Factors related to breast self examination behavior in Thai women living in Ongkharak District Nakhonnayok[1,2]

Sirinoot Buranaruangrote[3]

Received: June 11, 2015 *Accepted: July 6, 2015*

Abstract

This cross-sectional study is aimed to explore the relationships of predisposing factors as age, educational attainment, and breast cancer knowledge and breast self examination (BSE) and reinforcing factor as health care provider's recommendations to perform BSE with BSE behavior in Thai women living in Ongkharak district Nakhonnayok Thailand. The PRECEDE–PROCEED planning model by Green & Kreuter (1991) was used as a theoretical framework. The participants were 400 Thai women who sought treatment at out-patient department of university hospital in Ongkharak district Nakhonnayok. The participants were recruited based on the criteria previously set. Data were collected by means of a set of 3 questionnaires: 1) demographic data, 2) breast cancer knowledge and BSE, and 3) health care provider's recommendations to perform BSE and BSE behavior. Percentage, Chi-square and Contingency Coefficient were used for data analysis. The results revealed that age, educational attainment, breast cancer knowledge and BSE, and health care provider's recommendations to perform BSE were significantly related to BSE behavior in Thai women living in Ongkharak district Nakhonnayok as respectively ($p < .001$), ($p < .05$), ($p < .05$) and ($p < .001$). Based on these findings, to make Thai women aware of and have regular of BSE behavior it is recommended that nurses should give advice, care, support, and encourage all Thai women from aged 20 years about breast cancer knowledge and BSE training correctly and consistently. The BSE training should be repeated at intervals regularly and continuously.

Keywords: Breast self examination, Thai women, Ongkharak, PRECEDE–PROCEED planning model

[1] Research article
[2] Research funding: Revenue of Srinakharinwirot University
[3] Lecturer in Adult and Elderly Nursing Department, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University
Email: sbunoot@gmail. Tel. 08-9478-9478

 ลิขสิทธิ์โดย สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในสตรีไทยเขตอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก[1,2]

สิรินุช บูรณะเรืองโรจน์[3]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ คือ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง และปัจจัยเสริม คือ การได้รับคำแนะนำจากแพทย์/บุคลากรการแพทย์เกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทยเขตอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยใช้รูปแบบการวางแผน (PRECEDE–PROCEED planning model) ของ Green & Kreuter (1991) เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีไทยที่ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก จำนวน 400 ราย โดยเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บข้อมูลโดยให้ตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง และ 3) การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองจากแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วิเคราะห์โดยสถิติไค-สแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์ความมีเงื่อนไข ผลการวิจัย พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการได้รับคำแนะนำจากแพทย์/บุคลากรการแพทย์เกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างเหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับดังนี้ ($p < .001$, $C = 0.20$), ($p < .05$, $C = 0.17$), ($p < .05$, $C = 0.13$) และ ($p < .001$, $C = 0.31$) ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย คือ พยาบาลควรให้คำแนะนำ ดูแล ช่วยเหลือและสนับสนุนส่งเสริมให้สตรีไทยทุกคนที่อายุตั้งแต่ 20 ปี มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้สตรีมีความรู้เรื่องโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น สำคัญควรให้มีการทบทวนการตรวจเต้านมด้วยตนเองซ้ำเป็นระยะๆอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้สตรีมีความมั่นใจและชำนาญในการตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งจะส่งผลให้สามารถค้นพบความผิดปกติต่างๆได้เร็วขึ้น ลดโอกาสการสูญเสียเต้านมและภาวะคุกคามชีวิตของสตรีลงได้

คำสำคัญ: การตรวจเต้านมด้วยตนเอง สตรีไทย องครักษ์ รูปแบบการวางแผน

---

[1] งานวิจัย

[2] เงินรายได้มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

[3] อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
Email: sbunoot@gmail.com โทร 08-9478-9478

