

รายงานการวิจัย

การค้นหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น :

ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติ ของพยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไป

Breast Cancer Early Detection:

Knowledge, Health Beliefs, and Practice Behaviors of Nurses 35 Years and Older

คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล *

Kanaungnit Pongthavornkamol

สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา **

Sirat Chatchaisucha

บทคัดย่อ

มะเร็งเต้านมพบได้บ่อยในสตรีไทย เป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก และมีแนวโน้มพบในสตรีอายุน้อยเพิ่มขึ้น การค้นหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นเพื่อสามารถรักษาให้หาย ถือเป็นความจำเป็นของสตรีซึ่งทุกคนเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี โดยเฉพาะผู้มีอายุ 35 ปีขึ้นไป การค้นหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่ดี ควรประกอบด้วย 3 วิธีร่วมกัน ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Exam:BSE) การตรวจแมมโมแกรม (Mammogram) และการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ (Clinical Breast Exam : CBE) อย่างไรก็ตามพบว่าสตรีจำนวนมากยังไม่ปฏิบัติ

การตรวจเต้านมดังกล่าว การศึกษาเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อค้นหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อค้นหาโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นของพยาบาลประจำการอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 276 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้ตอบแบบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการตรวจเต้านมทั้ง 3 อย่าง ได้แก่ BSE, mammogram และ CBE ของพยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไป อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์แนะนำกำหนดโดยสมาคมโรคมะเร็งแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ($r= 0.143$ $p<0.05$) การรับรู้ประโยชน์ ($r =0.156$ $p<0.01$) และการรับรู้อุปสรรคในการตรวจ BSE ($r= -0.224$ $p< 0.001$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการตรวจ BSE ของพยาบาล การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะ

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลรูกฐาน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการตรวจ CBE ($r = 0.222$ $p < 0.001$) และการตรวจแมมโมแกรมของพยาบาล ($r = 0.127$ $p < 0.05$) อายุของพยาบาลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการตรวจเต้านมทั้ง 3 อย่าง ประวัติมีก้อน/ความผิดปกติที่เต้านมเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมกรรมการตรวจ CBE ของพยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไปร้อยละ 30.4 ($R^2 = 0.304$, $p < 0.001$) พยาบาลในฐานะบุคลากรหลักในทีมสุขภาพ ที่ทำหน้าที่สอน/ให้คำแนะนำแก่สตรีในการป้องกันมะเร็งเต้านมควรตระหนัก ถึงการเป็นผู้ปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพเพื่อเป็นแบบอย่างในการดูแลเต้านมตนเองอย่างเหมาะสมด้วย ผู้วิจัยเสนอแนะให้มีการศึกษาแนวเดียวกันในสตรี/พยาบาลกลุ่มอื่นหรือในภูมิภาคอื่นๆ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงของผลวิจัยกับการศึกษาครั้งนี้

คำสำคัญ : การตรวจเต้านมด้วยตนเอง, มะเร็งเต้านม, ความเชื่อด้านสุขภาพ, พยาบาล

Abstract

Breast cancer is the second most common cancer among Thai women while a trend toward having breast cancer at younger ages of women is increasing. It is imperative that early detection for breast cancer be a priority for all women, especially at age 35 and over. According to the American Cancer Society's recommendation, effective breast cancer detection should include breast self-examination (BSE), mammography, and clinical breast examination (CBE). However,

such behaviors are not practiced by a majority of women. The main purposes of this descriptive study were to describe breast cancer detection behaviors, and assess the relationship among the knowledge, health beliefs, and the practice of breast cancer detection among 276 registered nurses age 35 and over working in Bangkok. Data were collected using self-administered questionnaires. Results: All breast cancer detection behaviors among nurses age 35 and over were below the American Cancer Society's guidelines. Knowledge about breast cancer ($r = 0.143$ $p < 0.05$, the perceived benefit of BSE ($r = 0.156$, $p < 0.01$), and the perceived barrier of BSE ($r = -0.224$, $p < 0.001$) were significantly correlated with BSE practice. Susceptibility of breast cancer was positively correlated with CBE ($r = 0.205$, $p < 0.001$) and mammogram behaviors ($r = 0.127$, $p < 0.05$). The nurse's age was significantly correlated with all breast cancer detection behaviors. Multiple regression analyses demonstrated that history of having an abnormal breast lump was a strong predictor accounted for 30.4% of CBE behavior ($R^2 = 0.304$ $p < 0.001$). Since nurses are the primary teachers of breast health practice to women, they should increase their awareness of becoming better practitioners for their own health. Additional studies with different groups of nurses from a variety of settings should be conducted to validate the present study findings.

Key words : Breast self-examination, Breast cancer, Health beliefs, Nurse

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันมะเร็งเต้านมได้ทวีบทบาทสำคัญมากขึ้นทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยซึ่งพบมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปากมดลูก (Cancer registry, 1996) และมีแนวโน้มพบในสตรีที่มีอายุน้อยมากขึ้นเรื่อยๆ แม้ว่ามะเร็งเต้านมจะเป็นโรคที่พบมากและยังไม่สามารถป้องกันได้ แต่ก็สามารถรักษาให้หายได้ และมีการพยากรณ์โรคค่อนข้างดี ถ้าตรวจพบตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก และให้การรักษาอย่างถูกต้อง การวินิจฉัยโรคได้ในระยะเริ่มแรกจึงเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่การรักษา มะเร็งเต้านมอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยในระยะลุกลาม และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีในวัย 35 ปีขึ้นไปซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคนี้นี้ (Champion, 1991) ตามคำแนะนำของสมาคมโรคมะเร็งแห่งชาติสหรัฐอเมริกา รวมทั้งสถาบันมะเร็งแห่งชาติของประเทศไทย การค้นหา มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นควรประกอบด้วยทั้ง 3 วิธีร่วมกัน ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination: BSE) การเอกซเรย์เต้านมด้วยแมมโมแกรม (Mammography) การตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ (Clinical Breast Examination:CBE) (American Cancer Society, 1998)

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ถือเป็นวิธีการตรวจที่ปฏิบัติได้ง่าย สะดวก ปลอดภัย ไม่สิ้นเปลือง

ค่าใช้จ่าย และประการสำคัญสามารถช่วยค้นหาการเกิดก้อน/ความผิดปกติที่เต้านมได้ จากการศึกษาพบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่เคยพบก้อนเนื้องอกที่เต้านมด้วยตัวเอง (Benedict, William, & Hoomani, 1996) แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิผลในการลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม (Thomas, Gao, Ray, Wang, Allison, Cheng, et al., 2002) แต่การศึกษาหลายแห่งล้วนสนับสนุนว่า โรคมะเร็งเต้านมที่พบในกลุ่มสตรีที่ปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE practice group) โรคมักอยู่ในระยะเริ่มต้น (early stage) และมีขนาดของก้อนมะเร็งเล็กกว่าที่พบในกลุ่มสตรีโรคมะเร็งที่ไม่ปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Non-BSE practice group) (Smith & Bum, 1985; Auvinen, Elovainio & Hakama, 1996; McPherson, Swanson, Jolitz & Merray, 1997) ดังนั้น การตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติที่สำคัญและจำเป็นสำหรับสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะสำหรับประเทศไทยซึ่งมีความจำกัดในด้านเศรษฐกิจ และความพร้อมในการให้บริการตรวจเต้านมด้วยเครื่องเอกซเรย์แมมโมแกรมอย่างทั่วถึงได้ (คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ 2543)

ในทางปฏิบัติพบว่าสตรีส่วนใหญ่ยังมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองกันน้อย ประมาณ 18-36% สำหรับการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม และโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ ยังมีจำนวนน้อยลงอยู่ที่ประมาณ 20% (Champion, 1991) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การสร้างแรงจูงใจแก่สตรี โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงเพื่อนำไปสู่

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมิใช่สิ่งที่จะกระทำได้ง่ายในทางปฏิบัติ ปัจจัยด้านความรู้อย่างเดียว มักไม่มีอิทธิพลเพียงพอที่จะนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติทางสุขภาพที่เหมาะสมของบุคคลได้ ยิ่งอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นที่สำคัญ เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลในด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ความรุนแรงของโรคที่เชื่อว่ามะเร็งเป็นโรคที่สิ้นหวังเป็นแล้วต้องตายเท่านั้น หรือ การรับรู้ถึงประโยชน์/อุปสรรคของพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการยอมรับหรือปฏิเสธการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพนั้น ๆ เหล่านี้เป็นต้น

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพกลุ่มใหญ่ที่เป็นสตรี มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ควรเป็นบุคคลที่มีความรู้ มีทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และเป็นตัวอย่างสุขภาพในการนำความรู้นี้ไปใช้ปฏิบัติจริงในการดูแลตนเองเพื่อค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อ และพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการค้นหาโรคมะเร็งเต้านมระยะแรกเริ่มในสตรีไทยยังมีผู้ศึกษากันน้อยโดยเฉพาะในสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างเดียวโดยไม่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติอื่น ๆ ในการค้นหาความผิดปกติของเต้านมระยะเริ่มต้น เช่น การตรวจแมมโมแกรม และการตรวจเต้านม โดยแพทย์ / บุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยในฐานะ

พยาบาลด้านผู้ป่วยมะเร็ง จึงต้องการศึกษาพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการค้นหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นของสตรีที่เป็นพยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไป และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติเพื่อค้นหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยวางแผนรณรงค์ให้สตรีไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยง สามารถปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพได้ถูกต้องเหมาะสมเพื่อลดโอกาสเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. พฤติกรรมการปฏิบัติในการค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจแมมโมแกรม และการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ของพยาบาลประจำการอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตกรุงเทพมหานคร
2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นกับปัจจัยด้าน ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ ประวัติมีก้อน/ความผิดปกติที่เต้านม และการมีญาติ/บุคคลใกล้ชิดเป็นโรคเกี่ยวกับเต้านม ในพยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไป
3. ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติเพื่อค้นหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นของพยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไป ด้วยปัจจัยด้าน ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ ประวัติมีก้อน/ความ

