

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่มีอุบัติการณ์มากทั่วโลกในปี พ.ศ.2541 - 2543 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงรายใหม่ 1,151,298 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 37.4 ต่อประชากรหญิง 100,000 คน (Chaiwerawatana, 2007) ส่วนประเทศไทยในปี พ.ศ. 2553 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ 13,184 ราย และเสียชีวิตประมาณ 4,665 ราย หรือพบว่าในทุก ๆ 2 ชั่วโมงสตรีไทยเสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านม 1 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจัดเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยหญิงทั้งหมด (กรมอนามัย 2555) จึงเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้แก่ ความเจ็บปวดที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกระยะของโรค (นียา สออารีย์ 2546) ความกลัว ซึมเศร้า การปรับตัวและการแพร่กระจายของโรค ทำให้ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยสั้นลง โดยระยะแพร่กระจายของมะเร็งเต้านมมีค่าเฉลี่ยของการรอดชีวิตประมาณ 8 ถึง 24 เดือน (สูงชัย อังธารักษ์, กำธร ลีตามะลิและยุพิน ไทยพิสุทธิกุล 2551) นอกจากนี้ยังมีผลของการรักษาที่ผู้ป่วยอาจจะมีการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดการสูญเสียสัญลักษณ์ทางเพศในรายที่ผ่าตัดเต้านม อีกทั้งยังส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรสรวมทั้งงบประมาณของประเทศในการรักษา

ดังนั้นการป้องกันจึงเป็นหนทางที่ดีที่สุด แต่ยังไม่มีการปฏิบัติใดที่สามารถป้องกันโรคมะเร็งเต้านมได้แน่นอน เนื่องจากยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคที่แท้จริง เพราะมีหลายปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม โดยปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนมากที่สุด คือ เพศและอายุ โดยพบว่าเพศหญิงเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้ชาย 100 - 200 เท่า และอัตราเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะเพิ่มขึ้น 2 เท่าของทุก ๆ ระยะอายุที่เพิ่มขึ้น 10 ปี จนกระทั่งถึงวัยหมดประจำเดือน หลังจากนั้นจะคงที่หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ดังนั้นผู้หญิงที่พบว่ามียีนแนวโน้มที่จะเป็นมะเร็งเต้านม ควรจะมีวิธีการตรวจให้พบตั้งแต่ระยะแรกของโรค (สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สุมิต วงศ์เกียรติจิร, วิชัย วาสนศิริ และจรัสพงศ์ เกษมมงคล, 2547)

การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้ระยะเริ่มแรก จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายได้และมีชีวิตยืนยาวกว่าการมาพบแพทย์ในระยะหลังของโรค ยิ่งถ้าสามารถตรวจพบมะเร็งได้ตั้งแต่ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ 14 ปี มากกว่าร้อยละ 95 (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ, 2547; ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์, 2544) และยังพบว่า การตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมในผู้หญิงอายุ

40 ปีขึ้นไป สามารถลดอัตราตาย (Mortality Rate) จากมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 30 - 50 (Feig, 2010) แต่ถ้าพบระยะหลังของโรค ถ้าไม่รักษาเลยจะมีชีวิตยืนยาวอยู่ได้ 5 ปี ร้อยละ 18 หรือ 10 ปี ร้อยละ 3.6 หรืออาจจะมีชีวิตอยู่ได้ถึง 15 ปี แต่พบได้เพียงร้อยละ 0.8 เท่านั้น (Barton, Haris and Fletcher, 1999 อ้างถึงใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ, 2547) ดังนั้นการคัดกรองมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะแรกจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด (Kearney and Murray, 2009)

การคัดกรองมะเร็งเต้านมของกระทรวงสาธารณสุขมี 3 วิธี คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination) การตรวจเต้านมโดยแพทย์ (Clinical Breast Examination) และการตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรม (Mammogram) (วลัยลักษณ์ ชัยสูตร, ณสุดา คำนชัยจิตร, กอบกุล เมืองสมบูรณ์, นิธิดา ณ สงขลา และโสภา พงศ์พรทรัพย์, 2552) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยมากมายพยายามส่งเสริมให้สตรีสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองแต่สตรีที่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองจะหยุดตรวจหรือตรวจนานๆ ครั้ง (อำไพ ชนะกอก และคณะ, 2545 อ้างถึงใน รัชนิกร ทรัพย์ทอง, 2550; Janda, Obermair, Haidinger, Waldhoer and Vutuc, 2000) ส่วนการตรวจเต้านมด้วยแพทย์นั้นส่วนมากผู้หญิงที่มาพบแพทย์มักมีอาการมาก่อนระยะหนึ่งแล้วโดยเกือบร้อยละ 50 อยู่ในระยะที่มีการกระจายในต่อมน้ำเหลือง และแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น ทำให้โอกาสในการรักษาให้หายขาดนั้นน้อยลง (กองบรรณาธิการไกล่หมอ บรรณาธิการ, 2551)

แมมโมแกรมเป็นการคัดกรองอีกวิธีหนึ่ง โดยใช้เครื่องมือสำหรับตรวจเต้านมโดยเฉพาะ (วลัยลักษณ์ ชัยสูตร และคณะ, 2552) ภาพแมมโมแกรมเป็นเงาของเต้านมที่ใช้รังสีเอกซ์ การตรวจวิธีนี้จะต้องมีการบีบ (Compression) เต้านมขณะถ่ายภาพแมมโมแกรม เพื่อเป็นการเกลี่ยเนื้อเต้านมออกจากกัน จะให้เห็นความผิดปกติได้ง่ายยิ่งขึ้น (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ, 2547) โดยแมมโมแกรมเป็นที่ยอมรับในการคัดกรองมะเร็งเต้านมว่าเหมาะสมที่สุด ในการตรวจหา มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นก่อนที่จะคลำพบก้อน (Poplack, Tosteson, Well and Carney, 2000 อ้างถึงใน ชลทิพย์ วิรตกพันธ์, บุญฉวี วิบุลผลประเสริฐ และภานุวัฒน์ เลิศสิทธิชัย, 2549; ฉันทนา ภัทโรวาสน์ และอภิญา สุวรรณ, 2539) มีความถูกต้องแม่นยำของทศวรรษงานผลร้อยละ 97.81 (สิริพร หิรัญแพทย์ วิวัฒนาณอมเกียรติ รุ่งรัตน์ ขจรเจริญ และนวลตา อาภาศัพท์กุล, 2548) และจากหลายการศึกษาพบว่าค่าความไว (Sensitivity) อยู่ในช่วงร้อยละ 68 - 88 ความจำเพาะ (Specificity) อยู่ในช่วงร้อยละ 82 - 98 (ฉันทนา ภัทโรวาสน์และอภิญา สุวรรณ, 2539) และจากผลการวิจัยรายงานว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีนี้ ช่วยทำให้การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้เร็วกว่าการคลำด้วยมือถึง 2 ปี (กองบรรณาธิการไกล่หมอ, บรรณาธิการ, 2551) สามารถตรวจหา มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นที่มีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร ซึ่งไม่สามารถตรวจพบได้ด้วยการคลำ ทำให้การรักษาได้ผลดี

การตรวจแมมโมแกรมมีเกณฑ์ในการตรวจ คือ ผู้หญิงที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป ควรตรวจทุก 1-2 ปี และเมื่ออายุ 50 ปี ควรตรวจแมมโมแกรมทุก 1 ปี ส่วนผู้หญิงที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมหรือมีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัว ควรได้รับการตรวจแมมโมแกรมทุก 1 ปี ตั้งแต่อายุ 30 - 40 ปี นอกจากนี้ผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงมาก คือ มียีนส์กลายพันธุ์ ควรเริ่มตรวจแมมโมแกรมตั้งแต่อายุ 25 ปี (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ, 2547) จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายพบว่า ผู้หญิงไทยอายุ 15 - 59 ปี เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมเพียงร้อยละ 2.5 ซึ่งกลุ่มอายุที่ได้รับการตรวจมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 45 - 59 ปี (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย [สสท], 2551 - 2552 หน้า 218) จากเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีมาตรการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเต้านม โดยกำหนดเป้าหมายร้อยละ 70 ให้สตรีกลุ่มอายุ 35 - 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) สะท้อนให้เห็นว่าจำนวนการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมยังมีจำนวนน้อยมาก โดยส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินงานในส่วนของการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แม้ว่าการคลำพบก้อนที่เต้านมจะเป็นอาการแรกของมะเร็งเต้านม แต่ก้อนที่เต้านมมากกว่าร้อยละ 80 ไม่ใช่มะเร็ง (ขวัญลิ ศรีสุโข, 2552) และการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพียงอย่างเดียวไม่ช่วยลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านม ในขณะที่การตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมช่วยลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมได้ในผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง โรจนสุกสมบูรณ์, บุรณี กาญจนถวัลย์ ชัยณู พันธุ์เจริญ, อุษา ทิสยากร และอดิสร ภัทรานุรักษ์, 2550) สอดคล้องกับเป้าหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) คือ การพัฒนาที่ต้องการให้อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็น 80 ปี ควบคู่กับการลดอัตราการเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

อุปสรรคหนึ่งในการตรวจแมมโมแกรมคือ ค่าใช้จ่ายซึ่งในการตรวจจะต้องมีปัจจัยเสี่ยงจึงสามารถใช้สิทธิในการเบิกค่าใช้จ่ายได้ การขอรับการตรวจตามสิทธิข้าราชการและประกันสังคมจะต้องมีใบส่งตัวจากโรงพยาบาลต้นสังกัดตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสข.) ได้กำหนดหลักเกณฑ์การตรวจแมมโมแกรมไว้ดังนี้ คือ (1) เป็นสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป (2) มีญาติสายตรง ได้แก่ มารดา พี่สาว หรือน้องสาวเป็นมะเร็งเต้านม (3) คลำพบก้อนหรือความผิดปกติของเต้านม (อัจฉรา จิกิตศิลป์, 2553) ดังนั้นการตัดสินใจรับการตรวจแมมโมแกรมในสตรีทั่วไปจึงมีจำนวนน้อยเพียงร้อยละ 2.5 ในผู้หญิงอายุ 15 - 59 ปี (สสท., 2551 - 2552 หน้า 218) และร้อยละ 10.5 ในพยาบาลที่มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัว (อาภรณ์ คำก้อน, 2552)

การที่บุคคลจะไปตรวจแมมโมแกรมนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย จากการทบทวนทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (The Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) เชื่อว่าการที่มนุษย์จะ

แสดงพฤติกรรมใด ๆ จะต้องมีความตั้งใจ (Intention) ที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้ ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมที่ไม่ได้เกิดขึ้นบ่อย ๆ จึงมีผู้ศึกษาความตั้งใจแทนการศึกษาพฤติกรรม ดังเช่นการศึกษาของ Altpeter, Mitchell and Pennell (2005) เรื่อง การตอบสนองถึงความแตกต่างทางสุขภาพในความก้าวหน้าทางสังคมของวัยแรงงาน: กรณีที่มีการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรี ได้ศึกษาความตั้งใจในการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมแทนการศึกษาพฤติกรรม และการศึกษาของ Bowie, Curbow, LaVeist, Fitzgerald and Zabora (2003) ได้ศึกษาความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมในสตรีเชื้อสายแอฟริกันและอเมริกันแทนการศึกษาพฤติกรรม โดยพฤติกรรมการตรวจแมมโมแกรมนั้น จัดเป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้เกิดขึ้นบ่อย ๆ

จากการทบทวนพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคเกิดได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ เจตคติต่อการคัดกรอง โดยหากบุคคลเชื่อว่าการคัดกรองมีประโยชน์บุคคลจะมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองมากขึ้น (Achat, Close and Taylor, 2005) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงโดยการที่บุคคลอยู่ในกลุ่มคนที่เคยตรวจคัดกรองทำให้บุคคลตั้งใจไปตรวจคัดกรอง (King et al., 1998) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยโดยการที่บุคคลรับรู้แหล่งประโยชน์ทำให้บุคคลตั้งใจไปตรวจคัดกรอง (Stewart, Rakowski and Pasick, 2009) และปัจจัยส่วนบุคคลคือ อายุ โดยอายุมากขึ้นจะตั้งใจไปตรวจคัดกรองมากขึ้น (Altpeter et al., 2005) ระดับการศึกษาโดยระดับการศึกษาที่สูงจะมีพฤติกรรมในการตรวจคัดกรองมากขึ้น (Aro, Koning, Absetz and Schreck, 1999) รายได้บุคคลที่มีรายได้มากจะตั้งใจตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (Steele, 2004) การมีประสบการณ์การเจ็บป่วยพบว่า การมีประสบการณ์การเจ็บป่วยเกี่ยวกับอวัยวะนั้นๆ จะมีพฤติกรรมการคัดกรองโรคในส่วนนั้นมากขึ้น (Wu and Bancroft, 2006) พันธุกรรมพบว่า การมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งส่งผลให้มีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งมากขึ้น (อาภรณ์ คำก้อน, 2552) ประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองพบว่า ประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองที่ดี จะทำให้มีพฤติกรรมตรวจคัดกรองครั้งต่อไปมากขึ้น (Ballew, Cummings and Oreskovich, 2010) สิทธิในการเบิกการตรวจคัดกรองโดยความครอบคลุมของประกันสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมคัดกรองได้ (Lee-Lin et al., 2007) การมีปัจจัยเสี่ยง โดยการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรค ทำให้บุคคลไปตรวจคัดกรอง (Aro et al., 1999) การรับรู้ภาวะสุขภาพหากบุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพว่าไม่ดี จะมีพฤติกรรมคัดกรอง (Achat et al., 2005) และการได้รับฮอร์โมนทดแทน ทำให้บุคคลไปตรวจแมมโมแกรม (Borrayo et al., 2009)

จังหวัดระยองเป็นจังหวัดที่มีอัตราการอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมสูงประมาณ 2 ต่อประชากรหญิง 100,000 คนในปี พ.ศ. 2541 - 2543 (Chaiwerawatana, 2007) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริมและป้องกันโรคต่างๆ ดังนั้นการส่งเสริมการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม

จึงเป็นหน้าที่หนึ่งของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนแม้ว่าการคัดกรองวิธีนี้มีค่าใช้จ่ายที่สูงพอสมควร แต่ไม่มากเมื่อเทียบกับผลเสียของโรคและการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพยาบาลวิชาชีพยังมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมน้อยทั้งในผู้ที่มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัวและไม่มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัวโดยมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้งร้อยละ 13.2 และร้อยละ 21.1 การตรวจเต้านมโดยแพทย์ร้อยละ 13.2 และร้อยละ 5.7 ส่วนการตรวจแมมโมแกรมมีร้อยละ 10.5 และร้อยละ 5.0 ตามลำดับ (อาภรณ์ คำก้อน, 2552) และจากการทบทวนสถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทยและในต่างประเทศพบว่า สถิติผู้ป่วยไม่ได้จำแนกตามอาชีพจึงไม่มีรายงานอัตราป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมแต่มีการศึกษาของ Hansen and Stevens (2011) ได้ทำการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพประเทศเดนมาร์กที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 310 ราย ในปี พ.ศ. 2544 - 2547 แต่ไม่มีรายละเอียดของจำนวนพยาบาลทั้งหมด จึงไม่ทราบอัตราป่วยจากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า พยาบาลก็มีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมรวมทั้งยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมของพยาบาลวิชาชีพ จังหวัดระยอง จึงทำให้ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติที่จะใช้การส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งเต้านม

ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมของพยาบาลวิชาชีพ จังหวัดระยองครั้งนี้ครอบคลุมการศึกษาเจตคติต่อการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการตรวจแมมโมแกรมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยและปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ พันธุกรรม ประสิทธิภาพการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพในการตรวจแมมโมแกรม สิทธิในการเบิกการตรวจคัดกรอง การมีปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การได้รับฮอร์โมนเพื่อความตั้งใจตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมในระยะเวลา 1 ปี ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพต่อการส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะแรกของพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญในทีมสุขภาพ ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมเพื่อเป็นแบบอย่างทางสุขภาพที่ดีต่อประชาชนรวมทั้งจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในพยาบาลวิชาชีพและสตรีกลุ่มอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตั้งใจตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดระยอง
2. เพื่อศึกษาเจตคติต่อการคัดกรอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย ของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดระยอง

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการคัดกรอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยกับความตั้งใจตรวจคัดกรอง

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ พันธุกรรม ประสบการณ์การเจ็บป่วย ประสบการณ์ในการตรวจคัดกรอง สิทธิในการเบิกการตรวจคัดกรอง การมีปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การได้รับฮอร์โมน เจตคติต่อการคัดกรองทางตรง เจตคติต่อการคัดกรองทางอ้อม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางตรง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางอ้อม มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจตรวจคัดกรองได้

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาความตั้งใจตรวจคัดกรองของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ใน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดระยอง จำนวน 269 คน เก็บข้อมูลช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2554 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

- 1.1 อายุ
- 1.2 ระดับการศึกษา
- 1.3 สถานภาพสมรส
- 1.4 รายได้
- 1.5 พันธุกรรม
- 1.6 ประสบการณ์การเจ็บป่วย
- 1.7 ประสบการณ์ในการตรวจคัดกรอง
- 1.8 สิทธิในการเบิกการตรวจคัดกรอง
- 1.9 การมีปัจจัยเสี่ยง
- 1.10 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

- 1.11 การได้รับฮอร์โมน
2. เจตคติต่อการคัดกรองทางตรง
3. เจตคติต่อการคัดกรองทางอ้อม ได้แก่
 - 3.1 ความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรอง
 - 3.2 การประเมินค่าผลของการคัดกรอง
4. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรง
5. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม ได้แก่
 - 5.1 ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง
 - 5.2 แรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิง
6. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางตรง
7. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางอ้อม ได้แก่
 - 7.1 ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัย
 - 7.2 การรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมปัจจัย
- ตัวแปรตาม ได้แก่ ความตั้งใจตรวจคัดกรอง

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลในระดับเทียบเท่าปริญญาตรี ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน ที่เป็นบุคลากรประจำในจังหวัดระยอง
2. มะเร็งเต้านม หมายถึง โรคของเต้านมที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์สารพันธุกรรมเป็นเซลล์มะเร็ง
3. แมมโมแกรม หมายถึง การตรวจเต้านมด้วยเครื่องมือเฉพาะสำหรับเต้านมที่ใช้รังสีเอ็กซ์ในระดับที่ไม่อันตราย เป็นวิธีที่สามารถเห็นฝุ่นหินปูนเล็ก ๆ ซึ่งพบได้ในมะเร็งเต้านมบางชนิด และสามารถตรวจหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นที่มีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่ไม่สามารถตรวจพบได้ด้วยการคลำ
4. การตรวจคัดกรอง หมายถึง การค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะที่ยังไม่มีอาการปรากฏ
5. ความตั้งใจตรวจคัดกรอง หมายถึง การประเมินความคิดด้วยตนเองของพยาบาลวิชาชีพต่อการตรวจค้นหาโรคมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมภายในระยะเวลา 1 ปี นับจากวันที่ทำการศึกษา โดยวัดเป็นร้อยละของความเป็นไปได้ที่จะตรวจคัดกรอง

6. เจตคติต่อการคัดกรอง หมายถึง การประเมินผลทางบวกหรือลบของพยาบาลวิชาชีพต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม/ หรือความรู้สึกโดยส่วนรวมที่เป็นทางบวกหรือลบ/ หรือการตัดสินใจว่าจะตรวจคัดกรองหรือไม่

6.1 เจตคติต่อการคัดกรองทางตรง หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมจากการสำรวจความคิดเห็นเบื้องต้นในคุณลักษณะทางบวกและทางลบ ระหว่างข้อ 2 คุณลักษณะ แบ่งเป็น 5 ระดับ จากคะแนนรวมของการประเมินความรู้สึกที่วัดได้ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดีและไม่ดีอย่างยิ่ง

6.2 เจตคติต่อการคัดกรองทางอ้อม หมายถึง ความเชื่อของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการเข้ารับการตรวจแมมโมแกรมจากการรวมผลคุณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมกับการประเมินค่าผลของการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดีและไม่ดีอย่างยิ่ง

6.2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรอง หมายถึง ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่พิจารณาถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการเข้ารับการตรวจแมมโมแกรม โดยประเมินความเชื่อ - ไม่เชื่อ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เชื่อมาก เชื่อน้อย ไม่แน่ใจ ไม่เชื่อ และไม่เชื่ออย่างยิ่ง

6.2.2 การประเมินค่าผลของการคัดกรอง หมายถึง การให้คุณค่าของผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการตรวจคัดกรองว่ามีความจำเป็น - ไม่จำเป็น แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ จำเป็นมาก จำเป็นน้อย ไม่แน่ใจ ไม่จำเป็น และไม่จำเป็นอย่างยิ่ง

7. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการคัดกรอง หมายถึง การรับรู้ว่าคุณอื่น ๆ ที่มี ความสำคัญกับพยาบาลวิชาชีพต้องการ หรือไม่ต้องการให้พยาบาลวิชาชีพตรวจคัดกรอง

7.1 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรง คือ การประเมินความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อความคิดเห็นของบุคคลส่วนมากที่มีความสำคัญกับพยาบาลวิชาชีพ ว่ากลุ่มอ้างอิงส่วนใหญ่จะสนับสนุนหรือคัดค้านการตรวจคัดกรอง แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมากที่สุด คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมาก ไม่แน่ใจว่าคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงหรือไม่ ไม่คล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และไม่คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอย่างยิ่ง

7.2 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม หมายถึง ความเชื่อของพยาบาลวิชาชีพต่อบุคคลที่มีความสำคัญกับตน ว่าบุคคลที่มีความสำคัญนั้นคิดว่าสมควรหรือไม่สมควรตรวจคัดกรองวัดจากผลรวมของผลคุณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงกับแรงจูงใจที่จะทำตาม แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมากที่สุด คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมาก ไม่แน่ใจว่าคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงหรือไม่ ไม่คล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และไม่คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอย่างยิ่ง

7.2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง หมายถึง ความนึกคิดของพยาบาลวิชาชีพว่าบุคคลอ้างอิงที่มีความสำคัญกับตนจะสนับสนุนการตรวจคัดกรองหรือไม่ โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เชื่อว่าสนับสนุนมาก เชื่อว่าสนับสนุนน้อย ไม่แน่ใจ เชื่อว่าคัดค้านน้อยและเชื่อว่าคัดค้านมาก

7.2.2 แรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิง หมายถึง ความนึกคิดของพยาบาลวิชาชีพว่าจะทำตามประสงค์ของกลุ่มอ้างอิงหรือไม่ โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ จะทำตามมากที่สุด จะทำตามมาก จะทำตามปานกลาง จะทำตามน้อย และจะทำตามน้อยที่สุด

8. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพว่าเป็นการยากหรือง่ายในการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรอง

8.1 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางตรงหมายถึง ความรู้สึกลึกซึ้งของพยาบาลวิชาชีพว่าตนสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกับการตรวจคัดกรองแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ สามารถควบคุมปัจจัยได้มากที่สุด สามารถควบคุมปัจจัยได้มาก ไม่แน่ใจสามารถควบคุมปัจจัยได้หรือไม่ ไม่สามารถควบคุมปัจจัยได้และไม่สามารถควบคุมปัจจัยได้อย่างยิ่ง

8.2 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางอ้อมหมายถึง ความเชื่อของพยาบาลวิชาชีพว่าสามารถควบคุม หรือจัดการกับปัจจัยที่ทำให้ตรวจเชื้อไม่ตรวจคัดกรอง วัดจากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยและรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมปัจจัยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ สามารถควบคุมปัจจัยได้มากที่สุด สามารถควบคุมปัจจัยได้มาก ไม่แน่ใจสามารถควบคุมปัจจัยได้หรือไม่ ไม่สามารถควบคุมปัจจัยได้และไม่สามารถควบคุมปัจจัยได้อย่างยิ่ง

8.2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัย หมายถึง การรับรู้สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าจะมีผลกระทบต่อตรวจคัดกรองหรือไม่ และมีผลกระทบมากหรือน้อย แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มีผลมาก มีผล ไม่แน่ใจ ไม่มีผล และไม่มีผลอย่างยิ่ง

8.2.2 การรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมปัจจัย หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคที่มีต่อตรวจคัดกรองแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ จัดการได้มากที่สุด จัดการได้มาก จัดการได้ปานกลาง จัดการได้น้อย และจัดการได้น้อยที่สุด

9. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะเฉพาะทางด้านสังคมประชากรของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่

9.1 อายุ หมายถึง ระยะเวลาจำนวนเต็มนับเป็นปีของพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ทำการศึกษาตามปฏิทิน ถ้าเสน้น้อยกว่า 6 เดือนให้ปัดทิ้ง ถ้าเสนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือนให้ปัดขึ้น

9.2 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับชั้นของการศึกษาสูงสุดแบ่งเป็น 3 กลุ่มระดับการศึกษา ได้แก่ (1) ปริญญาตรี (2) ปริญญาโท (3) ปริญญาเอก

9.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สภาวะทางครอบครัวเกี่ยวกับการสมรสของพยาบาลวิชาชีพ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มสถานภาพสมรส ได้แก่

9.3.1 โสด หมายถึง สภาวะที่ยังไม่ผ่านการสมรส

9.3.2 คู่ หมายถึง สภาวะที่สมรสแล้วยังอยู่กับสามี

9.3.3 หย่า/หม้าย/แยก หมายถึง สภาวะที่ผ่านการสมรสแล้วแยกกันอยู่หรือเลิกलगันทางกฎหมายหรือคู่สมรสเสียชีวิต

9.4 รายได้ หมายถึง จำนวนเงินโดยเฉลี่ยต่อเดือนที่ได้จากประกอบอาชีพพยาบาลทั้งในงานประจำและงานเสริม

9.5 ประสบการณ์การเจ็บป่วย หมายถึง การเจ็บป่วยของพยาบาลเกี่ยวกับด้านภายใน 1 ปี ที่ผ่านมานับจากวันที่ทำการศึกษาได้แก่ การเป็นก้อน (Cyst) ที่เต้านม อาการเจ็บเต้านมที่ไม่สัมพันธ์กับรอบการมีประจำเดือน การอักเสบของเต้านมหรือหัวนมและการมีน้ำเหลืองไหลออกจากหัวนม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) เคย หมายถึง เคยมีประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับเต้านม (2) ไม่เคย หมายถึง ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยเกี่ยวกับเต้านม

9.6 พันธุกรรม หมายถึง ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวผู้สืบเชื้อสายของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ญาติทางบิดา มารดา พี่น้องบุตรสาว มีการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) มี หมายถึง มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวผู้สืบเชื้อสายเป็นมะเร็งเต้านม (2) ไม่มี หมายถึง ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวผู้สืบเชื้อสายเป็นมะเร็งเต้านม

9.7 ประสบการณ์ในการตรวจคัดกรอง หมายถึง จำนวนครั้งที่เคยตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม โดยนับจากปี พ.ศ. 2549

9.8 สิทธิในการเบิกการตรวจคัดกรอง หมายถึง ความคุ้มครองของประโยชน์การรักษาพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพได้รับในการตรวจแมมโมแกรม แบ่งเป็นลักษณะ ได้แก่ (1) มี หมายถึง สามารถเบิกค่าตรวจแมมโมแกรมได้ (2) ไม่มี หมายถึง ไม่สามารถเบิกค่าตรวจแมมโมแกรมได้

9.9 การมีปัจจัยเสี่ยง หมายถึง จำนวนของปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมตามเกณฑ์ที่ สปสช. ได้กำหนดหลักเกณฑ์การตรวจแมมโมแกรม ได้แก่ (1) เป็นสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป (2) มีญาติสายตรง ได้แก่ ญาติทางบิดา มารดา พี่น้อง บุตรสาวเป็นมะเร็งเต้านม (3) คลำพบก้อนหรือความผิดปกติของเต้านม

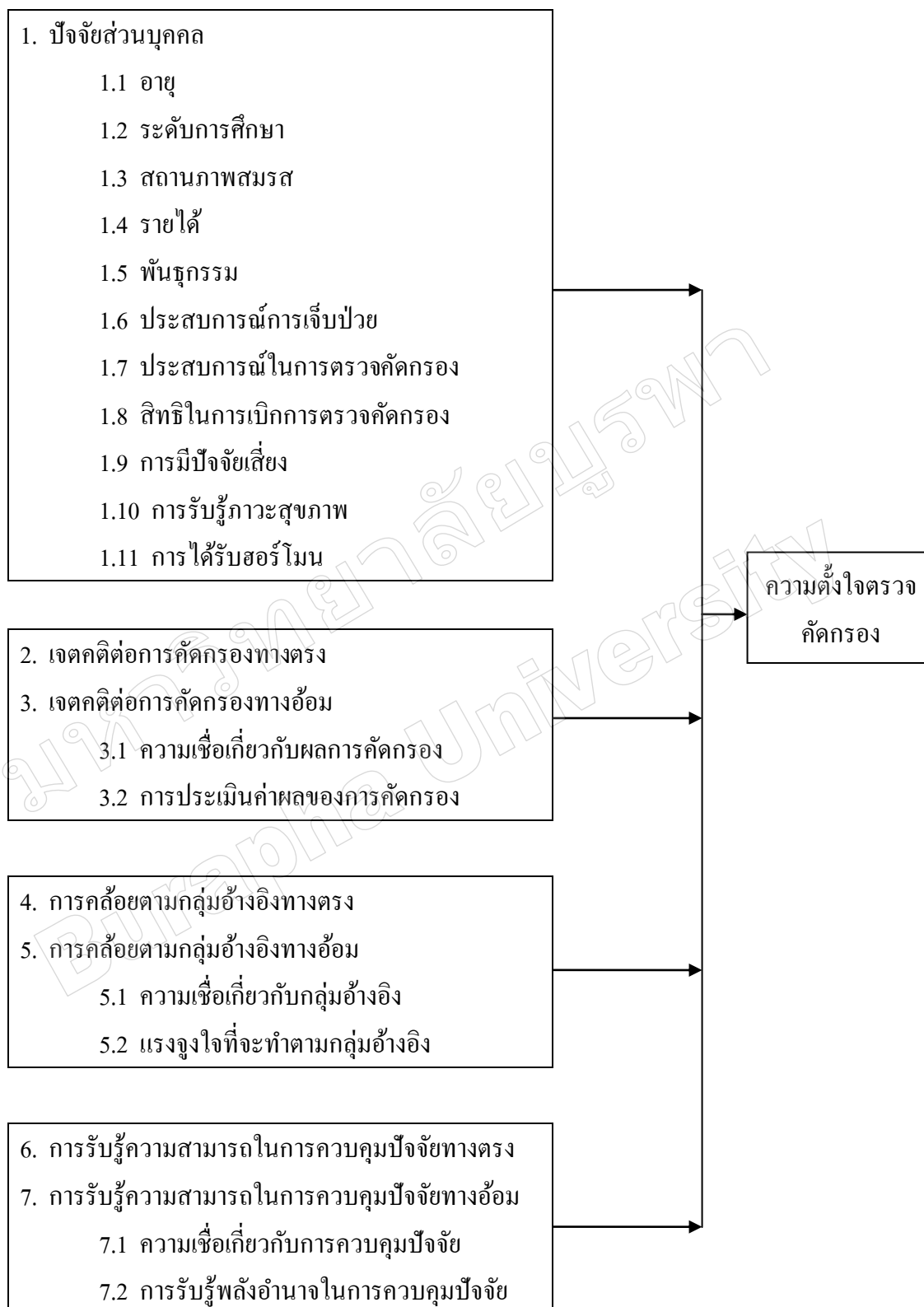
9.10 การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิดและความเชื่อของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อสุขภาพทางกายโดยรวมของตนเอง ประเมินเป็นร้อยละของสุขภาพโดยรวม

9.11 การได้รับฮอร์โมน หมายถึง การรับประทานฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทนในวัยหมดประจำเดือนหรือในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้างหรือกรณีอื่นๆ ที่แพทย์สั่งการรักษา

แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ (1) ได้รับ หมายถึง การรับประทานฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทน
(2) ไม่ได้รับ หมายถึง การไม่รับประทานฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์แนวคิดจากทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของ Ajzen (1991) มาเป็นกรอบในการศึกษาความตั้งใจตรวจคัดกรองของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่ง Ajzen (1991) ได้อธิบายว่าการที่บุคคลจะมีความตั้งใจกระทำพฤติกรรมขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ (1) เจตคติต่อพฤติกรรมประกอบด้วย (1.1) เจตคติต่อพฤติกรรมทางตรง เป็นความรู้สึกต่อพฤติกรรม (1.2) เจตคติต่อพฤติกรรมทางอ้อมเป็นความเชื่อต่อพฤติกรรมซึ่งเกิดจากผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับผลจากการกระทำพฤติกรรมและการประเมินค่าผลของการกระทำพฤติกรรม (2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงประกอบด้วย (2.1) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรง เป็นความรู้สึกโดยรวมต่อการสนับสนุนพฤติกรรมของกลุ่มอ้างอิง (2.2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม เป็นความเชื่อต่อการสนับสนุนพฤติกรรมของกลุ่มอ้างอิงเกิดจากผลคูณความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงกับแรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิง (3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยประกอบด้วย (3.1) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางตรง เป็นความรู้สึกโดยรวมต่อความสามารถของตนในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม (3.2) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางอ้อม เป็นความเชื่อในความสามารถของตนต่อการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม เกิดจากผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัย และการรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมปัจจัย โดยทั้งสามปัจจัยหลักมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจแสดงพฤติกรรม และจากการทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตรวจคัดกรอง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ พันธุกรรม ประสบการณ์การเจ็บป่วย ประสบการณ์ในการตรวจคัดกรอง สิทธิในการเบิกการตรวจคัดกรอง การมีปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การได้รับฮอร์โมนสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1 คือ เจตคติต่อการคัดกรองทางตรงและทางอ้อม มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตรวจคัดกรอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทั้งทางตรงและทางอ้อมมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตรวจคัดกรอง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางตรงและทางอ้อมมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตรวจคัดกรอง รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ พันธุกรรม ประสบการณ์การเจ็บป่วย ประสบการณ์ในการตรวจคัดกรอง สิทธิในการเบิกการตรวจคัดกรอง การมีปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การได้รับฮอร์โมนมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตรวจคัดกรอง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย