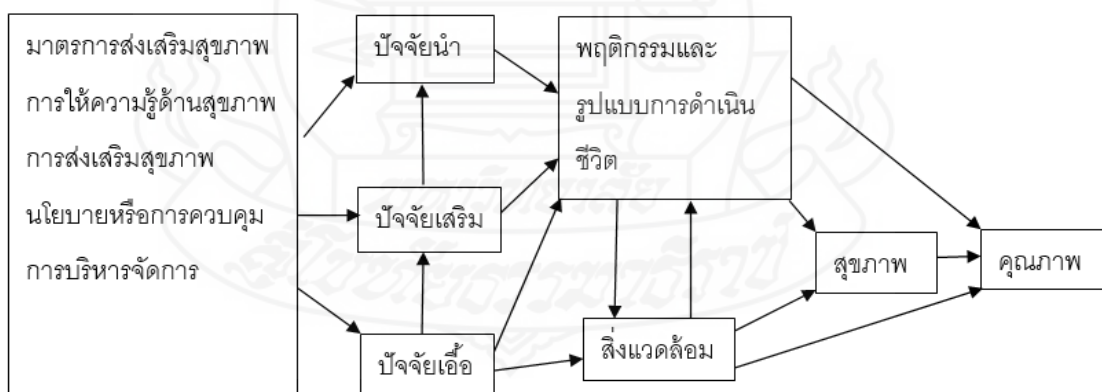
ได้แก่ ปัจจัย หรือสาเหตุของปัญหาสุขภาพ ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 การดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE Framework

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE สามารถนำไปใช้ในโครงการสาธารณสุขต่างๆ เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามกระบวนการที่กำหนด 7 ขั้นตอน โดยเริ่มจากการวินิจฉัยคุณภาพชีวิต ปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพก่อน จากนั้นจึงมาพิจารณาวางแผนโครงการ โดยเลือกวิธีที่เหมาะสมพร้อมทั้งพิจารณาป้องกันและแก้ปัญหาอุปสรรคทางด้าน การบริหารที่จะเกิดขึ้น และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลการดำเนินงานโครงการเป็นระยะๆ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้แต่ละขั้นตอน ดังภาพที่ 2.2

ขั้นที่ 5	ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์	ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์	ขั้นที่ 2 การ	ขั้นที่ 1 การ
การวิเคราะห์	ทางการศึกษา	ทางพฤติกรรม	วิเคราะห์	วิเคราะห์
การบริหารจัดการ	และระบบนิเวศ	และสิ่งแวดล้อม	ทางระบาดวิทยา	ทางสังคม



ขั้นที่ 6 การลงมือ	ขั้นที่ 7 การประเมิน	ขั้นที่ 8 การประเมิน	ขั้นที่ 9 การ
ปฏิบัติ	กระบวนการ	ผลกระทบ	ประเมิน
			ผลลัพธ์

ภาพที่ 2.2 แสดงกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE Framework (Green and Kreuter 1991)

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Social Diagnosis)

การวินิจฉัยทางสังคม เป็นการดำเนินงานขั้นแรกของกระบวนการสุขศึกษาตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการวางแผนสุขศึกษา ในขั้นนี้เน้นการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิต โดยการประเมินปัญหาต่างๆ ของกลุ่มประชากร หรือชุมชนว่าลักษณะและปัญหาต่างๆ ในสังคม หรือชุมชนที่เป็นเป้าหมายของการดำเนินการเป็นอย่างไร ปัญหาต่างๆ ที่มีมาแต่อดีตที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตเป็นไปได้ในลักษณะใด มีขอบเขต และความรุนแรงของปัญหาแค่ไหน ปัญหาเหล่านั้นมีความเกี่ยวพันซึ่งกันและกันอย่างไรบ้าง ซึ่งปัญหาต่างๆ ที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้ระดับคุณภาพชีวิตของประชากร ทั้งนี้เนื่องจากคุณภาพกับสังคม และคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมากในลักษณะ 2 ทิศทาง คือ ปัญหาสุขภาพมีผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสังคมและคุณภาพชีวิต ในขณะที่เดียวกันกับคุณภาพชีวิตและสังคมก็มีต่อสุขภาพ ดังนั้นปัญหาต่างๆ ที่ประเมินได้ย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาสุขภาพ การวินิจฉัยสังคมมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 6 ประการ คือ

- 1.1 เพื่อวิเคราะห์หาสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตในประชากรเป้าหมาย
- 1.2 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ปรากฏอยู่ในสังคมโดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่และข้อมูลที่ได้ศึกษาโดยวิธีการต่างๆ
- 1.3 เพื่อกำหนดวาระของปัญหาสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- 1.4 เพื่อหาเหตุผลโดยละเอียดสำหรับชีวิตให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่วิเคราะห์แล้ว
- 1.5 เพื่อหาเหตุผลที่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานสุขภาพศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังคมนั้นๆ
- 1.6 เพื่อหาเหตุผลที่ชัดเจนสำหรับใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการประเมินโครงการในเชิงเศรษฐกิจ

สรุป การวินิจฉัยสังคมสามารถจะกระทำได้ในหลายลักษณะเดียวกัน เช่น โดยการศึกษาวินิจฉัยข้อมูล และเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นไป และปัญหาสังคมของกลุ่มเป้าหมายที่สามารถจะหาได้จากแหล่งต่างๆ หรือจากการสำรวจชุมชนโดยตรง นอกจากนี้ยังสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้จากการใช้เทคนิคต่างๆ ด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Epidemiological Diagnosis)

การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด เป็นการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคมหรือมีผลกระทบมาจากปัญหาสังคมว่ามีปัญหาสุขภาพหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอะไรบ้างที่เป็นปัญหาสำคัญของสังคมหรือกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่แล้วทางวิทยาการระบาด หรือข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมเพิ่มขึ้นใหม่โดยวิทยาการต่างๆและวิเคราะห์ตามหลักการทางด้านวิทยาการระบาดข้อมูลทางด้านวิทยาการระบาดจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค และภาวะสุขภาพ ความชุกของโรคหรือการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพการกระจายของการเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพ (วิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่และเวลา) ตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการกระจายในลักษณะที่เป็นอยู่ (วิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล สิ่งที่ทำให้เกิดโรคและสภาพแวดล้อม) การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจะช่วยให้จัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงานและการกำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมโดยทั่วไปแล้ว ในแต่ละสังคมหรือในแต่ละกลุ่มเป็นเป้าหมายย่อมจะมีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อม สังคมเศรษฐกิจ และปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นอยู่การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพโดยละเอียดจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงาน ดังนี้ คือ

- 2.1 ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์โดยแนช้ระหว่างปัญหาสุขภาพกับภาวะสุขภาพอื่นๆ และคุณภาพชีวิต
- 2.2 ทำให้เข้าใจถึงทิศทางของปัญหาสุขภาพ ซึ่งจะเป็พื้นฐานสำหรับการกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา และเป็นแนวทางสำหรับการดำเนินงานสุขภาพศึกษาในอนาคตต่อไป
- 2.3 ช่วยให้สามารถกำหนดบทบาท และความรับผิดชอบของบุคลากรและหน่วยงานต่างๆ ได้อย่างชัดเจนในกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพนั้นถ้าหากว่ามีปัญหาสุขภาพหลายปัญหา ก็จำเป็นจะต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพได้ มีหลักเกณฑ์และแนวการพิจารณา ดังนี้
 - 2.3.1 พิจารณาว่าปัญหาใดบ้างที่มีผลกระทบต่อประชากร หรือสังคมมากที่สุด ในแง่ของการสูญเสียชีวิต การสูญเสียจากการหยุดทำงาน ค่าใช้จ่ายในการพักผ่อน ความพิการที่เกิดขึ้นทั้งชั่วคราวและถาวร ปัญหาความยุ่งยากภายในครอบครัว และค่าใช้จ่ายที่ชุมชนหรือหน่วยงานต่างๆ จะต้องใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น
 - 2.3.2 ปัญหาใดบ้างที่เป็นอันตรายต่อกลุ่มประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเป็นพิเศษ เช่น เด็ก หรือแม่

2.3.3 ปัญหาใดที่มีเทคโนโลยีในการแก้ไขปัญหาแล้ว และมีหน่วยงานต่างๆ รับผิดชอบและสามารถดำเนินการแก้ไขได้

2.3.4 ปัญหาใดทั้งที่ยังไม่มีหน่วยงานใดดำเนินการแก้ไขและมีความจำเป็น หรือเหตุผลอะไรที่ไม่ได้รับการดำเนินการแก้ไข

2.3.5 ปัญหาใดบ้างเป็นที่น่าสนใจของหน่วยงานที่จะดำเนินการแล้วส่งผลให้เห็นได้อย่างชัดเจนในแง่ของการทำให้สุขภาพดีขึ้นมีผลต่อเศรษฐกิจ หรือผลประโยชน์ของชุมชนโดยตรง

2.3.6 มีปัญหาใดบ้างที่จัดว่าเป็นปัญหาสำคัญของภูมิภาค และประเทศที่กำลังได้รับการดำเนินการแก้ไขปัญหาอยู่ในปัจจุบัน

สรุปได้ว่า การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด หรือการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพเป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมนั่นเอง บุคลากรสาธารณสุขส่วนมากมักไม่ได้เกี่ยวข้อง หรือดำเนินการแก้ไขปัญหาสังคมโดยตรง แต่จะวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพแต่ละปัญหากับปัญหาสังคม การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพอย่างละเอียดจะเป็นพื้นฐานสำหรับการวิเคราะห์พฤติกรรมของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE ในต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยทางพฤติกรรม (Behavioral Diagnosis)

การวินิจฉัยทางพฤติกรรมเป็นการวิเคราะห์หาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพ ที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 ปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องหรือมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคลและปัญหาสุขภาพที่มีได้เกี่ยวข้องหรือมีได้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคล ในขั้นตอนนี้จะทำการวิเคราะห์ว่าปัญหาสุขภาพอะไรบ้างที่มีพฤติกรรมของบุคคลเป็นองค์ประกอบของปัญหาไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม บทบาทของพฤติกรรมของบุคคลในการทำให้เกิดปัญหานั้นๆ เป็นไปในลักษณะใดมากน้อยแค่ไหน และมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่นๆ ในปัญหาเดียวกันหรือในปัญหาอื่นๆ อย่างไร ดังนั้นพฤติกรรมที่วิเคราะห์ได้ในขั้นตอนนี้ เป็นเป้าหมายสำคัญในการดำเนินงานที่จะต้องได้รับการเปลี่ยนแปลงโดยการกำหนดแนวทางและวิธีการเปลี่ยนแปลงได้ตามวัตถุประสงค์ โดยเฉพาะวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่กำหนด จะเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการบรรลุผลได้ อย่างไรก็ตามแม้การวินิจฉัยพฤติกรรมในขั้นตอนนี้จะมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมแต่ก็ควรจะได้พิจารณาถึงสาเหตุต่างๆ ที่ไม่ได้เป็นพฤติกรรมควบคู่กันไปด้วยการวิเคราะห์พฤติกรรมที่สำคัญมี 5 ขั้นตอนด้วยกัน ดังนี้

1. จำแนกปัญหาสุขภาพระหว่างปัญหาที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม และปัญหาที่มีได้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม
2. สสำรวจพฤติกรรมภายหลังจากที่ได้จำแนกปัญหาสุขภาพทั้ง 2 ประเภท ออกจากกันแล้วโดยทำการวิเคราะห์ในแต่ละปัญหาว่ามีพฤติกรรมอะไรบ้าง ทั้งที่เป็นปัจจัยของปัญหา
3. จัดลำดับความสำคัญของพฤติกรรม โดยวิเคราะห์จากพฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นปัจจัยของปัญหาว่าพฤติกรรมใดมีความสำคัญมากกว่ากันอย่างไรบ้าง กล่าวคือพฤติกรรม หรือการกระทำต่างๆ นั้นมีผลต่อการทำให้เกิดปัญหาต่างกันอย่างไรและเพียงใด
4. จัดลำดับพฤติกรรมตามสภาพของการเปลี่ยนแปลง โดยการวิเคราะห์ ดูว่าพฤติกรรมต่างๆ ที่ได้จัดลำดับความสำคัญไว้แล้วนั้น สามารถจะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายหรือยาก เพียงใดและโดยวิธีการอย่างไร
5. เลือกพฤติกรรมเป้าหมายโดยพิจารณาจากรายการพฤติกรรมที่ได้ จัดจำแนกตามความสำคัญ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลง โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรม ที่มีความสำคัญและสามารถจะเปลี่ยนแปลงได้มากที่สุด เป็นเป้าหมายหลักของการดำเนินงาน เป้าหมายรองลงไป ได้แก่ พฤติกรรมที่มีความสำคัญแต่เปลี่ยนแปลงได้ยาก และพฤติกรรมที่มีความสำคัญในลำดับในลำดับรองลงไปแต่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายตามลำดับ

สรุปได้ว่า การวินิจฉัยทางพฤติกรรมเป็นการวิเคราะห์หาพฤติกรรม สุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพ ที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 ปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง หรือมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคลและปัญหาสุขภาพที่มีได้เกี่ยวข้อง หรือมีได้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคล

ขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยทางการศึกษา (Educational Diagnosis)

การวินิจฉัยทางการศึกษา เป็นการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ หรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกระบวนการศึกษาที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นจุดอ่อนของงานศึกษาที่ผ่านมาทั้งในอดีตและปัจจุบันตามหลักพฤติกรรมศาสตร์นั้น พฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีปัจจัยต่างๆ หลาย ประการ สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ลักษณะด้วยกัน คือ

4.1 ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยในการสร้าง แรงจูงใจให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยในตัวบุคคลได้รวมเอาสภาพการณ์ของแต่ละบุคคล ในด้านความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้ทางสุขภาพ ที่สัมพันธ์กันกับแรงจูงใจภายใน หรือกลุ่มคนที่จะนำไปสู่การกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ปัจจัยประเภทนี้เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลซึ่งส่วนใหญ่แล้ว มักจะได้รับจากการให้ความรู้การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการสร้างค่านิยมที่บุคคลได้รับทั้งในทางตรงและทางอ้อมหรือจากการเรียนรู้ด้วยตนเองปัจจัยดังกล่าวนี้ อาจจะช่วยเหลือขัดขวางยับยั้งการเกิด หรือการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมก็ได้แล้ว แต่ระดับและทิศทางของปัจจัยนำได้แก่

4.1.1 ความรู้โดยทั่วไปแล้วการเพิ่มความรู้ไม่จำเป็นจะต้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป เพียงแต่พบว่าความรู้และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันเท่านั้น แม้ว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคล และต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ อีกมากที่มีอิทธิพลมากต่อการเกิดแรงจูงใจของบุคคล ที่จะใช้ความรู้ที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจประพฤติ ปฏิบัติ หรือกระทำต่างๆ ได้

4.1.2 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพนั้นโดยทั่วไปแล้วได้รวมเอาความไม่เชื่อในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพเอาไว้ด้วย ความเชื่อมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเป็นอย่างมาก โดยจะเห็นได้จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่ง ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับความเชื่อของสุขภาพและพยากรณ์หรือคาดหมายพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากแบบแผนความเชื่อของบุคคลนั้นๆ

4.1.3 ค่านิยมด้านสุขภาพและค่านิยมในด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล เป็นส่วนสำคัญของพฤติกรรมในบุคคลใดก็ตาม ถ้าค่านิยมต่างๆ สอดคล้องกันก็จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสูง แต่ถ้ามีการขัดแย้งกันของค่านิยมต่างๆ ก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่างๆ ดังนั้นในการดำเนินงานศึกษาจึงจำเป็นต้องพิจารณาหากวิถีที่เหมาะสมที่จะสร้างค่านิยมทางสุขภาพหรือลดความขัดแย้งกันระหว่างค่านิยมทางสุขภาพกับค่านิยมในด้านอื่นๆ ให้มากที่สุด

4.1.4 ทัศนคติหรือเจตคติ หมายถึง แนวโน้มของจิตใจความรู้สึกที่คงที่ ที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด บุคคลหนึ่งบุคคลใดหรือสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใดเป็นผลมาจากจากประสบการณ์ และความเชื่อที่สะสมกันมา และผ่านการประเมินคุณค่าในลักษณะของดีหรือไม่ดีโดยบุคคลนั้นๆแล้ว ทัศนคติทางสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในลักษณะของความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยมีการประเมินคุณค่าในเรื่องนั้นๆ ด้วยถ้าทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด เป็นในทิศทางใด พฤติกรรมหรือการกระทำจะเป็นทิศทางนั้น

4.2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เป็นปัจจัยสนับสนุน หรือยับยั้งให้เกิด ได้แก่ เกิดพฤติกรรม พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนด้านต่างๆ (ไม่ใช่ปัจจัยด้านบุคคล) ดังต่อไปนี้ คือ

4.2.1 ทักษะในการกระทำนั้น ซึ่งหมายถึงความสามารถในการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ การที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ในการกระทำต่างๆ ต้องอาศัยประสบการณ์และมีทักษะทางสุขภาพที่มากเพียงพอที่จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขึ้นได้

4.2.2 แหล่งทรัพยากรมีบริการ อุปกรณ์ตลอดจนสิ่งต่างๆ ที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมอยู่อย่างเพียงพอหาได้ง่าย

4.2.3 ความสามารถเข้าถึงบริการ หรือทรัพยากร เช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทาง ระยะทางการเสียเวลา การยอมรับ

4.3 ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นการเสริม หรือแรงกระตุ้นให้กระทำ เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือบุคคล หรือ กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น

4.3.1 สถานศึกษา ได้แก่ เพื่อน นักเรียน ครู บุคลากรอื่นในโรงเรียน พ่อ แม่ ผู้ปกครองบุคลากรอื่นในครอบครัว

4.3.2 ชุมชน ได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุขกลุ่มอ้างอิง