ผิดปกติที่เต้านม และการมีญาติ/บุคคลใกล้ชิดเป็นโรคเกี่ยวกับเต้านม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวทางการค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก ตามวิธีการที่เสนอแนะโดยสมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย (American Cancer Association: ACS, 2000a) และใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวทางในการศึกษาสมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทยกำหนดแนวทางการปฏิบัติสำหรับสตรี ในการค้นหาโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นว่าควรประกอบด้วย 3 วิธีร่วมกัน ได้แก่ (1) การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือนในสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป (2) การตรวจเอกซเรย์เต้านมด้วยแมมโมแกรมครั้งแรกเมื่ออายุ 35-40 ปีสำหรับเป็นพื้นฐาน (base line) หลังจากนั้นตรวจประจำปี และ (3) การตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ ทุก 3 ปีในช่วงอายุ 20-40 ปี และควรตรวจทุกปีหลังอายุ 40 ปีขึ้นไป

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประยุกต์มาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่งอธิบายพฤติกรรมปฏิบัติของสตรีในการตรวจหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก โดยมีสมมุติฐานว่า สตรีจะปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพในการตรวจหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกหรือไม่ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อสถานะคุกคามของโรคมะเร็งเต้านม 1) การรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

(perceived susceptibility) 2) การรับรู้ภาวะความรุนแรงของโรค (perceived seriousness) 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ (perceived benefit) ของการตรวจเต้านมและ 4) การรับรู้ถึงอุปสรรค (perceived barrier) ของการตรวจ โดยสตรีจะมีการพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างผลดี ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับกับอุปสรรคสิ่งกีดขวาง เช่น ความไม่สะดวกในเรื่องเวลา ค่าใช้จ่าย ความกลัว ความกระตือรือร้น ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ชักนำ/เอื้อหรือให้ผลการปฏิบัติ เช่น แรงจูงใจด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์

4. ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อค้นหาโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นในพยาบาลประจำการอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นจังหวัดที่พบความชุกชุมของมะเร็งเต้านมสูงที่สุดในประเทศ เป็นมะเร็งที่พบมากอันดับหนึ่งของสตรีไทย ต่างจากสถิติโดยรวมของทั้งประเทศที่พบมะเร็งเต้านมเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูก (Cancer Registry, 1996) ปัจจัยสำคัญที่อาจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อค้นหาโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกที่ผู้วิจัยสนใจเลือกมาศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม อายุ ประวัติมีก้อน/ความผิดปกติที่เต้านม และการมีญาติ/บุคคลใกล้ชิดเป็นโรคเกี่ยวกับเต้านม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Study) ระหว่างความรู้ ความเชื่อด้าน

สุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อค้นหาเรื่อง
ด้านระยะเริ่มต้น ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วย
ตนเอง การตรวจแมมโมแกรม และการตรวจ
เต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้ง
ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลทำนายพฤติกรรมปฏิบัติ
ตรวจเต้านมเพื่อการตรวจหาโรคมะเร็งด้านระยะ
เริ่มต้นในกลุ่มสตรีพยาบาลอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง & การเก็บรวบรวมข้อมูล
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ
พยาบาลวิชาชีพอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จำนวน
276 คน ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐในเขต
กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างนี้เป็นส่วนหนึ่ง ของ
กลุ่มประชากรพยาบาล อายุ 21-58 ปี จำนวน
580 คน ที่คณะผู้วิจัยทำการศึกษาเกี่ยวกับ
พฤติกรรมตรวจเต้านมของพยาบาลในเขต
กรุงเทพมหานคร ทำการเก็บข้อมูลจากพยาบาล
ประจำการที่ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบ
แบบสอบถามจากโรงพยาบาลของรัฐในเขต
กรุงเทพมหานคร จำนวน 4 แห่งๆ ละ 150 คน
ได้แก่ โรงพยาบาลกลาง, โรงพยาบาลตากสิน,
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และโรงพยาบาล
วชิรพยาบาล ในระหว่างเดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน
2544 จากแบบสอบถามจำนวน 600 ชุด ได้รับคืน
580 ชุด คิดเป็นร้อยละ 96.6 ในการศึกษาครั้งนี้
ผู้วิจัยคัดเลือกเฉพาะพยาบาลผู้มีอายุตั้งแต่ 35 ปี
ขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 276 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง
ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ
การศึกษา และระยะเวลาการทำงาน รายได้ ประวัติมี
ก่อน/ความผิดปกติที่เต้านม และการมีญาติ/บุคคล
ใกล้ชิดเป็นโรคเกี่ยวกับเต้านม

2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม
และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัย
สร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริม
การเกิดโรค อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยและ
รักษา วิธีการตรวจคัดกรองโรค และวิธีการตรวจ
เต้านมด้วยตนเอง ลักษณะแบบวัดเป็นคำถามปลาย
ปิดแบบเลือกคำตอบจาก 4 ตัวเลือก จำนวน 20
ข้อๆ ละ 1 คะแนน ช่วงคะแนนของแบบวัดอยู่
ระหว่าง 0-20 คะแนน สำหรับเกณฑ์ที่ใช้ในการ
ศึกษาคั้งนี้คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 คะแนน
จัดว่ามีความรู้ระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 50-75
จัดว่ามีความรู้ระดับปานกลาง และ คะแนนมากกว่า
ร้อยละ 75 จัดว่ามีความรู้ในระดับดี

