ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา

Predictive Factors of Breast Cancer Prevention Behavior among Female University Students in Chachoengsao Province

Received: October 20, 2024
Revised: November 29, 2024
Accepts: December 6, 2024

ศิริวรรณ ตุรงค์เรือง (พย.ม) [1]
Siriwan Turongruang (M.N.S)
เพ็ญศิริ สันตโยภาส (พย.ด)[2]
Pensiri Santayopas(D.N.S)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ระดับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาหญิงจำนวน 341 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-23 ปี (ร้อยละ 95.89) ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.42, SD = 0.57) พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.98, SD = 0.32) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าทุกปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยการรับรู้ในแต่ละด้านมีค่าดังนี้: การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($\bar{X}$ = 3.92, SD = 0.60) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ($\bar{X}$ = 3.44, SD = 0.59) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\bar{X}$ = 3.58, SD = 0.77) และความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม ($\bar{X}$ = 3.50, SD = 0.57) โดยความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.257$, $p < .001$) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่ามีตัวแปร 5 ตัวที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 31.6 ($R^2 = .316$) โดยความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมมีอำนาจการทำนายสูงสุด ($\beta = 0.318$) ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยเน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม การฝึกปฏิบัติทักษะการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง และการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของมะเร็งเต้านม

คำสำคัญ: ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม นักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัย

[1] อาจารย์ [2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ, Thailand
Corresponding Author's: Siriwan.tu@northbkk.ac.th

Abstract

This descriptive research aimed to study the level of breast cancer awareness, the level of breast cancer prevention behavior, the relationship between breast cancer awareness and breast cancer prevention behavior, and the predictive factors of breast cancer prevention behavior among female students at a university in Chachoengsao Province. The sample consisted of 341 female students. Data were collected using a questionnaire. Data analysis employed descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and multiple regression analysis. The results revealed that the majority of the sample was between 18-23 years old (95.89 percent). The overall level of health awareness about breast cancer was moderate (= 3.42, SD = 0.57). The overall level of breast cancer prevention behavior was moderate ($\bar{X}$ = 1.98, SD = 0.32). The analysis of health awareness in each aspect showed: benefits of breast self-examination awareness ($\bar{X}$ = 3.92, SD = 0.60), susceptibility awareness ($\bar{X}$ = 3.44, SD = 0.59), severity awareness ($\bar{X}$ = 3.58, SD = 0.77), and self-efficacy in breast self-examination ($\bar{X}$ = 3.50, SD = 0.57). The correlation analysis found that all health awareness factors had a statistically significant positive relationship with breast cancer prevention behavior ($p < .05$), with self-efficacy in breast self-examination having the highest relationship ($r = 0.257$, $p < .001$). The multiple regression analysis found that five variables could jointly predict breast cancer prevention behavior by 31.6 percent ($R^2 = .316$), with self-efficacy in breast self-examination having the highest predictive power ($\beta = 0.318$). The findings can be applied to develop a breast self-examination promotion program focusing on enhancing self-efficacy in breast self-examination, providing proper breast examination skills training, and educating about the risks and severity of breast cancer.

KEYWORDS: Health beliefs, Breast cancer prevention behavior, Female university students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบอันดับต้น ๆ ของโลก จากรายงานองค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2021 ผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในแต่ละปีมีจำนวนมากกว่า 2.3 ล้านคน และทั่วโลกพบผู้ป่วยรายใหม่ 42.1 ต่อประชากรแสนราย (World Health Organization [WHO], 2021) มะเร็งเต้านมพบในผู้หญิงที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี คิดเป็น 244,000 รายต่อปี (Lin et al., 2013) สาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งสูงสุดเป็นอันดับสองในผู้หญิงอายุ 0 - 39 ปีทั่วโลก โดยมีผู้เสียชีวิต 44,800 รายต่อปี อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมในผู้หญิงอายุ 25 - 49 ปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 16 นับตั้งแต่ทศวรรษ 1990 (Fidler et al., 2017) สำหรับประเทศไทยนั้นสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2561) รายงานว่าแต่ละปีจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่กว่า 140,000 คน โดยพบมะเร็งเต้านมสูงสุด จำนวน 38,559 ราย ซึ่งเป็นอันดับหนึ่งคิดเป็น ร้อยละ 34.25 และพบจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมปี พ.ศ. 2556 – 2560 ต่อแสนประชากรเท่ากับ 9.88 10.46 11.34 12.38 และ 12.56 เพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามะเร็งเต้านมเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญและคุกคามต่อชีวิตของเพศหญิง สาเหตุการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบแน่ชัด แต่อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมของสตรี พบในอายุของเพศหญิงที่มี