4.3.3 สถานพยาบาล ได้แก่ เพื่อนผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล บุคลากรอื่น ปัจจัยส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน การยกย่อง ชมเชย การให้กำลังใจ การเอาเป็นแบบอย่าง การตำหนิติเตียน การลงโทษ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การวางแผนการดำเนินงานจึงต้องพิจารณาวิเคราะห์ และใช้กลวิธีการสร้าง หรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ปัจจัยเสริมให้เกิดแรงจูงใจของบุคคล ให้เกิดการกระทำ หรือ เกิดพฤติกรรมเป็นอย่างมากการดำเนินงานตามขั้นตอนการวินิจฉัยทางการศึกษา คือ การพิจารณาว่าปัจจัยต่างๆ ที่เป็นลักษณะที่ต้องการได้ ถ้าได้มีการปรับปรุงแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงเสียใหม่ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์เลือกกลวิธีการทางการศึกษา (Selection of Strategies)

เมื่อได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ของกระบวนการสุศึกษาที่จะทราบได้ว่าจะต้องมีปัจจัยต่างๆ อะไรบ้าง มากน้อยแค่ไหนและในลักษณะใด จึงจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพได้พร้อมกัน ทั้งนี้ก็ทำการวิเคราะห์ถึงแนวทางและกระบวนการที่จะใช้ในการสร้างปัจจัยหรือเปลี่ยนแปลงปัจจัยตามกระบวนการดำเนินงานสุศึกษา เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงปัจจัยแต่ละอย่างต้องใช้กลวิธีที่แตกต่างกันออกไปและบางกรณีอาจจำเป็นต้องใช้กลวิธีในรูปแบบต่างๆ ผสมผสานกัน ดังนั้นการเลือกใช้กลวิธีทางการสุศึกษาที่ดีและเหมาะสมที่จำเป็นตามแนวคิดการดำเนินงานสุศึกษาดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าขอบเขตสุศึกษามีไม่เพียงแต่การ

ให้หรือเผยแพร่ความรู้เท่านั้น แต่เป็นกระบวนการที่ครอบคลุมไปถึงการสร้างปัจจัยการสนับสนุน และการพัฒนาปัจจัยสร้างเสริมด้วย จึงมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วยตามกระบวนการสุศึกษาได้อย่างแท้จริง

ขั้นตอนที่ 6 การวินิจฉัยทางการบริหาร (Administrative Diagnosis)

เป็นขบวนการบริหารจัดการโครงการด้านสุขภาพ วิเคราะห์ประเมินปัญหา ด้านการบริหารจัดการ ด้านงบประมาณและปัจจัยต่างๆ ที่จะมีผลกระทบต่อ การดำเนินโครงการ ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการบริหารนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปัจจัยต่างๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการให้เหลือน้อยที่สุดและเพื่อส่งเสริมให้โครงการประสบผลสำเร็จและมีผลกระทบในด้านดีมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation)

การประเมินผลการดำเนินงานเป็นกระบวนการ ซึ่งแทรกอยู่ตามระยะต่างๆ ในกรอบแนวคิด PRECEDE ก็ได้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินงานที่ผสมผสานอยู่ในการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มวางแผน โดยกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของการประเมินในแต่ละขั้นตอนไว้แต่แรก และต่อเนื่อง นั่นคือการประเมินผลการดำเนินงานของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE เป็นการประเมินผลทุกระยะ

สรุป จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัยรวมกัน มิใช่เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE Framework มาใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรม การมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีโดยเน้นถึง ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยทางพฤติกรรม และขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยทางการศึกษา ซึ่งทำให้การศึกษานี้สามารถจำแนกตัวแปรต้นออกเป็นปัจจัยนำ คือ ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ปัจจัยเอื้อ คือ การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม และปัจจัยเสริม คือ สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ เพื่อนำไปสู่การศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เต้านมในโรงพยาบาล สระบุรีต่อไป

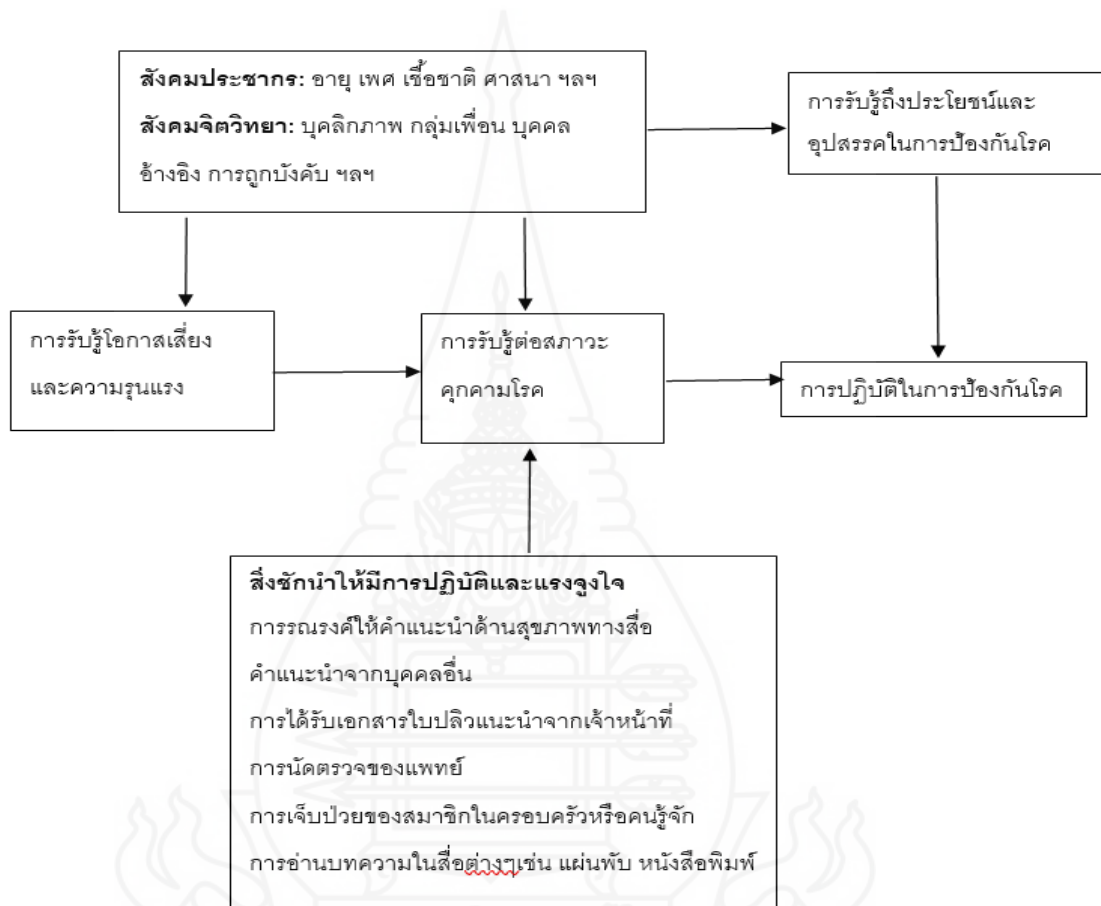
4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model หรือ HBM)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนที่ได้ระบุเอกลักษณ์ของแนวคิดรวบยอดที่เชื่อมโยงสนับสนุนการวัดในระดับบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบหนึ่งที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่อต้องการอธิบายว่าทำไม บุคคลจึงมีพฤติกรรมการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพของตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม เพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick-role Behavior) (จรรยา ปันทองกูร, 2549) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ จะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับความเอาใจใส่และอื่นๆ (ประภา เพ็ญ สุวรรณ 2526) Rosenstock, Hochbaum, Kegeles and Leventhel เป็นบุคคลากรกลุ่มแรกที่ได้ทำการศึกษาและนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายปัญหาสาธารณสุข ซึ่งแนวคิดในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีสนามของ Kurt Lewin โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลว่าจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลจะเข้าใกล้หรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจ เพราะคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง (Rosenstock 1974) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของเขาและการปฏิบัตินั้น เกิดผล

ด้านการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงโรค โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยา
เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวดและความอาย เป็นต้น

ต่อมา Becker (1975) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบาย
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังภาพที่ 2.3



ภาพที่ 2.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker 1975)

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนาย
พฤติกรรมป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยมี 5 ประการ ดังนี้คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรง
ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและในภาวะการณ์เจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคล
จะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติ
ตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคล

ต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ ซึ่งมีรายงานการวิจัยหลายเรื่องให้การสนับสนุน ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของผู้ป่วย (Becker 1975)

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived Severity)

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค ที่มีผลต่อร่างกายซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ (Becker 1975) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่าง ปี ค.ศ.1974 ถึง 1984 พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเกิดโรค สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 36

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค (Perceived Benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิถีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย นอกจากนี้ Becker (1975) ได้สรุปผล การรักษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกันกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษในเรื่องต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สะดวกสุขสบายหรือในการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ขัดกับการประกอบอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคและการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลโดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จนยอมรับค่านิยมร่วมมือและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อประสิทธิภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำ ด้านสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือและความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ของเจ้าหน้าที่แรงจูงใจสามารถวัดได้จากความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ โดยทั่วไปความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำและการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพต่างๆ มีรายงานการวิจัยที่พบว่า มารดาของเด็กป่วยที่มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปของบุตร เช่น มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร มารดากลุ่มนี้จะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นอย่างดีและการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะมีการปฏิบัติในการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอว่ากลุ่มที่ไม่มีความตั้งใจในเรื่องดังกล่าว

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทักษะคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพด้วยเช่นเดียวกันได้มีการศึกษาและการวิจัยมากมายเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรค ทั้งนักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยาสังคม ในรูปแบบการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมทัศนคติ การรับรู้ของบุคคลความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยด้านต่างๆ (Becker 1975) จึงได้มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคและได้มีการยอมรับจากบุคคลทั่วไป

ความเชื่อจะเป็นการตัดสินใจของคนที่มีต่อการกระทำหรือปรากฏการณ์ใดๆ ก็ตามว่าเป็นความจริงถูกต้องหรือไม่และความจริงจะเป็นสิ่งที่ใช้แสดงออก เพื่อเป็นในระยะเวลาแห่งความเชื่อถือนั้น ซึ่งจากที่กล่าวมา แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาและประเมินจากผู้เขียนหลายคน ซึ่งได้พยายามอธิบายและทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในลักษณะของความเชื่ออย่างแท้จริงของบุคคล ซึ่ง Green and Kreuter (1991) ได้กล่าวว่า แบบแผนความเชื่อนี้มีข้อสันนิษฐาน (Assumption) ดังนี้คือ

1. บุคคลต้องเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคที่ไม่ปรากฏอาการชัดเจน เช่น มะเร็ง ความดันโลหิตสูง บุคคลจะต้องเชื่อว่าเขาสามารถเป็นโรคได้โดยที่ยังไม่รู้สึกรู้ว่ามีอาการ

2. บุคคลต้องรับรู้ถึงศักยภาพ (Potential) ของความรุนแรงของอาการที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นโรคในลักษณะการเจ็บป่วย ความไม่สุขสบาย เสียเวลาทำงาน เสียเงินทอง เสียหน้า อับอาย และอื่นๆ ตามความกลัวของตนซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความรุนแรงเชิงทฤษฎีก็ได้

3. จากการประเมินสภาพแวดล้อม บุคคลต้องเชื่อว่าถ้าได้รับการเสนอแนะจะเกิดผลประโยชน์ขึ้นแก่ตนเองแน่ ดังนั้นบุคคลจึงมีการประเมินเปรียบเทียบทุกๆ สิ่งที่ตนเอง ต้องลงทุน และลงแรงกับผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำดังกล่าว ซึ่งหมายถึง บุคคลจะตัดสินใจทำตามเหตุผลที่ได้ไตร่ตรองถึงผลดีผลเสียแล้วอย่างรอบคอบ ไม่ได้เป็นการปฏิบัติเพราะถูกบังคับหรือทำตามกลุ่มบุคคลสมัยนิยมโดยไม่ได้มีเหตุผลของตนเอง

4. จำเป็นต้องมี “การกระตุ้นให้เกิดการกระทำ” ซึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันเป็นผลให้บุคคลต้องการที่จะแสดงการกระทำออกมาจุดเด่นของแบบแผนความเชื่อสุขภาพ คือ จะช่วยวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรมและการค้นหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล เป็นกรอบแนวคิดที่มีประโยชน์ในการออกแบบยุทธวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารที่จะจูงใจให้บุคคลที่จะกระทำอย่างถูกต้องในเรื่องสุขภาพ (วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ 2541) แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสรุปได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคล ในการที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและรักษาโรค ว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัตินับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพบุคคลนั้นๆ ด้วย (จรรยา บัณฑิตวงษ์ 2549)

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมีเหตุผลของบุคคลในการเลือกตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมป้องกันโรคให้กับตนเอง สมาชิกในครอบครัวและคนอื่นๆ ดังนั้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมาพบแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการมาพบแพทย์ สิ่งชักนำได้แก่ การกระตุ้นสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ข่าวสารจากสื่อ/อินเทอร์เน็ต และบุคลากรสาธารณสุข จะมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาล สระบุรีหรือไม่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการเพื่อค้นพบโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

5. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง เป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญที่สามารถใช้ค้นหาความผิดปกติของเต้านม เนื้องอกของเต้านมในระยะเริ่มแรก รวมทั้งความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการดูและคลำในการตรวจ ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ไม่เจ็บปวดไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษใดๆ (ปาริชาติ ชูประดิษฐ์ 2543) โดยปกติการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองในสตรีที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ควรปฏิบัติประจำทุกเดือน จะปฏิบัติวันใดก็ได้ในแต่ละเดือนที่สามารถทำได้ง่าย (สุภาพร มหาวรรณ 2544) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ถ้าปฏิบัติด้วยความถูกต้องเป็นประจำทุกเดือนจะทำให้เพิ่มโอกาสในการค้นพบโรคมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ในระยะแรก ทำให้การรักษาการพยากรณ์โรคดีขึ้นและทำให้ลดการตายจากมะเร็งเต้านมได้ถึงประมาณร้อยละ 19 (Green and Taplin, 2003) ในการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความถูกต้อง ควรจะทราบถึงลักษณะที่ปกติและผิดปกติของเต้านม (สุภาพร มหาวรรณ 2544) โดยลักษณะของเต้านมปกติมีดังนี้

1. ขนาด ลักษณะ และรูปร่างของเต้านมจะต้องเหมือนกันหรือคล้ายกัน ทั้งสองข้างในแต่ละท่าของการตรวจ
2. ผิวหนังที่บริเวณเต้านมปกติ ไม่พบรอยแตก หรือรอยผิดปกติใด ๆ และบริเวณหัวนมและลานหัวนมจะมีสีเข้มกว่า

3. หัวนมปกติ ไม่มีรอยแตก ไม่ตั้งร้งหรือบวมลงไปกว่าเดิม ไม่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งออกจากหัวนม
4. ขณะคลำเต้านมจะรู้สึกถึงเนื้อเยื่อของเต้านมและไขมันบริเวณเต้านม โดยไม่มีก้อนใดๆ
5. ขณะคลำเต้านมจะไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตบริเวณรักแร้และไหปลาร้า
6. ในสตรีมีครรภ์ เต้านมจะแข็งตึง และมีขนาดใหญ่ขึ้นกว่าปกติ สีผิวบริเวณหัวนมจะเข้มขึ้น และจะมีน้ำใสๆ คล้ายน้ำนมไหลออกมาจากหัวนมโดยเฉพาะในระยะที่ 3 ของการตั้งครรภ์ และก่อนคลอด
7. ในสตรีสูงอายุ เต้านมจะเหี่ยวและหย่อนยาน
8. ในช่วงก่อนและขณะมีประจำเดือน เต้านมอาจจะแข็งตึงและบวมปวดได้

หลักการในการตรวจเต้านมด้วยตนเองตามเกณฑ์ของสมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา จะใช้วิธีการดูควบคู่กับวิธีการคลำ ทั้งในท่านั่ง ทำยืนและท่านอนตามลำดับ คือ การตรวจจะกระทำในขณะที่อาบน้ำ การตรวจโดยการส่องดูที่กระจกและตรวจในท่านอนราบ

1. การดู ในการดู ผู้ตรวจจะอยู่ในท่านั่งหรือยืนก็ได้ โดยเริ่มดูจากท่าปล่อยแขนทั้งสองข้างไว้ในลำตัวตามสบาย ท่าเกร็งแขนแนบลำตัว ท่าวางมือบนเอวทั้งสองข้างพร้อมกับออกแรงกดสะโพกลงไปด้วย และท่าสุดท้ายให้ยกแขนทั้งสองข้างขึ้นเอามือประสานกันไว้หลังศีรษะ ซึ่งในแต่ละท่าให้สังเกตดูลักษณะของเต้านมทั้งด้านหน้าและด้านข้างของเต้านม โดยควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

1.1 สังเกตขนาด ลักษณะ และรูปร่างของเต้านมทั้งสองข้างว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่

1.2 สังเกตดูลักษณะผิดปกติของผิวหนังบริเวณเต้านม เช่น การเปลี่ยนแปลงของสีผิวมีรอยย่น รอยบวม หรือมีรอยผิวลึ้ม บวมแดง เห็นรอยเส้นเลือดชัดเจนหรือไม่

1.3 สังเกตดูลักษณะผิดปกติของหัวนม เช่น หัวนมบวมลงไปกว่าเดิมหรือถูกตั้งร้ง มีรอยแผลหรือรอยแตกบริเวณหัวนม

2. การคลำ การคลำจะใช้ตรวจในขณะที่อาบน้ำและในท่านอนราบ โดยใช้มือข้างหนึ่งคลำเต้านมข้างที่อยู่ตรงข้ามและมืออีกข้างวางไว้เหนือศีรษะ ใช้นิ้วมือ 3 นิ้ว คือ นิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนางวางแนบชิดกันแล้วใช้บริเวณฝ่านิ้วมือทั้งสามในการคลำ คลำเต้านมไปที่ละข้างควรเริ่มคลำตั้งแต่ส่วนบนด้านนอกของเต้านมเข้ามา คลำให้ทั่วทุกบริเวณของเต้านม รวมไปถึงบริเวณไหปลาร้า กระดูอก ใต้ราวนม และคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ด้วย ซึ่งเทคนิคในการคลำควรปฏิบัติดังนี้

2.1 การคลำไม่ใช่ปลายนิ้วมือ ควรใช้ฝ่านิ้วมือในการคลำ เราจะทำให้คลำพบก้อนเนื้อได้ดีกว่า

