

ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



นางสาวสุวภัทร ลิ้มพลทรัพย์

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2231-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

KNOWLEDGE, ATTITUDE REGARDING BREAST CANCER AND BREAST-SELF EXAMINATION OF
NURSES IN KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL

Miss Suwapat Leepulsup



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Community Medicine

Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2005

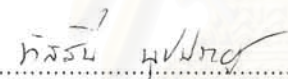
ISBN 974-14-2231-8


หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วย
ตนเองของพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
โดย นางสาวสุวภัทร ลีพูลทรัพย์
สาขา เวชศาสตร์ชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

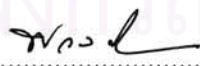

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการสอบ
(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงทังสนี นุชประยูร)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดี)

สุวภัทร ลิ้มพลทรัพย์: ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย (KNOWLEDGE, ATTITUDE REGARDING BREAST CANCER AND BREAST-SELF EXAMINATION OF NURSES IN KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษา: อ.นพ.อานนท์ วรยิ่งยง, อ.ที่ปรึกษาร่วม: ผศ.นพ.วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี 89 หน้า. ISBN 974-14-2231-8

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของสตรีที่เป็นมะเร็งทั่วโลก การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพหญิงที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทั้งหมด โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และไคสแควร์ ช่วงเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2548-มกราคม 2549

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 92.8 โดยผู้ที่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือนร้อยละ 42.7 สาเหตุของผู้ที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองส่วนใหญ่เพราะคิดว่าไม่มีความผิดปกติของเต้านม ร้อยละ 73.6 แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจคัดกรอง ส่วนใหญ่ได้รับการเรียนการสอนในวิชาเรียน ระดับปริญญาตรีและปริญญาโทด้านการพยาบาล รองลงมาคือ โปสเตอร์/แผ่นพับ

ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.8 และ 66.7 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ระดับความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($P > 0.05$) ระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

นอกจากนี้ยังพบว่า ช่วงอายุมีความสัมพันธ์ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แต่สถานภาพสมรสและแผนกที่ทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และทัศนคติในทางบวกเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแหล่งความรู้ในส่วนใหญ่ได้จากการเรียนการสอนในวิชาเรียน ดังนั้นการสร้างความรู้ในด้านสุขภาพควรเริ่มตั้งแต่ในวัยเรียน และเน้นในด้านของทักษะการตรวจเต้านมอย่างถูกต้อง

ภาควิชา.....เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม.....ลายมือชื่อนิสิต.....*สุวภัทร ลิ้มพลทรัพย์*
สาขาวิชา.....เวชศาสตร์ชุมชน.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....*อ.นพ.อานนท์ วรยิ่งยง*
ปีการศึกษา.....2548.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....*อ.นพ.วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี*

4774784330 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE

KEY WORD: KNOWLEDGE, ATTITUDE, BREAST – SELF EXAMINATION

SUWAPAT LEEPULSUP: KNOWLEDGE, ATTITUDE REGARDING BREAST CANCER AND BREAST-SELF EXAMINATION OF NURSES IN KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL. THESIS ADVISOR: ARNOND VORAYINGYONG, M.D. THESIS COADVISOR: ASST.PROF.WIROJ JIAMJARASRANGSI, M.D., Ph.D. 89 pp. ISBN 974-14-2231-8

Breast cancer is a common public health problem. It's the highest leading cause of global cancer death among women. The study is cross-sectional descriptive design aimed at studying the relationship between the various social background, knowledge, attitude regarding breast cancer and breast-self examination behavior. The samples consisted of all nurses in King Chulalongkorn Memorial Hospital. Data were collected by a structured questionnaires developed by the researcher between December 2005-January 2006. Frequency, percentage, arithmetic mean and chi-square test were used in data analysis.

The result of the study revealed that majority of nurses practiced breast-self examination (BSE) (92.8 percent) but only 42.7 percent practice regularly on monthly basis. The major reason for not practicing BSE was no abnormal feeling on breast (73.6%). Most of nurses had received the information about BSE from their nurse class and poster/brochure.

The majority of the nurses had moderate level of knowledge and attitude about breast cancer and breast screening. The study showed that there was significant relationships between knowledge, BSE practice and attitude ($P < 0.05$). Age was also statistically associated with BSE practice. However, there was no relationship between marital status, work area and BSE practice.

Knowledge and attitude about breast cancer and breast screening were related to BSE practice, and main source of information about BSE was from the nurse class. Creating awareness about health and proper BSE practice among nurses should thus start since their years in the nurse class.

Department.....Preventive and Social Medicine.....Students signature..... *Asopit S.*

Field of study.....Community Medicine..... Advisor's signature..... *Arnonnd V.*

Academic year...2005.....Co-advisor's signature..... *Wiroj J.*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้เพราะได้รับการเอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดีจากอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง ที่คอยให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนช่วยตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี ที่ได้กรุณาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ให้คำปรึกษาและแก้ไขสำนวน ข้อบกพร่องต่างๆ

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงทัศนีย์ นุชประยูร ที่ให้ความกรุณาเป็นประธานกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์ ที่ได้ให้ความกรุณาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และให้คำปรึกษา

ขอขอบพระคุณ ผู้ตรวจการพยาบาลศัลยกรรมที่ได้ให้ความกรุณาจัดสรรเวลาในการทำงาน และการเรียน ขอขอบคุณคุณอุมาพร พรหมเขมร และคุณเกศรินทร์ จำเนียรไวย หัวหน้าหออาหาร พี่น้องๆ พยาบาลตึกอาหารบน ที่ให้การสนับสนุนต่างๆ ในการเรียน

ขอขอบพระคุณ ผู้ประสานงานทั้งหมดของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเฉพาะฝ่ายการพยาบาล รวมไปถึงบุคคลอื่นๆ ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บมูลในครั้งนี้

และที่สำคัญอย่างยิ่งขอบคุณครอบครัวของผู้วิจัยที่ให้การสนับสนุน และคอยเป็นกำลังใจตลอดมา

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณเพื่อนๆทุกคนที่คอยให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา และเป็นທີ່ปรึกษาทางด้านภาษาอังกฤษ เพื่อนๆ ปริญญาโท เวชศาสตร์ชุมชน รุ่น 16 ที่คอยเป็นที่ปรึกษา และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รุ่นน้องและรุ่นพี่ พี่ๆ ปริญญาเอกที่คอยเป็นที่ปรึกษาทางด้านวิชาการ อาจารย์ที่ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมทุกท่าน เจ้าหน้าที่ทุกคน ซึ่งมีอาจกล่าวนามได้หมด ณ ที่นี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมุติฐานการวิจัย.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย.....	5
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	6
ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง.....	9
ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัว.....	20
การวัดและประเมินผล.....	24
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ.....	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	32
รูปแบบการวิจัย.....	32
ระเบียบวิธีวิจัย.....	32
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	36
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	36

สารบัญ (ต่อ)

๗

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	38
ส่วนที่ 1 ข้อมูลการจัดเก็บแบบสอบถามและอัตราการตอบกลับ.....	38
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	43
ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม.....	47
ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง.....	48
ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่างๆ.....	53
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	58
สรุปผลการวิจัย.....	58
อภิปรายผล.....	66
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการบริหารจัดการ.....	70
ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป.....	70
รายการอ้างอิง.....	71
ภาคผนวก.....	77
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	77
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแบบสอบถาม.....	88
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	89

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ณ

ตารางที่	หน้า
2.1 ชนิดของมะเร็งเต้านม.....	11
2.2 สาเหตุส่งเสริมให้เกิดมะเร็งเต้านม.....	12
2.3 ระยะของมะเร็งเต้านม.....	13
2.4 สรุปการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมตามวัย.....	18
2.5 อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะต่างๆ.....	20
3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลตามชนิดของตัวแปรและสถิติ.....	37
4.1 จำนวนและร้อยละของประชากรศึกษาจำแนกตามลักษณะด้านประชากร.....	39
4.2 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษา จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม.....	43
4.3 จำนวน (ร้อยละ) รายชื่อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม.....	45
4.4 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษาจำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง.....	47
4.5 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง.....	49
4.6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	54
4.7 สัมพันธ์ความรู้ และทัศนคติกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง.....	55
4.8 ความสัมพันธ์ของแผนการทำงานกับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง.....	56
4.9 ความสัมพันธ์ของแผนการทำงานกับทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง.....	57
4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง.....	57

สารบัญแผนภูมิ

ญ

แผนภูมิที่

หน้า

1. กรอบแนวคิดงานวิจัย..... 7



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นโรคไม่ติดต่อโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ทั้งที่พัฒนาแล้วและยังไม่พัฒนาต่างๆ ทั่วโลก ปัจจุบันประชากรโลกที่เป็นสตรี เป็นโรคมะเร็งเต้านม รายใหม่มากถึง 700,000 รายต่อปี [1] พบมากเป็นอันดับ 3 ของมะเร็งในสตรีทั้งหมด มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.5 ต่อปี และคาดว่าในปี ค.ศ. 2010 จะพบประชากรโลกที่เป็นสตรี เป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่มากถึง 1.35 ถึง 1.45 ล้านคน [2] ปัจจุบันพบว่ามะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุ การตายอันดับหนึ่งของสตรีที่เป็นมะเร็งทั่วโลก ในประเทศไทยนั้นพบอุบัติการณ์มะเร็งเต้านมมาก เป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปากมดลูก[3] และมีแนวโน้มที่จะมีอุบัติการณ์สูงขึ้นเรื่อยๆ สำหรับ สถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พ.ศ. 2541-2544 พบว่ามะเร็งเต้านมเป็น โรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งในสตรีที่มาใช้บริการทั้งหมด โดยพบมากถึง 173, 268, 312 และ 375 ราย ตามลำดับ ในจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 4,055, 4,256, 4,759 และ 4,910 ราย [4-7] ตามลำดับ

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมที่แน่นอน แต่จากการศึกษาวิจัย พบว่ามีปัจจัยเสริมหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป การไม่มีบุตร หรือมีบุตร น้อย หรือมีบุตรคนแรกอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป สตรีที่มีประจำเดือนเร็ว การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสโตโรนในสตรีวัยหมดประจำเดือน สตรีที่มีประวัติมารดา พี่สาว หรือน้องสาวเป็นมะเร็ง เต้านม รวมถึงการบริโภคอาหารประเภทที่มีไขมันสูง[8] การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ไม่เพียงแต่จะก่อให้เกิดทุกข์แก่ผู้ป่วยเองเท่านั้น ยังก่อให้เกิดผลเสียแก่ครอบครัวและสังคมด้วย เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงสูง จากสถิติของผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษาที่สถาบันมะเร็ง แห่งชาติ พบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 60 มาพบแพทย์เมื่อระยะของมะเร็งได้ลุกลามไปยังต่อม น้ำเหลือง[9] ซึ่งเป็นระยะที่รักษายากและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก แต่หากสามารถค้นพบโรคใน ระยะเริ่มแรกจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยหากตรวจพบว่าเป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1 จะมีอัตราการรอดชีวิตอย่างน้อย 5 ปีร้อยละ 70-95 และอัตราการรอดชีวิตอย่างน้อย 10 ปี ร้อยละ 60-80 และในระยะที่ 2 จะมีอัตราการรอดชีวิตอย่างน้อย 5 ปีร้อยละ 50-80 และอัตราการรอดชีวิต อย่างน้อย 10 ปีร้อยละ 40-60 การตรวจค้นหาโรคมะเร็งเต้านมให้พบตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงเป็น สิ่งจำเป็นในการรักษาและสามารถลดอัตราการตาย (mortality) ได้ถึงร้อยละ 33 [10-13]

มะเร็งของเต้านมสามารถกระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ตั้งแต่วัยเริ่มแรก (Early state) วงการแพทย์ จึงพยายามวิจัยหาวิธีที่จะวินิจฉัยมะเร็งของเต้านมให้ได้เร็วที่สุด โดยที่รังสีแพทย์พยายามค้นคว้าโดยอาศัยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ด้วยเครื่องที่ใช้รังสีแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance digital imaging) ตรวจเต้านมตั้งแต่ระดับโมเลกุล ส่วนการตรวจทางเลือด วงการวิจัยพยายามหาตัวบ่งชี้ว่าสตรีผู้ใด มีความโน้มเอียงในการเกิดโรคมะเร็งได้ง่าย รวมทั้งตรวจหากกลไกในการเกิดมะเร็ง และชนวนการแพร่กระจายของมะเร็งไปทั่วร่างกาย เช่น กระดูก ปอด และตับ เพราะมะเร็งสามารถแพร่ไปได้ทั่ว ตามกระแสเลือดและทางเดินน้ำเหลือง

ถึงแม้ว่าการตรวจเต้านมด้วยรังสี จะเป็นการตรวจที่เห็นได้ชัด และเป็นที่ยอมรับในการวินิจฉัยโรคก็ตาม แต่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจสูง และในการตรวจจะต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ ส่วนการตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญนั้น ด้วยวัฒนธรรมและประเพณีไทยทำให้สตรีส่วนใหญ่เกิดความอายในการมารับการตรวจ หรือมักจะมารับการตรวจกับแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญก็ต่อเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดมากแล้ว ดังนั้นถ้าสตรีได้ตระหนักถึงความสำคัญและความรุนแรงของโรค และมีความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สม่่าเสมอทุกเดือนนั้นเป็นวิธีที่ง่าย สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย หากสตรีสามารถปฏิบัติได้ตั้งแต่วัยสาวเมื่อเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงจะทำให้สามารถค้นพบโรคได้ตั้งแต่นิ่งๆ และช่วยลดการกระจายของโรคมะเร็งได้

ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 [14] กำหนดให้ลดอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งเหลือ 40 คนต่อแสนประชากร และเกณฑ์การส่งเสริมสุขภาพกำหนดให้สตรีอายุ 35-55 ปี ได้รับการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 50 เนื่องจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ง่ายและสะดวกเป็นที่ยอมรับกันโดยสากลว่ามีประโยชน์

สืบเนื่องจากพระราชเสาวนีย์สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ที่ได้ทรงมีพระราชประสงค์ให้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้มีศูนย์ให้บริการการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อเป็นที่พึ่งของบุคคลและผู้ยากไร้ที่จะได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสตรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งเต้านม ด้วยความเสมอภาคเท่าเทียมกัน จึงได้จัดตั้ง “ศูนย์สิริกิติ์บรมราชินีนาถเพื่อมะเร็งเต้านม” ในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นศูนย์มะเร็งเต้านมครบวงจร เป็นศูนย์กลางการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งโดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งเต้านมแก่บุคคลทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อการวินิจฉัยและรักษามะเร็งเต้านมด้วยเทคนิคที่ทันสมัยให้ประโยชน์สูงสุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังมีสตรีจำนวนมากที่ยังไม่ได้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ อัตราการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือนอยู่ในอัตราที่ต่ำกว่าเป้าหมายในแผนพัฒนาแห่งชาติฉบับที่ 9 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ทักษะปฏิบัติที่มีต่อโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาล

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เนื่องจากพยาบาลเป็นอาชีพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และสามารถให้คำแนะนำที่ผู้ป่วยให้ความเชื่อถือและปฏิบัติตาม ดังนั้นการที่จะให้คำแนะนำกับผู้ป่วยได้นั้น พยาบาลเองควรมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง และควรตรวจเองเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจากการที่จะปลูกจิตสำนึกเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นต้องเริ่มที่ตัวเราก่อน เพื่อให้ได้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้สตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะได้ขยายผลไปสู่บุคคลรอบข้างและผู้ป่วยหญิงทุกคนให้เห็นความสำคัญต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

คำถามงานวิจัย (Research Questions)

คำถามหลัก (Primary Research Questions)

พยาบาลประจำการหญิงในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นอย่างไร

คำถามรอง (Secondary Research Questions)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา แผนกที่ทำงาน และประวัติครอบครัวเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่
2. ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจคัดกรองมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่
3. ปัจจัยด้านทัศนคติที่มีต่อโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objectives)

เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาลหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)

1. ศึกษาความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองในพยาบาลหญิงโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

2. ศึกษาการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในพยาบาลหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในพยาบาลหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในพยาบาลหญิงโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในพยาบาลหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis)

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาลหญิงโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาลหญิงโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
3. ปัจจัยด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาลหญิงโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

เนื่องจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีพยาบาลวิชาชีพทั้งเพศหญิงและชาย แต่ส่วนใหญ่มักเป็นเพศหญิง และจำนวนพยาบาลเพศหญิงในฝ่ายบริการเพียง 1,328 คน ซึ่งจากการคำนวณขนาดตัวอย่างพบว่าประชากรที่ทำการศึกษานั้นไม่เพียงพอ จึงทำการศึกษาในพยาบาลหญิงฝ่ายบริการทั้งหมดโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้จากการตอบแบบสอบถามซึ่งไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาลที่ร่วมวิจัยได้

คำนิยามเชิงปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definitions)

ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย และข้อเท็จจริงในเรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

ทัศนคติ (Attitude) หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (breast-self examination) คือ การใช้มือในการตรวจเต้านมตนเองทุกเดือน ถ้าเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้ตรวจในช่วง 5-7 วันหลังจากเริ่มมีประจำเดือน ถ้าเป็นหญิงวัยหมดประจำเดือนให้ตรวจวันใดก็ได้ทุกเดือน เพื่อตรวจหาความผิดปกติของเต้านมมี 3 ขั้นตอน คือ (1) ตรวจในขณะอาบน้ำ (2) ตรวจขณะส่องดูกระจก และ (3) ตรวจในท่านอน

การตรวจเต้านมด้วยแพทย์ (Clinical breast examination) คือ การตรวจเต้านมโดยการคลำด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะ

การตรวจเต้านมด้วยรังสี (Mammography) คือ การใช้รังสีเอกซ์เรย์ถ่ายภาพเต้านมลงบนแผ่นฟิล์มชนิดพิเศษ ทำให้เห็นโครงสร้างภายในเต้านมได้

พยาบาล (Nurse) คือ พยาบาลหญิงที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต และอนุปริญญาที่ปฏิบัติงานด้านการให้บริการผู้ป่วย ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ปัญหาทางจริยธรรมในงานวิจัย (Ethical Considerations)

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาไม่ได้มีการทดลองหรือใส่วิธีการใดๆลงไปให้กับกลุ่มที่ทำการศึกษา และข้อมูลที่ได้ทำการวิเคราะห์และสรุปผลเป็นภาพโดยรวม ดังนั้นจึงไม่มีปัญหาทางจริยธรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย (Expected Benefit and Application)

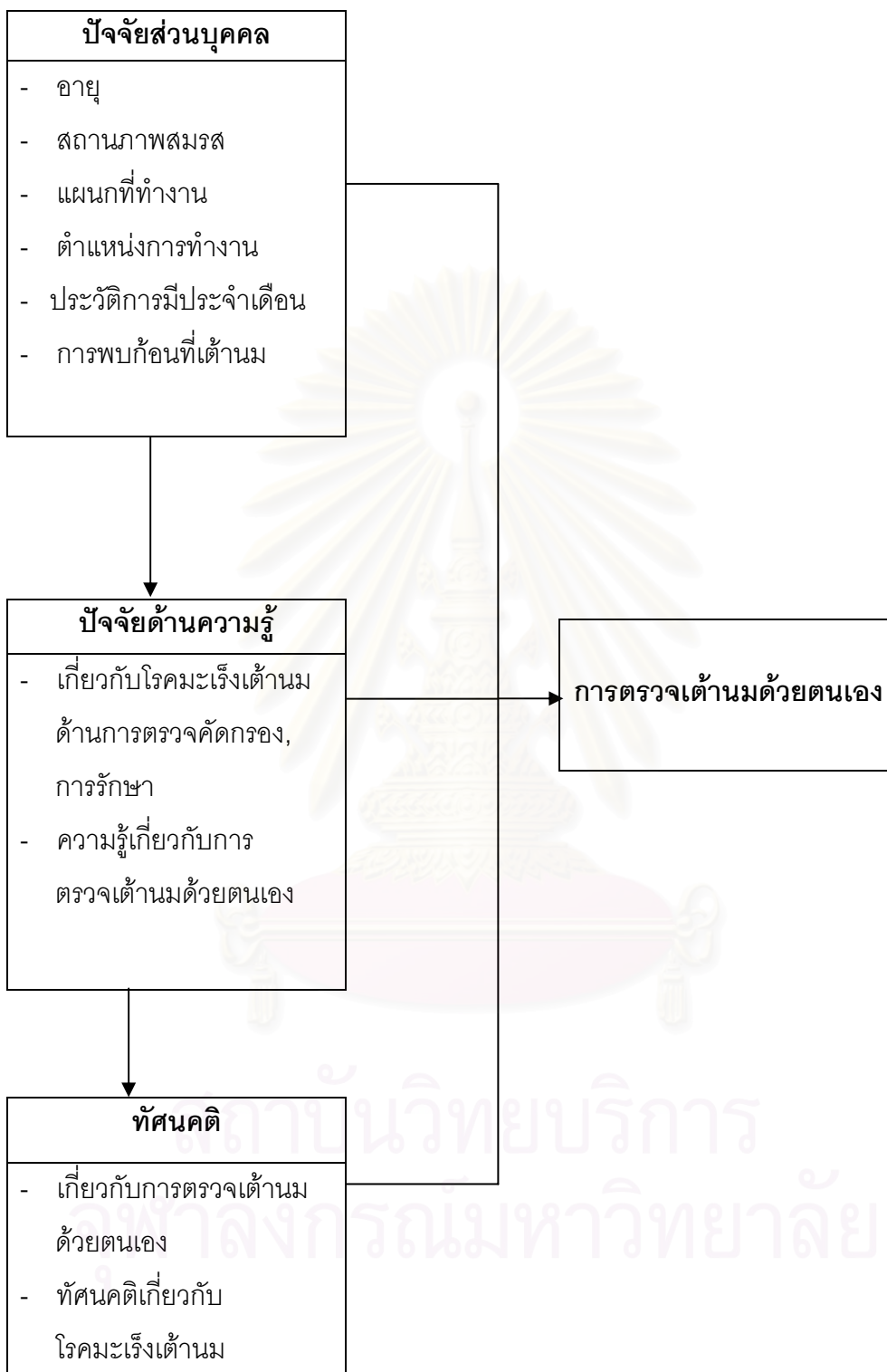
1. เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษา มาพัฒนาการวางแผนกำหนดแนวทางในการจัดทำโครงการต่างๆ เกี่ยวกับการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษาและการตรวจคัดกรอง วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกวิธี เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง และสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และบุคคลใกล้เคียงได้อย่างถูกต้อง

2. เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับความผิดปกติของตนเอง และได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกหากเมื่อพบความผิดปกติของตนเอง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวความคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

