ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี จังหวัดชัยภูมิ

ปัญญ์กรินทร์ หอยรัตน์[1], ธรณินทร์ คุณแขวน[1*], อณัญญา ลาลุน[1]

รับบทความ: 10 พฤศจิกายน 2568; ส่งแก้ไข: 8 มีนาคม 2569; ตอบรับ: 16 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคมะเร็งเต้านมถือเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของสตรีทั่วโลก การตรวจพบในระยะเริ่มต้นจะสามารถรักษาให้หายขาดและช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ ซึ่งมีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย : การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีอายุ 40 - 69 ปี จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 396 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.74, 0.86, 0.77, 0.82, 0.87 และ 0.79 ตามลำดับ เก็บข้อมูลช่วงเดือนสิงหาคม ถึงตุลาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย : (1) กลุ่มตัวอย่างเคยตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 47.98 และ (2) ปัจจัยซึ่ง ได้แก่ อายุ 50 - 59 ปี (AOR = 2.09, 95% CI = 1.21-3.62) โรคประจำตัว (AOR = 1.80, 95% CI = 1.09-2.96) ความคาดหวังในผลลัพธ์ระดับมาก (AOR = 2.92, 95% CI = 1.66-5.17) ความคาดหวังในความสามารถระดับมาก (AOR = 2.15, 95% CI = 1.34-3.44) แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง (AOR = 2.58, 95% CI = 1.56-4.28) และแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก (AOR = 4.96, 95% CI = 2.58-9.52) มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล : พยาบาลชุมชนสามารถนำปัจจัย ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความคาดหวังในความสามารถ และแรงสนับสนุนทางสังคม ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมได้

คำสำคัญ : มะเร็งเต้านม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านม

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ 36000

*อีเมล: k.torranin@gmail.com

Factors Affecting to Breast Cancer Screening among Women, Chaiyaphum Province

Pankarin Hoyrat[1], Torranin Khunkhwaen[1*], Ananya Lalun[1]

Received: November 10, 2025; Received revision: March 8, 2026; Accepted: March 16, 2026

Abstract

Background: Breast cancer is a major public health problem and a leading cause of morbidity and mortality among women worldwide. Early detection can cure and reduce mortality. Multiple factors influence women's participation in breast cancer screening.

Objectives: To examine breast cancer screening practices and factors affecting breast cancer screening among women in Chaiyaphum Province.

Materials and methods: This study employed a cross-sectional analytical study. The sample consisted of 396 women aged 40–69 years residing in Chaiyaphum Province, selected using multistage random sampling. The research tools were questionnaires, including knowledge about breast cancer, perception of the severity of breast cancer, perception of the risk of developing breast cancer, expectations of the outcome of breast cancer screening, expectations of breast cancer screening capacity, and social support. The instruments demonstrated reliability coefficients of 0.74, 0.86, 0.77, 0.82, 0.87, and 0.79 respectively. Data were collected from August to October 2024. Descriptive statistics and logistic regression analysis were used to analyze the data.

Results: (1) A total of 47.98% of participants had previously undergone breast cancer screening. (2) The factors significantly associated with breast cancer screening were: Age 50 – 59 years (AOR = 2.09, 95% CI = 1.21–3.62); Having an underlying disease (AOR = 1.80, 95% CI = 1.09–2.96); High outcome expectancy (AOR = 2.92, 95% CI = 1.66–5.17); High self-efficacy (AOR = 2.15, 95% CI = 1.34–3.44); Moderate social support (AOR = 2.58, 95% CI = 1.56–4.28); and High social support (AOR = 4.96, 95% CI = 2.58–9.52).

Conclusion: Community nurses can take factors such as age, underlying diseases, outcome expectancy, outcome self-efficacy, and social support can be applied in the development of activities to promote breast cancer screening.

Keywords: Breast cancer, Breast cancer screening, Breast examination

[1] Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum, 36000, Thailand.

*Corresponding e-mail: k.torranin@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านม ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่พบได้ทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้หญิง โดยองค์การอนามัยโลกได้รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2022 มีผู้หญิงทั่วโลกได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมถึง 2.3 ล้านคน และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมถึง 670,000 คน[1] สำหรับประเทศไทย มะเร็งเต้านม ถือเป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิงไทย[2] จากข้อมูลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (health data center) ย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า หญิงไทยป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม 36,887 คน 38,633 คน และ 41,073 คน ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2567 พบในหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด จำนวน 23,063 ราย รองลงมาคือ อายุ 50 - 59 ปี จำนวน 12,053 ราย และ อายุ 40 - 49 ปี จำนวน 4,689 ราย ตามลำดับ[3] สำหรับสาเหตุของการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคได้จากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น รับประทานอาหารไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย และดื่มสุรา รวมถึงบางปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม และอายุที่มากขึ้น เป็นต้น โดยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้นมักจะไม่มีอาการเจ็บแต่อาจจะตรวจพบความผิดปกติเกิดขึ้นที่เต้านม ซึ่งจะคลำได้ลักษณะเป็นก้อน มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและผิวหนัง เช่น รอยบุ๋ม ย่น หดตัว หนาผิดปกติ บางส่วนมีสะเก็ด ผิวหัวนมมีการหดตัว คันหรือแดงผิดปกติ มีเลือดหรือของเหลวออกจากหัวนม และมีการบวมใต้รักแร้จากต่อมน้ำเหลืองโต เป็นต้น[4]

ปัจจุบันการเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมนิยมใช้การตรวจคัดกรองด้วยกัน 3 วิธี ประกอบด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (breast-self examination, BSE) การตรวจเต้านมโดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรม (clinical breast examination, CBE) และการตรวจเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านม (mammogram)[5] โดยการตรวจคัดกรองและตรวจพบในระยะเริ่มต้นจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งโอกาสรักษาให้หายขาดถึงร้อยละ 96 ดังนั้นการเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมโดยตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ จึงถือเป็นหลักสำคัญเพื่อให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและเข้าสู่การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยลดอัตราการตายของประชาชน[6]

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (health data center) พบว่า ในปี พ.ศ. 2567 มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ร้อยละ 59.62 และ การตรวจเต้านมโดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรม (CBE) ร้อยละ 62.78 ส่วนจังหวัดชัยภูมิ พบว่า มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ร้อยละ 52.97 และการตรวจเต้านมโดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรม (CBE) ร้อยละ 55.92[7] ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของ service plan สาขาโรคมะเร็ง ปี พ.ศ. 2566-2570 ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 80 ขึ้นไป[8] จากรายงานดังกล่าวพบว่า ยังมีกลุ่มสตรีที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ทำให้เสี่ยงที่จะพบโรคมะเร็งเต้านมในระยะลุกลามได้ ทั้งนี้หากกลุ่มสตรีทำการเฝ้าระวังด้วยการตรวจคัดกรองด้วยวิธีต่าง ๆ และทำอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้กลุ่มสตรีมีความปลอดภัยจากโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด

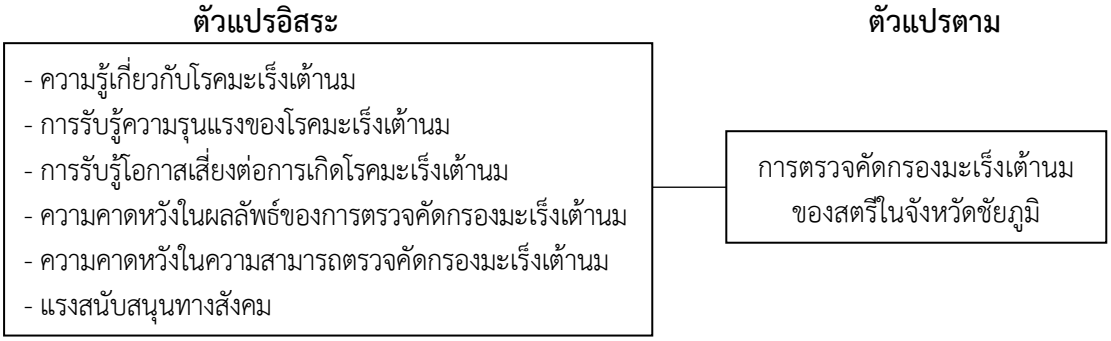
จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง[9] การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม[10] และพบว่า การสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (protection motivation theory, PMT) ทำให้กลุ่มสตรีมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้น[11] จากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดข้างต้นมาศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของกลุ่มสตรี จังหวัดชัยภูมิ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับหน่วยงานสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องได้นำไปทำกิจกรรมโครงการรณรงค์การตรวจมะเร็งเต้านมอันก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์ต่อกลุ่มสตรีและหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีในจังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีในจังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ ซึ่งเป็นพุทธิพิสัยตามแนวคิดของบลูม[12] ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ของโรเจอร์[13] และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของเฮาส์[14] โดยเชื่อว่า การที่บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ความคาดหวังในความสามารถตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมากยิ่งขึ้น กรอบแนวคิดแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) เก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีซึ่งมีภูมิลำเนาและดำเนินชีวิตอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีอายุ 40 - 69 ปี มีภูมิลำเนาและดำเนินชีวิตอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 396 คน เกณฑ์

การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40 - 69 ปี มีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี พูดคุยติดต่อสื่อสารรู้เรื่อง อ่านหนังสือออกและเขียนได้ และมีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีความเจ็บป่วยไม่สบายเมื่อขอเข้าเก็บข้อมูล ไม่อยู่ในพื้นที่ขณะเก็บข้อมูล และขอถอนตัวจากการร่วมโครงการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างประมาณค่าสัดส่วนประชากรของ Wayne[15] แสดงตามสูตร ดังนี้

$$n = \frac{z^2_{1-\frac{\propto}{2}}\, p(1-p)}{d^2}$$

เมื่อ n หมายถึง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$Z_{1-\alpha/2}$ หมายถึง ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

P หมายถึง ค่าสัดส่วนพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรี เท่ากับ 0.57[16]

d หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนจากค่าจริงที่ยอมรับได้ กำหนดที่ 0.05

จากการแทนค่าและคำนวณขนาดตัวอย่างได้ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 377 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น จำนวน 396 คน หลังจากนั้นจึงทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยขั้นที่ 1 สุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อหาตัวแทนอำเภอของจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 4 อำเภอ ขั้นที่ 2 สุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อหาตัวแทนตำบลในแต่ละอำเภอ จำนวน 1 ตำบล และ ขั้นที่ 3 สุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิตามช่วงอายุกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบล และกำหนดขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในแต่ละชั้น จากนั้นจึงทำการสุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวนที่กำหนด แล้วจึงทำการเก็บข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีจำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำ ดังนี้ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมของญาติสายตรง และ สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ใช่ และ ไม่ใช่ โดยเลือกคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์ของบลูม[17] ดังนี้ มีความรู้ถูกต้องอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม มีจำนวน 10 ข้อ โดยแต่ละข้อให้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ แบ่งเป็น เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งคำถามเชิงบวกให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนคำถามเชิงลบให้ค่าคะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของเบสท์[18] ดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง (คะแนน 3.68 - 5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34 - 3.67) และระดับต่ำ (คะแนน 1.00 - 2.33)

ส่วนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม มีจำนวน 10 ข้อ โดยแต่ละข้อให้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ

แบ่งเป็น เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งคำถามเชิงบวกให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนคำถามเชิงลบให้ค่าคะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของเบสท์[18] ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง (คะแนน 3.68 - 5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34 - 3.67) และระดับต่ำ (คะแนน 1.00 - 2.33)

ส่วนที่ 5 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มีจำนวน 7 ข้อ โดยแต่ละข้อให้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ แบ่งเป็น เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งคำถามเชิงบวกให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนคำถามเชิงลบให้ค่าคะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของเบสท์[18] ดังนี้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง (คะแนน 3.68 - 5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34 - 3.67) และระดับต่ำ (คะแนน 1.00 - 2.33)

ส่วนที่ 6 ความคาดหวังในความสามารถตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มีจำนวน 8 ข้อ โดยแต่ละข้อให้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับแบ่งเป็น เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งคำถามเชิงบวกให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนคำถามเชิงลบให้ค่าคะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของเบสท์[18] ดังนี้ ความคาดหวังในความสามารถตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง (คะแนน 3.68 - 5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34 - 3.67) และระดับต่ำ (คะแนน 1.00 - 2.33)

ส่วนที่ 7 แรงสนับสนุนทางสังคม มีจำนวน 9 ข้อ โดยแต่ละข้อให้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 4 ระดับ แบ่งเป็น บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย ซึ่งให้ค่าคะแนน 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของเบสท์[18] ดังนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (คะแนน 3.01 - 4.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.01 - 3.00) และระดับต่ำ (คะแนน 1.00 - 2.00)

ส่วนที่ 8 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มีจำนวน 2 ข้อ ลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบ ดังนี้ (1) การเคยตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และ (2) วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก ประกอบด้วย การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์แมมโมแกรม การตรวจด้วยแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ และการตรวจด้วยตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเครื่องมือการวิจัย (content validity) โดยใช้วิธีหาดัชนีความสอดคล้อง (index of objective-item congruence, IOC) ใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67 - 1.00 เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน[19] จากนั้นทำการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) ในกลุ่มบุคคลที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ได้ผลดังต่อไปนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ทดสอบด้วยวิธี KR-20 ของ Kuder-Richardson มีค่าเท่ากับ 0.74 และ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม 3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม 4) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม 5) ความคาดหวังในความสามารถตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และ 6) แรงสนับสนุนทางสังคม ทดสอบด้วยการหาค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficients) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.86, 0.77, 0.82, 0.87 และ 0.79 ตามลำดับ เป็นไปตามเกณฑ์ยอมรับ[20]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในช่วงเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2567 มีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทำเรื่องขออนุมัติเก็บข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

