

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีวัยหมดระดู



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2557  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREDICTING FACTORS OF BREAST CANCER SCREENING BEHAVIORS  
AMONG MENOPAUSAL WOMEN

Police Lieutenant Colonel Rutsamee Chotsangsakorn



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2014  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรี วัยหมดระดู
โดย	พันตำรวจโทหญิงรัศมี โชติแสงสาคร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(อาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

รัศมี โชติแสงสาคร : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีวัยหมดระดู (PREDICTING FACTORS OF BREAST CANCER SCREENING BEHAVIORS AMONG MENOPAUSAL WOMEN) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.สุรีพร ธนศิลป์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.นพมาศ พัดทอง, 130 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู โดยใช้กรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Strecher and Becker (1988) กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยหมดระดูอายุระหว่าง 45-59 ปี จำนวน 145 คน ตอบแบบสอบถามจำนวน 7 ชุด ตัวแปรต้นที่นำมาศึกษา คือ การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ต่อประโยชน์ของการตรวจเต้านม การรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม และตัวแปรตามคือพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า 1. พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอมีร้อยละ 53.79 2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมมีดังนี้ 1) ปัจจัยที่ลดโอกาสการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมว่าเพียงพอ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม (OR=0.92,  $p>0.05$ ) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม (OR=0.98,  $p>0.05$ ) 2) ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมว่าเพียงพอ คือ การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม (OR = 1.01,  $p>0.05$ ) 3) ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม คือ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม ( $p<0.05$ ). 4) ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม (OR=0.93,  $p<0.05$ ).

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5577188036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PREDICTING FACTORS / BREAST CANCER SCREENING

RUTSAMEE CHOTSANGSAKORN: PREDICTING FACTORS OF BREAST CANCER SCREENING BEHAVIORS AMONG MENOPAUSAL WOMEN. ADVISOR: ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., CO-ADVISOR: NOPPAMAT PU DTONG, Ph.D., 130 pp.

This research aimed to study the variables that predicted the breast cancer screening behavior among menopausal women. The theoretical framework was based on Health Belief Model of Rosenstock, Strecher and Becker (1988). The subjects used in this study consisted of 145 menopausal women who aged 45-59 years old. Data were collected by using 7 questionnaires. Independent variables were Perceived susceptibility to breast cancer, Perceived seriousness of breast cancer, Perceived benefit of breast cancer screening, Perceived barriers of breast cancer screening, Self-efficacy to detect abnormal of breast and Cue to breast cancer screening. Dependent variable was Breast cancer screening behavior. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression. The major findings were as follow 1.The score for sufficient of breast cancer screening behavior was 53.79%. 2.The predictors for breast cancer screening behaviors were this 1) The factors of prediction for decrease to the likelihood of sufficient of breast cancer screening behaviors were Perceived benefit of breast cancer screening (OR=0.92,  $p>0.05$ ) and Self-efficacy to detect abnormal of breast (OR=0.98,  $p>0.05$ ). 2) The factor of prediction to increase the likelihood sufficient of breast cancer screening behavior was Perceived susceptibility to breast (OR = 1.01,  $p>0.05$ ). 3) The factor cloud not predict for breast cancer screening behaviors was Perceived seriousness of breast cancer ( $p<0.05$ ). 4) The factor of prediction for sufficient of breast cancer screening behavior was Perceived barriers of breast cancer screening (OR=0.93,  $p<0.05$ ).

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2014

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

การจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ได้ให้ประสบการณ์การเรียนรู้นานาชาติประการแก่ผู้วิจัย ทั้งเพิ่มพูนวิธีการศึกษาความรู้และความเข้าใจที่เกี่ยวกับการวิจัย ตลอดจนในแง่มุมมองของการบริหารจัดการตนเอง ความมีวินัย การพัฒนาความคิดและมุมมองเชิงบวกที่จะผลักดันตนเองในยามที่ความมุ่งมั่นถดถอย ทั้งความอดทนต่อการทำงานและการรอคอย รวมทั้งยังได้สัมผัสกับความเมตตาและความใจกว้างอย่างน่าประทับใจจากหลากหลายบุคคล

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความเมตตาของ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ยิ่ง ทั้งช่วยแก้ไขข้อบกพร่องและเติมความสมบูรณ์ให้มากยิ่งขึ้น ซึ่งได้สละเวลาให้ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์มา ณ ที่นี้ และขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.นพมาศ พัดทอง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่คอยชี้แนะ ให้คำปรึกษา ตลอดจนกำลังใจเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบผู้กรุณาให้คำแนะนำการใช้สถิติ ซึ่งล้วนช่วยในปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์และมีคุณภาพยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัทยขอนแก่น รองศาสตราจารย์ ดร.ปรารธนา สติธยวิภาวีและ Distinguished Professor Victoria Champion ที่กรุณาอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ กราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ แง่คิด และประสบการณ์อันมีค่าตลอดการศึกษา ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยและขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ห้องตรวจโรคสุตินรีเวชกรรมและคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยฯ โรงพยาบาลตำรวจ เจ้าหน้าที่พยาบาลห้องตรวจโรคสุตินรีเวชกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ร่วมเข้าการวิจัยทุกท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม นอกจากนี้ขอขอบพระคุณทุกแรงสนับสนุน ความช่วยเหลือ และกำลังใจ จากกัลยาณมิตร เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และทุกคนในครอบครัว ซึ่งมีค่ายิ่ง

ท้ายที่สุด ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแต่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมช่วยให้ก้าวผ่านจนสำเร็จการศึกษา

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
คำถามการวิจัย .....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย .....	11
ขอบเขตการวิจัย .....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
1. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งเต้านม.....	15
2. สตรีวัยหมดระดู.....	16
3. พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม.....	21
4. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model).....	29
5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม .....	32
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46

7. กรอบแนวคิดการวิจัย .....	53
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	57
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	60
วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	69
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	80
สรุปผลการวิจัย.....	81
อภิปรายผล.....	82
ข้อจำกัดการวิจัย.....	89
ข้อเสนอแนะ .....	89
รายการอ้างอิง .....	91
ภาคผนวก.....	107
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ .....	108
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย.....	109
ภาคผนวก ค เอกสารอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย .....	112
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย .....	115
ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	123
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	130



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดูที่ศึกษาในแต่ละโรงพยาบาล .....	56
ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาและค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ในการวัดของแบบสอบถาม .....	65
ตารางที่ 3 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย .....	67
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดูจำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n = 145).....	72
ตารางที่ 5 การแบ่งกลุ่มพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145).....	75
ตารางที่ 6 ข้อมูลการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็น มะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัด กรองมะเร็งเต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม ของกลุ่มตัวอย่าง (n=145).....	76
ตารางที่ 7 การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกของปัจจัยทำนายทั้ง 5 ตัวแปร สำหรับการ ทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอ (Y=1) เมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมการ คัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ (Y=0) ของกลุ่มตัวอย่าง (n=145).....	77
ตารางที่ 8 การทดสอบความเหมาะสมของปัจจัยต้นที่ใช้ในโมเดล (Omnibus Test of Model coefficients) .....	78
ตารางที่ 9 การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดล (Model Summary) .....	78
ตารางที่ 10 ความถูกต้องของสมการทำนายสตรีวัยหมดระดูที่มีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม เพียงพอ และสตรีวัยหมดระดูที่มีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ .....	79
ตารางที่ 11 การปฏิบัติการคัดกรองมะเร็งเต้านมในแต่ละวิธีของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145).....	123
ตารางที่ 12 สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145).....	124
ตารางที่ 13 การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145).....	125

ตารางที่ 14 การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145).....	125
ตารางที่ 15 การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145).....	126
ตารางที่ 16 การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145).....	126
ตารางที่ 17 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145).....	126
ตารางที่ 18 แหล่งข้อมูลของพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในแต่ละวิธีของกลุ่มตัวอย่าง สตรีวัยหมดระดู (n = 145).....	127
ตารางที่ 19 การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกของดัชนีมวลกาย .....	128
ตารางที่ 20 การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกของการได้รับฮอร์โมนทดแทน .....	128
ตารางที่ 21 การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกของการเคยพบความผิดปกติบริเวณเต้านมหรือ ต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ .....	129



## สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค .....	31
แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	54



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรี และสถานการณ์ทวีความสำคัญมากขึ้นเป็นลำดับ แนวโน้มอุบัติการณ์ทั้งอัตราป่วยและอัตราตายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ดังเช่นในประเทศสหรัฐอเมริกาได้คาดการณ์ว่า จะมีสตรีที่ป่วยด้วยโรคนี้อีกประมาณ 231,840 คน (Ferlay et al., 2010) เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งในสตรีมาโดยตลอด 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเพิ่มขึ้นทุกเขตบริการสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2556 พบว่า มีอัตราป่วยเท่ากับ 38.4, 55.9, 40.84, 40.13 และ 61.03 (ต่อแสนประชากร) อัตราตายเท่ากับ 7.30, 7.40, 8.40, 8.90 และ 9.90 (ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ โดยกรุงเทพมหานครมีอัตราตายสูงสุด และอยู่ในช่วงวัยหมดระดูมากที่สุด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

มะเร็งเต้านมแม้จะเป็นโรคที่ร้ายแรง แต่หากสามารถตรวจพบโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การรักษาจะได้ผลดีและมีโอกาสหายสูง (Oluwatosin, 2012; Reisi, Javadzade and Sharifirad, 2013; สมศักดิ์ โสเลขา และคณะ, 2556) การพยากรณ์ของมะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับระยะของการตรวจพบโรค โดยข้อมูลสถิติพบว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่ในระยะที่ 2-3 มากที่สุด คือ ค้นพบมะเร็งเต้านมเมื่อมีขนาดก้อนตั้งแต่ 2 เซนติเมตรขึ้นไปหรือมีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองได้รั้งแล้ว (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ซึ่งถ้าหากพบว่าโรคมะเร็งยังคงเป็นอยู่เฉพาะที่เต้านมและได้รับการรักษาทันที ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตในระยะเวลา 5 ปี ถึงร้อยละ 96 แต่ถ้ามะเร็งมีการกระจายไปต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง อัตราการรอดชีวิตจะลดลงเหลือร้อยละ 77 และหากมีการกระจายไปสู่อวัยวะไกลออกไป อัตราการรอดชีวิตจะยิ่งลดลงเหลือเพียงร้อยละ 21 (กรีซ โฟธิสุวรรณ, 2551)

ในปัจจุบันทางการแพทย์ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม แต่ผลของการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงหลายประการส่งเสริมให้เกิดมะเร็งเต้านม ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น (ณัฐชา ภัทรผดุงกิจ, 2549) อานาจ จิตรวรนนท์, 2556; Berek, 2012) โดยเฉพาะสตรีในช่วงวัยหมดระดู (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) คือ สตรีที่มีช่วงอายุ 20-29 ปี จะมีอัตราเสี่ยงเป็น 1: 2021 สตรีช่วงอายุ 30-39 ปี มีอัตราเสี่ยง 1: 242 สตรีช่วงอายุ 40-49 ปี มีอัตราเสี่ยง 1:64 และสตรีช่วงอายุ 50-59 ปี อัตราเสี่ยงเป็น 1:40 (ชลทิพย์ วิรัตน์พันธ์, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ Katz et al., 2007 ที่พบว่าความเสี่ยงของมะเร็ง เต้านมในสตรีวัยหมดระดูช่วงอายุ

45-55 ปี จะมีความเสี่ยงมากกว่าสตรีทั่วไปที่อายุน้อยกว่า 45 ปี 0.7 เท่า อายุที่เริ่มมีระดูตั้งแต่อายุน้อย เช่น เริ่มมีระดูครั้งแรกน้อยกว่า 12 ปี หรือการหมดระดูช้าหลังอายุ 55 ปี การที่สตรีไม่เคยตั้งครรภ์ หรือตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก เช่น มีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี พบว่า มีโอกาสการเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น (ณัฐชา ภัทรผดุงกิจ, 2549; Callahan and Caughey, 2013) เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับช่วงชีวิตที่รังไข่ผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนได้นาน โดยฮอร์โมนเอสโตรเจนมีบทบาทในการแบ่งตัวของเซลล์ และมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่มีการตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจนได้ดี (Chlebowski et al., 2013; Ritte et al., 2013) การได้รับฮอร์โมนในกลุ่มเอสโตรเจน (estrogen) โพรเจสโตรเจน (progestogen) ทดแทนเป็นระยะเวลาในสตรีวัยหมดระดูมีผลทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการพบมะเร็งเต้านมได้มากขึ้น 1.2-4 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน (สุชาติดา อินทวิวัฒน์ และ ประสงค์ ดันมหาสมุทร, 2554; Callahan and Caughey, 2013) หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการพบมะเร็งเต้านมในระยะที่มีการลุกลาม (Invasive breast cancer) ร้อยละ 29 (Berg et al., 2006) ถ้าหากได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนร่วมกับการที่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหรือน้ำหนักตัวมากในสตรีวัยหมดระดูที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 31 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 0.90-0.92 เท่า (Ahn et al., 2007; Morimoto et al., 2008) เนื่องจากในสตรีวัยหมดระดูจะมีการผลิตเอสโตรเจน (estrone) ในชั้นไขมันเป็นแหล่งสำคัญ (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2544) รวมทั้งความเสี่ยงจากการรับประทานแป้ง ย่าง หรือเผาโดยใช้ความร้อนสูง ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็ง (Carcinogen) (Barek, 2012; Katz et al., 2007) หรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (โกสินทร์ ยอดแสน, 2551; Noe and Muss, 2012) โดยแอลกอฮอล์จะช่วยให้สารก่อมะเร็งผ่านผนังเซลล์ได้ง่ายขึ้นและช่วยป้องกันสารก่อมะเร็งมิให้ถูกทำลาย (พาณี วิชยศิลป์ศรี, 2555) จากข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า สตรีวัยหมดระดูมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการส่งเสริมให้มีการเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านมอยู่เสมอ และวิธีที่ดีที่สุดรวมทั้งเป็นที่ยอมรับนั้นคือ การคัดกรองมะเร็งเต้านม

การคัดกรองมะเร็งเต้านม มี 3 วิธี คือ 1) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination : BSE) 2) การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Clinical Breast Examination : CBE) และ 3) การตรวจด้วยภาพถ่ายรังสีเต้านมหรือการตรวจแมมโมแกรม (Mammography : MM) **การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (BSE)** เป็นวิธีที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ต้องใช้เทคโนโลยี สามารถกระทำได้ด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ (Avci and Gözümlü, 2009; Newton and Grethlein, 2015) จากการศึกษาพบว่า ถ้าสตรีมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง และเป็นประจำทุกเดือนอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถคลำพบก้อนได้ที่ขนาด 1-2 เซนติเมตร การตรวจเป็นบางเดือนไม่สม่ำเสมอจะตรวจพบก้อนที่ขนาด 3 เซนติเมตร หากไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง

มาก่อนเลยจะตรวจพบก้อนที่ขนาด 3-5 เซนติเมตร วิธีนี้เป็นวิธีที่นำสตรีไทยที่ตรวจพบความผิดปกติของเต้านมมาพบแพทย์มากที่สุด (เพ็ญญา เตชาเสถียร, 2555; Berek, 2012) แต่องค์กรสุขภาพด้านป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (The US Preventive Services Task Force: USPSTF) และองค์กรสุขภาพด้านป้องกันโรคของแคนาดา (The Canadian Task Force on Preventive Health Care: CTFPHC) ศึกษาพบว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ได้ช่วยลดอัตราการตายของโรคมะเร็งเต้านม ดังนั้นจึงไม่นับการตรวจเต้านมด้วยตนเองรวมในวิธีการคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยอาจจะทำหรือไม่ทำก็ได้ (CTFPHC, 2015; USPSTF, 2015) หากสมาคมสูตินรีแพทย์ของสหรัฐอเมริกา (the American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG) และสมาคมโรคมะเร็งสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society: ACS) และกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย (2550) ยังคงแนะนำให้ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน เพื่อให้สตรีมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพเต้านมตนเอง และทราบได้เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงบริเวณเต้านมและต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ที่ผิดปกติขึ้น (Newton and Grethlein, 2015; ACS, 2015) **การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ (CBE)** เป็นวิธีที่มีสมรรถนะสูงกว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีโดยทั่วไป และช่วยให้วินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมได้เร็วขึ้น (Ekachampaka et al., 2008; Güth et al., 2008; Miller, 2008) องค์กรสุขภาพด้านป้องกันโรคของแคนาดา (CTFPHC) สมาคมสูตินรีแพทย์ของสหรัฐอเมริกา (ACOG) และสมาคมโรคมะเร็งสหรัฐอเมริกา (ACS) แนะนำให้สตรีวัยหมดระดูตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี (CTFPHC, 2015; Newton and Grethlein, 2015; ACS, 2015) แต่ องค์กรสุขภาพด้านป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (USPSTF) ให้ข้อเสนอแนะว่าอาจจะทำหรือไม่ทำก็ได้ เนื่องจากไม่มีผลการศึกษาเชิงทดลองของการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ การศึกษามักจะเป็นผลจากการตรวจร่วมกับวิธีอื่น **การตรวจด้วยภาพถ่ายรังสีเต้านมหรือการตรวจแมมโมแกรม (Mammography)** เป็นวิธีคัดกรองที่นับว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด เพราะสามารถตรวจพบก้อนขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร โดยวิธีการตรวจด้วยการคลำยังไม่สามารถตรวจพบได้ (กรีช โปธิสุวรรณ, 2551) การตรวจแมมโมแกรมมีความไวร้อยละ 67.8 ความจำเพาะร้อยละ 75 (Newton and Grethlein, 2015) และลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 15-20 (National cancer institute, 2015) การตรวจวิธีนี้ทุกสถาบัน (USPSTF, ACS, ACOG and CTFPHC) รวมทั้งประเทศไทยมีข้อเสนอแนะตรงกันว่าสตรีวัยหมดระดูควรตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี และจากการศึกษาพบว่า การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับการตรวจด้วยแมมโมแกรม มีความไวร้อยละ 77.4 และความจำเพาะร้อยละ 72 (Newton and Grethlein, 2015) ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงใช้เกณฑ์การคัดกรองมะเร็งเต้านมขององค์กรสุขภาพด้านป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (USPSTF) สำหรับสตรีวัยหมดระดู คือ การปฏิบัติเพื่อค้นหาความผิดปกติและ

ก่อนนี้ออกเต้านมตั้งแต่ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของมะเร็งเต้านม โดยการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรมอย่างสม่ำเสมอทุก 1-2 ปี หรือการตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปีร่วมกับการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี หรือการตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปีร่วมกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน หรือการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้ง 3 วิธีร่วมกัน คือ ทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนร่วมกับการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปีและการตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี ซึ่งจะช่วยให้ค้นพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก ได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ส่งผลดีต่อการรักษาและการพยากรณ์โรค มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ (กรีซ โพธิสุวรรณ, 2551; Ekachampaka et al., 2008; Miller and Baines, 2011; Thuler and Freitas, 2007) นับว่าพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพเต้านมตนเองของสตรีวัยหมดระดูเป็นอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดูพบว่า สตรีวัยหมดระดูมีพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับร้อยละ 19.10-68.00 (2548-2553) ตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 23.2 และตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรมมีเพียงร้อยละ 3.0 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2553) พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยการที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง การไม่ไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการไม่ไปตรวจแมมโมแกรมด้วยความถี่ที่เหมาะสมและอย่างสม่ำเสมอของสตรีวัยหมดระดู ซึ่งมีความเสี่ยงและอยู่ในช่วงวัยที่พบมะเร็งเต้านมสูงกว่าวัยอื่นๆ นับว่าเป็นประเด็นสำคัญทางสุขภาพที่พยาบาลต้องให้ความสนใจ เพื่อหาวิธีที่ทำให้สตรีวัยหมดระดูมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่พอเพียง ทั้งนี้การจะพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมได้นั้นพยาบาลต้องมีความรู้ว่ามีปัจจัยใดที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมดังกล่าวก่อน

พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมมีหลายการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ได้แก่ **1) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม** กล่าวคือ ถ้าสตรีรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ดาริน ไต่ะกานี, บุญยิ่ง ทองคุปต์, และ ประดิ่งพร ทุมมาลา, 2552; ปรรธนา สติชัยวิภาวี, 2552; Fernandez, Palmer, and Leong, 2005; Shirazi Champeru and Tellebi, 2006) และ ยังส่งผลให้ไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์หรือการไปตรวจด้วยแมมโมแกรม (ปรรธนา สติชัยวิภาวี, 2552; Rutledge et al., 2003) **2) การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม** นั่นคือถ้าสตรีประเมินหรือคาดการณ์ว่าการเกิดโรคมะเร็งเต้านมส่งผลกระทบทางลบต่อทั้งร่างกายจิตใจ บทบาทของตนทางสังคม และด้านเศรษฐกิจ ก็จะมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม (จีระพรรณ ศรีหามี, 2552; ดาริน ไต่ะกานี และคณะ, 2552)

**3)การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม** หมายความว่าถึงถ้าสตรีเห็นความสำคัญของการตรวจเต้านมก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม (ดาริน โต๊ะกานี และคณะ, 2552; Boxwala, Bridgemohan, Griffith and Soliman, 2010; Calvocoressi et al., 2004; Mishra et al., 2007; Shahrabaki et al., 2012) นอกจากนี้ด้าน **4)การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม** ก็มีผลให้มีเกิดพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้เช่นกัน (Erbil and Bölükbaş, 2012; Shahrabaki et al., 2012; Yilmaz et al., 2010; ทิพวันย์ เทียรณโรจน์, 2553; ปรรธนา สติชัยวิภาวี, 2552; สายไหม ตุ่มวิจิตร และคณะ, 2552; สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา และคณะ, 2554)

อีกทั้งการศึกษาถึงสาเหตุหรืออุปสรรคที่ทำให้สตรีไม่มีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม คือ การไม่ทราบวิธีการและขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์และการตรวจด้วยแมมโมแกรม (Buranaruangrote, 2013; เมธีรัตน์ สุภาพ, 2550) การไม่รับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยมองว่าเป็นสิ่งไม่จำเป็นเพราะไม่มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัว การที่เชื่อว่าตนเองจะไม่เป็นมะเร็งเต้านม (เมธีรัตน์ สุภาพ, 2550; Salant et al., 2006) ความไม่สะดวกในการตรวจเต้านมรวมทั้งการมองว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก (วนิดา ทองคีนอก, 2550) เสียเวลา (พานี วิชยศิลป์ศรี, 2555) ความกลัวว่าจะพบสิ่งผิดปกติที่เต้านม (Buranaruangrote, 2013; Yurdakos, Gulhan, Unalan and Ozturk, 2013) เพราะเกรงว่าจะขัดแย้งกับหลักศาสนา (หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2551) ความรู้สึกไม่สบายใจต่อการต้องเปิดเผยเต้านมซึ่งถือว่าเป็นส่วนลับของสตรีเพศ (Wu and Bancroft, 2006) ทำให้สตรีไม่ปฏิบัติพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม

สรุปได้ว่า พฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม

พยาบาลเป็นผู้หนึ่งที่มีบทบาทสนับสนุนให้สตรีวัยหมดระดูเกิดพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมโดยการคัดกรองมะเร็งเต้านม แต่ในการที่จะสามารถส่งเสริมให้พฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นจริงได้นั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรมของสตรีวัยหมดระดู และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่เน้นไปที่การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การศึกษาด้านปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมโดย



ครอบคลุมถึงการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจด้วยแมมโมแกรมนั้นยังมีน้อยมาก พบเพียงการศึกษาของ ปรารธนา สติชัยวิภาวี (2552) ที่ศึกษาในสตรีอายุ 20-64 ปี ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และการศึกษาในรูปแบบเชิงสำรวจของเมธีรัตน์ สุภาพ (2550) ที่ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของผู้หญิงกลุ่มอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งสภาวะการณ์ในปัจจุบันประเทศไทยมีความพร้อมด้านการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรมและการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น อีกทั้งรัฐบาลได้มีนโยบายส่งเสริมให้สตรีที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ในการตรวจสุขภาพประจำปี และมีสิทธิ์ในการเบิกค่ารักษาการตรวจด้วยแมมโมแกรมปีละ 1 ครั้ง จากกรมบัญชีกลาง และครอบคลุมสำหรับผู้ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย ความสามารถในการเข้าถึงบริการการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม และการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานครก็เป็นไปได้ง่ายขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีวัยหมดระดูซึ่งครอบคลุมทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจด้วยแมมโมแกรม เพื่อนำผลมาเป็นแนวทางในการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดูให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจแมมโมแกรมของสตรีวัยหมดระดู
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรรที่มีต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม ที่มีต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู

## คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดูในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจด้วยแมมโมแกรมของสตรีวัยหมดระดู เป็นอย่างไร

2. การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดูได้หรือไม่ อย่างไร

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

สตรีวัยหมดระดูเป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม อีกทั้งพบว่าสถิติอัตราการป่วยมะเร็งเต้านมของสตรีวัยนี้สูงกว่าสตรีวัยอื่นๆ แต่พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมในด้านการคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม ยังมีอยู่น้อย ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเพื่อการค้นพบมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและผลดีของการรักษา ดังนั้นจึงต้องศึกษาให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรมของสตรีวัยหมดระดู ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิด ในการศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าว เนื่องจากมีความสอดคล้องกันในประเด็นพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับบุคคลและด้วยรากฐานความเป็นมาของทฤษฎีนี้ ที่เกิดจากการศึกษาถึงสาเหตุที่ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคต่างๆที่รัฐบาลให้การส่งเสริม ผลของการศึกษาอธิบายได้ด้วยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของแต่ละบุคคลจะมีหรือไม่นั้น มีความเกี่ยวข้องกับ ความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้สึกหรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ โดยอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และความเชื่อนั้นก็ไม่จำเป็นต้องเป็นจริงหรือถูกต้องเสมอไป ด้วยเหตุนี้จึงทำให้แต่ละบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคต่างกัน ซึ่งพบว่ายังคงเป็นจริงในปัจจุบัน ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงนับว่าเป็นประเด็นสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคของบุคคล ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock, Strecher and Becker ปี ค.ศ.1988 มาเป็นกรอบแนวคิดศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีวัยหมดระดู โดยมีรายละเอียดดังนี้

**การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม** เป็นความคิดเห็นหรือความเชื่อของสตรีวัยหมดระดูต่อการมีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมนาน้อยเพียงใด โดยแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน และถ้าหากไม่คิดหรือไม่เชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมก็จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม มีงานวิจัยที่ได้แสดงให้เห็นว่าความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม ดังการศึกษาของ ปรารณา สติชัยวิภาวี (2552) พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดของโรคมะเร็งเต้านมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (OR=2.1, 95%CI: 1.3-3.4) และการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ (OR = 0.3, 95%CI: 1.8-5.0) สอดคล้องกับการศึกษาของ Karayurt et al, 2008 ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดของโรคมะเร็งเต้านมมีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (OR=1.70) เช่นเดียวกับ Shirazi Champeru and Tellebi (2006) ที่พบว่า สตรีที่เชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมจะมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมสูงกว่าสตรีที่ไม่มีความเชื่อในความเสี่ยงนี้ ดังนั้นการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู จึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดูได้

**การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม** เป็นความคิดเห็น ความเชื่อ หรือความรู้สึกของสตรีวัยหมดระดูที่ประเมินหรือคาดการณ์เองว่า การเกิดโรคมะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ บทบาทของตนในสังคม และเศรษฐกิจ เช่น ทำให้ต้องสูญเสียเต้านม ทุกข์ทรมานจากโรคภาวะแทรกซ้อนและการรักษา เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และทำให้ถึงแก่ความตายได้ โดยมิได้หมายความว่าความรุนแรงนั้นต้องเกิดขึ้นจริงหรือทั้งหมด ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความรุนแรงในเชิงทฤษฎีก็ได้ แต่เป็นความเชื่อต่อต้านความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู ดังนั้นถ้าสตรีวัยหมดระดูได้รับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม ก็จะมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งงานวิจัยที่ได้แสดงให้เห็นว่าความเชื่อของบุคคลต่อการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ดังเช่นการศึกษาของ ฌักทอรอ สุขมา, 2549 ( $r=0.15, p<0.05$ ) Avci et al., 2008 ( $\bar{x} = 9.25+5.86$ ) และ Ergin et al, 2012 (OR=1.34) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดูได้

**การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม** เมื่อสตรีวัยหมดระดูมีความเห็นหรือความเชื่อว่า ตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม และรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นมะเร็ง

เต้านม ซึ่งมากพอที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆกับการดำเนินชีวิตของตน สตรีวัยหมดระดูก็จะมีการแสวงหาวิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันไม่ให้ป็นมะเร็งเต้านม การแสดงพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมเป็นผลจากการที่สตรีวัยหมดระดูที่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนได้ไตร่ตรองแล้วและมีความเชื่อว่าเป็นประโยชน์หรือผลดีที่จะได้รับการปฏิบัติ และข้อดีนี้มีมากกว่าข้อเสียหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม ดังงานวิจัยที่ได้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เช่น การศึกษาของ Shahrabaki et al. (2012) พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทำนองเดียวกับการศึกษาของดาร์ริน โตะะกานิ และคณะ (2552);  $Beta=0.13, p<.05$  Ergin et al (2012);  $OR = 2.56$ ; Karayurt et al, 2008 ( $\bar{x} = 19.31+3.23$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yilmaz, Guler, Bekar, and Güler (2010) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทั้งการมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ( $t = 3.75, P<0.000$ ) และการไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ ( $t = 3.20, P<0.001$ ) ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดูจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดูได้

**การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม** เป็นความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึก หรือการคาดคะเนของสตรีวัยหมดระดูต่อปัญหาหรืออุปสรรคที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมในทางลบ เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้นไม่สะดวก ต้องสูญเสียเวลาในการตรวจเต้านม เสียเวลาในการเดินทางและเวลาที่ต้องรอคิวตรวจเต้านมกับบุคลากรทางการแพทย์ ความเจ็บในการตรวจแมมโมแกรม ความรู้สึกเขินอาย การตรวจเต้านมมีความขัดแย้งกับหลักศาสนา เป็นต้น ดังนั้นการที่สตรีวัยหมดระดูจะมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพื่อป้องกันโรคนั้นอาจจะเป็นไปได้น้อยหรืออาจไม่มีเลย ดังเช่นสตรีชาวมุสลิมไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเพราะทำให้ไม่สบายใจเกรงว่าผิดหลักทางศาสนา(หัยรัตน์ แสงจันทร์, 2551) ทำนองเดียวกับการศึกษาของ ปิยะนุช จิตตบุญท์ และคณะ (2552) ที่พบว่าสตรีอายุ 45-54 ปี ที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีแนวโน้มตรวจเต้านมตนเองลดลง ( $OR=0.81$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yilmaz et al.(2010) ที่พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจแมมโมแกรม มีการรับรู้อุปสรรคจะมีอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม และการศึกษาของ George (2007) พบว่า สตรีสถานภาพโสดที่ไม่ตรวจเต้านมตนเอง เนื่องจากความรู้สึกเขินอาย นอกจากนี้ยังมีเรื่องของความกลัว ความกังวล (Berner et al., 2007) ค่าใช้จ่ายในการตรวจ (Trigoni et al., 2007) การลี้ม หรือมีภาระอื่นๆมาก (Parsa, 2008) มีผลทำให้สตรีไม่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคของ

การคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดูจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดูได้

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม** เป็นความมั่นใจในความสามารถการตรวจเต้านมตนเองของสตรีวัยหมดระดู เพื่อเป็นการค้นพบความผิดปกติของบริเวณเต้านมและต่อมน้ำเหลืองได้เร็วตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและได้รับการรักษาที่ทันท่วงที มีงานวิจัยที่ได้พิสูจน์ให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม ดังการศึกษาของปรารณา สลิตยวิภาวี (2552) พบว่า การมีความมั่นใจในวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือนของสตรี (OR = 3.3, 7.1, 9.1, 95%CI: 2.2-5.1, 4.6-11, 5.7-14.5 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญพิศ จีระภา, 2554 ( $r = 60$ ,  $r = .45$ ) และการศึกษาในต่างประเทศของ Avci, 2008 ( $\bar{x} = 3.29$ , SD  $\frac{1}{4}$  0.69); Canbulat and Uzun, 2008 ( $43.78 \pm 5.09$ ,  $35.82 \pm 7.69$ ,  $38.18 \pm 7.24$ ); Ergin et al, 2012 (OR = 5.21); Karayurt et al., 2008 ( $\bar{x} = 42.84 + 7.61$ ); Yilmaz et al., 2010 ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมหรือการมีความมั่นใจต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมของสตรีวัยหมดระดูจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกและทำนายพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดูได้

สรุปได้ว่า การที่สตรีวัยหมดระดูจะมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม คือ การปฏิบัติเพื่อค้นหาความผิดปกติและก้อนเนื้ออกเต้านมตั้งแต่ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของมะเร็งเต้านม โดยการตรวจแมมโมแกรมอย่างความสม่ำเสมอทุก 1-2 ปี หรือการตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี ร่วมกับการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี หรือการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้ง 3 วิธีร่วมกัน คือ ทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี และการตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี เพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม จะต้องมาจากความเชื่อของสตรีวัยหมดระดูว่า ตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม และเมื่อเกิดโรครุนแรงแล้วจะมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของตนเอง การมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมมีประโยชน์และเป็นผลดีป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือลดความรุนแรงโรคมะเร็งเต้านมของตนเองได้ และอุปสรรคที่จะเกิดจากการมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมนั้นสำคัญน้อยกว่าความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมที่จะเกิดขึ้น และน้อยกว่าประโยชน์ที่จะได้รับจากการมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมเป็นการไตร่ตรองด้วยเหตุผลของตนเอง ไม่ใช่การถูกบังคับหรือเพียงการปฏิบัติตามสมัยนิยม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้เกิดพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู

## สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดูได้

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research)

**ประชากรวิจัย** คือ สตรีวัยหมดระดูอายุระหว่าง 45 – 59 ปี ที่มารับบริการในคลินิกวิทยุของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร ช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 14 มกราคม 2558 ถึง 14 พฤษภาคม 2558

**ตัวแปรต้น** คือ การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม

**ตัวแปรตาม** คือ พฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งประกอบด้วย การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจแมมโมแกรม

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม** หมายถึง การปฏิบัติตัวเพื่อค้นหาความผิดปกติและก้อนเนื้ออกเต้านมของสตรีวัยหมดระดู ในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจด้วยแมมโมแกรม โดยจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ

**พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอ** หมายถึง สตรีวัยหมดระดูปฏิบัติเพื่อค้นหาความผิดปกติและก้อนเนื้ออกเต้านมตั้งแต่ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของมะเร็งเต้านม โดยการไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี หรือการไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี ร่วมกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน หรือการไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี ร่วมกับการไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี หรือการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้ง 3 วิธีร่วมกันคือ ทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน การไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี และการไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี

**พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ** หมายถึง สตรีวัยหมดระดูที่มีการปฏิบัติเพื่อค้นหาความผิดปกติและก้อนเนื้ออกเต้านมตั้งแต่ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของมะเร็งเต้านม โดยการไม่ไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี หรือการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนเพียงอย่างเดียว หรือการไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปีเพียงอย่างเดียว หรือการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนร่วมกับการไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปีโดยการไม่ไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี หรือการตรวจเต้านมอย่างน้อยหนึ่งวิธีแต่ด้วยความถี่ไม่เหมาะสม หรือการไม่เคยตรวจเต้านมด้วยวิธีใดๆเลย

**สตรีวัยหมดระดู** หมายถึง สตรีอายุระหว่าง 45-59 ปี ที่มีระยะเวลาการขาดระดูติดต่อกันนาน 12 เดือน ที่มารับบริการในคลินิกวัยทอง

**การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม** หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเชื่อของสตรีวัยหมดระดู ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ประเมินได้โดยแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากของเมริริตัน สุภาพ (2550)

**การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม** หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือความรู้สึกของสตรีวัยหมดระดู เกี่ยวกับผลกระทบของโรคมะเร็งเต้านมว่าหากเป็นโรคมะเร็งเต้านมแล้วจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ได้แก่ ทำให้ต้องสูญเสียเต้านม สูญเสียสุขภาพลักษณะของความเป็นหญิง การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ไม่มีความสุข ทุกข์ทรมานจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อนและการรักษา อีกทั้งใช้เวลารักษานาน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และทำให้ถึงแก่ความตายได้ ประเมินได้โดยแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากของปรารณา สติชัยวิภาวี (2552)

**การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม** หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเชื่อของสตรีวัยหมดระดู เกี่ยวกับผลดีหรือคุณค่าที่จะได้รับจากการมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมว่าทำให้รู้สึกดีที่ได้ดูแลสุขภาพเต้านมของตนเอง ช่วยให้ค้นพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกได้ โอกาสการตัดเต้านมด้วยโรคมะเร็งน้อยลง และมีโอกาสรักษาให้หายได้ ประเมินได้โดยแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากของปรารณา สติชัยวิภาวี (2552)

**การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม** หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึก หรือการคาดคะเนของสตรีวัยหมดระดู ถึงสิ่งจะเกิดขึ้นในการมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ได้แก่ การทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อย เป็นเรื่องยุ่งยาก ไม่มีความจำเป็น เสียเวลา กังวลว่าอาจพบสิ่งผิดปกติบริเวณเต้านม และกลัวตรวจพบเป็นมะเร็งเต้านม ประเมินได้โดยแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากของปรารณา สติชัยวิภาวี (2552)

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม** หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถในการตรวจดูและคลำพบก้อนผิดปกติบริเวณเต้านมและต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ หรือการตรวจแมมโมแกรม ของสตรีวัยหมดระดู ประเมินได้โดยแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากของปรารธนา สติชัยวิภาวี (2552)

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดูต่อไป





## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู ในกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวนงานเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งเต้านม
  - 1.1 ความหมายของมะเร็งเต้านม
  - 1.2 พยาธิกำเนิดของมะเร็งเต้านม
  - 1.3 ผลของเอสโตรเจนและโปรเจสเทอโรนต่อเซลล์เต้านม
2. สตรีวัยหมดระดู
  - 2.1 อาการที่เกิดขึ้นในสตรีวัยหมดระดู
  - 2.2 การรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน
  - 2.3 บทบาทพยาบาลในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม
3. พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม
  - 3.1 ความหมายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม
  - 3.2 การคัดกรองมะเร็งเต้านม
  - 3.3 เครื่องมือการประเมินพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม
  - 3.4 บทบาทพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม
4. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม
  - 5.1 การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม
  - 5.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม
  - 5.3 การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม
  - 5.4 การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม
  - 5.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 6.1 การตรวจเต้านมด้วยตนเอง
  - 6.2 การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์

### 6.3 การตรวจแมมโมแกรม

## 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

### 1. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งเต้านม

#### 1.1 ความหมายของมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม หมายถึง เซลล์ของเนื้อเยื่อเต้านมที่มีการแบ่งตัวอย่างผิดปกติโดยที่ร่างกายไม่สามารถจะควบคุมได้ และการเติบโตนี้สามารถแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียงตลอดจนอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกาย โดยแพร่ไปตามระบบทางเดินน้ำเหลืองและทางกระแสเลือด (ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2555)

#### 1.2 พยาธิกำเนิดของมะเร็งเต้านม

เต้านมประกอบด้วยเนื้อเยื่อที่เป็นต่อม (glandular tissue) 15-20 กลีบ (lobe) โดยมี fibrous connective tissue เชื่อมระหว่างกลีบ และมีเนื้อเยื่อไขมันแทรกอยู่โดยทั่วไป แต่ละกลีบจะมีท่อหลังน้ำนม (lactiferous duct) เปิดเข้าสู่หัวนมโดยตรง ในกลีบต่างๆจะมีกลีบย่อยที่เรียกว่า mammary lobule โดยแต่ละกลีบย่อยจะประกอบด้วย alveoli ที่เชื่อมต่อกับท่อในกลีบย่อย (intralobular duct)

พัฒนาการของเต้านมเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ได้ 10-12 สัปดาห์ โดยการเจริญเติบโตจากตุ่มเต้านม (mammary bud) ในชั้น ectoderm เข้าสู่เนื้อเยื่อ mesenchyme และแตกกิ่งก้านสาขาออกไปเป็นกลีบ กลีบย่อย ท่อ และ alveoli เมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่างๆในร่างกายจะกระตุ้นให้เกิด differentiation ของกลีบย่อยในเต้านม โดยพบว่าในระยะวัยรุ่นจะเป็น lobule type 1 เมื่อตั้งครรรค์ฮอร์โมนต่างๆจะกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็น lobule type 2 และ lobule type 3 และในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรรค์ รวมทั้งระยะเริ่มให้นมบุตรจะมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็น secretory lobule type 4 การเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่มี differentiation โดยสมบูรณ์ ทำให้เซลล์ไม่เพิ่มจำนวนมากขึ้นและทำให้ตัวรับเอสโตรเจนลดลง

สำหรับสตรีที่ไม่เคยตั้งครรรค์ เซลล์ในเต้านมยังอยู่ในระยะ undifferentiated lobule type 1 ซึ่งเป็นส่วนที่จะเกิดมะเร็งส่วนท่อ (ductal carcinoma) และ lobule type 2 ซึ่งเป็นส่วนที่จะเกิดมะเร็งส่วนกลีบย่อย (lobular carcinoma) การเปลี่ยนแปลงของเต้านมเนื่องจากการตั้งครรรค์เป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง โดยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ไปเป็น differentiated stem cell จึงเป็นคำอธิบายว่าสตรีที่ไม่เคยตั้งครรรค์หรือตั้งครรรค์เมื่ออายุมากจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งเต้านมสูงขึ้น เนื่องจากมี undifferentiated stem cell ในระยะ lobule type 1 และ lobule type 2 อยู่มาก เมื่อได้รับสารก่อมะเร็ง จึงมีโอกาสเปลี่ยนไปเป็นเซลล์มะเร็งได้สูง อย่างไรก็ตาม

ก็ตาม undifferentiated stem cell ที่เหลืออยู่จะเกิด mutation และเปลี่ยนแปลงไปเป็น เซลล์มะเร็งหรือไม่ ยิ่งขึ้นกับโอกาสในการสัมผัสสารก่อมะเร็ง การเข้าจับของสารก่อมะเร็งกับ สารพันธุกรรม (Deoxyribonucleic Acid : DNA) (โดยเฉพาะในระยะแบ่งตัวของเซลล์ที่เรียกว่า S - phase (ระยะที่มีการสังเคราะห์ DNA) และทำให้ DNA เปลี่ยนรูปไป ถ้ากระบวนการซ่อมแซม DNA ไม่ประสบผลสำเร็จ การแบ่งตัวของเซลล์ต่อไปก็จะถ่ายทอดความผิดปกติของ DNA ไปยัง เซลล์ลูก ทำให้จำนวนเซลล์ที่ผิดปกติเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และมีแนวโน้มที่จะเกิดมะเร็งได้ในที่สุด

### 1.3 ผลของเอสโตรเจนและโปรเจสเทอโรนต่อเซลล์เต้านม

กลไกการเพิ่มขนาดของเซลล์มะเร็ง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในวงจรการแบ่งตัวของ เซลล์อยู่ 3 ลักษณะ คือ

- 1) ระยะเวลาของการแบ่งตัวสั้นลง
- 2) อัตราการตายของเซลล์ลดลง
- 3) การที่มีเซลล์ในระยะสงบ (quiescent cell) เข้าสู่วงจรการแบ่งตัวเพิ่มขึ้น

เอสโตรเจนเป็นตัวกระตุ้นให้มีการสร้าง cyclin และ cyclin- dependent kinase (CDK) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในกระบวนการ phosphorylation ของ Retinoblastoma protien ต่อ การแบ่งตัวของเซลล์

สำหรับโปรเจสเทอโรนสามารถออกฤทธิ์ได้ทั้ง 2 ลักษณะ คือ โดยระยะแรกจะกระตุ้น ให้มีการสร้าง cyclin E เมื่อจับกับ cyclin - dependent kinase จะกระตุ้นให้เกิดกระบวนการ phosphorylation ของ Retinoblastoma protien ระยะต่อมาจะสร้างโปรตีนบางชนิด เช่น p16, p21, p27 เป็นการยับยั้งการเกิด phosphorylation ของ Retinoblastoma protien ดังนั้นจึงมีผล ทั้งเร่งและยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์

## 2. สตรีวัยหมดระดู

สตรีวัยหมดระดู หมายถึง สตรีที่มีระยะเวลาการขาดระดูติดต่อกันนาน 12 เดือน (อภาววรรณ โสภณธรรมรักษ์, 2557) โดยแบ่งภาวะการหมดระดูเป็น 3 ชนิด คือ 1). ภาวะ หมดระดูตามธรรมชาติ เป็นการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางสรีรวิทยา 2). ภาวะหมดระดูหลังจาก การผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง 3). ภาวะหมดระดูจากโรคต่างๆ หรือจากการรักษาโรค เช่น รังสีรักษา เคมีบำบัด เป็นต้น (สิริยา กิติโยดม, 2555)

2.1 อาการที่เกิดขึ้นในสตรีวัยหมดระดู เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการความผิดปกติ ของกลไกการควบคุมหลอดเลือดที่บกพร่อง (peripheral vasomotor instability) (สุชาติา อินทวิวัฒน์ และประสงค์ ตันมหาสมุทร, 2554) ได้แก่

### 2.1.1 อาการที่เกิดในระยะแรก (short term) มักพบใน 1-2 ปีแรก

2.1.1.1 ระบบประสาท (Neuroendocrine) เป็นอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (Vasomotor symptoms) ทำให้เกิดอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย(ร้อยละ 66.33) ปวดศีรษะ(ร้อยละ 65.35) นอนไม่หลับ(ร้อยละ 65.11) ซึ่งมักเรียกรวมอาการนี้ว่าเป็น hot flush / flash และอาการทางด้านจิตใจ (Psychosexual symptom) เช่น ทำให้อาการซึมเศร้า(ร้อยละ 43.65) หงุดหงิดง่าย(ร้อยละ 82.55) หลงลืมง่าย(ร้อยละ 90.90) ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง(ร้อยละ 55.52) ความต้องการทางเพศลดน้อยลง(ร้อยละ 68.14) (มลฤดี ประสิทธิ์ และคณะ, 2550; สุชาติ อินทวิวัฒน์ และ ประสงค์ ตันมหาสมุทร, 2554)

2.1.1.2 ระบบอวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ(Urogenital) จะเกิดการฝ่อของเนื้อเยื่อ (atrophy) นั่นคือ จะทำให้ช่องคลอดแห้ง(ร้อยละ 60.60) เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์(ร้อยละ 50.20) ปัสสาวะบ่อย(ร้อยละ 63.90) กลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้(ร้อยละ 53.31) ไอจามมีปัสสาวะเล็ด(ร้อยละ 55.77) (มลฤดี ประสิทธิ์ และคณะ, 2550; สุชาติ อินทวิวัฒน์ และ ประสงค์ ตันมหาสมุทร, 2554)

2.1.1.3 ผิวหนังและเยื่อเมือก ทำให้ผิวหนังแห้งเหี่ยว (ร้อยละ 81.81) เจ็บเสียวหรือชาตามผิวหนัง (ร้อยละ 64.94) ผมหงอก (ร้อยละ 66.33) คัน (มลฤดี ประสิทธิ์ และคณะ, 2550; สุชาติ อินทวิวัฒน์ และ ประสงค์ ตันมหาสมุทร, 2554)

2.1.1.4 ระบบกล้ามเนื้อและข้อ (Musculo-skeletal) ปวดตามกล้ามเนื้อ/ปวดตามข้อ (ร้อยละ 87.05) (มลฤดี ประสิทธิ์ และคณะ, 2550; สุชาติ อินทวิวัฒน์ และ ประสงค์ ตันมหาสมุทร, 2554)

1.1.1.5 เต้านม มีขนาดเล็กลง หย่อน (ร้อยละ 59.45) (มลฤดี ประสิทธิ์ และคณะ, 2550)

### 2.1.2 อาการที่เกิดในระยะหลัง (Long term)

2.1.2.1 เกิดโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) อุบัติการณ์ของโรคนี้มีมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น และพบว่าความบกพร่องของเอสโตรเจนในสตรีวัยหมดระดูนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน metabolism ซึ่งมีส่วนในการส่งเสริมให้เกิดโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) สุชาติ อินทวิวัฒน์ และ ประสงค์ ตันมหาสมุทร, 2554)

2.1.2.2 โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) ในช่วงแรกที่หมดระดู พบว่าเนื้อกระดูกจะสูญเสียไปร้อยละ 3-5 ต่อปี หลังจากนั้นอัตราการสูญเสียเนื้อกระดูกจะลดน้อยลงที่ร้อยละ 0.5 ต่อปี หากได้รับการรักษาด้วยด้วยฮอร์โมนทดแทน hormone replacement therapy: HRT หรือ

อาจเรียกว่าการรักษาด้วยฮอร์โมนในสตรีวัยหมดระดู (postmenopausal hormone therapy: pHT) (อรรณพ ใจสำราญ, 2555) ติดต่อกันเป็นเวลาหลายๆปีจะช่วยสามารถรักษาเนื้อกระดูกไว้ได้ และอาจช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดกระดูกหักของสะโพกได้ถึงร้อยละ 60 ซึ่งภาวะดังกล่าวมักเกิดในสตรีที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ มีน้ำหนักน้อย หมตรระดูก่อนวัยอันควร ไม่ออกกำลังกาย มีกรรมพันธุ์ในครอบครัวและมีโภชนาการที่ไม่ถูกต้อง เช่น ขาดอาหารโดยเฉพาะอย่างยิ่งแคลเซียม สูดบุหรี่ปริมาณมากหรือสูบบุหรี่จัด (สุชาติ อินทวิวัฒน์ และ ประสงค์ ตันมหาสมุทร, 2554)

สรุปได้ว่า สตรีวัยหมดระดูเป็นช่วงวัยที่มีเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมนและอาจทำให้เกิดอาการผิดปกติส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีคุณภาพชีวิตลดลง เป็นเหตุให้มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน

2.2 การรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน (hormone replacement therapy: HRT) (สุชาติ อินทวิวัฒน์ และประสงค์ ตันมหาสมุทร, 2554; อรรณพ ใจสำราญ, 2555)

2.2.1 ข้อบ่งชี้ของการให้การรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน มี 3 ประการ คือ รักษาอาการที่เกิดจากภาวะพร่องเอสโตรเจน ได้แก่ อาการระบบประสาทอัตโนมัติ (vasomotor symptoms) รวมถึงผลกระทบที่มาจากของอาการดังกล่าว, อาการที่เกิดจากการฝ่อลีบของอวัยวะสืบพันธุ์ (vulvo-urogenital atrophy) และการป้องกันหรือรักษาโรคกระดูกพรุน

จากการศึกษา พบว่าการได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนในขนาดสูงเป็นระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการพบมะเร็งเต้านม (Henderson et al., 1988) ในสตรีวัยหมดระดูที่ได้รับการรักษาด้วยการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนเป็นระยะเวลานาน ถ้าหากได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนติดต่อกันนานเกิน 5 ปี เพิ่มอัตราเสี่ยงเป็น 1.2-2.0 เท่า (สุชาติ อินทวิวัฒน์ และประสงค์ ตันมหาสมุทร, 2554) หรือเป็นสาเหตุที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการพบมะเร็งเต้านมชนิด Invasive breast cancer ร้อยละ 29 (Berg et al., 2006) เนื่องจากเซลล์ที่เต้านมมีปฏิกิริยาไวต่อฮอร์โมนเพศมากและพร้อมที่จะเจริญอย่างรวดเร็ว ข้อมูลปัจจุบันพบว่าความเสี่ยงของมะเร็งเต้านมในสตรีวัยหมดระดูที่ใช้ฮอร์โมนเพิ่มสูงขึ้นนั้นอาจเป็นผลจากการกระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งที่มีอยู่ก่อนแล้วมากกว่าจะเป็นการกระตุ้นการเกิดใหม่ (ฐณชัยพร อุษพันธ์, 2553; อรรณพ ใจสำราญ, 2555) อย่างไรก็ตามส่งผลกระทบต่ออาการพบและการเติบโตของมะเร็งเต้านม ในการรักษาสตรีวัยหมดระดูจึงจำเป็นต้องพิจารณาให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมแต่ละบุคคล และจากข้อมูลของ Collaborative group on hormone factors in breast cancer พบว่าอัตราเสี่ยง(cumulative excess) ของการพบมะเร็งเต้านมจะเพิ่มขึ้นแปรผันตามระยะเวลาที่ใช้

2.2.2 ข้อห้ามในการให้เอสโตรเจน ได้แก่ มีประวัติหรือเป็นหลอดเลือดอุดตัน เป็น/เคยเป็นหรือสงสัยว่าจะเป็นมะเร็งเต้านม มีภาวะเยื่อบุผนังมดลูกหนาตัว(endometrial hyperplasia)

ที่ยังไม่ได้รับการรักษาโรคตับเรื้อรังที่มีการทำงานของตับบกพร่อง มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด โดยไม่ทราบสาเหตุ ภาวะ Hypertriglyceridemia (มากกว่า 750 mg/dL) และเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ได้รับการรักษา

2.2.3 ชนิดของฮอร์โมนสำหรับสตรีวัยหมดระดู จำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

2.2.3.1 Conventional HT หมายถึง การรักษาที่มีฮอร์โมนในกลุ่มเอสโตรเจนเป็นส่วนประกอบหลัก ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีโปรเจสโตรเจนเป็นส่วนประกอบร่วมอยู่ด้วย

2.2.3.2 Non-conventional HT หมายถึงยาที่ออกฤทธิ์ผ่าน estrogen receptor ทำให้มีฤทธิ์บางประการเหมือนกับฤทธิ์ของเอสโตรเจน แต่ก็มีฤทธิ์เฉพาะตัวบางประการที่แตกต่างไปจากเอสโตรเจน ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ STREAR, SERMs และ phytoestrogen

2.2.4 รูปแบบของการรักษาด้วยฮอร์โมน เป็นรูปแบบของ conventional HT ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

2.2.4.1 Estrogen only regimens ให้เอสโตรเจนเพียงอย่างเดียวทุกวัน หรือหยุดเดือนละ 7 วัน การให้แบบนี้เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่มีมดลูกแล้ว ในสตรีที่ยังมีมดลูกจะต้องให้โปรเจสตินร่วมด้วยเสมอ เพื่อป้องกันการเกิดเนื้องอกของเยื่อบุมดลูก เช่น endometrial hyperplasia หรือมะเร็งเยื่อบุมดลูก (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2555)

2.2.4.2 Cyclic regimens เป็นการให้เอสโตรเจน 21 วัน ร่วมกับการให้โปรเจสโตรเจน 10-14 วัน (ขนาดยาในแต่ละวันอาจจะคงที่หรือเปลี่ยนแปลงคล้ายกับในรอบระดูปกติ) ทำให้มีระดูสม่ำเสมอ เหมาะสำหรับผู้ที่หมดระดูไปไม่เกิน 1 ปี (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2555)

2.2.4.3 Continuous combined regimens ให้เอสโตรเจนและโปรเจสโตรเจนในขนาดคงที่ทุกวันโดยไม่มีวันหยุด ทำให้เยื่อบุมดลูกฝ่อ ส่งผลให้ผู้ไข้อย่างไม่มีเลือดออกจากโพรงมดลูก เหมาะสำหรับผู้ที่หมดระดูมากกว่า 1 ปีขึ้นไป และไม่ต้องการจะมีระดูอีก แต่การให้ฮอร์โมนแบบนี้จะมี breakthrough bleeding คือ มีเลือดออกผิดปกติกะปริดกะปรอยได้บ่อยกว่าแบบ cyclic regimen ในช่วงแรกของการให้ยา (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2555)

การเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์และโทษจากการใช้ฮอร์โมนในวัยหมดระดูพบว่า มีประโยชน์มากกว่าโทษพอสมควร เช่น จากการศึกษาของ Steinberg et al. (1991) พบว่าถ้าใช้เอสโตรเจนเป็นเวลา 25 ปี จะลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ (coronary heart disease) ร้อยละ 48, ลดการเสียชีวิตจากกระดูกสะโพกหักร้อยละ 49 แต่จะเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นร้อยละ 21, เสียชีวิตจากมะเร็งมดลูกเพิ่มขึ้นร้อยละ 27 เมื่อสรุปนำเอาอัตราตายที่เพิ่มขึ้นและลดลงมาเฉลี่ยกัน จะพบว่าเมื่อใช้เอสโตรเจนไป 25 ปีแล้ว จะป้องกันการเสียชีวิตได้ร้อยละ 38

สรุปได้ว่า การรักษาด้วยการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน ช่วยรักษาอาการผิดปกติทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจอันเกี่ยวเนื่องมาจากการพร่องฮอร์โมน มีผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่จากการศึกษาก็พบว่าอาจเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นประเด็นหนึ่งที่พยาบาลต้องคำนึงถึงเพื่อการส่งเสริมสุขภาพทั้งการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเต้านมแก่สตรีวัยหมดระดู

### 2.3 บทบาทพยาบาลในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดระดูมีทั้งเชิงรุกและเชิงรับ และบทบาทหนึ่งที่สำคัญ คือ การเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเต้านม ในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมนั้น อาจทำได้โดยการให้คำแนะนำให้ทราบถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ร่วมกับการสอนวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการประชาสัมพันธ์ส่งเสริมการตรวจเต้านมทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การไปพบบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจแมมโมแกรม รวมทั้งการกระตุ้นเพื่อให้คงอยู่ของพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม กิจกรรมเหล่านี้เป็นบทบาทที่พยาบาลสามารถดำเนินการปฏิบัติได้โดยอิสระ เป็นการสร้างความตระหนักให้สตรีวัยหมดระดู เห็นความสำคัญและใส่ใจในการดูแลสุขภาพเต้านมตนเอง การสร้างทัศนคติต่อการมีแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี โดยการมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยทั้งวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการป้องกันหรือลดความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมระดับทุติยภูมิได้

2.3.1 การให้ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย (สมาคมโรคมะเร็งเต้านมแห่งประเทศไทย, 2555)

2.3.1.1 การตั้งครรภ์ก่อนอายุ 35 ปี

2.3.1.2 เลี้ยงทารกด้วยนมมารดา อย่างน้อย 6 เดือนถึง 2 ปี

2.3.1.3 ในวัยหมดระดู ควรหลีกเลี่ยงการใช้การรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน (กนกอร บุญพิทักษ์, 2555)

2.3.1.4 พฤติกรรมการบริโภค ควรบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ อาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีสารก่อมะเร็ง ได้แก่ อาหารที่ปรุงแต่งสีกลิ่นรสด้วยสารสังเคราะห์ อาหารเนื้อสัตว์ปิ้งย่างรมควันที่ไหม้เกรียม อาหารหมักดอง และอาหารที่อาจมีเชื้อรา

2.3.1.5 การไม่ดื่มสุรา (กนกอร บุญพิทักษ์, 2555)

2.3.1.6 การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ (Callahan et al., 2013)

2.3.1.7 การตรวจเต้านมตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจแมมโมแกรม ตามความถี่และช่วงวัยที่เหมาะสม

สรุปได้ว่า บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู มีหลายวิธีทั้งการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ให้สูขศึกษาการป้องกันมะเร็งเต้านม การทำงานร่วมกันกับทีมสุขภาพและชุมชนสร้างแรงจูงใจและรณรงค์การต่อต้านมะเร็งเต้านม รวมทั้งการค้นหา มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก

### 3. พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม

#### 3.1 ความหมายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม

มีผู้ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไว้ดังนี้

การปฏิบัติตนของสตรีกลุ่มอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปในการป้องกันมะเร็งเต้านม โดยวัดจาก ประวัติการเคยตรวจค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกด้วยวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจ เต้านมด้วยแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุข หรือการตรวจด้วยการถ่ายภาพรังสีเต้านม (เมรีริสต์น์ สุภาพ, 2550)

การตรวจเต้านมด้วยตนเองด้วยวิธีการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง เป็นการป้องกันโรคเพื่อ ค้นหาความผิดปกติระยะเริ่มแรกด้วยตนเอง (กฤษณา จันทร์อรุณ, 2548)

การปฏิบัติของสตรีเพื่อค้นหาความผิดปกติและก้อนเนื้องอกของเต้านม โดยใช้การดูและการคลำเป็นหลัก ตามวิธีการที่ได้รับคำแนะนำให้ฝึกปฏิบัติ ซึ่งมี 3 ขั้นตอนคือ ตรวจในขณะอาบน้ำ ตรวจหน้ากระจก และตรวจในท่านอน โดยทำการตรวจสม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หลังจากมี ประจำเดือนวันแรก 5-7 วัน หรือตรวจในวันใดวันหนึ่งให้ตรงกันทุกเดือนในสตรีที่ไม่มีประจำเดือน หรือสตรีที่หมดประจำเดือนแล้ว (ธิดา นุ่มอยู่, 2551)

การที่สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการ ตรวจแมมโมแกรม ทั้งนี้วิธีการตรวจเต้านมให้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมตามอายุของสตรีแต่ละบุคคล ตามแนวทางในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสมาคมโรคมะเร็งเต้านมสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society) (ปรารธนา สติติภาวี, 2552)

การปฏิบัติเพื่อค้นหาความผิดปกติและก้อนเนื้องอกของเต้านม โดยใช้การดูและการคลำ เป็นหลัก มีการตรวจ 3 วิธี คือตรวจขณะอาบน้ำ ตรวจหน้ากระจก และตรวจในท่านอน และมีการ ตรวจอย่างสม่ำเสมอ คืออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หลังจากมีประจำเดือน 5-7 วัน หรือในสตรีที่ไม่มี ประจำเดือน ตรวจโดยการกำหนดวันใดวันหนึ่งแล้วทำการตรวจให้ตรงกันทุกเดือน (พรสิริ รุ่งแผน, 2552)



การรับรู้ในการป้องกันมะเร็งเต้านม โดยการค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยแพทย์ และการตรวจเต้านมด้วยการถ่ายภาพรังสี (พาณี วิชยศิลป์ศรี, 2555)

การตรวจค้นหามะเร็งเต้านมโดยที่ยังไม่มีอาการของมะเร็ง โดยวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม หรือการตรวจเต้านมด้วยอัลตราซาวด์ (Kim, Kyong, Chun, Hyo, Eil and Rhayun, 2011)

สรุปได้ว่า ในงานวิจัยนี้ พฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง การปฏิบัติตัวเพื่อค้นหาความผิดปกติและก้อนเนื้ออกเต้านมของสตรีวัยหมดระดู ในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจด้วยแมมโมแกรม โดยจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ

### 3.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม เป็นการค้นหาความผิดปกติของเต้านมตั้งแต่ยังไม่แสดงอาการให้ได้เห็น เพื่อค้นพบโรคตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก และเพื่อให้ได้รับการรักษาก่อนจะมีการลุกลาม (ตรีชฎาภรณ์ ภัคดีโพธิ, 2555)

วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมี 3 วิธี ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจแมมโมแกรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 3.2.1 การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination)

เป็นการตรวจค้นหาความผิดปกติของเต้านม เนื้องอกเต้านม รวมทั้งความผิดปกติของต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ด้วยตนเอง ซึ่งจะเกิดประโยชน์ได้นั้นต้องทำการตรวจอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน วิธีนี้เป็นวิธีที่นำสตรีส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการพบก้อนมากที่สุดถึงร้อยละ 64.9 (อุมาพร นันทธีโร, 2555) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เพ็ญญา เตชะเสถียร(2555) ที่พบว่าการคลำพบก้อนที่เต้านมด้วยตนเองนำมาพบแพทย์ถึงร้อยละ 91.4

ขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การดูและการคลำ ดังนี้ (สุรีพร ธนศิลป์ และคณะ, 2555)

3.2.1.1 การตรวจโดยการดูที่หน้ากระจกเงา โดยดูความผิดปกติบริเวณเต้านมให้สังเกตว่า เต้านมทั้งสองข้างอยู่ระดับเดียวกันหรือไม่ ผิวหนังมีลักษณะ ก้อนนูน บวม รอยบุ๋ม รอยย่น มีแผล หรือมีเส้นเลือดสีดำใต้ผิวหนังมากเพิ่มขึ้นผิดปกติหรือไม่ หรือมีการบิดเบี้ยวของหัวนม บวม หรือมีการดิ่งรั้ง ขนาดของหัวนมเท่ากันหรือไม่ และดูว่าหัวนมมีเลือดออกหรือของเหลวไหลออกมาหรือไม่

ท่าทางในการตรวจดู ประกอบด้วย 3 ท่า ดังนี้

- 1) ทำยืนปล่อยแขนข้างลำตัวตามสบาย
- 2) ทำยืนประสานมือไว้ที่ท้ายทอย ยกแขนขึ้นประสานมือไว้เหนือศีรษะ ดันข้อศอกทั้งสองข้างไปข้างหลัง เพื่อให้ผิวหนังเหนือเต้านมยืดเต็มที่ แล้วหันซ้าย-ขวาด้วยศีรษะ
- 3) ทำยืนมือท้าวสะเอวโน้มตัวไปข้างหน้า ทำนี้ควรโน้มตัวตั้งแต่วางระดับสะโพกลงไปให้เต้านมห้อยถึงลงมาตรงๆ เพื่อสังเกตรอยบุ๋มหรือรอยโป่งพองของผิวหนังได้ง่ายขึ้น

3.2.1.2 การตรวจโดยการคลำ โดยใช้ปลายข้อบนของนิ้วมือสามนิ้ว คือ นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนางเรียงชิดติดกัน ตรวจทุกส่วนของเต้านมตั้งแต่บริเวณไหปลาร้าลงมาถึงฐานล่างของทรงอกและบริเวณต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ทั้งสองข้างด้วยตนเอง ลักษณะการคลำกวนเป็นวงกลม และน้ำหนักการกด 3 ระดับ คือ หนัก กลาง เบา การตรวจคลำตรวจให้เสร็จทีละข้าง แล้วจึงย้ายมาตรวจอีกข้างโดยวิธีเดียวกัน

การคลำมี 2 ท่า คือ

1) ขณะอาบน้ำ ให้วางมือข้างเดียวกับเต้านมที่ต้องการตรวจไว้เหนือศีรษะ ใช้ปลายข้อบนของนิ้วมือสามนิ้วด้านตรงข้ามตรวจ กรณีผู้ที่มีเต้านมขนาดใหญ่ ให้ใช้มือข้างที่จะตรวจประคอง และตรวจคลำเต้านมจากฐานล่างของทรงอก ส่วนมืออีกข้างให้ตรวจคลำจากด้านบน