2.2 การคลำวนเป็นวงเล็กๆ ค่อย คลำซ้ำๆ ให้ทั่วเต้านม

2.3 การใช้แรงกดในภาคคลำควรกดเบาๆ ก่อนแล้วค่อยเพิ่มแรงกดขึ้นพอประมาณ และกดให้แรงคงที่ การคลำโดยกดเบาๆ จะเป็นการตรวจค้นหาความผิดปกติบริเวณผิวหนัง และเมื่อออกแรงกดขึ้นพอประมาณจะทำให้รู้สึกถึงการคลำพบก้อนเนื้อและเนื้อเยื่อไขมันของเต้านมได้ ส่วนบริเวณเนื้อเยื่อของเต้านมที่ติดกับกระดูกซี่โครงได้รายนมและบริเวณที่เป็นกล้ามเนื้อให้กดแรงขึ้นได้

2.4 หลังจากการคลำทุกครั้งควรตรวจดูหัวนม โดยบีบดูสิ่งคัดหลั่งจากหัวนมทุกครั้ง

2.5 การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีวิธีการคลำแบบง่ายๆ อยู่ 3 วิธี ซึ่งจะเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

2.5.1 การคลำแบบวนเป็นวง (Spiral Method) โดยเริ่มคลำจากส่วนบนด้านนอกของเต้านมไปตามแนวกันหอย โดยใช้มือวนเป็นวงใหญ่ไปทั่วรอบๆ เต้านม เพื่อตรวจหาดูว่ามีก้อนผิดปกติหรือเนื้อแข็งๆ หรือไม่ จากนั้นวนมือให้เป็นวงเล็กลงไปเรื่อยๆ อย่างน้อย 3 วงจนถึงหัวนม ทำเช่นนี้ 2 ครั้ง ครั้งแรกถูเบาๆ และอีกครั้งกดให้แรงขึ้น

2.5.2 การคลำแบบแนวขึ้นลง (Vertical Method) โดยเริ่มคลำจากใต้เต้านมถึงรักแร้ขึ้นและลงสลับกันไปเรื่อยๆ เพื่อตรวจดูสิ่งผิดปกติ จนกระทั่งทั่วเต้านม

2.5.3 การคลำแบบแนวรูปสามเหลี่ยม (Wedge Method) โดยแบ่งเต้านมออกเป็น 4 ส่วนซึ่งมีจุดศูนย์กลางที่หัวนม แล้วเริ่มคลำจากส่วนฐานของเต้านมจนถึงยอดบริเวณหัวนม ในแนวขึ้นลงสลับกันแบบนี้ไปที่ละส่วนจนทั่วทั้งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยวิธีการดูและการคลำดังกล่าวข้างต้น ควรใช้ประกอบการตรวจใน 3 วิธี ดังนี้

1. วิธีการตรวจในท่ายืนขณะอาบน้ำ การคลำในขณะอาบน้ำโดยดูสบู่เป็นฟองเล็กน้อยให้ทั่วบริเวณหน้าอก สบู่จะทำให้ลื่นและคลำได้ง่าย ยกมือข้างหนึ่งไว้หลังศีรษะแล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งคลำเต้านมข้างเดียวกับที่ยกมือขึ้นและใช้นิ้วมือสามนิ้ว คือ นิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนางวางชิดกันเป็นพื้นเรียบ คลำให้ทั่วทุกส่วนของเต้านม รวมถึงบริเวณใกล้กระดูกไหปลาร้าและใต้รักแร้ในการคลำควรใช้แรงกดเบาๆ ก่อนแล้วค่อยๆ กดให้แรงขึ้น เพื่อตรวจบริเวณที่อยู่ลึกลงไป

2. วิธีการตรวจโดยการส่องกระจกโดยผู้ตรวจเต้านมนั่งหรือยืนหน้ากระจกในท่าแขนทั้งสองข้างอยู่ข้างลำตัว มองหาความเปลี่ยนแปลงของเต้านมที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยสังเกตดูขนาดรูปร่าง ลักษณะของความผิดปกติบนเต้านมทั้งสองข้าง ลักษณะของความผิดปกติบนผิวหนัง

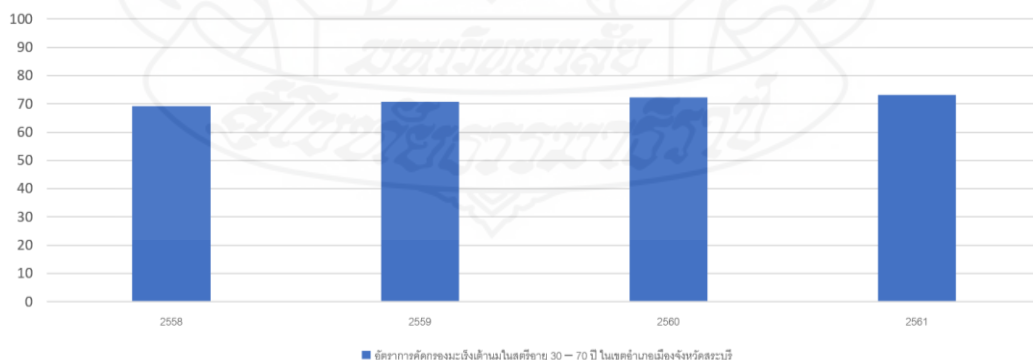
บริเวณเต้านม หัวนม เช่น ลักษณะของการยื่น การตั้งรั้ง หรือรอยบุ๋มบริเวณผิวหนังของเต้านมและหัวนม การบวมและสีผิวบริเวณเต้านม โดยละเอียดทั่วทั้งสองข้างของเต้านม หลังจากนั้นตรวจดูความผิดปกติในท่าที่เอามือทั้งสองข้างวางไว้ที่เอวใช้แรงกดสะโพกเพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าอกเกร็งตัวแล้วสังเกตลักษณะความผิดปกติพร้อมกับโน้มตัวลงไปข้างหน้า เพื่อดูว่าเต้านมทั้งสองข้างห้อยลงอยู่ในลักษณะเดียวกันหรือไม่และสุดท้ายให้ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ สังเกตลักษณะความเปลี่ยนแปลงของความผิดปกติดังกล่าว

3. วิธีการในท่านอน ในท่านอนจะทำให้เต้านมที่ใหญ่แบนราบลงและทำให้คลำได้ง่ายขึ้น การตรวจให้นอนราบลง รวมหมอนใบเล็กๆหรือผ้าพักรองใต้ไหล่หรือรองไว้กลางหลัง เพื่อให้อกแอ่นขึ้นอาจทาโลชั่นบริเวณหน้าอกเล็กน้อยเพื่อช่วยให้ทำการตรวจได้ง่ายขึ้นในกรณีที่ตรวจเต้านมข้างใดให้ยกมือข้างนั้นขึ้นไว้เหนือศีรษะแล้วใช้มืออีกข้างหนึ่งคลำตามวิธีใด วิธีหนึ่ง (การคลำแบบวนเป็นวง การคลำแบบแนวขึ้นลง การคลำแบบแนวรูปลิ้ม) เริ่มคลำจากเต้านมส่วนบนด้านนอกโดยใช้ฝ่านิ้วมือคลำเป็นวงเล็กๆ ไปเรื่อยๆ โดยละเอียดให้ทั่วทั้งเต้านมสังเกตว่ามีก้อนหรือความผิดปกติหรือไม่ เมื่อคลำถึงหัวนมให้สังเกตดูความผิดปกติรอบๆ หัวนมด้วย โดยใช้นิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้บีบเข้าหากัน เพื่อดูว่ามีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติออกมาหรือไม่ แล้วจึงตรวจคลำบริเวณรักแร้ข้างเดียวกัน เมื่อตรวจเสร็จแล้วก็กระทำเช่นเดียวกันกับเต้านมอีกข้างหนึ่งตั้งแต่นั้น

เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง นำมาซึ่งการมีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง จนสามารถตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องตามวิธีการ เป็นประจำทุกเดือน กระทรวงสาธารณสุขได้มีกิจกรรมรณรงค์ให้สตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอซึ่งถ้าพบความผิดปกติจะได้รับมาพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมได้เร็วและเริ่มทำการรักษาเร็วทำให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง แต่ถ้าไม่มาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติก็ไม่สามารถค้นหามะเร็งเต้านมระยะแรกเริ่มได้ การศึกษานี้ถึงได้ใช้การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านม

6. การป้องกันและรักษาโรคมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลสระบุรี

โรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 750 เตียงมีความเชี่ยวชาญในการรักษาโรคตติยภูมิโดยเฉพาะโรคมะเร็ง จากข้อมูลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ามารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลสระบุรี ภายในปี พ.ศ. 2550-2555 (สุรกิจ พรชัย 2557) จำนวนทั้งหมด 398 ราย ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นเพศหญิงร้อยละ 99.3 มีอายุระหว่าง 24-89 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.7% อายุเฉลี่ยคือ 52.66 ปี อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีที่ 5 ปีของการรักษาโรคมะเร็งเต้านมคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะศูนย์และระยะที่หนึ่งมีอัตราการรอดชีวิตเท่ากับร้อยละ 100 ระยะที่สองเท่ากับร้อยละ 93.7, ระยะที่สามเท่ากับร้อยละ 52.57 และระยะที่สี่ร้อยละ 9.1 ตามลำดับ ซึ่งไม่ได้แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ แต่ผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลสระบุรีพบว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก (ระยะศูนย์ ระยะที่หนึ่งและระยะที่สอง) เพียงร้อยละ 53.6 ระยะลุกลาม (ระยะที่สาม) ร้อยละ 35.5 และระยะแพร่กระจาย (ระยะที่สี่) ร้อยละ 11.1 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเทียบกับเป้าหมายในยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งจะต้องพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลสระบุรีได้มีการรณรงค์ตามยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกคือส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการรณรงค์การกระตุ้นให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองและมีการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกวิธี ซึ่งได้มีการติดตามผลการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี ดังภาพที่ 2.4



ภาพที่ 2.4 อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30-70 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี

พบว่าสตรีส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70 มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่สตรีส่วนมากเมื่อตรวจพบความผิดปกติที่เต้านมแล้วไม่มาพบแพทย์จึงทำให้พบมะเร็งเต้านมระยะแรกเริ่มไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งอาจมีปัจจัยและสาเหตุมาจากหลายประการ การศึกษานี้จึงพยายามค้นหาปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม จึงได้สนใจศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม เพื่อนำมาเป็นแนวทางเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผน แนะนำและส่งเสริมให้สตรีจังหวัดสระบุรี เห็นถึงความสำคัญของการมีก้อนที่เต้านม อันเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการค้นพบโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกเพื่อให้การรักษาได้ทันเวลาที่ เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมอีกทั้งสามารถนำไปประยุกต์เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมในจังหวัดสระบุรี ต่อไป

7.1 งานวิจัยในประเทศ

โสพรรณ โปทะยะ (2532) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเองและความสัมพันธ์ ในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาแตกต่างกัน จำนวน 750 ราย พบว่าสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จิรวรรณ กมลชัย (2539) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ในการตรวจหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกด้วยตนเองของสตรีในชนบท จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการให้อาสาสมัครสาธารณสุขให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม เพื่อสร้างความตื่นตัวแก่สตรีและชักชวนเข้าร่วมกิจกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดกิจกรรมการบรรยายประกอบ วิดีทัศน์ สนทนากลุ่มเรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การใช้ตัวแบบมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติกับเต้านมเทียม 2 ครั้ง และการกระตุ้นเตือนจากอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาดังกล่าวสามารถทำให้สตรีมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง

การเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมและพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่พึงประสงค์ซึ่งขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กัลยาณี นาคฤทธิ (2541) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยกลางคนในกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม สิ่งชักนำ ได้แก่ อิทธิพลของบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 62.1 โดยส่วนใหญ่การตรวจเต้านมที่เคยตรวจมีความถูกต้องถึงร้อยละ 48.8 ตรวจได้ถูกต้องปานกลางร้อยละ 41.9 และตรวจได้ถูกต้องมากเพียงร้อยละ 9.2

ฉวีวรรณ พลแสน (2541) ศึกษาประสิทธิผลของกลวิธีการให้ความรู้และพัฒนาทักษะร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มากำหนดกิจกรรมในการบรรยายการใช้ตัวแบบ กระบวนการกลุ่ม การสาธิตจำนวน 65 คน โดยกลุ่มนี้ได้รับสุขศึกษาจากผู้วิจัยร่วมกับตัวแทนสตรีที่ผ่านการอบรม จำนวน 10 คน ใช้เวลาศึกษา 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูล 3 ครั้งคือ ก่อนการทดลอง 1 ครั้ง และหลังการทดลอง 2 ครั้ง ผลลัพธ์หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และผลลัพธ์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง

ประกายทิพย์ จันทรภิรมย์ (2541) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยรุ่น ในกรุงเทพมหานคร พบว่า สตรีวัยรุ่นไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 53.10 ในกลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ตรวจถูกต้องปานกลาง ร้อยละ 60.80 และปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความสะดวกในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มที่ตรวจและไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บงกช เก่งเขตกิจ และคนอื่นๆ (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทย ได้แก่ การรับรู้ข่าวสาร การรับรู้อุปสรรค ความเชื่อโรคของเต้านมและการรับรู้โอกาสเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 67.7 แต่มีเพียงร้อยละ 17.3 เท่านั้นที่ตรวจเต้านมทุกเดือน

เยาวดี วิเศษรัตน์ (2542) ได้ศึกษาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มสตรีที่อาศัยในเขตเมือง จังหวัดยโสธร พบว่า ความรู้ ความเชื่อซึ่งได้แก่ตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

วีรดา คงมาลัย (2543) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีในชนบทโดยผ่านสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข : ศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดสุพรรณบุรี รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ สตรีในหมู่ 5 ตำบลพิหารแดง อำเภอเมือง ดำเนินการวิจัยโดยการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้แก่สตรีโดยผ่านอาสาสมัครระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ภายหลังจากการทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์การตรวจเต้านมด้วยตนเองและการปฏิบัติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การปฏิบัติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จงกล ศักดิ์ตระกูล (2543) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 120 คน แบ่งกลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 52 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฐิติวันต์ พิทักษ์จางวัฒนา (2544) ได้ศึกษาการประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการกระตุ้นเตือน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่ได้รับความรู้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้ผลดีของ

การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองและมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้

วนิดา ดีทองนอก (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มแกนนำสตรี และการสร้างเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำสตรีบ้านดอนอีลุ่ม ตำบลตลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา และบ้านห้วยทราย ตำบลหันห้วยทราย อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 80 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 40 คน คือกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มแกนนำสตรี จำนวน 40 คน บ้านดอนอีลุ่มและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นกลุ่มแกนนำสตรีบ้านหันห้วยทราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมให้ความรู้ การนำเสนอตัวแบบ การประชุมกลุ่ม การสาธิต การฝึกปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง การให้สิ่งชักนำเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ก่อนและหลังการทดลอง ผลการทดลองพบว่า หลังการทดลองแกนนำสตรีในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ประโยชน์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

เมธีรัตน์ สุภาพ (2547) ได้ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีของผู้หญิงกลุ่มอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ในมหาวิทยาลัยขอนแก่นผลการศึกษาพบว่า มีจำนวนที่มีพฤติกรรมตรวจเต้านมไม่สูงมากนักในอนาคต กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีความต้องการที่จะต้องการที่จะป้องกันโรคมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเองและตรวจโดยแพทย์ พยาบาล ตรวจด้วยรังสีเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายหรือกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องชัดเจนอันส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีประสิทธิภาพ

วรารภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล (2541) ทำการศึกษาในสตรีที่มีก้อนที่เต้านมที่มารอการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์จำนวน 100 คน พบว่าสถานการณ์ความเครียดที่สตรีกลัวคือการเป็นมะเร็งเต้านม กลัวถูกตัดเต้านม มีความเครียดโดยรวมระดับปานกลาง

สมใจ วินิจกุล และสุนันทา กระจ่างแดน (2549) พบว่าบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง จะมีความสม่ำเสมอในการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองมากกว่าคนที่มีความรู้น้อยและพบว่าทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

วิมล คำสวัสดิ์ (2535) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแม่บ้านอาสาสมัครในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในชุมชนแออัดเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า สตรีที่มีประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ การมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคก่อนที่เต้านมเป็นมะเร็งเต้านม หรือเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประสบการณ์ที่เคยได้เห็น ได้ดู ได้รับทราบเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมเป็นตัวกระตุ้นให้สตรีเกิดความสนใจในเรื่องนี้มากขึ้น

6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

แอสซาฟ และคนอื่นๆ (Assaf and others 1985) ศึกษาเปรียบเทียบวิธีการสอนให้สตรีปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า การแจกแผ่นพับหรือการฉายภาพยนตร์ มีผลให้สตรีปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยมาก แต่ถ้าให้สตรีฝึกปฏิบัติตรวจเต้านมจำลอง จะช่วยให้สตรีคลำพบความผิดปกติของเต้านมได้ดียิ่งขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าความบ่อยในการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองมาจากแรงผลักดันทางสังคม ซึ่งก็คือบุคคลที่มีความสำคัญต่อตน ได้แก่ เพื่อน ครอบครัว แพทย์ สามี และเพื่อนที่เป็นมะเร็ง

ไวเปอร์ (Wyper 1990) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยศึกษาในสตรี ผลการศึกษาพบว่า ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 14 มีการตรวจอย่างน้อยเดือนละครั้ง ร้อยละ 45 มีการตรวจน้อยกว่าเดือนละครั้ง ร้อยละ 41 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจ มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการตรวจมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 ($r=.44$)

แชมเปียน (Champion 1992) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจ แรงจูงใจทางสุขภาพ การควบคุมและความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี 588 คน พบว่า

1. สตรีที่มีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองจะมีการรับรู้ถึงความสำคัญของการค้นหาโรคในระยะเริ่มแรกและมีแรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
2. ความเชื่อหรือผลรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความถี่ของการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

3. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ แต่จากการศึกษาในกลุ่มสตรีทั่วไปพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และเขาได้แสดงความคิดเห็นว่าเมื่อสตรีมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสูง ความกลัวจะส่งผลให้สตรีไม่กล้าปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพราะเกรงว่าจะทำให้ตนตรวจพบก้อนมะเร็ง

4. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญ

5. การสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีผลทำให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ

6. การรับรู้อุปสรรคของการตรวจ มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

7. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ต่อการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

สไตเบิร์ก (Steinberge 1991) ได้ศึกษาถึงปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการไปรับการตรวจเต้านมเพื่อค้นหาโรคมะเร็งเต้านม (Mammography) ในสตรีที่มีอายุมากกว่า 35 ปีพบว่า การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับการตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์กับการไปรับการตรวจเต้านมโดยวิธีแมมโมกราฟีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฮอลเลา (Hallal 1982) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 80 เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองนี้ มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีที่ไม่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสตรีที่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมสูงกว่าสตรีที่ไม่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ปาเมลา เลีย (Pamela – Lea 1997) ศึกษาผลของการให้คำแนะนำร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยสูงอายุ โดยแบ่ง 3 กลุ่ม กลุ่ม a เป็นกลุ่มควบคุมไม่มีแรงสนับสนุนทางครอบครัว กลุ่ม b ให้กลุ่มเพื่อนเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่ม c ให้คู่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ภายหลังให้คำแนะนำตามโปรแกรม แรงสนับสนุนต่างกัน ไม่มีผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีวัยสูงอายุ

สติวแมน (Stillman 1977) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อของสตรีที่มีต่อโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี ร้อยละ 97 มีความเห็นว่าการตรวจเต้านม

ด้วยตนเองจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ แต่ในแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติมีเพียง ร้อยละ 48 เท่านั้นที่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือนและสตรีในกลุ่มที่มีความเชื่อสูงนั้นไม่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองถึง ร้อยละ 20

รัทเลต (Rutledge 1987) พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มสตรี 9 แห่ง ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทั้งนี้เพราะสตรีเหล่านี้ยังไม่มีอาการของโรค มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคน้อยมาก หรือไม่เคยมีบุคคลใกล้ชิดเป็นโรคนี้มาก่อน จึงทำให้ไม่สามารถมองเห็นความรุนแรงของโรคได้

รัทเลต (Rutledge 1988) ศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสตรีจากชมรมสตรี 9 แห่ง จำนวน 103 คน พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเองและสตรีที่มีการรับรู้หรือความเชื่อว่ามีอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยจะมีการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอกว่าสตรีที่มีการรับรู้หรือเชื่อว่ามีอุปสรรคอย่างมากที่จะปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเอง

หลุยส์ และคนอื่นๆ (Louise and others 1980) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของพฤติกรรมกรตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีผู้สูงอายุทั้งในด้านความถี่และวิธีการปฏิบัติ ส่วนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกรตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีสูงอายุได้ ทั้งนี้ การที่จะสรุปว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีผลทำให้สตรีปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเองได้หรือไม่นั้น อาจต้องพิจารณาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

เมอริสัน (Merrisson 1996) ที่ศึกษาในสตรีที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป พบว่า สตรีที่มีระดับความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพบว่าพยาบาลมีอิทธิพลในการที่จะให้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นให้สตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น

เฮาดอร์โดทเทีย และฮามาริน (Halldorsdottir and Hamarin 1995) ศึกษาพบว่าทัศนคติจะมีความสัมพันธ์กับความมุ่งมั่น ตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากที่สุด

เน็ตเทล และคาลสัน (Nettle-Carlson 1989) พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้สตรีไม่ปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ นั้น ได้แก่ ลืมและขาดความมั่นใจในทักษะการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเอง

แมดดอกซ์ (Maddox 1991) ได้ศึกษาพบว่า การได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองจะทำให้สตรีมีความเชื่อมั่นในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง

ด้วยเหตุที่ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในตัวเองนั้น เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลรวมทั้งมีผลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคล

ชาวเมออร์ และลักเคอร์ (Chalmer and Luker 1996) ได้ศึกษาในสตรี 55 คน พบว่าสตรีที่มีญาติ พี่น้องเป็นมะเร็งเต้านมจะส่งผลให้สตรีเหล่านั้น มีการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากการประมวลเอกสารทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาแล้วข้างต้น พบว่าส่วนมากเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการศึกษาผลของการส่งเสริมให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์และอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมาพบแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการมาพบแพทย์ ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง สิ่งชักนำได้แก่ การกระตุ้นสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ข่าวสารจากสื่อ/อินเทอร์เน็ต และบุคลากรสาธารณสุข ส่วนการศึกษาของพฤติกรรมการมาพบแพทย์มีเพียงการศึกษาเดี่ยวของวราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล (2541) ที่พบว่าความเครียดมีผลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลทำให้สตรีกลุ่มนี้มีการมาโรงพยาบาลเพื่อมาพบแพทย์โดยนำความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาที่กล่าวมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อที่จะนำไปปรับปรุงบริการของโรงพยาบาลสระบุรีและหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายของโรงพยาบาลสระบุรีเพื่อสามารถค้นหาและวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกได้มากขึ้นและลดอัตราการตายของมะเร็งเต้านม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) แบบตัดขวาง (cross section design) ผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิด ทฤษฎีและผลการวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวคิดในการทำวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาล สระบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
3. การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมและเป็นผู้ป่วยใหม่ที่ไม่ได้นัด ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 1,200 คน/ปี โดยสุตรีกุ่มตัวอย่าง ถูกเลือกตามคุณสมบัติ ดังนี้

- 1.1.1 เป็นสตรีอายุ 20ปี ขึ้นไป
- 1.1.2 สามารถอ่านออกเขียนได้
- 1.1.3 ไม่เคยรับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมาก่อน
- 1.1.4 ไม่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์
- 1.1.5 สม่้ครใจเข้าร่วมโครงการ

1.2 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Program G power 3.1.9.2 โดยคำนวณที่ Effect size .15 ได้ค่า Alpha = 0.05 ได้ค่า 1-beta = 0.07 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 103 คน และได้เพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นอีกประมาณ 20% เป็น 120 คน เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ดียิ่งขึ้นและป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลเหมือนการศึกษาอื่นๆ (ปราณปริยา โศสะสุ 2552) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) โดยสุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยอาการก้อนที่เต้านมตามบัตรคิวตรวจซึ่งจะแบ่งประชากรออกเป็นช่วงๆ ที่เท่ากันคือ

12 คนแล้วตามลำดับที่ 1-12 จากนั้นจึงทำการสุ่มหมายเลข 1-12 ของทุกกลุ่มได้หมายเลข 5 จึงเลือกผู้ป่วยคนที่ 5 ของทุกๆ 12 คน รวมกลุ่มตัวอย่างประชากรทั้งสิ้น 120 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 8 ตอน ดังนี้
ตอนที่ 1 ข้อมูลทางคุณลักษณะประชากรของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม เกี่ยวกับอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ที่อยู่ รายได้ของครอบครัว

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม จะเป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 12 ข้อ โดยให้เลือกตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบ โดย ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนนจากข้อคำถามในหมวดความรู้ จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีช่วงคะแนน 0 – 1 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด – สูงสุดเท่ากับ 0 – 12 คะแนน

การวิเคราะห์ระดับคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ตามเกณฑ์การประเมินความรู้จากการเรียนรู้ของบลูม (Bloom 1971, pp. 47)

ระดับสูง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ของคะแนนเต็ม
(10-12 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 60-79.9 ของคะแนนเต็ม
(7-9 คะแนน)

ระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 0.0 – 59.9 ของคะแนนเต็ม
(0-6 คะแนน)

ตอนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม จะเป็นแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 6 ข้อ โดยให้เลือกตอบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งเป็นคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นในข้อคำถามที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

การรับรู้	ข้อความเชิงบวก (คะแนน)	ข้อความเชิงลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

จากข้อคำถาม 6 ข้อ มีช่วงคะแนนแต่ละข้อระหว่าง 1 – 5 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด – สูงสุด เท่ากับ 6-30 คะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับของการรับรู้จะแบ่งตามระดับคะแนน ดังนี้

การรับรู้ระดับต่ำ	คะแนน 6 – 13 คะแนน
การรับรู้ระดับปานกลาง	คะแนน 14 – 22 คะแนน
การรับรู้ระดับสูง	คะแนน 23 – 30 คะแนน

ตอนที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม จะเป็นแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 7 ข้อ โดยให้เลือกตอบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นในข้อคำถามที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม

การรับรู้	ข้อความเชิงบวก (คะแนน)	ข้อความเชิงลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

จากข้อคำถาม 7 ข้อ มีช่วงคะแนนแต่ละข้อระหว่าง 1 – 5 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด – สูงสุด เท่ากับ 7-35 คะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับของการรับรู้จะแบ่งตามระดับคะแนนดังนี้

การรับรู้ระดับต่ำ	คะแนน 7 – 16 คะแนน
การรับรู้ระดับปานกลาง	คะแนน 17 – 25 คะแนน
การรับรู้ระดับสูง	คะแนน 26 – 35 คะแนน

ตอนที่ 5 การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมาพบแพทย์ จะเป็นแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมาพบแพทย์ จำนวน 5 ข้อ โดยให้เลือกตอบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นในข้อคำถามที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมาพบแพทย์

การรับรู้	ข้อความเชิงบวก (คะแนน)	ข้อความเชิงลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

จากข้อคำถาม 5 ข้อ มีช่วงคะแนนแต่ละข้อระหว่าง 1 – 5 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด – สูงสุด เท่ากับ 5-25 คะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับของการรับรู้จะแบ่งตามระดับคะแนนดังนี้

การรับรู้ระดับต่ำ	คะแนน 5 – 11 คะแนน
การรับรู้ระดับปานกลาง	คะแนน 12 – 18 คะแนน
การรับรู้ระดับสูง	คะแนน 19 – 25 คะแนน

ตอนที่ 6 การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการมาพบแพทย์ จะเป็นแบบสอบถาม การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการมาพบแพทย์ จำนวน 9 ข้อ โดยให้เลือกตอบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นในข้อคำถามที่มีทั้งด้านบวก และด้านลบ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังตาราง 3.4

ตารางที่ 3.4 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการมาพบแพทย์

การรับรู้	ข้อความเชิงบวก (คะแนน)	ข้อความเชิงลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

จากข้อคำถาม 9 ข้อ มีช่วงคะแนนแต่ละข้อระหว่าง 1 – 5 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด – สูงสุด เท่ากับ 9-45 คะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับของการรับรู้จะแบ่งตามระดับคะแนนดังนี้

การรับรู้ระดับต่ำ	คะแนน 9 – 20 คะแนน
การรับรู้ระดับปานกลาง	คะแนน 21 – 33 คะแนน
การรับรู้ระดับสูง	คะแนน 34 – 45 คะแนน

ตอนที่ 7 ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง จะเป็นแบบสอบถามความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง จำนวน 4 ข้อ โดยให้เลือกตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน คำถาม คำตอบ	
ปฏิบัติเป็นประจำได้	2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้งได้	1 คะแนน
ไม่เคยตรวจ ได้	0 คะแนน

การแปลผลคะแนนความสนใจในการตรวจด้านมด้วยตนเอง มีคะแนนเต็มทั้งหมด 8 คะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งดังนี้

ความสนใจในการตรวจด้านมของตนเองมาก (6-8 คะแนน)

ความสนใจในการตรวจด้านมของตนเองปานกลาง (3-5 คะแนน)

ความสนใจในการตรวจด้านมของตนเองน้อย (0-2 คะแนน)

ตอนที่ 8 สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ จะเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ จำนวน 8 ข้อ โดยให้เลือกตอบ ใช่และไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน คำถาม คำตอบ

ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน

ตอบไม่ ได้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ มีคะแนนเต็ม

ทั้งหมด 8 คะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่ง ดังนี้

มีสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์มาก (6-8 คะแนน)

มีสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ปานกลาง (3-5 คะแนน)

มีสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์น้อย (0-2 คะแนน)

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษารวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาสภาพปัญหาที่ผ่านมาและนำผลการศึกษามาวិเคราะห์เพื่อนำสู่การเลือกแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องใช้ในการวิจัย
3. กำหนดขอบเขตโครงสร้างของเนื้อหาตามทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ แล้วจัดสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมเนื้อหา และวัตถุประสงค์ของการวิจัยและกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับคำตอบในแต่ละข้อ
4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีข้อกำหนดดังต่อไปนี้
 - 4.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความตรง (Validity) ให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความตรงเชิงโครงสร้าง

(Construct Validity) และความเหมาะสมของภาษา (Wording) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1

4.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มสตรีที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลสระบุรี โดยใช้สตรีจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือทางสถิติ เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงตามหมวดต่างๆ ดังนี้

4.2.1 ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม $\alpha = .7835$

4.2.2 การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม $\alpha = .8037$

4.2.3 การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม $\alpha = .8055$

4.2.4 การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมาพบแพทย์ $\alpha = .7583$

4.2.5 การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการมาพบแพทย์ $\alpha = .7258$

4.2.6 ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง $\alpha = .8095$

4.2.7 สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ $\alpha = .8215$

สรุปค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามนี้อยู่ในช่วง 0.73-0.82

4.3 นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขจนได้เครื่องมือที่มีความสมบูรณ์

4.4 นำเครื่องมือไปเก็บรวบรวมข้อมูล

3. การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 นำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตศึกษา สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชถึงสำนักงานธุรการแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลสระบุรีที่ผู้วิจัยจะไปทำการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและระยะเวลาที่ดำเนินการ

3.2 ส่งหนังสือผ่านกรรมการจริยธรรมให้กับหน่วยงานวิจัยของโรงพยาบาลสระบุรี มีเลขที่ 062/2015

3.3 ประชุมชี้แจงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องบัตร ฯลฯ ถึงขั้นตอน วิธีการต่างๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจและปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

3.4 จัดเตรียมอุปกรณ์ เอกสารเกี่ยวกับการทำวิจัยและสถานที่ที่จะใช้ในการดำเนินการวิจัย

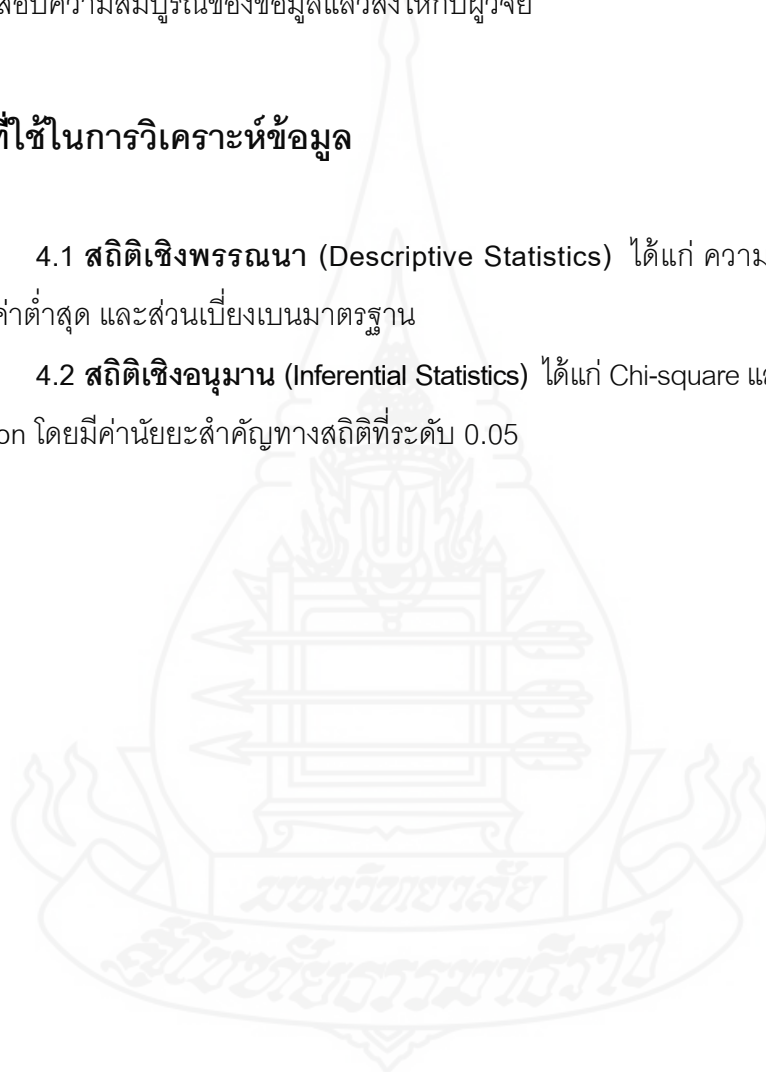
3.5 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น ก่อนนำไปใช้เพื่อเก็บข้อมูลจริง

3.6 เก็บรวบรวมข้อมูลจริงโดยใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วโดยพยาบาลที่โต๊ะซักประวัติผู้ป่วยนอกจะแจกแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยทำระหว่างรอตรวจกับแพทย์เมื่อผู้ป่วยทำเสร็จก็จะตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วส่งให้กับผู้วิจัย

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Chi-square และ Multiple Logistic Regression โดยมีค่านัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านม ในโรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี ผู้วิจัยได้จัดลำดับการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้รับคืน และเป็นแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ที่สุด จำนวน 128 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 โดยแบ่งการนำเสนอแต่ละตอนดังนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านม

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเพื่อหาอิทธิพลของตัวแปรต้นต่อตัวแปรตาม

ตอนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านม

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพการสมรส ภาวะสุขภาพ และระยะเวลามาพบแพทย์ นำเสนอโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากร (N=128)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-39	39	30.5
40-59	70	54.7
60ขึ้นไป	19	14.8
Mean=45.99, SD=13.25, Min=20, Max=75		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	6	4.7
ประถมศึกษาตอนต้น	36	28.1
ประถมศึกษาตอนปลาย	27	21.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	17	13.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	17	13.3
อนุปริญญา หรือ ปวส.	6	4.7
ปริญญาตรี	17	13.3
อื่นๆ	2	1.5
อาชีพ		
แม่บ้าน	33	25.8
เกษตรกรรวม	9	7.0
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	7.0
ค้าขาย	21	16.4
รับจ้าง	46	35.9
อื่นๆ	10	7.9
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท	27	21.4
5,000 - 10,000 บาท	26	20.6
10,001 - 15,000 บาท	25	19.8
15,001 - 20,000 บาท	18	14.2
20,001 - 25,000 บาท	13	10.4
25,001 -30,000 บาท	8	6.4
ตั้งแต่ 30,001 ขึ้นไป	9	7.2
สถานภาพการสมรส		
โสด	28	21.9
คู่	83	64.8

