ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลของผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจแมมโมแกรม แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Risk Factors Associated with Anxiety among Patients Undergoing Mammogram in the Radiology Department at Roi Et Province

ณัฐพร ภูมิเศษ*
Nattaporn Phumised
Corresponding author: E-mail; nueng1.ab35@gmail.com
(Received: September 18, 2026; Revised: September 25, 2026; Accepted: October 25, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลของผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจแมมโมแกรม แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีกลุ่มเสี่ยง ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ที่เข้ารับการตรวจแมมโมแกรม แผนกรังสีวิทยา ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2569 ถึง สิงหาคม 2569 จำนวน 63 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงด้านร่างกาย แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการตรวจแมมโมแกรม และแบบประเมินความวิตกกังวล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดี่ยวและการวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ กำหนดระดับนัยสำคัญ ($p<.05$)

ผลการวิจัย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะวิตกกังวล ของผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจแมมโมแกรม แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 20 ปี เมื่อมีบุตรคนแรก มีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวล 3.73 เท่า (95%CI: 1.131 – 5.412) จำนวนการตั้งครรภ์ มากกว่า 2 ครั้ง มีความเสี่ยง 3.21 เท่า (95%CI: 1.251 – 6.470) เคยให้นมบุตรมากกว่า 2 คน มีความเสี่ยง 4.61 เท่า (95%CI: 2.134 - 8.017) กลุ่มที่เคยตรวจแมมโมแกรม มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิตกกังวล 3.17 เท่า (95%CI: 1.156 – 6.202) เหตุผลการตรวจแมมโมแกรมจากแพทย์นัดติดตามอาการ มีความเสี่ยงต่อภาวะ วิตกกังวล 3.23 เท่า (95%CI: 2.287 – 5.135) รอคิวตรวจนาน มีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวล 3.02 เท่า (95%CI: 1.316 – 4.002) ญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม มีความเสี่ยง 2.46 เท่า (95%CI: 1.059 – 4.418) การใช้ฮอร์โมนทดแทน มีความเสี่ยง 2.21 เท่า (95%CI: 1.114 - 4.015) ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน มีความเสี่ยง 2.01 เท่า (95%CI: 1.260 – 4.271) และผลการตรวจพบสิ่งผิดปกติ มีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวล 2.29 เท่า (95%CI: 1.184 – 3.710)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ปัจจัยด้านสูติเวชศาสตร์ ประวัติสุขภาพ และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้รับบริการตรวจแมมโมแกรมมีภาวะวิตกกังวลสูงขึ้น จึงควรสร้างรูปแบบการให้บริการเพื่อลดความวิตกกังวลจากปัจจัยดังกล่าว

คำสำคัญ : ภาวะวิตกกังวล; การตรวจแมมโมแกรม; ปัจจัยเสี่ยง

*นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : To study risk factors associated with Anxiety among patients undergoing Mammogram in the radiology department at Roi Et province.

Study design : Cross-sectional analytical study.

Material and Methods : The sample consisted of 63 high-risk women aged over 40 years who underwent mammography at the Radiology Department, Roi Et Hospital, between May and August 2026. The research instruments included a general information questionnaire, a physical risk factor questionnaire, a health and mammography-related information questionnaire, and an anxiety assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics, and risk factors were examined using univariate and multivariate analyses, with the statistical significance level set at $p < .05$.

Main finding : Factors associated with anxiety among clients undergoing mammography at the Radiology Department, Roi Et Hospital, included: age at first childbirth over 20 years (OR = 3.73, 95%CI: 1.131–5.412), gravida greater than 2 (OR = 3.21, 95% CI: 1.251–6.470), history of breastfeeding more than 2 children (OR = 4.61, 95%CI: 2.134-8.017), previous mammogram screening (OR = 3.17, 95%CI: 1.156–6.202), physician appointment/follow-up as the reason for screening (OR = 3.23, 95%CI: 2.287-5.135), prolonged waiting time for examination (OR = 3.02, 95%CI: 1.316-4.002), family history of breast cancer in first-degree relatives (OR = 2.46, 95%CI: 1.059–4.418), use of hormone replacement therapy (OR = 2.21, 95%CI: 1.114–4.015), non-performance of monthly breast self-examination (OR = 2.01, 95%CI: 1.260–4.271), and abnormal mammogram results (OR = 2.29, 95%CI: 1.184-3.710).

Conclusion and recommendations : Obstetric factors, health history, and health behavior factors were associated with increased anxiety among clients undergoing mammography. Therefore, service delivery models should be developed to alleviate anxiety associated with these factors.

Keyword : Anxiety; Mammogram; Risk Factors

*Radiological Technologist Professional Level, Roi Et Hospital.