 ลิขสิทธิ์โดย สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มีรายงานจากสถิติทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งระดับประเทศ (Cancer in Thailand, Volume V, 2001-2003 ซึ่งตีพิมพ์ในปีพ.ศ. 2553) ว่าที่ผ่านมามะเร็งเต้านมพบเป็นอันดับ 2 ในสตรีไทย แต่ตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 มะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับ 1 ในสตรีไทย (Attasara, Srivatanakul, & Sriplung, 2010) และเมื่อพิจารณาประกอบกับสถิติทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งระดับโรงพยาบาล (Hospital-based cancer registry) ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติจะพบว่าสตรีไทยป่วยเป็นมะเร็งเต้านมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปีโดยเฉพาะอย่างยิ่งพบอัตราการเกิดโรคในสตรีไทยที่มีอายุน้อยเป็นจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆอีกด้วย(สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) ดังนั้น มะเร็งเต้านมจึงกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของสตรีไทย เนื่องจากเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์อันหมายถึงสัญญาลักษณ์ความเป็นสตรีเพศ (Remennick, 2006) และเป็นเหตุให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Buranaruangrote, Sindhu, Mayer, Ratinthorn, & Khuhaprema, 2014) ความตื่นตัวเรื่องการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีไทยจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นและควรให้ความสนใจ อย่างไรก็ตามวิธีป้องกันมะเร็งเต้านมในระดับปฐมภูมินั้นทำได้ค่อนข้างยากเนื่องจากยังไม่มีหลักฐานทางการแพทย์ใดที่สามารถอธิบายสาเหตุ กลไกการเกิดโรคได้อย่างชัดเจนประกอบกับลักษณะโรคสามารถแพร่กระจายไปสู่อวัยวะหรือต่อมน้ำเหลืองได้โดยไม่ปรากฏอาการ (American Cancer Society [ACS], 2013; Pegram & Casciato, 2009) ดังนั้น การป้องกันในระดับทุติยภูมิซึ่งหมายถึงการค้นพบโรคให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะลดโอกาสการสูญเสียเต้านมรวมถึงภาวะคุกคามชีวิตสตรีจากมะเร็งเต้านมลงได้ (ACS, 2013; Mousavi, Harirchi, Ebrahimi, Mohagheghi, Montazeri, Jarrahi, et al., 2008; Pegram & Casciato, 2009)

วิธีค้นหามะเร็งเต้านมหรือที่นิยมเรียกกันโดยทั่วไปว่าการตรวจคัดกรองที่สตรีทุกคนทำได้ง่ายและสะดวกที่สุด คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งสมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society [ACS], 2013) ได้แนะนำให้สตรีทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สม่ำเสมอ อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง สำหรับประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 กระทรวงสาธารณสุขก็ได้ประกาศให้การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นนโยบายแห่งชาติ (National Policy) สำหรับสตรีไทยเพื่อใช้ในการค้นหามะเร็งเต้านมด้วยเช่นกัน ดังนั้น หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องจึงมีการรณรงค์ สนับสนุนและส่งเสริมให้สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำสม่ำเสมอทุกๆเดือน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง แต่จากสถิติซึ่งรายงานใน Thailand Health Profile Report 2008 – 2010 พบว่า ในปี พ.ศ. 2547 สตรีไทยที่มีอายุ 15–59 ปี ตรวจเต้านมด้วยตนเองมีประมาณ 50% แต่อีก 2 ปีต่อมาคือ ปี พ.ศ.2549 มีเพียง 25% และในปี พ.ศ. 2551 – 2552 ลดลงอีก คือ เหลือประมาณ 24% เท่านั้น (Ekachampaka & Wattanamano, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Buranaruangrote, Sindhu, Mayer, Ratin thorn, & Khuhaprema (2014) ที่พบว่า สตรีไทยมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองประมาณ 50% เท่านั้น จากข้อมูลนี้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสนใจ พิจารณาหาสาเหตุเพื่อเพิ่มจำนวนสตรีไทยที่ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้มากขึ้นอันจะเป็นการลดโอกาสการสูญเสียเต้านม

และภาวะคุกคามชีวิต ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคคลากรในทีมสุขภาพจึงมีความสนใจที่จะศึกษาค้นหาเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์และส่งผลให้สตรีไทยมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอันจะนำไปสู่การวางแผนพัฒนาวิธีการรณรงค์ให้สตรีไทยมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ชัดเจน