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพการสมรส (ต่อ)		
หย่า	6	4.7
หม้าย	11	8.6
ภาวะสุขภาพ		
สุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว	60	46.9
สุขภาพพอใช้ มีโรคประจำตัว	44	34.4
สุขภาพไม่ดี มีโรคประจำตัว	24	18.7
ค่าดัชนีมวลกาย		
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	8	7.7
สมส่วน	53	51.0
น้ำหนักเกิน	43	41.3
ระยะเวลามาพบแพทย์		
น้อยกว่า 7 วัน	17	13.3
8-15 วัน	11	8.5
16-30วัน	23	18.0
1-3 เดือน	44	34.4
มากกว่า 3 เดือน	33	25.8

จากตารางที่ 4.1 พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตานม เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่า ช่วงอายุ 40 ปีถึงอายุ 59 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.7 รองลงมาเป็นช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.5 และช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 14.8 ตามลำดับ อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 75 ปี เฉลี่ยอายุ 45.99 ปี มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.25 เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาพบว่า ประถมศึกษาตอนต้น มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.1 รองลงมาเป็น ประถมศึกษาตอนปลายจำนวน 27 คนคิดเป็นร้อยละ 21.1 เมื่อจำแนกตามอาชีพพบว่า รับจ้าง มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.9 รองลงมาเป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 25.8 เมื่อจำแนกตามรายได้พบว่า รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.4 รองลงมา เป็น 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 20.6 เมื่อจำแนกตามสถานภาพการสมรสพบว่า

ผู้มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.8 รองลงมาเป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 21.9 เมื่อจำแนกตามภาวะสุขภาพพบว่าสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัวมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.9 รองลงมา เป็นสุขภาพพอใช้ มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 34.4 และสุขภาพไม่ดี มีโรคประจำตัว คิดเป็น ร้อยละ 18.8 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามค่าดัชนีมวลกายพบว่า สมส่วนมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 51 รองลงมาเป็นน้ำหนักเกินคิดเป็นร้อยละ 41.3 เมื่อจำแนกตามระยะเวลามาพบแพทย์ ภายหลังจากพบก้อนที่เต้านมพบว่า ระยะเวลา 1-3 เดือน มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.4 รองลงมาเป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 25.8

ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง และระยะเวลามาพบแพทย์ ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลสุขภาพและระยะเวลา มาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านม

ข้อมูลสุขภาพ	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	35	125	61.26	13.04
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	145	171	157.12	5.656
ค่าดัชนีมวลกาย	16.2	48.83	24.73	5.13
ระยะเวลามาพบแพทย์ (วัน)	1	2191	145.09	300.01

จากตารางที่ 4.2 พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านม เมื่อจำแนกตามน้ำหนักพบว่า น้ำหนักต่ำสุด 35 กิโลกรัม น้ำหนักสูงสุด 125 กิโลกรัม น้ำหนักเฉลี่ย 61.26 กิโลกรัม มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.04 เมื่อจำแนกตามส่วนสูงพบว่าส่วนสูงต่ำสุด 145 เซนติเมตร ส่วนสูงสูงสุด 171 เซนติเมตร ส่วนสูงเฉลี่ย 157.12 เซนติเมตร มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.66 เมื่อจำแนกตามค่าดัชนีมวลกายพบว่าค่าดัชนีมวลกายต่ำสุดเท่ากับ 16.2 ค่าดัชนีมวลกายสูงสุดเท่ากับ 48.83 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.73 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.13 เมื่อจำแนกตามระยะเวลามาพบแพทย์พบว่าระยะเวลาเร็วสุด 1 วัน ระยะเวลาช้าสุด 2191 วัน ระยะเวลาเฉลี่ย 145 วัน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 300

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ตัวแปรต้น ประกอบด้วย ความรู้ การรับรู้ ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ และตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการมาพบแพทย์ นำเสนอโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดังตารางที่ 4.3 ดังนี้

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของความรู้ การรับรู้ ความสนใจในการตรวจเต้านม สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ และพฤติกรรมการมาพบแพทย์

ปัจจัย	จำนวน	%
ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม		
ต่ำ	64	50
กลาง	44	34.4
สูง	20	15.6
Mean = 6.46 คะแนน, SD = 2.44 คะแนน, Min = 0 คะแนน, Max = 11 คะแนน		
การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม		
ต่ำ	0	0
กลาง	79	61.7
สูง	49	38.3
Mean = 98.06 คะแนน, SD = 8.86 คะแนน, Min = 67 คะแนน, Max = 122 คะแนน		
ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง		
น้อย	47	36.7
มาก	81	63.3
Mean = 4.41 คะแนน, SD = 2.54 คะแนน, Min = 0 คะแนน, Max = 8 คะแนน		
สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์		
น้อย	58	45.3
มาก	70	54.7
Mean = 5.51 คะแนน, SD = 2.25 คะแนน, Min = 0 คะแนน, Max = 8 คะแนน		

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	%
พฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์		
เร็ว	51	39.8
ช้า	77	60.2
Mean = 144.20 วัน, SD = 299 วัน, Min = 1 วัน, Max = 2191 วัน		

จากตารางที่ 4.3 พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตานมีความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งไตานมอยู่ในระดับต่ำมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาอยู่ในระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 34.4 และอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 15.6 ตามลำดับ คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 11 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 6.46 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.44 ผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตานมมีการรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งไตานมอยู่ในระดับกลางมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.7 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 38.8 และไม่มีผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ ตามลำดับ คะแนนต่ำสุด 67 คะแนน คะแนนสูงสุด 122 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 98.06 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.86 ผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตานมมีความสนใจในการตรวจไตานมของตนเองมาก คิดเป็นร้อยละ 63.3 และสนใจในการตรวจไตานมของตนเองน้อย คิดเป็นร้อยละ 36.7 คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 8 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 4.41 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.54 ผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตานมมีสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์มาก คิดเป็นร้อยละ 54.7 และมีสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์น้อย คิดเป็นร้อยละ 45.3 คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 8 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 5.51 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.55 ผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตานมมีพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์เร็วหรือมาภายใน 1 เดือนหลังพบก้อน คิดเป็นร้อยละ 39.8 และมีพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ช้าหรือเกิน 1 เดือนหลังพบก้อน คิดเป็นร้อยละ 60.2 จำนวนวันน้อยที่สุด 1 วัน จำนวนวันมากที่สุด 2191 วัน จำนวนวันเฉลี่ย 144.02 วัน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 299

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ที่ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง และสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ ส่วนพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ให้เป็นตัวแปรตามเพื่อหาความสัมพันธ์เนื่องจากพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ที่วัดเป็นจำนวนวันมีการกระจายที่ไม่เป็นแบบโค้งปกติ จึงต้องแบ่งตามเกณฑ์ให้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มาพบแพทย์เร็วภายใน 30 วัน และกลุ่มที่มาพบแพทย์ช้าหลัง 30 วัน หลังจากพบก้อนที่เต้านม ในขณะที่ตัวแปรต้นก็ได้จัดกลุ่มเป็นมากขึ้นน้อยเช่นกันเพื่อให้สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ได้

ความสัมพันธ์ของความรู้ การรับรู้ ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์กับพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ปรากฏดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น (ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์) กับพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์

ตัวแปรต้น	พฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์						X ²	df	p-value
	ช้า		เร็ว		รวม				
	n	%	n	%	n	%			
ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม									
น้อย	21	46.7	24	53.3	45	100	5.269	1	0.022
มาก	56	67.5	27	32.5	83	100			
การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม									
น้อย	41	62.1	25	37.9	66	100	0.219	1	0.639
มาก	36	58.1	26	41.9	62	100			
ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง									
น้อย	27	57.4	20	42.6	47	100	0.227	1	0.633
มาก	50	61.7	31	38.3	81	100			
สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์									
น้อย	39	67.2	19	32.8	58	100	2.221	1	0.136
มาก	38	54.3	32	45.7	70	100			

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมมาก มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมมาพบแพทย์เร็วเป็นสัดส่วนร้อยละ 32.5 ส่วนผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมน้อยและมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมมาพบแพทย์เร็วเป็นสัดส่วนร้อยละ 53.3 โดยความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.022 ผู้ป่วยที่มีการรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมมาก มีพฤติกรรมมาพบแพทย์เร็วเป็นสัดส่วนร้อยละ 41.9 ส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมน้อย มีพฤติกรรมมาพบแพทย์เร็วเป็นสัดส่วนร้อยละ 37.9 โดยการรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ผู้ป่วยที่มีความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองมากพบว่า มีพฤติกรรมมาพบแพทย์เร็วเป็นสัดส่วนร้อยละ 38.3 ส่วนผู้ป่วยที่มีความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองน้อย มีพฤติกรรมมาพบแพทย์เร็วเป็นสัดส่วนร้อยละ 42.6 โดยความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์มากพบว่า มีพฤติกรรมมาพบแพทย์เร็วเป็นสัดส่วนร้อยละ 45.7 ส่วนผู้ป่วยที่มีสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์น้อย มีพฤติกรรมมาพบแพทย์เร็วเป็นสัดส่วนร้อยละ 32.8 โดยสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเพื่อหาอิทธิพลของตัวแปรต้น

ต่อตัวแปรตาม

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง และสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ซึ่งได้ทดสอบแล้วว่าการกระจายแบบโค้งปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลง ส่วนพฤติกรรมมาพบแพทย์ให้เป็นตัวแปรตามโดยมาเร็วกำหนดรหัสเป็น 1 มาช้ากำหนดรหัสเป็น 0 เพื่อวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเพื่อหาว่าตัวแปรต้นเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาพบแพทย์หรือไม่ ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเพื่อหาอิทธิพลของตัวแปรต้นกับพฤติกรรม
การมาพบแพทย์

ตัวแปรต้น	B	P-value
ความรู้ความรู้อีกเกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม	-1.182	0.005
การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม	0.397	0.313
ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง	-0.199	0.617
สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์	0.864	0.034
ค่าคงที่	-0.218	0.610

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม
การมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 โดยความรู้ที่เพิ่มขึ้นจะลดโอกาสการมี
พฤติกรรมมาพบแพทย์เร็ว สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาพบแพทย์อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.034 โดยสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มโอกาสการมีพฤติกรรม
มาพบแพทย์เร็วของผู้ป่วย ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม และความสนใจในการ
ตรวจเต้านมของตนเอง ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อนำผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกมาสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมมาพบ
แพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี โดยใช้ตัวแปรพยากรณ์ที่ดี ซึ่งผู้วิจัย
ได้ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติจากวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกในตอนต้นที่ 4 โดยนำตัวแปรต้น
ที่ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม กับสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ และตัวแปรตาม
คือ พฤติกรรมมาพบแพทย์ โดยนำมาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเพื่อสร้างสมการเพื่อพยากรณ์
พฤติกรรมมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกของตัวแปรต้น (ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็ง
เต้านม และสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์) กับพฤติกรรมมาพบแพทย์

ตัวแปรต้น	B	P-value
ความรู้ความรู้อีกเกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม	-0.222	0.007
สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์	0.855	0.033
ค่าคงที่	0.521	0.327

จากตารางที่ 4.6 สามารถเขียนสมการพยากรณ์โอกาสการมีพฤติกรรมการมาพบแพทย์เร็วของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตล้มได้ ดังนี้

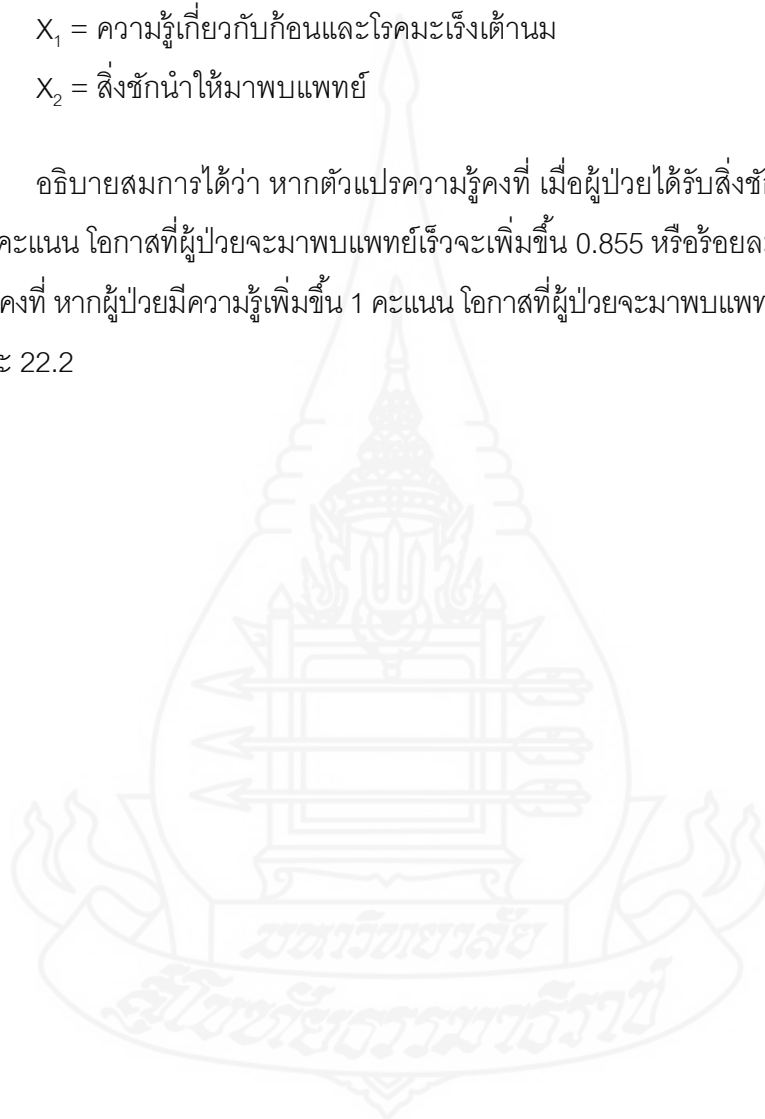
$$Y = 0.521 - 0.222X_1 + 0.855X_2$$

Y = โอกาสการมีพฤติกรรมการมาพบแพทย์เร็ว (0-1)

X_1 = ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งไต

X_2 = สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์

อธิบายสมการได้ว่า หากตัวแปรความรู้คงที่ เมื่อผู้ป่วยได้รับสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์เพิ่มขึ้น 1 คะแนน โอกาสที่ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์เร็วจะเพิ่มขึ้น 0.855 หรือร้อยละ 85.5 แต่ถ้าตัวแปรสิ่งชักนำคงที่ หากผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น 1 คะแนน โอกาสที่ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์เร็วจะลดลง 0.222 หรือร้อยละ 22.2



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการ
ก่อนที่เข้ามามีในโรงพยาบาลสระบุรีเป็นการวิจัยการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) แบบตัดขวาง
(cross section design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการ
ก่อนที่เข้ามามีในโรงพยาบาลสระบุรีโดยปัจจัยที่นำมาศึกษาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับก่อนและ
โรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับก่อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง
และสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เข้ามามีและเป็นผู้ป่วยใหม่
ที่ไม่ได้นัด ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ
เป็นระบบได้จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 128 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือแบบสอบถาม ซึ่งม
ีความสมบูรณ์ จำนวน 128 ฉบับ ซึ่งมีความเที่ยงอยู่ในช่วง 0.73-0.82 โดยปัญหาระหว่างการเก็บ
ข้อมูลคือมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้จึงได้ให้ผู้ช่วยพยาบาลหรือพยาบาลเป็นคน
อ่านแบบสอบถามให้ฟังและเขียนให้ตามคำบอกของผู้ป่วย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square และ Multiple Logistic Regression

1. สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัยได้ดังนี้

1.1 พฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เข้ามามีในโรงพยาบาล
สระบุรี พบว่า พฤติกรรมการมาพบแพทย์ระยะเวลาเร็วที่สุดคือ 1 วัน และระยะเวลาช้าที่สุด 2191 วัน
โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 145 วัน ซึ่งถ้าแยกเป็นกลุ่มพฤติกรรมการมาพบแพทย์เร็ว (ไม่เกิน 1 เดือน)
และพฤติกรรมการมาพบแพทย์ช้า (เกิน 1 เดือน) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เข้ามามีพฤติกรรม
การมาพบแพทย์เร็ว คิดเป็นร้อยละ 39.8 และมีพฤติกรรมการมาพบแพทย์ช้า คิดเป็นร้อยละ 60.2

1.2 ความรู้เกี่ยวกับก่อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับก่อน
และโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองและสิ่งชักนำ ต่อพฤติกรรม
การมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เข้ามามีในโรงพยาบาลสระบุรี พบว่าผู้ป่วยที่มี

อาการก่อนที่ไตานมมีความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับต่ำมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาอยู่ในระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 34.4 และอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 15.6 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตานมมีการรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับกลางมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.7 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 38.8 และไม่มีผู้ป่วยที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตานมมีความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองมากมี คิดเป็นร้อยละ 63.3 และสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองน้อย คิดเป็นร้อยละ 36.7 ผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตานมมีสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์มากมี คิดเป็นร้อยละ 54.7 และมีสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์น้อย คิดเป็นร้อยละ 45.3

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง และสิ่งชักนำ กับพฤติกรรมมารมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตานมในโรงพยาบาลสระบุรี พบว่าความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.022 ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง และสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารมาพบแพทย์

1.4 อิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองและสิ่งชักนำต่อพฤติกรรมมารมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตานมในโรงพยาบาลสระบุรี พบว่าความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมารมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 โดยความรู้ที่ลดโอกาสพฤติกรรมมารมาพบแพทย์เร็ว สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมารมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.034 โดยสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ที่เพิ่มโอกาสพฤติกรรมมารมาพบแพทย์เร็ว ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม และความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมารมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี โดยปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์