2) ขณะนอนราบ นอนในท่าสบายแล้วสอดหมอนหรือม้วนผ้าใต้ไหล่ข้างที่จะตรวจ ยกแขนข้างเดียวกับเต้านมที่ต้องการตรวจไว้เหนือศีรษะเพื่อให้เต้านมแผ่ราบ ซึ่งจะช่วยให้คลำก้อนเนื้อได้ง่ายขึ้น ใช้มือด้านตรงข้ามตรวจเต้านม

3.2.1.3 ข้อดีของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ เป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยาก สะดวก ไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม สามารถกระทำได้ด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ

3.2.1.4 ข้อเสียของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ กว่าจะตรวจพบก้อนหรือความผิดปกติที่เต้านม โรคมะเร็งก็ต้องมีการดำเนินไประยะหนึ่งแล้ว (กรีซ โพรธิสุวรรณ, 2551) และจากการศึกษาพบว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ได้ช่วยลดอัตราการตายของโรคมะเร็งเต้านม ด้วยเหตุนี้ องค์การสุขภาพด้านป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (The US Preventive Services Task Force : USPSTF) และองค์การสุขภาพด้านป้องกันโรคของแคนาดา (The Canadian Task Force on Preventive Health Care : CTFPHC) จึงไม่นับการตรวจเต้านมด้วยตนเองรวมอยู่ในแนวทางการคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งอาจจะทำหรือไม่ทำก็ได้ (CTFPHC, 2015; USPSTF, 2015) หากแต่สมาคมสูตินรีแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา (the American College of Obstetricians and

Gynecologists : ACOG) และสมาคมโรคมะเร็งสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society : ACS) ยังคงแนะนำให้ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เช่นเดียวกับกระทรวงสาธารณสุขของไทยที่ยังรณรงค์ให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน ทั้งนี้เพื่อให้สตรีมีความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพเต้านมตนเอง และทราบได้เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงบริเวณเต้านมและต่อมน้ำเหลืองได้เร็วขึ้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Newton and Grethlein, 2015; ACS, 2015)

### 3.2.2 การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Clinical Breast Examination)

บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ผ่านการอบรมและมีทักษะในการตรวจเต้านม ซึ่งจะทำการตรวจเต้านมร่วมกับการซักประวัติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่อาจเกี่ยวข้อง โดยตรวจดูความผิดปกติของเต้านม สิ่งที่พิจารณา ได้แก่ รูปร่าง สี รอยบุ๋ม การตั้งรัง และระดับตำแหน่งของเต้านม และการตรวจคลำเต้านมและต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ทั้งสองข้างด้วยสองมือ เพื่อตรวจความผิดปกติของก้อน การกดเจ็บ สารคัดหลั่งจากหัวนม (Callahan and Caughey, 2013) การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์เป็นวิธีที่มีสมรรถนะสูงกว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองและช่วยให้วินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านมได้เร็วขึ้น (Ekachampaka et al., 2008; Güth et al., 2008; Miller, 2008) องค์การสุขภาพด้านป้องกันโรคของแคนาดา (CTFPHC) สมาคมสูตินรีแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา (ACOG) และสมาคมโรคมะเร็งสหรัฐอเมริกา (ACS) แนะนำให้สตรีวัยหมดระดูตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี (CTFPHC, 2015; Newton and Grethlein, 2015; ACS, 2015) แต่องค์การสุขภาพด้านป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (USPSTF) กล่าวว่าอาจจะทำหรือไม่ทำก็ได้ เนื่องจากไม่มีผลการศึกษาเชิงทดลองของการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ โดยการศึกษา มักจะเป็นผลจากการตรวจร่วมกับการตรวจแมมโมแกรม ซึ่งพบว่า การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ ร่วมกับการตรวจด้วยแมมโมแกรมจะช่วยเพิ่มความไวและความถูกต้องในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม (ฐนัชญ์พร อุสุพันธ์, 2553; Berek, 2012; USPSTF, 2015) โดยมีความไวร้อยละ 77.4 และความจำเพาะร้อยละ 72 (Newton and Grethlein, 2015)

3.2.2.1 ข้อดีของการตรวจด้วยวิธีการดูและคลำเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์คือ เป็นวิธีที่ตรวจพบก้อนได้เร็วกว่า และสามารถทำนายระยะของมะเร็งเต้านมได้ดีกว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยการตรวจเต้านมของสตรีทั่วไป (OR : 12.535) (Buranaruangrote, 2013)

3.2.2.2 ข้อเสียของการตรวจด้วยวิธีการดูและคลำเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์เช่นเดียวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ กว่าจะคลำพบก้อนได้ก็แสดงว่าก้อนมีขนาด

พอสมควรแล้ว และลักษณะหินปูน(microcalcification) ชนิดที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านมไม่สามารถตรวจพบโดยวิธีการคลำได้ (กรีซ โปธิสุวรรณ, 2551)

### 3.2.3 การตรวจด้วยแมมโมแกรม (Mammography)

เป็นวิธีการตรวจโดยอาศัยการถ่ายภาพรังสีเต้านมจากการเอกซเรย์ 2 ท่า คือ ท่าเต้านมตรง และท่าเต้านมเอียง 15 องศา เพื่อช่วยในการค้นหาความผิดปกติของเต้านม โดยเต้านมจะถูกกดให้แบนด้วยแผ่นพลาสติก ทำให้เนื้อของเต้านมกระจายออกไปโดยรอบ เพื่อให้ได้ภาพเอกซเรย์ที่มีคุณภาพ มองเห็นสิ่งผิดปกติของเต้านมง่ายขึ้น ภาพมีความนิ่ง และลดจำนวนรังสีในการเอกซเรย์ แต่การกดวิธีนี้อาจส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดต่อผู้รับบริการบ้าง (สุภาพร สินสุพรรณ, 2552; Wu, 2006) การตรวจแมมโมแกรมมีความไวร้อยละ 67.8 ความจำเพาะร้อยละ 75 (Newton and Grethlein, 2015) และลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 15-20 (National cancer institute, 2015) การตรวจวิธีนี้ทุกสถาบัน (USPSTF, ACS, ACOG and CTFPHC) รวมทั้งประเทศไทย(กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550) มีข้อแนะนำตรงกันว่าสตรีวัยหมดระดูควรได้รับการตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี

3.2.3.1 ข้อดีของการตรวจด้วยแมมโมแกรม คือ เป็นการคัดกรองมะเร็งที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เพราะสามารถตรวจพบก้อนที่มีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร หรือจุดฝุ่นหินปูนได้ตั้งแต่ที่ยังไม่สามารถคลำพบก้อน (กรีซ โปธิสุวรรณ, 2551) อีกทั้งยังทำให้สตรีเกิดความตระหนักในการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น (Armin et al., 2013)

#### 3.2.3.2 ข้อเสียของการตรวจด้วยแมมโมแกรม คือ

- 1) กรณีผู้รับบริการที่เบิกไม่ได้ ต้องเสียค่าตรวจในราคาที่สูง
- 2) อาจเกิดผลลบลงได้ คือเต้านมมีความผิดปกติ แต่แมมโมแกรมตรวจไม่พบ (มันทนา ตรีมานคา, 2557) พบได้ร้อยละ 4-34 และอาจเกิดผลบวกลงได้ร้อยละ 3-6 (รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ CHULA CANCER, 2557) บางครั้งจึงต้องตรวจวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การตรวจอัลตราซาวด์(Ultrasound) การตรวจเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI) เพื่อการวินิจฉัยที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงใช้เกณฑ์พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอสำหรับสตรีวัยหมดระดู คือการปฏิบัติเพื่อค้นหาความผิดปกติและก้อนเนื้องอกเต้านมตั้งแต่ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของมะเร็งเต้านม โดยการตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี หรือการตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี ร่วมกับการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี หรือการตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี ร่วมกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน หรือการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้ง 3 วิธีร่วมกันคือ ทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี และ

การตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี ซึ่งจะช่วยให้ค้นพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก ด้วยเหตุนี้จึงควรต้องติดตามการ फैาระวัง หรือการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีวัยหมดระดูว่ามีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงใด

### 3.3 เครื่องมือการประเมินพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม

3.3.1 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมโดยวัดในด้านพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้ง 3 วิธี คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม ของ เมริรัตัน สุภาพ (2550) จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างสตรีอายุ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 31 คน โดยข้อความแบ่งออกเป็น 3 ส่วน แต่ละส่วนให้เลือกตอบพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมในแต่ละวิธี คือ เคยตรวจหรือไม่เคยตรวจ พร้อมทั้งสาเหตุในการตรวจ ไม่ตรวจ หากตอบ “เคยตรวจ” หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามเคยตรวจเต้านมอย่างถูกต้องโดยวิธีใดวิธีหนึ่งต่อไปนี้ คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ หรือการตรวจด้วยแมมโมแกรม กำหนดให้รหัสข้อมูลเท่ากับ 1 คะแนน และถ้าตอบ “ไม่เคยตรวจ” หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยตรวจเต้านมโดยวิธีใดๆเลย กำหนดให้รหัสข้อมูลเท่ากับ 0 คะแนน

3.3.2 แบบสอบถามพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมของ ปราภานา สติธยวิภาวี (2552) ซึ่งข้อความจะควบคู่ไปกับคำถามปัจจัยชักนำให้ตรวจเต้านม โดยสามารถจำแนกข้อความพฤติกรรมคัดกรองเต้านมได้เป็น 3 ส่วน คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจแมมโมแกรม โดยถามเกี่ยวกับการเคยตรวจหรือไม่เคยตรวจ คำตอบให้เลือกตอบว่าเคยหรือไม่เคย หากตอบ “เคยตรวจ” หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามเคยตรวจเต้านมในวิธีนั้นๆ กำหนดให้รหัสข้อมูลเท่ากับ 1 คะแนน และถ้าตอบ “ไม่เคยตรวจ” หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยตรวจเต้านมในวิธีนั้น กำหนดให้รหัสข้อมูลเท่ากับ 0 คะแนน พร้อมทั้งถามเรื่องความบ่อยของการตรวจให้เต็มว่ากี่ครั้ง และความตั้งใจที่จะตรวจในอนาคตให้เลือกตอบว่าใช่ ไม่ใช่ หรือไม่แน่ใจ ของการตรวจเต้านมในแต่ละวิธีเพื่อประกอบคำอธิบาย

3.3.3 แบบสอบถามพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม (Breast Health Questionnaire) ของ Mehra Shirazi (2006) ซึ่งศึกษาการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้ง 3 วิธี คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจแมมโมแกรม โดยถามเกี่ยวกับการเคยตรวจหรือไม่เคยตรวจ คำตอบให้เลือกตอบว่าเคยหรือไม่เคย และความถี่ของการตรวจ โดยมีระดับของความถี่ให้เลือกตอบ

3.3.4 แบบสอบถามพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม (Breast cancer screening practices) ของ Kim, Kyong, Chun, Hyo, Eil and Rhayun (2011) มีทั้งหมด 7 ข้อ ถามเกี่ยวกับ

พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม 3 วิธี คือ การตรวจแมมโมแกรม การตรวจอัลตราซาวด์ และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยถามว่าเคยตรวจหรือไม่เคยตรวจ และความสม่ำเสมอของการตรวจ ให้เลือกตอบว่า ใช่หรือไม่ใช่ และถามเหตุผลของการไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม แหล่งให้ข้อมูล การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และเหตุผลของการไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สรุป จากการทบทวนแบบสอบถามพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม พบว่าแบบสอบถามของเมรีริตัน สุภาพ (2550) มีการประเมินพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมครอบคลุมทั้งวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจด้วยแมมโมแกรม และครอบคลุมถึงสาเหตุของการตรวจและไม่ตรวจเต้านมในแต่ละวิธีเพื่อให้คำอธิบายของการมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในแต่ละวิธีนั้น ดังนั้นผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามนี้มาปรับใช้ ส่วนการให้คะแนนผู้วิจัยจะตั้งเกณฑ์ขึ้นมาใหม่เพื่อให้ตรงวัตถุประสงค์ของพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ต้องการวัด โดยผลรวมของคำตอบการมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในแต่ละวิธี แบ่งพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอ หมายถึง สตรีวัยหมดระดูปฏิบัติเพื่อค้นหาความผิดปกติและก้อนเนื้ออกเต้านมตั้งแต่ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของมะเร็งเต้านมโดยการไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี หรือการไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปีรวมกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน หรือการไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปีรวมกับการไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี หรือการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้ง 3 วิธีรวมกันคือ ทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน การไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี และการไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี กำหนดให้รหัสข้อมูลเท่ากับ 1

พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ หมายถึง สตรีวัยหมดระดูที่มีการปฏิบัติเพื่อค้นหาความผิดปกติและก้อนเนื้ออกเต้านมตั้งแต่ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของมะเร็งเต้านมโดยการไม่ไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี หรือการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนเพียงอย่างเดียว หรือการไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปีเพียงอย่างเดียว หรือการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนรวมกับการไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปีโดยการไม่ไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี หรือการตรวจเต้านมอย่างน้อยหนึ่งวิธีแต่ด้วยความถี่ไม่เหมาะสม และการไม่เคยตรวจเต้านมด้วยวิธีใดๆเลย กำหนดให้รหัสข้อมูลเท่ากับ 0

### 3.4 บทบาทพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม

3.4.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม และสนับสนุนความคิดที่ว่า มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่อาจพบอาการเฉียบพลันเกิดขึ้นได้ เนื่องจากมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพซ่อนเร้นอยู่ภายใน ดังนั้นการดำเนินของโรคที่เติบโตไป จึงไม่อาจมองเห็นได้จากภายนอก

กระทั่งเมื่อโรคมะเร็งดำเนินไปมากขึ้นจนเข้าสู่ระยะที่มีอาการแสดงให้เห็น โดยไม่มีอาการใดๆนำมาก่อน อาการแสดงที่พบจึงป็นไปโดยเฉียบพลัน (Smeltzer et al., 2006 อ้างถึงใน วงจันทร์เพชรพิเชษฐเชียร, 2554) เช่น ภาวะเลือดออกที่ผิวหนังโดยไม่มีอาการเจ็บ เนื้อเต้านมบวมและเป็นแผลจากการติ่งรังของก้อนมะเร็งใต้ผิวหนัง

3.3.2 การให้ความรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม มีผลให้สามารถพบมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ก่อนที่จะปรากฏอาการให้เห็นความผิดปกติได้ ซึ่งหากได้รับการวินิจฉัยและรักษาในระยะนี้ทำให้มีโอกาสการรักษาหายได้ถึงร้อยละ 97 (ชมนาดวรรณพรศิริ, 2555) ด้วยการรักษาที่ก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพ ทำให้อัตราการรอดชีวิตมีมากขึ้น (Chalasan, Downey and Stopeck, 2008; Demark-Wahnefried and Jones, 2008)

3.3.3 การสอนฝึกให้สตรีสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้

3.3.4 การสร้างความตระหนักและกระตุ้นเตือนให้สตรีมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมดังนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

3.3.4.1 สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 20-39 ปี ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้ง (โดยรับการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกวิธีมาแล้ว) หากมีอาการที่สงสัยควรได้รับการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์

3.3.4.2 สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 40-69 ปีขึ้นไป และไม่มีอาการ ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละ 1 ครั้งเช่นเดียวกัน ควรได้รับการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์อย่างน้อยทุก 1 ปี และควรได้รับการตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี

3.3.4.3 สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ให้พิจารณาเป็นรายบุคคล โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของประโยชน์และอัตราการเสี่ยงของการตรวจด้วยแมมโมแกรมในเรื่องของสภาวะสุขภาพขณะนั้น และการมีชีวิตอยู่ต่อไป (life expectancy)

3.3.5 การสร้างเครือข่ายในชุมชนส่งเสริมการมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม เช่น การอบรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) แล้วขยายเครือข่ายสอนต่อให้กับสตรีเพื่อนบ้านอีก 5-10 คน หรือร่วมกันจัดกิจกรรมช่วยกันกระตุ้นเตือนการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อให้เห็นความสำคัญและต่อมีความต่อเนื่อง

3.3.6 การศึกษาวิจัยเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม

สรุปได้ว่า บทบาทของพยาบาลที่จะช่วยให้สตรีวัยหมดระดูป้องกันมะเร็งเต้านม โดยการมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมนั้น มีทั้งการสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม การฝึกสอนให้เกิดทักษะสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้

เป็นต้น และพยาบาลยังควรต้องทำความเข้าใจสิ่งที่มีอิทธิพลที่จะเชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับพฤติกรรม การคัดกรองมะเร็งเต้านมเพื่อให้สามารถเกิดพฤติกรรมและคงอยู่ต่อไปอย่างสม่ำเสมอ

#### 4. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนที่ได้รับการพัฒนาจากกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวอเมริกันโดย Hochbum, Kegel, Leventhal และ Rosenstock ในปี ค.ศ.1950 ได้ทำการวิจัยให้กับหน่วยงานบริการสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา เพื่อศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคระดับบุคคลว่าทำไมประชาชนจึงไม่ให้ความร่วมมือรับบริการทางสาธารณสุขในการป้องกันโรค และสภาวะการณ์ใดที่เหมาะสมที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรค ทั้งๆที่รัฐบาลส่งเสริมให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายหรือให้ร่วมจ่ายเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ผลของการศึกษาตอบได้ด้วยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า พฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลนั้นมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจของแต่ละบุคคล อาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และไม่จำเป็นต้องเป็นความจริงหรือถูกต้องเสมอไป ความเชื่อของแต่ละบุคคลนี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจและการกระทำของบุคคลในการมีพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรคหรือความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โดยความเชื่อนี้เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้และการได้รับประสบการณ์ต่างๆทั้งทางตรงทางอ้อมของแต่ละบุคคล รวมทั้งการได้รับการถ่ายทอดทางวัฒนธรรมในแต่ละสังคม ดังนั้นจึงหล่อหลอมให้แต่ละบุคคลมีความคิดความเชื่อแตกต่างกัน และส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน ความเชื่อที่จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น ต้องเป็นความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์หรือคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับ และความเชื่อในผลลัพธ์จากการมีพฤติกรรมสุขภาพนั้นของตน และสิ่งที่สำคัญคือบุคคลต้องเชื่อด้วยว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงส่งผลกระทบมากพอต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง ในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันหรือหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น ก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยง ป้องกันหรือลดขนาดความรุนแรงของโรคได้ และการมีพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวนี้ ไม่มีอุปสรรคสำคัญต่อการจะปฏิบัติ ดังนั้นแล้วบุคคลจึงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

โมเดลหลักของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Rosenstock, Strecher and Becker ปี ค.ศ.1988 ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ

4.1 การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเจ็บป่วยได้ มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรม



สุขภาพเพื่อป้องกันโรคเป็นการหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย รวมทั้งความร่วมมือในการรักษากรณีภาวะเจ็บป่วยได้เกิดขึ้นแล้ว

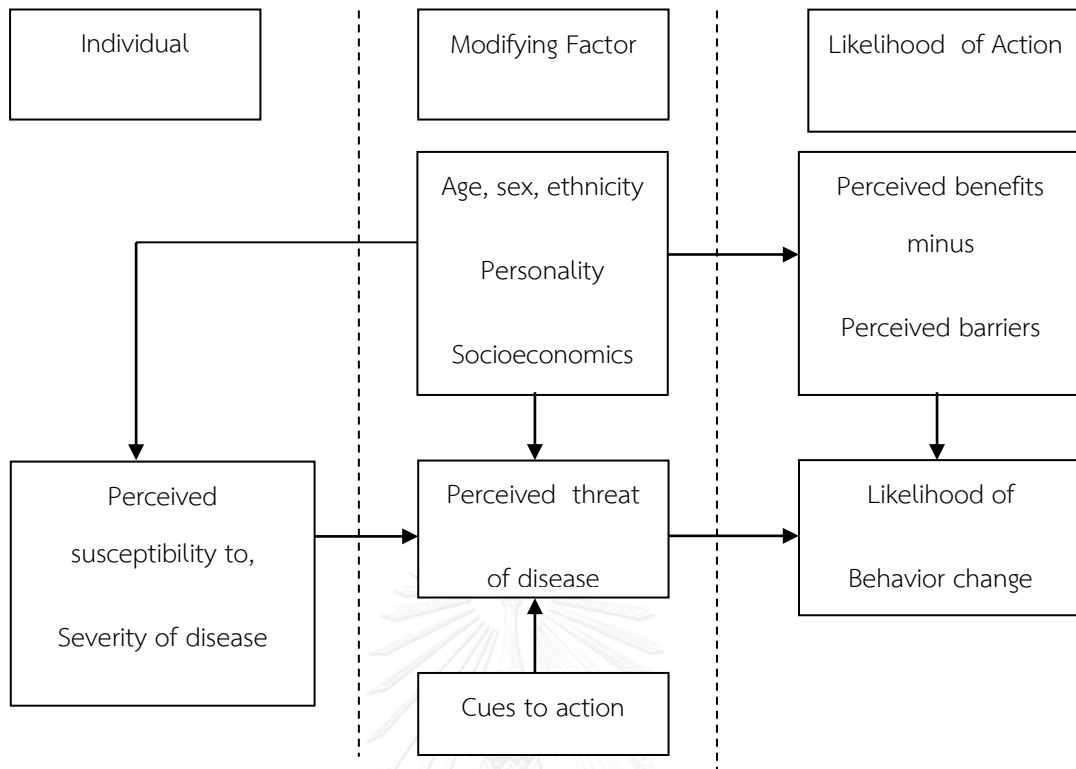
4.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceives severity) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อผลกระทบของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดการพิการหรือเสียชีวิต มีความยากลำบาก และการที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อน และมีผลกระทบต่อจิตใจ บทบาททางสังคมหรือฐานะทางเศรษฐกิจ การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคนี้มีได้หมายความว่าต้องเกิดขึ้นจริงหรือเกิดขึ้นทั้งหมด แต่เป็นความเชื่อของบุคคลต่อความรุนแรงของโรค เพราะถึงแม้ว่าบุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ถ้าไม่เชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดผลกระทบหรือผลเสียมากพอ บุคคลนั้นก็จะมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหรือให้ความร่วมมือในการรักษา

4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรครวมทั้งให้หายจากโรค ซึ่งต้องเชื่อด้วยว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงที่จะก่อให้เกิดผลกระทบหรือผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ บทบาททางสังคม และเศรษฐกิจ และวิธีดังกล่าวมีประโยชน์ คุณค่า และประสิทธิภาพที่จะทำให้ตนไม่เกิดโรค หรือหายป่วยจากโรคนั้นได้

4.4 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค (Perceived Barriers) หมายถึง ความเชื่อ หรือการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่น การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ความอาย ความยุ่งยาก เสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพป้องกันหรือรักษาโรคหรือไม่จะขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ โดยทั่วไปบุคคลเลือกที่จะปฏิบัติวิธีที่รับรู้ว่าจะให้ประโยชน์กับตนมากที่สุด และมีอุปสรรคน้อยที่สุด

4.5 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ลักษณะของความยากง่ายของการมีพฤติกรรมสุขภาพ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เป็นปัจจัยที่มีส่วนในการส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติพฤติกรรม (Cues to Action) เป็นตัวแปรหนึ่งในปัจจัยร่วมที่ช่วยผลักดันหรือสนับสนุนให้นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดี

4.6 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของ Bandura (1977) เป็นองค์ประกอบที่ถูกนำเข้ามาเพิ่มเติมในปี 1988 เพื่อช่วยอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ทั้งในแง่ว่าทำไมจึงมีหรือไม่มีพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ แต่ตัวแปรนี้ให้แยกออกเป็นอิสระจากแบบจำลองเดิม



**แผนภูมิที่ 1** แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

ที่มา : Glanz, Rimer, and Lewis (2002). Health Behavioral and ducation : Theory, Research, and Practice (3nd Eds.). San Francisco : Jossey-Bass. (p.52)

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลนั้นๆ เป็นสำคัญ โดยความเชื่อนี้มุ่งเน้นเกี่ยวกับ ความเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงของการเป็นโรค และเชื่อว่าเมื่อป่วยเป็นโรคนั้นแล้วมีความรุนแรงหรือส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง เป็นการรับรู้ถึงภาวะคุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นถ้าเชื่อว่ามีประโยชน์มากกว่าอุปสรรคที่คาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้น และการมีปัจจัยชักนำที่จะช่วยผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อีกทั้งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมว่าตนสามารถปฏิบัติได้ จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพหรือให้ความร่วมมือปรับเปลี่ยนไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหรือในแบบที่ควรจะเป็น เช่น สตรีวัยหมดระดูซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมเกิดพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมเพื่อที่จะป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในระดับทุติยภูมิหรือสามารถค้นพบโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก เพื่อการรักษาทันที่และคาดหวังว่าจะหายจากโรคมะเร็งเต้านม

## 5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม

### 5.1 การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม

#### 5.1.1 ความหมายของการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม

มีผู้ได้ให้ความหมายของการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมไว้ดังนี้

ความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเจ็บป่วยได้

(Rosenstock, Strecher and Becker, 1988)

การที่สตรีแปลประสบการณ์เป็นความเชื่อที่ว่าตนเองอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม โดยภาวะเสี่ยงนี้จาก สถานภาพโสด อายุ การมีบุตร ประวัติการมีก้อนที่เต้านม การใช้ยาคุมกำเนิดมาเป็นเวลานาน และการมีญาติเป็นมะเร็งเต้านม (วีรดา คงมาลัย, 2543)

ความรู้สึกรู้สึกคิด ความคิดเห็นหรือการรับรู้ของสตรีวัยหมดประจำเดือนว่าตนเองมีแนวโน้มที่จะเกิดมะเร็งเต้านมจากการมีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ เพศ อายุ พันธุกรรม อาหาร เป็นต้น (ฐิตวันต์ พิทักษ์จงวัฒนา, 2544)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นมะเร็งเต้านม และการรับรู้นี้อาจแสดงออกในแง่ของทัศนคติ ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การคาดการณ์ว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม (เสาวลักษณ์ สุกทัน, 2548)

การรับรู้ของสตรีโดยเชื่อว่าการที่ตนเองมีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไป มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 12 ปี การหมดประจำเดือนเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี หรือการมีประวัติครอบครัวเป็นโรคมะเร็งเต้านม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีทั่วไป (จิระพรรณ ศรีหามิ, 2552)

กล่าวได้ว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเชื่อของสตรีวัยหมดประจำเดือนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

#### 5.1.2 ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมในสตรีวัยหมดประจำเดือน

5.1.2.1 อายุ สตรีวัยหมดประจำเดือนเป็นช่วงวัยที่พบมะเร็งเต้านมได้มากกว่าช่วงวัยอื่น (ณัฐชา ภัทรผดุงกิจ, 2549; สถิติจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555; Berek, 2012) คือ สตรีที่มีช่วงอายุ 20-29 ปี จะมีอัตราเสี่ยงเป็น 1: 2021 สตรีช่วงอายุ 30-39 ปี มีอัตราเสี่ยง 1: 242 สตรีช่วงอายุ 40-49 ปี มีอัตราเสี่ยง 1:64 และสตรีช่วงอายุ 50-59 ปี อัตราเสี่ยงเป็น 1:40 (ชลทิพย์ วิรตกพันธ์, 2551) และเมื่อเปรียบเทียบสตรีวัยหมดประจำเดือนช่วงอายุ 45-55 ปี กับสตรีทั่วไปที่อายุน้อยกว่า 45 ปี จะมีความเสี่ยงมากกว่า 0.7 เท่า (Katz et al., 2007)

5.1.2.2 ฮอร์โมนเพศ พบว่า การที่เริ่มมีระดูตั้งแต่อายุยังน้อย เช่น เริ่มมีระดูครั้งแรกน้อยกว่า 12 ปี หรือการหมดประจำเดือนหลังอายุ 55 ปี การไม่เคยมีบุตร (Nulliparity) หรือมีบุตร

คนแรกหลังอายุ 30 ปี พบว่ามีโอกาสการเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น (อำนาจ จิตรวรรณนท์, 2556; Callahan and Caughey, 2013) เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับช่วงชีวิตที่รังไข่ผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนได้นาน โดยฮอร์โมนเอสโตรเจนมีบทบาทในการแบ่งตัวของเซลล์ และมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่มีการตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจนได้ดี (นิमित เตชไกรชนะ, 2543) การศึกษาของ Callahan and Caughey (2013) พบว่าการมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมสูงขึ้น 1.7-1.9 เท่า การได้รับฮอร์โมนในกลุ่มเอสโตรเจน (estrogen) โพรเจสโตรเจน (progestogen) ทดแทนเป็นระยะเวลานานในสตรีวัยหมดระดู มีผลทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการพบมะเร็งเต้านมได้มากขึ้น 1.2-4 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน (สุชาติ อินทวิวัฒน์ และ ประสงค์ ตันมหาสมุทร, 2554; Callahan and Caughey, 2013) หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการพบมะเร็งเต้านมในระบอบที่มีการลุกลาม (Invasive breast cancer) ร้อยละ 29 (Berg et al., 2006) สตรีที่หมดระดูด้วยสาเหตุที่มีไม่ใช่จากธรรมชาติ (Artificial menopause) เช่น การผ่าตัดมดลูก การฉายรังสี พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านมต่ำ (ณภัทรอร สุขมา, 2549 อ้างถึงใน Brunner and Suddarth, 1984)

5.1.2.3 พันธุกรรม พบว่า มีความสัมพันธ์กับยีน (genetic predisposition) ร้อยละ 5-10 (Barek, 2012; Callahan and Caughey, 2013) การมีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัว จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีโดยทั่วไป และความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับความใกล้ชิดของญาติ และจำนวนของผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมในครอบครัว (Ajithkumar and Hatcher, 2011)

5.1.2.4 ด้านโภชนาการและการดำเนินชีวิต การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง มีผลให้ไขมันหน้าท้องเพิ่มขึ้นซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านม และภาวะที่น้ำหนักตัวมากในสตรีวัยหมดระดูจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนด้วยแล้วถ้า BMI มากกว่า 31 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 0.90 (Morimoto et al., 2008) และถ้า BMI เท่ากับหรือมากกว่า 40 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 0.92 (Ahn et al., 2007) เนื่องจากในสตรีวัยหมดระดูจะมีการผลิตเอสโตรเจน (estrone) ในชั้นไขมันเป็นแหล่งสำคัญ (กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, 2544) สำหรับสตรีที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีการศึกษาพบว่าช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 6 (Rosenberg et al., 2011) การรับประทานอาหารปิ้งย่าง หรือเผาโดยใช้ความร้อนสูง ในขบวนการนี้ก่อให้เกิดสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) (Berek, 2012; Katz et al., 2007) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณ 1-2, มากกว่า 2 และมากกว่า 4 แก้วต่อวัน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมร้อยละ 1.13, 1.29, 1.46 ตามลำดับ (Berek, 2012; Katz et al., 2007; Noe and Muss, 2012) และ

จากการศึกษาของ โกสินทร์ ยอดแสน (2551) พบว่าการเริ่มตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์เมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปีของกลุ่มสตรีชาวไทยภูเขาเผ่าปกากะญอ ช่วงอายุระหว่าง 35-60 ปี จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมร้อยละ 60.10 โดยแอลกอฮอล์จะช่วยให้สารก่อมะเร็งผ่านผนังเซลล์ได้ง่ายขึ้นและช่วยป้องกันสารก่อมะเร็งมิให้ถูกทำลาย (พานี วิชยศิลป์ศรี, 2555)

สรุปได้ว่า อายุ 45 ปีขึ้นไป การใช้ฮอร์โมนทดแทน การมีประจำเดือนครั้งแรกอายุน้อยกว่า 12 ปี การไม่มีบุตร หรือมีบุตรเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี พันธุกรรม การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ภาวะน้ำหนักตัวมาก การรับประทานอาหารอาหารปิ้งย่าง หรือเผาด้วยความร้อนสูง และการตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู

### 5.1.3 เครื่องมือการประเมินการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม

5.1.3.1 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ของทรงพร จันทรพัฒน์, วัฒนา ศรีพจนารถ, and ยูเลียนนา พงศ์ธนสาร (2541) สร้างขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al. (1974) มีจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยใกล้หมดระดู 20 คน นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

5.1.3.2 แบบวัดการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ของวิศพร วงศ์วัฒนอนันต์ (2542) สร้างขึ้นจากการดัดแปลงแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของ Champion's health belief model scale (CHBMS) ซึ่งได้สร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al. (1974) มีจำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดี ไม่ดีมากที่สุด จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาหญิงชั้นปีที่ 1-4 ในมหาวิทยาลัย 31 คน นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

5.1.3.3 แบบสอบถามเรื่องการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม ของปรารณา สติธย์วิภาวี (2552) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากเครื่องมือของ Champion's health belief model scale : CHBMS (1993) ที่สร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Strecher and Becker (1988) ข้อคำถามมีจำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างสตรีอายุ 20-64 ปีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 32 คน นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93

5.1.3.4 แบบวัดการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ของ สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา และคณะ (2554) ดัดแปลงมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al. (1974) มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข 20 คน นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.76

5.1.3.5 แบบสอบถามเรื่องการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านม ของ เมธีรัตน์ สุภาพ (2550) ดัดแปลงมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al. (1984) มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างสตรีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 31 คน นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

สรุปการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เลือกใช้แบบสอบถามเรื่องการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมของ เมธีรัตน์ สุภาพ (2550) เนื่องจากข้อความในข้อคำถามมีความสัมพันธ์กับเนื้อหาของ การรับรู้ความเสี่ยงการเป็นมะเร็งเต้านมในสตรีวัยหมดระดูที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมากที่สุด และมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามมากกว่า 0.80 ซึ่งผู้วิจัยจะมีการปรับปรุง 2 ข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับความเสี่ยงในสตรีวัยหมดระดูที่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนที่ต้องการศึกษา คือ 1. “การรับประทานยาฮอร์โมน (เดมียาคูมกำเนิด) เป็นเวลานานกว่า 5 ปี เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม” 2. คือ “การรับประทานอาหารปิ้ง ย่าง หรือเผาโดยความร้อนสูง (เดมียาการเสริมทรงอก เช่น การฉีดพาราฟินเข้าไปในเต้านม ) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม”

5.1.4 งานวิจัยที่สัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม

การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมของสตรีวัยทองอยู่ในระดับต่ำ มีผลให้สตรีวัยทองมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับไม่ดี พบว่ามีจำนวนร้อยละ 77.2 ของการศึกษา ดาริน โต้ะกานี และคณะ (2552) ทำนองเดียวกับการศึกษาของ ประรณาสถิตยวิภาวี (2552) พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดของโรคมะเร็งเต้านมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rutledge et al. (2003) พบว่าการมีภาวะอยู่ในกลุ่มเสี่ยงของสตรีในเพนซิลวาเนีย เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจแมมโมแกรมมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Fernandez et al. (2005)

ที่พบว่าสตรีชาวอัฟริกันกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม เมื่อได้รับการพัฒนาความรู้ถึง ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมจะมีการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมากขึ้น ไม่ต่างจากการศึกษา ของ Shirazi Champeru and Tellebi (2006) พบว่าสตรีที่รับรู้หรือเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการ เกิดมะเร็งเต้านม จะมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ และการศึกษาของ Karayurt et al. (2008) พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดของโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านม ด้วยตนเองของพยาบาล

สรุปได้ว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการตรวจ เต้านม แต่ด้วยเพียงปัจจัยเดียวยังไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมได้ จากผล ของการศึกษาปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลถึงการรับรู้ภาวะ คุกคามต่อสุขภาพและการมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม

## 5.2 การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม

### 5.2.1 ความหมายการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม

มีผู้ได้ให้ความหมายของการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมไว้ดังนี้

ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อผลกระทบของโรคที่มีต่อร่างกาย อาจก่อให้เกิดการ พิจารณ์หรือเสียชีวิต เกิดความยากลำบาก ใช้เวลานานในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อน และส่งผล กระทบด้านจิตใจ บทบาททางสังคม และเศรษฐกิจ (Rosenstock, Strecher and Becker, 1988)

การรับรู้ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีต่อความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็ง เต้านม โดยสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ เกิดความเจ็บป่วยทรมาณ ถูกตัดเต้านม ทำให้ สูญเสียเอกลักษณ์ของสตรี เสียเวลาและเสียเงินมากในการรักษา ทำให้ซึมเศร้า หมดหวังในชีวิต และอาจมีผลให้เสียชีวิตได้ (จงกล ศักดิ์ตระกูล, 2543)

การเรียนรู้ ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็นหรือการรับรู้ของสตรีวัยหมดระดูต่อ การเกิดมะเร็งเต้านม ว่าหากเกิดมะเร็งเต้านม สามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าการดำเนินของโรคอยู่ใน ระยะแรก แต่ถ้าการดำเนินของโรครุนแรงขึ้นหรือมีการแพร่กระจาย จะทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการ รักษาสูง ทำให้ทุกข์ทรมาณ และเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ตลอดจนผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว (ฐิตวันต์ พิทักษ์จงวัฒนา, 2544)

ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายก่อให้เกิด การพิจารณาหรือเสียชีวิต มีความยากลำบาก และการที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา (สมหมาย ทองแก้ว, 2546)

ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม และความเจ็บป่วยถึงแม้ว่า จะมีความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (เสาวลักษณ์ สุกทัน, 2548)

ความรู้สึก ความคิดเห็น และความเชื่อของสตรีว่า หากเป็นโรคมะเร็งเต้านมแล้ว จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และภาพลักษณ์ รวมทั้งทำให้ไม่มีความสุข เกิดความเจ็บปวด และถึงแก่ความตายได้ (ปรารภนา สถิตย์วิภาวี, 2552)

การรับรู้ของสตรีวัย 35-55 ปีที่แต่งงานแล้วที่มีต่อความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งเต้านม สามารถแพร่กระจายไปสู่วัยอื่นได้ เกิดความเจ็บปวดทรมาน เสียเงินในการรักษา และทำให้เสียชีวิตได้ (จิระพรรณ ศรีหามิ, 2552)

สรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือความรู้สึกของสตรีวัยหมดระดู เกี่ยวกับผลกระทบของโรคมะเร็งเต้านมว่าหากเป็นโรคมะเร็งเต้านมแล้วจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ได้แก่ ทำให้ต้องสูญเสียเต้านม รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของความเป็นหญิง การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ไม่มีความสุขทุกข์ทรมานจากโรค ภาวะแทรกซ้อนและการรักษา อีกทั้งใช้เวลารักษานาน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และทำให้ถึงแก่ความตายได้

## 5.2.2 ผลกระทบของโรคมะเร็งเต้านม

5.2.2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย ในระยะแรกอาจจะไม่ค่อยพบกับความเจ็บปวด แต่เมื่อระยะเวลาการดำเนินของโรคลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆของร่างกาย จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งจากผลของการรักษา อาทิเช่น จากการผ่าตัดเต้านม มีผลให้สูญเสียเต้านม เกิดภาวะแทรกซ้อนการบวมของแขน (lymphedema) อาการชาบริเวณต้นแขน (numbness) ข้อไหล่ข้างเดียวกับที่ทำผ่าตัดเต้านมชนิดถอนรากแบบตัดแปลงถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (สุวรรณี สิริเลิศตระกูล, 2555) หรือในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด จะมีผลกระทบที่ขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด และความถี่ในการรักษาของการได้รับยา เช่น ผมร่วง หลอดเลือดดำอักเสบ อาเจียน อ่อนเพลีย ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ส่วนผู้ที่ได้รับการฉายรังสี ผิวหนังบริเวณที่ได้รับรังสีมักจะมีอาการบวมแดง ปวดแสบ ปวดร้อน (อนันต์ ไชยกุลวัฒนาและคณะ, 2553)

5.2.2.2 ผลกระทบด้านจิตใจ มีหลายการศึกษาพบว่าสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เกิดความหวาดกลัว ความวิตกกังวล ความเครียดต่อโรคและการรักษา (Montazeri et al.,2000; Segrin, Badger, Dorrors, Meek and Lopes, 2007) ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต (Buchi, Halfens, Dassen and Borne, 2008) ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง



ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของความเป็นหญิง (Byar, Berger, Bakken and Cetak, 2006) กลัวการลุกลามไปยังอวัยวะอื่น และกลัวการเสียชีวิต (อนันต์ ไชยกุลวัฒนาและคณะ, 2553)

5.2.2.3 ผลกระทบด้านสังคม ผลกระทบเบื้องต้นที่ประสบคือครอบครัว เนื่องจากเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทำให้ต้องลดบทบาทที่เคยทำลง และอาจกลายเป็นภาระให้กับบุคคลในครอบครัว แล้วยังพบว่าอาจมีปัญหาคารปรับตัวด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ (อนันต์ ไชยกุลวัฒนาและคณะ, 2553) บางรายมีปัญหาเกี่ยวกับสมรสในด้านเพศสัมพันธ์และเป็นสาเหตุของการหย่าร้างได้ (Buchi et al., 2008)

5.2.2.4 ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากตั้งแต่ระยะของการวินิจฉัยโรคจนกระทั่งสิ้นสุดการรักษา มักดำเนินด้วยระยะเวลาาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษามีราคาสูง และยังมีค่าใช้จ่ายในด้านอื่นๆ เช่น การสูญเสียรายได้จากที่เคยทำงาน (ประยูรศรี สุนันโณ, 2551; อนันต์ ไชยกุลวัฒนา และคณะ, 2553)

สรุปจากผลกระทบที่กล่าวมา แสดงให้เห็นได้ว่าการเจ็บป่วยของแต่ละระยะของมะเร็งเต้านม และการรักษาพยาบาลที่ได้รับนั้นมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม เพื่อทำนายการเกิดพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมและเพื่อการส่งเสริมเกิดพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมต่อไป

### 5.2.3 เครื่องมือการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม

5.2.3.1 แบบสอบถามการรับรู้ต่อความรุนแรงของมะเร็งเต้านม ของทรงพร จันทร์พัฒน์ และคณะ (2541) สร้างขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al. (1974) มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยใกล้หมดระดู 20 คน นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

5.2.3.2 แบบวัดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ของวิสพร วงศ์วัฒนอนันต์ (2542) สร้างขึ้นจากการดัดแปลงแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของ Champion's health belief model scale (CHBMS) ซึ่งได้สร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al. (1974) มีจำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดี ไม่ดีมากที่สุด จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาหญิงชั้นปีที่ 1- 4 ในมหาวิทยาลัย 31 คน นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

5.2.3.3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ของปรารณา สติธยวิภาวี (2552) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากเครื่องมือของ Champion's health belief model

scale : CHBMS(1993) ที่สร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Strecher and Becker (1988) ข้อคำถามมีจำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง(5 คะแนน) จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างสตรีอายุ 20-64 ปีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 32 คน นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

สรุปการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม ของ พรารณา สติชัยวิภาวี (2552) เนื่องจากข้อคำถามมีความครอบคลุมและสอดคล้องกับเนื้อหาที่ผู้วิจัยต้องการศึกษามากที่สุด และมีค่าความเที่ยง 0.80 ขึ้นไป

5.2.4 งานวิจัยที่สัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม

การศึกษาของ สมหมาย ทองแก้ว (2546) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมของสตรีมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชภัทรอร สุขมา (2549) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมของสตรีอายุ 18-50 ปี ที่ทำงานในโรงงานเขตอุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรสาครมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะในข้อของการลูกกลมของโรคมะเร็งเต้านมทำให้เจ็บปวดทำนองเดียวกับดาโรนิน โตะกานี และคณะ (2552) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่มารับบริการในคลินิกวัยทองของโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และจากการศึกษาของ Avci et al. (2008) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลผดุงครรภ์

สรุปการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านม และน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถนำมาทำนายการเกิดพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมได้ และยังพบว่ายังมีตัวแปรด้านการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเช่นกัน

### 5.3 การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม

#### 5.3.1. ความหมายการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

มีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมไว้ดังนี้

การที่บุคคลปฏิบัติเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรครวมทั้งให้หายจากโรค ซึ่งต้องเชื่อด้วยว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคนั้นมีความรุนแรงที่จะก่อให้เกิดผลกระทบหรือผลเสียต่อ

ร่างกาย จิตใจ บทบาททางสังคม และเศรษฐกิจ และวิธีดังกล่าวมีประโยชน์ คุณค่า และประสิทธิภาพที่จะทำให้ตนไม่เกิดโรค หรือหายป่วยจากโรคนั้นได้ (Rosenstock, Strecher and Becker, 1988)

ความเชื่อหรือการรับรู้ของสตรีที่มีต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองว่าจะสามารถช่วยให้ตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะแรกได้ เป็นผลให้การรักษาและการพยากรณ์ของโรคดีขึ้น (วิสพร วงศ์วัฒนอนันต์, 2542)

ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็นหรือการรับรู้ของสตรีวัยหมดระดูว่า การปฏิบัติ การตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอให้เกิดผลดี เป็นประโยชน์ต่อตนเอง สามารถค้นหาหะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะแรก (ฐิตวันต์ พิทักษ์จงวัฒนา, 2544)

การรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และรับรู้ว่ามีโรคมะเร็งเต้านมมีความรุนแรงพอที่จะทำให้เกิดอันตราย หรือผลเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมแล้ว จะแสวงหาวิธีที่จะป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งเต้านม และพฤติกรรมที่เลือกปฏิบัติก็เชื่อว่า จะมีประสิทธิภาพและมีประโยชน์แก่ตนเอง (เสาวลักษณ์ สุขทัน, 2548)

การรับรู้ต่อการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ทำให้ตนเองสามารถค้นพบความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเต้านมได้โดยเร็วและสามารถแก้ไขได้ (วนิดา ทองดีนอก, 2550)

การรับรู้ในเชิงบวกของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการตรวจแมมโมแกรมว่าช่วยให้ตรวจพบก้อนที่เต้านมในระยะเริ่มแรก และการรักษามีโอกาสหายสูง (ปรารธนา สติธยวิภาวี, 2552)

กล่าวได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง ความคิดเห็นหรือความเชื่อของสตรีวัยหมดระดู เกี่ยวกับผลดีหรือคุณค่าที่จะได้รับจากการมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมว่า ทำให้รู้สึกดีจากการที่ได้ดูแลสุขภาพเต้านมของตนเอง ช่วยให้ค้นพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกได้ โอกาสการตัดเต้านมด้วยโรคมะเร็งน้อยลง และมีโอกาสรักษาให้หายได้

### 5.3.2 ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม เป็นการค้นหาความผิดปกติของเต้านมตั้งแต่ยังไม่แสดงอาการให้เห็น เพื่อค้นพบโรคตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก และเพื่อให้ได้รับการรักษาก่อนจะมีการลุกลาม (ตรีชฎาภรณ์ ภักดีโพธิ์, 2555) เป็นการดูแลและป้องกันระดับทุติยภูมิของมะเร็งเต้านม โดยวิธีการคัดกรองมะเร็งเต้านม

สรุปได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม ดังนั้นจึงควรประเมินว่ามีการรับรู้เพียงใด ซึ่งเพียงพอที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมหรือไม่

### 5.3.3 เครื่องมือการประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

5.3.3.1 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของ ทรงพร จันทรพัฒน์ และคณะ (2541) สร้างขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al. (1974) มีจำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยใกล้หมดระดู 20 คน นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

5.3.3.2 แบบวัดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของวัชร วงศ์วัฒน์ อนันต์ (2542) สร้างขึ้นจากการดัดแปลงแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของ Champion's health belief model scale (CHBMS) ซึ่งได้สร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al. (1974) มีจำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดี ไม่ดีมากที่สุด จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาหญิงชั้นปีที่ 1-4 ในมหาวิทยาลัย 31 คน นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

5.3.3.3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของ ปรรารณา สติธยวิภาวี (2552) ด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คำถามมีจำนวน 7 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.80 และ ด้านการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม คำถามมีจำนวน 6 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.79 ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากเครื่องมือ Champion's health belief model scale : CHBMS (1993) ที่สร้างขึ้นจากตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Strecher and Becker (1988) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ซึ่งข้อความของข้อคำถามในการตรวจเต้านมทั้ง 2 วิธี ส่วนใหญ่สร้างคู่ขนานกันด้วยข้อความลักษณะเดียวกันแต่ต่างกันที่วิธีตรวจ

สรุปการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามเรื่องการรับรู้ต่อประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรมของ ปรรารณา สติธยวิภาวี (2552) เนื่องจากข้อคำถามมีความสอดคล้องกับเนื้อหามากที่สุด และผู้วิจัยจะมีการดัดแปลงโดยรวมข้อคำถามลักษณะเดียวกันเข้าไว้ด้วยกัน แล้วถามเชื่อมโยงกับ “การตรวจเต้านมด้วยตนเอง” ร่วมกับ “การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์หรือการตรวจด้วยแมมโมแกรม” เพื่อความครบถ้วนและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

5.3.4 งานวิจัยที่สัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ดาริน โต้ะกานี และคณะ (2552) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่มารับบริการในคลินิกวิทยาทองของโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Boxwala, Bridgemohan, Griffith and Soliman (2010) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจค้นหา มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก และการมองเห็นความสำคัญของการตรวจเต้านมของสตรีส่งผลให้มีพฤติกรรมการตรวจเต้านม เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Yilmaz et al. (2010) ที่พบว่า การมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองจะต้องมีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการจะไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ก็ต้องมีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ ทำนองเดียวกับ Shahrabaki et al. (2012) และ Ergin et al. (2012) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม แต่การจะทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมนั้น ก็ยังจำเป็นต้องศึกษาถึงการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมอีกด้วย

#### 5.4 การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม

##### 5.4.1 ความหมาย

มีผู้ได้ให้ความหมายของการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมไว้ดังนี้

ความเชื่อ หรือการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่น การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ความอาย ความยุ่งยาก เสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย (Rosenstock, Strecher and Becker, 1988)

การรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ ของมารับบริการตรวจหามะเร็งเต้านมและการตรวจร่างกายประจำปี เช่น ค่าตรวจร่างกาย เวลาที่ใช้ในการมารับบริการสุขภาพ ระยะทางในการเดินทาง มาสถานบริการ สถานบริการสาธารณสุขมีผู้ใช้บริการมาก การไม่สามารถไปตรวจสุขภาพประจำปี ตามแพทย์นัดได้ เป็นต้น ก่อให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม (เสาวลักษณ์ สุขทัน, 2548)

การรับรู้ต่อสิ่งที่จะเป็นตัวขัดขวางการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากการคาดคะเน หรือเป็นการรับรู้จากความจริงในเรื่องต่างๆ เช่น ความไม่สะดวก ความยากลำบาก เป็นต้น (วนิดา ทองดินอก, 2550)

การรับรู้ในเชิงลบของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการตรวจแมมโมแกรม ได้แก่ ความอาย การที่ไม่มีความจำเป็นต้องตรวจเต้านม และความกลัวพบสิ่งผิดปกติบริเวณเต้านม (ปรารธนา สถิตย์วิภาวี, 2552)

กล่าวได้ว่า การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึก หรือการคาดคะเนของสตรีวัยหมดระดู ถึงสิ่งจะเกิดขึ้นในการมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม ได้แก่ การทำให้เกิดความรู้สึกเขินอาย เป็นเรื่องยุ่งยาก ไม่มีความจำเป็น เสียเวลา กังวลว่าอาจพบสิ่งผิดปกติบริเวณเต้านม และกลัวตรวจพบเป็นมะเร็งเต้านม

#### 5.4.2 เครื่องมือการประเมินการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม

5.3.3.1 การรับรู้ต่ออุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของทรงพร จันทรพัฒน์ และคณะ (2541) สร้างขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al. (1974) มีจำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยใกล้หมดระดู 20 คน นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

5.3.3.2 แบบวัดการรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของวิศพร วงศ์วัฒนอนันต์ (2542) สร้างขึ้นจากการดัดแปลงแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของ Champion's health belief model scale : CHBMS ซึ่งได้สร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al. (1974) มีจำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดี ไม่ดีมากที่สุด จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาหญิงชั้นปีที่ 1-4 ในมหาวิทยาลัย 31 คน นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

5.3.3.3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คำถามมีจำนวน 13 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.80 และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม คำถามมีจำนวน 15 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.73 ของ ปรารธนา สถิตย์วิภาวี (2552) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากเครื่องมือ Champion's health belief model scale : CHBMS (1993) ที่สร้างขึ้นจากตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Strecher and Becker (1988) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ซึ่งข้อความของข้อคำถามในการตรวจเต้านมทั้ง 2 วิธีส่วนใหญ่สร้างคู่ขนานกันด้วยข้อความลักษณะเดียวกันแตกต่างกัน

กันที่วิธีตรวจ ยกเว้น 11 คำถาม คือ ข้อที่ถามอุปสรรคเฉพาะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมี 5 ข้อ และ ข้อที่ถามเฉพาะในการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรมมี 6 ข้อ

สรุปการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามเรื่องการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้อุปสรรคการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม ของ ประชากร สติชัยวิภาวี (2552) เนื่องจากข้อคำถามมีความสอดคล้องกับเนื้อหามากที่สุด

5.4.3 งานวิจัยที่สัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมกับ พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม

การศึกษาของ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2551) พบว่า สตรีชาวมุสลิมไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเพราะกลัวผิดหลักศาสนา และยังมีการศึกษาของ George (2007) ที่พบว่า สตรีที่มีสถานภาพโสดมีความรู้สึกอาย จะไม่อยากตรวจเต้านมตนเอง อีกทั้งจากสาเหตุอื่นๆ เช่น Berner et al. (2007) พบ ความกลัว ความกังวล Trigoni et al. (2007) พบด้านค่าใช้จ่ายในการตรวจ Parsa (2008) พบการลืม การมีภาระอื่นๆมาก ล้วนเป็นผลให้สตรีไม่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม สอดคล้องกับการศึกษาของ Yilmaz et al. (2010) ที่ศึกษาพบว่า การไม่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรมนั้นการรับรู้อุปสรรคมีระดับสูงกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ในการศึกษาของ Erbil and Bölükbaş (2012) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และจากการศึกษาของ Armin et al. (2013) พบว่า ประสบการณ์ความปวดเป็นอุปสรรคหนึ่งของการตรวจแมมโมแกรม

สรุปได้ว่า การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมแล้ว นอกจากนี้ยังคงมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเช่นกัน

## 5.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม

### 5.5.1 ความหมาย

มีผู้ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมไว้ดังนี้ ความรู้สึกนึกคิดตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1977)

ความเชื่อมั่นของบุคคลถึงความสามารถในการกระทำให้เป็นผลสำเร็จ (Glanz, Rimer, and Lewis, 2002)

ความรู้สึกนึกคิดหรือความมั่นใจของตนเองถึงความสามารถที่จะตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งเชื่อมั่นถึงผลที่ได้จากการตรวจเต้านมนั้นด้วย (วิสพร วงศ์วัฒนอนันต์, 2542)

การรับรู้ว่าคุณเองมีทักษะความสามารถที่จะปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมได้ประสบความสำเร็จ (วนิดา ทองดินอก, 2550)

การรับรู้ถึงความสามารถในการตรวจพบความผิดปกติหรือก้อนที่เต้านมในขณะที่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ปรารธนา สติชัยวิภาวี, 2552)

กล่าวได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถในการตรวจดูและคลำพบก้อนผิดปกติบริเวณเต้านมและต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ หรือการตรวจแมมโมแกรมของสตรีวัยหมดระดู

#### 5.5.2 เครื่องมือการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม

5.5.2.1 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมต่อความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านม ของทรงพร จันทรพัฒน์ และคณะ (2541) สร้างขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al. (1974) มีจำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยใกล้หมดระดู 20 คน นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

5.5.2.2 แบบพุดคุยสอบถามการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของ ชูเกียรติ เพชรสัมฤทธิ์ (2548) แนวคิดสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1977) มีจำนวนข้อคำถาม 11 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดู 30 คน นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.74

5.5.2.3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของ ปรารธนา สติชัยวิภาวี (2552) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากเครื่องมือของ Champion's health belief model scale CHBMS (1993) ที่สร้างขึ้นจากตามกรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Strecher and Becker (1988) ข้อคำถามมีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) จากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างสตรีอายุ 20-64 ปีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 32 คน นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88



สรุปการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมของ พรารณา สติชัยวิภาวี (2552) เนื่องจากมีค่าความเที่ยงระดับ 0.80 ขึ้นไป และผู้วิจัยจะมีการดัดแปลงโดยเพิ่มหนึ่งข้อคำถาม “ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถจัดสรรเวลาไปตรวจสุขภาพเต้านมประจำปีหรือตรวจตามแพทย์นัดได้” เพื่อความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

5.5.3 งานวิจัยที่สัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม

การศึกษาของ พรารณา สติชัยวิภาวี (2552) พบว่า การมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญพิศ จีระภา (2554); วนิดา ทองดินอก (2550); Avci (2008); Canbulat and Uzun (2008); Ergin et al. (2012) Karayurt et al. (2008) และ Yilmaz et al. (2010) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า พฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม การมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นจึงน่าจะมีความสัมพันธ์และนำมาทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมได้

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 6.1 การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สมหมาย ทองแก้ว (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่รับการวางแผนครอบครัวที่สถานีอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง จำนวน 300 คน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมของสตรีมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองระดับปานกลาง

เมธีรัตน์ สุภาพ (2550) ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปในมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 374 คน พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการคิดว่าตนเองจะไม่ใช่โรค ตรวจไม่เป็น ไม่ทราบวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และไม่มีเวลา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ปาจริย์ พิลา (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มสตรีวัยทองที่มารับบริการตรวจสุขภาพในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 330 คน พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ณภัทรอร สุขมา (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรี อายุ 18-50 ปี ที่ทำงานในโรงงานเขตอุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 222 คน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม

ชมพูนุช ไสภจรรย์ และสุชาดา รัชชกุล (2549) ศึกษาผลการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้นวัตกรรมหุ่นเต้านมจำลองต่อความรู้และความสามารถของสตรีในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 600 คน พบว่า การได้รับความรู้ คำแนะนำ และการสอน ชักนำให้สตรีเกิดความตระหนักเห็นความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้สตรีเชื่อว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีประโยชน์ และเชื่อว่าเป็นวิธีช่วยป้องกันความรุนแรงของมะเร็งเต้านมที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจที่จะตรวจเต้านม

วนิดา ทองดินอก (2550) ศึกษาการประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender เพื่อการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของแกนนำสตรีและการสร้างเครือข่ายในกลุ่มสตรีอายุ 30 ปีขึ้นไป ตำบลตลาดไทร อำเภอประเทาย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 80 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งการได้รับคำแนะนำและข้อมูลในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

หทัยรัตน์ แสงจันทร์ และคณะ (2551) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการสอนที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมในการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติของสตรีชาวไทยมุสลิม 165 คน พบว่า เหตุผลทางวัฒนธรรมด้วยเกรงว่าจะผิดหลักศาสนา ส่งผลให้สตรีไทยมุสลิมไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ปิยะนุช จิตตุนนท์ และคณะ (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในเทศบาลตำบลคองหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 398 คน พบว่า ร้อยละ 50 ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นตัวแปรเดียวที่ทำนายการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ โดยผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคจะมีแนวโน้มตรวจเต้านมตนเองน้อยลง (OR=0.81)

ดาริน โต้ะกานี และคณะ (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่มารับบริการในคลินิกวัยทอง ของโรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลนราธิวาส ราชนครินทร์ จำนวน 300 คน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมและการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้

ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ปรารธนา สถิตย์วิภาวี (2552) ศึกษาพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมและปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างสม่ำเสมอของสตรีอายุ 20-64 ปี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 1,081 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ การเคยได้ยินเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การพบความผิดปกติบริเวณเต้านม การเคยได้รับการฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเอง การมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งการเคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

เพ็ญพิศ จีระภา (2554) ศึกษาการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร จำนวน 398 คน มีอายุระหว่าง 35-60 ปี พบว่า การรับรู้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ( $r=0.599$ ,  $r=0.452$ ) และการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

Champion (1987) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี 588 คน พบว่า รับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมและการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

Fulton et al. (1991) ศึกษาการทำนายการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป ในหมู่เกาะ Rhode จำนวน 852 คน ด้วยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การเคยได้รับคำแนะนำให้ตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม( $OR=18.77$ ) การเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการเคยตรวจมะเร็งปากมดลูก( $OR=4.92$ ) มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม

Phillips et al. (1999) ได้ศึกษาความเชื่อ เจตคติ และการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีอเมริกันแอฟริกัน จำนวน 20 คน มีอายุระหว่าง 40-65 ปี เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการใช้สนทนากลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองว่ามีประโยชน์ คือสามารถตรวจพบก้อนตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและก่อนที่จะนำไปสู่สาเหตุของปัญหาอื่นๆ

Rutledge et al. (2003) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม ทักษะคติ การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ของสตรีในเพนซิลวาเนีย จำนวน 1000 คน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ได้แก่ การที่สตรีอยู่ในกลุ่มเสี่ยง

Wu and Bancroft (2006) ทำการศึกษาการรับรู้(ด้านอุปสรรคกับแรงจูงใจ) และประสบการณ์เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในสตรีฟิลิปปินส์-อเมริกันกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม จำนวน 11 คน อายุช่วง 45-80 ปี พบว่า การรับรู้ด้านอุปสรรค ได้แก่ ความเชื่อทางวัฒนธรรมบางประการมีผลทำให้เกิดความเขินอาย แต่การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และนโยบายส่งเสริมการดูแลสุขภาพ มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม

Avci et al. (2008) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลผดุงครรภ์ต่อความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 128 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การมีความมั่นใจในวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

Canbulat and Uzun (2008) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีที่ทำงานด้านสุขภาพในประเทศตุรกี จำนวน 268 คน (แพทย์=51 คน, พยาบาล=169 คน, ผดุงครรภ์=48 คน) พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

Karayurt et al. (2008) ศึกษาความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของพยาบาล 100 คน พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การมีความมั่นใจต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

Boxwala, Bridgemohan, Griffith and Soliman (2010) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีอินเดียอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเมืองดีทรอยท์ จำนวน 160 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก และมองเห็นความสำคัญของการตรวจเต้านม ส่งผลให้สตรีมีพฤติกรรมตรวจเต้านม ส่วนการรับรู้อุปสรรคที่ทำให้ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ การที่สตรีรู้สึกไม่ถนัดต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

Yilmaz, Guler, Bekar and Güler (2010) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีชาวตุรกีที่มีอาชีพด้านวิชาการกับแม่บ้าน จำนวน 415 คน อายุระหว่าง 20-65 ปี พบว่า การมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะต้องมี ความเชื่อมั่นในความสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการศึกษาพบว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมแล้วการรับรู้อุปสรรคนั้นจะอยู่ในระดับต่ำกว่า

Shahrbabaki et al. (2012) ศึกษาการประเมินผลการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่ส่งไปศูนย์สุขภาพ จำนวน 200 คน พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

Ergin et al. (2012) ศึกษาวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในตุรกีระหว่างปี 2000-2009 พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม (OR=1.70) การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม (OR=1.34) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านม (OR=2.56) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนหรือการมีความมั่นใจต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (OR=5.21) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

Erbil and Bölükbaş (2012) ศึกษาความเชื่อทัศนคติและพฤติกรรมของสตรีชาวตุรกีเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านม ตามการวัดของ Champion ในมนทัศน์ความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 656 คน อายุระหว่าง 18-88 ปี พบว่า การรับรู้อุปสรรคการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และความเชื่อมั่นในการตรวจเต้านม มีความสัมพันธ์กับความถี่ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

Buranaruangrote et al. (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะการวินิจฉัยของมะเร็งเต้านมในสตรีไทย จำนวน 400 คน พบว่า การขาดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมร้อยละ 38.20 การไม่รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยมองว่าเป็นสิ่งไม่จำเป็นเพราะไม่มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัว หรือการเชื่อว่าตนเองจะไม่เป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 17 การไม่ได้รับแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 15 และการกลัวพบสิ่งผิดปกติที่เต้านมร้อยละ 15 ทำให้ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง

Yurdakos et al. (2013) ศึกษาเรื่องความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่ทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐ พบว่า สาเหตุที่ไม่ตรวจเต้านม เนื่องจากการคิดว่าไม่จำเป็นเพราะไม่มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัวร้อยละ 1.4 การกลัวว่าจะพบความผิดปกติร้อยละ 3.6 ความเชื่อว่าไม่มีอาการผิดปกติร้อยละ 14.6

## 6.2 การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์

ปรารธนา สติธยวิภาวี (2552) ศึกษาพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมและปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างสม่ำเสมอของสตรีอายุ 20-64 ปี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 1,081 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ การได้รับการฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการเคยตรวจมะเร็งปากมดลูก

Rutledge et al. (2003) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม ทักษะคิด การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ของสตรีใน เพนซิลวาเนีย จำนวน 1000 คน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ได้แก่ การที่ สตรีอยู่ในกลุ่มเสี่ยง

Tanjasiri, Kagawa-Singer, Foo, Chao, Linayao, and Lor et al. (2003) ศึกษา พฤติกรรมการตรวจเต้านมในสตรีพื้นเมืองอายุ 20 ปีขึ้นไปในรัฐแคลิฟอร์เนีย จำนวน 201 คน ซึ่งมีการศึกษาต่ำ มีอุปสรรคด้านภาษาและวัฒนธรรม ผลพบว่าสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ตรวจเต้านม โดยบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 52

Fernandez et al. (2005) ศึกษาเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีชนพื้นเมือง ที่มีรายได้น้อย จำนวน 42 คน ศึกษาพบว่า สตรีชาวแอฟริกันที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพราะมีความเชื่อว่าถ้าเป็นโรคมะเร็งเต้านมแล้วถึงอย่างไรก็ต้องเสียชีวิต

Wu et al. (2006) ศึกษาพบว่า ในช่วงเวลา 2 ปี สตรีชาวอินเดียไปพบแพทย์ตรวจเต้านมมี ร้อยละ 48 และพบว่าการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม

Boxwala, Bridgemohan, Griffith and Soliman (2010) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีอินเดียอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเมืองดีทรอยท์ จำนวน 160 คน พบว่า การรับรู้อุปสรรคการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ทำให้ไม่ตรวจเต้านม คือ ความรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะให้ แพทย์ตรวจเต้านม