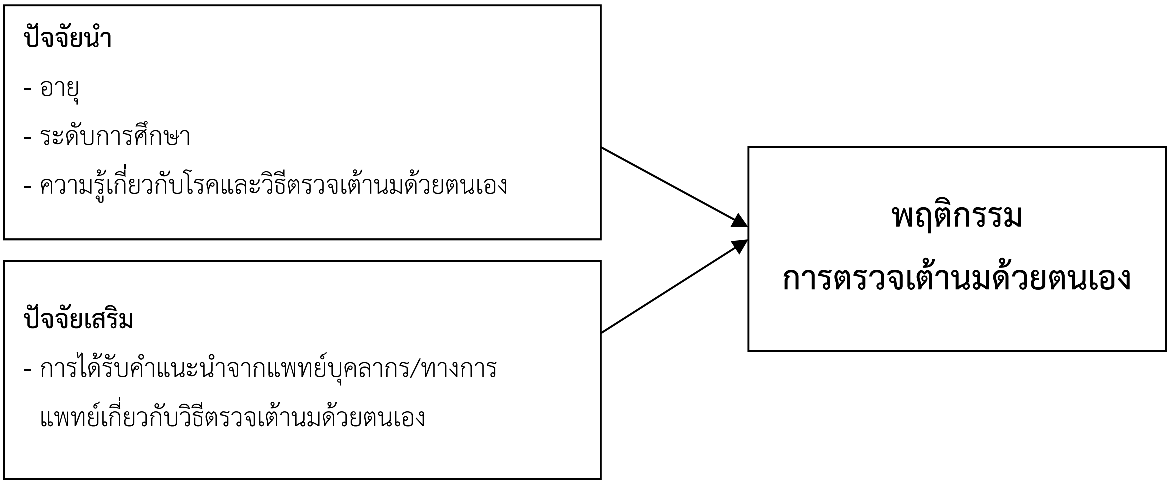
กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนกรอบทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนเชิงนโยบาย พบว่า รูปแบบการวางแผน (PRECEDE–PROCEED planning model) ของกรีนและกรูเตอร์ (Green & Kreuter, 1991) เป็นทฤษฎีที่สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแบบสหปัจจัย (Multiple factors) ได้ครอบคลุมอันจะนำไปสู่การกำหนดแผนการแก้ไขปัญหาได้ รูปแบบการวางแผนนี้จะคำนึงถึงปัจจัยที่สำคัญ คือ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ซึ่งหมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่จะส่งเสริมหรือยับยั้งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ และปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor) คือ แรงจูงใจหรือรางวัลที่ได้รับจากบุคคลอื่นที่ตัวบุคคลนั้นให้ความสำคัญซึ่งจะส่งผลให้เกิดการกระตุ้นหรือยับยั้งพฤติกรรมของบุคคลให้คงอยู่หรือหมดไปก็ได้

การศึกษาที่ผ่านมาของ Hall, Khoury, Lopez, Lisovicz, Avis-Williams, & Mitra (2008) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและวิธีตรวจคัดกรองของสตรีจะช่วยลดการรับรู้ที่ผิดๆเกี่ยวกับโรคและกำจัดทัศนคติเชิงลบที่มีผลต่อการป้องกันและการรักษามะเร็งเต้านมในขณะเดียวกันจะช่วยสนับสนุนส่งเสริมความเข้าใจที่ว่าอัตราการรอดชีวิตจากการเป็นมะเร็งเต้านมจะมีความเป็นไปได้ถ้าได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มแรก ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจคัดกรองจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อและการรับรู้ที่ผิดๆของสตรีอันอาจส่งผลให้สตรีมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ในที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยภายในตัวบุคคล ซึ่งได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา คือปัจจัยสำคัญและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอีกด้วย กล่าวคือ สตรีที่มีอายุมาก มีระดับการศึกษาสูง จะตระหนักและทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าสตรีที่มีอายุน้อยหรือมีการศึกษาต่ำ (Gornick, Eggers, & Riley, 2004; Lantz, Mujahid, Schwartz, Janz, Fagerlin, Salem, et al., 2006) ประกอบกับสตรีไทยโดยทั่วไปจะให้ความเชื่อถือและปฏิบัติตามข้อมูล ความรู้/คำแนะนำที่เกี่ยวกับสุขภาพจากแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ Sangchan, Tiansawad, Yimyam, & onghongkul, 2008) ดังนั้น การได้รับคำแนะนำจากแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับวิธีตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจึงอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีได้เช่นกัน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สตรีที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ให้ปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับมากกว่าสตรีที่ไม่ได้รับคำแนะนำ(Fox, Murata, & Stein, 1991; Luengo, Lazalo, Madero, Alvira, Fitch, Azcona, et al., 1996) ดังนั้น การรณรงค์ หรือการแนะนำให้สตรีไทยทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำสม่ำเสมอ อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้งซึ่งเป็นนโยบาย

แห่งชาติที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้จึงถือว่าเป็นปัจจัยเสริมตามกรอบรูปแบบการวางแผน