2.1 ผลการศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม กับพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งจากแนวคิดของ Orem (1995) เชื่อว่าความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในกระบวนการดูแลตนเอง เมื่อบุคคลมีความเข้าใจในเรื่องใด ก็จะไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น บุคคลที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมของตนเองและใช้ความรู้ในการคิด พิจารณาและตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง ซึ่งจากแนวคิดนี้สรุปว่าถ้ายังมีความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมมากน่าจะมีพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์เร็ว แต่จากการศึกษานี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ในเชิงลบซึ่งหมายความว่ายิ่งผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมมากพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์จะยิ่งช้าตามไปด้วย ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีและการศึกษาอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาของกัลยาณี นาคฤทธิ (2541) ซึ่งพบว่าความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง และการศึกษาของสมใจ วิจิตรกุล และสุนันทา กระจ่างแดน (2549) ที่ว่าความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม เมื่อพิจารณาถึงรายละเอียดข้อคำถามในแบบสอบถามพบว่ามีคำถามอยู่ 1 ข้อคือ ข้อ 11 ซึ่งถามว่า “อาการของมะเร็งเต้านมที่รุนแรง มีอาการเจ็บที่เต้านม” ซึ่งคำตอบนี้ถ้าต้องตอบผิดจึงจะได้คะแนนมีผู้ตอบแบบสอบถามถูกเพียง 6 คน คิดเป็น 4.7% เท่านั้น ซึ่งทำให้รู้ถึงแนวคิดส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีคือถ้าไม่มีอาการปวดจะไม่คิดว่าก้อนนั้นเป็นมะเร็งซึ่งคำถามข้อนี้อาจมีอิทธิพลเหนือคำถามข้ออื่นๆ จึงทำให้มีพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ล่าช้าแม้จะมีความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมสูงก็ตาม อีกประเด็นหนึ่งเมื่อพิจารณาถึงคุณลักษณะของประชากรที่มีอาการก้อนที่เต้านมพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และรายได้น้อย จึงอาจไม่สามารถหางานมาเพื่อมาพบแพทย์ได้แม้จะมีความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมมากแต่ด้วยข้อจำกัดจึง

ไม่สามารถมาพบแพทย์ได้เร็ว แต่อย่างไรก็ตามประเด็นนี้จะต้องมีการยืนยันด้วยการศึกษาต่อไปในอนาคต

2.2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม กับพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Louise and others (1980) พบว่าการรับรู้ถึงโรคมะเร็งเต้านมไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองของสตรีสูงอายุได้ แต่ก็มีหลายการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษานี้ ได้แก่ การศึกษาของ Champion (1992) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่มารับการตรวจรักษาโรคทั่วไปที่คลินิกตรวจโรคผู้ป่วย พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและมาพบแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของ Rutledge (1987) ศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสตรีจากชมรมสตรี 9 แห่ง พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและมาพบแพทย์ การศึกษาของจันทิมา (2540) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพแหล่งใดนั้นขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการเข้าถึงบริการ และปัจจัยเสริมอื่นๆ เมื่อศึกษาในรายละเอียดของปัจจัยต่างๆ พบว่าล้วนมีผลกระทบต่อตัดสินใจของบุคคลทั้งสิ้น การศึกษาของอัญชลี (2539) ศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอพรหมคีรีจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 100 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 50 คน ที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมให้มีมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกและมีการรับรู้ผลดีในการไปรับบริการตรวจหามะเร็ง ปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีอัตราการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของวนิดา (2535) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการสนับสนุนของสามีในการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของคณงานสตรี จังหวัดนนทบุรีจำนวน 113 คน พบว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคการรับรู้ต่อความรุนแรง การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการที่จะสรุปว่าการรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม มีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการมาพบแพทย์เร็วได้หรือไม่นั้น อาจต้องพิจารณาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

2.3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง กับพฤติกรรมมารมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี

จากผลการศึกษาพบว่า ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมารมาพบแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stillman (1977) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของสตรีที่มีต่อโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี ร้อยละ 97 มีความเห็นว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองและมาพบแพทย์จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ แต่ในแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติมีเพียงร้อยละ 48 เท่านั้น ที่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน แต่ก็มีหลายการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษานี้ ได้แก่ การศึกษาของ Champion (1992) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่มารับการตรวจรักษาโรคทั่วไปที่คลินิกตรวจโรคผู้ป่วย พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและมาพบแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของ Rutledge (1987) ศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสตรีจากชมรมสตรี 9 แห่ง พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและมาพบแพทย์ ดังนั้นการที่จะสรุปว่าความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง มีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารมาพบแพทย์ เร็วได้หรือไม่นั้น อาจต้องมีการศึกษาอื่นๆ เพิ่มเติมด้วย

2.4 ผลการศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของสิ่งชักนำ กับพฤติกรรมมารมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี

จากผลการวิจัย พบว่า สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมารมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.034 ในเชิงบวกซึ่งหมายความว่ายิ่งผู้ป่วยมีสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์มากพฤติกรรมมารมาพบแพทย์จะยิ่งเร็วตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาหลายๆ การศึกษา ได้แก่ การศึกษาของฉวีวรรณ พลแสน (2541) ที่พบว่าการกระตุ้นเตือนจากสตรีหรือตัวแทนสตรี ทำให้สตรีมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้นซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและมาพบแพทย์ การศึกษาของปริญดา ทุนคำ (2541) ที่พบว่าการกระตุ้นเตือนจากเพื่อนสนิททำให้สตรีมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น การศึกษาของ Chalmer and Luker (1996) ได้ศึกษาในสตรี 55 คน พบว่า สตรีที่มีญาติพี่น้องเป็นมะเร็งเต้านมจะส่งผลให้สตรีเหล่านั้นได้รับการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติเพื่อการดูแลรักษาตนเองมากขึ้น การศึกษาของ วิมล คำสวัสดิ์ (2535) ได้ศึกษาการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในชุมชนแออัดกรุงเทพมหานคร พบว่า สตรีที่มีประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ การมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคก้อนที่เต้านม

เป็นมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองทั้งนี้อาจเป็นเพราะประสบการณ์ที่เคยได้เห็น ได้ดู ได้รับทราบเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม เป็นตัวกระตุ้นให้สตรีเกิดความสนใจในเรื่องนี้มากขึ้นนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและมาพบแพทย์ การศึกษาของ Marckcy (1992) พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำโดยบอกถึงผลที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่และนำไปสู่

ความตั้งใจในการป้องกันรักษาสุขภาพของบุคคล และการศึกษาของประกายทิพย์ (2541) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยรุ่นอายุ 15-25 ปี จำนวน 275 ราย การได้รับข่าวสารและคำแนะนำเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและมาพบแพทย์ ดังนั้นสิ่งชักนำในการมาพบแพทย์จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ อันจะนำไปสู่การกำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติและแบบแผนการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อสามารถตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกให้มีสัดส่วนมากกว่าระยะลุกลามได้

3. ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี จากผลการวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยขอให้ออกข้อเสนอแนะดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

3.1.1 ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีที่สำคัญ คือ สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ ซึ่งประกอบด้วย การได้รับรู้ข้อมูลการกระตุ้นต่างๆ จากสิ่งรอบข้างเช่น เพื่อนบ้าน คนรู้จัก อสม. สื่อต่างๆ ครอบครัว หรือญาติพี่น้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากผลการศึกษาดังกล่าว โดยเมื่อพิจารณาจากข้อคำถามจากแบบสอบถามแล้วพบว่า สิ่งชักนำที่ผู้ป่วยมีน้อยที่สุดคือ การกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีเพียงร้อยละ 50 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด รองลงมาคือ การได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจากเพื่อนบ้าน หรือ อสม. จากข้อมูลนี้สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายแนวทางปฏิบัติและแบบแผนการดำเนินงานทางสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีโดย

1) กำหนดนโยบายให้ผู้บุคลากรและทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยดำเนินงาน กระตุ้นชักนำให้ผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมมาตรวจที่โรงพยาบาล โดยการประชาสัมพันธ์และให้คำแนะนำ ที่ถูกต้อง โดยเน้นไปที่การกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและชักชวนให้ผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมมาตรวจที่โรงพยาบาล

2) การกำหนดนโยบายให้การสนับสนุนการพัฒนาสิ่งชักนำในรูปแบบอื่นๆ ให้ดีขึ้น ได้แก่ แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ เสียงจากวิทยุโทรทัศน์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ อินเทอร์เน็ต การสื่อสาร อื่นๆ หรือจากการถ่ายทอดโดยบุคคลเช่น อสม. โดยการอบรม การสอนแนะนำ การถ่ายทอดจาก ประสบการณ์ผู้ป่วยที่เป็นโรคเต้านม เพราะถ้ามะเร็งเต้านมถูกค้นพบได้ในระยะเริ่มแรกก็สามารถ หายขาดได้ ซึ่งถือว่าการลดความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมทำให้มีอัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.1.2 ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติการ

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารมาพบแพทย์ของผู้ป่วย ที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีที่สำคัญ คือ สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ ซึ่งประกอบด้วย การได้รับรู้ข้อมูลการกระตุ้นต่างๆ จากสิ่งรอบข้างเช่น เพื่อนบ้าน คนรู้จัก อสม. สื่อต่างๆ ครอบครัว หรือญาติพี่น้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากผลการศึกษาดังกล่าวสามารถเสนอแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1) เพิ่มบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ลงพื้นที่เพื่อรณรงค์เรื่องอื่นๆ เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรัง ให้ช่วยในการแนะนำชักชวนการตรวจ มะเร็งเต้านมเมื่อพบอาการก้อนที่เต้านม

2) จัดทำแผนงาน/โครงการจัดอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากร ทางการแพทย์ในแง่ของทักษะการให้คำแนะนำโน้มน้ำหนักและชักชวนให้ประชากรสตรีที่มีก้อนที่เต้านม ในพื้นที่หันมาสนใจสุขภาพตนเองและมาพบแพทย์ และมีการติดตามและประเมินผลงาน เพื่อจะได้ เกิดการพัฒนาต่อไป

3) ควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมศักยภาพของบุคคลในครอบครัวและ เพื่อนบ้าน ให้เกิดความเข้าใจในสตรีที่มีอาการก้อนที่เต้านมและมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำโน้ม น้ำหนักและชักชวนให้มาพบแพทย์เพื่อตรวจหามะเร็งเต้านม ได้แก่

(1) จัดนิทรรศการเผยแพร่ความรู้และกิจกรรมรณรงค์การตรวจมะเร็ง เต้านมเมื่อพบก้อนที่เต้านม ซึ่งเน้นไปที่การตรวจพบก้อนเต้านมที่ทั้งมีอาการและไม่มีอาการเพราะ มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกมักไม่มีอาการเจ็บปวด การมาพบแพทย์เร็วทำให้เพิ่มโอกาสการรักษา ให้หายขาดได้ โดยเป้าหมายไปที่กลุ่ม อสม. และประชาชนทุกคนในหมู่บ้าน

(2) จัดการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการรณรงค์ให้สตรีมีการตรวจมะเร็งเต้านมเมื่อพบก้อนที่เต้านมให้รีบมาพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยอย่างสม่ำเสมอ โดยผ่านทางสื่อมวลชน แชนงต่างๆ เช่น แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ เสียงจากวิทยุโทรทัศน์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น รวมทั้งจัดทำคู่มือเอกสารเกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมแจกทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน

4) ส่งเสริมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่สตรีที่มีปัญหาเกี่ยวกับ ก้อนที่เต้านม โดยใช้ผู้ที่มีความสามารถในการให้ความรู้ มีทักษะในการให้คำแนะนำ โน้มน้าวและชักชวนสตรีที่มีก้อนที่เต้านมให้มาพบแพทย์เพื่อตรวจหามะเร็งเต้านม

5) จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ไม่ได้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ แต่เมื่อพิจารณาในแบบสอบถามพบว่า ข้อแบบสอบถาม “ท่านไม่ยอมมาใช้บริการเพื่อตรวจก้อนที่เต้านมเพราะบริการของโรงพยาบาลล่าช้า” มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ต่ำที่สุดซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงขอเสนอให้มีการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล ในการรับบริการการตรวจมะเร็งเต้านม เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นกับประชาชนว่ามีขั้นตอนการรับบริการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เพื่อให้เกิดความต้องการในการอยากมารับการบริการ

6) จากผลการศึกษาพบว่า ความสนใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไม่ได้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ แต่เมื่อพิจารณาในแบบสอบถามในส่วนของ การรับรู้อุปสรรคการมาพบแพทย์พบว่า ผู้ป่วยที่มีก้อนเต้านมมีความสม่ำเสมอในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพียงร้อยละ 32.8 เท่านั้น ดังนั้นจึงขอเสนอให้มีการจัดวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญในการ ตรวจเต้านมด้วยตนเองไปเผยแพร่ความรู้ และส่งเสริมการกระตุ้นต่างๆ จากสิ่งรอบข้างเช่น เพื่อนบ้าน คนรู้จัก อสม. สื่อต่างๆ ครอบครัวหรือญาติพี่น้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ให้สตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ

7) จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ไม่ได้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ แต่เมื่อพิจารณาในแบบสอบถามในส่วนของ การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม พบว่า ข้อแบบสอบถาม “ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ต้องรักษาด้วยการตัดเต้านมทิ้ง” มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ต่ำที่สุดซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจึงขอเสนอให้มีการส่งเสริมการรับรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรักษาโรคมะเร็งเต้านม โดยจัดนิทรรศการเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ การจัดการอบรมในชุมชน โดยเน้นถึงใจความว่าการรักษามะเร็งเต้านมไม่จำเป็นต้องตัดเต้านมเสมอไปถ้ามาพบแพทย์เร็ว

3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีที่สำคัญ คือ สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ ซึ่งประกอบด้วย การได้รับรู้ข้อมูลการกระตุ้นต่างๆ จากสิ่งรอบข้างเช่น เพื่อนบ้าน คนรู้จัก อสม. สื่อต่างๆ ครอบครัว หรือญาติพี่น้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากผลการศึกษาดังกล่าว สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทำวิจัยต่อไป ดังนี้

1. เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีที่สำคัญ คือ สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ ดังนั้นจึงขอเสนอแนะ

1.1 การศึกษาหาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสิ่งชักนำในการมารพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เต้านมเพื่อที่จะกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

1.2 การศึกษาหาอิทธิพลของสิ่งชักนำที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ อสม และบุคคลในครอบครัวต่อพฤติกรรมมารพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เต้านมเพื่อที่จะเน้นพัฒนาหรือกระตุ้นสิ่งชักนำที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น

2. เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีที่สำคัญ คือ สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ และที่ไม่เกี่ยวข้องคือ การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง แต่อาจมีสาเหตุอื่นๆ ที่ไม่ได้นำมาศึกษาเช่นระบบการบริการของโรงพยาบาล ดังนั้นจึงขอเสนอแนะ การศึกษาศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างระบบการบริการของโรงพยาบาลกับพฤติกรรมมารพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เต้านมเพื่อที่จะกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่มีประโยชน์มากขึ้น

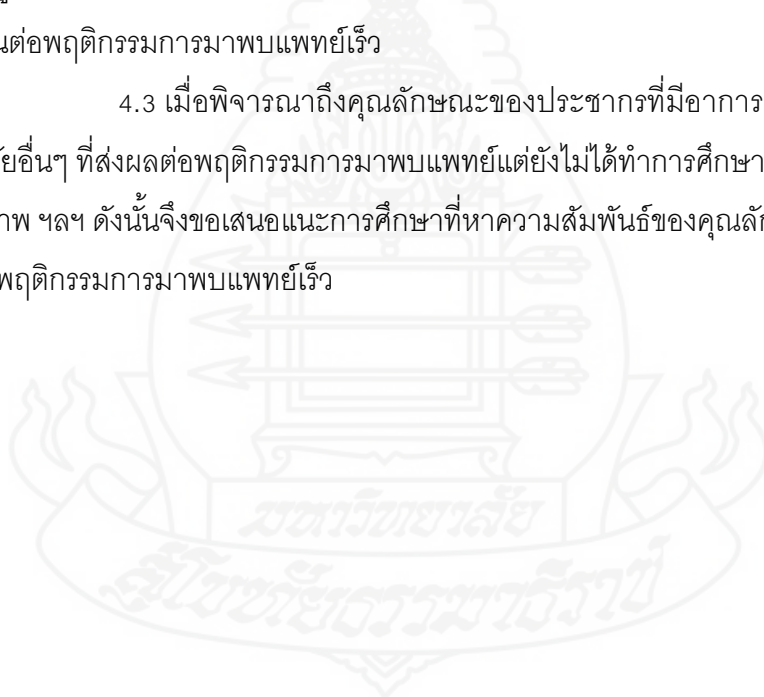
3. เนื่องจากการศึกษาอื่นๆ พยายามหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยยังไม่ได้คำนึงถึงผลลัพธ์สุดท้าย คือตรวจพบก้อนแล้วมาโรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์เป็นผู้ตรวจ แต่จากการศึกษาพบว่าความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองไม่ได้มีอิทธิพลต่อการมารพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เต้านม ดังนั้นจึงขอเสนอแนะการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมมารพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เต้านม ระหว่างกลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ กับกลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ประจำ เพื่อพิสูจน์ว่าการรณรงค์การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีประโยชน์ต่อการมารพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่เต้านม

4. เนื่องจากผลการศึกษานี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ที่ตรงกันข้ามกับพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งมีผลขัดแย้งกับการศึกษาอื่นๆ ดังนั้นอาจจะเสนอแนะ

4.1 การศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านม ระหว่างกลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมสูงกับกลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมต่ำ เพื่อพิสูจน์ดูว่าความรู้มีผลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์จริงหรือไม่