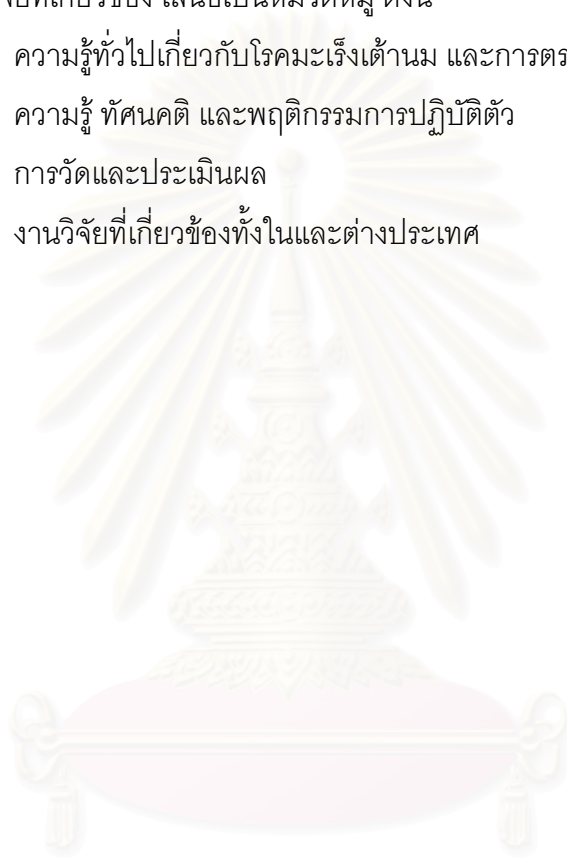


บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยมีทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เสนอเป็นหมวดหมู่ ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
- ส่วนที่ 2 ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว
- ส่วนที่ 3 การวัดและประเมินผล
- ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

เต้านมเป็นสัญลักษณ์ทางเพศที่สำคัญอย่างหนึ่งของสตรี ช่วยส่งเสริมรูปร่างและภาพลักษณ์ของสตรีตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงวัยชรา เต้านมเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่มารดาในการผลิตน้ำนมสำหรับการเลี้ยงดูบุตร ดังนั้นหากมีโรคภัยไข้เจ็บที่เกี่ยวกับเต้านม และทำให้ผู้หญิงต้องสูญเสียอวัยวะส่วนนี้แล้ว อาจก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย เช่น หลังได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเต้านมในสตรีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ มีความกังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับเพศตรงข้าม เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงของเต้านม [8]

เมื่อเติบโตเข้าระยะวัยรุ่น เต้านมจะเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาภายใต้การควบคุมของฮอร์โมน 2 ชนิด คือ ฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) จากรังไข่กระตุ้นให้เกิดการขยายตัวของหัวนมรวมทั้งท่อน้ำนมต่างๆ พร้อมกับกระตุ้นให้มีไขมันแทรกระหว่างท่อน้ำนม ส่วนฮอร์โมนอีกชนิดคือ โปรเจสเตอโรน (progesterone) ซึ่งร่างกายจะผลิตออกมาทุกเดือนตามรอบเดือน ในแต่ละรอบเดือนเต้านมจะโตขึ้นก่อนประจำเดือนจะมา เพราะปลายท่อน้ำนมจะขยายตัวและเนื้อเยื่อจะอู่มน้ำมากขึ้น ทำให้รู้สึกคัดหรือเจ็บเต้านม และคลำได้ไม่เรียบ อาการทุเลาลงเมื่อประจำเดือนมาแล้วจนเป็นปกติประมาณ 1 สัปดาห์ต่อมา

เต้านมที่เติบโตเต็มที่จะมีรูปร่างเกือบจะเป็นครึ่งทรงกลม มีส่วนปลายยื่นเข้าไปบริเวณรักแร้ หัวนมจะโตขึ้นเล็กน้อย เป็นที่เปิดของท่อน้ำนม (mammary duct) หัวนมจะล้อมรอบด้วยเนื้อเยื่อสีชมพู เรียกว่า ฐานหัวนม (areola) ที่เต้านมแต่ละข้างมีเส้นประสาทและเนื้อเยื่อพังพืดประกบกันจนเป็นรูปร่างที่มีความเต่งตึงในยามสัมผัส หัวนมจะมีเส้นประสาทมาหล่อเลี้ยงเพื่อเมื่อมีการกระตุ้นหรือดูดหัวนมทำให้มีการขับน้ำนมออกมา เต้านมของผู้หญิงวางอยู่บนแผงหน้าอกด้านหน้า มีขอบเขตตั้งแต่กระดูกซี่โครงที่ 2-6 จากบนลงล่าง และขอบเขตด้านข้างตั้งแต่กระดูกหน้าอกไปจนถึงด้านข้างของทรวงอก เต้านมของผู้ชาย จะไม่เจริญเท่าผู้หญิง นอกจากในช่วงแตกเนื้อหนุ่ม อาจโตขึ้นเล็กน้อยเป็นการชั่วคราวที่เรียกว่า "นมแตกพาน"

เนื่องจากมะเร็งของเต้านมเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข และเป็นมะเร็งที่พบบ่อยจัดเป็นอันดับสองของผู้หญิงไทย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากสาเหตุหนึ่ง จึงมีการตื่นตัวในการตรวจหาและรักษาปัญหาที่เต้านมเพื่อให้ได้การวินิจฉัยมะเร็งของเต้านมในระยะแรก และรักษาก่อนที่จะมีการแพร่กระจายของโรคออกไป เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีขึ้น จึงได้มีการพัฒนาวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการรวมทั้งมีเครื่องมือต่างๆ ขึ้นเพื่อช่วยในการตรวจหาได้รวดเร็ว

เมื่อการตรวจพิเศษประกอบมีมากขึ้น กอปรกับมีความเข้าใจด้านพยาธิสภาพเพิ่มขึ้น ทำให้แนวทางในการดูแลรักษาปัญหาของเต้านมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปพอสมควร เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำหรือเลือกใช้เครื่องมือต่างๆ ในการตรวจรักษาให้ถูกต้อง ได้ผลดีตามหลักวิชาการ และมีความคุ้มค่า (cost effectiveness) สูงสุด

ปัญหาการดูแลรักษาที่เต้านมมีหลักการว่า จะต้องแยกให้ได้ว่าเป็นเนื้องอกไม่ร้ายแรง (benign) หรือเป็นมะเร็ง (malignant) ข้อมูลเพื่อช่วยในการวินิจฉัยได้แก่ โอกาส (risk) ของการเป็นมะเร็ง ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจเต้านมและการตรวจร่างกายส่วนอื่น ๆ รวมไปถึงการตรวจเพิ่มเติมในบางรายเพื่อจะให้ได้การวินิจฉัยแก่ผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างถูกต้อง

การจำแนกชนิดเนื้องอกบริเวณเต้านม จำแนกได้ 2 ชนิด [8] คือ

1. เนื้องอกชนิดธรรมดา (benign tumor) ลักษณะของเนื้องอกมักจะคลำได้ก้อนเรียบ บางครั้งอาจคลำได้ลักษณะคล้ายถุงน้ำ และมักพบในคนอายุน้อย ได้แก่

1.1 Fibroadenoma หมายถึง เนื้องอกชนิดธรรมดาของเต้านมซึ่งประกอบด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพันกับท่อน้ำนม พบบ่อยในสตรีอายุ 20-30 ปี พบได้น้อยในสตรีที่หมดประจำเดือนแล้ว ยกเว้นในผู้ที่ได้รับฮอร์โมน ก่อนมีผิวเรียบแข็งชัดเจนคล้ายเม็ดถั่วลิสง ไม่เจ็บ กิ่งไปมาได้ โตช้า รักษาโดยตัดเอาชิ้นเนื้องอก

1.2 Intraductal papilloma หมายถึง เนื้องอกจากเยื่อบุท่อน้ำนมซึ่งมีลักษณะเป็นแฉกๆ คล้ายนิ้ว พบในสตรีวัย 40 ปี อาการคือมีน้ำใสๆ หรือเลือดดำๆ แดงๆ ออกทางหัวนม บางรายอาจคลำได้ก้อนเล็กๆ บริเวณลานนม การรักษาโดยการตัดท่อน้ำนมที่มีเนื้องอกพร้อมกับเนื้อบางส่วนโดยรอบออก

1.3 Fibrocystic change (Fibroadenosis) หมายถึง โรคถุงน้ำเรื้อรัง เกิดขึ้นซ้ำซ้อนกันเป็นเวลานานจนเนื้อเต้านมเปลี่ยนไปจากเดิม โดยการเปลี่ยนแปลงบางลักษณะอาจกลายเป็นมะเร็งได้ พบบ่อยได้ตั้งแต่อายุ 30 ปีจนถึงวัยหมดประจำเดือน การรักษาในรายที่เต้านมขรุขระและคลำไม่ได้ก้อนไม่จำเป็นต้องผ่าตัด แต่ควรทำ Mammography โดยเฉพาะในผู้ที่เต้านมใหญ่หรืออายุเกิน 40 ปี เพื่อแยกออกจากมะเร็ง ในรายที่เป็นถุงน้ำควรเจาะเอาน้ำออก แต่ถ้ามีเลือดปนในน้ำที่เจาะออกหรือก้อนไม่ยุบลงทั้งหมดควรตัดก้อนออกมาตรวจ ถ้าเป็นก้อนที่เดิมบ่อยๆ ควรตัดออก

1.4 Galactocele เป็น cyst ที่มีน้ำนม เกิดขึ้นในช่วงที่ให้นมบุตร เนื่องจากท่อน้ำนมอุดตัน ก้อนโตเร็ว มีขอบชัดเจน ผิวเรียบ รักษาตามสาเหตุ

1.5 Gynaecomastia คือ ภาวะเต้านมโตในผู้ชาย รักษาขึ้นอยู่กับสาเหตุ

2. เนื้องอกที่เป็นมะเร็ง (Malignant tumor) มะเร็งเต้านมเกือบทั้งหมดเป็นเนื้องอกชนิด adenocarcinoma ที่เกิดจาก epithelium ของท่อน้ำนม ถ้าเกิดจากท่อใหญ่หรือท่อขนาดกลาง

เรียกว่า Ductal carcinoma ถ้าเกิดใน terminal duct lobular unit ก็เรียกว่า Lobular carcinoma ทั้งสองชนิดนี้เป็นทั้ง Invasive หรือ Infiltrating และเป็น Non-invasive (in situ) หรือ Non-infiltrating ในกลุ่ม Invasive มีการแยกย่อยออกไปตามลักษณะเนื้อเยื่อและเซลล์ (ตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 ชนิดของมะเร็งเต้านม [8]

	Ductal Carcinoma	Lobular Carcinoma
Non-infiltrating	Intraductal (comedo)	Carcinoma in situ
Infiltrating	Scirrhou	Lobular carcinoma
	Medullary	
	Colloid	
	Papillary	
	Paget's disease	

2.1 Infiltrating ductal carcinoma (Scirrhou type) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด (80%) เป็นก้อนแข็งขรุขระคล้ายขอบเขตได้ไม่ชัดเจน เนื้อหน้าตัดแข็งเหมือนเนื้อผลฝรั่งดิบเพราะมี fibrous tissue มาก

2.2 Medullary carcinoma เป็นก้อนที่มีขอบเขตค่อนข้างชัดเจน ไม่แข็งมากและอาจมีขนาดใหญ่ ผิวหน้าตัดสีขาว ตตรวจทางพยาธิพบเซลล์มะเร็งอยู่เต็ม มี stroma น้อยและมี lymphocyteแทรก การพยากรณ์โรคดีกว่ามะเร็งชนิดอื่น

2.3 Colloid carcinoma พบได้น้อย เป็นก้อนแข็งไม่มาก บางครั้งมีเลือดออกภายใน ทำให้ก้อนมีสีคล้ำ ตตรวจทางพยาธิเซลล์พบเซลล์มะเร็งกลมๆ อยู่ใน mucin บางเซลล์มี vacuole ใหญ่เต็มไปด้วย mucin การพยากรณ์โรคดีกว่ามะเร็งแบบ Scirrhou

2.4 Papillary carcinoma พบน้อย เป็น cyst ที่ผนังมีเนื้อมะเร็ง การพยากรณ์โรคดีกว่าแบบ Scirrhou

2.5 Paget's disease ส่วนใหญ่พบในสตรีหมดประจำเดือน ตตรวจทางพยาธิพบ Paget's cell ซึ่งเป็นเซลล์มะเร็งที่มีขนาดใหญ่ การพยากรณ์โรคดีกว่าแบบ Scirrhou

2.6 Infiltrating lobular carcinoma เป็นก้อนแข็ง ตตรวจทางพยาธิพบเซลล์มะเร็งเรียงเป็นแนวยาว หรือเป็นวงรอบ duct การพยากรณ์โรคเช่นเดียวกับ Ductal carcinoma

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสองในสตรีไทย รองจากมะเร็งปากมดลูก อุบัติการณ์ในคนไทยต่ำกว่าชนผิวขาวหรือประเทศทางตะวันตกมาก ส่วนใหญ่เริ่มพบในผู้มีอายุ

30 ปีขึ้นไป และอุบัติการณ์สูงสุดที่อายุ 40-50 ปี [16] ผู้ที่มีสาเหตุส่งเสริมบางประการ มีโอกาสเป็นมะเร็งได้ง่ายขึ้น ได้แก่

ตารางที่ 2.2 สาเหตุส่งเสริมให้เป็นมะเร็งเต้านม [8]

พันธุกรรม*	1. แม่เป็นมะเร็งเต้านม (โอกาสเพิ่ม 2-3 เท่า) 2. พี่สาวหรือน้องสาวเป็นมะเร็งเต้านม
การเจริญพันธุ์	1. มีประจำเดือนเร็ว (ก่อนอายุ 13 ปี) และหมดประจำเดือนช้า (หลังอายุ 50 ปี) 2. ไม่มีบุตรหรือมีบุตรคนแรกหลังอายุ 30 ปี 3. ได้รับ estrogen หลังหมดประจำเดือน
โภชนาการ**	1. อ้วนขึ้นหลังหมดประจำเดือน เพิ่มอุบัติการณ์ การเป็นมะเร็งเต้านม 1.5-2.0 เท่า [17] 2. เครื่องดื่มจำพวกแอลกอฮอล์ การดื่มสุรวันละ 2 แก้วขึ้นไปอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม [18]
โรคอื่นๆ	1. เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งแล้ว (โอกาสเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ทุกปี) 2. เคยเป็นมะเร็งที่อื่นๆ เช่น มดลูก (โอกาสเพิ่มเป็น 2 เท่า) ถ้าใส่ใหญ่และทวารหนัก รังไข่ ต่อมไทรอยด์ 3. Fibrocystic change ที่มี atypical hyperplasia

* โอกาสเป็นมะเร็งสูงมากถ้าญาติเป็นมะเร็งตั้งแต่อายุยังน้อยและเป็นทั้งสองข้าง

** หลังหมดประจำเดือน adipose tissue เป็นตัวเปลี่ยน androstenedione ของต่อมหมวกไตให้เป็น estrogen

ลักษณะอาการของโรค [19]

1. เริ่มจากการคลำก้อนไม่ได้จนถึงมีก้อนเล็กๆ ขึ้นที่เต้านม ส่วนมากจะไม่มีอาการเจ็บปวด
2. ก้อนจะโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้เต้านมมีลักษณะผิดปกติ อาจทำให้เต้านมใหญ่ขึ้น หรือบางชนิดทำให้เต้านมแข็ง หดตัวเล็กหรือแบนลงได้ ก้อนมะเร็งอาจจะรั้งให้ห้วงมนุ่ม เข้าไปจากระดับเดิม หรือทำให้ผิวหนังบริเวณเต้านม มีลักษณะ หยาบ และขรุขระ บางรายเมื่อบีบบริเวณห้วงมนจะมีน้ำเหลืองหรือเลือดไหลซึมออกมา มะเร็งจะลุกลาม แพร่กระจายจากตำแหน่งที่เกิดได้อย่างรวดเร็วไปตามหลอดเลือดและน้ำเหลืองสู่อวัยวะอื่นๆ

3. บริเวณที่พบการแพร่กระจายได้เร็วและบ่อยที่สุดได้แก่ ต่อม้ำเหลือง ที่รักแร้
4. ในรายที่เป็นมากแล้วเนื้อมะเร็งบางส่วนจะเน่าตาย ทำให้เกิดเป็นแผลขยายกว้างออกไป และมีกลิ่นเหม็นจัด

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมักจะมาพบแพทย์ด้วยคลำก้อนได้ที่เต้านม ตำแหน่งที่พบบ่อยมากที่สุดคือ ส่วนบนด้านนอกของเต้านม ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยทั้งหมด อาการและอาการแสดงอื่น ๆ ได้แก่ มีอาการปวดเต้านม, มีของเหลวเป็นน้ำเหลืองปนเลือดออกทางหัวนม, มีก้อนที่รักแร้, มีผิวหนังของเต้านมบวมแดง และรู้สึกเต้านมมีขนาดใหญ่ขึ้น เป็นต้น ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมาพบแพทย์เมื่อมีการแพร่กระจายของโรคสู่อวัยวะอื่น ๆ แล้ว การเกิดมะเร็งเต้านมพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง พบได้น้อย ประมาณ 1-2% เท่านั้น [20]

ระยะของมะเร็งเต้านม ปัจจุบันนิยมใช้วิธี TNM ซึ่งย่อมาจาก Tumor (ก้อนมะเร็งในเต้านม) Node (ต่อมน้ำเหลืองของเต้านม) และ Metastasis (การกระจายของมะเร็ง) โดย International Union against Cancer (UICC) การแบ่งระยะของมะเร็งเพื่อการวางแผนการรักษาและเปรียบเทียบผลการรักษาและการพยากรณ์โรค เมื่อจำแนกลักษณะของมะเร็งตามระบบ TNM ก็นำผลมาพิจารณาารวมกัน เพื่อแบ่งโรคเป็นระยะต่างๆ ดังตาราง

ตารางที่ 2.3 ระยะของมะเร็งเต้านม [8]

Stage	TNM		
I	T1	N0	M0
II	T0	N1	M0
	T1	N1	M0 A
	T2	N0	M0
	T2	N1	M0 B
	T3	N0	M0
III	T0	N2	M0
	T1	N2	M0 A
	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
	T4	Any N	M0 B
	Any T	N3	M0
IV	Any T	Any N	M1

ระยะของมะเร็งเต้านม แบ่งเป็น[21]

ระยะ 0 เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก ยังไม่ลุกลามหรือแพร่กระจาย เรียก Ductal carcinoma insitu และ Lobular carcinoma insitu

ระยะ1 ขนาดก้อนน้อยกว่า 1 นิ้ว เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก ยังไม่ลุกลามหรือแพร่กระจาย

ระยะ2 มีลักษณะอย่างใดอย่าง คือ

- มีก้อนน้อยกว่า 1 นิ้ว แต่แพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองได้รั้งแล้ว
- ก้อนขนาด 1 – 2 นิ้ว โดยที่มีหรือไม่มีการลุกลามของต่อมน้ำเหลือง
- ก้อนขนาดมากกว่า 2 นิ้ว แต่ยังไม่ลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง

ระยะ3A มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ

- ก้อนขนาดน้อยกว่า 2 นิ้ว แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองได้รั้งแล้ว และต่อมน้ำเหลืองอื่น

- ก้อนขนาดมากกว่า 2 นิ้ว แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองได้รั้งแล้ว

ระยะ3B มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ

- มะเร็งแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียง เช่น ผิวหนัง กระดูก กล้ามเนื้อ
- มะเร็งแพร่ไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ผนังทรวงอก

ระยะ 4 มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น เช่น ตับ กระดูก สมอง ปอด

ระยะที่มีการอักเสบของมะเร็งเต้านม (Inflammatory breast cancer) พบไม่บ่อยผิวหนังจะแดง บวม

ระยะกลับมาเป็นซ้ำ (Recurrent breast cancer) มะเร็งเต้านมเกิดขึ้นใหม่หลังจากรักษาโดยมากมักเกิดหลังรักษา 2 – 3 ปี อาจเกิดที่เต้านม ผิวหนัง หรือบริเวณเดิม

1. แนวทางในการวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุของก้อนที่เต้านม [22]

ข้อมูลที่ใช้ประกอบการวินิจฉัยได้แก่

1. การมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

1.1 โอกาสเกิดมะเร็งเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

1.2 พันธุกรรม ข้อมูลที่บ่งว่ามีปัจจัยพันธุกรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่

- มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรง เช่น มารดา หรือบุตร
- มีประวัติมะเร็งในญาติพี่น้องหลายคน
- ประวัติการเกิดมะเร็งในผู้ป่วยอายุน้อยในครอบครัวหรือญาติ
- การเกิดมะเร็งเต้านมทั้งสองข้าง

ดังนั้นถ้าผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมมีประวัติดังกล่าว อาจเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งสูงขึ้น

1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวกับฮอร์โมนเพศ ที่พบว่าอาจมีส่วนสัมพันธ์ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดเป็นมะเร็งสูงขึ้น ได้แก่

- มีประจำเดือนครั้งแรกเร็ว (early menarch) คือ มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 13 ปี
- หมดประจำเดือนช้ากว่าปกติ (late menopause) คือ หมดประจำเดือนเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี
- ไม่เคยมีบุตร (nulliparity)
- ไม่เคยมีน้ำนม (absence of lactation)
- เคยได้รับฮอร์โมนจากภายนอก เช่น ได้รับยาคุมกำเนิด ได้รับการรักษาเสริมด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจน หรือ diethylstilbestrol หรือเคยได้รับฮอร์โมนกระตุ้นเพื่อช่วยในการเจริญพันธุ์

1.4 ปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ เคยได้รับรังสีมาก่อน ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารไขมันสูง หรืออาหารแบบชาวตะวันตก หรือ เชื้อชาติ มีแนวโน้มว่าอาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยงแต่ยังไม่มีความชัดเจน

1.5 ประวัติโรคอื่น ๆ ที่เคยเป็นได้แก่

- เคยเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อน (previous breast cancer)
- มีพยาธิสภาพของเต้านมที่มีโอกาสกลายเป็นมะเร็งสูง เช่น
 - lobular carcinoma in situ
 - atypical hyperplasia
 - proliferative fibrocystic disease
 - ovarian and endometrial cancer

2. นอกจากประวัติของการตรวจพบก้อนที่เต้านม อาการที่เกิดร่วม เช่น มีเลือดหรือสารคัดหลั่ง (abnormal discharge) ออกทางหัวนม พบว่ามีโอกาสเสี่ยงในการเป็นมะเร็งสูง