3. แบบสอบถามพฤติกรรมปฏิบัติตัว
เพื่อตรวจหาเรื่องเต้านมระยะเริ่มต้นของพยาบาล
ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อเกี่ยวกับการตรวจเต้านม
ด้วยตนเอง (เคยตรวจ/ไม่เคยตรวจ ความถี่ของการ
ตรวจในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา) การตรวจแมมโมแกรม
(เคยตรวจ/ไม่เคยตรวจ และการตรวจครั้งล่าสุดใน
ช่วงระยะ 2 ปีที่ผ่านมา) และการตรวจเต้านมโดย
แพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ (เคยตรวจ/ไม่
เคยตรวจ และการตรวจครั้งล่าสุดในช่วงระยะ 2 ปีที่

ผ่านมา) ในแง่ของความถี่ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ถ้าตรวจไม่ต่ำกว่าเดือนละครั้ง หมายถึงปกติ ตรวจตั้งแต่ 2 เดือนต่อครั้งขึ้นไป หมายถึงน้อยกว่าปกติ

4. แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) และโรเซนสต็อค (Rosenstock, 1974) โดยประเมินความรับรู้ใน 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ด้านความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (6 ข้อ) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (6 ข้อ) การรับรู้ประโยชน์ (6 ข้อ) และการรับรู้อุปสรรค (5 ข้อ) ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวม 26 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณค่า (rating scales) 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) - ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับสำหรับข้อความในลักษณะทางบวก หรือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) - ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) สำหรับข้อความในลักษณะทางลบ คะแนนรวมของแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน อยู่ระหว่าง 26 -130 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

- แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยทดลองใช้ในกลุ่มพยาบาลประจำการซึ่งมีลักษณะเดียวกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยวิธีครุเดอร์ริชาร์ดสัน 20

(Kruider Richardson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

- แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทดสอบความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายในของแบบวัด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ และ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เท่ากับ 0.80 0.76 0.72 และ 0.90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาทำงาน รายได้ ประวัติมีก้อน/ความผิดปกติที่เต้านม และการมีญาติ/บุคคลใกล้ชิดเป็นโรค เกี่ยวกับเต้านม

2. พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจแมมโมแกรม และการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

3. ข้อมูลด้านความรู้ และ ความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกรตรวจเต้านม ด้วยตนเอง วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ ประวัติมีก้อน/ความผิดปกติที่เต้านม และการมีญาติ/บุคคลใกล้ชิด เป็นโรคเกี่ยวกับเต้านม กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมทั้ง 3 วิธี (BSE Mammogram และ CBE) ของพยาบาลกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อค้นหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นของพยาบาลด้วยปัจจัยด้าน ความรู้ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ อายุ ประวัติมีก้อน/ความผิดปกติที่เต้านม และการมีญาติ/บุคคลใกล้ชิดเป็นโรคเกี่ยวกับ เต้านม โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 276 คน มีอายุระหว่าง 35 - 58 ปี อายุเฉลี่ย 42.27 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสดร้อยละ 60.1 การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 91.3 มีระยะเวลาการทำงานมากกว่า 10 ปีร้อยละ 98.9 มีญาติที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิด (ยาย/แม่/พี่สาว/น้องสาว) เป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 8.0 และมีประวัติพบก้อนเนื้องอกที่เต้านม ร้อยละ 16.3

2. พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นของพยาบาล (ตารางที่ 1)
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง พยาบาลอายุ

35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 83.7 เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ตรวจเต้านมน้อยกว่าปกติ (>2 เดือนต่อครั้ง) ประมาณ 1 ใน 4 ของพยาบาลมีการตรวจเต้านมในระดับน้อยมาก (> 6 เดือนต่อครั้ง) ร้อยละ 23.9 ของพยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ตรวจเต้านมตนเองเป็นประจำสม่ำเสมอทุกเดือนหรือบ่อยกว่า ความถี่เฉลี่ยในการตรวจเต้านมของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง = 1.9 ครั้งต่อปี

การตรวจแมมโมแกรม กลุ่มตัวอย่าง พยาบาล ร้อยละ 15.6 เคยตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรมมาแล้ว โดยร้อยละ 11.9 ตรวจในช่วงระยะ 6 เดือนถึง 2 ปีที่ผ่านมา อายุเฉลี่ยของการตรวจแมมโมแกรมครั้งแรก 43.14 ปี (SD=6.32)

การตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.3 เคยได้รับการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 13.7 ตรวจในระยะ 6 เดือน ถึง 2 ปีที่ผ่านมา

3. ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาล

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มต้นของพยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตกรุงเทพมหานคร จัดอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ (\bar{X} = 11.37, SD = 2.63) ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 2-18 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน

เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ พยาบาลอายุ

35 ปีขึ้นไปมีการรับรู้อุปสรรค และรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.30$, $SD = .33$ และ $\bar{X} = 3.18$, $SD = .49$ ตามลำดับ) และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม และรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.27$, $SD = 0.70$ และ $\bar{X} = 1.96$, $SD = 0.66$ ตามลำดับ)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อค้นหา มะเร็งของเต้านมระยะเริ่มต้นของพยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไป กับความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ ประวัติการมีก้อน/ความผิดปกติที่เต้านม และการมีญาติ/บุคคลใกล้ชิดเป็นมะเร็งเต้านม (ตารางที่ 2)

4.1 ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างอายุ 35 ปีขึ้นไป ($r = 0.143$, $p < 0.05$) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง

ความรู้กับการตรวจแมมโมแกรม หรือการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์