4.2 เมื่อพิจารณาในแบบสอบถามในส่วนของความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม พบว่า ข้อแบบสอบถาม “มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อของเนื้อเยื่อบริเวณเต้านม” “โรคมะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจายไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้” “อาการของมะเร็งเต้านมที่รุนแรงมีอาการเจ็บที่เต้านม” และ “ปัจจุบันยังไม่มียาที่สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้” มีผู้ตอบถูกไม่ถึงร้อยละ 50 ดังนั้นจึงขอเสนอแนะการศึกษาที่เจาะลึกถึงความรู้ที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์เร็ว

4.3 เมื่อพิจารณาถึงคุณลักษณะของประชากรที่มีอาการก้อนที่เต้านมพบว่า อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์แต่ยังไม่ได้ทำการศึกษา ได้แก่ รายได้ อาชีพ ภาวะสุขภาพ ฯลฯ ดังนั้นจึงขอเสนอแนะการศึกษาที่หาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะของประชากรเหล่านี้ต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์เร็ว





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กัลยาณี นาคฤทธิ. (2541). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยกลางคน ในเขตกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- กิตินันท์ สิทธิชัย. (2540). *การศึกษาการรับรู้สภาวะสุขภาพการสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- จงกล ศักดิ์ตระกูล. (2543). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- จินดา บุญช่วยเกื้อกุล. (2548). *การดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จรรยา ปั่นทวงกูร. (2549). *พฤติกรรมศาสตร์และพฤติกรรมสุขภาพในงานสาธารณสุข*. อุบลราชธานี: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ. (2540). *การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิง โรคคลื่นหัวใจพิการในกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2524). *รายงานการวิจัยแบบฉบับการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่กำลังเปลี่ยนแปลง ของครอบครัวรายได้น้อยในตัวเมือง*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- จิรวรรณ กมลชัย. (2539). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการตรวจมะเร็งเต้านม ระยะเริ่มแรกด้วยตนเองของสตรีในชนบทจังหวัดบุรีรัมย์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- จุฑารัตน์ รามสูต. (2536). *การผสมผสานสาธารณสุขมูลฐานกับการบริหารโรงงาน เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพนักงาน ในการป้องกันโรคจากการทำงาน กรณีศึกษา โรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดังและอุบัติเหตุ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

- ฉวีวรรณ พลแสน. (2541). การส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านตัวแทนสตรี
ในสาขาภิบาล อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ฐิติวันต์ พัทธ์กิจวัฒนา. (2544). การประยุกต์ความเชื่อทางด้านสุขภาพร่วมกับการกระตุ้นเตือน
เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนในคลินิกวัยทอง
โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- บงกช เก่งเขตกิจ และคนอื่นๆ. (2542). ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทย.
กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). ภาควิชาการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
ประกายทิพย์ จันทร์ภิรมย์. (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี
วัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ:
อักษรเจริญทัศน์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา.
กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2549). แผนแม่บทการเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็งเต้านม
(พ.ศ.2547-2549). กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณปรียา โคสะสุ. (2552). พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข
จังหวัดอุบลราชธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- ปริญญา ทุนคำ. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม
การตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงสถาบันราชภัฏนครสวรรค์. (วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ปาริชาติ ชูประดิษฐ์. (2543). เจตคติ บรรทัดฐาน กลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการตรวจเต้านม
ด้วยตนเองของสตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- เมธีรัตน์ สุภาพ. (2547). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของผู้หญิงกลุ่มอายุ ตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ในมหาวิทยาลัยขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เยาวดี วิเศษรัตน์. (2542). ความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่อาศัยในเขตเมือง จังหวัดยโสธร. วารสารสาธารณสุขมูลฐานอีสาน, 14, 7-11.
- วนิดา ดีทองนอก. (2550). การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของแพนเดอร์ เพื่อการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของแกนนำสตรีและการสร้างเครือข่ายในกลุ่มสตรีอายุ 30 ปีขึ้นไป ตำบลตลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วนิดา เสนะวงศ์. (2535). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมของสามี ในการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของคณงานสตรี จังหวัดนนทบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- วรรณุช เกียรติพงษ์ถาวร. (2552). คู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล. (2541). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่มีก้อนบริเวณเต้านมในระยะก่อนได้รับการวินิจฉัย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ. (2541). การศึกษาสภาพการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยและต่างประเทศ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมล คำสวัสดิ์. (2535). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม จากแม่บ้านอาสาสมัครในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- วีรดา คงมาลัย. (2543). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีในชนบทโดยผ่านสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข : ศึกษาเฉพาะกรณี จังหวัดสุพรรณบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2556). *แผนการควบคุมและ ป้องกันโรคมะเร็งแห่งชาติ ปี 2556-2560*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: ตะวันออก.
- สมใจ วินิจกุล และสุนันทา กระจ่างแดน. (2549). การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. *วารสารรามาคิริบดีพยาบาลสาร*, 12(2), 151-166.
- สมทรง รัชส์เผ่า และสรงกฤษณ์ ดวงคำสวัสดิ์. (2540). *กระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกรณี : การพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคในชุมชน*. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก.
- สมโภชน์ เขียมสุภาษิต. (2536). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพร มหาวรรณ. (2544). *ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุชาติ โสมประยูร และคนอื่นๆ. (2545). *สุขศึกษาภาคปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: เอมี่เทร็ดดิ้ง.
- สุรกิจ พรชัย. (2557). *อัตราการรอดชีวิตของโรคมะเร็งเต้านมโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี ปี พ.ศ. 2550-2555*. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4*.
- สุรพงษ์ สุภาภรณ์. (2547). *มะเร็งเต้านม*. กรุงเทพฯ: โฆษิตการพิมพ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *กรอบยุทธศาสตร์ งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี 2555-2558*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).
- โสพรรณ โพทะยะ. (2532). *การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมตนเอง ในสตรีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคนอื่นๆ. (2550). *Cancer in Thailand Vol VII, 2007-2009*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

- อาคม ชัยวีระวัฒน์ และคนอื่นๆ. (2555). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งเต้านม*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- อัญชลี สิงห์สุต. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อุบล เลี้ยววาริณ. (2534). *ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุขฎิบัณฑิตพัฒนศึกษาศาสตร์ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, กรุงเทพฯ.
- American Cancer Society. (2013). *How many women get breast cancer?*. Retrieved from file:///Users/admin/Desktop/How%20many%20women%20get%20breast%20cancer%3F
- Amin and other. (2017). *AJCC Cancer Staging Manual*. (8th edition). New York: Springer.
- Assaf, A.R and others. (1985). Comparison of Three Methods of Teaching Women How to Perform Breast Self – Examination. *Health Education Quarterly*, 12(3), 259-272.
- Becker, M.H. (1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical care Recommendation. *Medical Care*, 1, 10-24.
- Chalmer and Luker. (1996). Breast self care in women with primary relative with breast cancer. *Journal of Advance Nursing*, 23,1212-1220.
- Champion, V.L. (1992). Attitudinal variability related to intention, frequency, and proficiency of Breast Self – Examination in women 35 and over. *Research in Nursing and Health*, 11, 283-291.
- Downie, R.S.,Tannahill,C.,and Tannahill. (1996). *A Health promotion models and values*. (2nd ed). Oxford: University Press.
- Gochman. (1988). *Health Behavior Emerging Research Perspective*. New York: Plenum.
- Green BB, Taplin SH. (2003). Breast Cancer Screening Controversies. *J Am Board Fam Pract*, 16, 233-41.
- Green, L.W.,Kreuter, M.W. and others. (1980). *Health Education Planning A Diagnostic Approach*. California: Mayfield Publishing.

- Green, L. W. and Kreuter, M. (1991). *Health Promotion Planning an Education and Environment Approach*. Toronto: Mayfield Publishing.
- Gross. (2000). *Assessment and Management of patient with breast disorder*.
In S.C. Smeltzer., and B.G.Bare (Eds.) Burnner and suddarth's textbook of medical-surgical nursing. (9th ed). Philadelphia : Lippincott.
- Halldorsdottir, S. and Hamrin, E. (1995). Experiencing existential changes the lived experience of having cancer. *Cancer Nursing*, 19(1), 29-36.
- Hallal, J.K. (1992). The Relationship of Health Belief Health Locus of Control and Self Concept to Practice of Breast Self – Examination in Adult Women. *Nursing Research*, 13, 137-142.
- Harris, J.R. and others. (1996). *Disease of the breast*. Philadenphia: Lippincott – Roven.
- Kasl, S. A. and Cobb, S. (1976). Health Behavior, Illness Behavior and Sick – Role Behavior. *Arch of Environ Health*, 12, 246-66.
- Kochanczyk, M L. (1982). *An Education Program witch Prepare Nurse to Teach Breast- self Examination*. JOGN Nursing.
- Lemone,P., and Burke,K. M. (2000). *Nursing Care of Clients with Breast Disorders*.
In P. LeMone, and K.M..Burke (Eds.) Medical-surgical nursing : Clinical thinking in client care. (2nd ed). New Jersey: Pretice-Hall.
- Loescher L. (2004). Nursing roles in cancer prevention position statements. *Semin Oncol Nurs*, 20, 111-20.
- Louise, A. and others. (1980). Breast Cancer Risk Among Women Under 55 years of Age by Joint Effect of Usage of Oral Contraceptives and Hormone Replacement Therapy Menopause. *Thai Journal of the North American Menopause Society*.
- Maddox, M.A.(1991). The Practice of Breast self – Examination Among older Women. *Oncology Nursing Forum*, 18(8), 1367-71.
- Marckcy, B.C. (1992). *AIDS and Prolection Motivation Theory (PMT): Effect of Imagined Seanssis on Inlent to Use Condems*. A Beel and Howell in Fromation Compange, Michigan.

- Merrisson. (1996). Determining crucial correlates of Breast self examination in older women With low income. *Oncology Nursing Forum*, 23, 83-93.
- Nettle-Carlson. (1989). *Detection of Breast Cancer*. JOGNN.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concept of practice*. New York: Appleton and Lange.
- Palank, C L. (1991). Determinant of Health – Promotion Behavior. *The Nursing Clinics of North America*, 26, 815-832.
- Pamela-Lea, G. (1997). *Developing Message to Increase the Performance of Breast self Examination in University Women*. Michigan : Michigan State University.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. New York: Appleton and Lange.
- Rutledge, D.N. (1987). Factors Related to Women's Practice of Breast self Examination. *Nursing Research*, 36(2), 117-21.
- Rutledge, D.N., and Devis, G. (1988). Breast self Examination Compliance and the Health Belief Model. *Oncology Nursing Forum*, 15(2), 175-179.
- Rosenstock, I. M. (1974). *Historical origins of the health belief model" The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey: Charles and Slack.
- Steinberg and others. (1991). A Meta-Analysis of the Affect of Estrogen Replacement Therapy on the Risk of Breast of Breast Cancer. *JAMA*, 265, 1985-1990.
- Stillman, M.J. (1977). Women's Health Beliefs about Breast Cancer and Breast Self Examination. *Nursing Research*, 26(2), 121-7.
- WHO. (2006). *The Bangkok Charter for Health Promotion in Globalize World*. Geneva: World Health Organization.
- Wyper, M.A. (1990). Breast self – Examination and the Health Belief Model: Variation on a Theme. *Research Nursing Health*, 13(6), 421-428.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ

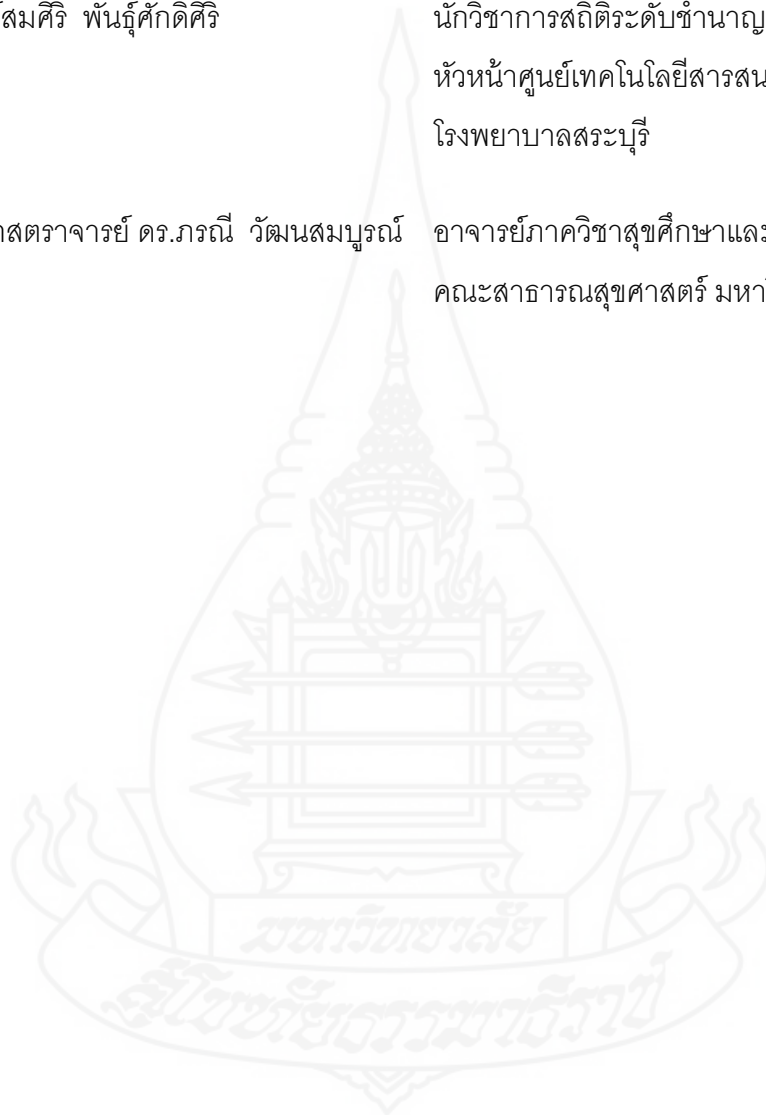
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

- | | |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 1. อาจารย์สุณีรัตน์ ศรีสินธุ์ | พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ
หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลสระบุรี |
| 2. อาจารย์สมศิริ พันธุ์ศักดิ์ศิริ | นักวิชาการสถิติระดับชำนาญการ
หัวหน้าศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ
โรงพยาบาลสระบุรี |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรณี วัฒนสมบูรณ์ | อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |





ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สถาบันราชภัฏสกลนคร

แบบสอบถาม
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม
ในโรงพยาบาลสระบุรี

คำชี้แจง เป็นแบบวัดปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม ในโรงพยาบาลสระบุรี จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้ ซึ่งคำถามชุดนี้ ประกอบด้วยข้อมูล 5 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทางคุณลักษณะประชากรของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมเกี่ยวกับอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ที่อยู่ รายได้ของครอบครัว
- ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม
- ตอนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม
- ตอนที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม
- ตอนที่ 5 การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมาพบแพทย์
- ตอนที่ 6 การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการมาพบแพทย์
- ตอนที่ 7 ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง
- ตอนที่ 8 สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ ได้แก่ การกระตุ้นสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ข่าวสารจากสื่อ/อินเทอร์เน็ต และบุคลากรสาธารณสุข

โปรดกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ คำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะไม่มีผลต่อการให้การรักษาพยาบาลและการบริการที่ท่านจะได้รับแต่อย่างใด ซึ่งความเห็นของท่านมีคุณค่ายิ่งในงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ผลการวิจัยจะสามารถนำไปพัฒนาบริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม

ขอขอบพระคุณท่านที่ให้ความร่วมมือ

นายสุรกิจ พรชัย

แบบสอบถาม

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม ในโรงพยาบาลสระบุรี

ตอนที่ 1 ข้อมูลทางคุณลักษณะประชากรของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงหน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านและเติมข้อความเกี่ยวกับตัวท่านลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. ปัจจุบันท่านอายุ..... ปี (อายุเต็ม)
2. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด
 - () 1. ไม่ได้เรียน
 - () 2. ประถมศึกษาตอนต้น (ป.4)
 - () 3. ประถมศึกษาตอนปลาย (ป.6)
 - () 4. มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)
 - () 5. มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) หรือ ปวช.
 - () 6. อนุปริญญา หรือ ปวส.
 - () 7. บริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 - () 8. อื่นๆ ระบุ
3. อาชีพหลักในปัจจุบัน

() 1. แม่บ้าน	() 2. เกษตรกรรม
() 3. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	() 4. ค้าขาย
() 5. รับจ้าง	() 6. อื่น ๆ (ระบุ).....
4. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)

() 1. น้อยกว่า 5,000 บาท	() 2. 5,000 - 10,000 บาท
() 3. 10,001 - 15,000 บาท	() 4. 15,001 - 20,000 บาท
() 5. 20,001 - 25,000 บาท	() 6. 25,001 -30,000 บาท
() 7. ตั้งแต่ 30,001 ขึ้นไป	

ตอนที่ 1 ข้อมูลทางคุณลักษณะประชากรของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม (ต่อ)

5. ที่อยู่ปัจจุบันของท่าน ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
6. สถานภาพการสมรสของท่าน
 1. โสด 2. คู่ 3. หย่า 4. หม้าย
7. ท่านนับถือศาสนา
 1. พุทธ 2. คริสต์
 3. อิสลาม 4. อื่นๆ ระบุ.....
8. ภาวะสุขภาพของท่าน
 1. สุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว
 2. สุขภาพพอใช้ มีโรคประจำตัว
 3. สุขภาพไม่ดี มีโรคประจำตัว
9. ท่านมีน้ำหนัก.....กิโลกรัม สูง.....เซนติเมตร
10. ระยะเวลานับตั้งแต่วันที่ท่านคลำพบก้อนที่เต้านมจนมาพบแพทย์.....วัน.....สัปดาห์.....เดือน
11. สาเหตุที่ทำให้ท่านตัดสินใจไปพบแพทย์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. ตรวจพบก้อน
 2. มีอาการเจ็บที่เต้านม หรือ ก้อน
 3. มีสิ่งคัดหลังจากหัวนม
 4. มีคนรู้จักหรือญาติพี่น้องแนะนำให้มา
 5. มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำให้มา หรือส่งตัวให้มา
 6. มีความวิตกกังวล
 7. อื่นๆ ระบุ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องว่าง () ให้ตรงกับความรู้ความเข้าใจของท่าน