จะเห็นว่า พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นปัจจัยที่ต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากตัวสตรีเองและบุคลากรทางการแพทย์ การศึกษาถึงความสัมพันธ์ดังกล่าวจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อนำไปสู่ความเข้าใจซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้รูปแบบการวางแผนเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ และเลือกศึกษา ปัจจัยนำ ซึ่งประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา และความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง และปัจจัยเสริม คือ การได้รับคำแนะนำจากแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยเชื่อมโยงตัวแปรที่ศึกษา ดังแสดงในภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ซึ่งได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง และปัจจัยเสริม คือ การได้รับคำแนะนำจากแพทย์/บุคลากรการแพทย์เกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทยเขตอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยนำ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา และความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง และปัจจัยเสริม คือ การได้รับคำแนะนำจากแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทยเขตอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ประชากร คือ สตรีไทยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในเขตอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่เดือนมีนาคม ปี พ.ศ 2557 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ 2557 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของยามาเน่ (Yamane, 1967) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างใน

 ลิขสิทธิ์โดย สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การศึกษาครั้งนี้จำนวน 400 ราย โดยมีเกณฑ์การเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้คือ 1) สตรีไทยอายุตั้งแต่ 20 ปี 2) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) อาศัยอยู่ในเขตอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์ที่ไม่เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีปัญหาทางจิต/โรคประสาท 2) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือสภาพไม่พร้อมสำหรับการให้ข้อมูล เช่น หายใจเหนื่อยหอบหรือมีอาการปวดรุนแรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด

2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวปฏิบัติ (Guideline) เรื่องโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองของสมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (ACS, 2013) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้เนื้อหามีความชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม แบบให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจและไม่ทราบ ทั้งนี้ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องในแต่ละข้อคำถามจะได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ดังนั้นคะแนนเต็มจึงเท่ากับ 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน ≤ 12 แสดงว่า มีความรู้น้อยเกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง คะแนนตั้งแต่ 13 - 15 แสดงว่า มีความรู้ปานกลางเกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง และคะแนน ≥ 16 แสดงว่ามีความรู้มากเกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับสตรีที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (Kuder-Richardson [KR-20]) เท่ากับ 0.70 และเท่ากับ 0.71 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย

3) แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองจากแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้เนื้อหามีความชัดเจนครอบคลุมมากขึ้น ประกอบด้วย คำถามปลายปิด จำนวน 3 ข้อ แบบให้เลือกตอบ เคยหรือไม่เคย เช่น คุณเคยได้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองบ้างหรือไม่ คุณเคยได้รับการสอนและ/หรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองบ้างหรือไม่ คุณเคยตรวจเต้านมด้วยตนเองบ้างหรือไม่ ทั้งนี้ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า เคย จะให้รหัส 1 แต่ถ้าไม่เคยจะให้รหัส 0

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1) ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลดังกล่าว เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงเริ่มการวิจัย โดยผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือ พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อ

กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นยินยอม จากนั้นแจกแบบสอบถามพร้อมอธิบายวิธีตอบโดยละเอียด เปิดโอกาสให้ซักถามและให้อิสระในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านสายตาหรือมีความพิการของแขนหรือมือ แต่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์โดยใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที ในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างรอพบแพทย์

3) นำข้อมูลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์

จริยธรรมการวิจัย งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรอง SWUE/X-027/2556

การวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง วิเคราะห์ด้วย ความถี่และร้อยละ และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ซึ่งประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง และปัจจัยเสริม คือ การได้รับคำแนะนำจากแพทย์/บุคลากรการแพทย์เกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างเหมาะสม โดยสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) และค่าสัมประสิทธิ์ความมีเงื่อนไข เนื่องจากไค-สแควร์ เป็นสถิติที่ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรซึ่งข้อมูลมีค่าในมาตรวัดในมาตรานามบัญญัติ (Nominal scale) และต้องอยู่ในรูปความถี่ เป็นอิสระจากกัน ทั้งนี้ความถี่ที่คาดหวังในแต่ละกลุ่ม/ประเภทต้องไม่น้อยกว่า 5 ในกรณีที่ df ≥ 2 ผลการทดสอบจะทราบแต่เพียงว่าตัวแปรทั้ง 2 ตัวนั้นมีความสัมพันธ์กันหรือไม่เท่านั้นและไม่ทราบว่ามีความสัมพันธ์ในทิศทางใด (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2550)

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด คือ ร้อยละ 91.5 (366 คน) มีอายุ < 40 ปี ร้อยละ 96 (384 คน) มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 82.3 (329 คน) นับถือศาสนาพุทธ ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง คือ ร้อยละ 51 (204 คน) มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา รองลงมา คือ ร้อยละ 22.3 (89 คน) มีการศึกษาในระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร นอกจากนี้มีกลุ่มตัวอย่างมากถึงร้อยละ 65.8 (263 คน) มีความรู้น้อยเกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง และรองลงมา คือ ร้อยละ 24.8 (99 คน) มีความรู้ปานกลางเกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง และร้อยละ 66 (264 คน) เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในขณะที่น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 41.8 (167 คน) เคยได้รับข้อมูล/คำแนะนำจากแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ และร้อยละ 57.5 (230 คน) เคยมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองแต่มีเพียงร้อยละ 15 (60 คน) เท่านั้นที่มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทย เขตอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ดังนี้

2.1.ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และ ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองดัง แสดงในตารางที่ 1 – 3 ตามลำดับดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n = 400)

อายุ (ปี)	พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		รวม	การทดสอบ
	ไม่มี	มี	(n =400)	ทางสถิติ
< 40	319(93.8%)	47 (78.3%)	366	χ^2= 15.7**
≥ 40	21 (6.2%)	13 (21.7%)	34	

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n = 400)

ระดับการศึกษา	พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		รวม	การทดสอบ
	ไม่มี	มี	(n =400)	ทางสถิติ
ประถมศึกษา	25 (7.4%)	9 (15.0%)	34	χ^2= 11.0*
มัธยมศึกษา	155 (45.6%)	19 (31.7%)	174	
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร หรือเทียบเท่า	115 (33.8%)	17 (28.3%)	132	
≥ ปริญญาตรี	45 (13.2%)	15 (25.0%)	60	

* p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ < 40 ปี มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ≥ 40 ปี คือ ร้อยละ 78.3 (47 คน) และ 21.7 (13 คน) ตามลำดับ

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มากที่สุด คือ ร้อยละ 31.7 (19 คน) รองลงมาคือ ระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตรหรือเทียบเท่าร้อยละ 28.3 (17 คน) และกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยที่สุด คือร้อยละ 15 (9 คน)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n = 400)

ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง	พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		รวม	การทดสอบ
	ไม่มี	มี	(n =400)	ทางสถิติ
น้อย	230 (67.6%)	33 (55.0%)	263	χ^2= 7.1*
ปานกลาง	83 (24.4%)	16 (26.7%)	99	
มาก	27 (7.9%)	11 (18.3%)	38	

* p < .0

จากตารางที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้น้อยเกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มากที่สุด คือ ร้อยละ 55 (33 คน) รองลงมาคือ มีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปานกลาง และ มาก คือ ร้อยละ 26.7 (16 คน) และ 18.3 (11 คน) ตามลำดับ

2.2 ปัจจัยเสริม คือ การได้รับคำแนะนำจากแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนี้

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n = 400)

การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง	พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		รวม	การทดสอบทางสถิติ
	ไม่มี	มี	(n =400)	
ไม่เคยได้รับ	220 (64.7%)	13 (21.7%)	233	$\chi^2 = 38.9^{**}$
เคยได้รับ	120 (35.3%)	47 (78.3%)	167	

** p < .001

ตารางที่ 5 ร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่เคยและไม่เคยมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พร้อมทั้งเหตุผล (n = 400)

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	จำนวน ร้อยละ))
เคยมีพฤติกรรม	230 (57.5%)
ไม่เคยมีพฤติกรรม	170 (42.5%)
เหตุผลที่ไม่เคยมีพฤติกรรม	
ไม่มีเวลา	8 (2.0%)
ไม่เคยได้รับข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง/	107 (26.8%)
รู้สึกว่าตนเองแข็งแรงดีและไม่มีอาการผิดปกติใดๆของเต้านม	21 (5.3%)
กลัวตรวจพบความผิดปกติของเต้านมหรือเป็นมะเร็งและไม่มีประวัติมะเร็งในครอบครัว	3 (0.8%)
เหตุผลทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น	31 (7.8%)

จากตารางที่ 4 พบว่า การได้รับคำแนะนำจากแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ ร้อยละ 78.3 (47 คน) และ 21.7 (13 คน) ตามลำดับ

จากตารางที่ 5 พบว่า ร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่เคยและไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ 57.5 และ 42.5 ตามลำดับ เหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองมากที่สุด คือ ไม่เคยได้รับข้อมูล/คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (26.8%) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด คือ ร้อยละ 91.5 (366 คน) ของการวิจัยนี้มีอายุ < 40 ปี ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เพิ่มเติมเฉพาะกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ ผลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่เคยและไม่เคยมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองพร้อมทั้งเหตุผล (n = 366)