บทนำ

โรคมะเร็ง จัดเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลก และมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้หญิงในสหรัฐอเมริกา ในแต่ละปี ประมาณ 32% ของมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ทั้งหมดในผู้หญิงเป็นมะเร็งเต้านมมะเร็งเต้านมยังเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้หญิงทั่วโลก โดย คาดว่ามีผู้หญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ประมาณ 2.3 ล้านรายทั่วโลกในปี ค.ศ.2023 ซึ่งเป็นปีล่าสุดที่มีสถิติอยู่ ในปี ค.ศ.2026 คาดว่าจะมีผู้หญิงประมาณ 321,910 คนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมชนิดลุกลาม และ 60,730 คนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อเต้านมระยะเริ่มต้น (DCIS) ซึ่งเป็นมะเร็งที่ไม่ลุกลาม ประมาณร้อยละ 66 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการวินิจฉัยในระยะเริ่มต้น ซึ่งก็คือระยะที่มะเร็งยังไม่ลุกลามออกนอกเต้านม ทำให้การรักษาได้ผลดีกว่า[1]

โรคมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดอันดับ 1 ในผู้หญิงไทยและผู้หญิงทั่วโลก อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมในผู้หญิงไทยพบได้ประมาณ 35 - 40 ราย ต่อประชากรเพศหญิง 100,000 คน ในทุกปีจะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น 2 หมื่นรายต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้ พบโรคมะเร็งเต้านมในผู้ชายประมาณ 1 ราย ต่อประชากรเพศชาย 100 คน อาการโดยส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ เริ่มแรกมักจะเป็นก้อนที่สามารถคลำได้ ไม่เจ็บ เมื่อไม่รู้สึกเจ็บจึงคิดว่าไม่อันตรายคิดว่าไม่เป็นอะไรจึงไม่มาพบแพทย์ และจะมาพบแพทย์เมื่อเป็นก้อนโตขึ้น อย่างไรก็ดีการตรวจพบมะเร็งในระยะแรกจะช่วยให้การรักษามีโอกาสประสบความสำเร็จได้สูง แม้การแพทย์ในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดมะเร็งเต้านมได้ เนื่องจากสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายๆปัจจัย การรู้จักสังเกตปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้หญิงทุกคนควรรู้ ปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ พันธุกรรม และญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม, ผู้หญิงอายุมาก, ผู้ไม่มีบุตร, มีบุตรคนแรกช้า และมีประวัติของโรคมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งมาก่อน[2]

สำหรับสถิติในประเทศไทย มะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งทั้งหมดที่พบในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 39.8 มีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 รองจากมะเร็งปอด คิดเป็นร้อยละ 14.3 โดยพบอุบัติการณ์มากที่สุดในช่วงอายุ 45-60 ปี[3] ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 7.6 ระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 32.5 ระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 29.6 และระยะที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 23.2 อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีคิดเป็นร้อยละ 92.1 และโอกาสรอดชีวิตที่ 10 ปี เป็นร้อยละ 85.6[4] กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม จึงกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพตามคำรับรองการปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564 โดยกำหนดเป้าหมายให้สตรีอายุ 30 – 70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งเต้านม โดยการคัดกรองค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก โดยการให้สตรีเป้าหมาย ได้รับความรู้และตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยรูปแบบการให้บริการ รณรงค์ ส่งต่อสตรีที่ตรวจเต้านมพบความผิดปกติเข้ารับการวินิจฉัยโรค และการให้บริการรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน การติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังการรักษาในโรงพยาบาลและระดับชุมชน โดยมีการจัดเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งจากการรายงานผลการดำเนินงาน อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30 – 70 ปี ปีงบประมาณ 2561-2563 ของประเทศไทย มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 58.60, 64.87, 71.72 ตามลำดับ[3] จากข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง พบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัด[3]

อาการทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย โดยทั่วไปมักเกิดได้หลายอาการพร้อมกัน อาการที่พบบ่อย คือ การวิตกกังวล การกลัว การไม่เชื่อ การปฏิเสธ การโกรธ การซึมเศร้า อาการเหล่านี้เกิดได้กับผู้ป่วยมะเร็งทุกราย ซึ่งเป็นเรื่องปกติ แต่อาจมีผู้ป่วยบางรายที่มีอาการมากจนถึงขั้นเกิดเป็นโรคทางจิตเวช ที่พบได้บ่อย คือ โรควิตกกังวล

และโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการมากจนถึงขั้นคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย ความรุนแรงของอาการเหล่านี้แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย การวิตกกังวลเป็นอาการสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย เป็นอาการที่เกิดจากการกลัว การสูญเสีย การรู้สึกอับอาย และเป็นอาการที่นำไปสู่อาการทางกายได้หลายอาการ ที่พบบ่อย คือ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ สับสน ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น[5]

จากการทบทวนการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าศึกษาเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลพื้นฐาน เช่น อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส หรือ ประวัติสุขภาพครอบครัว เท่านั้น แต่ยังขาดการศึกษาครอบคลุมถึงตัวแปรสมัยใหม่ที่มีอิทธิพลสูง ได้แก่ ความกังวลเฉพาะเจาะจงต่อ “แรงกดของเครื่องแมมโมแกรม” (Compression pain) ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการกลัวและหลีกเลี่ยงการตรวจซ้ำ มิติทางจิตวิทยาเชิงลึก (Psychosocial Factors) เช่น ระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องมะเร็งเต้านม, ประสบการณ์การได้ยินคำบอกเล่าเชิงลบจากผู้อื่น (Word of mouth), หรือความกลัวต่อผลการตรวจที่จะเปลี่ยนชีวิต (Fear of diagnosis/malignancy) ซึ่งมักเป็นตัวกระตุ้นความวิตกกังวลสูงสุดในกระบวนการนี้ บริบทของโรงพยาบาลศูนย์ งานวิจัยส่วนใหญ่มักศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขนาดใหญ่ในส่วนกลาง แต่บริบทของ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ มีลักษณะเฉพาะตัวในการดูแลประชากรเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งมีความหลากหลายของกลุ่มเสี่ยง ทั้งผู้รับบริการที่มารับการคัดกรองตามรอบปกติ (Screening) และผู้ที่มีอาการผิดปกติส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว เพื่อนำผลลัพธ์มาใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาแนวทางเตรียมความพร้อม ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความร่วมมือในการตรวจแมมโมแกรมให้มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจแมมโมแกรม ในปี พ.ศ.2566 – 2568 จำนวน 3,418 ราย 3,772 ราย และ 3,896 รายตามลำดับ[6] ซึ่งพบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบครบวงจรจึงเป็นนโยบายเร่งด่วน เพื่อป้องกัน และค้นหามะเร็งระยะเริ่มแรก ส่งต่อวินิจฉัยรวดเร็ว ผู้ป่วยถิ่นทุรกันดารเข้าถึงบริการสะดวก ทันเวลา รับการรักษาอย่างมีคุณภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรด้านสาธารณสุข ตระหนักถึงปัญหาและความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาการเกิดมะเร็งเต้านม จึงได้ดำเนินการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลของผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจแมมโมแกรม แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบาย และวางแผนการดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลของผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจแมมโมแกรม แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลของผู้รับบริการที่เข้ารับ การตรวจแมมโมแกรม แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจแมมโมแกรม แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ดำเนินการศึกษาระหว่าง พฤษภาคม 2569 ถึง สิงหาคม 2569

ประชากร คือ สตรีกลุ่มเสี่ยง ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ที่เข้ารับการตรวจแมมโมแกรม แผนกรังสีวิทยา ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2569 ถึง สิงหาคม 2569

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีกลุ่มเสี่ยง ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ที่เข้ารับการตรวจแมมโมแกรม แผนกรังสีวิทยา ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2569 ถึง สิงหาคม 2569 จำนวน 63 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเพศหญิง ที่เข้ารับการตรวจแมมโมแกรม ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2. อายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป

3. เป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ข้อมูลประวัติการรักษาไม่ครบถ้วน

2. ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์

3. ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือมีความประสงค์ออกจากการศึกษา

เกณฑ์การถอน (Withdrawal)

1. อาสาสมัครมีสิทธิ์ขอถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกเมื่อ และข้อมูลของอาสาสมัครจะถูกทำลาย และเป็นความลับ

2. อาสาสมัครไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามขั้นตอนการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์[7] โดยใช้สูตร

โดยกำหนดให้

$$n = \frac{\{Z_{a/2}\sqrt{2P(1-P)} + Z_{\beta}\sqrt{P1(1-P_1) + P_0(1-P_0)}\}}{(P_1 - P_0)^2}$$

$Z_{\alpha/2}$ = 1.96 ที่ α = 0.05 Z_{β}= 0.84 ที่ = 0.20

Po = สัดส่วนของปัจจัยในกลุ่มอ้างอิง = 0.32

P1 = สัดส่วนของปัจจัยในกลุ่มผู้ป่วย = 0.68

จากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่าง 60 ราย

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย ทั้งนี้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายของข้อมูล หรือการได้รับแบบสอบถามกลับคืนไม่ครบถ้วน (Non-response rate) ผู้วิจัยจึงได้ทำการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 โดยคำนวณจากสูตร n = (n)/(1 – r) เมื่ออัตราการสูญหายของข้อมูลในรูปทศนิยม r = 0.05 ส่งผลให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 63 คน

ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

1. เมื่อได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตผู้บริหารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อดำเนินการวิจัยในพื้นที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจแมมโมแกรม ในแผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2569 ถึง สิงหาคม 2569 จำนวน 63 ราย โดยคัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัยให้แก่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยรับทราบ โดยใช้ห้องประชุมเล็กแผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อให้ความเป็นส่วนตัวแก่อาสาสมัคร

3. ผู้วิจัยขอความยินยอมจากอาสาสมัคร โดยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ด้วยเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน และแผนกรังสีวิทยา ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบบันทึกข้อมูลให้สอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษา ตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของประชากร เช่น อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิ์การรักษา เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงด้านร่างกาย ได้แก่ BMI อายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรก อายุเมื่อมีบุตรคนแรก ญาติสายตรงที่เป็นมะเร็งเต้านม ประวัติการตรวจชิ้นเนื้อเต้านม การใช้ฮอร์โมนทดแทน การใช้ยาคุมกำเนิด อายุเมื่อหมดประจำเดือน จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการตรวจแมมโมแกรม ได้แก่ การเข้ารับการตรวจแมมโมแกรม เหตุผลในการมาตรวจครั้งนี้ อาการผิดปกติของเต้านม ประวัติญาตสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม การได้รับข้อมูล

เกี่ยวกับการตรวจแมมโมแกรม ระยะเวลารอตรวจ ความสม่ำเสมอของการตรวจ ความถูกต้องของการตรวจ การพบสิ่งผิดปกติ เป็นต้น

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความวิตกกังวลของ Spielberger[8] ที่ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger[8] เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย ก่อนได้รับการตรวจแมมโมแกรม ประกอบด้วยคำถามแสดงความรู้สึกวิตกกังวลทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ (ข้อที่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20) และข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ (ข้อที่ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18) และการแปลผล คะแนนรวมทั้งฉบับ มีค่าสูงสุด 80 คะแนน ต่ำสุด 20 คะแนน โดยคะแนนรวมมากหมายถึงมีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึงมีความวิตกกังวลเล็กน้อย ในการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งระดับความวิตกกังวลออกเป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนนดังนี้[9]

ความวิตกกังวลเล็กน้อย คะแนนเท่ากับ 20-39
ความวิตกกังวลปานกลาง คะแนนเท่ากับ 40-59
ความวิตกกังวลสูง คะแนนเท่ากับ 60-80

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา โดยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยใช้แบบประเมินที่ได้สร้างขึ้นประกอบด้วยเกณฑ์การตัดสินใจ 3 ระดับ (คะแนน -1, 0, 1) คือ -1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 0= ไม่แน่ใจ 1= เห็นด้วย ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.86

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ในเขตพื้นที่ใกล้เคียง และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)[10] มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถาม ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการตรวจแมมโมแกรม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15 – 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรที่สนใจลงในแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น และนำข้อมูลที่ได้ลงในโปรแกรม Excel เพื่อเตรียมในวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยซึ่งนำเสนอในรูปแบบของจำนวนและร้อยละ สำหรับตัวแปรแจงนับ (Categorical data) และสำหรับตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous data) นำเสนอในรูปของค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดี่ยว (Univariable analysis) ใช้ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวล โดยใช้สถิติ Univariable analysis ในการวิเคราะห์ นำเสนอในรูปแบบของค่า Crude Odds ratio (OR) และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ 95% (95% Confidence interval) และค่า p-value

3. คัดเลือกตัวแปรที่มีค่า $p < .25$ เข้าวิเคราะห์ Multivariate analysis หาค่า Adjusted OR, 95%CI กำหนดค่า $p < .05$

4. การวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) ใช้ในการ Adjusted OR เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวล โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของค่า Adjusted Odds ratio (OR Adj) และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ 95%CI (95% Confidence interval)

โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (p<.05)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง มีการขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด หมายเลขโครงการ RE094/2569 รับรองเมื่อ 10 กรกฎาคม 2569 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลว่าด้วยการรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด การบันทึกข้อมูลจะลงบันทึกโดยใช้รหัส (Code) ที่ตั้งขึ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลจะทำได้เฉพาะการสรุปผลการวิจัย และการวิจัยนี้ไม่ได้ทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 52.20 ปี (SD. = 2.75) สถานะภาพสมรส ร้อยละ 71.40 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 36.50 อาชีพรับราชการ ร้อยละ 36.50 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 23,326.66 บาท (SD.= 17865.17) สิทธิ์การรักษาเบิกจ่ายตรง ร้อยละ 46.00

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีน้ำหนักเฉลี่ย 61.63 กิโลกรัม (SD. = 10.83) ส่วนสูงเฉลี่ย 158.08 เซนติเมตร (SD. = 5.22) ดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 24.63 Kg/m^2 (SD. = 3.88) อายุเฉลี่ยเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรก 13.96 ปี (SD. = 1.83) อายุเฉลี่ยเมื่อมีบุตรคนแรก 25.14 ปี (SD. = 4.78) ไม่มีญาติสายตรงที่เป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 79.40 ไม่เคยตรวจชิ้นเนื้อมะเร็งเต้านม ร้อยละ 52.40 ไม่ใช้ฮอร์โมนทดแทน ร้อยละ 84.10 ไม่ใช้ยาคุมกำเนิด ร้อยละ 66.70 และมีอายุเฉลี่ยเมื่อหมดประจำเดือน 49.21 ปี (SD. = 5.18) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเข้ารับการตรวจแมมโมแกรม ร้อยละ 95.20 โดยแพทย์นัดติดตามอาการ ร้อยละ 49.20 ก่อนเข้ารับการตรวจไม่มีอาการผิดปกติของเต้านม ร้อยละ 61.90 ไม่มีประวัติญาติสายตรงที่เป็นมะเร็ง ร้อยละ 79.40 เคยได้รับข้อมูลการตรวจแมมโมแกรม ร้อยละ 81.00 ระยะเวลารอตรวจ 30 นาที – 1 ชั่วโมง ร้อยละ 52.40 ไม่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน ร้อยละ 73.00 สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองถูกต้อง ร้อยละ 93.70 และผลตรวจแมมโมแกรมไม่พบสิ่งผิดปกติ ร้อยละ 41.30 รองลงมา พบก้อนที่เต้านม ร้อยละ 34.90 และมีอาการเจ็บที่เต้านม ร้อยละ 12.70 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและประวัติการตรวจแมมโมแกรม (n=63)

ข้อมูลสุขภาพและประวัติการตรวจแมมโมแกรม	ผู้ป่วย จำนวน(%)
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	
Mean±SD.	61.63±10.83
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	
Mean± SD.	158.08±5.22
ดัชนีมวลกาย (BMI) (Kg/m^2)	
Mean± SD.	24.63±3.88
อายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรก (ปี)	
Mean± SD.	13.96±1.83

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพและประวัติการตรวจแมมโมแกรม	ผู้ป่วย จำนวน(%)
อายุเมื่อมีบุตรคนแรก (ปี)	
Mean± SD.	25.14±4.78
ญาติสายตรงที่เป็นมะเร็งเต้านม	
มีญาติสายตรง	13(20.60)
ไม่มีญาติสายตรง	50(79.40)
ประวัติการตรวจชิ้นเนื้อเต้านม	
เคย	30(47.60)
ไม่เคย	33(52.40)
การใช้ฮอร์โมนทดแทน	
ใช้	10(15.90)
ไม่ใช้	53(84.10)
การใช้ยาคุมกำเนิด	
ใช้	21(33.30)
ไม่ใช้	42(66.70)
อายุเฉลี่ยเมื่อหมดประจำเดือน (ปี)	
Mean ± SD.	49.21 ±5.18
จำนวนการตั้งครรภ์ (รวมที่เคยแท้ง)	
ไม่เคยตั้งครรภ์	16(25.40)
1 ครั้ง	7(11.10)
2 ครั้ง	25(39.70)
3 ครั้ง	11(17.50)
4 ครั้ง	4(6.30)
จำนวนบุตรที่เคยให้นมบุตร	
ไม่เคยให้นมบุตร/ไม่มีบุตร	14(22.20)
1 คน	7(11.10)
2 คน	38(60.30)
3 คน	4(6.30)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพและประวัติการตรวจแมมโมแกรม	ผู้ป่วย จำนวน(%)
การสูบบุหรี่	
สูบ	9(14.30)
ไม่สูบ	54(85.70)
การดื่มสุรา	
ดื่ม	20(31.70)
ไม่ดื่ม	43(68.30)
ประวัติการตรวจแมมโมแกรม	
เคย	60(95.20)
ไม่เคย	3(4.80)
เหตุผลในการมาตรวจแมมโมแกรม	
ตรวจคัดกรองประจำปี	27(42.90)
มีอาการผิดปกติ	3(4.80)
แพทย์นัดติดตามอาการ	31(49.20)
มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม	2(3.20)
ท่านมีอาการผิดปกติของเต้านมหรือไม่	
มี	24(38.10)
ไม่มี	39(61.90)
ประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม	
มี	13(20.60)
ไม่มี	50(79.40)
ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจแมมโมแกรม	
เคย	51(81.00)
ไม่เคย	12(19.00)
ระยะเวลารอคิวตรวจ	
น้อยกว่า 30 นาที	21(33.30)
30 นาที – 1 ชั่วโมง	33(52.40)
มากกว่า 1 ชั่วโมง	9(14.30)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพและประวัติการตรวจแมมโมแกรม	ผู้ป่วย จำนวน(%)
ตรวจเต้านมสม่ำเสมอทุกเดือน	
ทุกเดือน	17(27.00)
ไม่ทุกเดือน	46(73.00)
ความถูกต้องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	
ถูกต้อง	59(93.70)
ไม่ถูกต้อง	4(6.30)
สิ่งผิดปกติ ที่ตรวจพบ	
ไม่พบสิ่งผิดปกติ	26(41.30)
มีถุงน้ำเล็กๆ	3(4.80)
มีน้ำเหลืองหรือเลือดออกจากหัวนม	1(1.60)
ผิวหนังเต้านมมีรอยบุ๋ม หรือแตกเป็นแผล	1(1.60)
ขนาดของเต้านมแตกต่างกัน	1(1.60)
พบก้อนที่เต้านม	22(34.90)
มีอาการเจ็บที่เต้านม	8(12.70)
บริเวณหัวนมถูกดึงรั้ง สีผิดปกติ	1(1.60)

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะวิตกกังวล ของผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจแมมโมแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลระดับสูง ร้อยละ 66.70 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับความวิตกกังวลของผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจแมมโมแกรม (n=63)

ระดับความวิตกกังวล	จำนวน(%)
วิตกกังวลปานกลาง (คะแนน 40 – 59)	21(33.30)
วิตกกังวลสูง (คะแนน 60 – 80)	42(66.70)

ผลการศึกษาปัจจัยมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะวิตกกังวล ของผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจแมมโมแกรม แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 20 ปี เมื่อมีบุตรคนแรก มีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวล 3.62 เท่า (95%CI: 1.178-6.033) จำนวนการตั้งครรภ์ มากกว่า 2 ครั้ง มีความเสี่ยง 3.10 เท่า (95%CI:1.424-7.051) เคยให้นมบุตรมากกว่า 2 คน มีความเสี่ยง 5.62 เท่า (95%CI: 2.148-9.506) กลุ่มที่เคยตรวจแมมโมแกรมมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิตกกังวล 4.18 เท่า (95%CI: 2.812-5.620) เหตุผลการตรวจแมมโมแกรมจากแพทย์นัดติดตามอาการ มีความเสี่ยงต่อภาวะ วิตกกังวล 3.40 เท่า (95%CI: 1.982-7.420) รอคิวตรวจนาน มีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวล 2.94 เท่า (95%CI: 1.189 – 7.322) ญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม มีความเสี่ยง 2.10 เท่า (95%CI: 1.314-4.802) การใช้ฮอร์โมนทดแทน มีความเสี่ยง 1.92 เท่า (95%CI: 1.276-4.612) ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน มีความเสี่ยง 2.54 เท่า (95%CI: 1.184-6.020) และผลการตรวจพบสิ่งผิดปกติ มีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวล 2.23 เท่า (95%CI: 1.271-4.258)

เมื่อวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 20 ปี เมื่อมีบุตรคนแรก มีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวล 3.73 เท่า (95%CI: 1.131-5.412) จำนวนการตั้งครรภ์ มากกว่า 2 ครั้ง มีความเสี่ยง 3.21 เท่า (95%CI: 1.251-6.470) เคยให้นมบุตรมากกว่า 2 คน มีความเสี่ยง 4.61 เท่า (95%CI: 2.134-8.017) กลุ่มที่เคยตรวจแมมโมแกรมมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิตกกังวล 3.17 เท่า (95%CI: 1.156-6.202) เหตุผลการตรวจแมมโมแกรมจากแพทย์นัดติดตามอาการ มีความเสี่ยงต่อภาวะ วิตกกังวล 3.23 เท่า (95%CI: 2.287-5.135 รอคิวตรวจนาน มีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวล 3.02 เท่า (95%CI: 1.316-4.002) ญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม มีความเสี่ยง 2.46 เท่า (95%CI: 1.059-4.418) การใช้ฮอร์โมนทดแทนมีความเสี่ยง 2.21 เท่า (95%CI: 1.114-4.015) ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน มีความเสี่ยง 2.01 เท่า (95%CI: 1.260-4.271) และผลการตรวจพบสิ่งผิดปกติ มีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวล 2.29 เท่า (95%CI: 1.184-3.710) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลของผู้รับบริการที่เข้ารับการตรวจแมมโมแกรม ด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) (n=63)

ปัจจัยเสี่ยง	กลุ่มตัวอย่าง n(%)	Crude OR	Adj.OR (95%CI)	p
อายุเมื่อมีบุตรคนแรก (ปี)				
< 20	24(38.10)	3.62	3.73 (95%CI 1.131-5.412)	.010
≥ 20	39(61.90)			
การใช้ฮอร์โมนทดแทน				
ใช้	10(15.90)	1.92	2.21 (95%CI 1.114-4.015)	.002
ไม่ใช้	53(84.10)			
จำนวนการตั้งครรภ์ (รวมที่เคยแท้ง)				
< 2 ครั้ง	23(36.50)	3.10	3.21 (95%CI 1.251-6.470)	.005
≥ 2 ครั้ง	40(63.50)			