3. การตรวจร่างกาย การตรวจเต้านมควรตรวจทั้งทำนังและทำนงองหนงาย เพื่อตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ ของ breast, nipple, areolar region และ axilla ว่าเป็นอย่างไรในด้านของขนาด (size) รูปร่าง (contour) ลักษณะของก้อน (texture) การกดเจ็บ (tenderness) และตำแหน่ง (position) ของก้อนนั้น ๆ เป็นต้น การใช้ภาพวาดหรือแผนภาพจะช่วยให้การบันทึกข้อมูลได้เป็นอย่งดี โดยเฉพาะเมื่อตรวจติดตามในระยะต่อมา ก้อนที่คลำพบหากมีลักษณะผิวขรุขระไม่เรียบแข็ง ยึดติดกับผิวหนังด้านบนจนเห็นเป็นรอยบุ๋ม (skin dimpling) หรือผิวหนังของเต้านมเหนือก้อนมีลักษณะเหมือนเปลือกส้ม (orange peels) แสดงว่าอาจมีการไหลเวียนของระบบน้ำเหลืองไม่ปกติ บ่งว่าน่าจะเป็นมะเร็ง

4. การตรวจเพิ่มเติมด้วย Imaging studies

4.1 Mammography การตรวจ mammography สามารถนำมาใช้เพื่อการวินิจฉัยโรค กรณีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม หรือเพื่อการตรวจคัดกรอง (screening) เพื่อให้สามารถพบก้อนที่เต้านมหรือโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น

สำหรับรายที่ตรวจร่างกายทางคลินิกไม่พบก้อนที่เต้านม และใช้ mammogram เป็นการตรวจคัดกรองนั้น โดยทั่วไปแนะนำให้ตรวจ 2 ปีต่อครั้ง ในผู้หญิงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เนื่องจากอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมในคนอายุน้อยกว่า 40 ปีนั้นมีเพียงร้อยละ 4 - 5 เท่านั้น และในผู้ป่วยอายุน้อยอาจพบจากการตรวจว่ามีเนื้อเยื่อของเต้านมหนา (dense breast tissue) ทำให้แปลผล mammogram ได้ยาก การใช้ mammogram ในลักษณะของการคัดกรองอาจจะทำได้ในผู้ป่วยที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป

ในกรณีที่ตรวจพบก้อนที่เต้านม เพื่อตรวจหา synchronous หรือ nonpalpable lesion อื่นๆ ที่อาจจะเกิดร่วมด้วย หรือเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงกว่าประชากรปกติ เช่น การมีคนในครอบครัวที่เป็นมะเร็งเต้านมอายุน้อยในวัยก่อนหมดประจำเดือน (premenopause) อย่างไรก็ตามต้องระลึกไว้เสมอว่า การตรวจด้วย mammogram นั้น สามารถบอกผลถูกต้องได้เพียงร้อยละ 85-90 เท่านั้น จึงแนะนำให้ผู้หญิงทุกรายที่มีอายุมากกว่า 30 ปี ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ ถึงแม้ว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นจะมีความไวต่ำ แต่เป็นวิธีการที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายและสะดวก [22]

4.2 Ultrasonography เป็นการตรวจเพื่อแสดงให้เห็นว่าก้อนในเต้านม นั้นมีลักษณะเป็น cystic หรือ solid เท่านั้น ไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ การตรวจด้วย ultrasonography จึงไม่เหมาะที่จะนำมาใช้เป็นการตรวจเพื่อคัดกรอง แต่อาจสามารถใช้ช่วยนำทาง (ultrasound guide) ในการตัดชิ้นเนื้อออกตรวจ (biopsy) หรือ aspiration ของก้อน โดยเฉพาะในกรณีที่คลำก้อนได้ไม่ชัดเจน

4.3 Aspiration biopsy cytology examination ในกรณีที่คลำได้ก้อนชัดเจนนั้น การเจาะดูดชิ้นเนื้อเพื่อนำมาตรวจ (needle aspiration) จะได้ผลดีทั้งในแง่การวินิจฉัยโดยนำมาตรวจด้วยวิธี cytology และอาจเป็นวิธีรักษา (therapeutic purpose) ในกรณีที่ เป็น cystic lesion ที่ไม่ใช่มะเร็ง ซึ่งกรณีนี้ไม่จำเป็นต้องตรวจหรือรักษาเพิ่มเติม ถ้าผลการตรวจ cytology ยืนยันว่าไม่เป็นมะเร็ง

การตรวจด้วย Imaging technique อื่น เช่น MRI, Doppler imaging นั้น ไม่ใช่เป็นมาตรฐานการตรวจวินิจฉัยทั่วไป

ปัญหาที่เต้านม สามารถแยกได้เป็น 3 กรณี [22, 23] คือ

1. กรณีที่สามารถคลำได้ก่อนที่เต้านมได้ชัดเจนจากการตรวจร่างกาย (palpable mass)
2. กรณีที่การตรวจร่างกายไม่สามารถจะบอกได้ชัดเจนว่ามีก้อนหรือไม่ แต่คลำได้ เป็นเนื้อเยื่อหนา หรือมีก้อนตะปุ่มตะป่ำเล็กๆ (Vague thickening or nodularity)
3. กรณีที่ตรวจพบก่อนจากการตรวจด้วย mammogram ในขณะที่การตรวจร่างกายไม่พบก้อน ผิดปกติ ใดๆ ที่เต้านม

ปัญหาการดูแลรักษาที่เต้านมมีหลักการว่า จะต้องแยกให้ได้ว่าเป็นเนื้องอกไม่ร้ายแรง (benign) หรือเป็นมะเร็ง (malignant) ข้อมูลเพื่อช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่ โอกาส (risk) ของการเป็นมะเร็ง ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจเต้านมและการตรวจร่างกายส่วนอื่นๆ รวมไปถึงการตรวจเพิ่มเติมในบางรายเพื่อจะได้ให้การวินิจฉัยแก่ผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างถูกต้อง

การตรวจค้นหามะเร็งเต้านม (Screening for breast cancer) การตรวจค้นหามะเร็งเต้านมให้พบในระยะเริ่มแรก [18-19] [21] มีวิธีที่นิยมใช้กัน 3 วิธี ได้แก่

1. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast-self examination) เป็นการตรวจค้นหาความผิดปกติของเต้านม เนื้องอกของเต้านมรวมทั้งความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ด้วยตนเอง
2. การตรวจเต้านมโดยผู้เชี่ยวชาญ (Clinical breast examination) ซึ่งเป็นการตรวจเต้านมด้วยการคลำ โดยแพทย์หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ
3. การตรวจเต้านมด้วยรังสี (Mammography) เป็นการตรวจหาก้อนเนื้องอกด้วยรังสีเอ็กซ์ การตรวจด้วยรังสีนี้เป็นการถ่ายภาพของเนื้อเยื่อ (soft tissue) เป็นวิธีที่สามารถพบก้อนเนื้องอกที่มีขนาดเล็กมากจนอาจคลำไม่พบ การตรวจด้วยวิธีนี้เป็นวิธีที่ต้องใช้ผู้ชำนาญ และจะมีประโยชน์มากในสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการตรวจทั้ง 3 วิธีประกอบกัน โดยเริ่มต้นด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งจะต้องทำให้ถูกวิธีและทำเป็นประจำทุกเดือน วัตถุประสงค์เพื่อให้สตรีคุ้นเคยกับธรรมชาติ และความปกติของเต้านมตนเอง สิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเน้นย้ำแก่ผู้ป่วย คือ สิ่งที่ต้องระวังผิดปกติในการตรวจ เช่น การที่เต้านมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากกว่าที่จะคิดว่าสิ่งที่คลำได้นั้นผิดปกติ ซึ่งเมื่อใดเกิดผิดปกติ จะได้ทราบและรีบไปพบแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมต่อไป

ตารางที่ 2.4 สรุปการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมตามวัยต่างๆ [18]

อายุ	วิธีการตรวจคัดกรอง
อายุ 20-40 ปี	- ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกๆ เดือน
อายุต่ำกว่า 40 ปี แต่มีความเสี่ยงสูง (พี่สาว, น้องสาวหรือมารดาเป็นมะเร็งเต้านมขณะมีอายุต่ำกว่า 40 ปี หรือก่อนประจำเดือนหมด)	- ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกๆ เดือน - พบแพทย์ตรวจร่างกายทุกปี - Mammogram ตั้งแต่วัยก่อนที่มารดาหรือพี่น้อง เป็นมะเร็งเต้านม 5-10 ปี
อายุ 40 ปีขึ้นไป	- ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกๆ เดือน - พบแพทย์ตรวจร่างกายทุกปี - Mammogram ประจำปี

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination) [18]

การตรวจอย่างสม่ำเสมอจะช่วยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของเต้านม จึงเป็นการเฝ้าระวังและดูแลตนเองของประชากรสตรีที่ช่วยให้สามารถค้นพบความผิดปกติ ซึ่งจะนำไปสู่การวินิจฉัยขั้นต่อไป ช่วงเวลาของการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่เหมาะสม คือ 5-7 วันหลังจากเริ่มมีประจำเดือน เพราะเป็นช่วงที่เต้านมไม่คัดตึง และไม่บวม กรณีที่หมดประจำเดือนแล้วให้เลือกตรวจวันใดวันหนึ่งของเดือนเป็นประจำ การตรวจเต้านมมี 3 ขั้นตอน โดยแต่ละขั้นตอนจะเอื้ออำนวยให้ตรวจพบก้อนมะเร็งตั้งแต่ยังมีขนาดเล็ก ข้อสำคัญคือต้องตรวจให้ครบทั้ง 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนการตรวจเต้านมสามารถตรวจได้โดย

1. ในขณะที่อาบน้ำ โดยถูสบู่เป็นฟองเล็กน้อยให้ทั่วหน้าอก เพื่อให้มือเคลื่อนไปบนผิวให้ง่ายขึ้น ยกแขนซ้ายเหนือศีรษะ และเริ่มตรวจเต้านมข้างซ้ายด้วยมือข้างขวา คลำให้ทั่วบริเวณพื้นที่เต้านมจนไปถึงใต้รักแร้ เช่นเดียวกับการตรวจเต้านมขวาด้วยมือข้างซ้าย
2. ตรวจขณะส่องดูกระจก หลังจากอาบน้ำ ให้ยืนหน้ากระจกและมองหาความเปลี่ยนแปลงของเต้านมซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ เช่น ขนาดของเต้านมทั้ง 2 ข้าง ลักษณะรูปทรง สีผิวหรือรอยบุ๋มหลังจากนั้นมองหาความเปลี่ยนแปลงของเต้านม ในท่ายกแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ และท่าประสานมือไว้ใต้คาง และผ่อนก้ามเนื้อหน้าอก เมื่อเสร็จแล้วให้ยกไหล่ขึ้น โน้มตัวไปข้างหน้าเพื่อดูว่าเต้านมทั้งสองข้างห้อยลงอยู่ในลักษณะเดียวกันหรือไม่ สุดท้ายค่อยๆ บีบหัวนมเพื่อดูว่ามีน้ำหรือเลือดออกมาหรือไม่ โดยตรวจทั้งสองข้าง
3. ตรวจในท่านอนเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ให้นอนราบลงวางหมอนไว้กลางหลัง ทาโลชั่นบนหน้าอกเล็กน้อย เพื่อช่วยให้ทำการตรวจได้ง่ายขึ้น ทำการตรวจซ้ำ

ด้วยวิธีการตรวจด้วยมือแบบเดิม อาจใช้วิธีแบบวนเป็นวงหรือแบบแบ่งเป็นตาราง ตรวจให้ทั่วหมด ทั้งเต้านม และบริเวณรอบๆ เช่น รักแร้และกระดูกไหปลาร้าด้วย

การรักษามะเร็งเต้านม [19]

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมอย่างจริงจังได้เริ่มขึ้นเมื่อต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 โดยการผ่าตัดเต้านม ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และกล้ามเนื้อหน้าอกจนหมดได้ผลดีแต่หน้าอกด้านที่ถูกผ่าตัดจะแบนราบเห็นรอยกระดูกซี่โครงชัดเจน ต่อมาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งเต้านมของสตรีดีขึ้น ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์เร็วขึ้น จึงได้มีวิวัฒนาการผ่าตัดเอาเฉพาะเต้านมและต่อมน้ำเหลืองออก แต่เหลือกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอกเอาไว้ผลการผ่าตัดจะไม่เห็นรอยซี่โครงและโอกาสจะมาเสริมแต่งหน้าอกและใส่เต้านมเทียมมากขึ้น

วิวัฒนาการรักษาโรคมะเร็งเต้านม ไม่เพียงแต่ทางศัลยกรรมเท่านั้น ยังมีการใช้เคมีบำบัด และรังสีบำบัดมาช่วยในการรักษาทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ทำให้โอกาสการรอดของผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมดีขึ้น ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาได้มีการนำเอาวิธีการรักษามะเร็งเต้านมโดยไม่ตัดเอาเต้านมออกหมดมาใช้ร่วมกับการฉายรังสีและเคมีบำบัด ใช้เฉพาะมะเร็งเต้านมระยะแรกเริ่มได้ผลและปลอดภัยใกล้เคียงกับการรักษาโดยการตัดออกทั้งหมด เห็นได้ว่าการรักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบันและอนาคตมีการหันเหไปใช้วิธีการเก็บเต้านมไว้มากขึ้น สิ่งเหล่านี้กระทำได้นี้เนื่องจากประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมดีขึ้นมีการตื่นตัวที่จะตรวจตัวเองและให้แพทย์ตรวจ เพื่อค้นหาโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และเมื่อพบสิ่งผิดปกติสามารถมารับการรักษา โดยไม่ต้องสูญเสียเต้านมอีกด้วย

ปัจจุบันนี้การรักษามะเร็งเต้านมที่ได้ผลดีที่สุดจะต้องเป็นการผสมผสานกัน [19] (multidisciplinary) ระหว่างการผ่าตัด การฉายรังสี เคมีบำบัดและ/หรือฮอร์โมนบำบัด ซึ่งต้องอาศัยทีมงานที่ประกอบด้วยศัลยแพทย์, แพทย์รังสีรักษา, แพทย์อายุรกรรมด้านโรคมะเร็ง ตลอดจนพยาธิแพทย์ การผ่าตัด ถือเป็นส่วนที่สำคัญเพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคและใช้เป็นการรักษามะเร็งเต้านม ในระยะเวลาเป็นร้อยปีที่ผ่านมา มีการใช้การผ่าตัดหลายรูปแบบ ตั้งแต่การทำ radical mastectomy, supradical mastectomy, modified radical mastectomy (MRM), simple mastectomy และ segmentectomy หรือ tumorectomy การทำ segmentectomy (quadrantectomy) หรือ tumorectomy และตามด้วยการฉายรังสีที่เต้านม สามารถใช้เป็นการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็น T₁ หรือ T₂ lesion ซึ่งเป็นวิธีการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (breast conservation surgery) โดยมีผลการรักษาไม่แตกต่างจากการทำผ่าตัด modified radical mastectomy ซึ่งเป็นวิธีการที่ตัดเต้านมออกทั้งหมด สิ่งที่สำคัญอีกอย่างคือ จะต้องผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ระดับที่ I และ II ออกมาด้วย เคมีบำบัด และฮอร์โมนบำบัดแต่เดิมใช้ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมที่มี

การแพร่กระจายของโรคหรือภาวะที่มีการลุกลามของโรคเฉพาะที่อย่างรุนแรง แต่ในปัจจุบันนี้ได้ถูกพัฒนามาใช้เพื่อเป็นการรักษาเสริม (adjuvant treatment) ในผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคสูง เพื่อเพิ่มอัตราการปลอดโรคและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตแก่ผู้ป่วย เนื่องจากมะเร็งเต้านมมักพบว่าอยู่ในระยะแพร่กระจายแล้ว ในขณะที่ได้รับการวินิจฉัย และการรักษาเฉพาะที่อย่างเดียวยากที่จะทำให้ผู้ป่วยหายขาดได้ ตารางที่ 2.5 แสดงอัตราการรอดชีวิตของผลการรักษามะเร็งเต้านมที่แตกต่างกันไปตามระยะของโรค

ตารางที่ 2.5 แสดงอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะต่าง ๆ [19]

ระยะของมะเร็ง	อัตราการรอดชีวิต 5 ปี	อัตราการรอดชีวิต 10 ปี
I	70-95	60-80
II	50-80	40-60
III	10-50	0-30
IV	0-10	0-5

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว

ความรู้ (Knowledge)

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ [25] ได้กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง การระลึกถึงเรื่องราวต่างๆ ที่เคยมีประสบการณ์มาแล้ว และรวมถึงการจำเนื้อเรื่องต่างๆ ทั้งที่ปรากฏและเกี่ยวพันกัน แบ่งเป็น 3 ประเภท

1. ความรู้เฉพาะสิ่ง (Knowledge of specifics) เป็นความสามารถในการระลึกถึงหรือจำได้ในเรื่องราว ประเภท คำศัพท์เฉพาะ และข้อเท็จจริงบางสิ่ง
2. ความรู้เรื่องวิถีและการจัดกระทำสิ่งเฉพาะสิ่ง (Knowledge of ways and means of dealing with specifics) เป็นเรื่องเกี่ยวกับแบบแผนนิยม แนวโน้มและลำดับเหตุการณ์ การจัดพวกและประเภท เกณฑ์ และระเบียบวิธี
3. ความรู้เรื่องสากลและนามธรรมในสาขาต่างๆ (Knowledge of the universals and abstracts in a field) เกี่ยวกับหลักการและข้อสรุปทั่วไป ทฤษฎี และโครงสร้าง

ทัศนคติ (Attitude)

เฉลิมพล ต้นสกุล [26] ได้กล่าวถึงความหมายของ ทัศนคติ หมายถึง ความโน้มเอียงในการประเมินค่าสิ่งต่างๆ หรือสัญลักษณ์ของสิ่งนั้นไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง การประเมินจะเป็นความรู้สึกที่สามารถบอกได้ว่าชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย และความโน้มเอียงที่จะประพฤติ

Sherif and Sherif อ้างถึงใน โรเบิร์ต อี. ชิวเวอร์แมน [27] ได้กล่าวถึงลักษณะของทัศนคติไว้ดังนี้

1. ทัศนคติเป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้ ทัศนคติไม่ใช่แรงขับทางร่างกาย
2. ทัศนคติเป็นสิ่งที่คงทนถาวร แม้ว่าทัศนคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ โดยสามารถเปลี่ยนแปลงได้เหมือนการเรียนรู้อื่นๆ แต่เป็นการเรียนรู้ที่ฝังลึกลงไป
3. ทัศนคติเป็นความรู้สึกที่แสดงโดยตรงต่อสิ่งเร้าเป็นอย่างไร้ไป
4. ทัศนคติสามารถเกิดกับทุกๆ สิ่งได้ เช่นกับ บุคคล วัตถุ กลุ่ม สถาบัน แนวความคิดและ ขบวนการต่างๆ ไป
5. ทัศนคติเป็นพื้นฐานหรืออย่างน้อยก็เป็นส่วนหนึ่งอันเป็นแรงผลักดันก่อให้เกิดลักษณะนิสัยขึ้นได้

อลลพอร์ท อ้างถึงใน จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิ์วัฒน์ [28] ว่า ทัศนคติเป็นสภาวะความพร้อมทางจิต ซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์ สภาวะความพร้อมนี้จะเป็นตัวกำหนดทิศทาง หรือเป็นตัวกระตุ้นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (An attitude is mental and neural state of readiness, organize through experience, exerting a directive or dynamic influence upon the individual response to all object and situation with which it is related)

ด้วยเหตุนี้ การที่จะศึกษาพฤติกรรมมนุษย์จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจทัศนคติ เพราะเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะกระตุ้นให้เกิดการกระทำ

คุณลักษณะของทัศนคติ

1. ทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ ไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด
2. ทัศนคติมีคุณลักษณะของการประเมิน (Evaluative nature) เกิดจากการประเมินความคิดหรือความเชื่อที่บุคคลมีอยู่เกี่ยวกับสิ่งของ บุคคล หรือเหตุการณ์ ซึ่งเป็นสื่อกลางทำให้เกิดการตอบสนอง
3. ทัศนคติมีคุณภาพและความเข้ม (Quality and Intensity) คุณภาพและความเข้มของทัศนคติจะเป็นสิ่งที่บอกถึง ความแตกต่างของทัศนคติที่แต่ละคนมีต่อสิ่งต่างๆ คุณภาพของ

ทัศนคติเป็นสิ่งที่ได้จากการประเมิน อาจมีทัศนคติทางบวกหรือทัศนคติทางลบ ต่อสิ่งนั้น ส่วนความเข้มแข็งจะบ่งถึงความมากน้อยของทัศนคติทางบวกหรือทางลบ หรือบ่งชี้ระดับการประเมิน

4. ทัศนคติมีความคงทนไม่เปลี่ยนแปลง (Permanence) ทัศนคติคงทนและเปลี่ยนแปลงได้ไม่ถนัด (stable and enduring)

5. ทัศนคติต้องมีสิ่งที่มีหมายถึง (Attitude object) นั่นคือ ทัศนคติต่ออะไร ต่อบุคคล ต่อสิ่งของ หรือต่อสถานการณ์ จะไม่มีทัศนคติลอยๆ ที่ไม่หมายถึงสิ่งใด

6. ทัศนคติมีลักษณะความสัมพันธ์ ทัศนคติแสดงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งของ บุคคลอื่นหรือสถานการณ์ และความสัมพันธ์เป็นความรู้สึกงูใจ

องค์ประกอบของทัศนคติ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ [26] คือ

1. องค์ประกอบด้านความรู้ (Cognitive component) คือ มีการรับรู้ว่าสิ่งนั้นคืออะไร มีความรู้ในรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งนั้น

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective component) แสดงถึงอารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ว่าชอบ หรือไม่ชอบ สิ่งนั้นมากน้อยเพียงใด

3. องค์ประกอบทางด้านความพร้อมที่จะกระทำ (Action tendency หรือ Behavioral component) เมื่อคนมีความรู้เชิงประเมิน และมีความรู้สึกชอบพอ หรือไม่ชอบพอต่อสิ่งใดแล้ว สิ่งก็ตามมาก็คือ ความพร้อมที่จะกระทำในทางใดทางหนึ่งที่จะสอดคล้องกับความรู้เชิงประเมิน และความรู้สึกต่อสิ่งนั้น

มาตรวัดทัศนคติ

1. มาตรวัดทัศนคติแบบเทอร์สโตน เป็นมาตรวัดทัศนคติในรูปแบบสเกลต่อเนื่องหนึ่งมิติของความรู้สึกตรงข้าม จากบวกไปลบ หรือความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบเป็นการวัดความรู้สึกชอบพอหรือต่อต้านเป้าวัตถุทางจิตวิทยา มีหลายวิธี เป็นต้นว่า

