

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีวัยหมดระดู*

Predicting Factors of Breast Cancer Screening Behaviors among Menopausal Women

รัศมี โชติแสงสาคร**

สุรีพร ธนศิลป์***

นพมาศ พัดทอง***

Rutsamee Chotsangsakorn

Sureeporn Thanasilp

Noppamat Pudtong

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสถาบันราชภัฏสุราษฎร์ธานี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสถาบันราชภัฏสุราษฎร์ธานี

*A Thesis of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

**กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร 10330

**Nursing Department, Police General Hospital, Bangkok 10330 Thailand

***คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330

***Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok 10330 Thailand

Corresponding author Email: noi5ka@hotmail.com

Received: May 26, 2017; Revised: March 28, 2019; Accepted October 31, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู โดยใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยหมดระดูที่มารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร อายุระหว่าง 45-59 ปี จำนวน 145 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือวิจัยในการเก็บรวบรวมเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ต่อประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม และพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งผ่านการตรวจสอบได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80, 0.92, 0.85, 0.94 และ 1 ตามลำดับ สำหรับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมเป็นค่าความสอดคล้องคำถามได้เท่ากับ 0.80 และได้ค่าแอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.73, 0.86, 0.87, 0.63 และ 0.90 ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเป็นค่าทดสอบซ้ำเท่ากับ 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เพียงพอ (ร้อยละ 53.79) คือ 1) การไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี (ร้อยละ 13.79) 2) การตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี ร่วมกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน (ร้อยละ 2.76) 3) การไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี ร่วมกับการไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี (ร้อยละ 19.31) และ 4) การคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้ง 3 วิธีร่วมกันคือ ทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน การไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี และการไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี (ร้อยละ 17.93) (2) ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ พบว่า ตัวแปรที่สำคัญทำให้ลดโอกาสของการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เพียงพอ คือ การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม $OR (95\%CI) = 0.93$ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางด้านการพัฒนาโปรแกรมให้มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีวัยหมดระดู โดยเน้นเรื่องการลดอุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย การคัดกรองมะเร็งเต้านม วัยหมดระดู

Abstract

This predictive correlation research aimed to study the variables that predict breast cancer screening behavior among menopausal women. The theoretical framework was based on the health belief model of Becker. The participants were 145 menopausal women aged between 45-59 years and attending the menopausal clinic at the tertiary care level of a hospital in Bangkok. Data were collected by using seven questionnaires comprising the following areas: personal factors, perceived susceptibility to breast cancer, perceived seriousness of breast cancer, perceived benefits of breast cancer screening, perceived barriers to breast cancer screening, confidence of detect abnormalities in the breast and breast cancer screening behavior. The content validity index of the research questionnaires were 0.80, 0.92, 0.85, 0.94 and 1 respectively. The confidence of detecting abnormality in the breast with an item objective congruence was 0.80. The Cronbach's alpha coefficients were 0.73, 0.86, 0.87, 0.63 and 0.90, respectively. The breast cancer screening behavior with test-retest was 0.99. Data were analyzed by using descriptive statistics and logistic regression.

The major findings were as follows (1) The score for sufficient breast cancer screening behaviors was 53.79%. The meaning of breast cancer screening behaviors was: 1) mammography every 1-2 years (13.79%); 2) mammography every 1-2 years with breast

self-examination every one month (2.76%); 3) mammography every 1-2 years with clinical breast examination every one year (19.31%); 4) breast self-examination every one month with clinical breast examination every one year and mammography every 1-2 years (17.93%) (2) The factor was significant predictor and predictor to decrease the likelihood of sufficient prediction was the perceived barriers to breast cancer screening OR(95%CI) = 0.93. The findings are useful to the development of the program of breast cancer screening behaviors among menopausal women. This program may be able to decrease the perceived barriers of breast cancer screening.

Keywords: Predicting factors, Breast cancer screening, Menopausal

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรี แนวโน้มอุบัติการณ์ทั้งอัตราป่วยและอัตราตายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก เช่นเดียวกับประเทศไทย ซึ่งเพิ่มขึ้นทุกเขตบริการสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2556 พบว่า มีอัตราป่วย เท่ากับ 38.40, 55.90, 40.84, 40.13 และ 61.03(ต่อแสนประชากร) อัตราตาย เท่ากับ 7.30, 7.40, 8.40, 8.90 และ 9.90 (ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ โดยกรุงเทพมหานครมีอัตราตาย สูงสุด และอยู่ในช่วงวัยหมดระดูมากที่สุด (สถิติ สาธารณสุข, 2557) ปัจจัยเสี่ยงหลายประการส่งเสริมให้เกิดมะเร็งเต้านม ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น การเริ่มมีระดู ตั้งแต่อายุน้อยกว่า 12 ปี การหมดระดูช้าหลังอายุ 55 ปี การที่สตรีไม่เคยตั้งครรภ์ หรือมีบุตรคนแรกเมื่ออายุ มากกว่า 30 ปี การได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสโตรเจนทดแทนเป็นระยะเวลานานในสตรีวัยหมดระดู (อำนาจ จิตวรนนท์, 2556; Berek, 2012) เนื่องจาก มีความสัมพันธ์กับช่วงชีวิตที่รับใช้ผลิตภัณฑ์ฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสโตรเจนได้นาน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่มีบทบาท ในการแบ่งตัวของเซลล์ และมะเร็งเต้านมมีการตอบสนอง ต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนเหล่านี้ได้ดี (Ritte, et al.,