4.2 การตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้ประโยชน์ ($r = 0.156$, $p < 0.01$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($r = -0.224$, $p < 0.001$) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4.3 การตรวจแมมโมแกรม และการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ของพยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ($r = 0.127$, $p < 0.05$ และ $r = 0.205$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) โดยไม่พบความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวสำหรับการค้นหาหะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น (Breast cancer detection behaviors) ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) การตรวจด้วยแมมโมแกรม และการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ (CBE) ของพยาบาลประจำการในเขตกรุงเทพมหานคร อายุ 35 ปีขึ้นไป

พฤติกรรมการปฏิบัติ	จำนวนคน	ร้อยละ (%)
1. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (N=276) (ความถี่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา)		
- บ่อยกว่าเดือนละครั้ง	31	11.2
- เดือนละครั้ง	35	12.7
- 2-3 เดือนต่อครั้ง	65	23.6
- 4 - 6 เดือนต่อครั้ง	34	12.3
- นานกว่า 6 เดือนต่อครั้ง	67	24.3
- ไม่เคยตรวจ	44	15.9
2. การตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม (N=276)		
- เคยตรวจเมื่อ 6 เดือนที่แล้ว	16	5.8
- เคยตรวจเมื่อปีที่แล้ว	12	4.3
- เคยตรวจเมื่อ 2 ปีที่แล้ว	5	1.8
- เคยตรวจมากกว่า 2 ปีที่แล้ว	10	6
- ไม่เคยตรวจ	233	84.4
3. การตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ (N=276)		
- 6 เดือนที่แล้ว	10	3.6
- 1 ปีที่แล้ว	16	5.8
- 2 ปีที่แล้ว	12	4.3
- มากกว่า 2 ปีที่แล้ว	29	10.5
- ไม่เคยตรวจ	209	75.7

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อค้นหามะเร็งของเต้านมระยะเริ่มต้นของพยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไป

พฤติกรรมกาปฏิบัติ	ตัวแปรที่ศึกษาความสัมพันธ์	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE)	● ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม	0.143*
	● การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจ BSE	0.156**
	● การรับรู้อุปสรรคของการตรวจ BSE	-0.224***
	● การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.044
	● การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.038
	● อายุ	-0.163**
	● ประวัติมีก้อน/ความผิดปกติที่เต้านม	0.115
	● การมีญาติ/บุคคลใกล้ชิดเป็นมะเร็งเต้านม	-0.051
การตรวจแมมโมแกรม (Mammogram)	● ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม	0.080
	● การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.127*
	● การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.024
	● อายุ	0.337***
	● ประวัติการมีก้อน/ความผิดปกติที่เต้านม	0.050
	● การมีญาติ/บุคคลใกล้ชิดเป็นมะเร็งเต้านม	0.093
การตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ (CBE)	● ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม	0.007
	● การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.205***
	● การรับรู้ความรุนแรงของโรค	-0.013
	● อายุ	0.146*
	● ประวัติการมีก้อน/ความผิดปกติที่เต้านม	0.551***
	● การมีญาติ/บุคคลใกล้ชิดเป็นมะเร็งเต้านม	0.084

* P < 0.05 ** P < 0.01 *** P < 0.001

4.4 อายุของพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($r = -0.163, p < .01$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตรวจแมมโมแกรม ($r = 0.337, p < 0.001$) และกับการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ ($r = 0.146, p < 0.05$)

4.5 ประวัติมีก้อน/ความผิดปกติที่เต้านมของพยาบาล มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ ($r = 0.551, p < 0.001$) โดยไม่พบความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองและกับการตรวจแมมโมแกรมของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

4.6 ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการมีญาติ/บุคคลใกล้ชิดเป็นโรคมะเร็งเต้านมกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจแมมโมแกรม หรือการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไป

5. ความสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติในการค้นหาหะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ด้วย Stepwise Multiple Regression เพื่อดูความสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อค้นหาหะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นของพยาบาลด้วยปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ อายุ ประวัติมีก้อน/ความผิดปกติที่เต้านม และการมีญาติ/บุคคลใกล้ชิดเป็นโรคเกี่ยวกับเต้านม พบว่าประวัติมีก้อน/ความผิดปกติที่เต้านม เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ (CBE) ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้ร้อยละ 30.4 ($R^2 = 0.304, F=119.595, p < 0.001$) สำหรับปัจจัยด้านอายุ สามารถทำนายการตรวจ CBE และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ของพยาบาลได้ในระดับต่ำ ร้อยละ 1.7 ($R^2 = 0.017, F= 6.991, p < 0.01$) และ ร้อยละ 2.7 ($R^2 = 0.027, F= 7.524, p < 0.01$) ตามลำดับ ไม่พบว่าปัจจัยที่ศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจแมมโมแกรมของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อการค้นหาโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นของพยาบาล
อายุ 35 ปีขึ้นไป

พฤติกรรม การปฏิบัติ	ตัวแปรที่ศึกษา	R ²	R ² change	F change	Beta	Sig. F change
การตรวจเต้านม โดยแพทย์/บุคลากร ทางการแพทย์ (CBE) การตรวจเต้านม ด้วยตนเอง (BSE)	- ประวัติมีก้อน/ ความผิดปกติที่ เต้านม	0.304	0.304	119.595	0.548	.000
	- อายุ	0.316	0.017	6.991	0.132	.009
	- อายุ	0.027	0.027	7.524	-0.163	.006

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า พยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อค้นหาโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจแมมโมแกรม และ การตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางข้อกำหนดของสมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย และสถาบันมะเร็งแห่งชาติของประเทศไทย ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 83.7 เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.2) ตรวจในเกณฑ์น้อยกว่าปกติ (> 2 เดือน/ครั้ง) หนึ่งในสี่ของพยาบาล (ร้อยละ 24.3) ตรวจเต้านมน้อยในเกณฑ์น้อยมาก (> 6 เดือน/ครั้งหรือเฉลี่ย 1- 2 ครั้ง/ปี) และร้อยละ 23.9 ของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างรายงานว่าตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้งหรือบ่อยกว่า อย่างไรก็ดี มีเพียงร้อยละ 12.7 ของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเท่านั้นที่

ปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างเหมาะสมตรงตามคำแนะนำ กล่าวคือตรวจเป็นประจำทุกเดือน ๑ ครั้ง ความถี่เฉลี่ยในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไป น้อยกว่า 2 ครั้งต่อปี ผลการศึกษานี้เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล (สิริรัตน์ จิตรชัยสุชา & คณินิจ พงศ์ถาวรภม 2544) ที่พบว่า ร้อยละ 21 ของนักศึกษาตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน ๑ ครั้ง และ การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งที่เป็นพยาบาลประจำการของบงกช เก่งเขตกิจ และคณะ (2542) ซึ่งรายงานว่าพยาบาลร้อยละ 22 ตรวจเต้านมเป็นประจำทุกเดือน ๑ ครั้ง ซึ่งให้เห็นถึงพฤติกรรมกรตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีมีเมื่อมีอายุมากขึ้นว่ามีแนวโน้มของการปฏิบัติลดลง ข้อคิดเห็นนี้ได้รับการสนับสนุนจากผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาล ($r = -0.163$, $p < 0.01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมล

คำสวัสดิ์ (2535) ที่พบว่าสตรีเมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยลง เนื่องจากวัยที่เพิ่มสูงขึ้นอาจเป็นสาเหตุทำให้บุคคลขาดความกระตือรือร้น ลดความเอาใจใส่สนใจตนเองลงไป หรืออาจเพราะมีปัญหาอย่างอื่นที่บุคคลให้ความสำคัญมากกว่า

เช่นเดียวกับกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม และการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่จัดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์อย่างชัดเจน เมื่อเทียบกับข้อแนะนำจาก ACS Guideline โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจแมมโมแกรม มีพยาบาลเพียงร้อยละ 15.6 และ ร้อยละ 24.3 รายงานว่าเคยตรวจแมมโมแกรม และตรวจเต้านมโดยแพทย์ตามลำดับตามข้อแนะนำดังกล่าว สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม ควรไปตรวจแมมโมแกรมเป็นครั้งแรกเมื่ออายุ 35-40 ปีเป็นพื้นฐาน (base line) และควรมีการตรวจต่อเนื่องทุกปีหลังจากนั้น ส่วนการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์/บุคลากรผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ สตรีควรไปรับการตรวจทุก 3 ปีในช่วงอายุ 20-40 ปี และตรวจทุกปีหลังอายุ 40-50 ปี อย่างไรก็ตาม ข้อแนะนำในการตรวจแมมโมแกรมของสตรีในช่วงอายุ 40-49 ปี อาจยังมีข้อโต้แย้งกันอยู่บ้างว่าควรตรวจทุกปี หรือ ควรจะตรวจปีเว้นปีแทนเนื่องจากความแม่นยำและความไวของการตรวจ (Sensitivity) ด้วยแมมโมแกรมจะลดลงถ้าตรวจในสตรีอายุน้อย (Baines & Miller, 1997) อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาว่าปัจจุบันพบมะเร็งเต้านมในสตรีไทยที่มีอายุน้อยเพิ่มขึ้น มูลนิธิธันยรักษ์ในพระบรม

ราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีบรมราชชนนี ได้กำหนดข้อแนะนำเพื่อการป้องกันมะเร็งเต้านมแรกให้สตรีตรวจแมมโมแกรมครั้งแรกเมื่ออายุ 35 ปี และตรวจทุกปีหลังจากอายุ 40 ปี (มูลนิธิธันยรักษ์ ฯ 2543) การวิจัยครั้งนี้พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไป ($r = 0.143, p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของแซมเปียน และของคนอื่น ๆ (Champion, 1989; 1991; Champion et al, 1997; William, 1988) ที่สนับสนุนว่าความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งของการนำไปสู่พฤติกรรมปฏิบัติการตรวจเต้านมของสตรี สตรีที่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมสูงมีการปฏิบัติตรวจเต้านมสูงด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของโสพรรณโพทะยะ (2532) ที่ศึกษาในสตรีอายุ 15 ปีขึ้นไป และการศึกษาของกัลยาณี นาคฤทธิ (2541) ในสตรีวัยกลางคนในเขตกทม. รวมทั้งการศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพของบงกช เก่งเขตกิจ และคณะ (2542) และกลุ่มนักศึกษาพยาบาลของสิริรัตน์ จิตรชัยสุชา และ คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล (2544) อย่างไรก็ดีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไป จัดอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ($\bar{X} = 11.37$ SD = 2.63) หรือคิดเป็นร้อยละ 56.85 ของคะแนนแบบวัดความรู้ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาโดย สิริรัตน์ จิตรชัยสุชา และ คณิงนิจ พงศ์ถาวรกมล (2544) โดยใช้แบบวัดเดียวกัน

พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ไม่แตกต่างกัน คืออยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ผลนี้บ่งชี้ว่าการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้/ทักษะแก่พยาบาลประจำการเป็นระยะๆ เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง เช่น การจัด in-service education & training เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วิทยาการก้าวหน้าเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการค้นหาหะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น ฯลฯ เพื่อเป็นพื้นฐานสำคัญของการนำไปสู่พฤติกรรมปฏิบัติการตรวจเต้านมอย่างเหมาะสม เป็นการส่งเสริมสุขภาพของตัวพยาบาลเอง และเป็นแบบอย่างที่ดีของการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพแก่สตรี/ประชาชนทั่วไป

ผลการศึกษานี้พบว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำในด้านการรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรค และด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และคะแนนอยู่ในระดับปานกลางในด้านการรับรู้ประโยชน์ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ ($r = 0.156, p < 0.01$) และกับด้านการรับรู้อุปสรรค ($r = -0.224, p < 0.001$) โดยไม่พบความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรค และความรุนแรงของโรคสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรค เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดแบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Health Belief Model) เมื่อเทียบกับปัจจัยตัวอื่นๆ (Champion, 1991; Holm, Frank & Curtin, 1999) ฉะนั้นแนวทางในการจัด

โปรแกรมให้ความรู้ หรือสร้างแรงจูงใจแก่สตรีเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมปฏิบัติในการค้นหาหะเร็งเต้านมอย่างเหมาะสม ควรมุ่งเน้นในเรื่องการจัดการเพื่อจัดหรือลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติการตรวจเต้านมของสตรีเป็นประเด็นสำคัญด้วย นอกเหนือจากการจูงใจในด้านรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติแล้ว

ประวัติพบก้อน/ความผิดปกติที่เต้านมพบว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ของพยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไปในการศึกษาครั้งนี้ โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ได้ถึงร้อยละ 30.4 อธิบายได้ว่าการพบก้อน/ความผิดปกติที่เต้านมทำให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูงขึ้น ($r = 0.205, p < 0.001$) จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่จูงใจให้มาพบแพทย์ ฉะนั้นการรณรงค์ให้พยาบาล/สตรีทั่วไปมีการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น จะช่วยให้มีโอกาสพบความก้อน/ความผิดปกติได้ตั้งแต่ก้อนมีขนาดเล็ก และมารับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ตั้งแต่โรคอยู่ในระยะเริ่มต้น

อายุของพยาบาลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการตรวจเต้านมทั้ง 3 วิธีกล่าวคือ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($r = -0.163, p < 0.01$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตรวจแมมโมแกรม ($r = 0.337, p < 0.001$) และตรวจเต้านมด้วยแพทย์ ($r = 0.146, p < 0.05$) แสดงว่าพยาบาลอายุมากขึ้นมีแนวโน้มของการตรวจแมมโมแกรมและตรวจเต้านมด้วยแพทย์มากขึ้น

ในขณะที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยลง ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น อย่างไรก็ตาม การตรวจหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นที่ดีมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องใช้การตรวจเต้านมทั้ง 3 วิธีร่วมกัน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในขนาดน้อยระหว่างความถี่ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับการตรวจแมมโมแกรม ($r = 0.124, p < 0.05$) โดยไม่พบความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ หรือระหว่างการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์กับการตรวจแมมโมแกรม ผลการศึกษาครั้งนี้ บ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องรณรงค์หากลวิธีจึงใจให้สตรีโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมเพื่อค้นหาหามะเร็งในระยะเริ่มต้น โดยให้มีความรู้ ความเข้าใจอย่างถูกต้องว่าการป้องกัน/ค้นหาโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นต้องประกอบด้วย การตรวจทั้ง 3 อย่างร่วมกัน จึงจะได้รับประสิทธิผลสูงสุด

พยาบาลเป็นบุคลากรหลักในทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่สอน/ให้คำแนะนำแก่สตรีในการป้องกันมะเร็งเต้านม จึงควรตระหนักถึงการเป็นผู้ปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพเพื่อเป็นแบบอย่างในการดูแลเต้านมตนเองอย่างเหมาะสมด้วย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มีประโยชน์สำหรับเป็นข้อมูลในการวางแผนการจัดโปรแกรมความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น และการฝึกตรวจเต้านมแก่สตรีโดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาจำกัดเฉพาะในกลุ่มพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

