ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2542
Vol 14 No 3 July-September 1999

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทย *

Factors Influencing Practice of Breast Self – Examination in Thai Women

บงกช เก่งเขตกิจ ** วท.บ.(พยาบาล),
ค.ม. (สถิติการศึกษา)
เพ็ญศรี ระเบียบ ** ค.บ., M.S.
สุพรรณี เอี่ยมรักษา *** พย.ม.

บทคัดย่อ

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบได้ในสตรีไทยเป็นอันดับ 2 และเป็นสาเหตุการตายค่อนข้างสูง อัตราการตายจากมะเร็งเต้านมลดได้ ถ้าตรวจพบโรคตั้งแต่เริ่มแรก การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีที่สำคัญในการตรวจคันมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก และง่ายที่จะเรียนรู้เพื่อทำเองได้แต่ยังมีสตรีส่วนมากไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน การส่งเสริมให้สตรีมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องจำเป็นต้องมีข้อมูลเบื้องต้น ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ จึงมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรี 3 กลุ่ม คือ พยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ผู้ป่วยที่มาตรวจเต้านม และผู้ป่วยที่มาตรวจโรคทั่วไปที่ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มละ 100 คน รวมเป็น 300 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 6 ชุด โดยการตอบเองหรือใช้สัมภาษณ์การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน และการวิเคราะห์เส้นทาง ผลการศึกษาพบว่า

1. ข้อมูลด้านประชากร กลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 30–39 ปี กลุ่มสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มการศึกษาระดับปริญญาตรี กลุ่มอาชีพพยาบาล กลุ่มที่มีรายได้ 5001 – 10,000 บาทต่อเดือน และกลุ่มที่ไม่เคยมีโรคของเต้านม

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจเต้านมและกลุ่มผู้ป่วย

---

* ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประเภทกำหนดเรื่อง ประจำปี 2540–2541 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** หัวหน้าหอผู้ป่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

ทั่วไป มีความรู้ อยู่ในระดับต่ำ ส่วนกลุ่มพยาบาลมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

3. ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจเต้านมและกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปมีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับ "น้อย" ส่วนกลุ่มพยาบาลมีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับ "ปานกลาง"

4. การรับข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและกลุ่มพยาบาล รับข่าวสารอยู่ในระดับ "ค่อนข้างบ่อย" ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจเต้านมและกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป รับข่าวสารอยู่ในระดับ " ค่อนข้างไม่บ่อย"

5. ความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งเต้านมมีความรุนแรงอยู่ในระดับ "ค่อนข้างจริง" รับรู้ว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีประโยชน์อยู่ในระดับ "จริง" และรับรู้มีอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับ " ไม่จริง "

6. พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการตรวจเต้านม (67.7%) แต่มีเพียง 17.3% ที่ตรวจเต้านมทุกเดือน และที่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองเลยมี 32.3 %

7. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผลการศึกษายืนยันรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพบางส่วนโดยตัวแปรที่มีอิทธิพลโดยตรงกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองมี การรับข่าวสาร (β = .226 , P < .01) การรับรู้อุปสรรค (β = -.148 , P < .05) โรคของเต้านม (β = .138 , P < .05) และการรับรู้โอกาสเสี่ยง (β = .121 , P < .05)

จากผลการวิจัยขอเสนอแนะให้หน่วยงานด้านป้องกันโรคมะเร็งและบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองแก่ สตรี โดยการให้ข่าวสารเพื่อเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงให้มากขึ้นด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และลดการรับรู้อุปสรรค โดยการเพิ่มความรู้และทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หรือสืบค้นอุปสรรคก่อนแล้วแก้ไขอุปสรรคนั้น นอกจากนี้ควรตามด้วยการให้ข่าวสารทางสื่อมวลชนต่างๆ เป็นระยะๆ เพื่อกระตุ้นให้เกิด การตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง

คำสำคัญ : การดูแลตนเอง, มะเร็งเต้านม, สตรี-ไทย

Abstract

Breast cancer is ranked second as a cause of cancer in women and leading cause of cancer deaths among women in Thai and breast self-examination (BSE) can lead to early diagnoses and reduce mortality. Although BSE is simple to do by themselves but most women do not practice it monthly. A promotion of BSE practice needs basic information about factors that influence BSE performance. Therefor the purpose of this study was to identify the factors influencing practice of BSE in three groups of women.

They were 100 nurses, 100 outpatients from breast unit, and 100 outpatients from general unit in Siriraj Hospital. The data was collected by 6 self-administered questionnaires. The subjects read and answered the questionnaires by themselves or the researcher interviewed following questions from questionnaires to any respondents experiencing difficulty. Data were analyzed using percentages, means, standard deviation, and path analysis. Results were as follows:

1. Demographic data. Majority women were married , age groups 30-39 years, bachelor degree, incomes 5001-10,000 bath per month, and never had breast disease.

2. Knowledge about breast cancer and BSE. The knowledge scores of whole subjects, outpatients from breast unit, and outpatients from general unit were low. Nurses were moderate.

3. Health locus of control. Mean scores on health locus of control of whole subjects, outpatients from breast unit and general unit had low internal health locus of control. Nurses had moderate internal health locus of control.

4. Receiving information about BSE. Whole subjects and nurses reported that they gained rather frequent BSE information. Outpatients from breast unit and general units gained rather not frequent BSE information.

5. Health belief model. The subjects perceived themselves to be low susceptible to breast cancer, and low aware of the severity of the breast cancer. The subjects perceived low benefits of BSE and perceived hardly any barriers of BSE.

6. Frequency of BSE. Most subjects reported that they examined their breast (67.7%); whereas, only 17.3% of the women reported examining their breast monthly, another 32.3% stated that they never examined their breast.

7. Factors influencing practice of BSE. The results partially supported the health belief model's prediction of frequency of BSE. The variables direct influenced frequency of BSE were: receiving information (β = .226, P < .01), perceived barriers of BSE (β = -.148, P < .05), having breast disease (β =.138, P < .05) and perceived susceptible to breast cancer (β =.121, P <.05).

The results of this study suggested that the institute provides in the area of cancer prevention and early detection and health care professionals should promote

BSE in women by developing appropriate informational strategies to increase level of perceived susceptibility to breast cancer and reduced barriers of BSE. In addition, encouraging BSE behavior by giving information periodically.

Key words : Self Care, Breast Cancer, Thai Women.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบได้ในสตรีไทยเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปากมดลูกและเป็นสาเหตุการตายค่อนข้างสูง อัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านม จะลดลงได้ ถ้าตรวจพบโรคตั้งแต่เริ่มแรก การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นวิธีที่สำคัญวิธีหนึ่งในการตรวจค้นมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก เพราะจากสถิติพบว่า ประมาณร้อยละ 80-90 ตรวจพบมะเร็งเต้านมโดยผู้ป่วยเอง (Frank-Stromborg and Rohan 1992) นอกจากนี้ การตรวจเต้านมด้วยตนเองยังง่ายที่จะเรียนรู้เพื่อทำเองได้สะดวก ปลอดภัยและไม่เสียค่าใช้จ่าย และวิธีนี้เป็นวิธีที่แพทย์และองค์กรเกี่ยวกับมะเร็งทั่วโลกเห็นสมควรใช้เป็นวิธีตรวจค้นหาโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก แม้การตรวจเต้านมด้วยตนเองจะมีประโยชน์ แต่ยังมีสตรีส่วนมากไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน การส่งเสริมให้ สตรีมีพฤติ-กรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องจำเป็นต้องทำตั้งแต่บัดนี้ จึงจำเป็นต้องมีข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมดังกล่าว

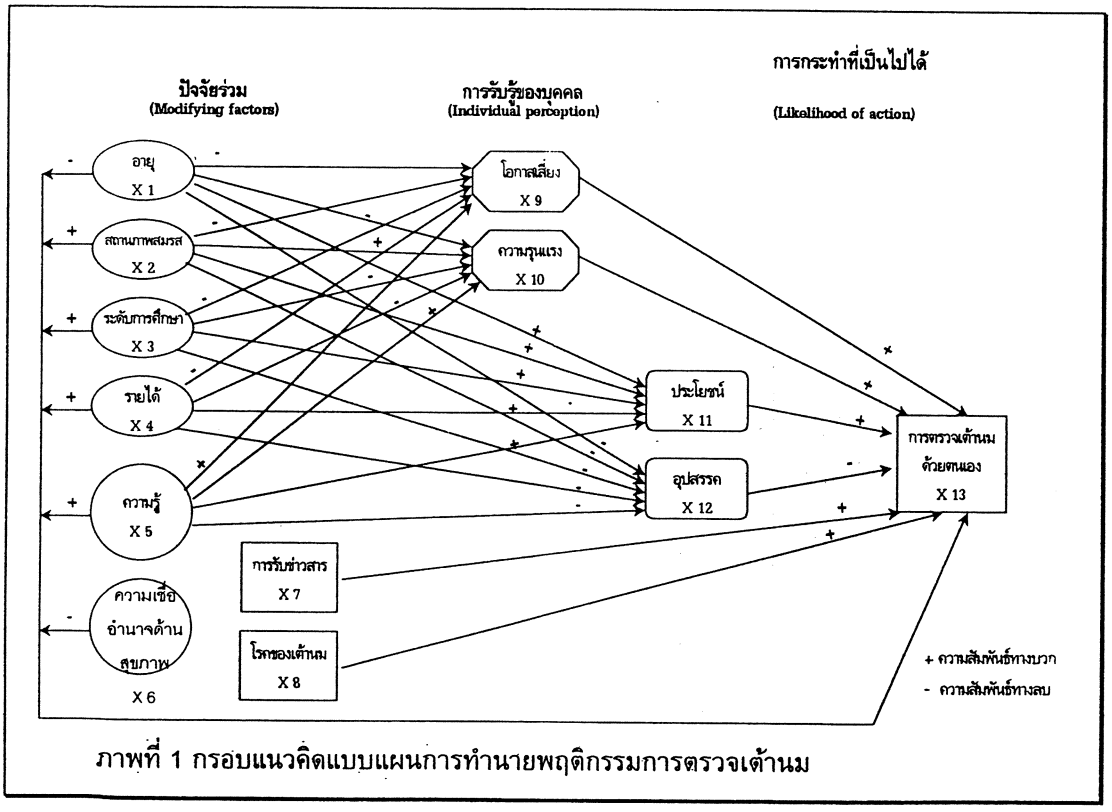
ผู้วิจัยเชื่อว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการตรวจเต้านมด้วย ตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ การเป็นโรคของเต้านม และการรับข่าวสาร น่าจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรง หรือโดยอ้อมต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งในการศึกษาปัจจัย ดังกล่าว ผู้วิจัยใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเคอร์ (Rosenstock in Becker, 1974: 1-9) เป็นกรอบแนวคิดโดยมีแนวคิดว่า สตรีจะทำการตรวจเต้านมทุก์เดือนนั้น เป็นผลมาจากความเชื่อของสตรีนั้น คือ จะต้องเชื่อว่า (1) เขาเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม (2) เขาต้องมีความเชื่อต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมว่า เมื่อเป็นแล้วจะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของเขาหรือต่อชีวิตของเขา (3) เขาต้องเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองว่ามีประโยชน์ในการป้องกัน หรือลดความรุนแรงของโรคได้ถ้าเกิดเป็นโรคมะเร็งเต้านมขึ้น หรือสามารถรักษาให้หายได้ และ (4) ต้องเชื่อว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนไม่มีอุปสรรคมากนัก เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความไม่สุขสบาย อาย กลัว เจ็บ หรือยากในการจำที่จะตรวจทุกเดือน

นอกจากนี้สิ่งชักนำก็เป็นสิ่งสำคัญที่ร่วมกับความเชื่อด้านสุขภาพใน 4 ด้าน ที่กล่าวข้างต้นแล้ว เพิ่มความเข้มให้เกิดแรงผลักดันอันนำไปสู่การตรวจเต้านมด้วยตนเอง สิ่งชักนำแบ่งเป็นสิ่งชักนำภายใน ซึ่งการวิจัยนี้ คือ ตัวแปร โรคของเต้านม

ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2542
Vol 14 No 3 July-September 1999

และสิ่งชักนำภายนอกในการวิจัยนี้ คือ การรับข่าวสาร

ปัจจัยร่วมอาจเกี่ยวข้องกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปัจจัยร่วมประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากร ข้อมูลด้านจิตสังคมและข้อมูลด้านโครงสร้าง **ข้อมูลด้านประชากร**ที่ใช้ในการวิจัยนี้มี อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ อายุทำให้เกิดความแตกต่างในด้านวุฒิภาวะ ความเสื่อมของร่างกายความเสี่ยงต่อการเกิดโรค สถานภาพสมรส ทำให้เกิดความแตกต่างของการสนับสนุนทางสังคม ความผูกพันและความรับผิดชอบในครอบครัว ระดับการศึกษา มีผลให้เกิดความแตกต่างของโอกาสในการเปิดรับสื่อมวลชน การติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และความเข้าใจในการวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รายได้มีผลให้เกิดความแตกต่างของการอำนวยความสะดวก การกินดีอยู่ดี การได้รับบริการ ความแตกต่างที่กล่าวมาคาดว่ามีผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง **ข้อมูลด้านจิตสังคม**ในการวิจัยครั้งนี้เลือกตัวแปรความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพมาศึกษา โดยมีแนวคิดว่า บุคคลจะตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ น่าจะมีความเชื่ออำนาจในตนสูง กล่าวคือ เชื่อว่าสุขภาพดีได้เพราะอำนาจการบังคับของตนเอง ต้องอาศัยความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนั้นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นดังในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดแบบแผนการทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านม

จากผลการวิจัยนี้จะช่วยยืนยันความถูกต้องของข้อความตามรูปแบบการทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งจะได้นำไปเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาให้สตรีมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น เพื่อลดอัตราการตายของโรคมะเร็งเต้านมให้น้อยลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยศึกษาถึงตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ โรคของเต้านมและการรับข่าวสาร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายซึ่งดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ พยาบาลในโรงพยาบาลศิริราช ผู้ป่วยที่มาตรวจเต้านม และผู้ป่วยทั่วไปที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มพยาบาลสุ่มโดยวิธี Stratify random sampling กลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจเต้านมและกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปสุ่มแบบ Accidental sampling กลุ่มละ 100 คน รวมเป็น 300 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลประชากร แบบวัดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบวัดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม แบบสอบถามการรับข่าวสาร แบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ และแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้งหมดหาความตรงของเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาและความครอบคลุม แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนประชากร จำนวน 90 คน เพื่อคำนวณหาอำนาจจำแนกของแบบวัดความรู้ แบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ และแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ คัดเฉพาะข้อที่มีอำนาจจำแนกมาใช้เป็นเครื่องมือที่ใช้จริง หลังจากนั้นคำนวณหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงดังนี้

- แบบวัดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ได้ค่า K_{20} = 0.92
- แบบวัดความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ได้ค่า α = 0.79
- แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ
  - การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค α = 0.80
  - การรับรู้ความรุนแรงของโรค α = 0.77
  - การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง α = 0.61
  - การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง α = 0.84
- แบบสอบถามการรับข่าวสาร α = 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลด้านประชากร โรคของเต้านมและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นำมาแจกแจงความถี่คำนวณหาร้อยละ

ข้อมูล อายุ ความรู้ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพและการรับข่าวสาร คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวมทั้งหมด จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

การหาปัจจัย อันได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ โรคของเต้านมและการรับข่าวสารที่มีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอายุ 30 – 39 ปี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นกลุ่มอาชีพพยาบาล มีรายได้ 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน และเป็นกลุ่มที่ไม่เคยมีโรคของเต้านม

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจเต้านม และกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปมีความรู้อยู่ในระดับ "ต่ำ" ($\bar{X}$ = 17.53, 14.36 และ 12.89 SD. = 8.75, 7.07 และ 8.17 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มพยาบาลมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 25.34, SD. = 4.58)

3. ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจเต้านมและกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปมีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับ "น้อย" ส่วนกลุ่มพยาบาลมีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับ "ปานกลาง"

4. การรับข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและกลุ่มพยาบาลรับข่าวสารอยู่ในระดับ "ค่อนข้างบ่อย" ($\bar{X}$ = 3.58, และ 4.10 , SD. = 1.22, และ 0.70 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจเต้านมและกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปรับข่าวสารอยู่ในระดับ "ค่อนข้างไม่บ่อย" ($\bar{X}$ = 3.50, และ 3.12 SD. = 1.19 และ 1.44 ตามลำดับ)

5. ความเชื่อด้านสุขภาพ

5.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจเต้านม และกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับ "ค่อนข้างจริง" ส่วนกลุ่มพยาบาลรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงในระดับ"ค่อนข้างไม่จริง"

5.2 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและกลุ่มพยาบาลรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับ "จริง" ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจเต้านมและกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปรับรู้ประโยชน์ในระดับ "ค่อนข้างจริง"

5.3 การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจเต้านม กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป และกลุ่มพยาบาล รับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับ "ไม่จริง"

6. พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่มีการตรวจเต้านม กลุ่มที่มาตรวจเต้านมทุกเดือนมากที่สุดคือ กลุ่มพยาบาล ในทางกลับกันกลุ่มที่ไม่มีการตรวจเต้านมมากที่สุดคือผู้ป่วยทั่วไป ดังแสดงใน ตารางที่ 1

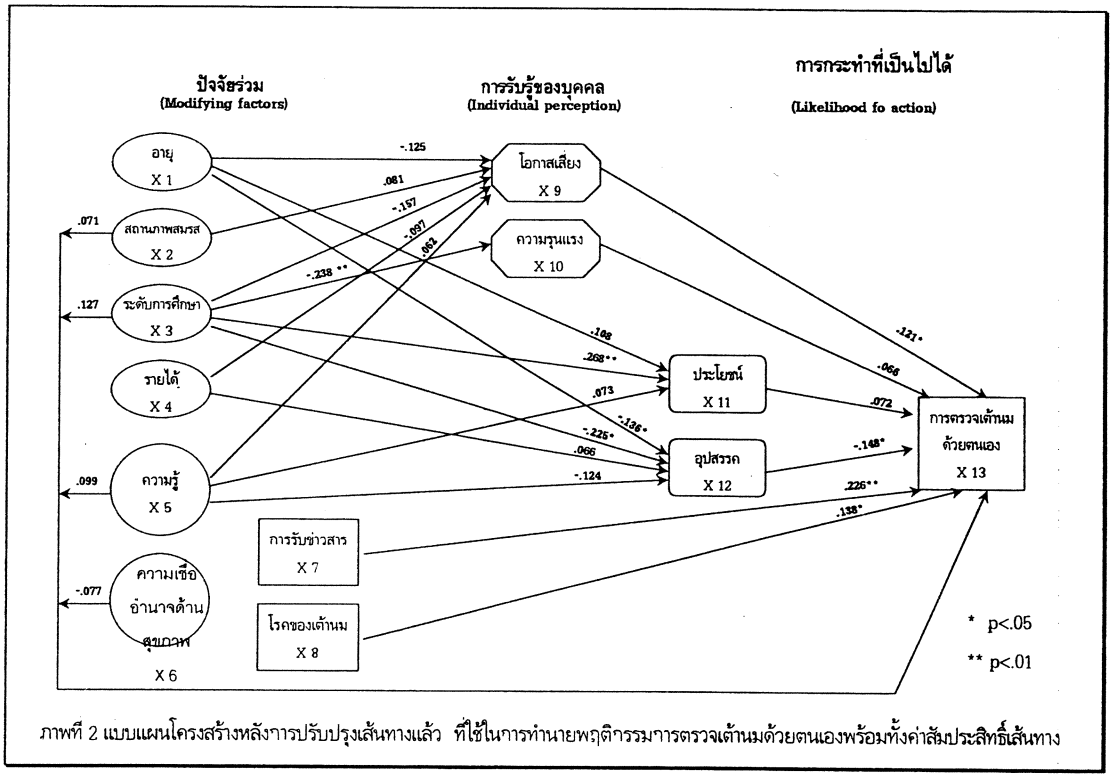
ตารางที่ 1 จำนวนและ/หรือร้อยละของความถี่ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใน 1 ปี ที่ผ่านมาจำแนกตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ความบ่อย	กลุ่มตัวอย่าง	พยาบาล จำนวน/ร้อยละ		ผู้ป่วยทั่วไป จำนวน/ร้อยละ		ผู้ป่วยที่มาตรวจเต้านม จำนวน/ร้อยละ		รวม จำนวน		ร้อยละ
ตรวจทุกวัน	ตรวจมากกว่าปกติ	3		4		9		16		(5.3)
ตรวจทุกสัปดาห์		9	15	4	10	10	24	23	49	(7.7)
ตรวจทุก 2 สัปดาห์		3		2		5		10	(16.3)	(3.3)
ตรวจทุกเดือน *		22		14		16		52		(17.3)
ตรวจทุก 2 เดือน	ตรวจน้อยกว่าปกติ	8		1		2		11		(3.7)
ตรวจทุก 3-4 เดือน		15	49	7	24	6	29	28	102	(9.3)
ตรวจทุก 5-6 เดือน		16		9		7		32	(34.0)	(10.7)
ตรวจทุกปี		10		7		14		31		(10.3)
ไม่มีการตรวจ		14		52		31		97		(32.3)

* เป็นพฤติกรรมที่ถูกต้อง

7. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผลการศึกษายืนยันรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพบางส่วน โดยระดับการศึกษามีผลโดยตรงในทางลบ กับความรุนแรง (β = -.238 , P< .01) และมีผลโดยตรงทางบวกกับประโยชน์ (β = .268, P < .01) อายุและระดับการศึกษามีผลโดยตรงในทางลบกับอุปสรรค (β = -.136 , P < .05 ; β = -.225 , P < .05 ตามลำดับ) ตัวแปรที่มีอิทธิพลโดยตรงกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตามลำดับจากมากไปน้อยมี การรับข่าวสาร (β =.226, P< .01) การรับรู้อุปสรรค (β = -.148, P <.05) โรคของเต้านม (β = .138 , P < .05) และการรับรู้โอกาสเสี่ยง (β = .121 , P < .05) ดังแสดงในภาพที่ 2

ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2542
Vol 14 No 3 July-September 1999



ภาพที่ 2 แบบแผนโครงสร้างหลังการปรับปรุงเส้นทางแล้ว ที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองพร้อมทั้งค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้ พบว่าพยาบาลมีความรู้ในระดับปานกลาง และดีกว่าอีก 2 กลุ่ม ซึ่งอธิบายได้ว่าพยาบาลมีประสบการณ์จากการเรียนในหลักสูตรพยาบาล หรือจากการอบรมขณะปฏิบัติงาน หรือเรียนรู้ขณะปฏิบัติงาน เพราะพยาบาลจำเป็นต้องขวนขวายหาความรู้ เพราะมีหน้าที่ให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพแก่ประชาชน และการที่กลุ่มพยาบาลมีความรู้ไม่สูง อาจอธิบายได้ว่าพยาบาลปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานต่างๆ ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโรคเต้านม ทำให้ความรู้ที่ได้รับอาจลืมเลือน

2. ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ รีดิเคอร์ (Redeker, 1989 : 47-48) และการศึกษาของ ฮาลแล็ล (Hallal, 1982 : 136 - 140) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าภาวะสุขภาพไม่ดีหรือการเกิดโรคบางอย่างไม่สามารถอธิบายถึงสาเหตุการเกิดได้ชัดเจน เช่น โรคมะเร็ง นอกจากนี้สังคมแบบไทยๆซึ่งมีขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์อาจทำให้เชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับสุขภาพลดน้อยลง

3. การรับข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พยาบาลรับข่าวสารในระดับบ่อยจากสื่อคือ เรียนในสถาบันการศึกษา เอกสารเผยแพร่ วารสารการแพทย์ บทความในนิตยสาร และจากผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในหลักสูตรพยาบาลมีเนื้อหาของโรคเต้านมอยู่ด้วย และพยาบาลทำงานอยู่ในโรงพยาบาล เป็นผู้ร่วมงานกับทีมสุขภาพย่อมมีโอกาสได้รับความรู้หรือพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย และวารสาร นิตยสาร ก็เป็นแหล่งความรู้สำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ ใช้เป็นแหล่งค้นคว้า ซึ่งค่อนข้างสอดคล้องกับการศึกษาของโสพรรณ โพทะยะ (2532) ส่วนสื่อที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับข่าวสารค่อนข้างบ่อยในอันดับแรกคือจากโทรทัศน์ ซึ่งอธิบายได้ว่า โทรทัศน์เป็นสื่อที่มีกันเกือบทุกบ้าน และรายการสุขภาพปัจจุบันก็มีอยู่พอสมควรในโทรทัศน์

4. ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม อยู่ในระดับ "ค่อนข้างจริง" ซึ่งไม่สอดคล้องกับเกรย์ (Gray, 1990 : 104) ที่ไม่เห็นด้วยว่าตนเองเสี่ยงและไม่เห็นด้วยว่าโรคมะเร็งเต้านมมีความรุนแรง ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุได้แน่ชัด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองอาจมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้เช่นกัน และสภาพหลังการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มองไม่ค่อยเห็นความผิดปกติในกรณีที่ยังไม่ถึงระยะที่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ผู้ป่วยยังคงทำกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนคนปกติ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงรู้สึกว่าโรคนี้ค่อนข้างรุนแรง แต่ไม่รุนแรงมาก ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองกลุ่มตัวอย่างรับรู้อยู่ในระดับ "จริง" ซึ่งสอดคล้องกับ ชลูเตอร์ (Schlueter, 1982 : 351) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า เพราะกลุ่มตัวอย่างมีการรับข่าวสารอยู่ในระดับ "ค่อนข้างบ่อย" ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างย่อมเห็นประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นอกจากนี้การรับรู้อุปสรรคของการเกิดเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับ "ไม่จริง" นั่นคือมีอุปสรรคในการตรวจเต้านมน้อย ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการที่ง่าย ทำได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ ทำได้ในห้องน้ำ หรือห้องนอน ซึ่งใช้เป็นประจำอยู่แล้วไม่จำเป็นต้องอายเพราะอยู่ในที่ลับตา

5. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน 17.3% และไม่มีการตรวจในรอบปีที่ผ่านมา 32.3% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เทอนบัลล์ (Tuenbull, 1978 : 101) กลุ่มตัวอย่างทั่วไปไม่ตรวจเต้านมมีถึง 52.0% เป็นเพราะไม่มีสิ่งจูงใจให้กระทำเหมือนกลุ่มที่มาตรวจเต้านม หรืออาจเป็นเพราะความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมมีน้อย ซึ่งสอดคล้องจากคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 1.94 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

6. อิทธิพลของอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับข่าวสาร และโรคของเต้านม ที่มีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองมี **โรคของเต้านม อุปสรรค การรับ**

ข่าวสาร และโอกาสเสี่ยงตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความผิดปกติเกี่ยวกับเต้านมเป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่งที่อาจเป็นไปได้ที่อาจจะเกิดโรคมะเร็งเต้านม เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีสิ่งผิดปกติที่เกิดกับร่างกาย บุคคลนั้นจะแสวงหาวิธีการที่จะรักษาเสมอไป (ประภาเพ็ญ, 2534 : 75) ดังเห็นได้จากผู้ป่วยที่มาตรวจเต้านม ตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าปกติมากที่สุด **อุปสรรคมีอิทธิพลทางลบกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง** ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเชื่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอในการวิจัยของหลายๆ ครั้ง (Champion, 1985, 1987, 1991) ดังนั้นพยาบาลจึงควรจะประเมินการรับรู้อุปสรรคก่อนแล้วขจัดให้หมดไป หรือน้อยลง เพื่อให้เกิดการตรวจเต้านมด้วยตนเอง **การรับข่าวสาร**ซ้ำบ่อยๆ ก็จะจำได้หรือเกิดความ คุ้นเคย เกิดความเข้าใจทำให้มีการเปลี่ยนเจตคติเกิดขึ้นและถูกชักจูงโดยข่าวสารนั้นๆ ได้ นอกจากนี้**ตัวแปรโอกาสเสี่ยง**ก็มีผลโดยตรงทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคย่อมแสวงวิธีการเพื่อป้องกัน เนื่องจากโรคมะเร็งเต้านมยังไม่มีวิธีการป้องกันที่แน่นอน มีแต่วิธีตรวจค้นโรคระยะเริ่มแรก เพื่อลดความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิด ซึ่งเป็นวิธีที่ดีขณะนี้ ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงจึงมีผลโดยตรงกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ต่ำและตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนต่ำ และไม่มีการตรวจ นอกจากนี้อิทธิพลที่มีผลโดยตรงต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองคือ การรับข่าวสาร การรับรู้อุปสรรค การเป็นโรคของเต้านม และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ดังนั้นควรหาวิธีเพิ่มการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยหน่วยงานหรือบุคลากรทางการแพทย์ช่วยเพิ่มข่าวสารในเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง เพื่อเป็นการเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง และเนื้อหาการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งรวมถึงวิธีการตรวจ เวลา สถานที่ และเทคนิค การเตือนสตรีเพื่อไม่ให้ลืมตรวจ เช่น การส่งไปรษณียบัตร หรือโทรศัพท์เตือน เพื่อลดอุปสรรค เพิ่มเนื้อหาผลดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยมีสถิติและตัวอย่างผู้ป่วยที่ตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก เพื่อเพิ่มเจตคติที่ดีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นอกจากนี้ควรมีการกระตุ้นเตือนเป็นระยะๆ โดยการให้ข่าวสารที่ต่อเนื่องบ่อยๆ ผ่านสื่อมวลชนต่างๆ โดยเฉพาะโทรทัศน์ และบุคลากรทางการแพทย์ควรมีการจัดสัปดาห์รณรงค์โรคมะเร็งเต้านม จัดกลุ่มอาสาสมัครออกให้ข่าวสารการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แก่สตรีที่อยู่กันเป็นกลุ่ม เช่น โรงเรียนสตรี โรงงาน ห้างสรรพสินค้า สถานบริการสุขภาพ เป็นต้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจเต้านมซึ่งส่วนมากมีโรคของเต้านมเป็นแรงกระตุ้นในตัวที่จะให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่แล้ว ควรเพิ่มการกระตุ้นเข้าไปเสริมอีก โดยให้ข่าวสารดังที่กล่าวข้างต้นแล้ว

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ผลการวิจัยนี้พบว่า ปัจจัยต่างๆ ที่

ศึกษาในครั้งนี้ทำนายการตรวจเต้านมด้วย ตนเอง 17.6 % ยังมีตัวแปรอื่น ๆ อีก ที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ควรนำมาศึกษา เช่น ตัวแปรสิ่งชักนำ อันได้แก่ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน การได้รับคำเตือนจากเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว หรือการส่งไปรษณียบัตรกระตุ้นเตือนเป็น ระยะๆ จากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ นอกจากนี้ตัวแปรเจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมก็เป็นตัวแปรที่น่าศึกษา

2. ศึกษาเหตุผลของการตรวจ และไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง เจตคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในกลุ่มสตรีกลุ่มต่างๆ ได้แก่ นักเรียน นักศึกษา สตรีในโรงงาน กลุ่มที่สนใจในสุขภาพ เช่น กลุ่มออกกำลังกายตามสถานบริการ หรือศูนย์สุขภาพ พยาบาล ผู้ป่วยที่มาตรวจเต้านม เป็นต้น

3. ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กับระดับความรุนแรงของโรค ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษา พร้อมทั้งวิธีการค้นพบโรคก่อนมาหาแพทย์ และเหตุผลของการมารับการรักษาล่าช้า

เอกสารอ้างอิง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2534). **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.

โสพรรณ โพทะมะ. (2532). การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน. **วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต** สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

Champion VL. (1985). Use of the health belief model in determining frequence of breast self-examination. **Research in nursing & health**, 8, 373-379.

———— . (1987). The relationship of breast self-examination to health belief model variables. **Research in nursing & health**, 10, 375-382.

———— . (1991). The relationship of selected variable to breast cancer detection behaviors in women 35 and older. **Oncology nursing foundation**, 18, 733-739.

Frank-Stromborg M. and Rohan K. (1992). Nursing's involvement in the primary and secondary prevention of cancer. **Cancer nursing**, 15, 79-103.

Gray ME. (1990). Factors related to practice of breast self-examination in rural women. **Cancer nursing**, 13, 100-107.

Hallal JC. (1982). The relationship of health beliefs, health locus of control and self concept to the practice of breast self-examination in adult women. **Nursing research**, 31, 137-142.

Redeker NS. (1988). Health beliefs, health locus of control and the frequency of practice of breast self-examination in women. **J.Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, 17, 45--51.

Rosenstock IM. (1974). Historical origins of the health belief model. in Becker MH. (Ed.) **The health belief model and personal health behavior**. NJ: Charles & Slack, Inc., 1-8.

Schlueter LA. (1982). Knowledge and beliefs about breast cancer and breast self-examination among athletic and nonathletic women. **Nursing research**, 31, 348-354.

Tuenbell EM. (1978). Effect of basic preventive health practices and mass media on the Practice of breast self-examination. **Nursing research**, 27, 98-102.