อายุมากกว่า 35 ปี เกิดมะเร็งเต้านมมากกว่าอายุน้อยกว่า 35 ปี (American Cancer Society, 2019) และจากรายงานสมาคมมะเร็งเต้านมแห่งเอเชียพบว่าร้อยละ 13 ของผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมมีอายุน้อยกว่า 40 ปี ในขณะที่พบร้อยละ 5 ในผู้หญิงอายุน้อยกว่า 35 ปี การที่มะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นอย่างมากในเพศหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร่วมกับเมื่อกลุ่มนี้เป็นมะเร็งแล้วเซลล์ที่มีรูปร่างผิดปกติ มีการลุกลาม การกระจายที่มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า (Bhoo-Pathy et al., 2013)

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีจำนวนประชากรเพศหญิงในปี 2563 จำนวน 95,677 คน พบว่ามีอัตราป่วยด้วยมะเร็งเต้านม ร้อยละ 7.67 สัดส่วนการคัดกรองมะเร็งเต้านมในหญิงวัย 30-70 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2564 พบร้อยละ 68.23 68.68 และ 75.30 ตามลำดับ และอำเภอบางคล้า พบร้อยละ 91.74 89.84 และ 62.69 ตามลำดับ อัตราตายจากมะเร็งเต้านมเพศหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา ปี พ.ศ. 2560-2564 พบอัตราต่อแสนประชากร 13.09 17.71 15.40 16.98 และ 15.28 ตามลำดับ อำเภอบางคล้าพบอัตราตายต่อแสนประชากร 4.21 21.09 16.87 25.27 และ 20.95 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2564) จากสถิติจะเห็นได้ว่า อัตราการป่วยและอัตราการตายด้วยมะเร็งเต้านมนั้นยังคงมีอยู่และมีแนวโน้มอาจสูงขึ้น มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ (2566) รายงานจำนวนนักศึกษาภาคปกติ ปีการศึกษา 2566 มีจำนวน 3,187 คนซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอยู่ในช่วงอายุ 18 - 35 ปี เป็นวัยเรียน เริ่มเข้าสู่การทำงานและสร้างครอบครัว จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Secginli & Nahcivan, 2006) การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองนั้นถ้าทำอย่างถูกต้องสม่ำเสมอจะเป็นวิธีที่ค้นหามะเร็งเต้านมได้ในระยะเริ่มแรก (Austoker, 2003) และเพศหญิงที่ตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกได้จากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Thomas et al., 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าการที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคได้นั้น จะต้องมีความเชื่อและรับรู้ว่า โรคที่อาจเกิดขึ้นนั้นจะมีความรุนแรงและส่งผลกระทบชีวิต และมีความเชื่อว่าถ้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมจะลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคได้ (Rosenstock et al., 1988) ความเชื่อจึงเป็นสิ่งจูงใจประการหนึ่งที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แบบจำลองสุขภาพ (Rosenstock et al., 1988) เน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลี่ยงการเกิดโรคและการปรับพฤติกรรม โดยที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกัน ลดความรุนแรงของโรคได้นั้น บุคคลต้องเชื่อว่า ตนเองมีโอกาสที่จะเกิดโรค หรือโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อชีวิต

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัย แห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ของนักศึกษาหญิง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม

2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา
4. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิดทางการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีตัวแปรที่ศึกษาดังนี้ ตัวแปรต้น 1.ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ รายได้ครอบครัว ประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัว 2. ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมและตัวแปรตามคือพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม แสดงดังภาพที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีลักษณะ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือน ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ดังนี้

2.1 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ

2.2 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ

2.3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ

2.4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ

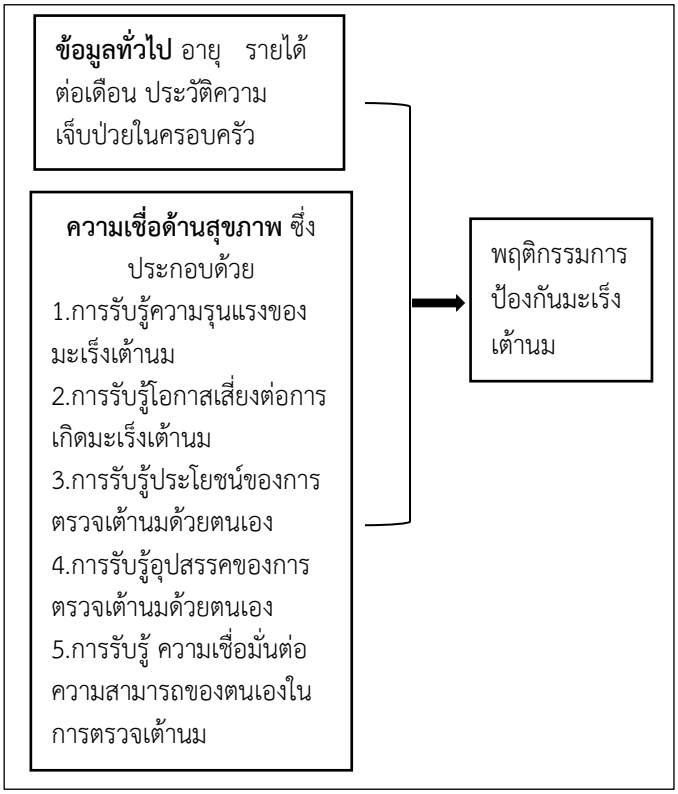
2.5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของสุภาภรณ์ ตันตินันทตระกูล (2549) ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 3 ระดับ (Likert scale)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ดำเนินการโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหาที่ต้องการวัด โดยใช้วิธีการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตามแนวคิดของ Rovinelli และ Hambleton (1977) ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบสอบถามมีค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ 0.76 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ 0.50 แสดงว่าข้อคำถามมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ ในการพิจารณารายข้อ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป โดยถือว่าข้อคำถามเหล่านั้นมีความตรงเชิงเนื้อหาที่เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการ

เก็บรวบรวมข้อมูล (Rovinelli & Hambleton, 1977)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาที่มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 (Cronbach, 1951)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 3,123 คน (มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2566 จำนวน 341 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie และ Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนนักศึกษาแต่ละคณะ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. นักศึกษาหญิงที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรี
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม
2. ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
3. ไม่สะดวกเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล

2. การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาให้การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ PH_CCO_REC 191/2566 ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โดยการบอกกล่าว และติดป้ายประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้นักศึกษาหญิงเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนของการทำวิจัย และเซ็นหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนโดย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเองจนครบ 341 คน กลุ่ม

ตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 30 นาที ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ถึง มกราคม พ.ศ. 2567

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (SPSS) ในการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. การวิเคราะห์ความเชื่อสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

5. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมได้ดีที่สุด การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) จะใช้เกณฑ์ดังนี้ (Hinkle et al., 2003) r = 0.00 - 0.29 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ r = 0.30 - 0.69 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง r = 0.70 - 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูงทั้งนี้ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 341))

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
18-20	162	47.50
21-23	165	48.39
24-26	14	4.11
รายได้ครอบครัว (บาท)		
0-9,000	94	27.56
9,001-12,000	90	26.41
12,001-15,000	90	26.41
มากกว่า 15,000	67	19.62
ประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม		
ไม่มี	306	89.74
มี	35	10.26
- แม่	4	1.17
- พี่สาว/น้องสาว	14	4.11
- ป้า/น้า	17	4.98

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-23 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.39 รองลงมาคือช่วงอายุ 18-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.50 โดยมีอายุเฉลี่ย 20.45 ปี (SD = 1.82) รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 11,245 บาท (SD = 3,456) ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 0 - 9,000 บาท (ร้อยละ 27.56) และประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมพบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.74) ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ในกลุ่มที่มีประวัติ พบว่าส่วนมากเป็นป้า/น้า (ร้อยละ 4.98) รองลงมาคือพี่สาว/น้องสาว (ร้อยละ 4.11)

2. ความเชื่อด้านสุขภาพของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความเชื่อสุขภาพของนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำแนกรายด้านโดยรวม (n = 341)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับการรับรู้
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	3.92	0.60	สูง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	3.44	0.59	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.58	0.77	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	3.48	0.62	ปานกลาง
การรับรู้ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	3.50	0.57	ปานกลาง
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	3.58	0.63	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพของนักศึกษาหญิง พบว่า ในภาพรวมมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.58, SD = 0.63) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.92, SD = 0.60) สำหรับด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม ($\bar{X}$ = 3.58, SD = 0.77) ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม ($\bar{X}$ = 3.50, SD = 0.57) การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($\bar{X}$ = 3.48, SD = 0.62) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ($\bar{X}$ = 3.44, SD = 0.59)

3. พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่าระดับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.98, SD = 0.32) เมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่าด้านการรับประทานอาหาร พบว่า การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 2.31, SD = 0.48) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการหลีกเลี่ยงอาหารประเภทย่าง ปิ้ง มีค่าเฉลี่ยต่ำ ($\bar{X}$ = 1.70, SD = 0.58) ด้านพฤติกรรมการป้องกันพบว่า การสนใจปฏิบัติตามคำแนะนำมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 2.28, SD = 0.45) รองลงมาคือการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($\bar{X}$ = 2.27, SD = 0.52) ทั้งสองพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการตรวจสุขภาพประจำปี ($\bar{X}$ = 1.74, SD = 0.55) และการให้แพทย์ตรวจเต้านมทุกปี ($\bar{X}$ = 1.51, SD = 0.62) อยู่ในระดับต่ำดังแสดงในตารางที่ 3

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์สูงที่สุด ($r = 0.257$, $p < .001$) รองลงมาคือการรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r = 0.206$, $p < .001$) การรับรู้ประโยชน์ ($r = 0.170$, $p < .001$) การรับรู้ความรุนแรง ($r = 0.145$, $p < .01$) และการรับรู้อุปสรรค ($r = 0.106$, $p < .05$) ตามลำดับ ทั้งนี้ความสัมพันธ์ทั้งหมดอยู่ในระดับต่ำ ($r < 0.3$) ดังแสดงตารางที่ 4

ตารางที่ 3 แสดงพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง จำแนกตามรายด้าน (n = 341)

พฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านม	$\bar{X}$	SD	ระดับพฤติกรรม
การรับประทานอาหาร			
1. การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	2.31	0.48	ปานกลาง
2. การหลีกเลี่ยงอาหารประเภทย่าง ปิ้ง	1.70	0.58	ต่ำ
พฤติกรรมการป้องกัน			
1. การสนใจปฏิบัติตามคำแนะนำ	2.28	0.45	ปานกลาง
2. การหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา	2.27	0.52	ปานกลาง
3. การตรวจสุขภาพประจำปี	1.74	0.55	ต่ำ
4. การให้แพทย์ตรวจเต้านม	1.51	0.62	ต่ำ
ระดับพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านม	1.98	0.32	ปานกลาง

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา (n = 341)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม	
	r	*p-value*
1. การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	0.170***	.001
2. การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	0.106*	.038
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม	0.206***	.000
4. การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม	0.145**	.004
5. ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม	0.257***	.000

***p < .001, **p < .01, *p < .05

5.ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งใน จังหวัดฉะเชิงเทรา ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง (n = 341)

ตัวแปร	B	Std. Error	β	t	*p-value*
ค่าคงที่	1.245	0.114	-	10.921	< .001
X_1 ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม	0.224	0.031	0.318	7.226	< .001
X_2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม	0.167	0.028	0.212	5.964	< .001
X_3 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	0.108	0.032	0.132	3.375	< .001
X_4 การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม	0.095	0.030	0.122	3.167	.002
X_5 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม	0.136	0.038	0.175	3.579	< .001

R = .562, R^2 = .316, Adjusted R^2 = .306, F = 30.945, p < .001

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง พบว่ามีตัวแปร 5 ตัวที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 31.6 ($R^2 = 0.316$) ตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดคือ ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม ($\beta = 0.318$) รองลงมาคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ($\beta = 0.212$) ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ($\beta = 0.175$) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($\beta = 0.132$) และการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม ($\beta = 0.122$) ตามลำดับ

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$Y = 1.245 + 0.224(X_1) + 0.167(X_2) + 0.108(X_3) + 0.095(X_4) + 0.136(X_5)$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z = 0.318(X_1) + 0.212(X_2) + 0.132(X_3) + 0.122(X_4) + 0.175(X_5)$

เมื่อ X_1 = ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเอง X_2 = การรับรู้โอกาสเสี่ยง X_3 = การรับรู้ประโยชน์ X_4 = การรับรู้ความรุนแรง X_5 = ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

การอภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาหญิงในช่วงอายุ 18 - 23 ปี (95.89%) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของ Erikson (1968) ที่ระบุว่าเป็นช่วงวัยของการค้นหาอัตลักษณ์และเริ่มสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิด อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการรับรู้ความเสี่ยง ด้านรายได้ครอบครัวพบการกระจายตัวค่อนข้างสม่ำเสมอในช่วง 0 - 15,000 บาท โดยเฉพาะในช่วง 0 - 9,000 บาท (27.56%) และ 12,001 - 15,000 บาท (26.41%) สะท้อนความหลากหลายทางเศรษฐานะซึ่งอาจมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.74) ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yilmaz et al. (2011) ที่พบว่าประวัติครอบครัวมีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง

2. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทราโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.92$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Akhtari-Zavare et al. (2015) ที่พบว่านักศึกษาหญิงมีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระดับสูง อาจเนื่องมาจากการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ง่ายในยุคดิจิทัล ในขณะที่การรับรู้อุปสรรค โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Guilford et al. (2017) ที่พบว่าการขาดความรู้และทักษะเฉพาะทางเป็นอุปสรรคสำคัญในการตรวจเต้านมด้วยตนเองความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.50$) ซึ่งอาจเกิดจากการขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติจริง สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ที่ระบุว่าประสบการณ์ตรงเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

3. พฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.98$, SD = 0.32) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Akhtari-Zavare et al. (2015) ที่พบว่านักศึกษาหญิงในมาเลเซียมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในระดับปานกลาง โดยเฉพาะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การสนใจปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมตามคำแนะนำ และการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แสดงให้เห็นว่า

นักศึกษามีความตระหนักในการดูแลสุขภาพทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Prochaska และ DiClemente (1983) เกี่ยวกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยนักศึกษาอาจอยู่ในขั้นการเตรียมตัวหรือลงมือปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ การให้แพทย์ตรวจเต้านมทุกปี ($\bar{x}$ = 1.51) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ และการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี ($\bar{x}$ = 1.74) สะท้อนให้เห็นถึงการขาดความตระหนักในความสำคัญของการตรวจคัดกรองเป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Guilford et al. (2017) ที่พบว่าอุปสรรคสำคัญในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงคือการขาดความรู้และความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าแม้นักศึกษาจะมีความสนใจในการป้องกันมะเร็งเต้านม แต่ยังขาดการปฏิบัติที่สม่ำเสมอในบางด้าน โดยเฉพาะการตรวจเต้านมโดยแพทย์และการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ที่เสนอว่าการรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพควรเน้นการให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองเป็นประจำ รวมถึงการลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง เพื่อยกระดับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงrพบว่าความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์เชิงบวกสูงที่สุดกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม (r = 0.257, p < .001) สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ที่เสนอว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kalliguddi et al. (2019) ที่พบว่าความเชื่อมั่นในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.206 และ 0.170 ตามลำดับ, p < .001) สอดคล้องกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock et al. (1988) ที่เสนอว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในระดับต่ำ แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.145, p < .01 และ r = 0.106, p < .05 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Guilford et al. (2017) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงและอุปสรรคมีผลต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในกลุ่มนักศึกษาหญิง แม้ว่าจะมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมในกลุ่มนักศึกษาหญิงควรเน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง รวมถึงการลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Champion และ Skinner (2008) ที่เสนอว่าการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาควรคำนึงถึงองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพอย่างครอบคลุม

5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิง มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่ามีตัวแปร 5 ตัวที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักศึกษาหญิงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 31.6 (R^2 = 0.316) ซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลองความเชื่อ