2. ติดต่อพื้นที่ที่ได้รับการสุ่ม โดยขอความร่วมมือกับผู้ใหญ่บ้านช่วยประกาศแจ้งอาสาสมัครตามคุณสมบัติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัยเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยพบผู้วิจัยที่ศาลาประชุมกลางหมู่บ้าน ทั้งนี้จะเน้นย้ำให้ผู้ใหญ่บ้านประกาศว่าผู้ที่มีคุณสมบัติตามประกาศจะมาประชุมหรือไม่มาก็ได้ ให้เป็นไปตามความสมัครใจและผู้ที่ไม่มาเข้าร่วมจะไม่เสียสิทธิจากบริการทางภาครัฐแต่อย่างใด

3. ผู้วิจัยทำการแนะนำตัวเองและอธิบายโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยการลงลายมือชื่อตามความสะดวกของอาสาสมัคร และเมื่อขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยจะขอให้ผู้ใหญ่บ้านไม่อยู่ในที่ประชุมเพื่อเป็นการป้องกันอิทธิพลความเกรงใจ

4. อธิบายให้อาสาสมัครทราบว่าในการตอบแบบสอบถามอาสาสมัครไม่ต้องระบุ ชื่อ สกุล ที่อยู่ ของตนแต่อย่างใด การรายงานข้อมูลวิจัยจะเป็นไปในลักษณะภาพรวมและหากอาสาสมัครมีความรู้สึกอึดอัดและไม่สบายใจสามารถข้ามข้อคำถามนั้น ๆ ได้ หรือยุติการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่ออาสาสมัคร และผู้วิจัยจะทำลายแบบสอบถามทิ้งทันทีหลังจบโครงการวิจัย

5. หลังจากอธิบายโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะให้อาสาสมัครทำแบบสอบถามโดยให้เวลาในการทำ 1 ชั่วโมง ซึ่งผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่ตอบแบบสอบถามที่เป็นส่วนตัว โดยให้อาสาสมัครนั่งแยกจากกันระหว่างทำแบบสอบถาม เพื่อป้องกันการพูดคุยและมีปฏิสัมพันธ์กัน ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความเป็นอิสระในการตอบแบบสอบถามและลดอคติที่อาจเกิดจากผู้อื่น จากนั้นผู้วิจัยจะไปขอเก็บแบบสอบถามจากอาสาสมัครคืน

6. ตรวจสอบแบบสอบถามให้ครบตามจำนวน นำไปลงข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูปและทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistic) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยการทดสอบการถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (simple logistic regression) นำเสนอด้วยค่า crude odds ratio (COR) จากนั้นพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) น้อยกว่า .10 ($p < 0.10$)[21] เข้าสู่การทดสอบการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (multiple logistic regression) ด้วยวิธี backward LR นำเสนอด้วยค่า adjusted odds ratio (AOR) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ (α) น้อยกว่า .05 ($p < 0.05$) เป็นเกณฑ์ยอมรับ และการวิจัยครั้งนี้กำหนดให้การเคยตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เป็นเหตุการณ์ที่สนใจ (y = 1)

การพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัคร

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติเก็บข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ลำดับที่ 1-001/2567 เลขที่รับรอง HE 66-1-024 ลงวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุ 50 - 59 ปี (M = 55.27, SD = 8.16) ร้อยละ 40.40 โดยมีสถานภาพคู่อยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 74.74 การศึกษาสูงสุดอยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.61 มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 75.51 และมีรายได้ต่อเดือน 5,000 บาทขึ้นไป (M = 10,432.07, SD = 12,639.73) ร้อยละ 55.30 ทั้งนี้ไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 60.35 ญาติสายตรงไม่มีคนป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 95.20 และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาด้วยบัตรทอง ร้อยละ 71.21 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 396)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
40 - 49 ปี	104	26.26
50 - 59 ปี	160	40.40
60 - 69 ปี	132	33.34
(M = 55.27, SD = 8.16, Min = 40, Max = 69)		
สถานภาพ		
โสด	30	7.58
คู่อยู่ด้วยกัน	296	74.74
หม้าย/อย่าร้าง/แยกกันอยู่	70	17.68
การศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	240	60.61
มัธยมศึกษา/ปวช.	100	25.25
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	56	14.14
อาชีพปัจจุบัน		
เกษตรกร/รับจ้าง	299	75.51
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	44	11.11
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	53	13.38
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	177	44.70
5,000 บาท ขึ้นไป	219	55.30
(M = 10,432.07, SD = 12,639.73, Min = 600, Max = 65,000)		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	239	60.35
มี	157	39.65

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม		
ไม่มี	377	95.20
มี	19	4.80
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	282	71.21
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	65	16.41
ประกันสังคม	49	12.38

2. การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีในจังหวัดชัยภูมิ

ผลการวิจัย พบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างสตรี จังหวัดชัยภูมิ เคยตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 47.98 ซึ่งแบ่งออกเป็น ตรวจด้วยตนเอง ร้อยละ 46.21 ตรวจด้วยแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรม ร้อยละ 13.13 และตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านม (แมมโมแกรม) ร้อยละ 5.30 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีในจังหวัดชัยภูมิ (n = 396)

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยตรวจ	206	52.02
เคยตรวจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	190	47.98
ตรวจด้วยตนเอง	183	46.21
ตรวจด้วยแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรม	52	13.13
ตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านม (แมมโมแกรม)	21	5.30

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีในจังหวัดชัยภูมิ

ผลการวิเคราะห์อย่างง่าย ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีในจังหวัดชัยภูมิ พบว่า มีปัจจัยดังต่อไปนี้ อายุ 50 – 59 ปี (COR = 1.68, 95% CI = 1.06-2.69, p = 0.028) โรคประจำตัว (COR = 1.57, 95% CI = 1.04-2.35, p = 0.029) การรับรู้ความรุนแรงระดับมาก (COR = 0.37, 95% CI = 0.12-1.17, p = 0.093) ความคาดหวังในผลลัพธ์ระดับมาก (COR = 4.45, 95% CI = 2.68-7.37, $p < 0.001$) ความคาดหวังในความสามารถระดับมาก (COR = 3.63, 95% CI = 2.39-5.51, $p < 0.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง (COR = 2.81, 95% CI = 1.77-4.41, $p < 0.001$) และระดับมาก (COR = 6.28, 95% CI = 3.45-11.41, $p < 0.001$)รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี จังหวัดชัยภูมิ โดยการวิเคราะห์แบบ univariate analysis (n = 396)

ตัวแปรที่ศึกษา	การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม				univariate analysis		
	เคยตรวจ (n = 190)		ไม่เคยตรวจ (n = 206)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	COR	95% CI	*p*
อายุ							
40 - 49 ปี	52	27.37	52	25.24	1.49	0.88-2.50	0.131
50 - 59 ปี	85	44.74	75	36.41	1.68	1.06-2.69	0.028
60 - 69 ปี (ref.)	53	27.89	79	38.35	1		
สถานภาพ							
หม้าย/อย่าร้าง/แยกกันอยู่	34	17.90	36	17.48	0.82	0.35-1.94	0.663
คู่อยู่ด้วยกัน	140	73.68	156	75.72	0.78	0.37-1.66	0.529
โสด (ref.)	16	8.42	14	6.80	1		
การศึกษาสูงสุด							
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	24	12.63	32	15.53	0.81	0.45-1.46	0.495
มัธยมศึกษา/ปวช.	51	26.84	49	23.79	1.13	0.70-1.80	0.604
ประถมศึกษา (ref.)	115	60.53	125	60.68	1		
อาชีพปัจจุบัน							
เกษตรกร/รับจ้าง	151	79.48	148	71.85	1.55	0.85-2.82	0.146
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	18	9.47	26	12.62	1.05	0.46-2.38	0.898
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ref.)	21	11.05	32	15.53	1		
รายได้ต่อเดือน							
5,000 บาท ขึ้นไป	102	53.68	117	56.80	0.88	0.59-1.31	0.534
น้อยกว่า 5,000 บาท (ref.)	88	46.32	89	43.20	1		
โรคประจำตัว							
มี	86	45.26	71	34.47	1.57	1.04-2.35	0.029
ไม่มี (ref.)	104	54.74	135	65.53	1		
ญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม							
มี	8	4.21	11	5.34	0.77	0.30-1.98	0.600
ไม่มี (ref.)	182	95.79	195	94.66	1		
สิทธิการรักษา							
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	34	17.89	31	15.05	1.09	0.59-2.00	0.779
ประกันสังคม	24	12.63	25	12.14	1.24	0.72-2.13	0.424
บัตรทอง (ref.)	132	69.47	150	72.82	1		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม				univariate analysis		
	เคยตรวจ (n = 190)		ไม่เคยตรวจ (n = 206)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	COR	95% CI	*p*
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม							
สูง	63	33.16	60	29.13	0.81	0.45-1.46	0.495
ปานกลาง	94	49.47	94	45.63	1.13	0.70-1.80	0.604
ต่ำ (ref.)	33	17.37	52	25.24	1		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม							
มาก	120	63.16	111	53.88	0.37	0.12-1.17	0.093
ปานกลาง	61	32.11	90	43.69	0.60	0.19-1.84	0.374
น้อย (ref.)	9	4.74	5	2.43	1		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม							
มาก	12	6.32	10	4.85	1.32	0.55-3.13	0.527
ปานกลาง (ref.)	178	93.68	196	95.15	1		
น้อย	0	0.00	0	0.00			
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม							
มาก	165	86.84	123	59.71	4.45	2.68-7.37	<0.001
ปานกลาง (ref.)	25	13.16	83	40.29	1		
น้อย	0	0.00	0	0.00			
ความคาดหวังในความสามารถตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม							
มาก	118	62.11	64	31.07	3.63	2.39-5.51	<0.001
ปานกลาง (ref.)	72	37.89	142	68.93	1		
น้อย	0	0.00	0	0.00			
แรงสนับสนุนทางสังคม							
มาก	58	30.52	22	10.68	6.28	3.45-11.41	<0.001
ปานกลาง	85	44.74	72	34.95	2.81	1.77-4.47	<0.001
น้อย (ref.)	47	24.74	112	54.37	1		