1.1 วิธีการเปรียบเทียบคู่ (The method of paired comparisons)

1.2 วิธีการกำหนดขั้นคะแนนเท่ากัน (The method of equal-appearing interval)

1.3 วิธีการให้ขั้นคะแนนต่อเนื่องกัน (The method of successive interval)

2. มาตรวัดแบบเทอร์สโตน มีข้อจำกัดและยุ่งยากเกี่ยวกับผู้พิจารณา (judges) ความเที่ยงตรงของข้อคำถาม

3. มาตรวัดทัศนคติแบบลิเคอร์ต (Likert) โดยมีคุณลักษณะสำคัญของข้อคำถาม คือ การประเมิน (evaluation) และระดับการประเมิน (degree of favorable) การประเมินนั้นคำถามแต่ละข้อจะกล่าวถึงส่วนที่ดีหรือส่วนที่ไม่ดีของเป้าหมายทัศนคติ ส่วนระดับการประเมินนั้นจะมี

ลักษณะสเกลในตัวของมันเองเพื่อบอกถึงระดับการประเมินว่าชอบมาก ค่อนข้างมาก ปานกลาง ไม่ค่อยชอบ ไม่ชอบเลย

3. มาตรการวัดแบบกัตต์แมน (Guttman) โดยมีแนวคิดที่ว่ามาตรการหนึ่งมิตินั้นทุกข้อจะต้องจัดเรียงได้ในรูปของสเกล นั่นคือ แต่ละข้อจะต้องมีคุณลักษณะของความมากน้อย หนักเบา เข้มข้น หรือเจือจาง ในเนื้อหาเรื่องเดียวกันพอจะสามารถจัดเรียงอยู่ในมิติเดียวกันได้ ซึ่งหมายถึงว่าข้อที่อยู่อันดับสูงกว่าจะต้องมีคุณลักษณะสะสมของข้อที่อยู่อันดับต่ำกว่า ข้อที่จัดอยู่ในอันดับสูงสุดของสเกลย่อมจะรวมคุณลักษณะของทุกข้อในมาตรการนั้นไว้ จึงมีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า สเกลรวมสะสม (Cumulative scale)

การปฏิบัติ (Practice)

การปฏิบัติ ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน [29] ได้ให้ความหมายว่า การกระทำ การดำเนินไป อย่างมีระเบียบแบบแผน

บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ [25] ได้กล่าวว่า การปฏิบัติเป็นพฤติกรรมการกระทำที่สังเกตได้ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจนเกิดความชำนาญและเป็นทักษะในการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยแบ่ง พฤติกรรมการปฏิบัติไว้ 7 ชั้น

1. การรับรู้ (Perception) เป็นทักษะหรือการกระทำของกล้ามเนื้อก่อให้เกิดความรู้สึก โดยเริ่มจากการรับรู้สัมผัสอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างแล้วจึงเกิดการเลือกแนวปฏิบัติ
2. การเตรียมพร้อมการปฏิบัติ (Set) โดยพร้อมทางสมอง ร่างกาย และอารมณ์
3. การตอบสนองตามคำแนะนำ (Guided response) โดยการแสดงอย่างเปิดเผยของแต่ละคน
4. การปฏิบัติได้ (Mechanism) เป็นการกระทำที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า จนเป็นนิสัย
5. การตอบสนองที่ซับซ้อน (Complex overt response) ต้องใช้ทักษะระดับสูง ได้แก่ ความแน่วแน่ในการแก้ปัญหา และการกระทำโดยอัตโนมัติ
6. การดัดแปลงให้เหมาะสม (Adaptation) เป็นการกระทำต่อภาวะการณ์หรือปัญหาใหม่ๆ
7. การริเริ่ม (Organization) เป็นการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ โดยใช้ความสามารถและทักษะ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ [30] ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ นั้น คือการที่บุคคลมีความรู้เกิดขึ้น แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นข้อยืนยันว่า บุคคลจะปฏิบัติตามสิ่งที่ตนรู้เสมอไป ทักษะเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำหรือการปฏิบัติ ถ้ามีทักษะที่ดีร่วมกับองค์ประกอบอื่นๆ ที่จะกระตุ้นให้ปฏิบัติแล้ว บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะกระทำหรือปฏิบัติมากกว่าบุคคลที่มีทักษะที่ไม่ดี ดังนั้นความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรง และทางอ้อม สำหรับทางอ้อมมีทักษะเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติ

เฉลิมพล ต้นสกุล [26] ได้กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) ซึ่งหมายถึง การปฏิบัติ หรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกันอย่างเหมาะสม

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติมีความเกี่ยวข้องกันในหลายรูปแบบอาจเป็นความสัมพันธ์โดยตรง หรืออาจเป็นความสัมพันธ์ในทางอ้อม ในด้านสุขภาพอนามัย ทักษะที่ดีอาจช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดี อันจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดี ซึ่งทั้งนี้ย่อมต้องสืบเนื่องมาจากการที่บุคคลนั้นมีความรู้ทักษะที่ดี จะช่วยให้เกิดการนำความรู้ไปใช้

แนวคิดของการวัดผลและประเมินผล [31, 32]

โดยทั่วไป การวัดผล หมายถึง กระบวนการบ่งชี้ผลผลิตหรือคุณลักษณะที่วัดได้จากเครื่องมือวัดผลประเภทใดประเภทหนึ่งอย่างมีระบบ

ประเภทของการวัดผล จำแนกตามคุณลักษณะของสิ่งที่วัด แบ่งออกเป็น

1. การวัดผลทางกายภาพ (Physical measurement) หมายถึง การวัดคุณลักษณะที่เป็นรูปธรรม คือ สังเกตได้ หรือสัมผัสได้ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการวัดทางวิทยาศาสตร์ สิ่งที่จะวัดและเครื่องมือที่ใช้วัดมีความชัดเจน แน่นนอน ผลของการวัดมีความเชื่อถือได้
2. การวัดผลด้านจิตวิทยา (Psychological measurement) หมายถึง การวัดคุณลักษณะที่เป็นนามธรรม ที่เป็นคุณลักษณะของมนุษย์ ไม่สามารถสังเกตได้ หรือสัมผัสได้โดยตรง เครื่องมือที่ใช้วัดจึงต้องอาศัยวัดทางอ้อม โดยอาศัยทฤษฎีหรือแนวคิดเกี่ยวกับคุณลักษณะนั้นๆ เป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบ

ตามหลักการวัดผลทางการศึกษานั้น ได้อาศัยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการคือ มาตราการวัด (Scale), เครื่องมือ (Instrument) และหน่วยการวัด (Unit) ปัจจัยต่างๆ นี้มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด [33]

มาตราการวัด (Scale) [34] แบ่งระดับการวัดจากขั้นพื้นฐานไปสู่ขั้นสูงได้ตามลำดับดังต่อไปนี้

1. สเกลนามกำหนด (Nominal scale) เป็นสเกลวัดค่าที่ง่ายที่สุดหรือสะดวกต่อการใช้มากที่สุด เพราะเป็นการแบ่งกลุ่มของข้อมูล (Category) โดยถือว่าแต่ละกลุ่มมีความเสมอภาคหรือเท่าเทียมกัน หรือเป็นการแบ่งกลุ่มแบบไม่เรียงลำดับนั่นเอง

เมื่อสเกลเป็นนามกำหนด จะสามารถหาความถี่และเปอร์เซ็นต์ได้ และยังสามารถนำความถี่มาคำนวณค่าสถิติ ได้แก่ ค่าฐานนิยม การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบทวินาม แต่ไม่สามารถหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานได้

2. สเกลอันดับ (Ordinal scale) เป็นสเกลที่ใช้แบ่งกลุ่มข้อมูลที่เพิ่มรายละเอียดมากกว่าสเกลนามกำหนด คือ ข้อมูลที่อยู่ในแต่ละกลุ่มจะแสดงความแตกต่าง โดยพิจารณาจากลำดับด้วย แต่ไม่สามารถบอกปริมาณความมากกว่าหรือน้อยกว่าว่าเป็นเท่าใด

ข้อมูลที่เป็นสเกลอันดับสามารถนำมาวิเคราะห์โดยหาความถี่ เปอร์เซนต์ ค่ามัธยฐาน ควอไทล์ การทดสอบไคสแควร์ เป็นต้น

3. สเกลอันตรภาค (Interval scale) เป็นข้อมูลที่มีรายละเอียดมากกว่าข้อมูลสเกลอันดับ คือข้อมูลแบ่งออกเป็นสเกลอันดับแต่สามารถบอกปริมาณความแตกต่างระหว่างกลุ่มได้ เนื่องจากสเกลอันตรภาคใช้หน่วยวัดที่เป็นค่าคงที่

ข้อมูลชนิดสเกลอันตรภาคสามารถนำมาวิเคราะห์หา ความถี่ เปอร์เซนต์ ควอไทล์ ค่ามัธยฐาน การทดสอบไคสแควร์ ฐานนิยม ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น

4. สเกลอัตราส่วน (Ratio scale) ถือเป็นข้อมูลที่สมบูรณ์มากที่สุด คือ เป็นข้อมูลสเกลอันตรภาค แต่จุดเริ่มต้นเป็นจุดที่มีความหมาย นั่นคือสามารถบอกความแตกต่าง และสามารถเปรียบเทียบความแตกต่างได้ และจุดเริ่มต้นยังมีค่าและมีความหมายด้วย

ลักษณะของคะแนนการวัดผลที่ดี จะต้องมีการวัดแบบอันตรภาคขั้น และสอดคล้องกับโค้งปกติ จึงเป็นการวัดที่ดีที่สุดสำหรับการวัดผลในปัจจุบันนี้

เราสามารถให้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติทุกเทคนิคกับข้อมูลอัตราส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำได้หลายวิธี ดังนี้

1. การสัมภาษณ์ (Interview)
2. การส่งไปรษณีย์ (Mail)
3. การตอบแบบสอบถาม (Questionnaire)
4. การโทรศัพท์
5. การชั่ง ตวง วัด หรือนับ
6. การสังเกต (Direct observation)

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในที่นี้จะกล่าวถึงเครื่องมือที่นิยมใช้ในการวัดพฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย ซึ่งเป็นการวัดความสามารถด้านสติปัญญา ได้แก่ ความสามารถด้านความรู้-ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า คือแบบทดสอบ ซึ่งมีหลายประเภทขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่ใช้แบ่ง โดยในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแบบตามลักษณะของการตอบ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. แบบทดสอบภาคปฏิบัติ (Performance test)
2. แบบทดสอบแบบเขียน-ตอบ (Paper-pencil test)
3. แบบทดสอบปากเปล่า (Oral test)

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ด้านความรู้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลออกแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกรับตอบ (multiple choice) ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการวัดพฤติกรรมด้านจิตพิสัยนั้น ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบบตัวเลข (numerical rating scale) กำหนดเป็นความรู้สึกความคิดเห็น เจตคติ หรือพฤติกรรมในเชิงสนับสนุน-ไม่สนับสนุนข้อความนั้นๆ กำหนดคำตอบเป็น 5 ระดับ เป็นการประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert rating scale)

การประเมินผล

ประเภทของการประเมินผล สามารถจำแนกได้ ดังนี้

1. จำแนกตามวัตถุประสงค์ของการประเมิน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเภทคือ
 - 1.1 การประเมินก่อนเรียน (Pre-evaluation)
 - 1.2 การประเมินผลระหว่างเรียน หรือประเมินความก้าวหน้า
 - 1.3 การประเมินผลรวมสรุป (Summative evaluation)
2. จำแนกตามระบบการวัดผล แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ
 - 2.1 การประเมินผลแบบอิงกลุ่ม (Norm-reference evaluation) เป็นการตัดสินคุณค่าหรือคุณลักษณะหรือพฤติกรรม โดยเปรียบเทียบกับผู้เรียนที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อจำแนกหรือจัดลำดับบุคคลในกลุ่มนั้นๆ การแปลความหมายผลการประเมินแปลโดยใช้คะแนนมาตรฐาน ผลการประเมินออกมาในรูประบบทวิพันธ์
 - 2.2 การประเมินผลแบบอิงเกณฑ์ (Criterion-reference evaluation) เป็นการตัดสินคุณค่าของคุณลักษณะหรือพฤติกรรมโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ซึ่งเกณฑ์มีทั้งเกณฑ์มาตรฐาน (standard criteria) ที่มีอยู่แล้วหรือเกณฑ์ที่ผู้ประเมินกำหนดขึ้น (arbitrary criteria) ในทางปฏิบัติการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เกณฑ์จะหมายถึงกลุ่มพฤติกรรมตามจุดมุ่งหมายของการ

เรียน โดยทั่วไปนิยมใช้จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม (behavioral objective) หรือกลุ่มของพฤติกรรม (domain of behavior)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Rutledge DN, Barsevick A, Knobf MT, Bookbinder M.[35] ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม ทักษะคิด การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในหญิงอายุเฉลี่ย 60 ปี จำนวน 1,000 คน ในเพนซิลวาเนีย เป็นการศึกษาแบบ Correlation study โดยใช้แบบสอบถามถามเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง มี 3 วิธี คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (breast-self examination) การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ (clinical breast examination) และการตรวจเต้านมด้วยรังสีวินิจฉัย (mammography) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้ง 3 วิธี ได้แก่ เป็นสตรีที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ความรู้และการใส่ใจสุขภาพของสตรี ส่วนวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองส่วนใหญ่ทำในกลุ่มที่มีความรู้สูง และมีประวัติอยู่ในกลุ่มเสี่ยง

Tanjasiri SP, Kagawa-Singer M, Foo MA, Chao M, Linayao-Putman I, Lor YC. et al.[36] ศึกษาในกลุ่มหญิง Hmong อายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 201 คน โดยสุ่มจาก 4 เมืองในรัฐแคลิฟอร์เนีย สัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมตรวจเต้านม เนื่องจากกลุ่มคนดังกล่าว มีการศึกษาต่ำ มีปัญหาในด้านภาษาการสื่อสารและวัฒนธรรม ผลพบว่า ร้อยละ 51 เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง และร้อยละ 52 ของผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ตรวจเต้านมโดยผู้เชี่ยวชาญ และร้อยละ 30 ของผู้หญิงอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปตรวจด้วยรังสีวินิจฉัย ปัจจัยด้านความรู้มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สิริรัตน์, คณินิจ. [37] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม พฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ร้อยละ 21 ตรวจเต้านมด้วยตนเองตามปกติเดือนละครั้ง ร้อยละ 22.9 ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง

นันทพร. [38] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความรู้ทัศนคติต่อการตรวจมะเร็งเต้านมในสตรี จังหวัดนครราชสีมา รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความน่าเชื่อถือของสื่อกับความรู้อะไรเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านม พบว่า โทรทัศน์ เป็นสื่อมวลชนที่สตรีใช้ในการรับข่าวสารมากที่สุด สำหรับสื่อเฉพาะกิจพบว่าสตรีรับข่าวสารจากโปสเตอร์มากที่สุด และสื่อบุคคล พบว่า สตรีรับข่าวสารจากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงานมากที่สุด สตรีที่มีอายุ อาชีพ รายได้และการศึกษาต่างกันมีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน การตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการตรวจมะเร็งเต้านม

และการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจากสามี/เพื่อนชาย,ญาติพี่น้อง,เพื่อนร่วมงาน/เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคมะเร็ง

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. [9] จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่ได้ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพราะไม่ทราบว่าจะตรวจทำไม และทำอย่างไร สิ่งที่สำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเองคือ ต้องการหาความเปลี่ยนแปลง ที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละเดือน และพบว่าร้อยละ 90 ของเนื้องอกที่เต้านมถูกตรวจพบครั้งแรก ตนเองเป็นผู้คลำพบก้อนในเต้านม

พวงทิพย์, เจนนิเฟอร์. [39] ได้มีการศึกษาถึงความเชื่อของสตรีไทยเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีนักรักษาโรคมะเร็งเต้านมในมหาวิทยาลัย (Pilot study) จำนวน 18 คน อายุระหว่าง 23-54 ปี ซึ่งเคยได้รับการฝึกอบรมในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์ พบว่า มีเพียงร้อยละ 33 ที่รายงานว่าได้ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนอย่างสม่ำเสมอ ผลจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความเชื่ออยู่ในระดับสูง แต่ปัจจัยด้านความรู้และพฤติกรรมกรตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำกว่า

เรวดี. [40] ศึกษาความถี่ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงมุสลิม อายุ 20-65 ปีที่อาศัยอยู่ในจังหวัดปัตตานี จากการสุ่มโดยวิธีสุ่มเลือกตามเขตสถานที่ได้ประชากรจำนวน 400 คนจาก 4 หมู่บ้าน พบว่า สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 58 มีเพียง ร้อยละ 39.6 ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน และตรวจเต้านมด้วยตนเองครบทุกท่าเพียงร้อยละ 11.6 จากการทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยในด้านการรับรู้อุปสรรค ความรู้ และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Franek GA, Nowak-Kapusta ZE, Cabaj M. [41] ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม เนื่องจากพบว่ามะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อย และมะเร็งเต้านมที่พบในระยะแรกนั้นก็เกิดจากความเอาใจใส่ในตัวเองของผู้หญิงทำให้สามารถตรวจพบได้ด้วยตนเอง และการตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นเป็นวิธีที่ง่าย และราคาถูก วัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้นเพื่อที่จะประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งเต้านมของพยาบาลและประเมินด้วยว่าพยาบาลนั้นได้ใช้ความรู้ที่น้อยแค่นั้น โดยทำการศึกษาในพยาบาลประเทศโปแลนด์ จำนวน 193 คน โดยใช้แบบสอบถาม จากผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 63 มีความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยร้อยละ 50 มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน แต่พบว่าทั้งร้อยละ 50 นั้นไม่มีใครตรวจถูกเลย ร้อยละ 38 ไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจเต้านม และ ร้อยละ 33 และ 41 ไปตรวจโดยการทำแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์ ตามลำดับ ถึงแม้ว่าจะมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อการตรวจพบ ถ้าพยาบาลนั้นไม่นำความรู้ที่มีมาใช้ในทางปฏิบัติ

Ludwick R, Gaczowski T.[42] ได้ทำการศึกษาในเด็กวัยรุ่นหญิงในระดับมัธยมศึกษา ประเทศสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เปรียบเทียบก่อน-หลังให้ความรู้ ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยรุ่นหญิงตอบว่าไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองเลยก่อนให้ความรู้ร้อยละ 60 และตรวจด้วยตนเองทุกเดือนร้อยละ 3 หลังจากให้ความรู้ พบว่าเด็กวัยรุ่นหญิงตอบว่าไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองลดลงเหลือ ร้อยละ 32 และตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23

Kulik TB, Skorzynska H, Rudnicka-Drozak E, Pacian A.[43] ได้ทำการศึกษาว่าพยาบาลนั้นมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งเต้านมน้อยแค่ไหน โดยศึกษาในพยาบาลของสถานพยาบาลในเมืองลูบินจำนวน 180 คน ได้แบบสอบถามตอบคืนมา 150 คน แม้ว่าจะจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ง่ายก็ตาม แต่ผลพบว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ และมีผลการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อย คือ ร้อยละ 24 ที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน และมีทัศนคติในการตรวจคัดกรองเป็นแบบเชิงรับ คือต้องมีการกระตุ้น ร้อยละ 51

Lillington LB, Padilla GV, Sayre JW, Chlebowski RT. [44] ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความคุมะเร็งเต้านมในพยาบาล โดยทำการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพในเมืองเมโทรโพลิแทนจำนวน 2,800 คน พบว่า ร้อยละ 36 ขาดความรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม และร้อยละ 35 ไม่ทราบอาการและการแสดงของมะเร็งเต้านม พบว่าร้อยละ 27 ที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และร้อยละ 50 มีการให้คำแนะนำแก่หญิงทั่วไปเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการทำแมมโมแกรม

Diratzouian H, Freedman GM, Hanlon AL, Eisenberg DF, Anderson PR. [45] ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยศึกษาถึงลักษณะและผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองในการตรวจพบมะเร็งเต้านม วิธีการในการศึกษาจากกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และ 2 ทั้งหมด 1,752 คน (ปี ค.ศ. 1970-1998) ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงร่วมกับการผ่าตัด พบว่า ร้อยละ 15 มาพบแพทย์ด้วยอาการคลำพบก้อนเจอ ร้อยละ 40 ตรวจเจอด้วยการทำ Mammogram และร้อยละ 44 ตรวจพบโดยการคลำเจอร่วมกับการทำ Mammogram จากการวิเคราะห์พบว่า การตรวจเจอด้วยตนเองนั้นสัมพันธ์กับอายุน้อยและขนาดของก้อนที่พบ และสัมพันธ์กับการคลำเจอต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ โดยเมื่อพิจารณาจากอายุแล้วพบว่าในผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 40 ปีแล้วพบว่า ร้อยละ 40 คลำเจอด้วยตนเอง และผู้ป่วยที่ตรวจเจอด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้น พบอัตราการรอดชีวิตมากกว่า 10 ปี สูงกว่าผู้ป่วยที่ตรวจเจอด้วยการทำ Mammogram แต่การตรวจเจอด้วยตนเองไม่สามารถ

นำมาพยากรณ์การดำเนินของโรคได้ แต่การตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นก็ยังเป็นวิธีที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้หญิงกลุ่มที่อายุน้อย

อวยพร. [46] ได้ศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของพยาบาลและผู้ป่วยเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างพยาบาล และผู้ป่วยโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 200 คน และผู้ป่วยหญิงจำนวน 200 คน ที่มารับบริการที่แผนกตรวจโรคทั่วไป โรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 85 แต่มีผู้ตรวจอย่างสม่ำเสมอทุกเดือนเพียงร้อยละ 26.47 สาเหตุที่ไม่ทำส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มีความจำเป็น คิดเป็นร้อยละ 35.09 และร้อยละ 3.51 ตอบว่าตรวจไม่เป็น ผู้ป่วยส่วนน้อยที่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 34.50 ในจำนวนนี้มีผู้ที่ตรวจเป็นประจำทุกเดือนเพียงร้อยละ 32.65 และพบว่าผู้ป่วยที่รับทราบข้อมูลจากพยาบาลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีเพียงร้อยละ 5.24

จากการศึกษาของ Nancy [47] แพทย์ศัลยกรรมประจำมหาวิทยาลัยโตรอนโต ได้มีการพยายามศึกษาวิจัยเพื่อที่จะค้นหาว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นมีประโยชน์ หรือโทษมากกว่ากัน โดยมีการออกแบบการศึกษาวิจัยในหลายรูปแบบ พบว่า จากการศึกษาไม่พบความแตกต่างของอัตราการตายระหว่างกลุ่มที่ตรวจ – ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ แต่ American Cancer Society [48] ก็ยังแนะนำการตรวจคัดกรองเต้านมขึ้นต้น โดยในสตรีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปควรตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน แต่การตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นอย่างเดียวไม่เพียงพอ ถ้าพบที่มีความผิดปกติควรไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญ หรือการตรวจด้วยรังสีเพิ่มเติม แม้ว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นไม่สามารถลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านมได้ แต่การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีส่วนช่วยในการสร้างความตระหนักแก่สตรีในการดูแลสุขภาพตนเอง แต่อย่างไรก็ตามการทำแมมโมแกรม เป็นการตรวจคัดกรองที่ดีที่สุด ในสตรีที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นมีความสำคัญ เป็นการกระตุ้นทำให้หญิงตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตน เป็นการเฝ้าระวังและดูแลตนเองของประชากรสตรีที่ช่วยให้สามารถค้นพบความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งจะนำไปสู่การวินิจฉัยขั้นต่อไป ดังนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่หญิงทุกคนควรได้ลงมือปฏิบัติ โดยเฉพาะสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และประหยัดค่าใช้จ่าย [13] [17-19] [21-22] [45] เป็นการตรวจคัดกรองเบื้องต้นที่สตรีสามารถปฏิบัติเองได้แต่จากการศึกษาพบว่าหญิงจำนวนมากหรือแม้แต่บุคลากรในทีมสุขภาพเองนั้นยังมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระดับที่ต่ำ ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยที่มีความสำคัญได้แก่ ปัจจัยส่วน

บุคคล เช่น อายุ สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตลอดจนทัศนคติที่มีต่อโรคและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถนำมาหาข้อบกพร่องและหาวิธีแก้ไขในจุดที่บกพร่องได้ และเพื่อจะได้นำมาพัฒนาเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมให้สตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross – sectional Descriptive Design)

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ พยาบาลหญิงที่ทำงานด้านบริการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 1,491 คน จำแนกตามระดับได้ ดังนี้

งานด้านบริหาร

1. หัวหน้าพยาบาล 1 คน
2. รองหัวหน้าพยาบาลฝ่ายต่างๆ จำนวน 4 คน
3. ผู้ตรวจการพยาบาล 40 คน
4. หัวหน้าหอผู้ป่วย 113 คน

งานด้านบริการ

1. พยาบาลประจำการหญิงจำนวน 1,256 คน พยาบาลประจำการชาย 4 คน
2. พยาบาลสำเร็จใหม่หญิง (ฝึกงาน) 72 คน พยาบาลสำเร็จใหม่ชาย 1 คน

*หมายเหตุ ข้อมูลเจ้าหน้าที่สำรวจเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2548

ประชากรตัวอย่าง (Population to be Sampled) คือ พยาบาลหญิงที่ทำงานด้านการให้บริการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นพยาบาลประจำการหญิง 1,256 คน และพยาบาลสำเร็จใหม่หญิง 72 คน รวม 1,328 คน

ตัวอย่าง (Sample) คือ พยาบาลหญิงที่ทำงานด้านบริการของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นพยาบาลประจำการหญิง 1,256 คน และพยาบาลสำเร็จใหม่หญิง 72 คน รวม 1,328 คน โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size Determination) [49]

$$\begin{aligned} \text{โดยใช้ สูตร } n &= \frac{Z^2 pq}{(dp)^2} \\ n &= \frac{1.96^2 (0.21)(0.79)}{(0.1 \times 0.21)^2} \\ n &= 1445.17 = 1,446 \text{ คน} \end{aligned}$$

p เป็นความชุกของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง [37] = 0.21 1-p = q = 0.79

d เป็นค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่จะพบ (maximum permissible error = 0.1 × p)

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ประชากรตัวอย่าง มีจำนวนน้อยกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ดังนั้นจึงใช้พยาบาลหญิงที่ทำงานด้านบริการทั้งหมดโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

การสังเกตและการวัด (Observation and Measurement)

ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ได้แก่ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ตัวแปรตาม (Dependent variable) คือ พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (Instrument)

เป็นแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ทัศนคติ และสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง [50][51] การไปรับการตรวจด้วยแพทย์ และการตรวจด้วย Mammogram โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านประชากร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านประชากร ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ศาสนา แผนกที่ทำงาน ประวัติการมีประจำเดือน ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และประวัติส่วนตัวเกี่ยวกับการมีก้อนที่เต้านม โดยคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาด้วยตนเอง มีขั้นตอนดังนี้

ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร เอกสาร วิทยานิพนธ์[50-51] และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งเต้านม ในด้านเกี่ยวกับการป้องกันโดยการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ปัจจัยเสริมที่ส่งผลให้เกิดมะเร็งเต้านม และการรักษา โดยคำถามเป็นแบบเลือกตอบข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว (One best choice) ให้ 0 คะแนน เมื่อตอบผิด และให้ 1 คะแนนเมื่อตอบถูก ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อคำถาม พิสัยคะแนน 0-12 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน พิจารณาแบบการประเมินแบบอิงกลุ่ม[31][33][53] ดังนี้

ไม่ดี	หมายถึง	คะแนนน้อยกว่า	Mean - S.D
ปานกลาง	หมายถึง	คะแนนเท่ากับ	Mean ± S.D
ดี	หมายถึง	คะแนนมากกว่า	Mean + S.D

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 15 ข้อ โดยคำถามสร้างจากทฤษฎี และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง [50, 51] จากความหมายของเจตคติหรือทัศนคติ ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อ ความรู้สึก และความพร้อมที่จะทำพฤติกรรม โดยประยุกต์การสร้างเครื่องมือแบบมาตราส่วนประมาณค่า ของลิเคิร์ต (Likert rating scale) [31] [33] [52] เป็นการกำหนดเป็นความรู้สึก ความคิดเห็น เจตคติ หรือพฤติกรรม ในเชิงสนับสนุน-ไม่สนับสนุนข้อความนั้น กำหนดคำตอบเป็น 5 ระดับ

ค่าคะแนน 1 – 5 ประกอบด้วย 5 ตัวเลือก ดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยการแปลผลคะแนนแบบอิงกลุ่ม (Norm-reference measurement) [53] แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ไม่ดี	หมายถึง	คะแนนน้อยกว่า	Mean - S.D
ปานกลาง	หมายถึง	คะแนนเท่ากับ	Mean ± S.D
ดี	หมายถึง	คะแนนมากกว่า	Mean + S.D

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเอง คำถาม 15 ข้อใหญ่ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาด้วยตนเองโดยค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร วิทยานิพนธ์ และแบบสำรวจการตรวจด้านมด้วยตนเองของกรมอนามัย โดยเลือกตอบตามความเป็นจริง เกณฑ์ในการแปลผล คือ พฤติกรรมการตรวจ/ไม่ตรวจด้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน โดยขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งใน 3 ขั้นตอน

การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม โดย

1. หาคความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity) เป็นคุณสมบัติของข้อคำถามที่สามารถวัดได้ตรงตามเนื้อหาและพฤติกรรมที่ต้องการวัด และเมื่อรวบรวมข้อคำถามทุกข้อ จะต้องวัดได้ครอบคลุมเนื้อหาและพฤติกรรมทั้งหมดที่ต้องการวัด ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา และสเกลการวัด จากนั้นจึงขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะศึกษา โดยตรวจสอบรายละเอียดและความครอบคลุมของข้อคำถาม และพิจารณาเนื้อหาของคำถามทุกข้อว่าถูกต้อง ชัดเจนและเหมาะสมหรือไม่ จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปหาความเชื่อมั่นต่อไป

2. การหาความเชื่อถือได้ หรือความเที่ยงตรง (Reliability) คือ ความแน่นอนในผลของการวัด (Consistency) เป็นเทคนิคที่ใช้วัดเครื่องมือว่าให้ผลสอดคล้องกัน หรือคล้ายกัน หรือเหมือนกันหรือไม่ ในการวัดความเชื่อถือได้ของเครื่องมือมีหลายเทคนิค ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคการวัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (Internal consistency) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดสอบกับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของคำถาม และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ในการวิจัยนี้ใช้วิธีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตรวจด้านมด้วยตนเอง ด้วยวิธีหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดย Cronbach's Alpha Coefficient [31] ซึ่งค่าที่คำนวณได้จะอยู่ระหว่าง 0-1 ค่าที่เข้าใกล้ 1 จะมีความเชื่อมั่นของความสอดคล้องภายในสูง และทำการวิเคราะห์แก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำไปใช้จริง ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.81

การคำนวณค่าเฉลี่ยของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคำถามทุกคำถาม [54]

$$\text{Cronbach's Alpha} = \frac{k \overline{\text{covariance}} / \overline{\text{variance}}}{1 + (k-1) \overline{\text{covariance}} / \overline{\text{variance}}}$$

K = จำนวนคำถาม

$\overline{\text{Covariance}}$ = ค่าเฉลี่ยของค่าแปรปรวนร่วมระหว่างคำถามต่างๆ

$\overline{\text{Variance}}$ = ค่าเฉลี่ยของค่าแปรปรวนของคำถาม

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. ทำหนังสือจากภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อขออนุญาตทดสอบแบบสอบถามจากพยาบาล จำนวน 30 ชุด

2. ทำหนังสือจากภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาล ประสานงานกับฝ่ายวิชาการ ฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัย

4. เก็บข้อมูลโดยส่งให้ทางฝ่ายวิชาการ ไปยังผู้ตรวจการ เพื่อแจกจ่ายแบบสอบถามแก่พยาบาลประจำการ และพยาบาลหมุนเวียนตามสถานที่ปฏิบัติงานตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

5. ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 3 สัปดาห์ และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามติดตามแบบสอบถามคืนให้ครบตามจำนวน โดยกระตุ้นเตือนผ่านทางฝ่ายวิชาการ เพื่อให้ได้ข้อมูลมากที่สุดก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลอีก 1 สัปดาห์ รวมเวลาในการเก็บข้อมูล 1 เดือน

6. นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์และถูกต้องตามกระบวนการตรวจสอบ ไปวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการศึกษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

รวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม นำข้อมูลที่ได้แปลงลงรหัส สร้างแฟ้มข้อมูลและบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window 11.5 วิเคราะห์ข้อมูลโดยมีแนวทางดังตารางที่ 3.1 ดังนี้

ตารางที่ 3.1 แสดงการวิเคราะห์ข้อมูลตามชนิดของตัวแปรและสถิติ

ชนิดของสถิติ	ตัวแปรที่วิเคราะห์	ชนิดของตัวแปร	วิธีการวิเคราะห์
1. สถิติเชิงพรรณนา	1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทั่วไป	- ข้อมูลเชิงปริมาณ	- ความถี่ เปอร์เซ็นต์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	1.2 ข้อมูลด้านพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	- ข้อมูลเชิงคุณภาพ	- ร้อยละ, อัตรา
	1.3 ความรู้ ที่ศนคติ	- ข้อมูลเชิงปริมาณ	- ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบน
	1.4 ระดับความรู้ ระดับที่ศนคติ	- ข้อมูลเชิงคุณภาพ	มาตรฐาน - ร้อยละ ความถี่
2. สถิติเชิงอนุมาน	2.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรม การตรวจ/ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Nominal – Nominal)	- ข้อมูลเชิงคุณภาพ	- Chi - Square test
	2.2 ความสัมพันธ์ของระดับความรู้ กับพฤติกรรม การตรวจ/ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Ordinal - Nominal)	- ข้อมูลเชิงคุณภาพ	- Chi - Square test
	2.3 ความสัมพันธ์ของระดับที่ศนคติ กับพฤติกรรม การตรวจ/ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Ordinal - Nominal)	- ข้อมูลเชิงคุณภาพ	- Chi - Square test

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยเป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การป้องกัน และการรักษา ทักษะเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษา และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการจัดเก็บแบบสอบถามและอัตราการตอบกลับของแบบสอบถาม

จากการศึกษาพบว่า ก่อนเริ่มทำการวิจัย ณ เดือนกรกฎาคม 2548 จำนวนพยาบาลวิชาชีพฝ่ายบริการมีจำนวน 1,328 คน มีแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 1,212 คน เนื่องจากมีการโยกย้ายหน่วยงาน การลาออก ลาศึกษา และลาคลอดบุตร จึงเก็บข้อมูลเท่าที่มีอยู่จริงทั้งหมด ในจำนวนผู้ตอบกลับ 1,212 คน มีผู้ที่ไม่ประสงค์จะตอบแบบสอบถามจำนวน 3 คน และแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์จำนวน 9 คน รวมแบบสอบถามที่ตอบกลับสมบูรณ์เป็นจำนวน 1,200 คน คิดเป็นร้อยละ 90.4

ลักษณะประชากรจำแนกตามแผนกการทำงานโดยแบ่งเป็นกลุ่มงานพยาบาล จำนวน 6 กลุ่มงานพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ใหญ่ (ร้อยละ 37.6) รองลงมาคือ กลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะทางอื่นๆ (ร้อยละ 24.2) และอยู่ในกลุ่มงานเฉพาะทางศัลยกรรมเต้านม ร้อยละ 4.0 ดังตารางที่ 4.1

ตำแหน่งการทำงานเป็นพยาบาลประจำการ ร้อยละ 95.7 และเป็นพยาบาลหมุนเวียน ร้อยละ 4.3 โดยส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 44.1) รองลงมาอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี (ร้อยละ 35.1) อายุเฉลี่ย 33.9 ปี (SD = 8.6) มีพื้นฐาน 32 ปี อายุ น้อยที่สุด 22 ปี มากที่สุด 60 ปี ส่วนใหญ่ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ผอม (ร้อยละ 43.2) รองลงมา อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 34.7)

สถานภาพสมรสของพยาบาล ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 73.0) รองลงมา สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 25.7) และหม้าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 1.3) ตามลำดับ

ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 87.2) รองลงมา คือ ระดับปริญญาโท (ร้อยละ 12.5) อนุปริญญา (ร้อยละ 0.2) และปริญญาเอก (ร้อยละ 0.1) ตามลำดับ

การนับถือศาสนา พบว่า ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.9) รองลงมาคือศาสนาคริสต์ (ร้อยละ 1.5) และศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 0.6)

ประวัติการมีประจำเดือน พบว่า ส่วนใหญ่พยาบาลยังมีประจำเดือนอยู่ (ร้อยละ 89.6) และในผู้ที่ไม่มีประจำเดือน พบว่าหมดประจำเดือนแล้ว (ร้อยละ 5.4) ตัดมดลูกออก (ร้อยละ 2.3) กำลังตั้งครรภ์ (ร้อยละ 1.6) รับประทานยาฮอร์โมน (ร้อยละ 0.8) และอยู่ในระหว่างการให้มนบุตร (ร้อยละ 0.3)

ประวัติการมีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือคนรู้จักเป็นมะเร็งเต้านม พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือคนรู้จักเป็นมะเร็งเต้านม (ร้อยละ 76.9) รองลงมา ร้อยละ 21.1 พบว่ามี และในผู้ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือคนรู้จักเป็นมะเร็งเต้านมนั้นพบว่า ร้อยละ 56.1 เคยพาญาติ บุคคลในครอบครัว หรือคนรู้จักไปพบแพทย์ และร้อยละ 43.9 ไม่เคยพาไปพบแพทย์

ประวัติการมีก้อนที่เต้านม พบว่าพยาบาลที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 14.9 มีก้อนที่เต้านม และร้อยละ 85.1 ไม่มีก้อนที่เต้านม ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของประชากรศึกษาจำแนกตามลักษณะด้านประชากร

ลักษณะด้านประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. แผนกที่ทำงานจัดเป็นกลุ่มการพยาบาลด้านต่างๆ		
การพยาบาลศัลยกรรมเฉพาะทางเต้านม	48	4.0
การพยาบาลผู้ใหญ่	451	37.6
การพยาบาลสูติ-นรีเวช	119	9.9
การพยาบาลกุมารเวช	148	12.3
การพยาบาลผู้ป่วยนอก	144	12.0
การพยาบาลเฉพาะทางอื่นๆ	290	24.2
รวม	1,200	100.0
2. ตำแหน่งการทำงาน		
พยาบาลประจำการ	1,148	95.7
พยาบาลหมุนเวียน	52	4.3
รวม	1,200	100.0

คุณลักษณะด้านประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	529	44.1
31 – 40 ปี	421	35.1
41 – 50 ปี	173	14.4
มากกว่า 50 ปี	77	6.4
รวม	1,200	100.0
อายุเฉลี่ย 33.9 ปี, มัธยฐาน = 32 ปี, SD = 8.6 อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 60 ปี		
4. สถานภาพสมรส		
โสด	877	73.0
คู่	308	25.7
หม้าย/หย่า/แยก	15	1.3
รวม	1,200	100.0
5. จำนวนบุตร		
ยังไม่มีบุตร /กำลังตั้งครรรภ์	100	31.2
1 คน	115	35.8
2 คน	84	26.2
3 คน	21	6.5
4 คน	1	0.3
รวม	321	100.0
6. ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา	2	0.2
ปริญญาตรี	1,047	87.2
ปริญญาโท	150	12.5
ปริญญาเอก	1	0.1
รวม	1,200	100.0

คุณลักษณะด้านประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
7. ศาสนา		
พุทธ	1,175	97.9
อิสลาม	7	0.6
คริสต์	18	1.5
รวม	1,200	100.0
8. ประวัติการมีประจำเดือน (ปัจจุบัน)		
ยังมีประจำเดือนอยู่	1,076	89.6
หมดประจำเดือน	65	5.4
ได้รับฮอร์โมน	10	0.8
ตัดมดลูก	27	2.3
กำลังตั้งครรรภ์	19	1.6
อยู่ในระหว่างให้นมบุตร	3	0.3
รวม	1,200	100.0
9. ประวัติครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเป็นมะเร็ง		
มี	253	21.1
ไม่มี	923	76.9
ไม่ทราบ	24	2.0
รวม	1,200	100.0
11. ในผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเป็นมะเร็งเต้านมเคยพาไปพบแพทย์		
เคย	142	56.1
ไม่เคย	111	43.9
รวม	253	100.0
12. ประวัติการคลำพบก้อนที่เต้านมด้วยตนเอง		
ไม่พบ	947	85.1
พบ	166	14.9
รวม	1,113	100.0

คุณลักษณะด้านประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
13. ดัชนีมวลกาย *(BMI)		
น้ำหนักน้อยกว่าปกติ (น้อยกว่า 20)	519	43.2
น้ำหนักปกติ (20.00-22.99)	416	34.7
น้ำหนักมากกว่าปกติ (23.00-27.49)	205	17.1
อ้วน (มากกว่า 27.49)	60	5.0
รวม	1,200	100.0
ค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก 52.7 กก. SD = 8.3 น้ำหนักต่ำสุด 37 กก. น้ำหนักสูงสุด 93 กก.		
ค่าเฉลี่ยของส่วนสูง 157.9 ซม. SD = 4.5 ส่วนสูงต่ำสุด 148 ซม. ส่วนสูงสูงสุด 174 ซม.		

หมายเหตุ: ค่าดัชนีมวลกาย = น้ำหนัก (กิโลกรัม) / ส่วนสูง (เมตร)²

*เกณฑ์จาก WHO ในคนเอเชีย [53]

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากการทดสอบโดยใช้แบบสอบถาม จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน พบว่า กลุ่มประชากรศึกษามีคะแนนความรู้เฉลี่ย 10.3 คะแนน มัธยฐาน 10.0 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.4 คะแนนสูงสุด 12 คะแนน คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.8 รองลงมาคือมีความรู้ดี คิดเป็นร้อยละ 18.4

เมื่อพิจารณาแบ่งเป็นกลุ่มที่ตรวจ/ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ในกลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.1) รองลงมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 21.3) ส่วนในกลุ่มที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.0) รองลงมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 16.5) ดังตาราง 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษา จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

คะแนนความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านม	พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		
	ไม่ตรวจ จำนวน(ร้อยละ)	ตรวจ จำนวน(ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
ระดับความรู้ (N = 1,200)			
ดี (มากกว่า 11.62)	120(16.5)	101(21.3)	221(18.4)
ปานกลาง (8.89 – 11.62)	529(73.0)	333(70.1)	862(71.8)
ไม่ดี (น้อยกว่า 8.89)	76(10.5)	41(8.6)	117(9.8)
คะแนนเฉลี่ย = 10.3, มัธยฐาน = 10, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.4, คะแนนต่ำสุด = 3, คะแนนสูงสุด = 12			

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ในภาพรวมพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 85.6 เมื่อพิจารณาเป็นแผนกที่ทำงาน พบว่า แผนกศัลยกรรมเฉพาะทางเต้านมมีความรู้ถูกต้องเฉลี่ยสูงสุด คือ ร้อยละ 88.9 รองลงมา คือ แผนกการพยาบาลผู้ใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 86.0 และแผนกที่มีความรู้ถูกต้องเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ แผนกกุมาร (ร้อยละ 82.9)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม โดยคำถามข้อที่ 1-8 เป็นคำถามเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการรักษา พบว่าในภาพรวมข้อ 6 เรื่องตำแหน่งที่มะเร็งเต้านมมักแพร่กระจาย มีผู้ตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 99.2) โดยแผนกการพยาบาลศัลยกรรมเฉพาะทางเต้านมและแผนกการพยาบาลสูติ-นรีเวช ตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 100.0) รองลงมาเป็นแผนกการพยาบาลผู้ใหญ่ (ร้อยละ 99.6) โดยแผนกการพยาบาลกุมารตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 97.3) รองลงมาคือข้อที่ 7 เรื่องระยะของมะเร็งเต้านมที่มีอัตราการรอดชีวิตสูงที่สุด ตอบถูกร้อยละ 99.0 โดยแผนกที่ตอบถูกมากที่สุดคือ แผนกการพยาบาลศัลยกรรมเฉพาะทางเต้านม และแผนกการพยาบาลสูติ-นรีเวช (ร้อยละ 100.0) รองลงมาเป็นแผนกการพยาบาลผู้ใหญ่ (ร้อยละ 99.6) โดยแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอกและการพยาบาลเฉพาะทางอื่นๆ ตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 97.9) ข้อที่ 5 เรื่องตำแหน่งที่ตรวจพบมะเร็งเต้านมบ่อยที่สุด ตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 68.8) โดยแผนกที่ตอบถูกมากที่สุดคือ แผนกการพยาบาลศัลยกรรมเฉพาะทางเต้านม (ร้อยละ 89.6) รองลงมาเป็นแผนกการพยาบาลสูติ-นรีเวช (ร้อยละ 71.4) แผนกกุมารตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 54.7)