Yilmaz, Guler, Bekar and Güler (2010) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้าน สุขภาพและพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีชาวตุรกีที่มีอาชีพด้านวิชาการกับแม่บ้าน จำนวน 415 คน อายุระหว่าง 20-65 ปี พบว่า การไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีการรับรู้ประโยชน์ และการศึกษาพบว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมแล้ว การรับรู้อุปสรรคนั้นจะอยู่ในระดับต่ำกว่า

Erbil and Bölükbaş (2012) ศึกษาความเชื่อ ทักษะคิดและพฤติกรรมของสตรีชาวตุรกี เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านม ตามการวัดของ Champion ในมิติทัศนคติความเชื่อด้าน สุขภาพ จำนวน 656 คน อายุระหว่าง 18-88 ปี พบว่า การรับรู้อุปสรรคการตรวจคัดกรองมะเร็ง เต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม มีความสัมพันธ์กับความถี่ของการตรวจ เต้านมโดยแพทย์

### 6.3 การตรวจแมมโมแกรม

Fulton et al. (1991) ศึกษาการทำนายการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป ในหมู่เกาะ Rhode จำนวน 852 คน ด้วยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การเคยได้รับ

คำแนะนำให้ตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม(OR=18.77) มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรม การคัดกรองมะเร็งเต้านม

Rutledge, Barsevick, Knobf and Bookbinder (2003) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม ทักษะการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้ง 3 วิธี คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจแมมโมแกรม ของสตรี จำนวน 1,000 คน ในเพนซิลวาเนีย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ได้แก่ มีประวัติอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ความรู้และการใส่ใจสุขภาพของสตรี

Tanjasiri, Kagawa-Singer, Foo, Chao, Linayao, and Lor et al. (2003) ศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมในสตรีพื้นเมืองอายุ 20 ปีขึ้นไปในรัฐแคลิฟอร์เนีย จำนวน 201 คน ซึ่งมีการศึกษาต่ำ มีอุปสรรคด้านภาษาและวัฒนธรรม ผลพบว่า สตรีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปตรวจแมมโมแกรม ร้อยละ 30

Fernandez et al. (2005) ศึกษาเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมในสตรีชนพื้นเมืองที่มีรายได้น้อย จำนวน 42 คน พบว่า ในกลุ่มสตรีชาวแอฟริกันที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม เมื่อได้รับการพัฒนาความรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมจะเข้ารับการตรวจแมมโมแกรมมากขึ้น

Wu and Bancroft (2006) ทำการศึกษาการรับรู้(ด้านอุปสรรคกับแรงจูงใจ) และประสบการณ์เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในสตรีฟิลิปปินส์-อเมริกันกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม จำนวน 11 คน อายุช่วง 45-80 ปี พบว่า ประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจต่อการเคยตรวจแมมโมแกรมทำให้ไม่เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านม แต่การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และนโยบายส่งเสริมการดูแลสุขภาพ มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม

Canbulat and Uzun (2008) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีที่ทำงานด้านสุขภาพในประเทศตุรกี จำนวน 268 คน (แพทย์=51 คน, พยาบาล=169 คน, ผดุงครรภ์=48 คน) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรมคือการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

Boxwala, Bridgemohan, Griffith and Soliman (2010) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีอินเดียอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเมืองดีทรอยท์ จำนวน 160 คน พบว่า สตรีที่ได้รับการตรวจเต้านมทั้ง 2 วิธี คือ การตรวจเต้านมโดยแพทย์ และการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา มีร้อยละ 63.8 โดยสตรีที่มีการศึกษาในระดับวิทยาลัย และอาศัยอยู่ในประเทศอเมริกาหลายปี จะรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก เห็นความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม และการได้รับคำแนะนำการตรวจเต้านมด้วย

แมมโมแกรมจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนการรับรู้อุปสรรคการคัดกรองมะเร็งเต้านม คือ การเสียค่าใช้จ่าย ความกลัว และความเจ็บในการตรวจแมมโมแกรม

Erbil and Bolukbas (2012) ศึกษาความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมของสตรีชาวตุรกีเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านม ตามการวัดของ Champion ในมโนทัศน์ความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 656 คน พบว่า สตรีที่มีคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมมีการรับรู้ความเสี่ยงสูงกว่าสตรีกลุ่มอื่นๆ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม และการมีสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม

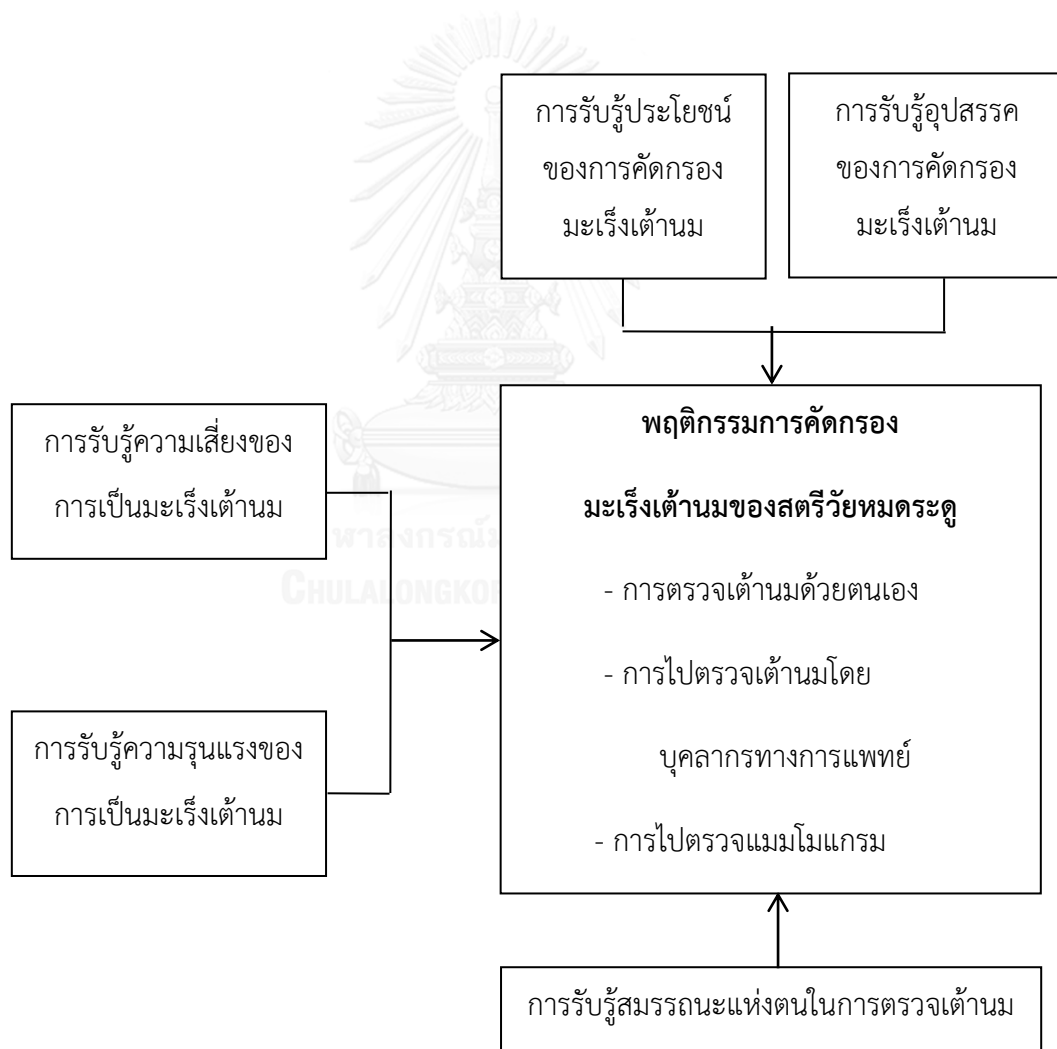
จากการทบทวนวรรณกรรม ได้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมต่อพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นมโนทัศน์ในทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Strecher and Becker (1988) ดังนั้นเมื่อทราบถึงความสัมพันธ์ในระดับหนึ่งแล้วจึงนำปัจจัยมาทำนายพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมต่อไป

## 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งเรื่องของสตรีวัยหมดระดู พฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านสุขภาพพบว่า ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) เป็นทฤษฎีที่มีความเหมาะสมในการนำมาทำนายพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู เพราะสตรีวัยหมดระดูถือเป็นสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ดังนั้นการที่สตรีวัยหมดระดูรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม รับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม ประกอบกับการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม นั้น หากสตรีวัยหมดระดู รับรู้ว่าปัญหาหรือความยุ่งยากที่จะเกิดขึ้นนั้นสำคัญน้อยกว่าการที่ตนมีความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมที่จะเกิดขึ้น และน้อยกว่าประโยชน์ที่จะได้รับจากการมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยได้คิดไตร่ตรองด้วยตนเอง และเชื่อในเหตุผลของตนเอง ซึ่งมี



ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม อีกทั้งการมีรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมในความสามารถของตนเองว่าสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองและไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ตามระยะเวลาที่เหมาะสมได้ ก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็ง เต้านมขึ้น ดังนั้นการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม และการมีรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมน่าจะร่วมกันทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดูได้ ตามกรอบแนวคิดดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม จากปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการตรวจเต้านม ที่มีต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรวิจัย** คือ สตรีวัยหมดระดูอายุระหว่าง 45-59 ปี ที่มารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่างการวิจัย** คือ สตรีวัยหมดระดูอายุระหว่าง 45-59 ปี ที่มารับบริการรักษาในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) และมารับบริการในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 14 มกราคม 2558 ถึง 14 พฤษภาคม 2558

มีขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) คือ

- 1.1 เป็นสตรีวัยหมดระดู อายุระหว่าง 45-59 ปี (Ruchala, 2013)
- 1.2 ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม
- 1.3 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท
- 1.4 สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทยได้ดี
- 1.5 ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
- 1.6 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในงานวิจัย

สูตรคำนวณ  $n \geq 10k + 50$  (Thorndike, 1978)

โดย  $n$  คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$k$  คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

ซึ่งงานวิจัยนี้มีตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด 6 ตัวแปร

$$\text{แทนค่าในสูตร } n \geq (10 \times 6) + 50$$

$$n \geq 110 \quad \text{คน}$$

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูล เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณร้อยละ 30 ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเท่ากับ 145 คน

3. สํารวจโรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานครที่มีคลินิกวิทยทอง โดยแบ่งออกตามสังกัด มี 6 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม และโรงพยาบาลสังกัดนายกรัฐมนตรี ทำการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) สุ่มมา 2 สังกัด สุ่มได้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม และโรงพยาบาลสังกัดนายกรัฐมนตรี

4. จากนั้นทำการคัดเลือกแต่ละสังกัดโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) สังกัดละ 1 โรงพยาบาล สุ่มได้ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลตำรวจ

5. คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยสัดส่วนที่เท่ากันของสตรีวัยหมดระดูที่มาใช้บริการในคลินิกวิทยทองของแต่ละโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มได้ (โดยใช้ข้อมูลจากสถิติปี 2557)

**ตารางที่ 1** จำนวนกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดูที่ศึกษาในแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนสตรีวัยทองที่มาใช้บริการ	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
1. ตำรวจ	1,306 คน (สถิติปี 2557:คลินิกวิทยทองรพ.ตำรวจ)	$(1,306 \times 145) \div (1,306 + 3,415)$ = 40 คน
2. พระมงกุฎเกล้า	3,415 คน (สถิติปี 2557:คลินิกวิทยทองรพ.พระมงกุฎเกล้า)	$(3,415 \times 145) \div (1,306 + 3,415)$ = 105 คน

6. จากนั้นการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง สํารวจข้อมูลจากเวชระเบียน คัดเลือกช่วงอายุระหว่าง 45-59 ปี ไม่มีประวัติการรักษาโรคมะเร็งเต้านม ทำการสุ่มแบบอย่างง่ายโดยจับฉลากชื่อเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง สอบถามความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงจะเริ่มกระบวนการขอเก็บข้อมูลจนรวบรวมได้ครบตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ดัชนีมวลกาย ศาสนา สถานภาพสมรส อายุเมื่อมีบุตรคนแรก ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการ มีประจำเดือนและการได้รับยาฮอร์โมนทดแทน ประวัติการพบเห็นหรือได้ยิน คนรู้จัก / ญาติเป็น มะเร็งเต้านมโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง ข้อคำถามมีจำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม โดยดัดแปลงจาก แบบสอบถามการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านมของแมริรัตน์ สุภาพ (2550) ซึ่งสร้างมาจาก แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อคำถามมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรา ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.73

การแปลความหมายของคะแนน (เพื่อการแบ่งระดับการรับรู้ที่ชัดเจนและเป็นการ แบ่งการรับรู้ด้านต่างๆรูปแบบเดียวกันในงานวิจัยครั้งนี้) โดยแบ่งระดับการรับรู้ออกเป็น 3 กลุ่ม ใช้หลักทางสถิติด้วยการนำค่าพิสัยหารด้วยจำนวนชั้น คือ (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/3 (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสูง                      คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 36.68 – 50.00

กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับปานกลาง              คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 23.34 – 36.67

กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับต่ำ                      คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 10.00 – 23.33

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม โดยดัดแปลงจาก แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ของ พรารณา สถิตยวิภาวี (2552) ซึ่ง ดัดแปลงมาจากเครื่องมือ (Champion's health belief model scale: CHBMS) ข้อคำถามมี จำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค 0.86

การแปลความหมายของคะแนน (เพื่อการแบ่งระดับการรับรู้ที่ชัดเจนและเป็นการ แบ่งการรับรู้ด้านต่างๆรูปแบบเดียวกันในงานวิจัยครั้งนี้) โดยแบ่งระดับการรับรู้ออกเป็น 3 กลุ่ม ใช้หลักทางสถิติด้วยการนำค่าพิสัยหารด้วยจำนวนชั้น คือ (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/3 ดังนี้

กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสูง	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 44.01 – 60.00
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 28.01 – 44.00
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับต่ำ	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 12.00 – 28.00

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ต่อประโยชน์ของการตรวจเต้านม โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม ของปรารธนา สติത്യวิภาวี (2552) ซึ่งดัดแปลงมาจากเครื่องมือ CHBMS ข้อคำถามมีจำนวน 7 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7-35 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.87

การแปลความหมายของคะแนน (เพื่อการแบ่งระดับการรับรู้ที่ชัดเจนและเป็นการแบ่งการรับรู้ด้านต่างๆรูปแบบเดียวกันในงานวิจัยครั้งนี้) โดยแบ่งระดับการรับรู้ออกเป็น 3 กลุ่ม ใช้หลักทางสถิติด้วยการนำค่าพิสัยหารด้วยจำนวนชั้น คือ (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/3 ดังนี้

กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสูง	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 25.67 – 35.00
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 16.34 – 25.66
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับต่ำ	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 07.00 – 16.33

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านม โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามเรื่องการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการรับรู้อุปสรรคการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม ของ ปรารธนา สติത്യวิภาวี (2552) ซึ่งดัดแปลงมาจากเครื่องมือ CHBMS ข้อคำถามมีจำนวน 16 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16-80 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.63

การแปลความหมายของคะแนน (เพื่อการแบ่งระดับการรับรู้ที่ชัดเจนและเป็นการแบ่งการรับรู้ด้านต่างๆรูปแบบเดียวกันในงานวิจัยครั้งนี้) โดยแบ่งระดับการรับรู้ออกเป็น 3 กลุ่ม ใช้หลักทางสถิติด้วยการนำค่าพิสัยหารด้วยจำนวนชั้น คือ (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/3 ดังนี้

กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสูง	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 58.67 – 80.00
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 37.34 – 58.66
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับต่ำ	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 16.00 – 37.33

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม โดยตัดแปลงจากความมั่นใจในการตรวจเต้านม ของ พรารณา สติชัยวิภาวี (2552) ซึ่งตัดแปลงมาจากเครื่องมือ CHBMS ข้อคำถามมีจำนวน 7 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7-30 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.90

การแปลความหมายของคะแนน (เพื่อการแบ่งระดับการรับรู้ที่ชัดเจนและเป็นการแบ่งการรับรู้ด้านต่างๆรูปแบบเดียวกันในงานวิจัยครั้งนี้) โดยแบ่งระดับการรับรู้ออกเป็น 3 กลุ่ม ใช้หลักทางสถิติด้วยการนำค่าพิสัยหารด้วยจำนวนชั้น คือ (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/3 ดังนี้

กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสูง	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 22.01 – 30.00
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 14.01 – 22.00
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับต่ำ	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 06.00 – 14.00

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ครอบคลุมในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจแมมโมแกรม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมขององค์การสุขภาพด้านป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (The US Preventive Services Task Force) (USPSTF, 2015) โดยให้ความถี่ของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในแต่ละวิธีไว้ดังนี้

ในแบบสอบถามนี้ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 3 ข้อ แต่ละข้อให้เลือกตอบ 2 คำตอบ คือ 1)เคยปฏิบัติหรือเคยไปตรวจ 2)ไม่เคยปฏิบัติหรือไม่เคยไปตรวจ ของพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมแต่ละวิธี (พร้อมทั้งถามความถี่และสาเหตุในการปฏิบัติ/ไปตรวจ หรือการที่ไม่ปฏิบัติ/ไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในวิธีนั้นๆด้วย โดยการถามสาเหตุเพื่อประกอบการอธิบาย) มีค่าความเที่ยง test-retest เท่ากับ 0.99 ผลรวมของคำตอบทั้ง 3 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

**พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอ** หมายถึง สตรีวัยหมดระดูปฏิบัติเพื่อค้นหาความผิดปกติและก้อนเนื้ออกเต้านมตั้งแต่ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของมะเร็งเต้านม โดยการไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี หรือการไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปีร่วมกับการตรวจ

เต้านมด้วยตนเองทุกเดือน หรือการไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี ร่วมกับการไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี หรือการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้ง 3 วิธีร่วมกันคือ ทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน การไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี และการไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี กำหนดให้รหัสข้อมูลเท่ากับ 1

**พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ** หมายถึง สตรีวัยหมดระดูที่มีการปฏิบัติเพื่อค้นหาความผิดปกติและก้อนเนื้ออกเต้านมตั้งแต่ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของมะเร็งเต้านม โดยการไม่ไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี หรือการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนเพียงอย่างเดียว หรือการไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปีเพียงอย่างเดียว หรือการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน ร่วมกับการไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี โดยการไม่ไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี หรือการตรวจเต้านมอย่างน้อยหนึ่งวิธีแต่ด้วยความถี่ไม่เหมาะสม หรือการไม่เคยตรวจเต้านมด้วยวิธีใดๆเลย กำหนดให้รหัสข้อมูลเท่ากับ 0

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

**ขั้นที่ 1** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบการใช้ภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของข้อความคำถาม

**ขั้นที่ 2** ผู้วิจัยติดต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 5 คน ซึ่งเป็น แพทย์ 1 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง 2 คน และอาจารย์พยาบาล 2 คน (ตั้งรายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก) ขอความอนุเคราะห์ในการพิจารณาแบบสอบถามดังนี้

**แบบสอบถามส่วนที่ 2 – 7** ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม และแบบสอบถามพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาในการนำแบบสอบถามไปประเมินกับกลุ่มตัวอย่างวิจัย โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อความคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ ซึ่งแบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ
- 2 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการน้อย
- 3 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการค่อนข้างมาก
- 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการมาก

**ขั้นที่ 3** นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อปรับให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างวิจัยสตรีวัยหมดระดู โดยมีการปรับตัดข้อความออก ปรับภาษา ปรับเพื่อความเหมาะสม รวมทั้งปรับเพิ่มคำถาม / คำตอบเพื่อสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้พบทวนตามวรรณกรรม ดังนี้

3.1 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้มีการปรับเพิ่มข้อความคำถาม เพื่อให้เกิดความครบถ้วน และเพื่อความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้พบทวนวรรณกรรมมา ปรับภาษา และปรับตัวเลือกคำตอบเพื่อความเหมาะสมมากขึ้น ดังนี้

- ข้อคำถามที่ 2    เพิ่มข้อความ : น้ำหนัก....กิโลกรัม ส่วนสูง...เซนติเมตร  
(ผู้วิจัยคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย Body Mass Index)
- ข้อคำถามที่ 3    เพิ่มข้อความ : ศาสนา .....
- ข้อคำถามที่ 5    เพิ่มข้อความ : ถ้ามีบุตรแล้ว มีบุตรคนแรกเมื่ออายุเท่าไร  
..... ปี
- ข้อคำถามที่ 6    ตัวเลือกระดับการศึกษา : 5) ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า  
ปรับแยกเป็น 5) ปริญญาตรี  
6) ปริญญาโท, ปริญญาเอก
- ข้อคำถามที่ 8    เพิ่มข้อความ : ท่านเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกอายุ.... ปี
- ข้อคำถามที่ 9    เพิ่มข้อความ : ท่านหมดประจำเดือนเมื่ออายุ .... ปี  
หมดเพราะ 1.ตามธรรมชาติ 2.ผ่าตัด
- ข้อคำถามที่ 11   ให้เพิ่มคำว่า “เคยได้ยีน”  
ปรับเป็น เคยพบเห็นหรือเคยได้ยีน. คนรู้จัก/ญาติ เป็น  
มะเร็งเต้านมมาก่อนหรือไม่  
 1. เคยพบ /เคยได้ยีน    2. ไม่เคยพบ
- ข้อคำถามที่ 12   ให้เพิ่ม ตัวเลือกคำตอบ “รังสี” กับ “ยาต้านฮอร์โมน” และ  
เรียงลำดับใหม่ตามความบ่อยของการรักษา  
ปรับเป็น รักษาด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 1. ผ่าตัด  
 2. ยาเคมีบำบัด  
 3. รังสี  
 4. ยาต้านฮอร์โมน



- 5. ชีวิต
- 6. ธรรมะ
- 7. อื่นๆโปรดระบุ .....
- 8. ไม่ทราบ

3.2 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม ได้มีการปรับโดยเพิ่มคำเพื่อความสมบูรณ์ของข้อความมากขึ้น ดังนี้

- ข้อคำถามที่ 4 เพิ่มคำว่า “คนแรก”  
ปรับเป็น การมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี มี
- ข้อคำถามที่ 6 โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น  
เพิ่มคำว่า “5-10%”  
ปรับเป็น โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ 5-10%
- ข้อคำถามที่ 8 เพิ่มคำว่า “มากกว่า 2 แก้วต่อวัน”  
ปรับเป็น การดื่มสุรามากกว่า 2...แก้วต่อวัน เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

3.3 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม ได้มีการตัดออก 1 ข้อคำถาม เพื่อความเหมาะสม คือ

- ข้อคำถามที่ 2 เมื่อฉันนึกถึงการเป็นโรคมะเร็งเต้านม ทำให้ฉันรู้สึกหัวใจเต้นเร็วขึ้น เนื่องด้วยผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นว่าควรตัดออก เพราะเพียงแค่การนึกถึงไม่น่าถึงกับทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น

3.4 ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม มีการเพิ่มข้อคำถาม 1 ข้อ ปรับภาษาเพื่อความเหมาะสม 3 ข้อ และตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ เนื่องจากซ้ำซ้อน ดังนี้

- ข้อคำถามที่ 2 เมื่อผลตรวจปกติฉันจะไม่กังวลมาก ว่าจะเป็มะเร็งเต้านม  
ปรับเป็น ฉันจะไม่กังวลมาก ว่าจะเป็มะเร็งเต้านม เมื่อผลตรวจเป็นปกติ
- ข้อคำถามที่ 5 โอกาสที่ฉันจะตายด้วยมะเร็งเต้านมจะลดลง

- ปรับเป็น โอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านม  
ลดลง
- ข้อคำถามที่ 6 โอกาสที่ฉันจะต้องตัดเต้านมออกจากการเป็นมะเร็งเต้านม  
จะลดลง  
ปรับเป็น โอกาสที่ฉันจะต้องผ่าตัดเต้านมจากการเป็นมะเร็ง  
เต้านม จะลดลง  
ตัดออก: (ถ้า “ฉันตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน”  
ข้อคำถามที่ 7 ร่วมกับ “การไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์  
หรือตรวจด้วยแมมโมแกรมทุกปี”) จะทำให้ฉันพบก้อนที่  
อาจเป็นมะเร็งตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก เนื่องจากคำถาม  
ซ้ำซ้อนกับ ข้อคำถามที่ 3  
ตั้งคำถามใหม่เป็น ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาหากตรวจ  
พบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก

3.6 ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม ได้มีการ  
ปรับภาษา 1 ข้อ เพื่อความครอบคลุมของก้อนที่เต้านม และมีข้อคำถาม 4 ข้อ ที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ  
ให้ตัดออก ดังนี้

- ข้อคำถามที่ 3 ถ้าฉันมีก้อนมะเร็งเต้านม ฉันสามารถตรวจพบได้จากการ  
ตรวจเต้านมด้วยตนเอง  
ปรับเป็น “ถ้าฉันมีก้อนที่เต้านม ฉันสามารถตรวจพบได้  
จากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง”
- ข้อคำถามที่ 6 ตัดออก: ฉันสามารถตรวจพบก้อนที่เต้านม ซึ่งมีขนาด  
เหรียญ 5 บาท
- ข้อคำถามที่ 7 ตัดออก: ฉันสามารถตรวจพบก้อนที่เต้านม ซึ่งมีขนาด  
เหรียญ 1 บาท
- ข้อคำถามที่ 8 ตัดออก: ฉันสามารถตรวจพบก้อนที่เต้านม ซึ่งมีขนาด  
เท่ากับเมล็ดถั่วลิสง
- ข้อคำถามที่ 10 ตัดออก: ฉันสามารถตรวจความผิดปกติของหัวนม โดยการ  
บีบดูสารคัดหลั่งที่ไหลซึมออกจากหัวนม

3.7 ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ได้มีการปรับเพิ่มตัวเลือกคำตอบเพิ่มความครบถ้วนมากยิ่งขึ้น ดังนี้

ข้อคำถามที่ 1.2, 2.2 และ 3.2 เพิ่มตัวเลือกคำตอบ “ถ้าพบจะได้รับการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ”

ปรับเป็น สาเหตุ ที่ปฏิบัติ เนื่องจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1.....
- 2.....
- 3...ถ้าพบจะได้รับการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ
- .....

**ขั้นที่ 4** **คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา** ( Scale-Content Validity Index / Universal Agreement : S-CVI / UA) ของแบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม และพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยคำนวณจากจำนวนข้อคำถามที่ได้คะแนน 3 หรือ 4 หากด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมดของแบบสอบถามนั้นๆ ซึ่งค่าความตรงตามเนื้อหาโดยรวมควรมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 0.80 (Polit and Hungler, 1999 อ้างใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554)

ยกเว้นแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม ใช้วิธี **คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ในการวัด** (Index of Item-Objective Congruence : IOC ) โดยคำนวณจากคะแนนที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีคะแนนแต่ละข้อคำถามตั้งแต่ 1 ถึง -1 นำมาหาผลรวมของแต่ละข้อคำถามแล้วหารด้วยจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความสอดคล้องควรมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 0.50 (Turner and Carlson, 2003 อ้างใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554)

**ตารางที่ 2** ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาและค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ  
วัตถุประสงค์ในการวัดของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	จำนวนข้อ	IOC	CVI
การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม	10	-	.80
การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม	12	-	.92
การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม	7	-	.85
การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม	16	-	.94
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม	6	.80	-
พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม	3	-	1

## 2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านเกณฑ์ CVI ไปทดลองใช้กับสตรีวัยหมดระดูที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (โดยไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้) จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค(Cronbach Alpha Coefficient) และพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมใช้ค่า Test-retest หลังจากนำไปทดลองใช้ จึงกลับมาปรับปรุงข้อคำถามอีกครั้งหนึ่ง ดังนี้

### ส่วนที่ 3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม

ข้อคำถามที่ 7 ถ้าฉันเป็นโรคมะเร็งเต้านม โรคนี้อาจมีผลกระทบต่ออาชีพของฉัน (ออกจากงาน หรือทำงานได้น้อยลง)  
ปรับเป็น “ ถ้าฉันเป็นโรคมะเร็งเต้านม โรคนี้อาจมีผลกระทบต่อการทำงานของฉัน (ออกจากงาน หรือทำงานได้น้อยลง)” เพื่อให้ข้อคำถามมีความเหมาะสมกับสตรีวัยหมดระดูที่เป็นแม่บ้านด้วย

ส่วนที่ 4. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม

ส่วนต้นของข้อความ (ที่ใช้ถามในข้อ 1 - 7 )

ถ้า “ฉันตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน” ร่วมกับ  
“การไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์หรือตรวจ  
ด้วยแมมโมแกรมทุกปี”

ปรับเป็น “ถ้าฉันสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเอง” ร่วมกับ  
“การไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ หรือตรวจ  
ด้วยแมมโมแกรม”

ส่วนที่ 5. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม

ข้อความที่ 1 ทำให้ฉันรู้สึกกระตือรือร้น ปรับเป็น ทำให้ฉันรู้สึกอึดอัด

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้จริงในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างวิจัยสตรีวัย  
หมดระดู แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมืออีกครั้งด้วยวิธีเดียวกัน (ยกเว้นแบบสอบถาม  
พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม เพื่อเป็นการรบกวนกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด ซึ่งในทุกแบบสอบถาม  
ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง เป็นการขอเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว) ดังแสดงในตาราง  
ที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถาม	จำนวน ข้อ	ขั้นทดลองใช้ ( n = 30 )		ขั้นเก็บข้อมูลจริง ( n = 145 )
		Alpha Coefficient	Test - retest	Alpha Coefficient
ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงของ การเป็นมะเร็งเต้านม	10	0.73	-	0.74
ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรง ของการเป็นมะเร็งเต้านม	12	0.86	-	0.81
ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ของ การคัดกรองมะเร็งเต้านม	7	0.87	-	0.87
ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคของ การคัดกรองมะเร็งเต้านม	16	0.63	-	0.84
ส่วนที่ 6 การรับรู้สมรรถนะ แห่งตนในการตรวจเต้านม	6	0.90	-	0.87
ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการคัดกรอง มะเร็งเต้านม	3	-	0.99	-

### วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 นำโครงร่างการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ขอเสนอกับ คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอรับการพิจารณาของโรงพยาบาล และทำหนังสือถึงแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ และ ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อหัวหน้าแผนกคลินิกวิทยทองของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

## 2. ชั้นรวบรวมข้อมูล

2.1 ทำการสำรวจล่วงหน้าโดยดูรายชื่อ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาโรคมะเร็ง เต้านมหรือความผิดปกติบริเวณเต้านมจากเวชระเบียนของผู้มารับบริการคลินิกวิทยทองที่ถึงกำหนดให้ มาตรวจตามนัดที่คลินิกวิทยทอง แล้วคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นทำการสุ่มแบบอย่าง ง่ายโดยจับฉลากชื่อเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2.2 เมื่อผู้มารับบริการมาตรวจตามนัด ดำเนินการโดยตรวจสอบรายชื่อ-นามสกุล เมื่อ พบว่าตรงกับที่ทำการสุ่มคัดเลือกไว้ จึงเริ่มแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการ เก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และให้เอกสารชี้แจงข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย(Research Subject Information sheet) อ่าน หรือทำการอ่านให้ฟังแล้วแต่ความความประสงค์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จึงขอให้ลง ลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

2.3 จากนั้นผู้วิจัยจะอธิบายถึงการตอบแบบสอบถาม เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจแล้ว จึงให้ ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาในการอ่านหนังสือ เช่น สายตาไม่ปกติ มองเห็นไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะทำการพูดคุยสอบถาม แล้วทำเครื่องหมายตามคำตอบของผู้เข้าร่วมวิจัย ที่ละข้อ

2.4 ระหว่างตอบแบบสอบถาม จะเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา และเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ซึ่งระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15–30 นาที และในรายที่ ทำการพูดคุยสอบถามใช้เวลาประมาณ 25–35 นาที

3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามครบตามขนาดกลุ่ม ตัวอย่างที่กำหนดไว้ โดยทำการเก็บข้อมูล ณ คลินิกวิทยทองของโรงพยาบาลตำรวจ ในทุกวันอังคาร เวลา 13.00–16.00 นาฬิกา และ ณ คลินิกวิทยทองของพระมงกุฎเกล้า ในทุกวันพฤหัสบดี เวลา 8.00–16.00 นาฬิกา (โดยปกติคลินิกวิทยทองของพระมงกุฎเกล้า เปิดทำการทุกวันพฤหัสบดีเวลา 13.00–16.00 นาฬิกา แต่เนื่องจากในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล มีสูติแพทย์มาช่วยออกตรวจ เพิ่มและมีการนัดตรวจตั้งแต่ช่วงเช้า 8.00–12.00 นาฬิกา) ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใน สองโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 14 มกราคม ถึง 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 แล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ตามวิธีการทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการรับรองผ่านการพิจารณาจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ (หนังสือเลขที่ 10/2558 ลงวันที่ 13 มกราคม 2558) และของกรมแพทยทหารบก (หนังสือเลขที่ IRB/RTA 504/2558 ลงวันที่ 9 เมษายน 2558) และผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลชี้แจงถึงการเข้าร่วมโครงการวิจัยว่าเป็นไปตามความสมัครใจ มีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธตลอดจนการถอนตัวหรือยุติระหว่างการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด รวมทั้งข้อมูลความเป็นมาของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ซึ่งจะไม่ได้รับโดยตรง แต่คาดว่าจะได้รับประโยชน์ของการวิจัยเพื่อนำไปพัฒนาโปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆของการเข้าร่วมวิจัย และมีสิ่งตอบแทนที่มอบให้เป็นปากกา ในกรณีมีข้อสงสัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งผู้วิจัยอยู่ด้วยตลอดขณะดำเนินการขอให้ตอบแบบสอบถาม การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อนามสกุล และจะไม่มีการรายงานใดที่ระบุไปถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย หากมีความต้องการร้องเรียนกรณีที่ถูกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างการเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มารับบริการที่คลินิกวิทยทองของโรงพยาบาลตำรวจ สามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงานแพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลตำรวจ อาคารเฉลิมพระเกียรติราชนิสิริภคินี ชั้น 8 เบอร์โทร 02-207-6000 ต่อ 6737, 6353, 092-6255324 และผู้เข้าร่วมวิจัยที่มารับบริการที่คลินิกวิทยทองของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา ชั้น 5 เบอร์โทร 02-3547600-28 ต่อ 94297 ทั้งนี้มีแบบฟอร์มเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information sheet) และหนังสือแสดงเจตนายินยอมการเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) อย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร

### การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สถิติที่ใช้ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้อธิบายลักษณะของข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมของสตรีวัยหมดระดู ในรูปของการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)



## 2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistic)

สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ใช้หาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู โดยตัวแปรนำเข้า ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม จากนั้นใช้วิธีนำเข้าแบบพร้อมกัน (Enter) เพื่อหาโมเดลที่เหมาะสมที่จะนำมาทำนายว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research) เพื่อศึกษาตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดู จำนวน 145 คน อายุระหว่าง 45-59 ปี ที่มารับบริการรักษาในคลินิกวิทยทอง โดยการคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลด้วยรูปแบบของตาราง โดยนำเสนอใน 2 ประเด็น ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1. อธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดู แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ศาสนา สถานภาพสมรส อายุเมื่อมีบุตรคนแรก ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการมีประจำเดือนและการได้รับยาฮอร์โมนทดแทน ประวัติการพบเห็นหรือได้ยิน คนรู้จัก / ญาติเป็นมะเร็งเต้านม

1.2 ข้อมูลพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม

ตอนที่ 2. ค่าการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู

## ตอนที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดู

### 1.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 145 คน จำแนกตาม อายุ ดัชนีมวลกาย ศาสนา สถานภาพสมรส อายุเมื่อมีบุตรคนแรก ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการมีประจำเดือนและการได้รับยาฮอร์โมนทดแทน ประวัติการพบเห็นหรือได้ยิน คนรู้จัก / ญาติเป็นมะเร็งเต้านม มีรายละเอียดดังในตารางที่ 4.1

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดูจำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n = 145)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)</b> ( $\bar{X}$ = 56.91, S.D. = 4.71, Min-Max : 45-64)		
45-49	22	15.20
50-54	43	29.70
55-59	80	55.20
<b>ดัชนีมวลกาย (กก./ม<sup>2</sup>)</b> ( $\bar{X}$ = 24.60, S.D. = 3.96, Min-Max : 17.27–38.36 )		
น้อยกว่า 18.50	3	2.10
18.50 – 22.90	53	36.60
23.00 – 24.90	38	26.20
25.00 – 29.90	36	24.80
มากกว่า 30.00	15	10.30
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	139	95.90
คริสต์	5	3.40
อิสลาม	1	.70
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	18	12.40
คู่	110	75.90
หม้าย, หย่า, แยกกันอยู่	16	11.00

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดู จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล  
(n = 145) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีบุตร	44	30.30
มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ (ปี) ( $\bar{X}$ = 26.94, S.D. = 5.89, Min-Max : 17– 44 )		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30	79	54.50
มากกว่า 30	22	15.20
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	20	13.80
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	4.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	21	14.50
ปวส.	9	6.20
ปริญญาตรี	63	43.40
ปริญญาโท, ปริญญาเอก	26	17.90
อาชีพ		
แม่บ้าน	31	21.40
รับจ้าง / พนักงานบริษัท	18	12.50
ค้าขาย	10	6.80
ทำธุรกิจ	11	7.60
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	75	51.70
อายุที่เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก (ปี) ( $\bar{X}$ = 14.02, S.D. = 2.12, Min-Max : 10 – 22 )		
ก่อน 12	12	8.30
เท่ากับหรือมากกว่า 12	133	91.70
อายุที่หมดประจำเดือน (ปี) ( $\bar{X}$ = 47.49, S.D. = 5.16, Min-Max : 29 – 58 )		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 55	140	96.60
มากกว่า 55	5	3.40
สาเหตุของการหมดประจำเดือน		
ตามธรรมชาติ	91	62.80
ผ่าตัด	54	37.20

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดู จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล  
(n = 145) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน (ปี)</b>		
ไม่ได้รับ	89	61.40
ได้รับ	56	37.70
น้อยกว่า 5	33	22.80
5 – 10	13	9.00
มากกว่า 10	10	6.90
<b>เคยพบเห็นหรือเคยได้ยิน คนรู้จักหรือญาติเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อน</b>		
ไม่เคยพบ / ไม่เคยได้ยิน	23	15.90
เคยพบ / เคยได้ยิน	122	84.10
ถ้าเคยพบเห็น / เคยได้ยิน เกี่ยวข้องเป็น		
ญาติ	39	26.90
เพื่อน / คนรู้จัก	81	55.80
คนทั่วไป	2	1.40

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้คือกลุ่มสตรีวัยหมดระดูวัยกลางคน จำนวน 145 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 55-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.20 ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติมีจำนวนมากที่สุด คือ ค่าระหว่าง 18.50- 22.90 กิโลกรัม/ตารางเมตร คิดเป็นร้อยละ 36.60 นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 95.90 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ร้อยละ 75.90 อายุเมื่อมีบุตรคนแรกส่วนใหญ่จะอายุน้อยกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.50 โดยมีการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.40 มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.70 อายุเมื่อเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกส่วนใหญ่อายุเท่ากับหรือมากกว่า 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 91.70 และอายุเมื่อหมดประจำเดือนส่วนใหญ่ไม่เกิน 55 ปี คิดเป็นร้อยละ 96.60 โดยมากหมดระดูตามธรรมชาติ คิดเป็นร้อยละ 68.20 และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน คิดเป็นร้อยละ 61.40 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้พบเห็นหรือได้ยินผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมีร้อยละ 84.10 และมีความเกี่ยวข้องกันในสถานะเป็นเพื่อนหรือคนรู้จักมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.80

## 1.2 ข้อมูลพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดูจำนวน 145 คน พิจารณาจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจด้วยแมมโมแกรม มีรายละเอียดดังในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** การแบ่งกลุ่มพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอ</b>	78	53.79
MM ทุก 1-2 ปี เพียงอย่างเดียว	20	13.79
MM ทุก 1-2 ปี ร่วมกับ BSE ทุกเดือน	4	2.76
MM ทุก 1-2 ปี ร่วมกับ CBE ทุกปี	28	19.31
BSE ทุกเดือน ตรวจร่วมกับ CBE ทุกปี และ MM ทุก 1-2 ปี	26	17.93
<b>พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ</b>	67	46.21
BSE ทุกเดือน เพียงอย่างเดียว	12	8.28
CBE ทุกปี เพียงอย่างเดียว	5	3.45
BSE ทุกเดือน ตรวจร่วมกับ CBE ทุกปี	11	7.59
เคยตรวจเต้านมอย่างน้อยหนึ่งวิธีแต่ด้วยความถี่ไม่เหมาะสม	34	23.44
ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยวิธีใดๆเลย	5	3.45
<b>รวม</b>	145	100.0

BSE ( Breast Self Examination) = การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

CBE ( Clinical Breast Examination) = การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์

Mammography = การตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม

จากตารางที่ 5 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดู 145 คน มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 53.79 โดยพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอ จำแนกได้ 4 รูปแบบ คือ 1) การไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.79 2) การตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี ร่วมกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน คิดเป็นร้อยละ 2.76 3) การไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี ร่วมกับการไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี คิดเป็นร้อยละ 19.31 และ 4) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้ง 3 วิธีร่วมกันคือ ทั้งการตรวจเต้านมด้วย

ตนเองทุกเดือน การไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี และการไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.93

ส่วนกลุ่มที่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 46.21 จำแนกเป็น 5 รูปแบบ คือ 1) โดยมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 8.28 2) การไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปีเพียงอย่างเดียวคิดเป็นร้อยละ 3.45 3) การตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์คิดเป็นร้อยละ 7.59 4) การเคยตรวจเต้านมอย่างน้อยวิธีใดวิธีหนึ่งแต่ด้วยความถี่ไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 23.44 และ 5) การไม่เคยตรวจเต้านมด้วยวิธีใดๆเลย คิดเป็นร้อยละ 3.45

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม

**ตารางที่ 6** ข้อมูลการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม ของกลุ่มตัวอย่าง (n=145)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม	33.20	5.08	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม	42.04	7.73	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม	30.36	3.73	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม	32.97	8.57	ต่ำ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม	23.55	4.58	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมในระดับปานกลาง มีการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมในระดับปานกลาง มีการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระดับสูง มีการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระดับต่ำ และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมในระดับปานกลาง

## ตอนที่ 2. ค่าการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกของปัจจัยทำนายทั้ง 5 ตัวแปร สำหรับการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอ ( $Y=1$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ ( $Y=0$ ) ของกลุ่มตัวอย่าง ( $n=145$ )

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Sig	Odd Ratio	95.0% C.I. for $\beta$	
							Lower	Upper
การรับรู้อุปสรรคของ การคัดกรองมะเร็งเต้านม	-0.07	0.02	9.30	1	0.00	0.93	0.89	0.97
การรับรู้ประโยชน์ของ การคัดกรองมะเร็งเต้านม	-0.08	0.05	2.18	1	0.14	0.92	0.83	1.03
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการตรวจเต้านม	-0.02	0.04	0.29	1	0.59	0.98	0.90	1.06
การรับรู้ความเสี่ยงของ การเป็นมะเร็งเต้านม	0.01	0.04	0.05	1	0.82	1.01	0.94	1.08
การรับรู้ความรุนแรงของ การเป็นมะเร็งเต้านม	0.00	0.02	0.00	1	0.96	1.00	0.95	1.05
Constant	5.24	2.42	4.68	1	0.03	188.98		

Nagelkerke  $R^2 = 0.10$

จากตารางที่ 7 พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ดังนี้

1. ปัจจัยที่ลดโอกาสการทำนายว่าพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม ( $OR=0.92$ ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม ( $OR=0.98$ ) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสทำนายว่าพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอ คือ การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม ( $OR=1.01$ ) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม คือ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม
4. ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม ( $OR=0.93$ )



จากผลวิเคราะห์ตารางที่ 7 แสดงว่า ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม เป็นปัจจัยเดียวที่มีอำนาจการทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเป็นการลดโอกาสการทำนายว่าเพียงพอ หมายความว่า เมื่อตัวแปรการรับรู้ด้านอุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะลดโอกาสของการเกิดเหตุการณ์พฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอลง 0.93 เท่า หรือ ตัดต่อสตรีวัยหมดระดูที่มีการรับรู้ด้านอุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมสูงจะมีโอกาสของการมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอน้อยกว่าสตรีวัยหมดระดูที่มีการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระดับต่ำกว่า 0.93 เท่า

โดยสร้างสมการทำนายพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมได้ดังนี้

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

**ตารางที่ 8** การทดสอบความเหมาะสมของปัจจัยต้นที่ใช้ในโมเดล (Omnibus Test of Model coefficients)

	Chi - Square	df	Sig
Step	11.39	5	.04
Block	11.39	5	.04
Model	11.39	5	.04

จากตารางที่ 8 ผลการทดสอบโมเดลการถดถอยโลจิสติก พบว่าค่าสถิติการทดสอบไค-สแควร์ (Chi - Square) มีค่าเท่ากับ 11.39 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ปัจจัยต้นที่ใช้ในโมเดลมีความเหมาะสม นั่นคือ มีปัจจัยบางตัวมีผลสำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมได้ ซึ่งผลของการศึกษาในครั้งนี้คือ การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม

**ตารางที่ 9** การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดล (Model Summary)

Step	-2 Log likelihood	Cox and Snell R <sup>2</sup>	Nagelkerke R <sup>2</sup>
1	188.79	0.08	0.10

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ของการทำนายพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 10.00 (Nagelkerke R<sup>2</sup> = 0.10) ซึ่งเป็นผลจากการทำนายด้วยปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงปัจจัยเดียว

**ตารางที่ 10** ความถูกต้องของสมการทำนายสตรีวัยหมดระดูที่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม  
เพียงพอ และสตรีวัยหมดระดูที่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ

	ผลการทำนายจากสมการ		
	พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม		
	เพียงพอ (1)	ไม่เพียงพอ (0)	%ความถูกต้อง
พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม			
เพียงพอ (1)	56	22	71.80
ไม่เพียงพอ (0)	35	32	47.80

จากตารางที่ 10 แสดงประสิทธิภาพของสมการถดถอยโลจิสติกที่ใช้ หมายความว่า เมื่อใช้สมการถดถอยโลจิสติกทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอในสตรีวัยหมดระดู จำนวน 78 คน จะพบว่า มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอ จำนวน 56 คน สามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 71.80 และเมื่อใช้สมการถดถอยโลจิสติกทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ จำนวน 67 คน จะพบว่า มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ จำนวน 32 คน สามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 47.80

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research) โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจด้วยแมมโมแกรม ของสตรีวัยหมดระดู
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรรที่มีต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม ที่มีต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ของสตรีวัยหมดระดู

ประชากรวิจัย คือ สตรีวัยหมดระดู อายุระหว่าง 45–59 ปี ที่มารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร ช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 14 มกราคม 2558 ถึง 14 พฤษภาคม 2558

กลุ่มตัวอย่างการวิจัย คือ สตรีวัยหมดระดู อายุระหว่าง 45–59 ปี ที่มารับบริการรักษาในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร ช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 14 มกราคม 2558 ถึง 14 พฤษภาคม 2558 ซึ่งคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) มีการรับรู้ปกติ สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้ดี การได้ยินปกติ มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ไม่มีแผล หรือไม่มีการอักเสบติดเชื้อบริเวณเต้านม

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม 3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม 4) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม 5) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม 6) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม และ 7) แบบสอบถามพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80, 0.92, 0.85, 0.94 และ 1.00 ตามลำดับ ยกเว้นแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมวัดเป็นค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ในการวัด มีค่าเท่ากับ 0.80 และมีค่าความเที่ยงในการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับสตรีวัยหมดระดูที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน

30 คน มีค่าแอลฟาครอนบาค (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.73, 0.86, 0.87, 0.63, และ 0.90 ตามลำดับ ยกเว้นแบบสอบถามพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมมีค่าความเที่ยงการทดสอบซ้ำ (Test-retest) เท่ากับ 0.99 หลังจากนั้นนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 145 คน มีค่าความเที่ยง (ยกเว้นแบบสอบถามพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม) เท่ากับ 0.74, 0.81, 0.87, 0.84 และ 0.60 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) ด้วยสถิติทดสอบถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) ซึ่งรูปแบบของการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเป็นวิธีแบบนำเข้าพร้อมกัน (Enter)

## สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานดังนี้

1. พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู โดยพิจารณาจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจแมมโมแกรม ทั้งนี้หมายถึง การที่สตรีวัยหมดระดูมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม 1) การไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี 2) การตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปีร่วมกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน 3) การไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปีร่วมกับการไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี และ 4) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้ง 3 วิธีร่วมกันคือ ทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน การไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปี และการไปตรวจแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี จัดเป็นมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 53.79

ส่วนพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ คือ 1) มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนเพียงอย่างเดียว 2) การไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปีเพียงอย่างเดียว 3) การตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ 4) การเคยตรวจเต้านมอย่างน้อยวิธีใดวิธีหนึ่งแต่ด้วยความถี่ไม่เหมาะสม และ 5) การไม่เคยตรวจเต้านมด้วยวิธีใดๆเลย

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม มีดังนี้

2.1 ปัจจัยที่ลดโอกาสการทำนายว่าพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม (OR=0.92) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม (OR=0.98) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสทำนายว่าพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอ คือ การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม (OR=1.01) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.3 ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม คือ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม

2.4 ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม (OR=0.93)

โดยสร้างสมการถดถอยได้ดังนี้

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

## อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ผู้วิจัยขอเสนอประเด็นการอภิปรายผล ดังนี้

1. การปฏิบัติพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู(การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจแมมโมแกรม ของสตรีวัยหมดระดู)

2. ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้อัตราการมีโอกาสการถูกทำนายว่าเรามีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอลดลง

3. ปัจจัยที่ไม่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม และการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม

## 1 พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดู 145 คน พบว่า

1.1 พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 53.79 ซึ่งจัดว่ายังมีระดับต่ำจากการพูดคุยสอบถามกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดูให้ข้อมูลว่า การที่ตนตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้วมาตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์และตรวจแมมโมแกรมด้วยก็เพื่อความมั่นใจของถึงผลการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม แต่หากพิจารณาการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมแต่ละวิธี พบว่า

### 1.1.1 การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การที่กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดูปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สาเหตุที่พบมากที่สุด คือการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 36.60

โดยเฉพาะหลังได้รับการอบรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการรณรงค์ให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 30.30 อาจเป็นผลเนื่องด้วยนโยบายของรัฐบาล หรือการดำเนินของเจ้าหน้าที่ตามดัชนีชี้วัดของหน่วยงาน การกลัวเป็นมะเร็ง ร้อยละ 26.20 และถ้าพบมะเร็งจะได้รับการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ ร้อยละ 21.40 และจากการพูดคุยสอบถาม ผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ข้อมูลว่า เพราะลูกสาวบอกให้ทำ เห็นจากสื่อต่างๆ และการที่อยู่มาพบว่าพี่สาวป่วยเป็นมะเร็งเต้านมทั้งที่อายุเพิ่ง 40 ปีเศษ ซึ่งมีสุขภาพแข็งแรงดีมาตลอด

#### 1.1.2 การไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์

การที่กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดูไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) พบว่า เนื่องจาก การมาตรวจตามนัดมากที่สุดร้อยละ 35.20 รองลงมา คือการตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 28.30 ถ้าพบมะเร็งจะได้รับการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ ร้อยละ 21.40 ได้รับคำแนะนำให้ตรวจร้อยละ 17.90 และมีการรณรงค์ให้ตรวจเต้านมกับแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 7.60 ซึ่งจากการพูดคุยสอบถาม ผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ข้อมูลว่า สาเหตุเพราะมารดาเป็นมะเร็งเต้านม และ มีความผิดปกติจากน้ำนมออกจากหัวนม

#### 1.1.3 การตรวจด้วยแมมโมแกรม

การที่กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดูเคยไปตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม คิดเป็นร้อยละ 76.6 เป็นการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.64 โดยตรวจสม่ำเสมอทุก 1 ปี ร้อยละ 40 และตรวจทุก 2 ปี อย่างสม่ำเสมอร้อยละ 18.60 การไปตรวจการตรวจด้วยแมมโมแกรม พบว่า มาตรวจตามนัดมากที่สุดร้อยละ 51.70 ตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 22.80 ได้รับคำแนะนำให้ตรวจร้อยละ 20.70 ถ้าพบมะเร็งจะได้รับการรักษาตั้งแต่เนิ่นๆ ร้อยละ 18.60 มีการรณรงค์ให้ตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรมร้อยละ 5.50 และจากการพูดคุยสอบถาม ผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ข้อมูลว่า เพราะมารดาเป็นมะเร็งเต้านม และเพราะได้รับยาฮอร์โมนทดแทน

ซึ่งจากการพูดคุยสอบถาม ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ให้ข้อมูลอีกด้วยว่า การที่ปฏิบัติทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนและไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปีหรือตรวจด้วยแมมโมแกรมทุก 1-2 ปีอย่างสม่ำเสมอ นั้น เพื่อความมั่นใจและสบายใจต่อการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม เพราะกลัวเป็นมะเร็งเต้านม

1.2 ส่วนกลุ่มที่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 46.21 ทั้งนี้พบว่า

#### 1.2.1 การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

กลุ่มตัวอย่างมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 36.6 แต่เป็นการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 11.53 และการที่ไม่ปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจากเคยไปตรวจแมมโมแกรมและไม่พบความผิดปกติร้อยละ 15

การคิดว่าผลตรวจไม่แน่นอนไม่เหมือนการตรวจด้วยวิธีแมมโมแกรมร้อยละ 9 เห็นว่าไม่จำเป็น ร้อยละ 5 จากการพูดคุยสอบถามหลายคนให้ข้อมูลว่ารับรู้ว่าเป็นแต่ไม่ได้ใส่ใจ ไม่มีเวลา ไม่มีอาการ และไม่แน่ใจว่าตรวจถูกต้องหรือไม่แม้ว่าจะเคยได้รับการสอนฝึกตรวจมาก่อน ซึ่งสะท้อนให้เห็นด้วยว่า สมรรถนะในการตรวจเต้านมในสตรีกลุ่มนี้นั้นยังอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของปราถนา สติชัยวิภาวี, 2552 ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีสมรรถนะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยเชื่อมั่นว่าตรวจได้ถูกต้องตามขั้นตอนและทำเป็นประจำทุกเดือน มีเพียงร้อยละ 31.3

### 1.2.2 การไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์

การไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ อย่างสม่ำเสมอทุกปีร้อยละ 48.2 แต่เป็นการไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกปีเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 4.81 การที่ไม่ไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ จากการพูดคุยสอบถามกลุ่มตัวอย่างบอกว่าเพราะแพทย์ไม่ได้ระบุให้ตรวจ ไม่มีการจัดตรวจให้ที่คลินิกวิทยทอง ไปตรวจแมมโมแกรมเป็นประจำทุกปีอยู่แล้ว ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนอยู่แล้ว ไม่ได้รับประทานยากลุ่มฮอร์โมนทดแทน ไม่มีอาการ ไม่มีเวลา และมี 1 คน เล่าว่า ตรวจแมมโมแกรมปีก่อนเนื้อเล็กๆ และได้ไปให้นามายเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจให้ แต่เจ้าหน้าที่อธิบายว่าการตรวจด้วยวิธีการคลำจะตรวจไม่พบเพราะก้อนเล็กมาก ให้ติดตามก้อนด้วยการตรวจแมมโมแกรม และมีบางคนที่ยังบอกว่า รับรู้ว่าเป็น แต่ไม่ได้ใส่ใจ และความรู้สึกไม่สบายใจถ้าแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ผู้ชายเป็นผู้ตรวจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความรู้สึกอายซึ่งเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมที่สตรีไทยจะรู้สึกไม่สบายใจต่อการเปิดเผยร่างกาย ส่วนลับของต่อบุคคลอื่นที่มีใช้สามี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดูที่ทำการศึกษารั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้มีสุขภาพเต้านมอยู่ในเกณฑ์ดีไม่ได้มีความเจ็บป่วย

### 1.2.3 การตรวจด้วยแมมโมแกรม

การเคยไปตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม คิดเป็นร้อยละ 76.6 แต่เป็นการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรมทุก 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.64 โดยตรวจสม่ำเสมอทุก 1 ปี ร้อยละ 40 และตรวจทุก 2 ปี อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 18.6 การที่ไม่ไปตรวจด้วยแมมโมแกรม จากการพูดคุยสอบถาม กลุ่มตัวอย่างบอกว่า แพทย์ไม่ได้ระบุให้ตรวจ เคยตรวจแต่ไม่พบความผิดปกติแล้วแพทย์ไม่ได้ระบุให้ตรวจอีก ติดภาระงาน ไม่มีเวลา แพทย์บอกให้ตรวจทุกปีแต่ไม่อยากจะตรวจ เพราะตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอทุกเดือนอยู่แล้ว กลัวเจ็บเต้านม ไม่มีอาการ ไม่ได้ใส่ใจ ได้ควั่นตรวจนาน เป็นปีเลยสิม และผู้ที่เลือกไปตรวจแมมโมแกรมเอกชนเพราะคิวเร็วแต่บอกว่าต้องมาหลายครั้ง คือ 1) แพทย์นัด 2) มาตรวจ 3) มาฟังผล ทำให้ไม่อยากจะตรวจ

2. ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีเพียงตัวแปรเดียว ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม

### 2.1 การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม

การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 32.97$ , S.D. = 8.573) และตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมเป็นปัจจัยที่สามารถนำมาทำนายพฤติกรรมการคัดกรองได้ หมายความว่า การที่สตรีวัยหมดระดูมีความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึก หรือการคาดคะเนที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคที่มีผลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับต่ำ ทำให้การลดโอกาสของการเกิดพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เพียงพอลดลงไม่มาก ดังนั้นในการศึกษานี้กลุ่มสตรีวัยหมดระดูที่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอ (ร้อยละ 53.79) จึงมีจำนวนมากกว่ากลุ่มสตรีวัยหมดระดูที่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ (ร้อยละ 46.21) แต่ความแตกต่างของจำนวนสตรีวัยหมดระดู ทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันไม่มากนัก อธิบายได้ว่าเนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีความซับซ้อนมากกว่าการรับรู้ด้านอุปสรรคเพียงปัจจัยเดียว

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดูที่มีต่อการตรวจเต้านมทั้ง 3 วิธี (การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจแมมโมแกรม) คือ การเห็นว่าไม่มีความจำเป็นรวมร้อยละ 7.6 การกลัวพบก้อนมะเร็งรวมร้อยละ 2.1 ความรู้สึกอายรวมร้อยละ 2.8 ความรู้สึกขัดต่อขนบธรรมเนียมประเพณีร้อยละ 8.5 และจากการพูดคุยสอบถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางคนบอกว่าเคยได้ยินและเกรงว่าจะเกิดอันตราย หากได้รับรังสีจากตรวจแมมโมแกรมบ่อยๆ จึงทำให้ไม่มาตรวจทุกปีตามนัด และยังมีบางคนบอกด้วยว่าวิธีการตรวจแมมโมแกรมที่ต้องกด บีบ และบิดเต้านม อาจทำให้เกิดความชอกช้ำของเต้านม และอาจเป็นสาเหตุให้เป็นมะเร็งเต้านมได้

ตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมเป็นปัจจัยที่สามารถนำมาทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Champion ที่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมในสตรี 588 คน พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีผลต่อความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Champion, 1978) และพบว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อการมีพฤติกรรมด้านสุขภาพในการป้องกันโรค เนื่องจากถ้าบุคคลมีความรู้สึกหรือเชื่อว่าอุปสรรคนั้นมีความยุ่งยากหรือน่ากลัว พฤติกรรมในการป้องกันโรคก็จะลดต่ำลงด้วย (Champion, 1984) ทำนองเดียวกับ Olson and Morse (1996) ที่ได้ศึกษาเชิงคุณภาพถึงสาเหตุที่ทำให้สตรีมีพฤติกรรมการตรวจหรือไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าการที่สตรีไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจากมี



ความรู้สึกกลัวต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม จึงปฏิเสธที่จะรับรู้เรื่องนี้ และมีความเชื่อว่าด้วยว่ามะเร็งเต้านมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งไม่สามารถค้นหาความผิดปกติได้อย่างแท้จริง ซึ่งสุดท้ายก็เสียชีวิตในที่สุด เช่นเดียวกับกับผลการศึกษาของ เมริรัตน์ สุภาพ (2550), วนิดา ทองดินนอก (2550), Salant et al. (2006), Wu and Bancroft (2006), Buranaruangrote (2013) และ Yurdakos et al.(2013) ที่พบว่า ความกลัวว่าจะพบสิ่งผิดปกติที่เต้านม การมองว่าเป็นสิ่งไม่จำเป็นเพราะไม่มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัว การที่เชื่อว่าตนเองจะไม่เป็นมะเร็งเต้านม ความรู้สึกไม่สบายใจต่อการต้องเปิดเผยเต้านม ความไม่สะดวกในการตรวจเต้านม และการมองว่าเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ทำให้มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระดับที่ไม่เพียงพอ

**3. ตัวแปรที่ไม่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีวัยหมดระดู** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม และการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม

### 3.1 การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 30.36$ , S.D. = 3.73) แต่ไม่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม อธิบายได้ว่า ถึงแม้สตรีวัยหมดระดูจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่อาจเป็นเพราะว่าประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่เห็นผลอย่างชัดเจนและไม่เห็นผลดีในทันที Becker et al. (1984) กล่าวว่าไว้ว่าบุคคลที่มีสุขภาพดี ไม่มีประสบการณ์เจ็บป่วย ถึงแม้ว่าการมีความเชื่อหรือการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพหรือการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านมนั้นจะทำให้มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรม แต่การที่ยังไม่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพียงพอ เหตุผลที่สำคัญประการหนึ่งคือ โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่อาการระยะเริ่มแรกที่ไม่ปรากฏอาการให้เห็น การดำเนินของโรคค่อยเป็นค่อยไป แม้กระทั่งบางครั้งที่พยาธิสภาพของโรคอยู่ในระยะมากแล้ว หรือแม้แต่การมีภาวะแทรกซ้อนซึ่งกว่าจะปรากฏอาการให้เห็นเด่นชัดก็ต้องใช้ระยะเวลาานาน แต่การที่ต้องปฏิบัติพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมนั้นกลับต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอโดยต่อเนื่องหรือตลอดชีวิต การไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมไม่สม่ำเสมอนั้น ไม่สามารถมองเห็นผลเสียหรืออันตรายได้อย่างชัดเจนหรือรวดเร็ว หรือแม้กระทั่งการรับรู้แบบผ่านๆ เช่น รับรู้ว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมีประโยชน์ แต่ไม่ได้รู้สึกหรือเชื่ออย่างแท้จริง จึงทำให้ไม่มีความตระหนักมากพอ ดังนั้นสตรีวัยหมดระดูจึงมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระดับที่ไม่เพียงพอ

เหตุผลอีกประการหนึ่งคือ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงาน (ช่วงอายุ 45 – 59 ปี) ซึ่งวัยนี้เป็นวัยที่ยังคงนับว่ามีร่างกายแข็งแรง เป็นวัยที่ยังทำงานเพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจและเพื่อครอบครัว (วิภาพร ศักดิ์สุริยผดุง, 2547) ซึ่งการศึกษานี้พบว่า มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุด ร้อยละ 51.7 และยังประกอบอาชีพอื่นๆ(ยกเว้นแม่บ้าน) อีกร้อยละ 26.9 ทำให้มีเวลาในการดูแลสุขภาพน้อย ซึ่งในการมาตรวจด้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์และการตรวจแมมโมแกรมนั้นยังทำให้ต้องลางานอีกด้วย ความจำเป็นที่ต้องประกอบอาชีพและทำงานนอกบ้าน ในภาวะสังคมเศรษฐกิจในปัจจุบันที่มีค่าครองชีพสูงและมีการแข่งขันกันมากขึ้น การดำเนินชีวิตประจำวันมุ่งที่จะประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ และสตรีวัยนี้ยังเป็นวัยที่มีภาระรับผิดชอบดูแลบุคคลในครอบครัว จึงส่งผลให้มีกิจกรรมประจำวันต่างๆมาก ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพ

### 3.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 19.32$ , S.D. = 4.447) ถึงแม้ว่าจะมีความมั่นใจในการตรวจเต้านม แต่ก็เป็นไปได้ว่ายังคงไม่เชื่อมั่นในผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ร้อยละ 9) อาจเนื่องจากขาดความรู้วิธีการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง ทำให้ไม่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุในช่วง 55-59 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 55.2) ประสาทสัมผัสลดลงเสื่อมไปตามวัย จึงอาจทำให้ความมั่นใจหรือสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เมร์ริตัน สุภาพ (2550) และ Buranaruangrote (2013) ที่พบว่า การไม่ทราบขั้นตอนการตรวจเต้านมที่ถูกต้องทำให้ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง

### 3.3 การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 33.20$ , S.D. = 5.08) อธิบายได้ว่า

1. อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดูอยู่ในวัยทำงาน (ช่วงอายุ 45-59 ปี) ซึ่งเป็นวัยทำงานยังคงมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง โดยเฉพาะการที่ไม่มีอาการผิดปกติของบริเวณเต้านมและต่อมน้ำเหลืองได้รั้งแล้ว จึงไม่เห็นความสำคัญหรือไม่ตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านม ทำให้พฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวภัทร ลีพูลทรัพย์ (2548) ที่พบว่าสาเหตุที่พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเพราะไม่มีความผิดปกติของเต้านม ร้อยละ 73.6

2. มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการทันทีทันใด และใช้ระยะเวลาในการแสดงอาการ ซึ่ง Rosenstock, Strecher and Becker และคณะ (1988) ได้กล่าวไว้ว่าบุคคลที่มีสุขภาพดี ไม่มีประสบการณ์เจ็บป่วย มีผลให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคน้อยลง ดังนั้นจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรค

3. กลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดูที่เคยได้ยีนหรือเคยรู้จัก ญาติ ซึ่งจะบ่งบอกถึงความสัมพันธ์ใกล้ชิดหรือความเกี่ยวข้องทางกรรมพันธุ์ที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมมีร้อยละ 28.8 ซึ่งประวัติการเจ็บป่วยมะเร็งเต้านมในครอบครัว ก็อาจไม่เพิ่มความตระหนักในการมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมสอดคล้องกับการศึกษาของ Moore (1999) ที่อธิบายว่าประวัติการเจ็บป่วยมะเร็งเต้านมในครอบครัวไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง และกลับทำให้เพิ่มความวิตกกังวลมากขึ้น

4. อาจเป็นไปได้ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneous score) เพราะเมื่อพิจารณาด้านการศึกษาแล้ว ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 43.4) ซึ่งการศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่บ่งบอกถึงความรู้ และความรู้ของบุคคลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านความเสี่ยงของการเกิดโรค จึงทำให้ไม่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมกับพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม ดังนั้นจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมได้

ผลของการศึกษานี้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ ตันตินันท์ตระกูล (2549) ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของพยาบาลโรงพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จังหวัดราชบุรี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Howe (1989) ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่มีความเสี่ยงสูง ทำนองเดียวกับการศึกษาของ Hallal (1982) ซึ่งศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัย 18 ปีขึ้นไป จำนวน 201 คน พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง และร้อยละ 25 ของกลุ่มตัวอย่างสตรีวัย 18 ปีขึ้นไปที่มีความเชื่อด้านสุขภาพดีจะมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นบางครั้งเท่านั้น

### 3.4 การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 40.04$  , S.D. = 7.73) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอาจเคยมีประสบการณ์ได้รู้/ได้เห็น/ได้ยินเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคล และปัจจุบันการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีหลากหลายรูปแบบ ทั้งทางสื่อออนไลน์ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือ หนังสือพิมพ์ วารสาร แผ่นพับ และโปสเตอร์ รวมทั้งแหล่งข้อมูลทางด้านบุคคลด้วย เช่น บุคลากรทางการแพทย์ คนในครอบครัว เป็นต้น อีกทั้งนโยบายและการสนับสนุนจากภาครัฐบาล และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่ช่วยกันรณรงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรค เนื่องจากโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งในสตรีอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อประเทศ ดังนั้นจึงอาจส่งผลถึงสตรีวัยหมดระดูให้

มีการรับรู้ความรุนแรงเป็นลักษณะเอกพันธ์ (Homogeneous score) จึงทำให้ไม่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมกับพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ตันตินันท์ตระกูล (2549) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จังหวัดราชบุรี

จากการศึกษาของ Becker et al. (1977) พบว่า ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมียผลต่อการเกิดปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน คือ ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคที่สูงจะเป็นสิ่งขัดขวางในการเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล แต่ถ้าหากระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่ำกลับจะเป็นสิ่งกระตุ้นจูงใจให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคได้

### ข้อจำกัดการวิจัย

แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมมีข้อจำกัดของลักษณะข้อคำถาม เนื่องจากเป็นการสอบถามความรู้ ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปใช้จึงต้องคำนึงถึงข้อจำกัดดังกล่าว อีกทั้งการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการพิจารณาในประเด็นดังกล่าวด้วย

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

##### 1. บทบาททางการพยาบาลต่อการมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม

###### 1.1 ด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

1) การจัดฝึกอบรมสอนตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยพยาบาลในการคลินิกวัยทอง โดยมีการกำหนดเป็นแบบแผน เช่น จัดสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้กับสตรีวัยหมดระดูที่เข้าคลินิกรายใหม่ทุกคน และจัดให้มีวาระการสอนสม่ำเสมอ เช่น ในเดือนสิงหาคม(เดือนวันแม่แห่งชาติ)ของทุกปี เนื่องจากการได้สอบถามพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดูว่าถึงแม้จะเคยได้อบรมฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเองแต่พอนานแล้วก็จำไม่ได้ ซึ่งจะเป็นการช่วยทบทวนและยังเป็นการกระตุ้นเตือนให้เห็นความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อีกนัยหนึ่ง

2) การติดตามหลังให้การอบรมสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการสอบถามถึงการปฏิบัติตามตรวจเมื่อผู้มารับบริการมาเข้าคลินิกวัยทองตามนัด จะเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยกระตุ้นให้สตรีวัยหมดระดูตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และยังเป็นการประเมินพฤติกรรมและความเข้าใจต่อวิธีการคัดกรองมะเร็งเต้านมในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อีกด้วย

### 1.2 ด้านการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์

- 1) ให้ความสำคัญกับบทบาทการให้คำแนะนำให้กับสตรีวัยหมดระดูขอรับการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ประจำปีเมื่อเข้ามาใช้บริการที่คลินิกวิทยทอง
- 2) การรณรงค์ด้วยสื่อ คำขวัญ หรือการกำหนดเดือนแห่งการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ประจำปี เป็นต้น

### 1.3 ด้านการตรวจด้วยแมมโมแกรม

- 1) การรณรงค์ด้วยสื่อ คำขวัญ การกำหนดเดือนแห่งการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม เช่นเดียวกับที่มีการรณรงค์ในต่างประเทศ เป็นต้น
- 2) จัดบริการแจ้งเตือนเมื่อถึงกำหนดวันนัดตรวจแมมโมแกรม เช่น การโทรแจ้ง การส่งข้อความ (sms) หรือทางไลน์ (line) เนื่องจากการได้พูดคุยสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยหมดระดู พบว่า เป็นการนัดช่วงเวลาที่มึนระยะห่างนานมากเป็นปี โอกาสลืมมีความเป็นไปได้สูง สตรีที่มารับบริการในคลินิกวิทยทองจึงต้องการขอให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ช่วยเตือนเมื่อถึงเวลามาตรวจตามนัดแมมโมแกรม

2. การพัฒนาสร้างโปรแกรมของการมีพฤติกรรมตรวจเต้านม โดยอาศัยหลักการเน้นในเรื่องการลดอุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมและเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมตามลำดับ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาในสตรีวัยหมดระดูที่เข้ารับบริการในคลินิกวิทยทองเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี ขึ้นไป
2. ศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรรที่มีต่อพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยแยกการตรวจเต้านมในแต่ละวิธี ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจแมมโมแกรม ของสตรีวัยหมดระดูของสตรีวัยหมดระดู

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. (2542). *วัยหมดระดู (MENOPAUSE)*. ใน สมบูรณ์ คุณาธิคม, สุวินิตย์ ธีระศักดิ์วิเชียร และ ภาคภูมิ โพธิ์พงษ์ (บรรณาธิการ), *นรีเวชวิทยา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนกรัตน์ สุขะตุงคะ. (2557). *เตรียมรับมือกับความเครียด* [ออนไลน์]. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. แหล่งที่มา: [http://www.si.mahidol.ac.th/Th/department/psychiatrics/dept\\_article\\_detail.asp?a\\_id=715](http://www.si.mahidol.ac.th/Th/department/psychiatrics/dept_article_detail.asp?a_id=715) [12 มกราคม 2557]
- กนกอร บุญพิทักษ์. (2555). *ต้านมะเร็งต้องรู้และการดูแลรักษา*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: คอนเซ็ปท์พริ้นท์.
- กรมอนามัย สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. (2556). *แผนงานการดูแลและเฝ้าระวังสตรีไทยจากมะเร็งเต้านม* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.anamai.moph.go.th> [12 มกราคม 2557].
- กรีซ โปธิสุวรรณ. (2551). *Breast disease and breast cancer*. *Family Medicine*, 31 March – 1 April [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.thaifammed.org/doc/11.pdf> [8 พฤศจิกายน 2556]
- กฤษณา จันทร์อรุณ. (2548). *รูปแบบการให้ลูกศึกษาในการตรวจหามะเร็งเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลมหาโพธิ์ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2546). *การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยาณี นาคฤทธิ์. (2541). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยกลางคนในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหิดล. สาขาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โกสินทร์ ยอดแสน. (2551) *ลักษณะของปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมในกลุ่มสตรีชาวไทยภูเขาเผ่าปกากะญอ จังหวัดตาก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สาขาสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *รายงานผลการประเมินด้านพฤติกรรมสุขภาพ: การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป*. นนทบุรี: โรงพิมพ์แห่งชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย.

- การจัดการความรู้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ Knowledge Management Of National Cancer Institute (Thailand). (2556). 5 มะเร็งร้ายกับวัยที่เปลี่ยนแปลง. *นิตยสารสุขภาพ Hospital and Healthcare*, 7(74), 14-15.
- จงกล ศักดิ์ตระกูล. (2543). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคในการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. คณะวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราภรณ์ ศรีนัครินทร์. (2545). *Mammography for CA Breast Screening*. ศรีนัครินทร์เวชสาร, 17(พิเศษ), 177-186.
- จีระพรรณ ศรีหามี่. (2552). แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนจากสามีที่มีผลต่อการตรวจและควบคุมมะเร็งเต้านมของ สตรีวัย 35 - 55 ปี ตำบลจันทาร อำเภอจันทาร จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชมนาด วรรณพรศิริ (2555). การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. พิษณุโลก: ดาวเงินการพิมพ์.
- ชัยวุฒิ ศรีสุขโข. (2554). *ต้านมะเร็งเต้านม*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ชื่น เตชามหาชัย, สายพิน คุสมิทธิ, รัตนา ตั้งชลทิพย์, พิริยา วัฒนารุ่งกานต์ และ อัญชลี อ่อนศรี. (2555). *คู่มือการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลและเฝ้าระวังสตรีไทยจากมะเร็งเต้านม (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ชูลีรัตน์ สารรัตน์. (2546). *ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่รับราชการครู ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชูเกียรติ เพชรสัมฤทธิ์. (2548). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมตนเองของสตรีที่มารับบริการที่คลินิกวัยทอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ตรีชฎาภรณ์ ภัคดีโพธิ. (2555). *มะเร็งเต้านมมีจรรยาเจียบ. เพื่อนสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5, 6(5)*, 1-7.
- ฐิตวันต์ พิทักษ์จางวัฒนา. (2544). *การประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระตุ้นเตือน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ณภัทรอร สุขมา. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่ทำงานในโรงงานเขตนิคมอุตสาหกรรม จังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ณัฐชา ภัทรผดุงกิจ. (2549). มารู้อีกและป้องกันมะเร็งเต้านมกันเถอะ. *วารสารศูนย์บริการวิชาการ*, 14(2), หน้า 19-22.
- คาริน ไต้ะกานี, บุญยิ่ง ทองคุปต์ และ ประดั่งพร ทুমมาลา. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่มารับบริการในคลินิกวัยทองของโรงพยาบาลสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 1, 1-13.
- ทรงพร จันทรพัฒน์, วัฒนา ศรีพจนารถ และ ยูเลียนนา พงศ์ธนสาร. (2541). รายงานการวิจัยผล การสอนโดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ทิพวันย์ เทียรธโรจน์. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ทิพวรรณ เลียบสื่อตระกูล และ กรัณชรัตน์ ปิยนันท์จรัสศรี. (2546). *วัยหมดระดู*. ใน เทเวีย ถิ่นธารา และ ฐิติมา สุนทรสัจ (บรรณาธิการ), *นรีเวชวิทยา*. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- ธิดา นุ่มอยู่. (2551). *การส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเขตอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นิमित เตชไกรชนะ และกระเชียร ปัญญาคำเลิศ. (2543). *ฮอโมนทดแทนในวัยหมดระดู*. ใน นิमित เตชไกรชนะ (บรรณาธิการ), *ฮอโมนทดแทนและมะเร็งเต้านม*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตรา ต้นคำ. (2551). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อความรู้สึกรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทการศึกษา มหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2553). *การสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บงกช เก่งเขตกิจ, เพ็ญศรี ระเบียบ และ สุพรรณิ เอี่ยมรักษา. (2542). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจเต้านมตนเองในสตรีไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 14, หน้า 24-36.



- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง กรรณสุด. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ ชูประดิษฐ์. (2543). *เจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และความตั้งใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปาจริย์ พิลา. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มสตรีวัยทองที่มารับบริการตรวจสุขภาพในคลินิกวัยทองโรงพยาบาลรามาริบัติ*. ศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ปรารธนา สถิติวิภาวี. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยขอนแก่น.
- พาณี วิชศิลป์ศรี. (2555). *การรับรู้และพฤติกรรมการตรวจเต้านมเพื่อค้นหามะเร็งเต้านมของสตรีในเขตอำเภอกะบุรี จังหวัดระยอง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- เพ็ญแข เตชะเสถียร. (2555). *การตรวจพบมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยที่รายงานผล Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) category 4 และ 5 ด้วยวิธีการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์*. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 27(1), หน้า 11-21.
- เพ็ญพิศ จีระภา. (2554). *แรงจูงใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร*. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*, 6(2), หน้า 104-112.
- เพ็ญศรี หงส์พานิช. (2548). *ผลการอบรมแบบเสนอแนะอาสาสมัครเพื่อคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมสตรี*. งานบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มงานบริการผู้ป่วยนอก กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลราชวิถี.
- พรสิริ ฐัฒน. (2552). *ผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบกระบวนการกลุ่มที่มีต่อความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35-60 ปี ตำบลระบำ อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.

- ภัทรภรณ์ พุงป็นคำ, พัชรภรณ์ อารีย์, ทิพาพร วงศ์หงส์สกุล, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์ และ มาลัย มุตตารักษ์. (2547). *ประสบการณ์ชีวิตในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม*. รายงานการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการสภาการวิจัยแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2546.
- ภานุวัฒน์ เลิศสิทธิชัย. (2552). *ศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยาการรักษารักษาตามแนวสหสาขาสำหรับโรคมะเร็งที่พบบ่อยทางศัลยกรรม*. กรุงเทพฯ: เวชสาร.
- มยุรี บุญวรรณ, ขนิษฐา นาคะ และวิภาวี คงอินทร์. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะและความยั่งยืนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 26(1), หน้า 17-24.
- เมธีรัตน์ สุภาพ. (2547). *การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของผู้หญิงกลุ่มอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปในมหาวิทยาลัยขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เมธีรัตน์ สุภาพ และคณะ. (2550). *การรับรู้และพฤติกรรมการตรวจหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกของผู้หญิงกลุ่มอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปในมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, วารสารวิชาการสาธารณสุข. 16(4) : 586-596.
- มาสินี ไพบูลย์, คณิดา ซาดี, สุนัน เลขวรรณวิเศษ, สุมาลี พงศ์ภักทิพย์ และ พจน์ขวัญ อภินิเวศ. (2556). การส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของบุคลากรสตรีแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์วารสาร*, 28(1), หน้า 115-119.
- รังสิรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (CHULA CANCER). (2557). *การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=43> [8 ธันวาคม 2556].
- วาสนา หลาบหนองแสง. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพัฒนาระบบสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชัย วาสนสิริ. (2554). *23 คำถามยอดนิยมเกี่ยวกับโรคเต้านม สมาคมโรคเต้านมแห่งประเทศไทย* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.thaibreast.org/articles/611722/23> [8 ธันวาคม 2556].
- วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2553). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์.
- วันทนีย์ โลหะประกิตกุล. (2558). *เอ็กซ์เรย์เต้านมฟรี ผู้มีปัจจัยเสี่ยงมะเร็งเต้านม (ตอนที่ 3)* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.haamor.com/th/> [19 กรกฎาคม 2558].

- วีรดา คงมาลัย. (2543). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจ  
เต้านมด้วยตนเองของสตรีในเขตชนบท โดยผ่านสตรีอาสาสมัครสาธารณสุข: ศึกษาเฉพาะ  
กรณี จังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาสุขศึกษา  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วิสพร วงศ์วัฒนอนันต์. (2542). *ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการ  
ตรวจเต้านมด้วยตนเอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการส่งเสริม  
สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2554). *การวิเคราะห์พระคัมภีร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2539). *ภาวะหมดประจำเดือน: รู้ให้พอก่อนขอฮอร์โมน*. *สภาการพยาบาล*,  
11(3), 20-29.
- ศศิธร ศรีสุขศิริพันธ์. (2550). *ผลของโปรแกรมการเดินออกกำลังกายที่บ้านต่อความเหนื่อยล้าใน  
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แนวทางการตรวจวินิจฉัย  
และรักษาโรคมะเร็งเต้านม*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง  
ประเทศไทย.
- สมยศ ตีร์คีมี. (2555). *สร้างทางรอดของสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาสห่างไกลมะเร็งเต้านม.  
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข*, 36(2), หน้า 11-  
17.
- สมศักดิ์ โล่เลขา และคณะ. (2556). *กรุงเทพมหานครเฉลิมพระเกียรติ ฯ 81 พรรชามหาราชินี  
รณรงค์หญิงไทยป้องกันมะเร็ง ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมฟรี*. *วงการ  
แพทย์*, 15(398), หน้า 38-39.
- สมหมาย ทองแก้ว. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีที่รับการ  
วางแผนครอบครัวที่สถานอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สายไหม ตุ่มวิจิตร, กรองแก้ว ราชฎรดี และนิภาพันท์ บุญรอด. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ  
พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงในระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัย  
กรุงเทพธนบุรี*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 2(3),  
หน้า 83-87.

- สุชาดา อินทวิวัฒน์ และ ประสงค์ ตันมหาสมุทร. (2554). *วัยหมดระดูและการให้ฮอร์โมน*. ใน *วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร, มณี รัตนโนชยานนท์, ประสงค์ ตันมหาสมุทร, มงคล เบญจาทิบาล และ ไอรีน (บรรณาธิการ), นรีเวชวิทยา ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3. พิมพ์ครั้งที่ 1. ภาควิชาสูติ ศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.*
- สีดา สุจริตกุล. (2541). *ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้หญิงอาชีพรับจ้าง ดูแลสุขภาพในกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนีย์ ชมภูนิช. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 35-59 ปี ในเขตตำบลนางแก้ว อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี*. วิชาสุขศึกษา วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี.
- สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์. (2535). *มะเร็งเต้านมกับ c-erb B-2 oncogene*. *วารสารโรคมะเร็ง*, 18(2), หน้า 126-127.
- สุปรียา ตันสกุล. (2549). *จิตวิทยากับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิบูลย์ การปก.
- สุปรียา ตันสกุล. (2550). *ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์: แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษาและ ส่งเสริมสุขภาพ*. *วารสารสุขศึกษา*, 30 (105), หน้า 1-15.
- สุวภัทร ลีพูลทรัพย์. (2548). *ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วย ตนเองของพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. วิทยาศาสตร์ (เวชศาสตร์ชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรลงคิล, ประไพ อริยประยูร และ แม้นมนา จิระจรัส. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. พิมพ์ครั้งที่ 1. สมุทรปราการ: สันทวิกิจ พรินต์ติ้ง.
- สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, คะนิงนิจ พงศ์ถาวรกมล, กุลชลี พิมพ์พา และ สุพัตรา พรสุขสว่าง. (2554). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมความรู้และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความ เชื่อด้านสุขภาพและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีในชุมชน*. *Journal of Nursing Science*, 29(3), หน้า 64-73.
- สุริพร ธนศิลป์ และคณะ. (2555). *รักษ์เต้านม*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พีริ-วัน.
- สิรยา กิติโยดม. (2555). *ภาวะวัยหมดระดู (Menopause)*. *เวชสารโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา*, 36(1), หน้า 61-65.
- โสพรรณ โปทะยะ. (2532). *การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อด้าน สุขภาพกับการปฏิบัติกรตรวจเต้านมตนเอง ในสตรีอาชีพและระดับการศึกษาต่างกัน*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. คณะวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *Annual Report 2014 (รายงานประจำปี 2557)*. แหล่งที่มา: <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/annual2014.pdf> [4 กรกฎาคม 2558].
- สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *การศึกษาค่าความสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากความบกพร่องทางสุขภาพ (YLD) จากโรคมะเร็ง (Cancers)* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro2-chapter8\(1\).pdf](http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro2-chapter8(1).pdf) [27 กุมภาพันธ์ 2556].
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2555). *อัตราตายโรคมะเร็งเต้านม* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.hiso.or.th/hiso/visualize/index.php?links=v236&show=2&no=40&menu=1> [8 พฤศจิกายน 2556].
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถิติสาธารณสุข* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://bps.moph.go.th/sites/default/files/cancer\\_0.pdf](http://bps.moph.go.th/sites/default/files/cancer_0.pdf) [4 กรกฎาคม 2558].
- เสาวลักษณ์ สุขทัน. (2548). *พฤติกรรมกำบังโรคมะเร็งเต้านม ของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- หทัย ถิ่นธารา และ ฐิติมา สุนทรสัจ. (2546). *วัยหมดระดู*. ใน หทัย ถิ่นธารา และ ฐิติมา สุนทรสัจ (บรรณาธิการ), *นรีเวชวิทยา (GYNECOLOGY)*. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- หัชชา ศรีปลั่ง. (2553). *รายงานโครงการวิเคราะห์คุณภาพข้อมูลมะเร็งและศึกษาสถานการณ์โรคมะเร็งและความสัมพันธ์กับแนวโน้มและการกระจายของปัจจัยเสี่ยงจากแหล่งข้อมูลต่างๆ* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/n\\_report1.pdf](http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/n_report1.pdf) [27 กุมภาพันธ์ 2556].
- หทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2550). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนบริเวณเต้านมในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ*. สำนักปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.
- อภาวรรณ โสภณธรรมรักษ์. (2557). *รับมือวัยทอง ง่ายนิดเดียว* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.thaihealth.or.th/Content/26230> [18 กรกฎาคม 2558].
- อำนาจ จิตรวรรณ. (2556). *การรักษาโรคมะเร็งเต้านม*. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*. 9(1), หน้า 5-14.

- อุมพร นันทธีโร. (2555). อาการนำมาพบแพทย์ของผู้มาตรวจมะเร็งเต้านม. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 27(3), หน้า 252-262.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2554). *เอกสารคำสอน วิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

- Ahn, J., Schatzkin, A., Lacey, J.V., et al. (2007). Adiposity, adult weight change, and postmenopausal breast cancer risk. *Arch Intern Med*, 167(19), 2091-2102.
- Ajithkumar, T.V. and Hatcher, H. M. (2011). *Breast Cancer Oncology*. China: Elsevier.
- Al-Azmy, S. F., Alkhabbaz, A., Almutawa, H. A., Ismaiel, A. E., Makboul, G. and El-Shazly, M. K. (2013). Practicing breast self-examination among women attending primary health care in Kuwait. *Alexandria Journal of Medicine*, 49(3), 281-286. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajme.2012.08.009>.
- American Cancer Society. (2015). *Breast Cancer Prevention and Early Detection* [online]. Available from: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/more-information/breastcancerearlydetection/index> [July 18, 2015].
- American Cancer Society. (2015). *Estimated New Cases for the Four Major Cancers by sex and Age Group, 2015*. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@editoria/documents/document/acspc-044511.pdf> [July 8, 2015].
- American Joint Committee on Cancer. (2015). Breast Cancer Staging [online]. Available from: <https://cancerstaging.org/references-tools/quickreferences/Documents/BreastMedium.pdf> [July 20, 2015].
- Armin, J., Torres, C. H., Vivian, J., Vergara, C. and Shaw, S. J. (2013). Breast self-examination beliefs and practices, ethnicity, and health literacy: Implications for health education to reduce disparities. *Health Education Journal*. doi: 10.1177/0017896912471048.
- Avci, A. I. (2008). Factors associated with breast self examination practices and beliefs in female workers at a muslim community. *Eur J Oncol Nursing*, 12, 127-33.

- Avci, I. A. and Gözüm. S. (2009). Aydın., Gözüm., Comparison Of Two Different Educational Methods On Teachers' Knowledge, Beliefs And Behaviors Regarding Breast Cancer Screening. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 94-101.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Berek, J. S. (2012). *Berek and Novak's Gynecology*. United States of America: LIPPINCOTT WILLIAMS and WILKINS.
- Breastcancer.org. (2013). *U.S. Breast Cancer Statistics 2013* [online]. Available from: [http://www.breastcancer.org/symptoms/understand\\_bc/statistics](http://www.breastcancer.org/symptoms/understand_bc/statistics) [December 10, 2013].
- Broeckel, J. A., Thors, C. L., Jacobsen, P. B., Small, M. and Cox, C. E. (2002). Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, 75, 241-248.
- Buranaruangrote, S., et al., (2013). Factors influencing the stages of breast cancer at the time of diagnosis in Thai women. *Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research*, COLEGN-180; No. of Pages 110. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2012.11.005>.
- Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. *The war Veterans organization of Thailand* [online]. Available from: [http://www.moph.go.th/ops/health\\_50](http://www.moph.go.th/ops/health_50) [December 26, 2012]
- Burn, N., and Grove, S. (2003). *Understanding nursing research*. Saunders: an Elsevier Imprint.
- Callahan, T. L. and Caughey, A. B. (2013). *Blueprints OBSTETRICS and GYNECOLOGY*. China: Lippincott Williams and Wilkins, a Wolters Kluwer business.
- Canbulat, N., and Uzun, O. (2008). Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. *Eur J Oncol Nursing*, 12, 148-56.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2015). *CTFPHC Guidelines: Breast Cancer—Clinician CBE/BSE Recommendation*. [online]. Available from: <http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2011-breast-cancer/clinician-cbe-bse-recommendation/>. [July 18, 2015]

- Chalasan, P., Downey, L., and Stopeck. (2008). Caring for the breast cancer survivor: A Guide for primary care physicians. *The American Journal of Medicine* 123(6): 489-495.
- Champion, V. L. (1987). The relationship of BSE to health belief model variables. *Res Nurs Health*, 16(4), 253-8.
- Champion, V. L. (1984). Instrument development for health belief model constructs. *Advance in Nursing Science*, 6, 73-85.
- Chiarelli, A. M., et al. (2010). Influence of nurses on compliance with breast screening recommendation in an organized breast screening program. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*. 19, 697-706. doi: 10.1158/1055-9965.
- Chlebowski, R. T., Anderson, G. L., Gass, M., Lane, D. S., Aragaki, A. K., Kuller, L. H., et al. (2010). Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women. *JAMA*, 304(15), 1684-92.
- Cohen, M. (2006). Breast Cancer early detection, Health Beliefs, and cancer worries in randomly selected women with and without a family history of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 873-883.
- Dahlui, M., Gan, D. E. H., Taib, N. A. and Lim, J. N. W. (2013). Breast screening and health issues among rural females in Malaysia: How much do they know and practice?. *Preventive Medicine*, 57, S18-S20.
- Demark-Wahnefried, W. and Jones, L.W. (2008). Promoting a healthy lifestyle among cancer survivors. *Hematol Oncol Clin North Am*. 22(2): 319-342.
- Dundar, P. E., Ozmen, D., Ozturk, B., Haspolat, G., Akyildiz, F., Coban, S., et al. (2006). The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey, *BMC Cancer*, 6, 43.
- Ekachampaka, P., Wattanamano, N., Siriluk, S. and Taverat, R. (2008). *Health status and health problems of Thai people*. In S. Wibulpolprasert (Ed.), pp. 242-245. Thailand health profile 2005-2007.
- Erbil, N., and Bölükbaş, N. Beliefs, Attitudes and Behavior of Turkish Women about Breast Cancer and Breast Self-Examination According to a Turkish Version of the Champion Health Belief Model Scale. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 13(11), 5823-5828. doi: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.11.5823>



- Eroğlu, N. U. and Kılıç, D. (2011). Knowledge, attitude and beliefs women attending mammography units have regarding breast cancer and early diagnosis. *Asian Pacific Journal Cancer Prev*, 12, 1855-60.
- Glanz, K., Lewis, F., M. and Rimer, B. K. (1977). *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bess Publishers.
- Güth, U., Huang, D. J., Huber, M., Schötzau, A., Wruk, D., Holzgreve, W., et al. (2008). Tumor size and detection in breast cancer: Self-examination and clinical breast examination are at their limit. *Cancer Detection and Prevention*, 32(3), 224-228. doi: 10.1016/j.cdp. 2008.04.002.
- Henderson, K. D., Lu, Y., and Bernstein, L. (2011). *Obesity and Physical Activity: Breast Cancer*. In Vincent, J., DeVita, T., Lawrence, T. S. and Risenberg, S. A. (Eds.), *Cancer Principles and Practice of Oncology the United States*: Lippincott Company.
- Jahan, S., Al-Saigul, A.M., and M.H. Abdelgadir. (2006). Breast cancer: knowledge, attitudes and practices of breast self-examination among women in Qassim region of Saudi Arabia. *Saudi Journal of Medicine*, 27 : 1737-1741.
- Jatoi, I. and Miller, A.B. (2003). Why is breast-cancer mortality declining?. *Lancet Oncol*, 4(4), 251-4.
- Jirojwong, S., MacLennan, R. (2003). Health beliefs perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai Migrants in Brisbane. *J Adv Nursing*, 41, 241-249.
- Karayurt, O., Ozmen, D., and Cetinkaya, A.C. (2008). Awareness of breast cancer risk factors and practice of breast self examination among high school students in Turkey. *BMC Public Health*, 8, 358-68.
- Kim, J. I., Kyong, O. O., Chun, Y. L., Hyo, S. M., Eil S. C. and Rhayun, S. (2011). Breast Cancer Screening Practice and Health-Promoting Behavior Among Chinese Women. *Korean Society of Nursing Science*, 53(3),: 151-196.
- Lu, Z. J. (2001). Effectiveness of breast self-examination nursing interventions for Taiwanese community target group. *Journal of Advanced Nursing*, 34(2), 163-170. doi: 10.1046/ j.1365-2648.2001.01741.x.

- Mehra Shirazi. (2006). *Breast Cancer Screening Behaviors Among Immigrant Iranian Women in the United States*. A dissertation. Oregon State University.
- Miller, A. B., and Baines, C. J. (2011). The role of clinical breast examination and breast self-examination. *Preventive Medicine*, 53(3), 118-120. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.05.001>
- Miller, N. H. and Jensen, R. T. (2008). Giffen Behavior and Subsistence Consumption. *American Economic Review*, 98(4): 1553-77.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Harirchi, A.M., Sajadian, A., khaleghi F., et al. (2008). Breast cancer in Iran: need for greater women awareness of warning signs and effective screening methods. *Asia Pacific Family Medicine*, 7, 6.
- Morimoto, L. M., White, E., Chen, Z., et al. (2002). Obesity, body size and risk of postmenopausal breast cancer: The women's health initiative (United States). *Cancer Causes Control*, 13(8), 741-751.
- Naidoo, J. and Wills, J. (2000). *Health promotion : Foundations for practice*. (2nd eds). London: Bailliere Tindall.
- National Cancer Institute, U.S. National Institute of Health. (2005). *Theory at a glance : A guild for health promotion*. U.S. National Institute of Health.
- National Cancer Institute. (2015). *Risk and Protective Factors*. [online]. Available from: [http://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-treatment-pdq#section/\\_1](http://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-treatment-pdq#section/_1). [July 19, 2015]
- Newton E. V. and Grethlein S. J. (2015). *Breast Cancer Screening* . [online]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1945498-overview>. [July 18, 2015]
- Noe, J. F., and Muss, H. B. (2012). *Breast Cancer Prevention*. In K. M. Bellizzi and M. A. Gosney (Eds.), *CANCER AND AGING HANDBOOK RESEARCH AND PRACTICE* . pp. 71-84. Canada: John Weiley and Sons.
- Oluwatosin. (2012). Primary health care nurses' knowledge practice and client teaching of early detection measures of breast cancer in Ibadan. *BMC Nursing*, 11, 22. doi: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/11/22>.
- Olson, K. L. and Morse, J. M. (1996). Explaining breast self-examination practice. *Journal of Health Care for Woman International*, 17, 575-591.

- Powe, B. D., Underwood, S., Canales, M. and Finnie, R. (2005). Perceptions about breast cancer among college students: implications for nursing education. *Journal Nursing Education*, 44, 257-65.
- Reisi, M., Javadzade, S. H. and Sharifirad, G. (2013). Knowledge, attitudes, and practice of breast self-examination among female health workers in Isfahan, Iran. *Journal Education Health Promotion*, 2, 46. doi: 10.4103/2277-9531.117417. PMID: 24251282 [PubMed].
- Ritte, R., Lukanova, A., Tjønneland A., Olsen, A., Overvad, K., Mesrine, S., et al. (2013). *Int Journal Cancer*, 132(11), 2619-29. doi: 10.1002/ijc.27913.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. and Becker, M. H. (1988). Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Ruchala, P. L. (2013). Young and Middle Adults. In Potter, A. P., Perry, A. G., Patricia, A. S., and Hall, A. M., (eds.). *FUNDAMENTALS OF NURSING (8th ed)*. Canada: Mosby, an affiliate of Elsevier.
- Rutledge, D. N., Barsevick, A., and Knof, M. (2003). Bookbinder, M. Breast cancer detection: knowledge, attitudes and behaviors of woman from Pennsylvania. *Onco-Nurse Forum*, 1032-1034.
- Sadler, G. R., Ko, C. M., Cohn, J. A., While, M., Weldon, R. N. and Wu, P. (2007). Breast cancer knowledge, attitudes and screening behaviors amongs African American women: the Black cosmetologists promoting health program. *BMC Public Health*, 7, 57.
- Sauter, E. R. and Daly, M. B. (2010). *Breast Cancer Risk Reduction and Early Detection: Risk Factors*. pp. 1-22. New York: Springer Science Business Media.
- Shahrbabaki, P. M., Farokhzadian, J., Hasanabadi, Z., and Hojjatoleslami, S. (2012). The evaluation of the educational plan of breast self-examination of women referring to health centers. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 31(0), 913-917. doi: org/ 10.1016 j.sbspro.2011.12.168
- Siegel, R., Naishadham, D., Jemal, A. (2013). *Cancer statistic 2013. CA : A Cancer Journal for Clinicians*, 63(1), 11-30, January/February. [online]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21166/pdf>. [November 10, 2013]

- Smith, R. A., Manassaram-Baptiste, D., Brooks, D., Cokkinides, V., Doroshenk, M., Saslow, D., and Brawley, O. W. (2014). Cancer screening in the United States, 2014: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 64(1), 30-51 doi: 10.3322/caac.21212
- Tabar, L., Vitak, B., Chen, H. H., Duffy, S. W., Yen, M. F., Chiang, C. F., et al. (2000). The Swedish two-country trial twenty years later: Updated mortality results and new insights from long-term follow-up. *Radiol Clin North Am*, 38(4), 625-651.
- Tanjasiri, S. P., Kagawa-singer, M., Foo, M. A., Chao, M., Linayao-Putman I., Lor, Y. C., et al. (2003). Breast cancer screening among Hmong woman in California. *Journal Cancer Educ*, 16, 50-54.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlational procedures for research* New York: Gradner press.
- Thuler, L. C. S. and Freitas, H. G. (2007). Evaluation of a community-based intervention to enhance breast cancer screening practices in Brazil. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14, 1012-1017.
- Thornton, H. and Pillarisetti, R. R. (2008). 'Breast awareness' and 'breast self-examination' are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do?. *European Journal of Cancer*, 44(15), 2118-2121. doi: org/10.1016/j.ejca.2008.08.015
- Thuler, L. C. S. and Freitas, H. G. (2007). Evaluation of a community-based intervention to enhance breast cancer screening practices in Brazil. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14, 1012-1017.
- Tu, S. P., Reisch, L. M., Taplin, S.H., Kreuter, W. and J.G. Elmore. (2006). Breast self-examination: self-reported frequency, quality, and associated outcomes. *Journal Cancer Education*, 21, 175-181.
- Wardle, J., Steptoe A., Smith, H., Groll-Knapp, E., Koller, M., Smith, D., et al. (1995). Breast self-examination: Attitudes and practices among young women in Europe. *European Journal of Cancer Prevention*, 4(1), 61-68.
- Wu Ty, B. J. (2006). Filipino American women's perception and experiences with breast cancer screening. *Oncol Nurs Forum*, 33, 7, 1-8.