ในสตรีกลุ่มอื่น และในเขตภูมิภาคอื่นด้วย เพื่อสามารถใช้ผลการวิจัยไปใช้สรุปอ้างอิงกับประชากรต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. ควรจัดโครงการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองแก่บุคลากรทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลประจำการ เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญการปฏิบัติเพื่อค้นหาหามะเร็งเต้านมในระยะแรกเริ่ม โดยเฉพาะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อให้สามารถตรวจเต้านมตนเองได้อย่างมั่นใจ และสามารถสอน/ให้คำแนะนำแก่สตรีทั่วไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. จากการศึกษาครั้งนี้พยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไป มีการตรวจแมมโมแกรม และการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์น้อยมาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มการสนับสนุนทั้งในด้านการประชาสัมพันธ์ และด้านการเอื้อความสะดวกต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการ เพื่อส่งเสริมให้สตรี/พยาบาลอายุ 35 ปีขึ้นไป ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจแมมโมแกรม และการตรวจเต้านมโดยแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น และสามารถรับการตรวจเป็นระยะ ๆ อย่างเหมาะสม ควบคู่กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ ตามข้อแนะนำของสมาคมโรคมะเร็งแห่งชาติ สหรัฐอเมริกาและองค์กรโรคมะเร็งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. ด้านนโยบาย รัฐบาลควรเพิ่มการสนับสนุนด้านงบประมาณมากขึ้นสำหรับการรณรงค์

ด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และวิธีการค้นหาโรคมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ และสิ่งตีพิมพ์ต่างๆ เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องไปสู่ประชาชนทั่วไป/สตรีโดยเฉพาะกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ให้ตระหนักถึงความเสี่ยงของตนต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

รวมทั้งมีเจตคติทางบวกต่อโรคมะเร็งเต้านมว่าสามารถรักษาให้หายได้ถ้าตรวจพบตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ซึ่งเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งให้สตรีเอาใจใส่ดูแลเต้านมตนเองมากขึ้น และมารับบริการการตรวจรักษาโดยเร็วเมื่อพบความผิดปกติของเต้านมตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- กัลยาณี นาคฤทธิ (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยกลางคนในกรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (2543) แผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทยประจำปี 2543-2544 (เอกสารอัดสำเนา)
- บงกช เก่งเขตกิจ เพ็ญศรี ระเบียบ และสุพรรณิ เอี่ยมรักษา (2542) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทย รายงานการวิจัย สภาวิจัยแห่งชาติ
- มูลนิธิถันยรักษ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีบรมราชชนนี (2543). Triple Touch. เอกสารประกอบคู่มือการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง กรุงเทพฯ โรงพิมพ์ประชาชน
- วิมล คำสวัสดิ์ (2535). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแม่บ้านอาสาสมัครในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในชุมชนแออัดเขต กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- โสพรรณ โปะทะยะ (2532). การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีที่มีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา & คณิงนิจ พงศ์ถาวรภม (2544), ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล วารสารพยาบาลศาสตร์ 1(19) 40 – 49.
- American Cancer Societt. (2000a). Breast Cancer: Early detection and symptoms [On-line] <http://www3.cancer.org/cancerinfo/> (9 April 2001).
- American Cancer Society (1998). Cancer risk report-1998: Breast cancer. The World wide web:<http://www.cancer.org/statistics/98crr/breast.htm>

- Auvinen A, Elovainio L, Hakama M. (1996). **Breast self-examination and survival from breast cancer: a prospective follow-up study.** *Breast Cancer Res Treat*, 38, 161-8
- Baines, C.J., & Miller, A.B. (1997). **Mammography versus clinical examination of the breasts.** *Journal of the National Cancer Institute Monograph*, 22, 125-129
- Becker, M.H. editor. (1974), **The health belief model and personal health behavior.** Thorofare, NJ : Chales B. Slack, Inc.
- Benedict, S., Williams, R.D., & Hoomani, J. (1996). **Method of discovery of breast cancer.** *Cancer Practice*, 4, 147-155.
- Cancer Registry (1996). **National Cancer Institute Department of Medical Services Ministry of Public Health.**
- Champion, V.L, Skinner, C.S., Miller, A.M., Goulet, R.B., & Wagler, K. (1997). **Factors influencing effect of mammography screening in a university workplace.** *Cancer Detection and Prevention*, 21, 231-234.
- Champion, V.L. (1991). **The relationship of selected variables to breast cancer detection behaviors in women 35 and older.** *Oncol Nurs Forum* 18, 4, 733-739.
- Champion, V.L. (1989). **Effect of knowledge, teaching method, confidence and social influence on breast self-examination behavior.** *Journal of Nursing Scholarship* 21(2), 76-80.
- Holm, C.J., Frank, D.I. & Curtin, J. (1999). **Health beliefs, health locus of control, and women's mammography behaviors.** *Cancer Nursing*, 22, 149-156.
- McPherson, CP, Swensen, KK, Jolitz, G, Murray, CL (1997). **Survival of women ages 40-49 years with breast carcinoma according to method of detection.** *Cancer* 79, 1923-32.
- Rosenstock, I.M. (1974). **Historical origins of the health belief model.** *Health Education Monograph*, 2, 328-335.
- Smith, EM, Burns, TL (1985). **The effects of breast self-examination in a population-based cancer registry.** *Cancer* 55, 432-7.
- Thomas, D.B., Gao, D.L., Ray, R.M., Wang, W. W., Allison, C.J., Chen F.L., et. al. (2002). **Randomized Trial of Breast Self-Examination in Shanghai: Final Results.** *Journal of the National Cancer Institute* 94(19), 1445-1457
- William, R. (1988). **Factor affecting the practice of Breast-Self Examination in Older Women.** *Oncol Nurs Forum* 15(5), 611-615.