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	กลุ่มตัวอย่าง n(%)	Crude OR	Adj.OR (95%CI)	p
จำนวนบุตรที่เคยให้นมบุตร				
< 2 คน	21(33.30)	5.62	4.61 (95%CI: 2.134-8.017)	.011
≥ 2 คน	42(66.70)			
ประวัติการตรวจแมมโมแกรม				
เคย	60(95.20)	4.18	3.17 (95%CI: 1.156-6.202)	.028
ไม่เคย	3(4.80)			
เหตุผลในการมาตรวจแมมโมแกรม				
ตรวจคัดกรองประจำปี	27(42.90)	3.40	3.23 (95%CI: 2.287-5.135	.020
มีอาการผิดปกติ	3(4.80)			
แพทย์นัดติดตามอาการ	31(49.20)			
มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม	2(3.20)			
ประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม				
มี	13(20.60)	2.10	2.46 (95%CI: 1.059-4.418)	.040
ไม่มี	50(79.40)			
ระยะเวลารอคิวตรวจ				
น้อยกว่า 30 นาที	21(33.30)	2.94	3.02 (95%CI: 1.316-4.002)	.001
30 นาที – 1 ชั่วโมง	33(52.40)			
มากกว่า 1 ชั่วโมง	9(14.30)			
ตรวจเต้านมสม่ำเสมอทุกเดือน				
ทุกเดือน	17(27.00)	2.54	2.01 (95%CI: 1.260-4.271)	.034
ไม่ทุกเดือน	46(73.00)			
สิ่งผิดปกติ ที่ตรวจพบ				
พบผิดปกติ	37(58.70)	2.23	2.29 (95%CI: 1.184-3.710)	.028
ไม่พบสิ่งผิดปกติ	26(41.30)			

วิจารณ์

ผลจากการวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลของผู้รับบริการตรวจแมมโมแกรมนั้น ครอบคลุมทั้ง ปัจจัยด้านสูติเวชศาสตร์และประวัติสุขภาพ เช่น อายุเมื่อมีบุตรคนแรก จำนวนการตั้งครรภ์ ประวัติการให้นมบุตร

ญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม การใช้ฮอร์โมนทดแทน ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน ตลอดจน ปัจจัยด้านกระบวนการบริการและสถานการณ์ตรวจ เช่น เคยตรวจแมมโมแกรมมาก่อน เหตุผลจากการนัดติดตามอาการ รอคิวตรวจนาน และผลการตรวจพบสิ่งผิดปกติ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดภาวะวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) ว่า เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน คุกคามต่อสุขภาพ หรือเกี่ยวข้องกับโรคร้ายแรงอย่างมะเร็งเต้านม ประกอบกับข้อจำกัดด้านขั้นตอนบริการย่อมกระตุ้นให้เกิดการประเมินภัยคุกคาม (Appraisal of Threat) และแสดงออกเป็นความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนาภรณ์ แสงทอง และคณะ[11] เรื่องปัจจัยทำนายความวิตกกังวลและการรับรู้ ความเจ็บป่วยของผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมในโรงพยาบาลภูมิภาค ผลการศึกษาพบว่า ประวัติครอบครัว ญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม การได้รับนัดหมายเพื่อติดตามอาการจากแพทย์, และการตรวจพบความผิดปกติจากผลการตรวจครั้งก่อน มีอำนาจในการพยากรณ์และมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อภาวะวิตกกังวลของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มที่มีประวัติเสี่ยงสูงหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ให้ต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิด มักมีความตระหนักรู้และมีความกลัวต่อการเป็นโรคสูงกว่าคนทั่วไป ทำให้เกิดความคาดหวังและวิตกกังวลล่วงหน้าก่อนเข้ารับการตรวจรังสีวินิจฉัย เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชัชชญา ปุณญาภัสส์[12] ศึกษาผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกในสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-70 ปี โดยใช้แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เต้านมในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลคือ มีก้อนที่เต้านมหรือรักแร้ และมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี รวมถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่สม่ำเสมอ เช่น การไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ชี้ว่า ระยะเวลารอคิวที่นานสะท้อนถึงความไม่แน่นอนและความอึดอัดในระหว่างรอคอย ประกอบกับขาดความมั่นใจจากพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ไม่สม่ำเสมอ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกขาดการควบคุมสถานการณ์ของตนเอง นำไปสู่ภาวะวิตกกังวลที่เพิ่มสูงขึ้นในขณะเข้ารับบริการ

จุดเด่นของการวิจัย ครอบคลุมปัจจัยรอบด้าน (Comprehensive Factor Analysis) งานวิจัยนี้สามารถระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลได้อย่างครอบคลุม ทั้งปัจจัยทางประวัติศาสตร์การเจริญพันธุ์ เช่น อายุเมื่อมีบุตร การตั้งครรภ์ การให้นมบุตร เป็นต้น ประวัติสุขภาพและพฤติกรรม การใช้ฮอร์โมน การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประวัติครอบครัว ประสบการณ์และการรับรู้เคยตรวจแมมโมแกรม รวมถึงผลการตรวจจริง และยังชี้ให้เห็นปัจจัยด้านระบบบริการ (System-related Factor) การพบว่า “การรอคิวตรวจนาน” เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวลถึง 3.02 เท่า เป็นข้อมูลสำคัญเชิงปฏิบัติ (Actionable Insight) ที่ผู้บริหารแผนกรังสีวิทยาและโรงพยาบาลร้อยเอ็ดสามารถนำไปปรับปรุงระบบการไหลเวียนของผู้ป่วย (Patient flow) เพื่อลดความวิตกกังวลได้ทันทีและมี **ข้อจำกัดของการวิจัย** การศึกษาในพื้นที่เดียว (Single-center Study) เก็บข้อมูลเฉพาะที่แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ผลการวิจัยอาจมีข้อจำกัดในการนำไปเปรียบเทียบหรืออ้างอิงใช้ (Generalizability) กับโรงพยาบาลชุมชนหรือบริบทโรงพยาบาลเอกชนที่มีระบบคิวและการบริการแตกต่างกัน และงานวิจัยมุ่งเน้นปัจจัยก่อนและหลังตรวจ แต่ไม่ได้เก็บข้อมูลความเจ็บปวดขณะรับการกดเต้านม (Compression pain) ร่วมด้วย อาจทำให้ขาดปัจจัยสำคัญทางกายภาพที่มีผลต่อความวิตกกังวลโดยตรง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านกระบวนการบริการและการบริหารจัดการแผนกรังสีวิทยา

1) ลดระยะเวลารอคอย: ปรับปรุงระบบนัดหมายและการคัดกรองล่วงหน้า (Pre-appointment scheduling) ให้มีความกระชับ เพื่อลดระยะเวลารอคิว

ในวันตรวจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้รับบริการ

2) จัดทำช่องทางสื่อสารข้อมูลการตรวจ: สร้างสื่อประชาสัมพันธ์หรือแผ่นพับให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจแมมโมแกรม การเตรียมตัว และความรู้เรื่องผลการตรวจ เพื่อลดความกังวลจากความไม่แน่นอน

2. ด้านการดูแลทางจิตใจและการพยาบาล (Psychological Support)

1) จัดระบบประเมินความเสี่ยงและดูแลเฉพาะกลุ่ม: คัดกรองผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะวิตกกังวลตั้งแต่จุดลงทะเบียน ได้แก่ ผู้ที่มีนัดติดตามอาการ ผู้ที่มีประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม หรือกลุ่มที่มีผลตรวจพบสิ่งผิดปกติ เพื่อให้การดูแลและให้คำปรึกษาเป็นพิเศษก่อนเข้าห้องตรวจ (Pre-screening Counseling)

2) พัฒนาทักษะการสื่อสารของบุคลากร: อบรมบุคลากรทางการแพทย์และนักรังสีการแพทย์ในด้านทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้น (Basic Counseling) และการสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายในระหว่างกระบวนการตรวจ

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือเชิงพัฒนา (R&D): พัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมหรือนวัตกรรมการลดความวิตกกังวล เช่น โปรแกรมการให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมทางจิตวิทยาก่อนตรวจ หรือการใช้แอปพลิเคชันแจ้งเตือนและให้ข้อมูลระยะเวลารอคิว

2) การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research): ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในกลุ่มผู้รับบริการที่มีภาวะวิตกกังวลสูง เพื่อเจาะลึกถึงสาเหตุ ความรู้สึก ประสบการณ์ และความต้องการที่แท้จริงต่อการรับบริการในแผนกรังสีวิทยา

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. มะเร็งเต้านม [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.breastcancer.org/facts-statistics
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ข้อเสนอแนะการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมสาหรับประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทโฆสิตการพิมพ์ จำกัด; 2560.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทโมซัตการพิมพ์ จำกัด; 2560.
4. จุฑามาศ ปึงธนานุกิจ, จิตรานันต์ กงวงษ์. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดที่แผนกผู้ป่วยนอก. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2566;50(1): 396-408.
5. อนงนาฏ เรืองดำ, พัชรภรณ์ ทองวัชระ. สภาวะทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: http://hocc.medicine.psu.ac.th/files/khowledge/8august2011.pdf
6. ศูนย์ข้อมูลทางการแพทย์. บันทึกผู้รับบริการตรวจแมมโมแกรม กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด; 2569.
7. Lwanga S K, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva:World Health Organization; 1991.
8. Spielberger C D. Manual for the State–Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
9. วิพาพร ขาวนวล, ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์. ผลของโปรแกรมการสอนและการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุก่อนได้รับการตรวจส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2560;9(2):33-42.
10. Polit D. Hungler B. Nursing Research: Principle and Method. 6th ed.; Philadelphia: Lippincott Company; 1999.
11. รัตนาภรณ์ แสงทอง และคณะ. ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลและการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมในโรงพยาบาลภูมิภาค. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(พิเศษ):S1-10.

12. ชัชชญา ปุณญาภัสส์. ผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเชิงรุกในสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี โดยใช้แมมโมแกรมและอัลตราซาวด์เต้านมในอำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2568;19(3):1032-47.