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	จำนวน ร้อยละ))
เคยมีพฤติกรรม	199 (54.4%)
ไม่เคยมีพฤติกรรม	167 (45.6%)
เหตุผลที่ไม่เคยมีพฤติกรรม	
ไม่มีเวลา	8 (2.2%)
ไม่เคยได้รับข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง/	104 (28.4%)
รู้สึกว่าตนเองแข็งแรงดีและไม่มีอาการผิดปกติใดๆของเต้านม	21 (5.7%)
กลัวตรวจพบความผิดปกติของเต้านมหรือเป็นมะเร็งและไม่มีประวัติมะเร็งในครอบครัว	3 (0.8%)
เหตุผลทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น	31 8.5%)

จากตารางที่ 6 พบว่า ร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่เคยและไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองใกล้เคียงกัน คือ 54.5 และ 45.6 ตามลำดับ ประกอบกับเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองมากที่สุด คือ ไม่เคยได้รับข้อมูล/คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (28.4%)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตลอดจนการได้รับคำแนะนำจากแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n = 366)

ระดับการศึกษา	พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		รวม	การทดสอบ
	ไม่มี	มี	(n =366)	ทางสถิติ
≤ มัธยมศึกษา	210 (65.8%)	25 (53.2%)	235	$\chi^2 = 11.8^*$
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรหรือเทียบเท่า	77 (24.1%)	9 (19.1%)	86	
≥ ปริญญาตรี	32 (10.0%)	13 (27.7%)	45	

* p < .05

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีจำนวนน้อย (3 คน) ดังนั้น เพื่อเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติไค-สแควร์ ผู้วิจัยจึงรวมกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษากับมัธยมศึกษาเข้าด้วยกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทีมีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 7

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้มากเกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีจำนวนน้อย (4 คน) ดังนั้น เพื่อเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติไค-สแควร์ ผู้วิจัยจึงรวมกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้มากกับความรู้ปานกลางเข้าด้วยกัน ซึ่งพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเหมาะสม ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n = 366)

ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง	พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		รวม (n =366)	การทดสอบทางสถิติ
	ไม่มี	มี		
น้อย	223 (69.9%)	27 (10.8%)	250	$\chi^2 = 2.9$
มาก	96 (30.1%)	20 (17.2%)	116	

* $p < .05$

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (n = 366)

การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง	พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		รวม (n =366)	การทดสอบทางสถิติ
	ไม่มี	มี		
ไม่เคยได้รับ	211 (66.1%)	11 (23.4%)	222	$\chi^2 = 31.4$**
เคยได้รับ	108 (33.9%)	36 (76.6%)	144	

** $p < .001$

จากตารางที่ 9 พบว่า การได้รับคำแนะนำจากแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 9

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ ปัจจัยนำ ซึ่งประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง และปัจจัยเสริม คือ การได้รับคำแนะนำจากแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทยเขตอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1) อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อายุ < 40 ปี มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ≥ 40 ปี (ตารางที่ 1) ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด คือ ร้อยละ 91.5 มีอายุ < 40 ปี และตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นนโยบายแห่งชาติที่ใช้ค้นหาความผิดปกติของเต้านมประกอบกับการที่พบอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมในสตรีไทยที่อายุน้อยเป็นจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ (Attasara, Srivatanakul, & Sriplung, 2010) อาจส่งผลให้สตรีที่อายุน้อยมีความตื่นตัวและให้ความสนใจที่จะทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้นได้ แต่ผลการวิจัยนี้ขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สุนีย์ ชมภูนิชและบัวทอง กรสุวรรณเลิศ, 2550; Satitvipawee, Promthet, Pitiphat, Kalampakorn, & Parkin, 2009) ซึ่งอาจเกิดจากร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่อายุ < 40 ปี มีจำนวนต่างกันค่อนข้างมาก คือ มีเพียงร้อยละ 39.5 เท่านั้น (สุนีย์ ชมภูนิชและบัวทอง กรสุวรรณเลิศ, 2550) และร้อยละ 23.7 (อายุ 20 – 34ปี) (Satitvipawee, Promthet, Pitiphat, Kalampakorn, & Parkin, 2009)

2) ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตรหรือเทียบเท่าในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยที่สุด (ตารางที่ 2) อาจเกิดจากมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ คือ ร้อยละ 51 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและเกือบหนึ่งในสี่ส่วน คือ ร้อยละ 22.3 มีการศึกษาระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร ผลการวิจัยนี้ขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สุนีย์ ชมภูนิชและบัวทอง กรสุวรรณเลิศ, 2550; Satitvipawee, Promthet, Pitiphat, Kalampakorn, & Parkin, 2009) ทั้งนี้อาจเกิดจากร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น ในขณะที่เกือบทั้งหมด คือ ร้อยละ 97 มีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา (สุนีย์ ชมภูนิชและบัวทอง กรสุวรรณเลิศ, 2550) รวมทั้งมากถึงร้อยละ 71.8 มีการศึกษาน้อยกว่ามัธยมศึกษาและเพียงร้อยละ 28.2 เท่านั้นที่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษา (Satitvipawee, Promthet, Pitiphat, Kalampa korn , & Parkin, 2009)

3) ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจ เต้านมด้วยตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 8 อาจเกิดจากจำนวนร้อยละกลุ่มตัวอย่างที่เคยและไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองใกล้เคียงกัน คือ 54.5 และ 45.6 ตามลำดับ ประกอบกับเหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง

มากที่สุด คือ ไม่เคยได้รับข้อมูล/คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ตารางที่ 6) การเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เรื่องโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สุนีย์ ชมพูนิช และบัวทอง กรสุวรรณเลิศ, 2550) สตรีที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีแนวโน้มว่าจะมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าสตรีที่ไม่เคยได้รับข้อมูล (ดาริน โต๊ะกานิ, บุญยิ่ง ทองคุปต์ และประดังพร ทุมมาลา, 2552; Satitvipawee, Promthet, Pitiphat, Kalampakorn, & Parkin, 2009) ผลการวิจัยนี้ขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Satitvipawee, Promthet, Pitiphat, & Parkin, Kalampakorn (2009) ที่พบว่า สตรีที่มีความรู้มากเกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองจะมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าสตรีที่มีความรู้น้อยอาจเกิดจากการวิจัยดังกล่าวนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 75.2 เคยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

4) การได้รับคำแนะนำจากแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 9 อาจเกิดจากโดยส่วนใหญ่สตรีไทยจะเชื่อถือและปฏิบัติตามข้อมูลคำแนะนำทางสุขภาพจากแพทย์หรือบุคลากรการแพทย์ (Sangchan, Tiansawad, Yimyam, & Wonghongkul, 2008) จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับคำแนะนำมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเหมาะสมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาของสุนีย์ ชมภูนิชและบัวทอง กรสุวรรณเลิศ (2550) ที่พบว่า การเคยพบบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ผลดีในการป้องกันมะเร็งเต้านมและยังสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการศึกษาของ Satitvipawee, Promthet, Pitiphat, Kalampakorn, & Parkin (2009) ที่พบว่า สตรีที่ได้รับการสอนเกี่ยวกับวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองจะมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าสตรีที่ไม่ได้รับการสอน 2.4 เท่า นอกจากนี้ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดาริน โต๊ะกานิ, บุญยิ่ง ทองคุปต์ และประดังพร ทุมมาลา, 2552)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากการที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับคำแนะนำจากแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนั้น พยาบาลในฐานะที่เป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุดและส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจึงมีความใกล้ชิดกับสตรีมากที่สุด ควรมีการให้คำแนะนำ ดูแล ช่วยเหลือและสนับสนุนส่งเสริมให้สตรีไทยทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอโดยไม่คำนึงถึงระดับการศึกษาเพื่อให้สตรีมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้นซึ่งจะส่งผลให้สตรีเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอแม้จะยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติใดๆเกิดขึ้น ที่สำคัญควรให้มีการทบทวนการตรวจเต้านมด้วย

ตนเองซ้ำเป็นระยะๆอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้สตรีมีความมั่นใจและชำนาญในการตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งจะส่งผลให้สามารถค้นพบความผิดปกติต่างๆได้เร็วขึ้น ลดโอกาสการสูญเสียเต้านมและภาวะคุกคามชีวิตของสตรีลงได้

ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความคงอยู่ของพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทย

อ้างอิง

ดาริน โต๊ะกานิ, บุญยิ่ง ทองคุปต์ และประดังพร ทุมมาลา. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่มารับบริการในคลินิกวัยทองของโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *Princess of naradhiwas university, journal*, 1, 1 – 14.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2550). สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปร: ไคสแควร์ (Chi square). ใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร (บรรณาธิการ.), *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. (หน้า 396 – 415). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2545). (National Cancer Institute, 2002). มะเร็งเต้านม. [Electronic version].Retrieve May 7, 2004, from http:// www.thailab online. com/sec 7 ca breast. html.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2554). (National Cancer Institute, 2011). *สถิติผู้ป่วยมะเร็ง พ.ศ. 2554.* กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

สุนีย์ ชมภูนิช และบัวทอง กรสุวรรณเลิศ. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่มีอายุ 35 – 59 ปี เขตตำบลนางแก้ว อำเภอ โพธาราม จังหวัดราชบุรี.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์บัณฑิต (สุขศึกษา), มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

American Cancer Society. (2013). *Breast cancer.* [Electronic version].Retrieved November 3, 2012, from http:// www.cancer.org.

Attasara, H., Srivatanakul, P., & Sriplung, H. (2010). Cancer incidence in Thailand. In T. Khuhaprema, P. Srivatanakul, P. Attasara, H. Sriplung, S. Wiangnon, & Y. Sumitsawan, *(Eds.), Cancer in Thailand vol. V2001 – 2003.* (pp.3 – 67). Bangkok. [Electronic version]. Retrieve May 10, 2011, from http:// www.nci.go.th.

Buranaruangrote, S., Sindhu, S., Mayer, Kay, D., Ratinthorn, A., & Khuhaprema, T. (2014). Factors influencing the stages of breast cancer at the time of diagnosis in Thai woman. *Collegian, 21*, 11-20.

Ekachampaka,P., & Wattanamano, N. (2011). Health status and health problems of Thai people. In Wibulpolprasert, S. (Ed.), *Thailand health profile 2008 – 2010.* (pp.161 – 256). Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health: The war Veterans

organization of Thailand. [Electronic version]. Retrieve December 3, 2015, from http:// www. mopho.go.th.

Ekachampaka,P., & Wattanamano, N. (2008). Health status and health problems of Thai people. In Wibulpolprasert, S. (Ed.), *Thailand health profile 2005 – 2007.* (pp.161 – 256). Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health: The war Veterans organization of Thailand. [Electronic version]. Retrieve March 10, 2008, from http:// www. mopho.go.th.

Fox, S.A., Murata, P.J., & Stein, J.A. (1991). The impact of physician compliance on screening mammography for older women. *Archives of Internal Medicine, 151*(1), 50 – 56.

Gornick, M.E., Eggers, P.W., & Riley, G.F. (2004). Associations of race, education, and patterns of preventive service use with stage of cancer at time of diagnosis. *Health Services Research, 39*(5), 1403 – 1427.

Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1991). The PRECEDE-PROCEED MODEL. In Green, L.W. & Kreuter, M.W. (eds.), *Health promotion planning an educational and environmental approach*.(2nd ed., pp.22 - 32). USA: Mayfield publishing company.

Hall, A. G., Khoury, A. J., Lopez, E. D. S., Lisovicz, N., Avis-Williams, A., & Mitra, A. (2008). Breast cancer fatalism:The role of women's perceptions of the health care system.*Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 19*,1321—1335.

Jindawantthana, W., Hanvoravongchai, P., & Tangcharoensathien, V. (2001). High cost medical devices in Thailand: diffusion, utilization and access. *Journal of Health Science, 10*(2), 242 – 252.

Lantz, P.M., Mujahid, M., Schwartz, K., Janz, N.K., Fagerlin, A., Salem, B., et al. (2006). The influence of race, ethnicity, and individual socioeconomic factors on breast cancer stage at diagnosis. *American Journal of Public Health, 96*(12), 2173 – 2178.

Mousavi, S.M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Mohagheghi, M.A., Montazeri, A., Jarrahi,A.M., et al. (2008). Screening for breast cancer in Iran: a challenge for health policy makers. [Letter to the editor]. *The Breast Journal, 14*(6), 605 – 606.

Luengo, S., Lazalo, P., Madero, R., Alvira, F., Fitch, K., Azcona, B., et al. (1996). Equity in the access to mammography in Spain. *Social Science Medicine, 43*(8), 1263 – 1271.

Oren, M., & Liebling, M.E.(2007). *Mammogram*. Retrieved Dec 16, 2007, from http://www.yourtotal health.ivillage.com/mammograms.html?pageNum=2.

Pegram, M.D., & Casciato, D.A. (2009). Breast cancer. In D.A. Casciato, & M.C. Territo (Eds.), *Manual of clinical oncology* (6th ed., pp.237 – 264). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Remennick, L. (2006). The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. *The Breast Journal, 12*(Suppl 1), S103 – S110.

Sangchan, H., Tiansawad, S., Yimyam, S., & Wonghongkul, T. (2008). The development of a culturally sensitive educational programme to increase the perception, self-efficacy, and practice of Thai Moslem women regarding breast self-examination (BSE). *Songkhla Medicine Journal*, 26(1), 15-24.

Satitvipawee P., Promthet, S.S., Pitiphat, W., Kalampakorn, S., & Parkin, D.M. (2009). Factors associated with breast self-examination among Thai women living in rural areas in Northeastern Thailand. *Journal of Medical Association Thai, 92(Suppl 7), S29-35*

Yamane, T. (1967). The binomial distribution. In T. Yamane (Ed.), *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed., pp. 531—587).Tokyo: John Weatherhill.