ด้านสุขภาพของ Rosenstock et al. (1988) ตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดคือ ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม (β = 0.318) สนับสนุนทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) รองลงมาคือการรับรู้โอกาสเสี่ยง (β = 0.212) และความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม (β = 0.175) สอดคล้องกับการศึกษาของ Guilford et al. (2017) ที่พบว่าความรู้และการรับรู้ความเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมการรับรู้ประโยชน์ (β = 0.132) และการรับรู้ความรุนแรง (β = 0.122) มีอำนาจการทำนายน้อยที่สุด แต่ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Akhtari-Zavare et al. (2015) ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพควรเน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและมะเร็งเต้านม รวมถึงส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และความรุนแรงของโรคตามแนวคิดของ Champion และ Skinner (2008) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในกลุ่มนักศึกษาหญิงอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
   1.1. สถาบันการศึกษาควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม โดยอาจจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและให้โอกาสนักศึกษาได้ฝึกทักษะอย่างสม่ำเสมอ
   1.2. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมกับกลุ่มอายุนี้ โดยใช้สื่อและช่องทางที่เข้าถึงได้ง่ายสำหรับนักศึกษา เช่น สื่อสังคมออนไลน์หรือแอปพลิเคชันบนมือถือ
   1.3. ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและลดการรับรู้อุปสรรค โดยอาจจัดกิจกรรมรณรงค์หรือนิทรรศการให้ความรู้ในมหาวิทยาลัย
   1.4. พัฒนาระบบการตรวจสุขภาพประจำปีที่เข้าถึงได้ง่ายสำหรับนักศึกษาโดยเน้นการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจสุขภาพประจำปี

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
   2.1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในกลุ่มนักศึกษาหญิง
   2.2. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากผลการวิจัยนี้ โดยใช้การวิจัยเชิงทดลอง
   2.3. ขยายการศึกษาไปยังกลุ่มนักศึกษาในสถาบันการศึกษาอื่นๆ หรือในพื้นที่อื่น เพื่อเปรียบเทียบผลและหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์. (2566). สถิตินักศึกษา ปีการศึกษา 2566. สืบค้นจาก https://reg.rru.ac.th/main/index.php

สุภาภรณ์ ตันตินันทตระกูล. (2549). พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จังหวัดราชบุรี [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). *รายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2564). *ข้อมูลสถิติด้านสุขภาพจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี 2564*. ฉะเชิงเทรา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา.

Akhtari-Zavare, M., Juni, M. H., Ismail, I. Z., Said, S. M., & Latiff, L. A. (2015). Barriers to breast self-examination practice among Malaysian female students: A cross-sectional study. *SpringerPlus, 4*, 1–6. https://doi.org/10.1186/s40064-015-1491-8

American Cancer Society. (2019). *Breast cancer facts & figures 2019-2020*. https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2019-2020.pdf

Austoker, J. (2003). Breast self-examination. *The British Medical Journal, 326*(7379), 1–2.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Macmillan.

Bhoo-Pathy, N., Yip, C. H., Hartman, M., Uiterwaal, C. S., Devi, B. C., Peeters, P. H., ... & Verkooijen, H. M. (2013). Breast cancer research in Asia: Adopt or adapt Western knowledge? *European Journal of Cancer, 49*(3), 703–709.

Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 45–65). Jossey-Bass.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16*(3), 297–334.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.

Fidler, M. M., Gupta, S., Soerjomataram, I., Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., & Bray, F. (2017). Cancer incidence and mortality among young adults aged 20–39 years worldwide in 2012: A population-based study. *The Lancet Oncology, 18*(12), 1579–1589.

Guilford, K., McKinley, E., & Turner, L. (2017). Breast cancer knowledge, beliefs, and screening behaviors of college women: Application of the health belief model. *American Journal of Health Education, 48*(4), 256–263.

Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2003). *Applied statistics for the behavioral sciences* (Vol. 663). Houghton Mifflin.

Kalliguddi, S., Sharma, S., & Gore, C. A. (2019). Knowledge, attitude, and practice of breast self-examination among women in India: A scoping review. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 8*(2), 568–572. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_30_19

Krejcie, R. V. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*.

Lin, N. U., Thomssen, C., Cardoso, F., Cameron, D., Cufer, T., Fallowfield, L., ... & ESO-MBC Task Force. (2013). International guidelines for management of metastatic breast cancer (MBC) from the European School of Oncology (ESO)–MBC Task Force: Surveillance, staging, and evaluation of patients with early-stage and metastatic breast cancer. *The Breast, 22*(3), 203–210.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390–395. https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390

Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1976). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity.

Secginli, S., & Nahcivan, N. O. (2006). Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 43*(2), 161–171.

Thomas, D. B., Gao, D. L., Ray, R. M., Wang, W. W., Allison, C. J., Chen, F. L., ... & Self, S. G. (2002). Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: Final results. *Journal of the National Cancer Institute, 94*(19), 1445–1457.

World Health Organization. (2021). Breast cancer. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer

Yilmaz, K., Altinkurt, Y., & Cokluk, O. (2011). Developing the instructional leadership capacity scale (ILCS): The study of validity and reliability. *Educational Sciences: Theory and Practice, 11*(1), 239–253.