- Yilmaz, M., Guler, G., Bekar, M., and Güler, N. (2010). Risk of Breast Cancer, Health Beliefs and Screening Behaviour among Turkish Academic Women and Housewives. *Asian Pacific Journal Cancer Prev*, 12, 817-822.
- Yurdakos, K., Gulhan, Y. B., Unalan, D., and Ozturk, A. (2013). Knowledge, attitudes and behaviour of women working in government hospitals regarding breast self - examination. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention*, 14(8), 4829-4834.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. พ.ต.ท.วรเทพ กิจทวี - นายแพทย์ (สบ 3) โรงพยาบาลตำรวจ  
- ศัลยแพทย์เชี่ยวชาญพิเศษด้านศัลยกรรม  
ฝ่าตัดเต้านม
2. รองศาสตราจารย์ พันตำรวจตรีหญิง  
ดร.พวงเพ็ญ ชูณหะวัณ - อาจารย์พยาบาล
3. นางสุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิล - ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล  
อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ เชี่ยวชาญด้าน  
มะเร็งเต้านม โรงพยาบาลรามธิบดี
4. นางเบญจรัตน์ ธรรมปรีชาพงษ์ - ผู้อำนวยการพิเศษพยาบาล 7 ฝ่ายการพยาบาล  
ศูนย์สิริกิติ์บรมราชินีนาถ  
- ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล  
อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ เชี่ยวชาญด้าน  
มะเร็งเต้านม ศูนย์สิริกิติ์บรมราชินีนาถ  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
5. อาจารย์สายใหม่ ตุ่มวิจิตร - หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ  
ผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

ภาคผนวก ข  
เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย



โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ  
๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดย คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง.....๑๐/๒๕๕๘

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีวัยหมดระดู
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	PREDICTING FACTORS OF BREAST CANCER SCREENING BEHAVIORS AMONG MENOPAUSAL WOMEN
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	พ.ต.ท.หญิงรัศมี โชติแสงสาคร พยาบาล (สบ ๓) กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 13 January 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๒. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 13 January 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๓. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 13 January 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๔. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 13 January 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๕. อัตตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๑๓ มกราคม ๒๕๕๘
วันหมดอายุ	๑๒ มกราคม ๒๕๕๙

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ  
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล ผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรอง  
โครงการวิจัย

พันตำรวจเอก.....  
( เสรี อีรพงษ์ )

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย  
ของโรงพยาบาลตำรวจ

พลตำรวจตรี.....  
( ธนา ชูระเจน )

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย  
ของโรงพยาบาลตำรวจ



ที่ IRB/RTA 504/2558



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยศาสตร์  
317 ถนนราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

รหัสโครงการ: Q009q/58

ชื่อโครงการวิจัย: "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีวัยหมดระดู"  
[PREDICTING FACTORS OF BREAST CANCER SCREENING BEHAVIORS AMONG  
MENOPAUSAL WOMEN.]

เลขที่โครงการวิจัย: -

ชื่อผู้วิจัยหลัก: พันตำรวจโทหญิง รัตมี โชติแสงสาคร

สังกัดหน่วยงาน: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำการวิจัย: โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เอกสารรับรอง:

- (1) โครงร่างการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 2 วันที่ 30 มีนาคม 2558
- (2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 30 มีนาคม 2558
- (3) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 30 มีนาคม 2558
- (4) แบบสอบถาม ฉบับที่ 1 วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2558
- (5) ประวัตีย่อย พ.ต.ท.หญิง รัตมี โชติแสงสาคร ฉบับที่ 1 วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2558
- (6) ประวัตีย่อย พ.ต.ท.หญิง จุฑาทวี กลิ่นเฟื่อง ฉบับที่ 2 วันที่ 30 มีนาคม 2558
- (7) ประวัตีย่อย รศ.ดร.สุวีพร ธนศิลป์

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย  
กรมแพทยศาสตร์ ว่าสอดคล้องกับปฏิญญาเฮลซิงกิ และแนวปฏิบัติ ICH GCP

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงร่างการวิจัย: 9 เมษายน 2558  
วันสิ้นสุดการรับรอง: 8 เมษายน 2559  
ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: รายงานความก้าวหน้าทุก 1 ปี

.....  
พลตรีหญิง เยาวนา ณะพัฒน์  
ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.

.....  
พันเอกสทพล อนันต์น้ำเจริญ  
เลขาธิการและอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย พบ.



### บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สทว.รพ.ร.๖/วพม.

โทร.๙๓๖๘๑

ที่ กท ๐๔๔๖.๑๖/๐๕๑

วันที่ ๒๖ เม.ย.๕๘

เรื่อง ขออนุญาตครุฑที่เก็บข้อมูลงานวิจัย

เรียน ผ.อ.รพ.ร.๖ (ผ่าน รอง ผอ.รพ.ร.๖(๑))

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๒๖๓ ลง ๒๕ ก.พ. ๕๘

๑. ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความร่วมมือมายัง รพ.ร.๖ ให้ พ.ต.ท. หญิง รัศมี โชติแสงสาคร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีหมัดระดู" ในการนี้ขอ ขออนุญาตครุฑที่ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในสตรีวัยหมดระดูที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่มารับบริการที่คลินิกวัยทอง จำนวน ๑๐๐ คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม แบบสอบถามการรับรู้ความรู้แรงของการเป็นมะเร็งเต้านม แบบสอบถามการรับรู้ ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็ง แบบสอบถามความ เชื่อมั่นในการตรวจเต้านม แบบสอบถามปัจจัยชักนำให้ตรวจเต้านม และแบบสอบถามพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็ง เต้านม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานเรื่องวันและเวลาในการเก็บข้อมูลอีกครั้ง โดยโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณา จากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยพบแล้วเมื่อวันที่ ๙ เม.ย. ๕๘ นั้น

๒. สทว.รพ.ร.๖/วพม. พิจารณาแล้วเห็นควรดำเนินการดังนี้

๒.๑ สำเนาส่ง กองสุติฯ รพ.ร.๖ เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

๒.๒ ขออนุมัติให้ พ.ต.ท. หญิง รัศมี โชติแสงสาคร เข้าเก็บข้อมูลได้

๒.๓ นำเรียน ผอ.รพ.ร.๖ และ รอง ผอ.รพ.ร.๖(๒) เพื่อกรุณาทราบ

จึงเรียนมาเพื่อกรุณาพิจารณา หากเห็นสมควรกรุณาอนุมัติในข้อ ๒.

พ.อ.รศ.

(วิระชัย วัฒนวิระเดช)

ทน.สทว.รพ.ร.๖/วพม.

-ทราบ

- อนุมัติตามเสนอในข้อ ๒.

รับคำสั่ง ผอ.รพ.ร.๖

พ.อ.

(วิศาล ศรีโพธิ์ทองนาค)

รอง ผอ.รพ.ร.๖(๑)

๒๓ เม.ย. ๕๘

ภาคผนวก ค  
เอกสารอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย



**INDIANA UNIVERSITY**

SCHOOL OF NURSING  
Center for Research and Scholarship

October 28, 2014

Miss Rutsamee Chotsangsakorn  
Graduate student of Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Bangkok, Thailand

Dear Ms. Chotsangsakorn,

Thank you for your interest in my work. You have permission to modify and use the Champion Revised Health Belief Model Scale as long as you cite my work and send me an abstract of your completed project.

Sincerely,

Victoria Champion, Ph.D., R.N., F.A.A.N.  
Distinguished Professor  
Edward W. and Sarah Stam Cullipher Endowed Chair  
Associate Director Cancer Prevention and Control/Population Sciences  
Indiana University Simon Cancer Center

VC:dg



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่หนังสือที่
ว.ด.ป.
เวลา

ที่ ศธ 0514.10/๔4๘๖

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

15 สิงหาคม 2557

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ฝ่ายวิชาการ
เลขที่หนังสือที่
ว.ด.ป.
เวลา

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ 0512.11/0711 ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2557 (บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับวันที่ 21 กรกฎาคม 2557)

ตามหนังสือที่อ้างถึงซึ่งพันตำรวจโทหญิง รัศมี โชติแสงสาคร นิสิตปริญญาโทบัณฑิต  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยจากวิทยานิพนธ์ของ  
นายปรารถนา สติติภาวี คุชฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยินดีให้พันตำรวจโทหญิง รัศมี โชติแสงสาคร  
ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ แต่ทั้งนี้ ต้องมีการอ้างอิงที่มาของเครื่องมืออย่างถูกต้อง  
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

(๒)

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัญชลี ติตตะวะศาสตร์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์ (043) 202420 ต่อ 42423

โทรสาร (043) 202421



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
แผนกสารบรรณ
เลขที่หนังสือรับ ๑๑๖๒
ว.ค.ป. ๑๓๖๒
เวลา ๑๑.๐๐๗

ที่ ศธ 0514.10/3๖๔๑

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

๒๖ พฤศจิกายน 2557

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ฝ่ายวิชาการ
เลขที่หนังสือรับ ๑๑๖๒
ว.ค.ป. ๑๓๖๒
เวลา ๑๑.๓๕๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์  
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ 0512.11/1411 ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2557

ตามหนังสือที่อ้างถึงซึ่ง พ.ต.ท.หญิง รัศมี โชติแสงสาคร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยจากวิทยานิพนธ์ของ  
นางสาวเมธีรัตน์ สุภาพ มหบัณฑิต สาขาวิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น เรื่อง “การรับรู้และพฤติกรรมการตรวจหามะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกของ  
ผู้หญิงกลุ่มอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปในมหาวิทยาลัยขอนแก่น” ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น  
ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยินดีให้ พ.ต.ท.หญิง รัศมี โชติแสงสาคร  
ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ แต่ทั้งนี้ ต้องมีการอ้างอิงที่มาของเครื่องมืออย่างถูกต้อง  
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัญชลี ติตตะวะศาสตร์,  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ  
รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย)

โทรศัพท์ (043) 202420 ต่อ 42423

โทรสาร (043) 202421

ภาคผนวก ง  
ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

1

แบบสอบถามชุดที่.....  
โรงพยาบาล.....

**แบบสอบถาม**


**เรื่อง** ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีวัยหมดระดู

**คำชี้แจง:** 1. การตอบแบบสอบถามนี้ จัดทำขึ้นเพื่อขอความร่วมมือจากท่านในการศึกษาเรื่องมะเร็งเต้านม ข้อมูลที่ท่านตอบจะถือเป็นความลับและจะไม่มีการรายงานข้อมูลใดที่ระบุไปถึงท่าน


2. แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 8 ส่วน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 66 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	11 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม	10 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม	12 ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม	7 ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม	16 ข้อ
ส่วนที่ 6	แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการตรวจเต้านม	7 ข้อ
ส่วนที่ 7	แบบสอบถามพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม	3 ข้อ


3. เพื่อความเข้าใจตรงกัน ภาพตัวอย่างวิธีการตรวจเต้านม



ตรวจด้วยตนเอง



ตรวจโดยแพทย์ /พยาบาล/  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข



ตรวจด้วย  
แมมโมแกรม

4. ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือนของท่านมา ณ โอกาสนี้

พ.ศ.ท. ทฤัง รักษ์มี โชติแสงสาคร  
นิสิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีวัยหมดระดู

## ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง : ขอความกรุณาตอบคำถามทุกข้อ

โปรดเติมคำในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ลงใน  หน้าข้อความตามความเป็นจริง

1. อายุ ..... ปี (จำนวนเต็มปี)
2. น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร
3. ศาสนา .....
4. สถานภาพสมรส
  - 1. โสด
  - 2. คู่
  - 3. หม้าย, หย่า, แยกกันอยู่
5. ถ้ามีบุตรแล้ว ท่านมีบุตรคนแรกเมื่ออายุเท่าไร..... ปี
6. ระดับการศึกษา
 

<input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	<input type="checkbox"/> 4. ปวส
<input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 6. ปริญญาโท, ปริญญาเอก
7. อาชีพ
 

<input type="checkbox"/> 1. แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> 2. รับจ้าง / พนักงานบริษัท
<input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย	<input type="checkbox"/> 4. ทำธุรกิจ
<input type="checkbox"/> 5. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ โปรดระบุ.....
8. ท่านเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกอายุ..... ปี
9. ท่านหมดประจำเดือนเมื่ออายุ ..... ปี
  - 8.1 หมดเพราะ  1. ตามธรรมชาติ  2. ผ่าตัด
10. ถ้าท่านได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน ท่านได้รับมาแล้ว..... ปี ..... เดือน
11. ท่านเคยพบเห็นหรือเคยได้ยิน คนรู้จักหรือญาติเป็นมะเร็งเต้านมมาก่อนหรือไม่
 

<input type="checkbox"/> 1. เคยพบ / เคยได้ยิน	<input type="checkbox"/> 2. ไม่เคยพบ / ไม่เคยได้ยิน
---	---

( ถ้าเคยพบ / เคยได้ยิน ให้ตอบข้อ 11.1, 11.2 )

11.1 เกี่ยวข้องกับท่านเป็น.....

11.2 รักษาด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

.....

ข้อต่อไปนี้เป็นข้อความกรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับการรับรู้ (ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือ ความรู้สึก) ของท่านดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	การรับรู้ของท่านตรงกับข้อความนั้นอย่างมาก
เห็นด้วย	หมายถึง	การรับรู้ของท่านตรงกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่สามารถบอกได้ว่าท่านรับรู้ข้อความนั้นหรือไม่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	การรับรู้ของท่านไม่ตรงกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	การรับรู้ของท่านไม่ตรงกับข้อความนั้นอย่างมาก

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม

ข้อความคำถาม	ระดับการรับรู้ (ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือ ความรู้สึก)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. อายุยิ่งมาก ยิ่งเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น					
2. ผู้หญิงสูดดมมีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่า.....					
3. มีประจำเดือนครั้งแรกยิ่งอายุน้อย .....					
4. การมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี .....					
5. ผู้หญิงที่อ้วนหรือมีน้ำหนักตัวมาก.....					
6. โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่.....					
7. การรับประทานยาฮอร์โมนทดแทนเป็นเวลานาน....					
8. การดื่มสุรา.....					
9. การรับประทานอาหาร ปิ้งย่าง หรือ เผา .....					
10. การรับประทานอาหารที่ไขมันสูง.....					



**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม

ข้อความ	ระดับการรับรู้ (ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือ ความรู้สึก)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันคิดว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่น่ากลัว					
2. ฉันรู้สึกกลัว .....					
3. ถ้าฉันเป็นโรคมะเร็งเต้านม .....					
4. โรคมะเร็งเต้านมอาจมีผลกระทบต่อ.....					
5. ถ้าฉันเป็นโรคมะเร็งเต้านม .....					
6. ถ้าฉันเป็นโรคมะเร็งเต้านม แล้วต้องตัดเต้านมออก .....					
7. ถ้าฉันเป็นโรคมะเร็งเต้านม โรคนี้อาจมีผลกระทบต่อ การทำงานในอาชีพของฉัน .....					
8. ถ้าฉันเป็นโรคมะเร็งเต้านม ฉันและคนใน ครอบครัว.....					
9. ถ้าฉันเป็นโรคมะเร็งเต้านม ฉันอาจมีชีวิตรอยู่ได้ ไม่นาน					
10. ถ้าเป็นมะเร็งเต้านม ฉันอาจจะไม่สบาย และ.....					
11. ถ้าฉันเป็นมะเร็งเต้านม จะทำให้สมาชิกใน ครอบครัว.....					
12. ถ้าฉันเป็นมะเร็งเต้านม ฉันกลัวว่าเพื่อนๆ จะไม่ยอมรับ .....					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม

ข้อความถาม	ระดับการรับรู้ (ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือ ความรู้สึก)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<p><u>“ถ้าฉันสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเอง”</u> ร่วมกับ  <u>“การไปตรวจเต้านมโดยผู้เชี่ยวชาญ หรือตรวจด้วย            แมมโมแกรม”</u> ( ใช้ถามในข้อ 1 - 7 )</p>					
1. ทำให้ฉันรู้สึกดี.....					
2. เมื่อผลตรวจปกติ ฉันจะไม่กังวลมาก .....					
3. จะทำให้ฉันพบก้อนเนื้องอกขนาดเล็กได้ .....					
4. หากฉันตรวจพบก้อนในระยะเริ่มแรก .....					
5. ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง เต้านม.....					
6. โอกาสที่ฉันจะต้องผ่าตัดเต้านม.....					
7. ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา .....					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม

ข้อความ	ระดับการรับรู้ (ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือ ความรู้สึก)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
“การตรวจเต้านมด้วยตนเอง” และ / หรือ “การ ไปตรวจเต้านมโดยผู้เชี่ยวชาญ หรือตรวจ ด้วยแมมโมแกรม” ( ใช้ถามในข้อ 1 – 10 )					
1. ทำให้ฉันรู้สึกอาย					
2. ทำให้ฉันรู้สึกลำบากใจ					
3. ฉันไม่มีเวลาส่วนตัวเพียงพอที่จะตรวจ					
4. ฉันคิดว่าเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา					
5. ฉันไม่กล้าตรวจเพราะกลัวว่าจะพบสิ่งผิดปกติ					
6. การที่ฉันปกติ ไม่มีอาการ.....					
7. ฉันมีปัญหาหลายปัญหาที่สำคัญ.....					
8. การตรวจจะทำให้ฉันกังวลเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม					
9. ฉันไม่จำเป็นต้องตรวจ เพราะคิดว่าอะไรจะเกิด ก็ต้องเกิด.....					
10. ฉันไม่จำเป็นต้องตรวจ เพราะ.....					
11. ฉันไม่จำเป็นต้อง “ตรวจเต้านมด้วยตนเอง” เพราะ.....					
12. ฉันไม่ทราบขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง					
13. ฉันกลัวว่าการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม .....					
14. ฉันคิดว่าการตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม .....					
15. การตรวจแมมโมแกรมบ่อยๆ .....					
16. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ .....					

**ส่วนที่ 6** แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม

ข้อความ	ระดับการรับรู้ (ความคิดเห็น ความเชื่อ หรือ ความรู้สึก)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันรู้วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง					
2. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเอง .....					
3. ถ้าฉันมีก้อนที่เต้านม.....					
4. เมื่อฉันถอดเสื้อส่องกระจกตรวจดูเต้านม.....					
5. ฉันสามารถใช้ 3 นิ้ว คือ นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง .....					
6. ฉันสามารถตรวจคลำก้อนผิดปกติบริเวณรักแร้ .....					

**ส่วนที่ 7** แบบสอบถามพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านม

1. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง หรือไม่

เคยปฏิบัติ

(ถ้าเคยปฏิบัติ ตอบข้อ 1.1, 1.2)

**1.1 ความถี่ ในการปฏิบัติ**

ปฏิบัติส่วนน้อย (นานกว่า 6 เดือน/ครั้ง)

ปฏิบัติบ้างครั้ง (4-5 เดือน/ครั้ง)

ปฏิบัติส่วนมาก (2-3 เดือน/ครั้ง)

ปฏิบัติทุกเดือน

**1.2 สาเหตุ ที่ปฏิบัติ**

เนื่องจาก (ตอบ ได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. กลัวเป็นมะเร็ง
2. ถ้าพบมะเร็งจะได้รักษาแต่เนิ่นๆ
3. ได้รับคำแนะนำ
4. มีการรณรงค์ให้ตรวจ
5. อื่นๆ โปรดระบุ.....

ไม่เคยปฏิบัติเลย

(ถ้าไม่เคยปฏิบัติ ตอบข้อ 1.3)

**1.3 สาเหตุ ที่ไม่ปฏิบัติ**

เนื่องจาก (ตอบ ได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ไม่เคยรู้เรื่องการตรวจวิธีมาก่อน
2. รู้สึกอาย
3. เห็นว่าไม่จำเป็น
4. กลัวพบก้อนมะเร็ง
5. เคยตรวจแมมโมแกรม ไม่พบความผิดปกติ
6. ขัดข้องบนธรรมชาติประเพณี
7. อื่นๆ โปรดระบุ.....

2. ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ท่านไปรับการตรวจเต้านมโดยแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือไม่

เคยไปตรวจ

·  
·  
·  
·

ไม่เคยไปตรวจเลย

3. ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ท่านไปรับการตรวจแมมโมแกรม หรือไม่

เคยไปตรวจ

·  
·  
·  
·

ไม่เคยไปตรวจเลย

ภาคผนวก จ  
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 11 การปฏิบัติการคัดกรองมะเร็งเต้านมในแต่ละวิธีของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145)

การคัดกรองมะเร็งเต้านม	จำนวน	ร้อยละ
<b>การตรวจเต้านมด้วยตนเอง</b>		
ไม่เคยตรวจ	40	27.60
เคยตรวจ	105	72.40
ตรวจสม่ำเสมอทุกเดือน	53	36.60
<b>การไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์</b>		
ไม่เคยไปตรวจ	46	31.70
เคยไปตรวจ	99	68.30
ไปตรวจสม่ำเสมอทุกปี	62	42.80
<b>การไปตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม</b>		
ไม่เคยไปตรวจ	34	23.40
เคยไปตรวจ	111	76.60
ไปตรวจสม่ำเสมอทุก 1 ปี	58	40.00
ไปตรวจสม่ำเสมอทุก 2 ปี	27	18.60

จากตารางที่ 11 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 72.40 แต่ที่มีการตรวจอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน มีเพียงร้อยละ 36.60 เคยไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 68.30 และตรวจอย่างสม่ำเสมอทุกปี คิดเป็นร้อยละ 42.8 และ เคยไปตรวจแมมโมแกรม คิดเป็นร้อยละ 76.60 ตรวจอย่างสม่ำเสมอทุก 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 และตรวจอย่างสม่ำเสมอทุก 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.60

ตารางที่ 12 สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145)

สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านม	BSE		CBE		Mammography	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
<b>สาเหตุที่ปฏิบัติ</b>						
ตรวจตามนัด	N/A		51	35.20	75	51.70
ไปตรวจสุขภาพประจำปี	N/A		41	28.30	33	22.80
กลัวเป็นมะเร็ง	38	26.20	-	-	-	-
ถ้าพบมะเร็งจะได้รับการดูแลแน่นอน	31	21.40	31	21.40	27	18.60
ได้รับคำแนะนำ	53	36.60	26	17.90	30	20.70
มีการรณรงค์ให้ตรวจ	44	30.30	11	7.60	8	5.50
ไม่แน่ใจในผลตรวจ	9	6.20	N/A		N/A	
เพราะได้รับฮอร์โมนทดแทน	N/A		N/A		1	0.70
<b>สาเหตุที่ไม่ปฏิบัติ</b>						
ไม่เคยรู้เรื่องการตรวจวิธีนี้มาก่อน	4	2.80	5	3.40	-	-
รู้สึกอาย	1	0.70	1	0.70	2	1.40
เห็นว่าไม่จำเป็น	5	3.40	4	2.80	5	3.40
กลัวพบก้อนมะเร็ง	1	0.70	1	0.70	1	0.70
เคยตรวจแมมโมแกรมไม่พบความผิดปกติ	14	9.70	8	5.50	N/A	
<b>ติดต่อขอรับบริการ</b>						
ติดต่อขอรับบริการไม่สะดวก	5	3.40	2	1.4	10	0.70
คิดว่าผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่แน่นอน	9	6.80	N/A		N/A	
<b>ตรวจด้วยตนเอง</b>						
ตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่แล้ว	N/A		16	11.0	1	0.70
แพทย์ไม่ได้นัดตรวจ	N/A		2	1.4	17	11.70
ค่าใช้จ่ายสูง	N/A		-	-	2	1.50
กลัวเจ็บเต้านม	N/A		-	-	2	1.40

BSE ( Breast Self Examination)

= การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

CBE ( Clinical Breast Examination)

= การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์

Mammography

= การตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม

N/A : Not application

= ไม่สามารถประเมิน หรือ ไม่ได้ประเมิน

จากตารางที่ 12 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สาเหตุส่วนใหญ่จากการได้รับคำแนะนำร้อยละ 36.60 รองลงมาคือการรณรงค์ให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 30.30 ส่วนการไปรับการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์และการไปตรวจด้วยแมมโมแกรม สาเหตุส่วนใหญ่คือไปตรวจตามนัด ร้อยละ 35.20 และ 51.70 ตามลำดับ และรองลงมาคือ การไปตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 28.30 และ 22.80 ตามลำดับ ส่วนสาเหตุที่ไม่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สาเหตุส่วนใหญ่พบว่าเพราะเคยตรวจแมมโมแกรมแล้วไม่พบความผิดปกติร้อยละ 9.70 รองลงมาคือไม่เชื่อในผลตรวจเต้านมด้วยตนเองคิดว่าผลที่ได้ไม่แน่นอนร้อยละ 6.80 ส่วนสาเหตุส่วนใหญ่ที่ไม่ไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ คือ ตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่แล้ว ร้อยละ 11 รองลงมาคือ เพราะเคยได้รับตรวจแมมโมแกรมแล้วไม่พบความผิดปกติพบร้อยละ 5.50 และสาเหตุส่วนใหญ่ที่ไม่ไปตรวจแมมโมแกรมคือ แพทย์ไม่นัดตรวจพบร้อยละ 11.70 รองลงมาคือ เห็นว่าไม่จำเป็นร้อยละ 3.40

**ตารางที่ 13** การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145)

การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสูง (36.68 - 50.00 คะแนน )	36	24.80
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับปานกลาง (23.34 - 36.67 คะแนน )	107	73.80
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับต่ำ (10.00 - 23.33 คะแนน )	2	1.40

$\bar{X} = 33.20$ , S.D. = 5.078, Median = 34, Min - Max : 15 - 50

จากตารางที่ 13 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.80

**ตารางที่ 14** การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145)

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสูง (44.01 - 60.00 คะแนน )	50	34.50
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับปานกลาง (28.01 - 44.00 คะแนน )	90	62.10
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับต่ำ (12.00 - 28.00 คะแนน )	5	3.40

$\bar{X} = 42.04$ , S.D.= 7.729, Median = 42, Min - Max : 12 - 60

จากตารางที่ 14 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.10



**ตารางที่ 15** การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145)

การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสูง (25.67 - 35.00 คะแนน )	138	95.20
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับปานกลาง (16.34 - 25.66 คะแนน )	5	3.40
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับต่ำ (7.00 - 16.33 คะแนน )	2	1.40

$\bar{X} = 30.36$ , S.D.= 3.73, Median = 30 , Min - Max : 14 – 35

จากตารางที่ 15 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระดับสูง ร้อยละ 95.20

**ตารางที่ 16** การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145)

การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสูง (56.67 - 80.00 คะแนน )	1	0.70
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับปานกลาง (37.34 - 58.66 คะแนน )	36	24.80
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับต่ำ (16.00 - 37.33 คะแนน )	108	74.50

$\bar{X} = 32.97$  , S.D.= 8.57 , Median = 34 , Min - Max : 16 - 59

จากตารางที่ 16 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งหมายถึงการมีความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึก หรือการคาดคะเนที่ไม่ถูกต้องถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในการมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งเต้านมในระดับต่ำ ร้อยละ 74.20

**ตารางที่ 17** การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 145)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับสูง (25.67 – 35.00 คะแนน)	47	32.40
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับปานกลาง (16.34 – 25.66 คะแนน)	88	60.70
กลุ่มที่มีการรับรู้ระดับต่ำ (7.00 – 16.33 คะแนน)	10	6.90

$\bar{X} = 23.55$ , S.D.= 4.58, Median = 24 , Min - Max : 11 - 39

จากตารางที่ 17 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.70

**ตารางที่ 18** แหล่งข้อมูลของพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในแต่ละวิธีของกลุ่มตัวอย่างสตรีวัย  
หมดระดู (n = 145)

แหล่งข้อมูล	BSE		CBE		Mammography	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
<b>เคยได้รับข่าวสารหรือคำแนะนำ</b>						
สื่อออนไลน์	32	24.20	28	21.20	25	18.90
โทรทัศน์ / วิทยุ	69	52.30	48	36.40	40	30.30
หนังสือ/หนังสือพิมพ์/นิตยสาร	46	34.80	28	21.20	27	20.50
แผ่นพับ /โปสเตอร์	69	52.30	47	35.60	41	31.10
แพทย์	84	63.60	88	66.70	106	80.30
พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่	94	71.20	89	67.40	73	55.30
สาธารณสุข	21	15.90	16	12.10	21	15.90
คนในครอบครัว หรือญาติ	41	31.10	37	28.00	35	26.50
เพื่อน	20	15.20	18	13.60	14	10.60
คนไข้ที่รื้อตรวจด้วยกัน						
BSE ( Breast self-examination)	= การตรวจเต้านมด้วยตนเอง					
CBE ( Clinical breast examination)	= การตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์					
Mammography	= การตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม					
%	= ร้อยละ					

จากตารางที่ 18 ผลการศึกษา พบว่า แหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารหรือคำแนะนำให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองและให้ไปตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ทางการแพทย์ มาจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุดร้อยละ 71.10 และร้อยละ 67.40 ตามลำดับ ส่วนการได้รับข่าวสารหรือคำแนะนำให้ไปตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรมจะมาจากแพทย์มากที่สุดร้อยละ 80.30

### ดัชนีมวลกาย

ตารางที่ 19 การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกของดัชนีมวลกาย

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Sig.	$\beta$	95.0% C.I. for $\beta$	
							Lower	Upper
ดัชนีมวลกาย	0.34	0.35	0.97	1	0.33	1.40	0.34	0.35
Constant	0.02	0.21	0.01	1	0.92	1.02	0.02	0.21

Nagelkerke  $R^2 = .01$

จากตารางที่ 19 เมื่อนำมาตัวแปรดัชนีมวลกายมาวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผลวิเคราะห์แสดงว่า ดัชนีมวลกายไม่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

### การได้รับฮอร์โมนทดแทน

ตารางที่ 20 การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกของการได้รับฮอร์โมนทดแทน

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Sig.	$\beta$	95.0% C.I. for $\beta$	
							Lower	Upper
การได้รับฮอร์โมนทดแทน	0.39	0.34	1.29	1	0.26	0.68	0.35	1.33
Constant	0.39	0.27	2.10	1	0.15	1.48		

Nagelkerke  $R^2 = .04$

จากตารางที่ 20 เมื่อนำมาตัวแปรการได้รับฮอร์โมนทดแทนมาวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผลวิเคราะห์แสดงว่า การได้รับฮอร์โมนทดแทนไม่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

### การเคยพบความผิดปกติบริเวณเต้านมหรือต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้

ตารางที่ 21 การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกของการเคยพบความผิดปกติบริเวณเต้านมหรือต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Sig.	$\beta$	95.0% C.I. for $\beta$	
							Lower	Upper
การเคยพบความผิดปกติบริเวณเต้านมหรือต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้	.88	.46	3.71	1	.05	.42	.17	1.02
Constant	.30	.19	2.68	1	.10	1.35		

Nagelkerke  $R^2 = .04$

จากตารางที่ 21 เมื่อนำมาตัวแปรการเคยพบความผิดปกติบริเวณเต้านมหรือต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้มาวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผลวิเคราะห์แสดงว่า การเคยพบความผิดปกติบริเวณเต้านมหรือต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ ไม่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

พันตำรวจโทหญิง รัศมี โชติแสงสาคร เกิดเมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ.2514 สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ เมื่อปีการศึกษา 2537 และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ แผนกศัลยกรรมอุบัติเหตุ เป็นเวลา 18 ปี ปฏิบัติงาน ในตำแหน่งพยาบาล (สบ 3) กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ก่อนลาศึกษาต่อระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2555 จนถึงปัจจุบัน