2013) การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหรือน้ำหนักตัว มากในสตรีวัยหมดระดูมีผลให้ความเสี่ยงต่อการเป็น มะเร็งเต้านมมากขึ้นด้วยเช่นกัน เนื่องจากในสตรีวัย หมดระดูจะมีการผลิตเอสโตรเจนในชั้นไขมันเป็นแหล่ง สำคัญดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการส่งเสริมให้สตรี วัยหมดระดูมีการเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมอยู่เสมอ และวิธีที่ดีที่สุดรวมทั้งเป็นที่ยอมรับนั้นคือ การคัดกรอง มะเร็งเต้านม

การคัดกรองมะเร็งเต้านมมี 3 วิธี คือ (1) การ ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination: BSE) (2) การตรวจเต้านม โดยบุคลากรทางการแพทย์ (Clinical Breast Examination: CBE) และ(3) การตรวจ เต้านมด้วยแมมโมแกรม (Mammography: MM) BSE เป็นวิธีที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ต้องใช้เทคโนโลยี สามารถ กระทำได้ด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ (Newton and Grethlein, 2015) แต่องค์กรสุขภาพด้านป้องกันโรคของ สหรัฐอเมริกา (The US Preventive Services Task Force: USPSTF) และองค์กรสุขภาพด้านป้องกันโรค ของแคนาดา (The Canadian Task Force on Preventive Health Care: CTFPHC) ศึกษาพบว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ได้ช่วยลดอัตราตายของ

โรคมะเร็งเต้านมจึงไม่นับการตรวจเต้านมด้วยตนเองรวมในวิธีการคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยเสนอแนะว่าอาจจะทำหรือไม่ทำก็ได้ (CTFPHC, 2015) ทั้งนี้สมาคมสูตินรีแพทย์ของสหรัฐอเมริกา (the American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG) และสมาคมโรคมะเร็งสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society: ACS) รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย ยังคงแนะนำให้ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน เพื่อให้สตรีมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพเต้านมตนเอง และทราบได้เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงบริเวณเต้านมและต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ที่ผิดปกติ (ACS, 2015) ส่วนการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ เป็นวิธีที่มีสมรรถนะสูงและช่วยให้วินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมได้เร็วขึ้น (Miller, 2008) ซึ่งองค์กรสุขภาพด้านป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกาให้ข้อเสนอแนะว่าอาจจะทำหรือไม่ทำก็ได้ เนื่องจากไม่มีผลการศึกษาเชิงทดลองของการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการศึกษานี้จะเป็นผลจากการตรวจร่วมกับวิธีอื่น สำหรับ MM เป็นวิธีคัดกรองที่นับว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด เพราะสามารถตรวจพบก้อนขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร โดยวิธีการตรวจด้วยการคลำยังไม่สามารถตรวจพบได้ MM มีความไวร้อยละ 67.80 ความจำเพาะร้อยละ 75 (Newton and Grethlein, 2015) และลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 15 – 20 (National cancer institute, 2015) การตรวจวิธีนี้ทุกสถาบัน (USPSTF, ACS, ACOG and CTFPHC) รวมทั้งประเทศไทยมีข้อเสนอแนะตรงกันว่าสตรีวัยหมดระดูควรตรวจทุก 1-2 ปี

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงใช้เกณฑ์การคัดกรองมะเร็งเต้านมขององค์กรสุขภาพด้านป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกาสำหรับสตรีวัยหมดระดู คือ การปฏิบัติเพื่อค้นหาความผิดปกติและก้อนเนื้ออกเต้านมตั้งแต่มิมีอาการหรืออาการแสดงของมะเร็งเต้านม โดย (1) MM ด้วยความสม่ำเสมอทุก 1-2 ปี หรือ (2) MM ทุก 1-2 ปี