ถูก หมายถึง ข้อความดังกล่าวถูกต้องตามความรู้ความเข้าใจของท่าน

ผิด หมายถึง ข้อความดังกล่าวไม่ถูกต้องตามความรู้ความเข้าใจของท่าน

ไม่ทราบ หมายถึง ท่านไม่ทราบหรือไม่แน่ใจว่าข้อความดังกล่าวถูกต้องหรือไม่

ลำดับ	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1	มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิง			
2	มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อของเนื้อเยื่อบริเวณเต้านม			
3	การเป็นโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกจะคลำพบก้อนเล็กๆ ที่เต้านมแต่ไม่มีอาการเจ็บปวด			
4	อาการของมะเร็งเต้านมในระยะรุนแรง คือ มีแผลและหัวนมบวม			
5	โรคมะเร็งเต้านม พบได้บ่อยในสตรีช่วงอายุ 40 ขึ้นไป			
6	โรคมะเร็งเต้านมสามารถลุกลามแพร่กระจายจากเต้านมไปยังอวัยวะส่วนอื่น เช่น ตับ หรือปอดได้อย่างรวดเร็ว			
7	โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้			
8	การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกที่ย่างและ ประหยัดที่สุด			
9	การป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะแรกมีโอกาสรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัด			
10	โรคมะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจายไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้			
11	อาการของมะเร็งเต้านมที่รุนแรง มีอาการเจ็บที่เต้านม			
12	ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการที่สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้			

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม
คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วพิจารณาว่าคุณมีความคิดเห็นเกี่ยวกับ
 ข้อความนั้นๆ อย่างไร แล้วทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่าง () ที่ตรงกับความ
 คิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	ฉันกินยาหรือฮอร์โมนบางชนิดที่ทำให้ ฉันมีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งเต้านม ได้มากกว่าคนทั่วไป					
2	ฉันยังมีอายุน้อยจึงมีโอกาสน้อย ที่จะป่วยเป็นมะเร็งเต้านม					
3	ฉันชอบกินอาหารที่ไขมันสูงเป็นประจำ จึงมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม					
4	ฉันมีน้ำหนักตัวที่มากกว่าปกติจึงมี โอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้สูง					
5	ในครอบครัวฉันมีคนี่ป่วยเป็นมะเร็ง เต้านมทำให้ฉันมีโอกาสเป็นมะเร็ง เต้านมได้มากกว่าผู้หญิงทั่วไป					
6	การที่ฉันคลำพบก้อนที่เต้านมโดยไม่มี อาการเจ็บปวดฉันจึงมีโอกาสน้อย ที่จะเป็นมะเร็งเต้านม					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วพิจารณาว่าคุณมีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความนั้นๆ อย่างไร แล้วทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่าง () ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมมักซึมเศร้า และหมดหวังในชีวิต					
2	การรักษา มะเร็งเต้านม ต้องเสีย ค่าใช้จ่ายมาก					
3	โรคมะเร็งเต้านม เป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลายาวนานในการรักษา					
4	มะเร็งเต้านมสามารถลุกลามไปยัง อวัยวะที่สำคัญ เช่น ปอด หรือตับ ทำให้เสียชีวิตได้รวดเร็ว					
5	ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ต้องรักษา ด้วยการตัดเต้านมทิ้ง					
6	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม จะทุกข์ทรมานมากจากการต้องรักษา ด้วยเคมีบำบัด และฉายแสง					
7	ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมจะทำให้ เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ของทุกคนในครอบครัว					

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมาพบแพทย์

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วพิจารณาว่าคุณมีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความนั้นๆ อย่างไร แล้วทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องว่าง () ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	การมาพบแพทย์เพื่อตรวจเต้านม ช่วยให้พบโรคมะเร็งเต้านมในระยะ เริ่มแรกทำให้มีโอกาสรักษาให้หายขาด ได้					
2	การพบก้อนที่เต้านมแล้วรีบมา โรงพยาบาลจะช่วยให้แพทย์รักษา ได้เร็วก่อนที่โรคจะลุกลาม					
3	การมาปรึกษาแพทย์เรื่องก้อนเต้านม เร็วสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้					
4	หากพบความผิดปกติของเต้านม แล้วมาตรวจและปรึกษาแพทย์ เป็นประจำทุกปี จะสามารถลดการตาย จากมะเร็งเต้านมได้					
5	การมาปรึกษาแพทย์ครั้งนี้ทำให้ท่าน ลดความกังวลใจหรือกระวนกระวายใจ เกี่ยวกับก้อนเต้านม					

ตอนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการมาพบแพทย์

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วพิจารณาว่าคุณมีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความนั้นๆ อย่างไร แล้วทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่าง () ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	การมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เพื่อตรวจเต้านมเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก เสียเวลา					
2	ท่านไม่ยอมมาใช้บริการเพื่อตรวจ ก้อนที่เต้านมเพราะบริการของ โรงพยาบาลล่าช้า					
3	การมาพบแพทย์เพื่อตรวจเต้านม เป็นเรื่องน่าอาย					
4	การมีก้อนที่เต้านมควรรอให้มีอาการ ที่ก้อนอย่างชัดเจนแล้วค่อยมาพบ แพทย์เพื่อจะได้วินิจฉัยโรคได้อย่าง ถูกต้อง					
5	การเดินทางมาโรงพยาบาลลำบาก ไม่คุ้มค่าในการมาตรวจเต้านม					
6	ท่านหลีกเลี่ยงที่จะมาตรวจก้อน ที่เต้านมกับแพทย์เพราะกังวลว่าแพทย์ จะให้การวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็ง					
7	ท่านหลีกเลี่ยงที่จะมาตรวจกับแพทย์ เพราะกลัวว่าแพทย์จะใช้เครื่องมือ ที่ทำให้เจ็บปวดและน่ากลัว					

ตอนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการมาพบแพทย์ (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
8	ท่านคิดว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรค ที่รักษาไม่หายจึงไม่จำเป็นต้องมาพบ แพทย์					
9	ท่านคิดว่าการมาตรวจเต้านม กับแพทย์ที่โรงพยาบาลต้องเสีย ค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก					

ตอนที่ 7 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วพิจารณาว่าคุณปฏิบัติในลักษณะต่างๆ
ในแต่ละข้อหรือไม่ แล้วทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่าง () ที่ตรงกับความเป็นจริง
ที่ท่านปฏิบัติ มากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
1	ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง			
2	ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองตามท่าทางที่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข หรือ อสม. แนะนำ			
3	ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยการคลำรอบๆ เต้านมเพื่อค้นหาความผิดปกติ			
4	ท่านถอดเสื้อยืนน้ากระจกเงาเพื่อดูความผิดปกติ ของเต้านมและหัวนม			

ตอนที่ 8 แบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วพิจารณาว่าข้อความใดเป็นจริงตามความคิดของท่านแล้วทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องว่าง () ที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	ท่านได้รับรู้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เอกสารสิ่งพิมพ์ / แผ่นพับ วีดิทัศน์		
2	ข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งเต้านมจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เอกสารสิ่งพิมพ์ / แผ่นพับ วีดิทัศน์กระตุ้นให้ท่านมาพบแพทย์เพื่อตรวจเต้านม		
3	ท่านได้รับรู้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
4	ท่านได้รับการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการมาตรวจเต้านมที่โรงพยาบาล		
5	ท่านได้รับรู้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจากเพื่อนบ้าน หรือ อสม.		
6	ท่านได้รับการกระตุ้นจากเพื่อนบ้าน คนรู้จัก หรือ อสม. ในการมาตรวจเต้านมที่โรงพยาบาล		
7	ท่านได้รับรู้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจากครอบครัว หรือญาติพี่น้อง		
8	ท่านได้รับการกระตุ้นจากจากครอบครัวหรือญาติพี่น้องในการมาตรวจเต้านมที่โรงพยาบาล		

ภาคผนวก ค

การแปลผลคะแนนรายข้อ



การแปลผลคะแนนรายข้อ

ตารางที่ 1 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม จำแนกเป็นรายข้อ

ลำดับ	ข้อความ	ตอบถูก N(%)	ตอบผิด N(%)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
1	มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิง	107(83.6%)	21(16.4%)	0.84	0.372
2	มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อของเนื้อเยื่อบริเวณเต้านม	24(18.8%)	104(81.1%)	0.19	0.392
3	การเป็นโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกจะคลำพบก้อนเล็กๆ ที่เต้านม แต่ไม่มีอาการเจ็บปวด	100(78.1%)	28(21.9%)	0.78	0.415
4	อาการของมะเร็งเต้านมในระยะรุนแรงคือ มีแผลและหัวนมบวม	67(52.3%)	61(47.7%)	0.52	0.501
5	โรคมะเร็งเต้านม พบได้บ่อยในสตรีช่วงอายุ 40 ขึ้นไป	72(56.2%)	56(43.8%)	0.56	0.498
6	โรคมะเร็งเต้านมสามารถลุกลามแพร่กระจายจากเต้านม ไปยังอวัยวะส่วนอื่น เช่นตับ หรือ ปอดได้อย่างรวดเร็ว	64(50%)	64(50%)	0.50	0.502
7	โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้	80(62.5%)	48(37.5%)	0.62	0.486
8	การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกที่ดีที่สุดและประหยัดที่สุด	108(84.4%)	20(15.6%)	0.84	0.365
9	การป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะแรกมีโอกาสรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัด	91(71.1%)	37(28.9%)	0.71	0.455
10	โรคมะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจายไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	48(37.5%)	80(62.5%)	0.38	0.486
11	อาการของมะเร็งเต้านมที่รุนแรง มีอาการเจ็บที่เต้านม	6(4.7%)	122(95.3%)	0.05	0.212
12	ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการที่สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้	61(47.7%)	67(52.3%)	0.48	0.501

ตารางที่ 2 การแปลผล ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม จำแนกเป็นรายข้อ

ลำดับ	ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล(ระดับ)
1	ฉันกินยาหรือฮอร์โมนบางชนิดที่ทำให้ฉันมีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่าคนทั่วไป	3.23	1.044	ปานกลาง
2	ฉันยังมีอายุน้อยจึงมีโอกาสน้อยที่จะป่วยเป็นมะเร็งเต้านม	2.95	9.21	ปานกลาง
3	ฉันชอบกินอาหารที่ไขมันสูงเป็นประจำจึงมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านม	2.59	1.016	ปานกลาง
4	ฉันมีน้ำหนักตัวที่มากกว่าปกติจึงมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้สูง	3.21	0.993	ปานกลาง
5	ในครอบครัวฉันมีคนที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมทำให้ฉันมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่าผู้หญิงทั่วไป	3.30	1.139	ปานกลาง
6	การที่ฉันคลำพบก้อนที่เต้านมโดยไม่มีอาการเจ็บปวดฉันจึงมีโอกาสน้อยที่จะเป็นมะเร็งเต้านม	2.98	1.083	ปานกลาง

ตารางที่ 3 การแปลผล ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมจำแนกเป็นรายข้อ

ลำดับ	ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล (ระดับ)
1	ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมมักซึมเศร้าและหมดหวังในชีวิต	3.19	1.278	ปานกลาง
2	การรักษา มะเร็งเต้านมต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก	3.37	1.056	ปานกลาง
3	โรคมะเร็งเต้านม เป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลายาวนานในการรักษา	3.91	0.870	สูง
4	มะเร็งเต้านมสามารถลุกลามไปยังอวัยวะที่สำคัญ เช่น ปอด หรือตับ ทำให้เสียชีวิตได้รวดเร็ว	3.55	0.979	สูง
5	ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านม ต้องรักษาด้วยการตัดเต้านมทิ้ง	2.42	1.098	ต่ำ
6	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม จะทุกข์ทรมานมากที่รักษาด้วย เคมีบำบัด และฉายแสง	3.63	1.171	สูง
7	ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมจะทำให้เกิดผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของทุกคนในครอบครัว	3.15	1.217	ปานกลาง

ตารางที่ 4 การแปลผล ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการ
มาพบแพทย์จำแนกเป็นรายชื่อ

ลำดับ	ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	การแปลผล (ระดับ)
1	การมาพบแพทย์เพื่อตรวจเต้านมช่วยให้ พบโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกทำให้ มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้	4.48	0.588	สูง
2	การพบก้อนที่เต้านมแล้วรีบมาโรงพยาบาล จะช่วยให้แพทย์รักษาได้เร็วขึ้น	4.48	0.546	สูง
3	การมาปรึกษาแพทย์เรื่องก้อนเต้านมเร็ว สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้	3.87	0.908	สูง
4	หากพบความผิดปกติของเต้านมและ มาตรวจและปรึกษาแพทย์เป็นประจำทุกปี จะสามารถลดการตายจากมะเร็งเต้านมได้	4.29	0.700	สูง
5	การมาปรึกษาแพทย์ครั้งนี้ทำให้ท่าน ลดความกังวลใจหรือกระวนกระวายใจ เกี่ยวกับก้อนเต้านม	4.30	0.77	สูง

ตารางที่ 5 การแปลผล ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการมาพบแพทย์จำแนกเป็นรายข้อ

ลำดับ	ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล (ระดับ)
1	การมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อตรวจเต้านมเป็นเรื่องที่ยุ่งยากเสียเวลา	3.80	1.067	สูง
2	ท่านไม่อยากจะมาใช้บริการเพื่อตรวจก้อนที่เต้านมเพราะบริการของโรงพยาบาลล่าช้า	3.48	1.150	ปานกลาง
3	การมาพบแพทย์เพื่อตรวจเต้านมเป็นเรื่องน่าอาย	4.02	0.960	สูง
4	การมีก้อนที่เต้านมควรรอให้มีอาการที่ก้อนอย่างชัดเจนแล้วค่อยมาพบแพทย์เพื่อจะได้วินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง	4.00	1.065	สูง
5	การเดินทางมาโรงพยาบาลลำบาก ไม่คุ้มค่าในการมาตรวจเต้านม	4.14	0.986	สูง
6	ท่านหลีกเลี่ยงที่จะมาตรวจก้อนที่เต้านมกับแพทย์เพราะกังวลว่าแพทย์จะให้การวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็ง	3.95	1.067	สูง
7	ท่านหลีกเลี่ยงที่จะมาตรวจกับแพทย์เพราะกลัวว่าแพทย์จะใช้เครื่องมือของโรงพยาบาลทำให้เจ็บปวดและน่ากลัว	3.88	1.047	สูง
8	ท่านคิดว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่รักษาไม่หายจึงไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์	4.08	0.927	สูง
9	ท่านคิดว่าอาการมาตรวจเต้านมกับแพทย์ที่โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก	3.83	1.073	สูง

ตารางที่ 6 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสนใจในการตรวจเต้านม
ของตนเอง จำแนกเป็นรายข้อ

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ N(%)	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง N(%)	ไม่ปฏิบัติ เลย N(%)	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
1	ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเอง เดือนละครั้ง	41 (32%)	57 (44.5%)	30(23.4%)	1.09	0.743
2	ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตามท่าทางที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม แนะนำ	38 (29.7%)	55 (43.0%)	35(27.3%)	1.02	0.758
3	ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการคลำรอบๆ เต้านม เพื่อค้นหาความผิดปกติ	51 (39.8%)	63 (49.2%)	14(10.9%)	1.29	0.654
4	ท่านถอดเสื้อยืนหน้ากระจกเงา เพื่อดูความผิดปกติของเต้านม และหัวนม	38 (29.7%)	54 (42.2%)	36(28.1%)	1.02	0.763

ตารางที่ 7 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์
จำแนกเป็นรายข้อ

ลำดับ	ข้อความ	มีสิ่งชักนำ	ไม่มีสิ่งชักนำ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
		N(%)	N(%)		
1	ท่านได้รับรู้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เอกสารสิ่งพิมพ์ / แผ่นพับ วีดิทัศน์	112 (87.5%)	16 (12.5%)	0.87	0.332
2	ข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งเต้านมจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เอกสารสิ่งพิมพ์ / แผ่นพับ วีดิทัศน์กระตุ้นให้ท่านมาพบ แพทย์เพื่อตรวจเต้านม	98 (76.6%)	30 (23.4%)	0.77	0.425
3	ท่านได้รับรู้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	85 (66.4%)	43 (33.6%)	0.66	0.474
4	ท่านได้รับการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในการมาตรวจเต้านม ที่โรงพยาบาล	64 (50%)	64 (50%)	0.50	0.502
5	ท่านได้รับรู้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมจากเพื่อนบ้าน หรือ อสม.	75 (58.6%)	53 (41.4%)	0.59	0.494
6	ท่านได้รับการกระตุ้นจากเพื่อนบ้าน คนรู้จัก หรือ อสม. ในการมาตรวจเต้านม ที่โรงพยาบาล	82 (69.5%)	46 (35.9%)	0.64	0.482
7	ท่านได้รับรู้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมจากครอบครัวหรือญาติ พี่น้อง	89 (69.5%)	39 (30.5%)	0.70	0.462
8	ท่านได้รับการกระตุ้นจากครอบครัว หรือญาติพี่น้องในการมาตรวจเต้านม ที่โรงพยาบาล	100 (78.1%)	28 (21.9%)	0.78	0.415

ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองโครงการวิจัย



18 ถนนเทศบาล 4
อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี



โทรศัพท์ 036-316555
โทรสาร 036-211624

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (ต่ออายุ)
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี

หมายเลข 062/2015

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมาราพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาล สระบุรี
รหัสโครงการ : EC068/02/2015
หัวหน้าโครงการ/หน่วยงานที่สังกัด : นายแพทย์สุรภกิจ พรชัย
สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลสระบุรี
เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. แบบสอบถาม
4. ประวัติผู้วิจัย

ต่ออายุครั้งที่ (...I...) : 27 ธันวาคม 2561

วันหมดอายุ : 27 ธันวาคม 2562

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลัง
จริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines และ The
International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม

(นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ วัชรโรจน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม

(นายแพทย์อนันต์ กมลเนตร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี

28 ธ.ค. 2561

วันที่

08 ม.ค. 2562

วันที่

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายสุรกิจ พรชัย
วัน เดือน ปีเกิด	20 สิงหาคม 2521
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. 2546 ศัลยศาสตร์ทั่วไป คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. 2553 ศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. 2560
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี
ตำแหน่ง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