หมายเหตุ COR : crude odds ratio, ref. : reference variable

ผลการวิเคราะห์พหุปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีในจังหวัดชัยภูมิ พบว่า

อายุ 50 - 59 ปี มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 2.09, 95% CI = 1.21-3.62, p = 0.008) โดยสตรีช่วงอายุ 50 - 59 ปี มีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมถึง 2.09 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีช่วงอายุ 60 - 69 ปี โรคประจำตัว มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 1.80, 95% CI = 1.09-2.96, p = 0.020) โดยสตรีที่มีโรคประจำตัว มีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมถึง 1.80 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่มีโรคประจำตัว

ความคาดหวังในผลลัพธ์ระดับมาก มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 2.92, 95% CI = 1.66-5.17, p < 0.001) โดยสตรีที่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ระดับมาก มีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งเต้า

นมถึง 2.92 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีที่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ระดับปานกลาง

ความคาดหวังในความสามารถระดับมากมีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 2.15, 95% CI = 1.34-3.44, p = 0.001) โดยสตรีที่มีความคาดหวังในความสามารถระดับมาก มีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมถึง 2.15 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีที่มีความคาดหวังในความสามารถระดับปานกลาง

แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 2.58, 95% CI = 1.56-4.28, p < 0.001) โดยสตรีที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง มีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม 2.58 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย

แรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 4.96, 95% CI = 2.58-9.52, p < 0.001) โดยสตรีที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก มีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมถึง 4.96 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี จังหวัดชัยภูมิ โดยการวิเคราะห์แบบ multivariate analysis (n = 396)

ตัวแปรที่ศึกษา	AOR	95% CI	*p*
อายุ			
50 - 59 ปี	2.09	1.21-3.62	0.008
60 - 69 ปี (ref.)	1		
โรคประจำตัว			
มี	1.80	1.09-2.96	0.020
ไม่มี (ref.)	1		
ความคาดหวังในผลลัพธ์			
มาก	2.92	1.66-5.17	<0.001
ปานกลาง (ref.)	1		
ความคาดหวังในความสามารถ			
มาก	2.15	1.34-3.44	0.001
ปานกลาง (ref.)	1		
แรงสนับสนุนทางสังคม			
มาก	4.96	2.58-9.52	<0.001
ปานกลาง	2.58	1.56-4.28	<0.001
น้อย (ref.)	1		
Hosmer and Lemeshow test (Chi-square = 13.35, p = 0.10), Cox & Snell R^2 = .213, Nagelkerke R^2 = .285, overall percentage = 69.4			

หมายเหตุ AOR : adjusted odds ratio, ref. : reference variable

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังต่อไปนี้

ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีในจังหวัดชัยภูมิ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างสตรี อายุ 40 - 69 ปี เคยตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 47.98 แบ่งเป็นการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ร้อยละ 46.21 การตรวจด้วยแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรม (CBE) ร้อยละ 13.13 และตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านม (แมมโมแกรม) ร้อยละ 5.30 เมื่อพิจารณา service plan สาขาโรคมะเร็ง ปี พ.ศ. 2566-2570 ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[8] รายงานว่าประชากรสตรี (อายุ 30-70 ปี) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE) และประชากรสตรี (อายุ 40-70 ปี) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรม (CBE) มีเป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี พบว่า ยังไม่ถึงเกณฑ์ตามตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลครั้งนี้ช่วงอายุอยู่ที่ 40-69 ปี เป็นช่วงที่แคบกว่าเมื่อเทียบกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE) ตามสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดที่ช่วงอายุ 30-70 ปี จึงทำให้ร้อยละการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมครั้งนี้น้อยกว่า ขณะเดียวกันการตรวจด้วยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรม (CBE) ร้อยละ 13.13 ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ที่กำหนด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเห็นว่าตนไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.35 และญาติสายตรงไม่ได้เป็นโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 95.20 จึงทำให้ความใส่ใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมน้อยลง และจากการวิจัยของ ชลวิทย์ บุญศรี[22] ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของผู้หญิงอายุ 30-70 ปี ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่ามีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 99.04 และการตรวจเต้านมโดยพยาบาล แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 41.35

ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีในจังหวัดชัยภูมิ สามารถอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

สตรีอายุ 50 - 59 ปี มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 2.09, 95% CI = 1.21-3.62, p = 0.008) อาจเป็นเพราะการรับรู้และความเข้าใจในข่าวสารการปฏิบัติตัวจะดีกว่าวัยสูงอายุ ทำให้การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจึงเป็นไปได้มากกว่า ประกอบกับผู้สูงอายุคิดว่าตนอายุมากแล้วความใส่ใจต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจึงลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Rabiei et al.[23] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ การศึกษาแบบภาคตัดขวาง พบว่า อายุ 51 ปีขึ้นไป มีความเกี่ยวข้องกับการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 2.98, 95% CI = 1.46-6.05, p = 0.003)

โรคประจำตัว มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 1.80, 95% CI = 1.09-2.96, p = 0.020) อาจเป็นเพราะโรคประจำตัวเป็นปัจจัยกระตุ้นให้สตรีตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพและการตรวจคัดกรองโรคต่าง ๆ มากขึ้น ซึ่งการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขระหว่างการรักษาโรคเรื้อรัง อาจส่งผลให้สตรีกลุ่มนี้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคอื่น ๆ รวมถึงมะเร็งเต้านมด้วย ซึ่งสอดคล้องการวิจัยของ Narcisse et al.[24] ศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีในสหรัฐอเมริกา พบว่า การมีภาวะสุขภาพปาน

กลางและไม่ดี (OR = 0.7, 95% CI = 0.59-0.97) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีในสหรัฐอเมริกาเช่นกัน

ความคาดหวังในผลลัพธ์ระดับมาก มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 2.92, 95% CI = 1.66-5.17, $p < 0.001$) อาจเป็นเพราะว่าสตรีมีความคาดหวังในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยการตรวจจะช่วยให้ตรวจพบโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะทำให้รักษาได้ทันท่วงทีและลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งได้ สตรีจึงเกิดแรงจูงใจที่จะตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งสอดคล้องการวิจัยของ Gao et al.[25] ศึกษาเรื่องการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจป้องกันโรค พบว่า ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง (beta = 0.262, $p < 0.001$) ซึ่งเป็นความคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม

ความคาดหวังในความสามารถระดับมากมีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 2.15, 95% CI = 1.34-3.44, $p = 0.001$) อาจเป็นเพราะว่าสตรีเหล่านี้มีการรับรู้ในความสามารถของตนสูง จึงมีความมั่นใจในการดูแลที่จะตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือการขอรับการตรวจจากบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงการรับมือกับความไม่สบายใจต่อสุขภาพได้ดี จึงทำให้สตรีเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งสอดคล้องการวิจัยของ Nazari et al.[26] ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจทางคลินิก และแมมโมแกรม) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง (AOR = 2.58, 95% CI = 1.56-4.28, $p < 0.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก (AOR = 4.96, 95% CI = 2.58-9.52, $p < 0.001$) มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นไปได้ว่าสตรีที่ได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว หรือข่าวสารโรคมะเร็งเต้านมจากสื่อโซเชียล มีแนวโน้มเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมากกว่า เนื่องจากได้รับการกระตุ้น การชักชวน การช่วยเหลือด้านข้อมูลการตรวจมะเร็งเต้านม และเวลาในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ จึงทำให้สตรีมีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของ ภัทรนัย ไชยพรม และคณะ[27] ศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยในเขตชุมชนกึ่งเมือง พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการวิจัยของ Dang et al.[22] ศึกษาเรื่องแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรี: การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง กล่าวว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมเป็นแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า สตรีเคยตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 47.98 จึงเสนอแนะว่าหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรจัดโครงการรณรงค์ตรวจเต้านมอย่างน้อยปีละครั้ง ให้ครอบคลุมในระดับตำบล อำเภอหรือจังหวัด เพื่อช่วยเพิ่มการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีมากยิ่งขึ้น

2. ผลการวิจัยพบว่า สตรีอายุ 50 - 59 ปี โรคประจำตัว ความคาดหวังในผลลัพธ์ระดับมาก ความคาดหวังในความสามารถระดับมาก แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และระดับมาก มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีในจังหวัดชัยภูมิ จึงเสนอแนะว่า พยาบาลชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ควรนำปัจจัยดังกล่าวไปพัฒนาเป็นโปรแกรมหรือกิจกรรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมให้กับสตรีในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) โดยนำปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มาออกแบบโปรแกรมกิจกรรมในการทดลองการวิจัย

2. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เพื่อค้นหาสาเหตุหรือเหตุผลเชิงลึกของบุคคลที่ได้ตรวจและไม่ได้ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมอีกทางหนึ่งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Breast Cancer [internet]. 2025 [cited 2025 Dec 20]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer
2. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โรคมะเร็งเต้านมในสตรีไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก : https://pr.moph.go.th/online/index/news/304499 online/index/eventonline/index/event
3. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center). อัตราป่วยโรคมะเร็งเต้านมต่อประชากร [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก : https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/8 2 5 c7 fbfd bde936cf821a9b16dc4189b
4. สุวลักษณ วงศจรรโลงศิล. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการปฏิบัติตนเมื่อเข้ารับการรักษา [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/sites/default/files/public/pdf/Article/คู่มือมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด.pdf
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออบรมแกนนำนักศึกษาในการดูแลและเฝ้าระวังสตรีไทยจากมะเร็งเต้านม [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://hp.anamai.moph.go.th/th/worker-emag/download/?did=212652&id=102373&reload=
6. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จย่า ต้านภัยมะเร็งเต้านม [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/hp/n1280_5891ab5871f94336de351233f0ca18c8_article_20170705155307.pdf
7. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center). อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30 – 70 ปี ปีงบประมาณ 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/308526013808e90ce8f30d66e3b5ad82
8. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นิยามตัวชี้วัด

Service Plan สาขาโรคมะเร็ง 2566-2570. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก : https://www.lpch.go.th/lpch/uploads/20241127132948217319.pdf

9. ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ, สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยสูงอายุในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2567; 27(3):46-56.
10. ศิรกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์, พิมผกา ปัญโญใหญ่, ณยฎา ธนกิจธรรมกุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งเต้านมของสตรีวัยทำงาน. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล (วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ). 2566;39(2):68-80.
11. ศิริพร จิตรเอื้อ, ฉันทนา จันทวงศ์, นิสากร กรุงไกรเพชร. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เทศบาลเมืองขลุง อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2560;34(1):40-53.
12. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay; 1956.
13. Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. J Psychol. 1975;91(1):93-114. doi:10.1080/00223980.1975.9915803
14. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
15. Wayne WD. Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.p.180.
16. สิรินุช บูรณะเรืองโรจน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทยเขตอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. 2559;8(1): 279-294.
17. Bloom BS. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Co; 1971.
18. Best JW. Research in Education. 4th ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1981.
19. Hambleton RK. Test score validity and standard-setting methods. In: Berk RA, editor. Criterion-referenced measurement: The state of the art. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1980.p.80-123.
20. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16: 297-334.
21. ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์. ระบาดวิทยาและสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2566.
22. ชลวิทย์ บุญศรี. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของผู้หญิงอายุ 30–70 ปี ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2565;5(2):90-101.

23. Rabiei M, Hoseini SH, Khodarahmi S, Sepahvand E, Shirali E. Factors related to clinical breast examination: a cross-sectional study. J Family Med Prim Care. 2022;11(6):3051-7. doi: 10.4103 /jfmpc.jfmpc_1611_21
24. Narcisse MR, Shah SK, Hallgren E, Felix HC, Schootman M, McElfish PA. Factors associated with breast cancer screening services use among women in the United States: an application of Andersen's Behavioral Model of Health Services Use. Prev Med. 2023; 173:107545. doi: 10.1016/j.ypmed.20 23.107545
25. Gao Y, Yu J, Wang H, Liu B, Zhang S. Predicting breast cancer screening behaviors using protective motivation theory: a structural equation modeling approach. Clin Exp Obstet Gynecol. 2023;50(8):168. doi: 10.31083/j.ceog 5008168
26. Nazari M, Ghazaani FM, Kaveh MH, Karimi M, Ghahremani L. Investigating the predictors of breast cancer screening behaviors (breast self-examination, clinical examination or examination by physician/midwife and mammography) based on protection motivation theory (PMT) in women. J Prev Med Hyg. 2021;62(3): E736–E741. doi:10.15167/2421-4248/ jpmh2021.62.3.1857
27. ภัทรนัย ไชยพรม, ชิสาพัชร์ ชูทอง, ฉัตรสุดา มาทา, ศิริพินธ์ หอมแก่นจันทร์. ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยในเขตชุมชนกึ่งเมือง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. 2567;18(2):37–48.
28. Dang CT, Nguyen TTN, Ho TTT, Kang S. Breast cancer screening motivation among women: an application of self-determination theory. BMC Prim Care. 2024; 25(1):339. doi:10.1186/ s12875-024-02594-z