ร่วมกับ CBE ทุกปี หรือ (3) MM ทุก 1-2 ปี ร่วมกับ BSE ทุกเดือน หรือ (4) การคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้ง 3 วิธีร่วมกัน คือ BSE ทุกเดือนร่วมกับ CBE ทุกปี และ MM ทุก 1-2 ปี ซึ่งจะช่วยให้ค้นพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก ได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ส่งผลดีต่อการรักษาและการพยากรณ์โรค โดยมีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ (Miller and Baines, 2011) ซึ่งพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมนับว่ามีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพเต้านมตนเองของสตรีวัยหมดระดูเป็นอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู พบว่าสตรีวัยหมดระดูมีพฤติกรรม BSE อยู่ในระดับร้อยละ 19.10–68.00 (2548-2553) CBE ร้อยละ 23.20 และ MM มีเพียงร้อยละ 3.0 (วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล, หทัยชนก พรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, และกนิษฐา ไทยกล้า, 2553) พฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยการที่ไม่ตรวจ BSE, CBE และ MM ด้วยความถี่ที่เหมาะสมของสตรีวัยหมดระดูจะมีความเสี่ยงและอยู่ในช่วงวัยที่พบมะเร็งเต้านมสูงกว่าวัยอื่นๆ นับว่าเป็นประเด็นสำคัญทางสุขภาพที่พยาบาลต้องให้ความสนใจ เพื่อหาวิธีที่ทำให้สตรีวัยหมดระดูมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เพียงพอ ทั้งนี้ การจะพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมได้นั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ว่ามีปัจจัยใดที่มีผลต่อพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม ได้แก่ BSE, CBE, MM ของสตรีวัยหมดระดู และเพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของ

การคัดกรองมะเร็งเต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการตรวจเต้านมที่มีต่อพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม

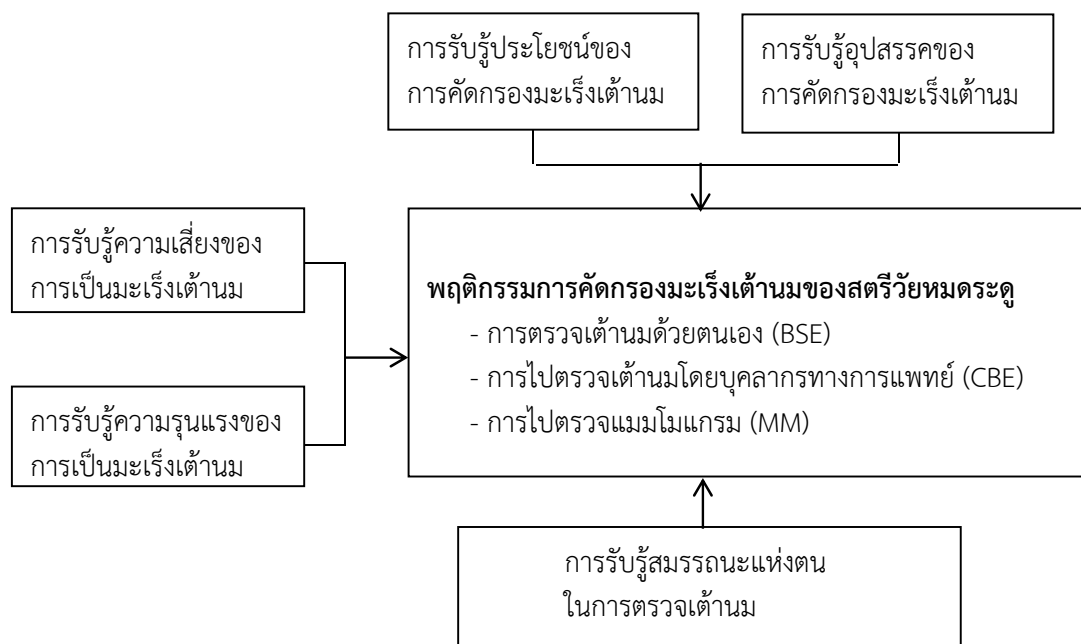
สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมสามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดูได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมด้านสุขภาพ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ

ด้านสุขภาพของ Becker มาทำนายพฤติกรรม การคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม ในการค้นหาโรคได้ตั้งแต่วัยแรก การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม หากสตรีวัยหมดระดูรับรู้ว่ามีอุปสรรคหรือปัญหาความยุ่งยากที่จะเกิดขึ้นนั้นสำคัญน้อยกว่าการที่ตนมีความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม และความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมที่เกิดขึ้น แล้วอุปสรรคนั้นยังสำคัญน้อยกว่าประโยชน์ที่จะได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยเป็นการคิดไตร่ตรองและเชื่อในเหตุผลของตนเอง อีกทั้งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองและรับรู้ด้วยว่าตนสามารถไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งการที่สามารถไปตรวจแมมโมแกรมได้ ก็จะทำให้สตรีวัยหมดระดูเกิดพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม

ประชากร

สตรีวัยหมดระดูระหว่าง 45 - 59 ปี ที่มารับบริการในคลินิกวิทยาทอง โรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