คำถามข้อที่ 9-12 เป็นคำถามเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าในภาพรวม ข้อที่ 9 เรื่องวิธีที่ง่าย และสะดวกในการค้นพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก มีผู้ตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 98.3) โดยเมื่อพิจารณาเป็นแผนก พบว่า แผนกการพยาบาลเฉพาะทางอื่นๆตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 99.7) รองลงมาเป็นแผนกการพยาบาลกุมาร (ร้อยละ 99.3) แผนกที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 94.4) ข้อที่ 12 เรื่องขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่ามีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 65.3) เมื่อพิจารณาเป็นแผนก พบว่า แผนกการพยาบาลศัลยกรรมเฉพาะทางเต้านม ตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 85.4) รองลงมาเป็นแผนกการพยาบาลสูติ-นรีเวช (ร้อยละ 67.2) ส่วนแผนกการพยาบาลกุมารตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 60.8)

ตารางที่ 4.3 จำนวน (ร้อยละ) รายข้อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจคัดกรอง มะเร็งเต้านม

ข้อที่	รายข้อด้านความรู้	จำนวนคนที่ตอบถูก(ร้อยละ)					รวม (ร้อยละ)	
		เฉพาะทาง เต้านม (N=48)	ผู้ใหญ่ (N=451)	สูติ-นรี (N=119)	กุมาร (N=148)	ผู้ป่วยนอก (N=144)		เฉพาะทางอื่นๆ (N=290)
1.	โอกาสเสี่ยงต่อการ เป็นมะเร็งเต้านมของสตรี	39 (81.3)	372 (82.5)	107 (89.1)	128 (86.5)	117 (81.3)	246 (84.8)	1009 (84.1)
2.	สาเหตุการเกิดมะเร็งเต้านม	34 (70.8)	347 (76.9)	97 (81.5)	117 (79.1)	111 (77.1)	211 (72.8)	917 (76.4)
3.	อาหารที่มีส่วนส่งเสริมการ เกิดมะเร็งเต้านม	47 (97.9)	435 (96.5)	114 (95.8)	141 (95.3)	132 (91.7)	266 (91.7)	1135 (94.6)
4.	อาการของมะเร็งเต้านม ระยะเริ่มแรก	42 (87.5)	408 (90.5)	114 (95.8)	135 (91.2)	127 (88.2)	262 (90.3)	1088 (90.7)
5.	ตำแหน่งที่พบมะเร็งเต้านม มากที่สุด	43 (89.6)	320 (71.0)	85 (71.4)	81 (54.7)	100 (69.4)	197 (67.9)	826 (68.8)
6.	ตำแหน่งที่มะเร็งเต้านมมัก แพร่กระจาย	48 (100.0)	449 (99.6)	119 (100.0)	144 (97.3)	143 (99.3)	287 (99.0)	1190 (99.2)
7.	ระยะของมะเร็งเต้านมที่มี อัตราการรอดชีวิตสูงที่สุด	48 (100.0)	449 (99.6)	119 (100.0)	147 (99.3)	141 (97.9)	284 (97.9)	1188 (99.0)
8.	วิธีการรักษามะเร็งเต้านม	39 (81.3)	376 (83.4)	102 (85.7)	111 (75.0)	130 (90.3)	231 (79.7)	989 (82.4)
9.	วิธีที่ง่าย และสะดวกในการ ค้นพบมะเร็งเต้านมในระยะ เริ่มแรก	46 (95.8)	444 (98.4)	117 (98.3)	147 (99.3)	136 (94.4)	289 (99.7)	1179 (98.3)

ข้อที่	รายชื่อด้านความรู้	จำนวนคนที่ตอบถูก(ร้อยละ)					รวม (ร้อยละ)	
		เฉพาะทาง เด้านม (N=48)	ผู้ใหญ่ (N=451)	สุติ-นรี (N=119)	กุมาร (N=148)	ผู้ป่วยนอก (N=144)		เฉพาะทางอื่นๆ (N=290)
10.	ความถี่ของการตรวจเด้านม ด้วยตนเอง (81.4)	45 (93.8)	371 (82.3)	103 (86.6)	107 (72.3)	120 (83.3)	231 (79.7)	977
11.	วันที่เหมาะกับการตรวจ เด้านมด้วยตนเอง (ในกรณีที่ยังมีประจำเดือน)	40 (83.3)	392 (86.9)	104 (87.4)	124 (83.8)	130 (90.3)	245 (84.5)	1035 (86.3)
12.	ขั้นตอนการตรวจเด้านม ด้วยตนเอง	41 (85.4)	292 (64.7)	80 (67.2)	90 (60.8)	92 (63.9)	189 (65.2)	784 (65.3)
	รวมทุกข้อ	88.9	86.0	88.2	82.9	85.6	84.4	86.0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ด้านทักษะเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คะแนนเต็ม 75 คะแนน พบว่า ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 65.3 คะแนน มัธยฐาน 66.0 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.3 คะแนนต่ำสุด 42 คะแนน คะแนนสูงสุด 75 คะแนน และพยาบาลส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.8

เมื่อพิจารณาแบ่งเป็นกลุ่มที่ตรวจ/ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ในกลุ่มพยาบาลที่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนใหญ่มีระดับทักษะอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.0) รองลงมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 22.5) ในกลุ่มที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับทักษะอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.4) รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 16.3) ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวน(ร้อยละ)ของประชากรที่ศึกษาจำแนกตามระดับทักษะเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

คะแนนทักษะเกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านม	พฤติกรรมกรตรวจเต้านมด้วยตนเอง		รวม (ร้อยละ)
	ไม่ตรวจ จำนวน(ร้อยละ)	ตรวจ จำนวน(ร้อยละ)	
ระดับทักษะ (N=1,200)			
ดี (มากกว่า 70.63)	111(15.3)	107(22.5)	218(18.4)
ปานกลาง (59.98 – 70.63)	496(68.4)	304(64.0)	862(71.8)
ไม่ดี (น้อยกว่า 59.98)	118(16.3)	64(13.5)	117(9.8)
คะแนนเฉลี่ย = 65.3, มัธยฐาน = 66.0 , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.3			
คะแนนต่ำสุด = 42, คะแนนสูงสุด = 75			

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 92.8 โดยร้อยละ 42.7 ตรวจเป็นประจำทุกเดือน เหตุผลที่ทำให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองเพราะว่าอยากทราบว่า มีก้อนหรือไม่ (ร้อยละ 88.2) ส่วนใหญ่เริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี (ร้อยละ 42.7) แหล่งความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองส่วนใหญ่ได้รับการเรียน การสอนในวิชาเรียน (ร้อยละ 89.6) รองลงมาได้รับจากโปสเตอร์/แผ่นพับ (ร้อยละ 54.3) จากการอบรมในหน่วยงาน และสื่อ เช่นโทรทัศน์ (ร้อยละ 32.9) ท่าที่นิยมตรวจ คือ ท่าตรวจขณะอาบน้ำ (ร้อยละ 80.8) รองลงมาคือ ตรวจในท่านอนหงาย (ร้อยละ 17.4) และทำยื่นหน้ากระจก (ร้อยละ 1.7) ตามลำดับ

ในผู้ที่ได้รับการตรวจเต้านมไม่ว่าด้วยตนเองหรือผู้อื่น พบความผิดปกติ 169 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.2 ส่วนใหญ่เมื่อพบความผิดปกติแล้วไปพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยเพิ่ม ร้อยละ 97.6 ที่เหลือ ไม่ไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาและกลัว (ร้อยละ 2.4) ในผู้ที่ไปพบแพทย์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงจำนวน 136 ราย (ร้อยละ 82.4) ผลปกติ 25 ราย (ร้อยละ 15.1) เป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง 3 ราย (ร้อยละ 1.8) และรอผลชิ้นเนื้อ 1 ราย (ร้อยละ 0.7) ตามลำดับ ในผู้ที่ไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเพียง อย่างเดียว ร้อยละ 47.2 ได้รับการผ่าตัดร่วมกับการฉายแสงและให้ยาเคมีบำบัด ร้อยละ 2.1 และ ให้เฝ้าระวังโดยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 50.7 รายละเอียดดังตารางที่ 4.5

ในส่วนของการตรวจเต้านมเพิ่มเติมด้วยวิธีอื่นๆหลังจากตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้วพบ ความผิดปกติ พบว่า ได้รับการตรวจด้วย Mammogram/Ultrasound เพียงอย่างเดียวร้อยละ 63.0 รองลงมาได้รับการตรวจโดยการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 61.8) และได้รับการ ตรวจชิ้นเนื้อเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 1.8 โดยมีร้อยละ 3.0 ได้รับการตรวจร่วมกันทั้ง 3 วิธี รายละเอียดดังตารางที่ 4.5

ในผู้ที่เคยได้รับการตรวจด้วย Mammogram/Ultrasound ส่วนใหญ่มีประวัติการคลำพบ ก้อนที่เต้านม ร้อยละ 76.6 โดยแพทย์แผนกศัลยกรรมเป็นผู้ส่งตรวจ (ร้อยละ 82.8) รองลงมา คือ การตรวจโดยผู้ตอบแบบสอบถามขอตรวจเอง (ร้อยละ 10.2) ส่งตรวจโดยแพทย์แผนกอื่นๆ (ร้อยละ 5.5) และส่งตรวจโดยพยาบาลเฉพาะทางเต้านม (ร้อยละ 1.5) ตามลำดับในผู้ที่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ร้อยละ 73.6 ไม่ตรวจเพราะไม่รู้สึกรู้สึกว่ามีความผิดปกติ และรองลงมา คือ ลืมตรวจ ร้อยละ 12.6 รายละเอียดดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษาเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

พฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง		
เคย		1,113
		92.8
ไม่เคย	87	7.2
รวม	1,200	100.0
2. เหตุผลที่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง		
ไม่เห็นความจำเป็นในการตรวจ	5	5.7
ไม่รู้ดีกว่ามีอาการผิดปกติ	64	73.6
ลืม	11	12.6
กลัวพบก้อน	4	4.5
ไม่มีเวลา	1	1.2
ไม่มั่นใจในการตรวจ	2	2.4
รวม	87	100.0
3. เหตุผลที่ทำให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
รู้ดีกว่ามีความผิดปกติของเต้านมจึงตรวจ	101	9.1
มีบุคคลใกล้ชิดเป็นมะเร็งเต้านม	105	9.4
ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง	249	22.4
อยากรู้ว่ามีก้อนหรือไม่	982	88.2
อื่นๆ	75	6.7
รวม	1,113	
5. เริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองครั้งแรก		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	475	42.7
อายุ 21 – 30 ปี	462	41.5
อายุ 31 – 40 ปี	77	6.9
อายุ 41 ปีขึ้นไป	7	0.6
จำไม่ได้	92	8.3
รวม	1,113	100.0

พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. แหล่งความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
จากวิชาเรียน/ในห้องเรียนวิชาพยาบาล	1,075	89.6
อบรมจากหน่วยงาน	395	32.9
โปสเตอร์/แผ่นพับ	652	54.3
นิตยสาร	345	28.8
สื่อ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ	395	32.9
อินเทอร์เน็ต	83	6.9
เพื่อน/ญาติพี่น้อง	134	11.2
อื่นๆ	4	0.3
รวม	1,113	
7. วิธีตรวจคลำเต้านมด้วยตนเอง		
ตรวจขณะอาบน้ำ	899	80.8
ตรวจในที่นอนหงาย	194	17.4
ทำยื่นหน้ากระจก	19	1.7
ทำนั่ง	1	0.1
รวม	1,113	100.0
8. ความถี่ในการตรวจคลำเต้านมด้วยตนเอง		
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	73	6.5
เดือนละ 1 ครั้ง	475	42.7
ปีละ 1 ครั้ง	18	1.6
ไม่แน่นอน	543	48.8
ทุกวัน	4	0.4
รวม	1,113	100.0
9. สังเกตความผิดปกติของเต้านมโดยการยื่นหน้ากระจก		
ไม่เคย	149	12.4
เคย	1,051	87.6
พบความผิดปกติ		
ไม่พบ	1,021	97.3
พบ	29	2.7
รวม	1,051	100.0

พฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
10. การตรวจเต้านมไม่ว่าด้วยวิธีใดก็ตาม		
ไม่พบความผิดปกติ	944	84.8
พบความผิดปกติ	169	15.2
รวม	1,113	100.0
11. การไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเมื่อพบความผิดปกติ		
ไม่ได้ไปพบเพราะกลัว/ไม่มีเวลาไปตรวจ	4	2.4
ไปพบแพทย์	165	97.6
รวม	169	100.0
การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยวิธีอื่นๆ		
ตรวจชิ้นเนื้อ (FNA) เพียงอย่างเดียว	3	1.8
ทำผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเพียงอย่างเดียว	102	61.8
Mammogram/Ultrasound เพียงอย่างเดียว	104	63.0
ตรวจชิ้นเนื้อ(FNA) ร่วมกับผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ	11	6.7
ตรวจชิ้นเนื้อ(FNA) ร่วมกับMammogram/Ultrasound	16	9.7
Mammogram/Ultrasoundร่วมกับผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ	15	9.1
ได้รับการตรวจทั้ง 3 วิธี	5	3.0
รวม	165	
ประวัติการคลำพบก้อนในผู้ที่ตรวจด้วยวิธี Mammogram/Ultrasound		
เคยมีก้อนที่เต้านม	98	76.6
ไม่เคยมีก้อนที่เต้านม	30	23.4
รวม	128	100.0
ผู้ส่งตรวจ Mammogram/Ultrasound ครั้งแรก		
ตัวท่านเองขอตรวจ	13	10.2
แพทย์แผนกศัลยกรรม	106	82.8
แพทย์แผนกอื่นๆ	7	5.5
พยาบาลเฉพาะทางด้านเต้านม	2	1.5
รวม	128	100.0

พฤติกรรมการตรวจค้นมด้วยตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
12. วินิจฉัยโรค		
เนื่องอกชนิดไม่ร้ายแรง	136	82.4
เนื่องอกชนิดร้ายแรง	3	1.8
รอดผลชิ้นเนื้อ	1	0.7
ผลปกติ	25	15.1
รวม	165	100.0
13. การรักษาเมื่อพบว่ามีความผิดปกติ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ผ่าตัด	66	47.2
เฝ้าสังเกต เป็นระยะ	71	50.7
ผ่าตัด, ฉายแสง และให้เคมีบำบัด	3	2.1
รวม	140	100.0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่างๆ ดังนี้

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอายุและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4.6

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 4.6

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างแผนกที่ทำงานกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างแผนกที่ทำงานและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า แผนกการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 4.6

5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งการทำงาน ประวัติการมีประจำเดือน การคลำพบก้อนที่เต้านม

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลในด้านที่เหลือ พบว่า ตำแหน่งงานพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เมื่อพิจารณาประวัติการมีประจำเดือน พบว่า ประวัติการมีประจำเดือนมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการคลำพบก้อนที่เต้านม พบว่า ผู้ที่เคยพบก้อนที่เต้านมมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 4.6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ตัวแปร	การตรวจเต้านมด้วยตนเอง		รวม	χ^2	df	p-value
	ไม่ตรวจ (ร้อยละ)	ตรวจ (ร้อยละ)				
	อายุ (N=1200)					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	293(40.4)	236(49.7)	529	14.487	3	0.002*
31 – 40 ปี	267(36.8)	154(32.4)	421			
41 – 50 ปี	107(14.8)	66(13.9)	173			
50 ปี ขึ้นไป	58(8.0)	19(4.0)	77			
สถานภาพสมรส (N=1200)						
โสด	526(72.6)	351(73.9)	877	1.167	2	0.558
สมรส	188(25.9)	120(25.3)	308			
หม้าย/หย่า/แยก	11(1.5)	4(0.8)	15			
แผนกที่ทำงาน (N=1200)						
ศัลยกรรมเฉพาะทางเต้านม	28(3.9)	20(4.2)	48	8.385	5	0.136
การพยาบาลผู้ใหญ่	261(36.0)	190(40.0)	451			
การพยาบาลสูติ-นรีเวช	77(10.6)	42(8.8)	119			
การพยาบาลกุมาร	85(11.7)	63(13.3)	148			
การพยาบาลผู้ป่วยนอก	81(11.2)	63(13.3)	144			
การพยาบาลเฉพาะทาง	193(26.6)	97(20.4)	290			
ตำแหน่งการทำงาน(N=1200)						
พยาบาลประจำการ	701(96.7)	447(94.1)	1148	4.021	1	0.045*
พยาบาลจบใหม่	24(3.3)	28(5.9)	52			
ประวัติการมีประจำเดือน(N=1200)						
ยังมีประจำเดือน	637(59.2)	439(40.8)	1076	5.955	1	0.015*
ไม่มีประจำเดือน	88(71.0)	36(29.0)	124			
พบก้อนที่เต้านม(N=1200)						
ไม่พบก้อนที่เต้านม	635(87.6)	396(83.4)	1031	3.878	1	0.049*
พบก้อนที่เต้านม	90(12.4)	79(16.6)	169			

หมายเหตุ: ทำการวิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้ chi-square test

*มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

5.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($p>0.05$) ดังตารางที่ 4.7

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ตัวแปร	พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		รวม	χ^2	df	p-value
	ไม่ตรวจ (ร้อยละ)	ตรวจ (ร้อยละ)				
ระดับความรู้ (N=1200)						
ดี	120(16.5)	52	101(21.3)	221	4.759	2 0.093
ปานกลาง	9(73.0)		333(70.1)	862		
ไม่ดี	76(10.5)		41(8.6)	117		
ระดับทัศนคติ (N=1200)						
ดี	111(15.3)		107(22.5)	218	10.405	2 0.006*
ปานกลาง	496(68.4)		304(64.0)	800		
ไม่ดี	118(16.3)		64(13.5)	182		

หมายเหตุ: ทำการวิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้ chi-square test

*มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของแผนกทำงานและความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า แผนกการทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4.8

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของแผนกที่ทำงานกับระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า แผนกที่ทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 4.9

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ของแผนกการทำงานกับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ตัวแปร	ระดับความรู้			รวม	χ^2	df	p-value
	ไม่ดี (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ดี (ร้อยละ)				
กลุ่มแผนกที่ทำงาน (N=1200)							
เฉพาะทางเต้านม	1(2.1)	35(72.9)	12(25.0)	48	25.508	10	0.004*
การพยาบาลผู้ใหญ่	47(10.4)	307(68.1)	97(21.5)	451			
การพยาบาลสูติ-นรีเวช	5(4.2)	87(73.1)	27(22.7)	119			
การพยาบาลกุมาร	17(11.5)	117(79.1)	14(9.5)	148			
การพยาบาลผู้ป่วยนอก	15(10.4)	105(72.9)	24(16.7)	144			
การพยาบาลเฉพาะทาง	31(11.0)	211(72.8)	47(16.2)	290			

หมายเหตุ: ทำการวิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้ chi-square test

*มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ของแผนกการทำงานกับทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ตัวแปร	ระดับทัศนคติ (N=1200)			รวม	χ^2	df	p-value
	ไม่ดี (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ดี (ร้อยละ)				
กลุ่มแผนกที่ทำงาน (N=1200)							
เฉพาะทางเต้านม	5(10.4)	31(64.6)	12(25.0)	48	4.486	10	0.923
การพยาบาลผู้ใหญ่	69(15.3)	295(65.4)	87(19.3)	451			
การพยาบาลสูติ-นรีเวช	21(17.6)	78(65.5)	20(16.8)	119			
การพยาบาลกุมาร	23(15.5)	97(65.5)	28(18.9)	148			
การพยาบาลผู้ป่วยนอก	23(16.0)	98(68.1)	23(16.0)	144			
การพยาบาลเฉพาะทาง	41(14.1)	201(69.3)	48(16.6)	290			

หมายเหตุ: ทำการวิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้ chi-square test

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ตัวแปร	ระดับทัศนคติ(N=1200)			รวม	χ^2	df	p-value
	ไม่ดี (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ดี (ร้อยละ)				
ระดับความรู้ (N=1200)							
ไม่ดี	31(17.0)	75(9.4)	11(5.0)	117	26.453	4	0.000*
ปานกลาง	131(72.0)	580(72.5)	151(69.3)	862			
ดี	20(11.0)	145(18.1)	56(25.7)	221			

หมายเหตุ: ทำการวิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้ chi-square test

*มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ ทักษะเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาลหญิง ที่ทำงานด้านบริการทั้งหมดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนธันวาคม 2548 – ต้นเดือนมกราคม 2549 จำนวน 1,200 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามด้านความรู้ แบบสอบถามด้านทัศนคติ และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำแบบทดสอบมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินทัศนคติ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

ในการสรุป และวิเคราะห์ผลในส่วนของคุณลักษณะส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) โดยใช้ Chi-square test

สรุปผลการวิจัย

อัตราการจัดเก็บข้อมูล

จากการศึกษาพบว่า จากการสำรวจก่อนเริ่มทำการวิจัย ณ เดือนกรกฎาคม 2548 จำนวนพยาบาลวิชาชีพฝ่ายบริการมีจำนวน 1,328 คน มีแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 1,212 คน เนื่องจากมีการโยกย้ายหน่วยงาน การลาออก ลาศึกษา และลาคลอดบุตร จึงเก็บข้อมูลเท่าที่มีอยู่จริงทั้งหมด ในจำนวนผู้ตอบกลับ 1,212 คน มีผู้ที่ไม่ประสงค์จะตอบแบบสอบถามจำนวน 3 คน และแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์จำนวน 9 คน รวมแบบสอบถามที่ตอบกลับสมบูรณ์เป็นจำนวน 1,200 คน คิดเป็นร้อยละ 90.4

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ทำการศึกษา

ลักษณะประชากรจำแนกตามแผนการทำงานโดยแบ่งเป็นกลุ่มงานพยาบาล จำนวน 6 กลุ่มงานพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ใหญ่ (ร้อยละ 37.6) รองลงมาคือ กลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะทางอื่นๆ (ร้อยละ 24.2) และอยู่ในกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมเฉพาะทางด้านม ร้อยละ 4.0

ตำแหน่งการทำงานเป็นพยาบาลประจำการ ร้อยละ 95.7 และเป็นพยาบาลหมุนเวียนร้อยละ 4.3 โดยส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 44.1) รองลงมาอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี (ร้อยละ 35.1) อายุเฉลี่ย 33.9 ปี (SD = 8.6 ปี) มัธยมศึกษา 32 ปี อายุน้อยที่สุด 22 ปี มากที่สุด 60 ปี ส่วนใหญ่ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ผอม (ร้อยละ 43.2) รองลงมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 34.7)

สถานภาพสมรสของพยาบาล ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด(ร้อยละ 73.0) รองลงมา สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 25.7) และหม้าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 1.3) ตามลำดับ

ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 87.2) รองลงมา คือ ระดับปริญญาโท (ร้อยละ 12.5) อนุปริญญา (ร้อยละ 0.2) และปริญญาเอก (ร้อยละ 0.1)