สตรีวัยหมดระดูอายุระหว่าง 45 - 59 ปี ที่มารับบริการรักษาในคลินิกวิทยาทองโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานครซึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ไม่มีความผิดปกติของระบบจิตประสาท สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ทำการคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยเริ่มจากสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) มา 2 สังกัดของทั้งหมด 6 สังกัด จากโรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร ที่มีคลินิกวิทยาทอง (สังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย สังกัดองค์กรอิสระ สังกัดกระทรวงกลาโหม และสังกัดนายกรัฐมนตรีย) ต่อจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่สังกัดละ 1 โรงพยาบาล แล้วนำมาคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยสัดส่วนที่เท่ากันของสตรีวัยหมดระดูที่มารับบริการในคลินิกวิทยาทองของแต่ละโรงพยาบาล ทำการสุ่มแบบอย่างง่ายอีกครั้งจากการสำรวจข้อมูลเฉพาะเป็นของสตรีวัยหมดระดู คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จับฉลากชื่อเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณสูตร Thorndike คือ $n \geq 10k + 50$ (k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา 6 ตัวแปร) และเพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล เพิ่มกลุ่ม

ตัวอย่างอีกร้อยละ 30 จึงมีขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 145 คน จากการคำนวณด้วยสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง (ใช้ข้อมูลจากสถิติปี 2557 โรงพยาบาลแห่งที่ 1 จำนวน 1,306 คน โรงพยาบาลแห่งที่ 2 จำนวน 3,415 คน) ดังนั้นจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลในกรุงเทพ 2 แห่ง โดยโรงพยาบาลแห่งที่ 1 จำนวน 40 คน และจากโรงพยาบาลแห่งที่ 2 จำนวน 105 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม 7 ส่วน คือ

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 11 ข้อคำถาม สอบถามเกี่ยวกับ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา สถานภาพสมรส การมีบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ การเริ่มมีและหมดประจำเดือน การได้รับยาฮอร์โมนทดแทน และการเคยพบเห็นหรือเคยได้ยินผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม
2. การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านมของเมรีรัตน์ สุภาพ, จิราพร เชียงอยู่, สุธีร์ รัตนะมงคลกุล, มាលินี เหล่าไพบุลย์, และสมเกียรติ โพธิ์สัตย์ (2550) ซึ่งสร้างมาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มี 10 ข้อคำถาม สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ (ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือความรู้สึก) ต่อความเสี่ยงต่างๆของการเป็นมะเร็งเต้านม เช่น อายุมาก ความโสด การรับประทานยาฮอร์โมนทดแทนเป็นเวลานาน การรับประทานอาหาร ป้าง ง่าย เผลา
3. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมของปรารธนา สถิตย์วิภาวี (2552) มี 12 ข้อคำถาม สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ (ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือความรู้สึก) ต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม และผลกระทบต่างๆ อันเนื่องมาจากการเป็นโรคมะเร็งเต้านม เช่น ต้องตัดเต้านมออก การกระทบต่ออาชีพการงานและครอบครัว

4. การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของ BSE และแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของ MM ของปรารณา สถิตยวิภาวี (2552) มี 7 ข้อคำถามสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ (ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือความรู้สึก) ต่อผลของการมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม เช่น ทำให้พบความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ทำให้โอกาสตัดเต้านมน้อยลง โอกาสเสียชีวิตลดลง

5. การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามเรื่องการรับรู้อุปสรรคของ BSE และการรับรู้อุปสรรคการตรวจ MM ของ ปรารณา สถิตยวิภาวี (2552) มี 16 ข้อคำถามสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ (ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือความรู้สึก) ต่อการมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม เช่น ทำให้รู้สึกอาย ลำบากใจ ไม่กล้าตรวจเพราะกลัวพบความผิดปกติ หรือเพราะคิดว่าไม่มีความจำเป็น คิดว่าเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลามาก ไม่ทราบขั้นตอนของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

6. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม โดยดัดแปลงจากความมั่นใจในการตรวจเต้านมของ ปรารณา สถิตยวิภาวี (2552) มี 7 ข้อคำถามสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ (ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือความรู้สึก) ต่อระดับความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

แบบสอบถามในส่วนที่ 2-6 เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) การแปลความหมายของคะแนน ใช้หลักสถิตินำค่าพิสัยหารด้วยจำนวนชั้น คือ (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/3 แบ่งการรับรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ

7. พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม โดยให้เลือกตอบ คือ (1) เคยปฏิบัติหรือเคยไปตรวจ (2) ไม่เคยปฏิบัติหรือ

ไม่เคยไปตรวจ พร้อมทั้งถามความถี่และสาเหตุของการตรวจเต้านมในแต่ละวิธี (BSE, CBE, MM)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80, 0.92, 0.85, 0.94 และ 1.00 ตามลำดับ ยกเว้นข้อคำถามปัจจัยส่วนบุคคลไม่นำมาคิด และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมใช้วัดเป็นค่าความตรงสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ในการวัดมีค่าเท่ากับ 0.80 และได้ค่าความเที่ยงในการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับสตรีวัยหมดระดูที่มาใช้บริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ ที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าแอลฟา ครอนบาคเท่ากับ 0.73, 0.86, 0.87, 0.63, และ 0.90 ตามลำดับ ยกเว้นข้อคำถามปัจจัยส่วนบุคคลไม่นำมาคิดและแบบสอบถามพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมคิดค่าความเที่ยงเป็นค่าทดสอบซ้ำ (Test-retest) เท่ากับ 0.99 หลังจากนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 145 คน มีค่าความเที่ยง (ยกเว้นแบบสอบถามพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม) เท่ากับ 0.74, 0.81, 0.87, 0.84 และ 0.87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองผ่านจริยธรรมฯ ของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง โรงพยาบาลแห่งที่ 1 (หนังสือเลขที่ 10/2558 ลงวันที่ 13 มกราคม 2558) และของโรงพยาบาลแห่งที่ 2 (หนังสือเลขที่ IRB/RTA 504/2558 ลงวันที่ 9 เมษายน 2558) ผู้วิจัยชี้แจงถึงการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ไม่มีค่าใช้จ่าย สิทธิในการร้องเรียนกรณีรู้สึกได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม การเก็บความลับของข้อมูลและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการสำรวจจากเวชระเบียนของผู้มารับบริการคลินิกวัยทอง แล้วคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นทำการสุ่มแบบอย่างง่ายจับฉลากชื่อเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง การดำเนินการเมื่อตรวจสอบว่าผู้มารับบริการคลินิกวัยทองตรงกับที่ทำการสุ่มคัดเลือกไว้ จึงเริ่มแนะนำตัว โครงการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ในการร่วมเข้าวิจัย เมื่อผู้มารับบริการตอบรับและแสดงเจตนาในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หรือผู้วิจัยทำการสอบถามแล้วทำเครื่องหมายตามคำตอบที่ละข้อจนครบหมดทุกข้อ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

โปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดูจำนวน 145 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 55-59 ปี ร้อยละ 55.20 ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติคือค่าระหว่าง 18.50-22.90 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 36.60 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.90 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ

75.90 อายุเมื่อมีบุตรคนแรกส่วนใหญ่จะอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 54.50 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.40 มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุด ร้อยละ 51.70 อายุเมื่อเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกส่วนใหญ่อายุเท่ากับหรือมากกว่า 12 ปี ร้อยละ 91.70 และอายุเมื่อหมดประจำเดือนส่วนใหญ่ไม่เกิน 55 ปี ร้อยละ 96.60 ซึ่งโดยมากเป็นการหมดระดูตามธรรมชาติ ร้อยละ 68.20 และไม่ได้ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน ร้อยละ 61.40 กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้พบเห็น/ได้ยินผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านม มีร้อยละ 84.10 และมีความเกี่ยวข้องกันในฐานะเป็นเพื่อนหรือคนรู้จักมากที่สุด ร้อยละ 55.80 โดยการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมในระดับปานกลาง (23.34 - 36.67 คะแนน) ร้อยละ 73.80 ($\bar{X} = 33.20$, S.D = 5.08) มีการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมในระดับปานกลาง (28.01 - 44 คะแนน) ร้อยละ 62.10 ($\bar{X} = 42.04$, S.D = 7.73) มีการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระดับสูง (25.67 - 35.00 คะแนน) ร้อยละ 95.20 ($\bar{X} = 30.36$, S.D = 3.73) มีการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระดับต่ำ (16.00 - 37.33 คะแนน) ร้อยละ 74.50 ($\bar{X} = 32.97$, S.D = 8.57) และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมในระดับปานกลาง (16.34 - 25.66 คะแนน) ร้อยละ 60.70 ($\bar{X} = 23.55$, S.D = 4.58) จากการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างนี้พบว่า มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแบ่งพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดู (n = 145 คน)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เพียงพอ		
MM ทุก 1-2 ปี เพียงอย่างเดียว	20	13.79
MM ทุก 1-2 ปี ร่วมกับ BSE ทุกเดือน	4	2.76
MM ทุก 1-2 ปี ร่วมกับ CBE ทุกปี	28	19.31
BSE ทุกเดือน ตรวจร่วมกับ CBE ทุกปี และ MM ทุก 1-2 ปี	26	17.93
รวม	78	53.79
พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ		
BSE ทุกเดือน เพียงอย่างเดียว	12	8.28
CBE ทุกปี เพียงอย่างเดียว	5	3.45
BSE ทุกเดือน ตรวจร่วมกับ CBE ทุกปี	11	7.59
เคยตรวจเต้านมอย่างน้อยหนึ่งวิธีแต่ด้วยความถี่ไม่เหมาะสม	34	23.44
ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยวิธีใดๆเลย	5	3.45
รวม	67	46.21

BSE (Breast Self Examination) = การตรวจเต้านมด้วยตนเอง, CBE (Clinical Breast Examination) = การตรวจ เต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์, MM (Mammography) = การตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดูจำนวน 145 คน แบ่งตามพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 53.79 โดยพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เพียงพอ มีอยู่ 4 รูปแบบ คือ 1) MM ทุก 1-2 ปี (ร้อยละ 13.79) 2) MM ทุก 1-2 ปีร่วมกับ BSE ทุกเดือน (ร้อยละ 2.76) 3) MM ทุก 1-2 ปีร่วมกับ CBE ทุกปี (ร้อยละ 19.31) และ 4) ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

ทั้ง BSE ทุกเดือน CBE ทุกปี และ MM ทุก 1-2 ปี (ร้อยละ 17.93) กลุ่มที่ 2 มีรูปแบบของพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 46.21 คือในกลุ่มนี้อาจทำการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีใดๆ แต่ไม่ได้รับคัดกรองมะเร็งเต้านมในวิธีที่สำคัญ และเวลาที่เหมาะสมสำหรับสตรีวัยหมดระดู คือ ไม่ไป MM ทุก 1-2 ปี ทำการวิเคราะห์ด้านการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างต่อผลการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู (n = 145 คน)

ปัจจัย	B	S.E	Wald	df	OR (95% CI)	p-value
1. การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม	-0.07	0.02	9.30	1	0.93 (0.89 - 0.97)	0.00
2. การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม	-0.08	0.05	2.18	1	0.92 (0.83 - 1.03)	0.14
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม	-0.02	0.04	0.29	1	0.98 (0.90 - 1.06)	0.59
4. การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม	0.01	0.04	0.05	1	1.01 (0.94 - 1.08)	0.82
5. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม	0.00	0.02	0.00	1	1.00 (0.95 - 1.05)	0.96
Constant	5.24	2.42	4.68	1	188.98	0.03

Nagelkerke $R^2 = .10$, $p < 0.05$

จากตารางที่ 2 จากการวิเคราะห์ตัวแปรทั้ง 5 ตัวแปรในสมการจาก Logistic Regression พบว่า ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียงปัจจัยเดียวและเป็นการทำนายว่าโอกาสของการเกิดรูปแบบที่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เพียงพอ นั้นลดลง คือ ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม (OR = 0.93) หมายความว่า เมื่อตัวแปรการรับรู้ด้านอุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะลดโอกาสของการเกิดเหตุการณ์พฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เพียงพอลง 0.93 เท่า หรือ ต่ำต่อสตรีวัยหมดระดูที่มีการรับรู้ด้านอุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมสูงจะมีโอกาสของการมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เพียงพอ น้อยกว่า สตรีวัยหมดระดูที่มีการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม

ในระดับต่ำกว่า 0.93 เท่า โดยสร้างสมการทำนาย (logit) ได้ดังนี้

$$\log \left[\frac{\text{โอกาสที่เพียงพอ}}{\text{โอกาสไม่เพียงพอ}} \right] = 0.93_{\text{การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม}}$$

โดยการพยากรณ์ได้เกณฑ์ความน่าจะเป็น (Probability) ดังนี้

$$\text{Prob (การคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เพียงพอ)} = 5.24 - 0.07(\text{การรับรู้อุปสรรค})$$

เนื่องจากการรับรู้ด้านอุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมเป็นปัจจัยเดียวในการศึกษานี้ที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อศึกษาถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม พบดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สาเหตุที่ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145 คน)

สาเหตุที่ไม่ปฏิบัติ พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม	BSE		CBE		Mammography	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1. ไม่เคยรู้เรื่องการตรวจวิธีนี้มาก่อน	4	2.80	5	3.40	-	-
2. รู้สึกอาย	1	0.70	1	0.70	2	1.40
3. เห็นว่าไม่จำเป็น	5	3.40	4	2.80	5	3.40
4. กลัวพบก้อนมะเร็ง	1	0.70	1	0.70	1	0.70
5. เคยตรวจแมมโมแกรมไม่พบ ความผิดปกติ	14	9.70	8	5.50	N/A	
6. ขัดต่อขนบธรรมเนียมประเพณี	5	3.40	2	1.4	10	0.70
7. คิดว่าผลของการตรวจเต้านม ด้วยตนเองไม่แน่นอน	9	6.80	N/A		N/A	
8. ตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่แล้ว	N/A		16	11.0	1	0.70
9. แพทย์ไม่ได้นัดตรวจ	N/A		2	1.4	17	11.70
10. ค่าใช้จ่ายสูง	N/A		-	-	2	1.50
11. กลัวเจ็บเต้านม	N/A		-	-	2	1.40

N/A: Not application = ไม่สามารถประเมิน หรือ ไม่ได้ประเมิน

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษา หากมุ่งเป้าไปที่ การรับรู้ด้านอุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่างถึงสาเหตุที่ทำให้ไม่ไป MM ซึ่งนับเป็นวิธีคัดกรองมะเร็งเต้านมที่สำคัญที่สุดสำหรับสตรีวัยหมดระดูพบว่าสาเหตุที่พบมากที่สุดคือ การที่มองว่าแพทย์ไม่ได้นัดตรวจ พบร้อยละ 11.70 (จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม ได้รับคำตอบว่าเชื่อว่าการที่แพทย์ไม่ได้นัดตรวจก็ยังไม่ต้องตรวจก็ได้) สาเหตุรองลงมา คือ เห็น

ว่าไม่จำเป็น ค่าใช้จ่ายสูง รู้สึกอาย กลัวเจ็บเต้านม กลัวพบก้อนมะเร็ง ตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่แล้ว และ ขัดต่อขนบธรรมเนียมประเพณี ตามลำดับ และเมื่อได้ทราบอุปสรรคหรือสาเหตุที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสมการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมแล้ว ทั้งนี้ เมื่อนำมาตรวจสอบความถูกต้องของสมการทำนาย ได้ผลดังในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความถูกต้องของสมการทำนาย

พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม	ผลการทำนายจากสมการ		
	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	ร้อยละความถูกต้อง
เพียงพอ	56	22	71.80
ไม่เพียงพอ	35	32	47.80

จากตารางที่ 4 เมื่อใช้สมการถดถอยโลจิสติกทำนาย กลุ่มสตรีวัยหมดระดูที่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เพียงพอ จำนวน 78 คน จะพบว่า มีสตรีวัยหมดระดูที่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เพียงพอ จำนวน 56 คน สามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 71.80 และเมื่อใช้สมการถดถอยโลจิสติกทำนาย กลุ่มสตรีวัยหมดระดูที่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ จำนวน 67 คน จะพบว่า มีสตรีวัยหมดระดูที่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอจำนวน 32 คน สามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 47.80

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดูที่มารับบริการในคลินิกวัยทองมีรูปแบบของพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เพียงพอร้อยละ 53.79 ซึ่งเมื่อพิจารณาเทียบกับการตรวจเต้านมในอดีตพบว่า การตรวจ MM และ BSE มีมากขึ้น อาจเป็นเพราะนโยบายของรัฐบาลและภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่มีการส่งเสริมและกระตุ้นการคัดกรองมะเร็งเต้านม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานประการหนึ่งส่งผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติ แต่การที่ยังคงมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพออีกเกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 46.21) อธิบายได้ว่า ถึงแม้จะรู้ว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีความรุนแรงหรือตนเองมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งเต้านม แต่เนื่องจากโรคนี้มีการดำเนินของโรคค่อยเป็นค่อยไป ในระยะเริ่มแรกของโรคจะไม่ปรากฏอาการ ซึ่งกว่าจะปรากฏอาการก็ต้องใช้ระยะเวลานานสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพรณัฏ์ ตันตินันท์ตระกูล (2549) ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และถึงแม้จะรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม หรือ

มีสมรรถนะใน BSE ตลอดจนสามารถไปพบ CBE และ MM ได้ แต่การที่ต้องปฏิบัติพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เพียงพอ นั้นกลับต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องไปตลอดชีวิต อีกทั้งในการที่ไม่ปฏิบัติหรือการปฏิบัติอย่างไม่สม่ำเสมอนั้น ก็ไม่สามารถเห็นผลเสียได้อย่างชัดเจนหรือภายในเวลาอันรวดเร็ว จึงมีผลให้เกิดพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ

ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคการคัดกรองมะเร็งเต้านม และสามารถทำนายถึงแต้มต่อสตรีวัยหมดระดูที่มีการรับรู้ด้านอุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมสูงจะมีโอกาสของการมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เพียงพอน้อยกว่า สตรีวัยหมดระดูที่มีการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระดับต่ำกว่า 0.93 เท่า ผลของการศึกษานี้พบว่า การรับรู้อุปสรรคการคัดกรองมะเร็งเต้านม คือ มีความเชื่อที่ว่า การที่แพทย์ไม่ได้ตรวจ MM ก็ยังไม่มี ความจำเป็นต้องตรวจ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงาน (ช่วงอายุ 45 – 59 ปี) ยังคงมองว่าตนเองมีร่างกายแข็งแรง อีกทั้งยังเป็นเรื่องของการเสียเวลา ว่างงานไปตรวจแล้วยังต้องเพิ่มเวลาของวันไปฟังผลการตรวจอีกวันด้วย และด้วยความเชื่อที่ว่าไม่มีความจำเป็นต้องตรวจเต้านม เพราะไม่มีประวัติความเจ็บป่วยมะเร็งเต้านมในครอบครัว ไม่มีอาการผิดปกติของเต้านม MM มีค่าใช้จ่ายสูง หรือมีความรู้สึกอาย ความกลัวเจ็บเต้านม ความกลัวพบก้อนมะเร็ง ความรู้สึกขัดต่อขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นผลให้ไม่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เพียงพอ ทำนองเดียวกับการศึกษาของเมรีตันน์ สุภาพ และคณะ (2550) และ Yurdakos, Gulhan, Unalan and Ozturk (2013) ที่พบว่า ความกลัวว่าจะพบสิ่งผิดปกติที่เต้านม การเห็นว่าเป็นสิ่งไม่จำเป็น เพราะไม่มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัว การที่เชื่อว่าตนเองจะไม่เป็นมะเร็งเต้านม ความรู้สึกไม่สบายใจ

ต่อการต้องเปิดเผยด้านม ความไม่สะดวกในการตรวจ
ด้านม และคิดว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก จึงทำให้ไม่มีพฤติกรรม
การคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมและเพียงพอในการ
ป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรส่งเสริมการตรวจเต้านม
ด้วยตนเอง โดยจัดฝึกอบรมสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง
ในคลินิกวิทยุทองอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นการเพิ่มการรับรู้
สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม

2. พยาบาลควรจัดบริการตรวจเต้านม
โดยบุคลากรทางการแพทย์ จัดทำใบนัดตรวจประจำปี
หรือการตรวจควบคู่กับวันนัดตรวจ MM ของทุกปี
เนื่องจากการมาตรวจตามนัดเป็นวิธีที่ทำให้สตรีวัยหมด
ระดูมาตรวจมากที่สุด

3. พยาบาลควรส่งเสริมการตรวจด้วย MM
การจัดบริการแจ้งเตือนเมื่อถึงกำหนดนัดตรวจ MM
เช่น การโทรแจ้ง การส่งข้อความ หรือทางไลน์ ซึ่งเป็น
การช่วยลดอุปสรรคคือปัญหาด้านการลืม

4. ควรพัฒนาโปรแกรมพฤติกรรมการ
ตรวจเต้านม โดยเน้นการลดอุปสรรคของการคัดกรอง
มะเร็งเต้านม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในสตรีวัยหมดระดูที่เข้ารับบริการ
ในคลินิกวิทยุทองเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี ขึ้นไป

2. ควรศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย
คัดสรรที่มีต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม
โดยแยกแต่ละวิธี ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
โดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจแมมโมแกรม
ของสตรีวัยหมดระดู

เอกสารอ้างอิง

- ปรารธนา สติติภาวิ. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีไทยในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เมธีรัตน์ สุภาพ, จิราพร เขียวอยู่, สุธีร์ รัตนมงคลกุล, มานี เหล่าไพบุลย์, และสมเกียรติ โพธิ์สัตย์. (2550).
การรับรู้และพฤติกรรมการตรวจหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกของผู้หญิงกลุ่มอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปใน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 16(4), 586-596.
- วิชัย เอกพลากร, ยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล, หทัยชนก พรหมเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า,
และกนิษฐา ไทยกล้า. (2553). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2
(พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: เดอะกราฟิกซิสเต็มส์.
- สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557. (2558). สืบค้นจาก http://bps.moph.go.th/sites/default/files/cancer_0.pdf
- สุภาภรณ์ ตันตินันตตระกูล. (2549). พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี
จังหวัดราชบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, นครนายก.
- อำนาจ จิตวรรณันท์. (2556). การรักษามะเร็งเต้านม. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 9(1), 5-14.
- American Cancer Society. (2015). Estimated new cases for the four major cancers by sex and age
group, 2015. Retrieved from <http://www.cancer.org/acs/groups/ /content/ @editorial/ documents/document/acspc-044511.pdf>.

- Berek, J. S. (2012). *Berek & Novak's Gynecology*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins
- Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2015). *CTFPHC Guidelines: breast cancer clinician CBE/BSE recommendation*. Retrieved from <http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2011-breast-cancer/clinician-cbe-bse-recommendation/>.
- Miller, A. B., & Baines, C. J. (2011). The role of clinical breast examination and breast self-examination. *Preventive Medicine, 53*(3), 118-120.
- Miller, N. H. and Jensen, R. T. (2008). Giffen behavior and subsistence consumption. *American Economic Review, 98*(4), 1553-1577.
- National Cancer Institute. (2015). *Risk and protective factors*. Retrieved from http://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-treatment-pdq#section/_1.
- Newton, E. V. and Grethlein, S. J. (2015). *Breast cancer screening*. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/1945498-overview>.
- Ritte, R., Lukanova, A., Tjønneland, A., Olsen, A., Overvad, K., Mesrine, S., . . . Kaaks, R. (2013). Height, age at menarche and risk of hormone receptor-positive and negative breast cancer: a cohort study. *International Journal of Cancer, 132*(11), 2619-2629. doi: 10.1002/ijc.27913.
- Yurdakos, K., Gulhan, Y. B., Unalan, D., & Ozturk, A. (2013). Knowledge, attitudes and behavior of women working in government hospitals regarding breast self-examination. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention, 14*(8), 4829-4834.