การนับถือศาสนา พบว่า ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.9) รองลงมาคือ ศาสนาคริสต์ (ร้อยละ 1.5) และศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 0.6)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย

ประวัติการมีประจำเดือน พบว่า ส่วนใหญ่ของพยาบาลยังมีประจำเดือนอยู่ (ร้อยละ 89.6) และในผู้ที่ไม่มีประจำเดือน พบว่าหมดประจำเดือนแล้ว (ร้อยละ 5.4) ตัดมดลูกออก (ร้อยละ 2.3) กำลังตั้งครรภ์ (ร้อยละ 1.6) รับประทานยาฮอร์โมน (ร้อยละ 0.8) และอยู่ในระหว่างการให้นมบุตร (ร้อยละ 0.3)

ประวัติการมีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือคนรู้จักเป็นมะเร็งเต้านม พบว่า ร้อยละ 76.9 ไม่มี รองลงมา ร้อยละ 21.1 พบว่ามี และในผู้ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือคนรู้จักเป็นมะเร็งเต้านมนั้นพบว่า ร้อยละ 56.1 เคยพาญาติ บุคคลในครอบครัว หรือคนรู้จักไปพบแพทย์ และร้อยละ 43.9 พบว่าไม่เคยพาไปพบแพทย์

ประวัติการมีก้อนที่เต้านม พบว่า พยาบาลที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 14.9 มีก้อนที่เต้านม และร้อยละ 85.1 ไม่มีก้อนที่เต้านม

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจคัดกรอง

จากการทดสอบโดยใช้แบบสอบถาม จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน พบว่า กลุ่มประชากรศึกษามีคะแนนความรู้เฉลี่ย 10.3 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.4 คะแนนสูงสุด 12 คะแนน คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.8 รองลงมาคือมีความรู้ดี คิดเป็นร้อยละ 18.4

เมื่อพิจารณาแบ่งเป็นกลุ่มที่ตรวจ/ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ในกลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.1) รองลงมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 21.3) ส่วนในกลุ่มที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.0) รองลงมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 16.5)

ในภาพรวมพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 85.6 เมื่อพิจารณาเป็นแผนกที่ทำงาน พบว่า แผนกศัลยกรรมเฉพาะทางเต้านมมีความรู้ถูกต้องเฉลี่ยสูงสุด คือ ร้อยละ 88.9 รองลงมา คือ แผนกการพยาบาลผู้ใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 86.0 และแผนกที่มีความรู้ถูกต้องเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ แผนกการพยาบาลกุมาร มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 82.9

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม โดยคำถามข้อที่ 1-8 เป็นคำถามเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการรักษา พบว่าในภาพรวมข้อที่ 6 เรื่องตำแหน่งที่มะเร็งเต้านมมักแพร่กระจาย มีผู้ตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 99.2) โดยแผนกการพยาบาลศัลยกรรมเฉพาะทางเต้านมและแผนกการพยาบาลสูติ-นรีเวช ตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 100.0) รองลงมาเป็นแผนกการพยาบาลผู้ใหญ่ (ร้อยละ 99.6) โดยแผนกการพยาบาลกุมารตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 97.3) รองลงมาคือ ข้อที่ 7 เรื่องระยะของมะเร็งเต้านมที่มีอัตราการรอดชีวิตสูงที่สุด ตอบถูกร้อยละ 99.0 โดยแผนกที่ตอบถูกมากที่สุด คือ แผนกการพยาบาลศัลยกรรมเฉพาะทางเต้านมและแผนกการพยาบาลสูติ-นรีเวช (ร้อยละ 100.0) รองลงมาเป็นแผนกการพยาบาลผู้ใหญ่ (ร้อยละ 99.6) โดยแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอกและการพยาบาลเฉพาะทางอื่นๆ ตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 97.9) ข้อที่ 5 เรื่องตำแหน่งที่ตรวจพบมะเร็งเต้านมบ่อยที่สุด ตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 68.8) โดยแผนกที่ตอบถูกมากที่สุด คือ แผนกการพยาบาลศัลยกรรมเฉพาะทางเต้านม (ร้อยละ 89.6) รองลงมาเป็นแผนกการพยาบาลสูติ-นรีเวช (ร้อยละ 71.4) แผนกกุมารตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 54.7)

คำถามข้อที่ 9-12 เป็นคำถามเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าในภาพรวม ข้อที่ 9 เรื่องวิธีที่ง่าย และสะดวกในการค้นพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกมีผู้ตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 98.3) เมื่อพิจารณาเป็นแผนก พบว่า แผนกการพยาบาลเฉพาะทางอื่นๆ ตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 99.7) รองลงมาเป็นแผนกการพยาบาลกุมาร (ร้อยละ 99.3) แผนกที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 94.4) ข้อที่ 12 เรื่องขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่ามีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 65.3) เมื่อพิจารณาเป็นแผนก พบว่า แผนกการพยาบาลศัลยกรรมเฉพาะทางเต้านม ตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 85.4) รองลงมาเป็นแผนกการพยาบาลสูติ-นรีเวช (ร้อยละ 67.2) และแผนกการพยาบาลกุมารตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 82.9)

ส่วนที่ 4 ทักษะเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง

ด้านทักษะเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คะแนนเต็ม 75 คะแนน พบว่า ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 65.3 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.3 คะแนนต่ำสุด 42 คะแนน คะแนนสูงสุด 75 คะแนน และพยาบาลส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.8

เมื่อพิจารณาแบ่งเป็นกลุ่มที่ตรวจ/ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ในกลุ่มพยาบาลที่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนใหญ่มีระดับทักษะอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.0) รองลงมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 22.5) ในกลุ่มที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับทักษะอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.4) รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 16.3)

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 92.8 โดยร้อยละ 42.7 ตรวจเป็นประจำทุกเดือน เหตุผลที่ทำให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองเพราะว่าอยากทราบว่ามีก้อนหรือไม่ (ร้อยละ 88.2) โดยส่วนใหญ่เริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองในช่วงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี (ร้อยละ 42.7) แหล่งความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองส่วนใหญ่ได้รับจากการเรียนการสอนในวิชาเรียนพยาบาล (ร้อยละ 89.6) รองลงมาได้รับจากโปสเตอร์/แผ่นพับ (ร้อยละ 54.3) จากการอบรมในหน่วยงาน และสื่อ เช่น โทรทัศน์ (ร้อยละ 32.9) ทำที่นิยมตรวจ คือ ทำตรวจขณะอาบน้ำ (ร้อยละ 80.8) รองลงมาคือ ตรวจในท่านอนหงาย (ร้อยละ 17.4) และทำยืนหน้ากระจก (ร้อยละ 1.7) ตามลำดับ

ในผู้ที่ได้รับการตรวจเต้านมไม่ว่าด้วยตนเองหรือผู้อื่น พบความผิดปกติ 169 คน คิดเป็นร้อยละ 15.2 ส่วนใหญ่เมื่อพบความผิดปกติแล้วไปพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยเพิ่ม ร้อยละ 97.6 ที่เหลือไม่ไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาและกลัว (ร้อยละ 2.4) ในผู้ที่ไปพบแพทย์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงจำนวน 136 ราย (ร้อยละ 82.4) ผลปกติ 25 ราย (ร้อยละ 15.1) เป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง 3 ราย (ร้อยละ 1.8) และรอยคล้ำขึ้นเนื้อ 1 ราย (ร้อยละ 0.7) ตามลำดับ ในผู้ที่ไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยได้รับการรักษาโดยวิธีการทำ ผ่าตัดเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 47.2 ได้รับการผ่าตัดร่วมกับการฉายแสงและให้ยาเคมีบำบัด ร้อยละ 2.1 และให้เฝ้าระวังโดยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 50.7

ในส่วนของ การตรวจเต้านมเพิ่มเติมด้วยวิธีอื่นๆหลังจากตรวจเต้านมด้วยตนเอง แล้วพบความผิดปกติ พบว่า ได้รับการตรวจด้วย Mammogram/Ultrasound เพียงอย่างเดียวร้อยละ 63.0 รองลงมาได้รับการตรวจโดยการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 61.8) และได้รับการตรวจชิ้นเนื้อเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 1.8 โดยมีร้อยละ 3.0 ได้รับการตรวจร่วมกันทั้ง 3 วิธี

ในผู้ที่เคยได้รับการตรวจด้วย Mammogram/Ultrasound ส่วนใหญ่มีประวัติการ คลำพบก้อนที่เต้านม ร้อยละ 76.6 โดยแพทย์แผนกศัลยกรรมเป็นผู้ส่งตรวจ (ร้อยละ 82.8) รองลงมา คือการตรวจโดยผู้ตอบแบบสอบถามขอตรวจเอง (ร้อยละ 10.2) ส่งตรวจโดยแพทย์แผนกอื่นๆ (ร้อยละ 5.5) และส่งตรวจโดยพยาบาลเฉพาะทางเต้านม (ร้อยละ 1.5) ตามลำดับในผู้ที่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ร้อยละ 73.6 ไม่ตรวจเพราะไม่รู้สึกรู้ว่ามีความผิดปกติ และรองลงมา คือ ลืมตรวจ ร้อยละ 12.6

ในผู้ที่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ร้อยละ 73.6 ไม่ตรวจเพราะไม่รู้สึกรู้ว่ามีความผิดปกติ และรองลงมา คือ ลืมตรวจ ร้อยละ 12.6

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่างๆ ดังนี้

6.1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากการนำปัจจัยส่วนบุคคล มาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากการนำปัจจัยส่วนบุคคล คือ สถานภาพสมรส มาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($p > 0.05$)

6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างแผนกที่ทำงานกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากการนำปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ แผนกที่ทำงาน มาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า แผนกที่ทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($p > 0.05$)

6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งการทำงาน ประวัติการมีประจำเดือน และการคลำพบก้อนที่เต้านม

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลในด้านที่เหลือ พบว่า ตำแหน่งงานพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เมื่อพิจารณาประวัติการมีประจำเดือน พบว่า ประวัติการมีประจำเดือนมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการคลำพบก้อนที่เต้านม พบว่า ผู้ที่เคยพบก้อนที่เต้านมมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

6.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจคัดกรองไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($p > 0.05$)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

6.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับแผนกที่ทำงาน

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของแผนกทำงานและความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับแผนกการทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของแผนกที่ทำงานกับระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า แผนกที่ทำงานไม่มีความสัมพันธ์ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($p > 0.05$)

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในพยาบาลหญิงโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่มีอายุ ประสบการณ์การทำงาน แผนกที่ทำงาน ประวัติครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดเป็นมะเร็งเต้านม และประวัติการคลำพบก้อนที่เต้านมที่แตกต่างกัน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ทำงานด้านบริการมีอายุตั้งแต่ 22 ปีขึ้นไป จำนวน 1,200 คน ปรากฏผลดังนี้

1. ด้านประชากร

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุน้อยกว่า 30 ปี (ร้อยละ 44.1) โดยมีอายุเฉลี่ย 33.9 ปี (SD=8.631) อายุน้อยที่สุด 22 ปี มากที่สุด 60 ปี เมื่อจำแนกกลุ่มที่ตรวจ/ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองตามกลุ่มอายุ พบว่า ในพยาบาลกลุ่มอายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มีอัตราการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 44.6 ส่วนในกลุ่มอายุ 31-40 ปี และอายุ 41-50 ปี มีอัตราการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 36.6 และ 38.2 ตามลำดับ และในกลุ่มที่อายุมากกว่า 50 ปี มีอัตราการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 24.7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Leslie [55] ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในสหรัฐอเมริกา พบว่า สตรีที่มีอายุมากมีแนวโน้มในการตรวจหามะเร็งเต้านมน้อยกว่าสตรีที่มีอายุน้อย เนื่องจากสตรีในยุคปัจจุบันมีการเปิดรับข่าวสารที่มากขึ้น และอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมและอัตราการตายที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้สตรีมีความตระหนักเกี่ยวกับการเฝ้าระวังมากขึ้น กอปรกับจากการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่นั้นได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากการเรียน/การสอนในหลักสูตรของพยาบาลศาสตร์ ในการเรียนการสอนนั้นมีการฝึกทักษะการตรวจกับหุ่นและการตรวจจริงกับเพื่อนในชั้นเรียน ซึ่งทำให้ผู้ตรวจนั้นมีความมั่นใจในการตรวจมากยิ่งขึ้น และเป็นการปลูกฝังให้เกิดความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ จึงเป็นผลทำให้มีอัตราการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูง

เมื่อพิจารณาด้านสถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($p > 0.05$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของอวยพร [46] ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านม ด้วยตนเองระหว่างพยาบาลและ

ผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าสถานภาพสมรสมีส่วนสนับสนุนพฤติกรรมอนามัยโดยเฉพาะ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะเพศ กล่าวคือ สถานภาพสมรสมีส่วนสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม อนามัยในด้านนี้ เนื่องจากแต่งงานเป็นอวัยวะที่บ่งชี้ถึงความเป็นสตรีและมีความเกี่ยวข้องกับ อารมณ์ทางเพศ ซึ่งในความเชื่อถือ ขนบธรรมเนียมประเพณีของไทยและต่างประเทศทำให้สตรี เกิดความอาย แต่ในการศึกษานี้พบว่า การตรวจเต้านมในพยาบาลสถานภาพสมรสต่างๆ ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากในปัจจุบันสตรีให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น และมีการ เปิดรับข่าวสารมากขึ้น และเนื่องจากพยาบาลได้รับที่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจคัดกรองมากกว่าอาชีพอื่น จึงเป็นส่วนที่สนับสนุนให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับ สุขภาพอนามัยเพิ่มขึ้นทำให้เปิดรับพฤติกรรมอนามัยนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโสพรรณ [56] ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติการ ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาที่ต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าว พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าอาชีพอื่นๆ และสอดคล้องกับ การศึกษาของอวยพร [46] ที่ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย พบว่า สตรีที่มีอาชีพที่แตกต่างกันมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาด้านแผนกที่ทำงานซึ่งก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจากแผนกที่ดูแลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมนั้นย่อมมี ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การป้องกันและรักษามากกว่าแผนกที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และเมื่อมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจคัดกรอง ก็จะนำไปสู่การปฏิบัติ จึงได้ ศึกษาว่าแผนกที่แตกต่างกันมีผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่ โดยผู้วิจัยได้แบ่งแผนก ออกเป็น การพยาบาลศัลยกรรมเฉพาะทางเต้านม กลุ่มการพยาบาลผู้ใหญ่ กลุ่มการพยาบาลกุมาร การพยาบาลผู้ป่วยนอก การพยาบาลสูติ - นรี และการพยาบาลเฉพาะทางอื่นๆ ซึ่งเมื่อ พิจารณาทดสอบความสัมพันธ์ของแผนกที่ทำงานต่อความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า แผนกที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับความรู้ แต่ไม่สัมพันธ์กับ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยจากการศึกษานี้ พบว่า แผนกที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ แผนกการพยาบาลศัลยกรรมเฉพาะทางเต้านม มี คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สูงที่สุด รองลงมาเป็นแผนกการพยาบาลสูติ-นรีเวช และการพยาบาล ผู้ใหญ่ ตามลำดับ และในแผนกการพยาบาลกุมารมีคะแนนความรู้เฉลี่ยต่ำที่สุด อาจกล่าวได้ว่า แผนกที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมได้ถูกต้องมากกว่า และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างแผนกที่ทำงานกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า แผนกที่ทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

($p > 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลของการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของพยาบาลกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลในด้านที่เหลือ พบว่า การตรวจเต้านมในพยาบาลจบใหม่แตกต่างกับพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ เนื่องจากพยาบาลจบใหม่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี เมื่อพิจารณาประวัติการมีประจำเดือน พบว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับประวัติการมีประจำเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนเรื่องการคลำพบก้อนที่เต้านม พบว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับประวัติการคลำพบก้อนที่เต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากประวัติการมีประจำเดือน และการคลำพบก้อนเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านมจึงเป็นการกระตุ้นให้บุคคลมีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

โดยรวมจากการศึกษา พยาบาลมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนความรู้เฉลี่ย 10.3 คะแนน จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน) เมื่อนำปัจจัยด้านความรู้มาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ระดับความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($p > 0.05$) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ว่า ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Okobia MN. et al. [57] ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวของหญิงไนจีเรียเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม พบว่าในกลุ่มของสตรีที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจคัดกรองเบื้องต้นต่ำ มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยลงด้วย และจากการศึกษาของประคอง [58] และสุนทรภรณ์ [51] พบว่าสตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับความรู้และคำแนะนำ และสอดคล้องกับการศึกษาของโสพรรณ [53] ว่าสตรีที่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมได้มีการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเองบ่อยและปฏิบัติได้ถูกต้องกว่าสตรีที่มีความรู้ต่ำกว่า ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากการศึกษานี้ ประชากรที่ทำการศึกษาอยู่ในกลุ่มวิชาชีพเดียวกัน คือ พยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากการเรียนการสอนในวิชาเรียนพยาบาลเหมือนกัน จึงมีพื้นฐานความรู้โดยรวมเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ต่างกัน

จากการพิจารณาความรู้เป็นรายข้อพบว่า ในเรื่องเกี่ยวกับตำแหน่งที่พบมะเร็งเต้านมบ่อยที่สุด และวิธีการรักษามีคะแนนเฉลี่ยตอบถูกน้อยที่สุด ดังนั้นควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และวิธีการรักษาโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในปัจจุบันวิวัฒนาการการรักษาโรคมะเร็งเต้านมนั้นมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอน

ในการตรวจด้านมด้วยตนเอง เพราะจากการศึกษาพบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจด้านมด้วยตนเองต่ำ และตรวจด้านมด้วยตนเองไม่ครบทุกขั้นตอน เนื่องจากขั้นตอนแต่ละขั้นตอนให้ผลใน การตรวจพบก้อนที่เต้านมในตำแหน่งที่แตกต่างกัน [18] ควรมีการให้ความรู้ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการกระทำ

3. ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

โดยภาพรวมจากการศึกษา พยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 65.3 คะแนน คะแนนเต็ม 75 คะแนน) เมื่อนำปัจจัยด้านทัศนคติมาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากการศึกษา พบว่า ในกลุ่มที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองมีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.4) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 15.3) แต่ในผู้ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองพบว่า มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64) รองลงมาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 22.5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพร [59] ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ ภาวะการมีพฤติกรรมเสี่ยง และการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรี พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีมีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

เมื่อพิจารณาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมร่วมด้วย พบว่า ระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับประภาเพ็ญ [30] ว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ นั้น คือการที่บุคคลมีความรู้เกิดขึ้น แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นข้อยืนยันว่าคุณจะปฏิบัติตามสิ่งที่ตนรู้เสมอไป ทัศนคติเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำหรือการปฏิบัติ ถ้ามีทัศนคติที่ดีรวมกับองค์ประกอบอื่นๆ ที่จะกระตุ้นให้ปฏิบัติแล้ว บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะกระทำหรือปฏิบัติมากกว่าบุคคลที่มีทัศนคติที่ไม่ดี ดังนั้นความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมมีทัศนคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้ศึกษาจึงขอเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ ดังนี้

1. พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากหลักสูตรการเรียนการสอนของพยาบาล ทั้งในระดับปริญญาตรี และระดับบัณฑิตศึกษา แต่ยังมีบางส่วนที่พบว่ายังมีความรู้ และพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ถูกต้อง ซึ่งควรมีการให้ความรู้ และฝึกทักษะในหน่วยงานเพิ่มเติม (ในระดับโรงพยาบาล) เนื่องจากวิวัฒนาการทางการแพทย์นั้นไม่หยุดนิ่ง เพื่อเป็นการพัฒนา ความรู้ให้ทันสมัย และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อาจเริ่มในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ในภาวะสุขภาพ (self-awareness)
2. การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรค หรือการรณรงค์ต่างๆ ในพยาบาลควรเน้นการ เผยแพร่ทางโปสเตอร์/แผ่นพับ และสื่อทางโทรทัศน์ให้มากขึ้น
3. พยาบาลควรร่วมส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านม ด้วยตนเองแก่ผู้ป่วย หรือบุคคลรอบข้าง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา และยังไม่ได้ศึกษาในลักษณะ ของการสังเกตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ควรมีการศึกษาในเชิงลึก ถึงวิธีการตรวจเต้านมด้วยว่า ถูกต้องหรือไม่ และศึกษาเปรียบเทียบการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อน - หลังให้ความรู้ และฝึก ทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ว่ามีการตรวจที่เพิ่มขึ้นแตกต่างกันหรือไม่ และการตรวจพบ นั้นเป็นความผิดปกติจริงหรือไม่
2. เนื่องจากลักษณะทางกายภาพของเต้านมในคนไทยมีความแตกต่างกับคนใน แถบยุโรป และการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองในประเทศไทย และแถบเอเชีย น้อยมาก ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเชิงลึก และศึกษาเปรียบเทียบถึงประสิทธิภาพของการตรวจ คัดกรองในแต่ละวิธีคือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจด้วยแพทย์ และการตรวจด้วย เอกซเรย์ เพื่อดูว่าวิธีไหนคุ้มค่า และให้ประโยชน์ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายทาง สาธารณสุขต่อไป

รายการอ้างอิง

1. Bassel, A. Diagnosis of the disease of the breast. California: W.B: Saunders Company, 1997.
2. Dow, K. Breast cancer. Florida. University of Central Florida, 2000.
3. ศุภกร โรจนนิลทร์, อุดุลย์ รัตนวิจิตรศิลป์ และกริช โพธิสุวรรณ. เต้านม. ใน: ไพบุลย์ สุทธิสุวรรณ, บรรณาธิการ, ตำราศัลยศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2542.
4. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. สถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพมหานคร, 2541.
5. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. สถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพมหานคร, 2542.
6. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. สถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพมหานคร, 2543.
7. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. สถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพมหานคร, 2544.
8. ชาญวิทย์ ตันต์พิพัฒน์ และธนิต วัชรพุกก์, บรรณาธิการ. ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
9. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ฝ่ายแผนงานและสถิติ. สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2545อ(อัดสำเนา).
10. Fisher, B., Bauer, M., Wickerham, L., et al. Relation of number of positive axillary nodes to the prognosis of patients with primary breast cancer. An NSABP update. (1983): 1551-1557.
11. Fisher, B., Bauer, M., Margolese, R., et al. Five year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer. N Engl J Med 312(1985): 665-673.
12. Bonadonna, G., Valagussa, P., Rossi, A., et al. Ten-year experience with CMF-based adjuvant chemotherapy in resectable breast cancer. Breast Cancer Res Treat 5(1985): 95-115.

13. เอกลักษณ์ ธรรมสุนทร. ตรวจเต้านมด้วยตนเอง. เมดิโปรการแพทย์และสุขภาพ.
[ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2549] แหล่งที่มา: <http://www.i-medipro.com>
14. ประสิทธิ์ สัจจงพงษ์. ศูนย์สุขภาพชุมชนกับการส่งเสริมสุขภาพ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม 5(ตุลาคม-ธันวาคม 2545).
15. นรวาตี สันสยะ. การประยุกต์แนวความคิดการตลาดแบบขายตรงแบบหลายชั้น เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของนักศึกษาหญิงวิทยาลัยเทคนิคจังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
16. Kelsey, J.L. A review of the epidemiology of human breast cancer. Epidemiol Rev 1(1979): 74-109.
17. ธเนศ พัวพรพงษ์. มะเร็งเต้านม [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2549] แหล่งที่มา: [Http://www.ThaiClinic.com / cabreast 2.html](http://www.ThaiClinic.com / cabreast 2.html)
18. ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์. จะดูแลเต้านมเต้านมอย่างไรดี. ใน: ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์. ใกล้หมอ. กรุงเทพฯ, 2541.
19. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. มะเร็งเต้านม [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2548] แหล่งที่มา: [Http://www.Thailabonline.com / sexual-breastmass.html](http://www.Thailabonline.com / sexual-breastmass.html)
20. Haagensen, C.D. Diseases of the Breast. ed 2. Philadelphia, WB. Saunders, 1971.
21. ประพันธ์ ปลื้มภาณุภัทร. มะเร็งเต้านม [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2549] แหล่งที่มา: [Http://www.Siamhealth.com / breast cancer.html](http://www.Siamhealth.com / breast cancer.html)
22. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. ก้อนที่เต้านม [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2549] แหล่งที่มา: [Http://www.Thailabonline.com / sexual - breastmass.html](http://www.Thailabonline.com / sexual - breastmass.html)
23. บัณฑิต นนทสูติ. แนวทางการรักษาพยาบาลก้อนที่เต้านม. เวชศาสตร์ร่วมสมัย 2546, (มิถุนายน 2546), 1-9 .
24. Fisher, B. Some thoughts concerning the primary therapy of breast cancer. Recent Results in Cancer Research 57(1976): 150-163.
25. บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ์. การวัดและการประเมินผลการเรียนการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: B&B Publishing, 2535.
26. เฉลิมพล ต้นสกุล. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์, 2541.

27. โรเบิร์ต อี.ซี.วอร์แมน. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์, 2545.
28. จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์. ทัศนคติ ความเชื่อ และพฤติกรรม: การวัด การพยากรณ์ และการเปลี่ยนแปลง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สามดีการพิมพ์, 2538.
29. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์, 2530.
30. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การเปลี่ยนแปลงทัศนคติการวัดและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2520.
31. พิเชิด ฤทธิจรรยา. หลักการวัดและประเมินผลการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เข้าส์ ออฟ เคอร์รี่ส์, 2545.
32. ยาวดี วิบูลย์ศรี. การวัดผลและการสร้างแบบสอบผลสัมฤทธิ์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
33. กังวล เทียนกันณต์เทศน์. การวัด การวิเคราะห์ การประเมินทางการศึกษาเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ, 2540.
34. กัลยา วานิชย์บัญชา. หลักสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
35. Rutledge, D.N.; Barsevick, A.; Knof, M.T.; Bookbinder, M. Breast cancer detection: knowledge, attitudes, and behaviors of woman from Pennsylvania (abstract). Onco-Nurse Forum (June 2003): 1032-4.
36. Tanjasiri, S.P.; Kagawa-singer, M.; Foo M.A.; Chao, M.; Linayao-Putman I.; Lor, Y.C.; et al. Breast cancer screening among Hmong woman in California(abstract). J Cancer Educ 16 (June2003): 50-4.
37. สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา และคณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล. ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2544: 40-48.
38. Adirekohotikul, N. Media exposure, knowledge, attitude and breast cancer examination of woman in muang district, Nakhon Ratchasima [M.A. (Communication Arts)]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1999.
39. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุชาติ และเจนนิเฟอร์ ซาลเยอร์. ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง: การศึกษานำร่องในสตรีไทย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 44(กันยายน 2543): 691-702.

40. Pethsirason R. Factors Accounting for self-breast examination behavior among Muslim woman in Pattani Province [M.A.(Adult Nursing)]. Bangkok: Mahidol University, 2002.
41. Franek, G.A., Nowak-Kapusta, Z.E., Cabaj, M. The breast cancer prophylaxis among nurse(abstract). Wiad Lek 57(2004): 82-4.
42. Ludwick, R., Gaczowski, T. Breast self-exams by teenagers: outcome of a teaching program. Cancer Nurs 24(2001): 315-9.
43. Kulik, T.B., Skorzynska, H., Rudnicka-Drozak, E., Pacian, A. Prophylaxis of breast cancer among nurses in health care setting in the city in Lubain[online]. Ann Univ Mariae Curie Sklodowska 58(2003): 208-13.
44. Lillington, L.B., Padilla, G.V., Sayre, J.W., Chlebowski, R.T. Factor's influencing nurses' breast cancer control activity [abstract]. Cancer Pract 1(1993): 307-14.
45. Diratzouian H., et al. Importance of physical examination in the absence of mammographic abnormality for the detection of early-stage breast cancer [online]. Clin Breast Cancer 6(2005): 330-3.
46. อวยพร สุทธิสนธิ. การเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
47. Nancy Bexter. Preventive health care, 2001 update: Should woman be routinely taught breast self – examination to screen for breast cancer?. CMAJ. 164(2001): 1837 – 1846.
48. American cancer Society. Do Breast Self – Exams Make A Difference? BSE Alone Falls Short; Experts Urge To Use With Mammography[online] Available from: www.cancer.org/docroot/NWS/content/NWS [27 March 2006]
49. เต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

50. จงกล ศักดิ์ดีตระกูล. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคในการส่งเสริมพฤติกรรม
การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัด
นครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
51. สุนทรภรณ์ พิพัทธกุลกุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพต่อการส่งเสริมพฤติกรรม
การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในชุมชนชนบท อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัด
อ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
52. ปิยะวรรณ คำพันธ์. ความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อและการรับรู้ กับพฤติกรรมสุขภาพ
ของประชาชนในชุมชนแออัด เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต, ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
53. AFIC. Am I Overweight? A guide to measuring overweight and obesity [online]
Available from: <http://afic.org/WMWS/index.shtml> [11 May 2006]
54. กัลยา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 6.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
55. Leslie, N., S. Role of Nurse Practitioner in Breast and Cervical Prevention. Cancer
Nursing, (1994): 659-67
56. โสพรรณ โพทะยะ. การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้าน
สุขภาพ กับการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีที่มีอาชีพและระดับ
การศึกษาต่างกัน วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
57. Okobia, M.N., et al. Knowledge, attitude and practice of Nigerian woman towards
breast cancer: A cross-sectional studt. World J Surg Oncol
4(2006): 11.
58. ประคอง รั้งศิริ และคณะ. ศึกษาผลการแนะนำสตรีเพื่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง.
วารสารโรคมะเร็ง 12 (กรกฎาคม-กันยายน) 2529 : 112-117.

59. ภัทรพร ทองสัมฤทธิ์. ความรู้ทัศนคติ ภาวะการมีพฤติกรรมเสี่ยง และการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ป้องกันและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
60. Schencke, M., Espinoza, S., Munoz, N., Messing, H. Attitude and behavior regarding breast self examination among health professionals in Chile. Bol Oficina Sanit Panam 114(1993): 317-25.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และหนังสือขอความร่วมมือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย

Inform Consent Form

ชื่อโครงการ ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองของ
 พยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุภัทรา ลีพูลทรัพย์

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นาง/นางสาว/..... ได้ทราบ
 รายละเอียดของโครงการวิจัย ในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดของโครงการในเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย
 ประโยชน์ของการวิจัยโดยละเอียด
2. ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้
3. ข้าพเจ้าได้รับทราบคำร้องขอของผู้วิจัยว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าไว้
 เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว จนมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
 ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี.....

สถาบันวิจัยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม

การศึกษา: ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาลหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาลหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เนื่องด้วยปัจจุบันพบว่ามีมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของสตรีที่เป็นมะเร็งทั่วโลก ในประเทศไทยนั้นพบอุบัติการณ์มะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปากมดลูก และมีแนวโน้มที่จะมีอุบัติการณ์สูงขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าประมาณร้อยละ 60 มาพบแพทย์เมื่อระยะของมะเร็งได้ลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลือง ซึ่งเป็นระยะที่รักษายากและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก แต่ถ้าเราสามารถค้นพบในระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นตราบดีที่วงการแพทย์ ยังไม่เสนอวิธีใหม่ใด ที่เหมาะสมมาใช้ สตรีทุกคนควรตรวจเต้านมของตนเอง อย่างสม่ำเสมอทุกเดือน และให้แพทย์ตรวจทุกปี

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา และศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยในด้านต่างๆ ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองในพยาบาล เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาโครงการการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อไป

หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจคัดกรอง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรค และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามในทุกส่วนของแบบสอบถาม และในทุกข้อของแบบสอบถามก่อนส่งแบบสอบถามกลับคืน

การเข้าร่วมการศึกษา จะเป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจจะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการศึกษารั้งนี้ได้ โดยข้อมูลแต่ละชุดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และไม่มีเปิดเผยสู่สาธารณชน และขอรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยรายชื่อของท่านและชื่อของหน่วยงานของท่าน ในที่ใดๆ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

แบบสอบถามเพื่อสำรวจความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- แผนกที่ท่านทำงาน (โปรดระบุ)..... ward
- ตำแหน่ง ()1 พยาบาลประจำการ ()2 พยาบาลสำเร็จใหม่ pos
1. อายุ..... ปี (มากกว่า 6 เดือนนับเป็น 1 ปี) age
2. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร BMI
3. สถานภาพสมรส ms
- ()1 โสด(ข้ามไปตอบข้อ 5) ()2 คู่ ()3 หม้าย/หย่า/แยก
4. จำนวนบุตร.....คน baby
5. ระดับการศึกษาสูงสุด edu
- ()1 อนุปริญญา ()2 ปริญญาตรี
- ()3 ปริญญาโท ()4 ปริญญาเอก
6. ท่านนับถือศาสนาอะไร reg
- ()1 พุทธ ()2 อิสลาม
- ()3 คริสต์ ()4 อื่นๆ (ระบุ).....
7. ขณะนี้ท่านยังมีประจำเดือนอยู่หรือไม่ mens
- ()1 ยังมีอยู่
- ไม่มี เพราะ ()2 หมดประจำเดือนแล้ว เมื่ออายุ.....
- ()3 รับประทานยาหรือฉีดยาคุมกำเนิด
- ()4 ตัดมดลูกออกแล้ว
- ()5 อื่นๆ ระบุ
8. มีบุคคลในครอบครัว,ญาติ หรือคนรู้จักเป็นมะเร็งเต้านมหรือไม่ hx
- ()1 มี (โปรดระบุ).....
- ()2 ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 10) ()3 ไม่รู้ (ข้ามไปตอบข้อ 10)
9. ในกรณีที่มีบุคคลในครอบครัว,ญาติ หรือคนรู้จักเป็นมะเร็งเต้านม rel
- ท่านเคยพาไปพบแพทย์ เพื่อตรวจรักษาหรือไม่
- ()1 เคย ()2 ไม่เคย
10. ท่านเคยมีก้อนที่เต้านมหรือไม่ mas
- ()1 ไม่มี
- ()2 มี

.....

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างหน้าข้อที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. สตรีในกลุ่มใดที่มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมน้อยที่สุด

() 1 มีบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม	() 2 มีอายุน้อยกว่า 30 ปี
() 3 รับประทานยาคุมกำเนิด	() 4 ไม่มีบุตร
2. มะเร็งเต้านมมีสาเหตุเกิดจาก

() 1 การรับประทานอาหารที่มีสารก่อมะเร็งปะปน	() 2 การสวมใส่เสื้อชั้นในที่รัดแน่นจนเกินไป
() 3 มีการอักเสบเรื้อรังของเต้านม	() 4 ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน
3. อาหารที่เป็นตัวส่งเสริมให้เกิดมะเร็งเต้านมมากขึ้น ได้แก่อาหารชนิดใด

() 1 ยำรวมมิตร	() 2 พะโล้หมูสามชั้น
() 3 ต้มยำปลาช่อน	() 4 น้ำพริกปลาทุ
4. มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกมีอาการอย่างไรบ้าง

() 1 เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย	() 2 เต้านมทั้งสองข้างโตไม่เท่ากัน
() 3 คลำได้ก้อนมีลักษณะแข็ง, ขรุขระ	() 4 มีอาการเจ็บหรือปวดที่เต้านมเมื่อมีประจำเดือน
5. ตำแหน่งที่พบมะเร็งเต้านมมากที่สุดที่บริเวณใด

() 1 ฐานหัวนม	() 2 หัวนม
() 3 ส่วนล่างด้านในของเต้านม	() 4 ส่วนบนด้านนอกของเต้านม
6. มะเร็งเต้านมมักลุกลามไปตำแหน่งใดเป็นอันดับแรก

() 1 ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้	() 2 ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ
() 3 ปอด	() 4 ตับ
7. มะเร็งเต้านมระยะใดที่รักษาแล้วมีอัตราการรอดชีวิตสูงที่สุด

() 1 ก้อนมะเร็งขนาดเล็กกว่า 2 ซม. ยังไม่ลามไปที่ใด	() 2 ก้อนมะเร็งขนาดเล็ก 2 ซม. มีต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โต
() 3 ก้อนมะเร็งขนาด 3 ซม. มีต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้โต	() 4 ก้อนมะเร็งขนาด 5 ซม. ยึดติดกับผนังหน้าอก
8. การรักษามะเร็งเต้านมโดยวิธีใดเหมาะสมที่สุด

() 1 การผ่าตัดร่วมกับการใช้ฮอร์โมน	() 2 การผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี
() 3 การให้เคมีบำบัดร่วมกับการผ่าตัด	() 4 จะใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับระยะของมะเร็ง

9. วิธีใดที่สะดวกง่าย และสามารถค้นพบมะเร็งเต้านมได้ในระยะเริ่มแรก
- ()1 การตรวจMammogram ทุกปี
 - ()2 การตรวจเต้านมด้วยตัวเองทุกเดือน
 - ()3 การเอกซเรย์ทรวงอกทุกปี
 - ()4 การตรวจหาเซลล์มะเร็งปีละครั้ง
10. การตรวจเต้านมด้วยตนเองควรทำบ่อยเพียงใด
- ()1 วันละ 1 ครั้ง
 - ()2 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
 - ()3 เดือนละ 1 ครั้ง
 - ()4 ปีละ 1 ครั้ง
11. วันใดที่เหมาะสมกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ในกรณีที่ยังมีประจำเดือนอยู่)
- ()1 ก่อนมีประจำเดือน 7 วัน
 - ()2 วันแรกที่มีประจำเดือน
 - ()3 หลังมีประจำเดือน 7 วัน
 - ()4 วันไหนก็ได้ที่สะดวก
12. ขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องเป็นอย่างไร
- ()1 ตรวจขณะอาบน้ำ ตรวจหน้ากระจก ตรวจในท่านอน
 - ()2 ตรวจในท่านั่ง ตรวจในท่านอนแล้วบีบหัวนมดู
 - ()3 ตรวจขณะอาบน้ำ ตรวจท่านั่ง ตรวจท่านอนหงาย
 - ()4 ตรวจหน้ากระจก ตรวจท่านั่ง ตรวจท่านอนหงาย

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างตามความรู้สึก ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของท่านที่มีต่อข้อความในแต่ละข้อเพียงความคิดเห็นเดียวเท่านั้น

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. มะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะแรกไม่มีโอกาสที่จะหาย					
2. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีที่สะดวกที่สุดในการตรวจหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก					
3. ถ้าเคยตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้วไม่พบก้อนหรือสิ่งผิดปกติก็ไม่จำเป็นต้องตรวจทุกเดือน					
4. การตรวจเต้านมเป็นสิ่งที่ผู้หญิงทุกคนสามารถทำได้ตอนอาบน้ำ					
5. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก					
6. ควรตรวจเต้านมเป็นประจำ แม้ว่าอายุมากแล้ว					
7. หากไม่มีความผิดปกติที่เต้านม ก็ไม่จำเป็นต้องตรวจเต้านมด้วยตนเอง					
8. มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงตายได้ ผู้หญิงทุกคนจึงควรตรวจเต้านมเป็นประจำ					
9. การตรวจเต้านมด้วยตนเองบ่อยๆ จะทำให้เป็นมะเร็งเต้านมได้					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
10. การเป็นมะเร็งเต้านมอาจทำให้ต้องตัดเต้านมทิ้ง					
11. การตรวจเต้านมเป็นหน้าที่ของแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น					
12. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นการเสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์					
13. ถ้ามีโอกาสท่านจะให้ความช่วยเหลือผู้อื่นในการตรวจเต้านม					
14. กาแฟ และอาหารประเภทไขมัน มีผลต่อการเกิดมะเร็งเต้านม					
15. การรักษา มะเร็งเต้านมต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

.....

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () และเขียนข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดให้ตามความเป็นจริง

- | | | |
|--|--------------------------|----|
| 1. ท่านเคยตรวจคลำเต้านมด้วยตนเองหรือไม่ | <input type="checkbox"/> | p1 |
| ()1 เคย | | |
| ()2 ไม่เคย (ข้ามไปตรวจข้อ 6) | | |
| 2. เหตุผลใดที่ทำให้ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | <input type="checkbox"/> | p2 |
| ()1 พบอาการผิดปกติของเต้านม | | |
| ()2 มีบุคคลใกล้ชิดเป็นมะเร็งเต้านม | | |
| ()3 ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง | | |
| ()4 อยากรู้ว่าจะมีก้อนหรือไม่ | | |
| ()5 อื่นๆ (ระบุ)..... | | |
| 3. ท่านเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองครั้งแรกเมื่ออายุ..... | <input type="checkbox"/> | p3 |
| 4. ท่านตรวจคลำเต้านมด้วยตนเองโดยวิธีใด บ่อยที่สุด | <input type="checkbox"/> | p4 |
| ()1 ตรวจขณะอาบน้ำ | | |
| ()2 ตรวจในท่านอนหงาย | | |
| ()3 ทำอื่นๆ (ระบุ)..... | | |
| 5. ท่านตรวจคลำเต้านมด้วยตนเองบ่อยเพียงใด | <input type="checkbox"/> | p5 |
| ()1 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง | | |
| ()2 เดือนละ 1 ครั้ง | | |
| ()3 ปีละ 1 ครั้ง | | |
| ()4 ไม่แน่นอนแล้วแต่โอกาสที่ว่าง | | |
| ()5 อื่นๆ | | |
| 6. เหตุใดท่านจึงไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง | <input type="checkbox"/> | p6 |
| ()1 ไม่รู้วิธีตรวจ | | |
| ()2 ไม่เห็นความจำเป็นในการตรวจ | | |
| ()3 ไม่มีอาการผิดปกติ | | |
| ()4 ลืม | | |
| ()5 อื่นๆ | | |

7. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากที่ใด
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) p7
- ()1 การเรียน/การสอน ()2 อบรมจากหน่วยงาน
()3 โปสเตอร์/แผ่นพับ ()4 นิตยสาร
()5 สื่อ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ ()6 Internet
()7 เพื่อน/ญาติพี่น้อง ()8 อื่นๆระบุ.....
8. ท่านเคยได้รับการตรวจคลำเต้านมด้วยผู้อื่นหรือไม่ p8
- ()1 ไม่เคย
เคย วิธีใด ()2 ตรวจคลำเต้านมโดยแพทย์
()3 ตรวจคลำเต้านมโดยพยาบาล
()4 อื่นๆ.....
9. จากการตรวจเต้านม(ไม่ว่าด้วยวิธีใดก็ตาม)เคยพบความผิดปกติหรือไม่ p9
- ()1 ไม่พบ
()2 พบ (พบอะไร).....
10. ท่านเคยยื่นหน้ากระຈกเพื่อสังเกตความผิดปกติของเต้านม และตำแหน่ง p10
ของหัวนมหรือไม่
- ()1 ไม่เคย
()2 เคย
10.1 บ่อยแค่ไหน.....ครั้ง/ปี
10.2 ทำครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่.....
10.3 พบความผิดปกติหรือไม่ p10.3
- ()1 ไม่พบ
()2 พบ (ระบุความผิดปกติ).....
11. ท่านเคยบีบหัวนมตนเอง เพื่อดูความผิดปกติบ้างหรือไม่ p11
- ()1 ไม่เคย
()2 เคย
11.1 บ่อยแค่ไหน.....ครั้ง/ปี
11.2 ทำครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่.....
11.3 พบความผิดปกติหรือไม่ p11.3
- ()1 ไม่พบ
()2 พบ (ระบุความผิดปกติ).....

12. ท่านเคยได้รับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยวิธีต่อไปนี้หรือไม่
- | | ไม่เคย | เคย | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 12.1 ตรวจชิ้นเนื้อ (FNA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> p12.1 |
| 12.2 Mammogram/Ultrasound | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> p12.2 |
| 12.3 ทำผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> p12.3 |
| 12.4 อื่นๆ ระบุ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> p12.4 |
13. ในกรณีที่ท่านเคยทำ Mammogram/Ultrasound ใครเป็นผู้ตั้งตรวจครั้งแรก
- () 1 ตัวท่านเอง
- () 2 แพทย์ (ระบุแผนกที่แพทย์สังกัด).....
- () 3 พยาบาลเฉพาะทางด้านเต้านม
- () 4 อื่นๆ ระบุ.....
14. ในกรณีที่ท่านตรวจพบความผิดปกติ ท่านไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคหรือไม่
- () 1 ไม่ได้ไปตรวจ เพราะ.....
- () 2 ไปพบแพทย์แล้ววินิจฉัยว่าเป็น.....
15. ท่านได้รับการรักษาด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () 1 ทำผ่าตัดวิธี.....
- () 2 ฉายแสง
- () 3 เคมีบำบัด
- () 4 อื่นๆ ระบุ.....

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เรื่อง ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และ การตรวจนมด้วยตนเองของพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้ผ่านการ ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดังต่อไปนี้

1. ศาสตราจารย์แพทย์หญิงทัศนีย์ นุชประยูร
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อาจารย์นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นางสาววนิดา รัตนานนท์
พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 เฉพาะทางศัลยกรรม
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวสุวภัทร ลีพูลทรัพย์ เกิดเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2519 ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปี พ.ศ. 2542 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2547 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย