

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำเสนอตามลำดับ คือ

1. โรคมะเร็งเต้านม
2. การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม
3. บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการคัดกรองโรค
4. ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม

โรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็ง คือ กลุ่มของโรคที่เกิดจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติที่สารพันธุกรรม (DNA) ส่งผลให้เซลล์มีการแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์อย่างรวดเร็ว และมากกว่าปกติ ทำให้เกิดก้อนเนื้อที่ผิดปกติ ส่งผลให้เกิดการตายของเซลล์ในก้อนเนื้อนั้น เนื่องจากเซลล์ขาดเลือดไปเลี้ยง มีการทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้เคียง รวมทั้งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น โดยไปตามกระแสเลือดและน้ำเหลือง เรียกว่า การแพร่กระจายของโรค (Metastasis) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ม.ป.ป.ก; พ่วงดาว นุประดิษฐ์, บรรณาธิการ, 2553; วิมลพรรณ วรรณพฤษ, 2552)

โรคมะเร็งเต้านมเกิดจากเนื้อเยื่อของเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็ง ซึ่งมะเร็งเต้านมเกิดขึ้นได้หลายบริเวณของเต้านม แต่บริเวณที่พบมากคือ มะเร็งเต้านมที่เกิดกับท่อน้ำนม และมะเร็งเต้านมที่เกิดกับต่อมน้ำนม โดยแบ่งชนิดของมะเร็งเต้านมได้ (ชญวลี ศรีสุโข, 2552) ดังนี้

1. มะเร็งเต้านมที่ยังไม่ลุกลาม หมายถึงมะเร็งท่อน้ำนม (Ductal Carcinoma in Situ) หรือ มะเร็งต่อมน้ำนม (Lobular Carcinoma in Situ) ที่ไม่แพร่กระจายผ่านผิวที่ห่อหุ้มออกมาที่เนื้อเยื่ออื่น ๆ ของเต้านม การรักษา มะเร็งชนิดนี้จะได้ผลดีที่สุด

2. มะเร็งลุกลามของเต้านม มะเร็งชนิดนี้ลุกลามออกจากเยื่อหุ้มท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม กระจายไปที่เนื้อเต้านมหรืออาจกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ได้แก่

- 2.1 มะเร็งลุกลามของท่อน้ำนม (Invasive Ductal Carcinoma) มะเร็งชนิดนี้พบมากที่สุด โดยพบร้อยละ 80 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด

- 2.2 มะเร็งลุกลามของต่อมน้ำนม (Invasive Lobular Carcinoma) มะเร็งชนิดนี้พบร้อยละ 10 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด

นอกจากนี้เป็นมะเร็งชนิดกลูกลามอื่น ๆ ที่พบน้อย ได้แก่ มะเร็งเต้านมชนิดอักเสบ มะเร็งเต้านมชนิดผสมผสาน มะเร็งห้านม มะเร็งเต้านมชนิดมีมูก มะเร็งของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน มะเร็งของเส้นเลือดในเต้านม

สาเหตุของมะเร็งเต้านม

สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งเต้านมยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน แต่พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเต้านม (ชัยวุฒิ ศรีสุโข, 2552) ดังนี้

1. เพศ มะเร็งเต้านมพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายประมาณ 100 - 200 เท่า (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ, 2547)
2. อายุ พบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ, 2547) โดยผู้หญิงอายุแรกเกิด - 39 ปี เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมน้อยกว่าร้อยละ 0.5 อายุ 40 - 59 ปี เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 4 อายุ 60 - 79 ปี เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมเกือบร้อยละ 7 และอายุ 80 - 90 ปี เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 14.3 (รพีพรรณ สุรศักดิ์วรกุล 2551)
3. ประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมของตนเอง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กลับเป็นมะเร็งเต้านมซ้ำได้ร้อยละ 1 ต่อปี (รพีพรรณ สุรศักดิ์วรกุล, 2551) และเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมอีกข้างสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยเป็นมะเร็งเต้านม 5 เท่า
4. ประวัติการเป็นมะเร็งเต้านมของคนในครอบครัว เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม คือ ถ้ามีปู่ ย่า ตา ยาย ป้า น้า อาเป็นมะเร็งเต้านม มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม 1.5 เท่า หากมีมารดาหรือพี่สาว น้องสาวเป็นมะเร็งเต้านมข้างเดียวในช่วงหมดประจำเดือนเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูง 1.8 เท่า และถ้ามีมารดาหรือพี่สาว น้องสาวเป็นมะเร็งเต้านมทั้งสองข้างในช่วงมีประจำเดือน จะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสูงถึง 8.8 เท่า
5. การได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนจากภายนอก ได้แก่ การรับประทานฮอร์โมนเสริม ในช่วงหมดประจำเดือน โดยการรับประทานมากกว่า 5 ปี จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 - 40 นอกจากนี้การรับประทานเนื้อวัวหรือเนื้อควายที่มีการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในการเพิ่มขนาด หรือการสลายตัวของยาฆ่าแมลงจำพวกคลอโรคิที ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายมนุษย์ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมเช่นกัน
6. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าการดื่มมากกว่า 2 แก้วต่อสัปดาห์ ทำให้ความสามารถของตับในการควบคุมระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงส่งผลให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายสูงขึ้น
7. ความอ้วน ทำให้การผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนนอกรังไข่เพิ่มมากกว่าปกติ ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายสูงขึ้น

8. การบริโภคอาหาร พบว่ามะเร็งร้อยละ 30 เกิดจากการได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย นอกจากนี้มีรายงานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับประทานอาหารไขมันสูงกับความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

9. การสูบบุหรี่ จากรายงานการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกาปีพ.ศ. 2537 พบว่าผู้หญิงที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 25 (รพีพรรณ สุรศักดิ์วรกุล, 2551) และผู้หญิงที่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อยกว่า 16 ปี เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากเนื่องจากเป็นช่วงที่เต้านมกำลังเติบโต (นพพร สุขพิพัฒน์, บรรณาธิการ, 2550)

อาการของมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเหมือนมะเร็งชนิดอื่น ๆ คือ เริ่มแรกไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เมื่อมีอาการเจ็บปวด มักจะเป็นระยะสุดท้ายที่รักษาไม่ได้แล้ว อาการเริ่มแรก คือ มีก้อนที่เต้านม นอกจากนี้มีอาการอื่น ๆ นอกจากก้อนที่เต้านม (ชญวลี ศรีสุโข, 2550) ดังนี้

1. มีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลออกจากหัวนม
2. เต้านมผิดปกติไป เช่น โตกว่าอีกข้าง ห้อยย้อยกว่าอีกข้าง
3. รูปร่างเต้านมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
4. ผิวหนังที่เต้านมแข็งผิดปกติไปจากเดิม
5. มีผื่นสีแดงสีส้มคล้ายอุ้งน้ำเล็ก ๆ ที่หัวนม
6. ผิวหนังเต้านมมีสีแดงเหมือนมีการอักเสบ
7. ผิวหนังเต้านมหนา มีรอยบุ๋มคล้ายเปลือกส้ม
8. หัวนมบุ๋มเหมือนถูกดึงรั้งทั้งที่ไม่เคยเป็น

การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม

การแบ่งระยะของมะเร็งเต้านม มีความสำคัญทางการแพทย์ทั้งในด้านการวินิจฉัยและการพิจารณาในการให้การรักษา ระยะของมะเร็งเต้านมสามารถบอกถึงขอบเขตการแพร่กระจายของโรค โดยพิจารณาถึงขนาดของก้อนมะเร็ง การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่เรียกว่าระบบทีเอ็นเอ็ม (TNM)

ที (T-Tumor) หมายถึง ขนาดของก้อนมะเร็งที่ตรวจพบ

เอ็น (N-Node) หมายถึง จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง

เอ็ม (M-Metastasis) หมายถึง การกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ

ซึ่งผลการตรวจนำมาจัดแบ่งเป็นระยะของมะเร็งเต้านมได้เป็น 5 ระยะ ดังนี้

(สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ม.ป.ป.ข)

ระยะที่ 0 เป็นระยะเริ่มต้นของมะเร็ง ยังไม่มีการลุกลาม อาจคลำได้ก้อนหรือไม่ก็ได้

ระยะที่ 1 ก้อนมะเร็งมีขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร ไม่มีการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง และไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ

ระยะที่ 2 ก้อนมะเร็งมีขนาดน้อยกว่า 2 เซนติเมตร แต่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ หรือขนาด 2-5 เซนติเมตร มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้หรือไม่มีก็ได้ รวมทั้งขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้

ระยะที่ 3 พบก้อนมะเร็งได้ทุกขนาดถึงขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้หรือมีการขยายยึดติดกับผิวหนังหรือผนังทรวงอก มีการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ และ/ หรือต่อมน้ำนม ไม่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ

ระยะที่ 4 มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง และมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ

การรักษามะเร็งเต้านม

การรักษามะเร็งเต้านมมีหลายวิธี ซึ่งมักจะใช้หลายวิธีร่วมกัน โดยแต่ละวิธี (อรุณ โรจนสกุล และคณะ, 2550; ชัญวลี ศรีสุโข, 2552) มีดังนี้

1. ผ่าตัด มีทั้งการผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมด การผ่าตัดเพื่อเก็บเต้านมไว้ การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองรักแร้ด้านเดียวกันออก การสร้างเต้านมใหม่กรณีตัดเต้านมออก โดยการผ่าตัดจะเป็นวิธีแรกของการรักษา ยกเว้น โรคมะเร็งเต้านมมีการแพร่กระจายมาก
2. เคมีบำบัด มักจะให้ในผู้ป่วยทุกรายที่ก้อนมะเร็งใหญ่กว่า 1 เซนติเมตร หรือในรายที่มีการกระจายของมะเร็งเต้านมไปต่อมน้ำเหลือง หรือลุกลามเข้ากระแสโลหิตแล้ว
3. รังสีรักษา ประกอบด้วย การฉายรังสีและการฝังแร่ฉายรังสี มักใช้หลังการผ่าตัดและเคมีบำบัด แต่ถ้ามุ่งเน้นการผ่าตัดเฉพาะก้อนมะเร็งออกโดยเก็บเต้านมไว้ มักรักษาตามด้วยการฉายรังสี ส่วนการฝังแร่อาจใช้ร่วมกับการฉายรังสีในการรักษาเพื่อเก็บเต้านมไว้ การฉายรังสีมักฉายประมาณ 5 - 7 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน ฉายวันละ 1 ครั้ง
4. ฮอโมน เป็นการรักษาที่มีประโยชน์กับผู้ป่วยบางกลุ่มเท่านั้น มักเป็นการรักษาร่วมกับวิธีอื่นเสมอ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2553)
5. ภูมิคุ้มกันบำบัด มะเร็งเต้านมมีความเชื่อมโยงกับความผิดปกติทางยีนส์ โดย 1 ใน 5 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีตัวรับยีนส์เฮอร์ทู (Her- 2 positive) ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โรคมักค่อนข้างรุนแรง การพยากรณ์โรคไม่ดี ภูมิคุ้มกันบำบัดจะไปจับกับตัวรับยีนส์กลายพันธุ์ (Her- 2) ทำให้ขัดขวางการกระตุ้นการสร้างมะเร็งของยีนส์กลายพันธุ์ จะใช้ในผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งใหญ่กว่า 1 เซนติเมตร เพื่อลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ และผู้ป่วยในระยะแพร่กระจายที่คือต่อยาเคมีบำบัด

สรุปได้ว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์ที่สารพันธุกรรมในร่างกาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงมากมาย โดยบางปัจจัยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ได้แก่ อายุ และ พันธุกรรม จึงทำให้ผู้หญิงทุกคนมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ หากไม่ตรวจติดตามเต้านมของตนเอง จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยหลายด้านทั้งจากการแพร่กระจายของโรค จากผลข้างเคียงของการรักษาที่ต้องใช้หลายวิธี และผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ในระยะเวลาอันสั้น แต่ถ้าหากสามารถวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้ในระยะเริ่มแรก จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายได้ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นโรคของเต้านมที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์ ที่สารพันธุกรรมเป็นเซลล์มะเร็ง

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

สมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society) ได้มีแนวทางในการคัดกรอง (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ, 2547) ดังนี้

1. ผู้หญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน และควรตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมอย่างน้อยที่สุดทุก ๆ 3 ปี
2. ผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนและควรตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมทุก 1 ปี รวมทั้งควรตรวจแมมโมแกรมทุก 1 - 2 ปี และเมื่ออายุ 50 ปี ควรตรวจแมมโมแกรมทุก 1 ปี
3. ผู้หญิงที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม หรือมีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัว ควรได้รับการตรวจแมมโมแกรมทุก 1 ปี ตั้งแต่อายุ 30 - 40 ปี ส่วนหญิงที่มีความเสี่ยงสูงมาก คือ มียีนส์กลายพันธุ์ ควรเริ่มตรวจแมมโมแกรมตั้งแต่อายุ 25 ปี

โดยรายละเอียดของการคัดกรองทั้ง 3 วิธี (วลัยลักษณ์ ชัยสูตร และคณะ, 2552) มีดังนี้

1. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง สตรีทุกคนควรตรวจเต้านมของตนเองทุก ๆ เดือนในวันที่ 9 - 11 ของรอบเดือน ซึ่งเป็นวันที่เต้านมนี้ไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนของรอบเดือน ถ้าหากไม่มีรอบเดือนสามารถตรวจวันใดก็ได้โดยการดูหน้ากระจกทั้งในท่าแขนแนบลำตัว ยืน หนึ่งศีรษะ ทำโน้มตัวไปข้างหน้าฝ่ามือข้างหนึ่งของเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ได้แก่ อักเสบ แดง ร้อน ผิวหนาตัวเหมือนผิวส้มฝรัง สีผิวเปลี่ยนไปหรือไม่ ความเท่ากันของเต้านมทั้งสองข้าง มีก้อนนูน รอยบุ๋ม หัวนมถูกดึงรั้ง นอกจากนี้ยังต้องใช้ฝ่ามือ 3 นิ้ว คือ นิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนางคลำเต้านมให้ทั่ว โดยเคลื่อนนิ้วไปในแนวตรง จากบนลงล่าง ซ้ายไปขวาหรือเป็นวงกลมซึ่งก้อนมักจะโผล่ สามารถคลำเองได้ นอกจากนี้ควรคลำในรักแร้และบิ๊บบ้านนมเบาๆ ด้วยเพื่อดูว่ามีน้ำผิดปกติไหลออกมาหรือไม่

2. การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นการตรวจด้วยการคลำเต้านมเช่นเดียวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่ตรวจโดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ระยะเวลาของวันที่เหมาะสมกับการตรวจจึงเช่นเดียวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งควรตรวจเป็นประจำทุกปี

3. การตรวจแมมโมแกรม หมายถึง การตรวจทางรังสีวินิจฉัยโดยเครื่องมือพิเศษสำหรับตรวจเต้านมโดยเฉพาะ ประกอบด้วยการถ่ายภาพรังสี 2 ท่าหลัก คือ ท่าด้านตรง (Cephalo - caudal) และท่าแนวเอียง (Mediolateral) (วลัยลักษณ์ ชัยสูตร และคณะ, 2552) เป็นภาพเงาของเต้านมที่ใช้รังสีเอ็กซเรย์ จะต้องมีการบีบ (Compression) เต้านมขณะถ่ายภาพแมมโมแกรม เพื่อเป็นการเกลี่ยเนื้อเต้านมออกจากกัน จะให้เห็นความผิดปกติได้ง่ายยิ่งขึ้น โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับแมมโมแกรมอย่างกว้างขวางมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 จนถึงปัจจุบัน เป็นที่ยอมรับว่าแมมโมแกรมมีความสามารถในการหามะเร็งระยะเริ่มต้นที่มีขนาดเล็ก ทำให้การรักษาได้ผลดี ลดอัตราการตายได้อย่างมีนัยสำคัญสำหรับผู้หญิงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ, 2547) การตรวจแมมโมแกรม ทำให้ตรวจพบมะเร็งเต้านมในสตรีที่ไม่มีอาการได้มากกว่าร้อยละ 80 ของโรคมะเร็งเต้านม และลดอัตราการตายเนื่องจากโรคมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 30 - 50 (Feig, 2010) การตรวจสามารถแสดงให้เห็นรายละเอียดต่าง ๆ ในเต้านมได้ดีมาก สามารถเห็นฝุ่นหินปูนเล็ก ๆ ซึ่งไม่สามารถคลำได้ โดยฝุ่นหินปูนบางชนิดจะพบได้ในมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกมาก ๆ ส่งผลให้สามารถรักษาหายขาดได้ (วลัยลักษณ์ ชัยสูตร และคณะ, 2552) แมมโมแกรมมีความถูกต้องแม่นยำของการรายงานผล ร้อยละ 97.81 (สิริพร หิรัญแพทย์ และคณะ, 2548) และจากหลายการศึกษาพบว่าค่าความไว (Sensitivity) อยู่ในช่วงร้อยละ 68 - 88 ความจำเพาะ (Specificity) อยู่ในช่วงร้อยละ 82 - 98 โดยค่าความไวขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ลักษณะประชากรที่นำมาศึกษา อายุ ลักษณะอาการ องค์ประกอบของการศึกษา ระยะของมะเร็ง และพฤติกรรมของการเกิดมะเร็งเต้านมในกลุ่มประชากรที่ศึกษานั้น ทักษะโรวาสน์ และอภิญา สุวรรณ (2539) โดยความผิดปกติที่อาจพบในภาพแมมโมแกรม (วลัยลักษณ์ ชัยสูตร และคณะ, 2552) มีดังนี้

1. ก้อนในเต้านม (Mass) โดยจะเห็นขนาด รูปร่าง ลักษณะขอบของก้อน (Shape)
2. ฝุ่นหินปูน (Microcalcifications) คือ แคลเซียมขนาดเล็กมากมีหน่วยเป็นไมครอน หรือเศษส่วนของมิลลิเมตร
3. การบิดเบี้ยวของกลุ่มของเซลล์เยื่อบุผิวที่สร้างสาคัดหลัง (Architectural distortion) ที่ไม่สัมพันธ์กับก้อน ซึ่งพบบ่อยในมะเร็งเต้านม
4. การที่มีกลุ่มของเซลล์เยื่อบุผิวที่สร้างสาคัดหลัง รวมตัวอยู่เป็นกลุ่มไม่เท่ากันทั้งสองข้าง (Asymmetry of Breast Tissue) ซึ่งอาจพบได้ในมะเร็งเต้านม

5. ลักษณะภาพแมมโมแกรมที่มีสีเข้ม (Skin Thickening) ไม่เรียบ (Dimple) และการมีหัวนมถูดึงรั้ง (Nipple Retraction) อาจเกิดจากมะเร็งเต้านมหรือการอักเสบของเต้านมได้

6. การขยายของท่อน้ำนม(Dilated Tubular Structure) อาจเกิดจากเนื้องอกอุดตันท่อน้ำนม การรายงานผลตามโอกาสความน่าจะเป็นมะเร็ง จัดทำขึ้นโดยวิทยาลัยรังสีวิทยาแห่งอเมริกา (American College of Radiology) มีการรายงานเป็นระบบไบเรียดส์ (BIRAD: Breast Imaging Reporting and Data System) เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันและแนวทางในการรักษา (สุรพงษ์ สุภารักษ์ และคณะ, 2547) ดังนี้

ระบบ 1 (BIRAD 1) หมายถึง ผลปกติ ควรตรวจแมมโมแกรมทุก 1 ปี

ระบบ 2 (BIRAD 2) หมายถึง พบความผิดปกติในเต้านม อาจจะเป็นมะเร็งเต้านมหรือเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง ควรติดตามผลด้วยแมมโมแกรมทุก 1 ปี

ระบบ 3 (BIRAD 3) หมายถึง มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมน้อยกว่าร้อยละ 2 ควรติดตามผลโดยตรวจแมมโมแกรมข้างที่มีรอยโรคซ้ำที่ 6 เดือน และตรวจแมมโมแกรมทั้งสองข้างอีกที่ 6 เดือน ถัดมาและตรวจซ้ำทุก 1 ปี

ระบบ 4 (BIRAD 4) หมายถึง มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 10 - 30 จะพิจารณาตัดชิ้นเนื้อ

ระบบ 5 (BIRAD 5) หมายถึง มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมร้อยละ 81 - 97

นอกจากนี้การแปลผลแมมโมแกรมขึ้นอยู่กับสภาพของเนื้อเต้านม แบ่งเป็น 4 แบบ ดังนี้

1. มีไขมันมาก มีเนื้อน้อย (Almost Entirely Fat) หมายถึง มีกลุ่มของเซลล์เยื่อบุผิวที่สร้างสารคัดหลั่งน้อยกว่าร้อยละ 25 สามารถแปลภาพแมมโมแกรมได้ดีมาก

2. เนื้อเต้านมอยู่กระจัดกระจาย(Scattered Fibroglandular Densities) หมายถึง มีกลุ่มของเซลล์เยื่อบุผิวที่สร้างสารคัดหลั่งร้อยละ 25 - 50 สามารถแปลภาพแมมโมแกรมได้ดีพอสมควรแต่อาจไม่เห็นรอยโรคเล็กๆ ได้

3. เนื้อเต้านมแน่นเป็นหย่อมๆ (Heterogeneous Dense) หมายถึง มีกลุ่มของเซลล์เยื่อบุผิวที่สร้างสารคัดหลั่งร้อยละ 51 - 75 สามารถแปลภาพแมมโมแกรมยากพอสมควร อาจลดความไวของการตรวจได้

4. เนื้อเต้านมแน่นมาก (Extremely Dense) หมายถึง มีกลุ่มของเซลล์เยื่อบุผิวที่สร้างสารคัดหลั่งมากกว่าร้อยละ 75 ทำให้แปลภาพแมมโมแกรมได้ยากผิดพลาดได้ง่าย อาจลดความไวของการตรวจได้ (วัลย์ลักษณ์ ชัยสูตร และคณะ, 2552)

ปัจจุบันแมมโมแกรมได้มีการปรับปรุงเทคนิคและวิวัฒนาการ จึงไม่ต้องกังวลอันตรายจากรังสี ผู้ตรวจจะได้รับรังสีน้อยมากในขนาดที่ไม่เป็นอันตราย และไม่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งจากรังสี (ชุมศักดิ์ พุกยาพงษ์, 2544) รวมทั้งไม่ต้องกังวลว่าจะรู้สึกเจ็บมากจากการตรวจ เนื่องจาก

เต้านมจะถูกกดเพียงเล็กน้อย ถ้าผู้ได้รับการตรวจกดเต้านมขึ้นสูงก่อน จะไม่ต้องกดเครื่องตรวจลงมามาก โดยถ้าเป็นเครื่องระบบดิจิทัล (Digital) สามารถปรับภาพให้ชัดเจนยิ่งขึ้นหลังถ่ายภาพได้ ทำให้ไม่ต้องกดเต้านมมากเหมือนรุ่นเก่าเวลาในการตรวจควรรออยู่ในระหว่างวันที่ 9 - 11 ของรอบเดือน คือ วันที่เต้านมเต็มที่ที่สุดเพราะฮอร์โมนบางตัวจะทำให้เต้านมคัดและเจ็บง่าย ถ้าหมดประจำเดือนแล้ว มาตรวจเมื่อไรก็ได้ ไม่ควรทาแป้งหรือยาทาต่าง ๆ บริเวณเต้านมและรักแร้ เพราะจะทำให้สิ่งแปลกปลอมนั้นมาติดอยู่ในภาพแมมโมแกรมดูคล้ายเป็นรอยโรคได้ ข้อจำกัดของภาพแมมโมแกรมคือ คนที่อายุน้อย จะมีส่วนประกอบของเนื้อเต้านมมาก และไขมันน้อย ทำให้บังก้อนในเต้านมได้ มีโอกาสที่จะมองไม่เห็นความผิดปกติได้ ควรใช้การตรวจอย่างอื่น เช่น การตรวจอัลตราซาวด์เต้านม แต่ข้อได้เปรียบของคนอายุน้อยคือ อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมในคนอายุน้อยจะต่ำแต่คนอายุมากจะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็ง (วลัยลักษณ์ ชัยสูตร และคณะ, 2552)

การตรวจแมมโมแกรมสามารถตรวจได้ที่โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ทั่วไป โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ทั่วไป และศูนย์มะเร็งต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งร้านเอกซเรย์ของเอกชนบางร้าน (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2553) ซึ่งถือว่ามีส่วนที่ให้บริการในการตรวจมีพอสมควร จำนวนการตรวจคัดกรองจึงน่าจะมีพอสมควรด้วย แต่จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายพบว่าผู้หญิงไทยอายุ 15 - 59 ปี เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมเพียงร้อยละ 2.5 ซึ่งกลุ่มอายุที่ได้รับการตรวจมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 45 - 59 ปี (สสท., 2551- 2552 หน้า 218) แม้แต่พยาบาลวิชาชีพที่มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัวได้รับการตรวจแมมโมแกรมเพียงร้อยละ 10.5 (อาภรณ์ คำก้อน, 2552) สะท้อนให้เห็นว่าจำนวนการตรวจคัดกรองประชาชนทั่วไปและพยาบาลวิชาชีพยังมีการตรวจแมมโมแกรมในจำนวนที่น้อยมาก

จากการทบทวนสถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทยและในต่างประเทศ พบว่า สถิติผู้ป่วยไม่ได้จำแนกตามอาชีพ จึงไม่มีรายงานอัตราป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม แต่มีการศึกษาของ Hansen and Stevens (2011) ได้ทำการศึกษาการเปลี่ยนแปลงเวลาในการทำงานและปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมในพยาบาลประเทศแคนาดา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 310 ราย ในปี พ.ศ. 2544 - 2547 แต่ไม่มีรายละเอียดของจำนวนพยาบาลทั้งหมด จึงไม่ทราบอัตราป่วย จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าพยาบาลก็มีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม

แม้ว่าจะมีมาตรการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเต้านม โดย กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเป้าหมายร้อยละ 70 ให้สตรีกลุ่มอายุ 35 - 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินงานในส่วนของการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองแม้ว่าการคลำพบก้อนที่เต้านมจะเป็นอาการแรกของมะเร็งเต้านม แต่ก่อนที่เต้านม

กว่าร้อยละ 80 ไม่ใช้มะเร็ง (ชัยวุฒิ ศรีสุโข, 2552) และการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพียงอย่างเดียว ไม่ช่วยลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านม ในขณะที่การตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม ช่วยลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมได้ในผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง จึงควรรับการตรวจแมมโมแกรมอย่างสม่ำเสมอ (โรจนสกุล และคณะ, 2550) โดยการตรวจแมมโมแกรมที่สามารถใช้สิทธิรักษาได้จำเป็นต้องมีใบส่งตัวจากโรงพยาบาลต้นสังกัด โดยมีเกณฑ์ที่สปสข. กำหนดไว้ดังนี้ คือ (1) เป็นสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป (2) มีญาติสายตรง (มารดา พี่สาว หรือน้องสาว) เป็นมะเร็งเต้านม (3) คลำพบก้อนหรือความผิดปกติของเต้านม (อจรรา จิกิตศิลป์, 2553)

โดยสรุปแล้วการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง การค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะที่ยังไม่มีอาการปรากฏ ส่วนการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม หมายถึง การตรวจเต้านมด้วยเครื่องมือเฉพาะสำหรับเต้านมที่ใช้รังสีเอกซ์ในระดับที่ไม่อันตราย เป็นวิธีที่สามารถเห็นฝุ่นหินปูนเล็กๆ ที่พบได้ในมะเร็งเต้านมบางชนิด และตรวจหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นที่มีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร ซึ่งไม่สามารถตรวจพบได้ด้วยการคลำ ทำให้การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้เร็วกว่าการคลำด้วยมือถึง 2 ปี ลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 30 - 50 จึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระยะแรก

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการคัดกรองโรค

พยาบาลเวชปฏิบัติ หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีจากพยาบาลได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ที่สภาการพยาบาลรับรองและได้รับประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางการศึกษาโรคเบื้องต้นจากสถาบันที่ฝึกอบรม และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) กับสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2551)

พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป มีบทบาทในการให้บริการในชุมชนหรือในหน่วยงานระดับปฐมภูมิ (สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2550 ก) ให้การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (สุนทราวดี เขียวพิเชษฐ และคณะ, 2544 หน้า 20) รวมถึงการส่งเสริม (Promotion) การป้องกัน (Prevention) การรักษาเบื้องต้น (Primary Medical Care) และการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เน้นการมีบทบาทเชิงรุก โดยการส่งเสริมและการป้องกันโรค (Tudor-hart, 1989 อ้างถึงใน พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และทัศนีย์ สุรกิจโกศล, บรรณาธิการ, 2542; มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช 2545) ซึ่ง Clark (1999 อ้างถึงใน สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2550 ข; รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวสน์ และพรนภา หอมสินธุ์ 2551) ได้พัฒนา

รูปแบบการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนขึ้นโดยเฉพาะคือ มิติการดูแลสุขภาพ (Dimension of Health Care) เป็นการป้องกันสุขภาพ (Prevention) สามารถแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. การป้องกันปฐมภูมิ (Primary Prevention) หมายถึง การป้องกันสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้นยังไม่มีปัญหาเกิดขึ้นกับสุขภาพ โดยเน้นที่การส่งเสริมหรือยกระดับสุขภาพทั่วไปของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้แก่ การให้สุขศึกษา การอนามัยแม่และเด็ก สุขวิทยาส่วนบุคคล การให้การปรึกษาเรื่องเพศศึกษาแก่คู่แต่งงาน รวมถึงการป้องกันบุคคลจากสิ่งนำโรคที่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันโรคติดต่อ การป้องกันอันตรายจากการประกอบอาชีพ การป้องกันอุบัติเหตุและการสุขภาพสิ่งแวดล้อม

2. การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เน้นที่การค้นหาและรักษาปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่อย่างรวดเร็วในระยะเริ่มแรกที่เกิดปัญหาขึ้น โดยรวมถึงการรักษาโรคในระยะแรกและการคัดกรอง (Screening) ซึ่งมีวิธีการดังนี้

2.1 การค้นหาผู้ป่วยในระยะที่ยังไม่มีอาการ (Early Detection of Asymptomatic Cases) เป็นการค้นหาผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการ ส่วนใหญ่ตรวจได้ด้วยการคัดกรอง (Screening) คือ การใช้เครื่องทดสอบคัดกรองผู้ที่มีความผิดปกติที่ยังไม่มีอาการจากกลุ่มคนที่ดูเหมือนคนปกติทั้งหลายในการวินิจฉัยโรคให้แน่นอนเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพต่อไปโดยโรคที่เหมาะสมแก่การคัดกรอง คือ โรคที่สามารถค้นพบด้วยวิธีการทดสอบต่างๆ แต่ยังไม่มีอาการปรากฏให้เห็นเป็นเวลายาวนาน โดยเฉพาะโรคเรื้อรังหลายชนิด ได้แก่ โรคมะเร็งเต้านมคัดกรองโดยการตรวจแมมโมแกรม

2.2 การวินิจฉัยผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วเมื่อพบอาการ (Early Diagnosis Symptomatic Case) เป็นการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการทดสอบต่าง ๆ ควรทำด้วยความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อผลดีต่อการรักษาได้ทันทั่วถึงตลอดระยะเวลาของโรค ป้องกันและลดความพิการตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น

2.3 การรักษาโดยเร็ว (Early Treatment) เป็นการรักษาปัญหาสุขภาพอย่างรวดเร็วในระยะเริ่มแรกที่เกิดปัญหาขึ้น โดยเน้นการแก้ปัญหาสุขภาพในระยะแรก และป้องกันอาการที่เป็นแล้วไม่ให้อาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เช่น การรักษาโรคเบื้องต้นในชุมชน

3. การป้องกันตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิมให้ได้มากที่สุด ร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติมากที่สุด และป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพมากขึ้น

โดยสรุปแล้วพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทในการป้องกันสุขภาพทั้งสามระดับเพื่อภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัวและชุมชนจึงเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนป้องกันโรคในระดับต่าง ๆ และเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน และการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมทุกปี

ปัจจัยที่มีผลต่อการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม

การคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม เป็นวิธีการที่ดีและเหมาะสมที่สุดใน การควบคุมและป้องกัน โรคมะเร็งเต้านม แต่การที่มีพฤติกรรมการตรวจแมมโมแกรมได้นั้นเกิดจาก ความตั้งใจซึ่งเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในการตรวจแมมโมแกรม (Mayne, 2000) โดย Ajzen (1991) ได้กล่าวถึงการเกิดพฤติกรรมไว้ในทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม(The Theory of Planned Behavior) ว่ามนุษย์เป็นผู้มีเหตุผลจะใช้ข้อมูลที่มีอยู่ทั้งหมดพิจารณาถึงผลที่อาจจะเกิดขึ้นจากการกระทำของตน ทั้งดีและไม่ดีก่อนที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมหรือไม่กระทำพฤติกรรม ภายใต้การควบคุมของ ความตั้งใจ(Intention) ที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นการที่คนเราจะไปตรวจแมมโมแกรมนี้ จะต้องมีความตั้งใจที่จะไปตรวจแมมโมแกรมก่อนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจ แมมโมแกรม ประกอบด้วย

1. เจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม(Attitude Toward the Behavior หรือ A_b) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลต่อพฤติกรรมหรือเป็นผลที่เกิดจากความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิด ตามมาของพฤติกรรม และการประเมินค่าของผลลัพธ์ดังกล่าวว่าจะเป็นผลดีหรือผลเสียซึ่งสามารถ เกิดเจตคติได้ทั้งทางบวกหรือลบ โดยทั่วไปถ้าบุคคลมีเจตคติทางบวกต่อการกระทำพฤติกรรมมาก จะ ทำให้บุคคลมีความตั้งใจมากที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น แต่ถ้าบุคคลมีเจตคติทางลบต่อการกระทำ พฤติกรรมมาก ก็จะทำให้บุคคลมีความตั้งใจมากที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเช่นกัน ดังนั้นเจตคติจึง เป็นองค์ประกอบที่กำหนดความตั้งใจของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมต่างๆ การวัดเจตคติต่อ การกระทำพฤติกรรมมี 2 วิธี คือ การวัดเจตคติต่อพฤติกรรมทางตรงและทางอ้อม

1.1 การวัดเจตคติต่อพฤติกรรมทางตรง คือ การประเมินความรู้สึกของบุคคลที่เห็น ด้วยหรือคัดค้านต่อการกระทำพฤติกรรม โดยใช้มาตรวัดจำแนกความหมายของ Osgood's semantic Differential Technique ที่นำเสนอไว้ในปี ค.ศ. 1957 โดยได้เสนอแนะขั้นตอนของการ สร้างเครื่องมือ คือ ให้กลุ่มตัวอย่างบอกความหมายหรือคุณลักษณะของสิ่งที่จะวัดให้มากที่สุด แล้วนำมาสร้างเป็นข้อคำถาม ซึ่งจะทำได้ความหมายของสิ่งนั้นมากขึ้น และเพื่อเพิ่มคุณค่า ของการวัดได้เสนอให้แบ่งช่วงการวัดเป็น 5 ช่วง ระหว่างข้อ 2 คู่ คุณลักษณะนั้น ซึ่งจะช่วยให้การ วัดนั้นสามารถระบุทิศทางของการให้ความหมายหรือเจตคติ และบอกน้ำหนัก(Intensity) ด้วย (Ajzen & Fishbein, 1980)

1.2 การวัดเจตคติต่อพฤติกรรมทางอ้อม คือ เจตคติต่อพฤติกรรม (A_b) ที่เกิดจากความ เชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรม (Behavioral Belief (b_p)) และการประเมินค่าผลของพฤติกรรม (Evaluation of Consequence (e_p)) ซึ่งสามารถเขียนสมการได้ ดังนี้

$$A_b = \left(\sum_{i=1}^n b_i e_i \right) \dots \dots \dots (1)$$

เมื่อ A_b = เจตคติของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรม

b_i = ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม

e_i = การประเมินค่าผลของการกระทำตามความเชื่อ

n = จำนวนข้อความเกี่ยวกับความเชื่อของบุคคลต่อการกระทำนั้น

เจตคติต่อพฤติกรรมทางอ้อม เป็นเจตคติที่เป็นความคิดเห็น ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยจะเกี่ยวข้องกับความเชื่อ การประเมินผลจากการกระทำทั้งดีและไม่ดี จึงส่งผลต่อพฤติกรรม ดังนั้นถ้าบุคคลเชื่อว่าการตรวจแมมโมแกรมเป็นสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ จะส่งผลให้มีเจตคติที่ดีต่อการตรวจแมมโมแกรม และมีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจไปการตรวจแมมโมแกรม เช่นเดียวกัน ถ้าบุคคลนั้นเชื่อว่าการตรวจแมมโมแกรมเป็นสิ่งที่ไม่ดีและไม่มีประโยชน์ จะส่งผลให้มีเจตคติที่ไม่ดีต่อการตรวจแมมโมแกรม และมีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจ ไม่ไปตรวจแมมโมแกรม

Calvocoressi, Stolar, Kasl, Claus and Jones (2005) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจแมมโมแกรมในสตรี 1,229 คน พบว่า ความเชื่อว่าแมมโมแกรมมีประโยชน์ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการตรวจแมมโมแกรมได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Achat et al. (2005) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจแมมโมแกรมในสตรี 2,974 คน พบว่า ความเชื่อว่าแมมโมแกรมมีประโยชน์ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการตรวจแมมโมแกรมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bowie et al. (2003) ได้ศึกษาความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมซ้ำในสตรีเชื้อสายแอฟริกันและอเมริกันอายุ 40 - 49 ปี จำนวน 150 คน พบว่า เจตคติต่อการตรวจแมมโมแกรมเป็นตัวทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรม นอกจากนี้มีการศึกษาของ Tolma, Reininger, Evans and Ureda (2006) ได้ศึกษาความตั้งใจตรวจแมมโมแกรม โดยใช้ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมในสตรีอายุ 40 - 65 ปี จำนวน 293 คน พบว่า เจตคติต่อการตรวจคัดกรองทางอ้อมสามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมได้ร้อยละ 26.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งผลการศึกษาของ Steele (2004) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย และการรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจแมมโมแกรมของสตรีในสามเมืองชนบททางตะวันออกเฉียงใต้ของรัฐลุยเซียนา อายุ 40 - 74 ปี จำนวน 302 คน พบว่า เจตคติต่อการคัดกรองทางตรง และเจตคติต่อการคัดกรองทางอ้อม สามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Steele and Porche (2005) ได้ศึกษาความตั้งใจตรวจแมมโมแกรม โดยใช้ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมในสตรี

จำนวน 302 คน พบว่า เจตคติต่อการคัดกรองทางตรง และ เจตคติต่อการคัดกรองทางอ้อม สามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$

จะเห็นได้ว่าเจตคติมีผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรมการคัดกรอง เจตคติต่อการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมทางตรง เป็นความรู้สึกรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพต่อการตรวจแมมโมแกรม ส่วนเจตคติต่อการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมทางอ้อม เป็นผลที่เกิดจากผลคุณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของการตรวจแมมโมแกรม และการประเมินค่าผลของการตรวจแมมโมแกรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาทั้งเจตคติต่อการตรวจด้วยแมมโมแกรมทางตรงและเจตคติต่อการตรวจด้วยแมมโมแกรมทางอ้อม

2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm หรือ SN) เป็นความเชื่อว่าบุคคลอื่น ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับตนเอง ต้องการหรือไม่ต้องการให้ทำพฤติกรรมนั้น ๆ Ajzen and Fishbein (1980) เสนอวิธีการวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไว้ 2 วิธี คือ

2.1 การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรง คือ การประเมินความรู้สึกต่อความคิดเห็นของบุคคลส่วนมากว่าจะสนับสนุนหรือคัดค้านการกระทำพฤติกรรม

2.2 การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อมคือ การประเมินความเชื่อที่เกิดจากความเชื่อเกี่ยวกับความคิดเห็นของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของตน (Normative Beliefs หรือ NB) และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to Comply หรือ MC) วิธีการวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม โดยนำผลคุณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มบุคคลอ้างอิงกับแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมารวมกัน โดยการวัดความเชื่อนั้นต้องจำเพาะเช่นเดียวกับพฤติกรรมที่ ประเด็น คือ การกระทำ เป้าหมาย บริบทและเวลา โสการเขียนสมการได้ดังนี้

$$SN = \left(\sum_{i=1}^n NB_i MC_i \right) \dots \dots \dots (2)$$

เมื่อ SN = การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับพฤติกรรม

NB_i = ความเชื่อเกี่ยวกับความคิดเห็นของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของบุคคล

MC_i = แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

n = จำนวนคนที่เป็นกลุ่มอ้างอิง

ดังนั้นการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและความตั้งใจในการตรวจแมมโมแกรม จึงเป็นการคล้อยตามความเชื่อของบุคคลอื่นที่มีความสำคัญต่อพยาบาลวิชาชีพ ในเรื่องความคิดเห็นว่าสมควรหรือไม่สมควรตรวจแมมโมแกรม โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีผลต่อการตรวจแมมโมแกรมคือ ถ้าพยาบาลรับรู้ว่าคุณค่าที่มีความใกล้ชิดหรือมีความสำคัญต่อตน คิดว่าควรจะไปตรวจแมมโมแกรม

ก็มีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจที่จะไปตรวจแมมโมแกรมแต่ถ้าผู้ที่มีความใกล้ชิดหรือมีความสำคัญต่อตน คิดว่าไม่ควรจะไปตรวจแมมโมแกรมพยาบาลจะมีแนวโน้มที่จะมีความตั้งใจที่จะไม่ไปตรวจแมมโมแกรม

จากการศึกษาของ Kratzke, Garzon, Lombard and Karlowicz (2010) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจแมมโมแกรมในสตรีอายุ 40 - 73 ปี จำนวน 109 คน พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมตรวจแมมโมแกรมสอดคล้องกับการศึกษาของ Mayne (2000) ได้ศึกษาการยึดมั่นต่อความตั้งใจและพฤติกรรมตรวจแมมโมแกรมในสตรีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 830 คน พบว่าสตรีที่ไม่เคยตรวจแมมโมแกรมจะอยู่ในกลุ่มสังคมของสตรีที่ไม่เคยตรวจแมมโมแกรม และยังมีการศึกษาของ Stewart et al. (2009) ได้ศึกษาพฤติกรรมตรวจแมมโมแกรมในสตรี 5 กลุ่ม คือ สตรีเชื้อสายอเมริกัน จีน ฟิลิปปินส์ ละตินและเชื้อสายผสมอเมริกันแอฟริกันอายุ 40 - 74 ปี จำนวน 1,463 คน พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตรวจแมมโมแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ King et al. (1998) ได้ศึกษากลยุทธ์ในการสนับสนุนให้ใช้ตรวจเต้านมของสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างกลุ่มคนที่เคยตรวจแมมโมแกรมสามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการตรวจแมมโมแกรมได้ และการศึกษาของ O'Neill et al. (2008) ได้ศึกษาความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมในสตรี จำนวน 2,062 คน พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรง สามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม สามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมได้ร้อยละ 26.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Tolma et al., 2006) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรงและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม สามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001 (Steele and Porche, 2005; Steele, 2004)

จะเห็นได้ว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีผลต่อความตั้งใจ และพฤติกรรมการคัดกรอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมทางตรง เป็นการความรู้สึกละอายใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อความคิดเห็นของบุคคลส่วนมากที่มีความสำคัญต่อตน ในการตรวจแมมโมแกรม ส่วนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจด้วยแมมโมแกรมทางอ้อม เป็นความเชื่อที่เกิดจากผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับความคิดเห็นของกลุ่มอ้างอิง ต่อการตรวจแมมโมแกรมกับแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ต่อการตรวจแมมโมแกรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาทั้งการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมทางตรง และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมทางอ้อม

3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย (Perceived Behavioral Control หรือ PBC) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่ายากหรือง่ายที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ โดยประเมินจากประสบการณ์ในอดีต และการคาดคะเนปัจจัยที่จะสนับสนุนกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย สามารถวัดได้ 2 วิธี คือ

3.1 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางตรง คือ ความรู้สึกรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมโดยรวม

3.2 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางอ้อม คือ การประเมินความสามารถจากความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมปัจจัย (Control Belief หรือ C) และการรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมปัจจัย (Perceived Power หรือ P) โดยเขียนสมการได้ดังนี้

$$PBC = \left(\sum_{i=1}^n C_i P_i \right) \dots \dots \dots (3)$$

เมื่อ PBC = การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย

C_i = ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมปัจจัย

P_i = การรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมปัจจัย

n = จำนวนปัจจัยที่ส่งเสริมหรือขัดขวาง

ดังนั้นการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย ที่มีผลต่อการตรวจแมมโมแกรมของพยาบาล จึงเป็นความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมหรือจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจหรือไม่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยมีผลต่อการตรวจแมมโมแกรม คือ ถ้าพยาบาลเชื่อว่าตนสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจแมมโมแกรมได้ ก็มีแนวโน้มที่จะไปตรวจแมมโมแกรม แต่ถ้าพยาบาลเชื่อว่าตนไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจแมมโมแกรมได้ พยาบาลจะมีแนวโน้มที่จะไม่ไปตรวจแมมโมแกรม

จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยพบว่า การรับรู้แหล่งประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการตรวจแมมโมแกรม ทำให้บุคคลตั้งใจไปตรวจแมมโมแกรม (Stewart et al., 2009) โดยสามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมได้ (Bowie et al., 2003; Tolma et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tolma, Reininger, Ureda and Evans (2003) ได้ศึกษาแรงจูงใจในการตรวจแมมโมแกรมในสตรี จำนวน 293 คน พบว่า เจตคติต่อการคัดกรองทางอ้อม สามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมได้ร้อยละ 51 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางอ้อม สามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (O'Neill et al., 2008)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางตรง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางอ้อม สามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Steele and Porche, 2005; Steele, 2004)

จะเห็นได้ว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยมีผลต่อความตั้งใจในการคัดกรอง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่อการคัดกรองด้วยตรวจแมมโมแกรมทางตรงจึงเป็นความรู้สึกรองของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมตรวจแมมโมแกรม ส่วนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางอ้อมเป็นผลของความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมสิ่งที่มีผลต่อการตรวจแมมโมแกรมกับการรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมสิ่งที่มีผลต่อการตรวจแมมโมแกรม

4. ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อความตั้งใจในการตรวจแมมโมแกรม ดังนี้

4.1 อายุ อายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น (สุรพงษ์ สุภภรณ์ และคณะ, 2547) อายุ จึงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งเต้านมและส่งผลต่อความตั้งใจตรวจแมมโมแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ O'Neill et al. (2008) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตรวจแมมโมแกรม และสามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมได้ดีที่สุด โดยความตั้งใจจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ในทุกๆ 1 ปี ของอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Park et al. (2010) ได้ศึกษาผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์จากการแจ้งความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมต่อความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมในสตรี จำนวน 855 คน พบว่า อายุสามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และมีการศึกษาที่พบว่า อายุ สามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมและพฤติกรรมการตรวจแมมโมแกรมได้ (King et al., 1998; Tolma et al., 2006; Kratzke et al., 2010; Altpeter et al., 2005) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Lee, Kim and Kim (2010) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมระยะแรกในสตรีเกาหลีจำนวน 264 คน พบว่า อายุที่มากกว่า 40 ปี สามารถร่วมทำนายการตรวจแมมโมแกรมได้ ร้อยละ 48.5 แต่มีการศึกษาของ Lairson, Chan and Newmark (2005) ได้ศึกษาปัจจัยที่กำหนดความต้องการตรวจแมมโมแกรมในสตรีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 3,415 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ซึ่งลบกับการตรวจแมมโมแกรมโดยอายุที่มากขึ้นจะมีพฤติกรรมการตรวจแมมโมแกรมลดลง

4.2 พันธุกรรม มะเร็งเต้านมมีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม การที่มีประวัติของคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม พันธุกรรมจึงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรอง และส่งผลต่อความตั้งใจในการตรวจแมมโมแกรมจากผลการศึกษาของ อารักษ์ คำก้อน (2552) ได้ศึกษาผลของการมีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัวต่อพฤติกรรมการ

ตรวจเต้านมและความเชื่อทางสุขภาพของพยาบาล จำนวน 580 คน พบว่า การมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตรวจแมมโมแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee-Lin et al. (2007) ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจแมมโมแกรมในสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 100 คน พบว่า การมีบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมตรวจแมมโมแกรมได้ดีที่สุดเช่นเดียวกับการศึกษาของ Borrayo et al. (2009) ได้ศึกษาลักษณะเฉพาะของสตรีสองกลุ่มที่ยึดมั่นปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมในสตรี อายุ 50 - 59 ปี จำนวน 2,231 คน พบว่า สตรีที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม จะมีพฤติกรรมตรวจแมมโมแกรมเป็น 1.82 เท่าของสตรีที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาของ Wu and Bancroft (2006) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้และประสบการณ์การคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีฟิลิปปินส์ จำนวน 11 คน พบว่า การมีบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ทำให้สตรีไปตรวจแมมโมแกรม

4.3 ระดับการศึกษาส่งผลให้บุคคลมีความรู้ มีความสามารถทางด้านสติปัญญาเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อกระบวนการคิดว่าสิ่งใดดีหรือไม่ดีระดับการศึกษาจึงมีผลต่อความตั้งใจตรวจแมมโมแกรม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระดับการศึกษา สามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมได้ (Tolma et al., 2006; Tolma et al., 2003) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Alexandraki and Mooradian (2010) ได้ศึกษาอุปสรรคในการตรวจแมมโมแกรมของสตรีชนกลุ่มน้อย โดยทบทวนวรรณกรรม 515 เรื่อง พบว่า ระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมซ้ำได้ และมีการศึกษาที่พบว่า ระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (Bowie et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Aro et al. (1999) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายทางจิตสังคมต่อการตรวจแมมโมแกรมครั้งแรกในสตรี จำนวน 1,458 คน พบว่า ระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมตรวจแมมโมแกรมครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ โดยมีการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมตรวจแมมโมแกรมมากขึ้น (Lairson et al., 2005)

4.4 รายได้ปัจจุบันคนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ แต่ไม่ครอบคลุมการคัดกรองโรคทุกชนิดการตรวจแมมโมแกรมจะต้องมีใบส่งตัวจากโรงพยาบาลต้นสังกัดตามเกณฑ์ที่สปสข. กำหนดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง หากไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงจะไม่สามารถใช้สิทธิในการตรวจคัดกรองได้ ต้องชำระค่าบริการด้วยตนเองซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจในการตรวจแมมโมแกรมสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์และทำนายการตรวจแมมโมแกรมโดยรายได้ที่มากขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมตรวจแมมโมแกรมมากขึ้น (Calvocoressi et al., 2005; Lairson et al., 2005) สตรีที่มีรายได้มาก

มีพฤติกรรมการตรวจแมมโมแกรมเป็น 2.06 เท่าของสตรีที่มีรายได้น้อย (Steele, 2004) และมีการศึกษาที่พบว่า การมีรายได้น้อยเป็นอุปสรรคหนึ่งในการตรวจแมมโมแกรม (Alexandraki and Mooradian, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสตรีที่ไม่เคยตรวจแมมโมแกรม จะมีรายได้น้อย (Mayne, 2000)

4.5 สถานภาพสมรสส่งผลให้บุคคลมีประสบการณ์ในชีวิตที่แตกต่างกัน การมีสถานภาพสมรสจะมีประสบการณ์ในด้านต่างๆ มากกว่าสตรีที่มีสถานภาพสมรสโสด รวมทั้งประสบการณ์เรื่องความเจ็บปวดคั่งนั้น สถานภาพสมรส ก็มีผลต่อความตั้งใจตรวจแมมโมแกรม สอดคล้องกับผลการศึกษาของชวลทิพย์ วิรัตน์พันธ์ (2551) ได้ทำการศึกษาความรู้สึกเจ็บหรือความรู้สึกไม่สบายระหว่างการตรวจแมมโมแกรม ในผู้มารับบริการตรวจแมมโมแกรม โรงพยาบาลรามารับดีจำนวน 1,250 ราย พบว่า สตรีที่เคยมีบุตรมาแล้ว เคยมีความรู้สึกเจ็บที่มากกว่าความรู้สึกจากการถูกบีบด้านขณะตรวจแมมโมแกรม เช่น ความรู้สึกเจ็บท้องคลอด ความรู้สึกเจ็บขณะคลอด และความรู้สึกเจ็บขณะให้นมบุตร ซึ่งสตรีสถานภาพสมรสโสด ไม่เคยมีความรู้สึกเจ็บเหมือนสตรีสถานภาพสมรสคู่ จึงอาจรู้สึกเจ็บด้านขณะตรวจแมมโมแกรมได้มากกว่าสตรีสถานภาพสมรสคู่ และมีการศึกษาที่พบว่า สถานภาพสมรสคู่สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (Park et al., 2010) รวมทั้งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมตรวจแมมโมแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Aro et al., 1999)

4.6 ประสบการณ์ในการตรวจแมมโมแกรม การตรวจแมมโมแกรมจะต้องมีการบีบ (Compression) ด้านขณะถ่ายภาพแมมโมแกรม เพื่อเป็นการเกลี่ยเนื้อด้านมออกจากกัน จะเห็นความผิดปกติได้ง่ายยิ่งขึ้น (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ, 2547) ทำให้มีโอกาสเกิดอาการเจ็บหรืออับอายได้ ส่งผลต่อความตั้งใจในการตรวจแมมโมแกรม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความกลัวและความเจ็บปวดเป็นเหตุผลที่สตรีไม่ตรวจแมมโมแกรมซ้ำ (Alexandraki and Mooradian, 2010) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tejeda, Thompson, Coronado and Martin (2009) ได้ศึกษาปัจจัยอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการตรวจแมมโมแกรมในสตรีอายุ 50 ปีขึ้นไป โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ 40 คน ทั้งคนที่เคยตรวจและไม่เคยตรวจแมมโมแกรม พบว่า การรับรู้ว่าการตรวจแมมโมแกรมจะทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บ เป็นอุปสรรคหนึ่งในการตรวจแมมโมแกรม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Schueler, Chu and Smith-Bindman (2008) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจแมมโมแกรมจากการทบทวนการศึกษา 221 การศึกษา ในสตรีหลายกลุ่ม จำนวน 4,957,347 คน พบว่าความเจ็บปวดเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการตรวจแมมโมแกรม รวมทั้งผลการศึกษาของ Papas and Klassen (2005) ได้ศึกษาอาการปวดและความไม่สบายจากการตรวจแมมโมแกรมในสตรีจำนวน 530 คน พบว่า การปรับเทคนิคการตรวจของเจ้าหน้าที่ในการลดความเจ็บปวด หรือความ

ไม่สุขสบายที่เกิดจากการบีบด้านขณะถ่ายภาพแมมโมแกรม ทำให้สตรีเกิดความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมซ้ำได้ 0.61 เท่าของสตรีที่ไม่ได้รับการปรับปรุงเทคนิคการตรวจของเจ้าหน้าที่

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Canales, Rakowski and Howard (2007) ได้ศึกษาธรรมเนียมและการปฏิบัติเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งในสตรีเชื้อชาติอเมริกาและเชื้อชาติอินเดียในรัฐเวอร์มอนต์จำนวน 115 คน พบว่า ประสิทธิภาพในการตรวจแมมโมแกรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการที่มีประสิทธิภาพในการตรวจแมมโมแกรมที่ดี สามารถร่วมทำนาความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมซ้ำได้ (Bowie et al., 2003; O'Neill et al., 2008; Altpeter et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ballew et al. (2010) ได้ศึกษาอุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งเต้านมในรัฐมอนทานาในสตรี จำนวน 2,020 คน พบว่าคนที่มีประวัติการตรวจแมมโมแกรมครั้งล่าสุดจะตั้งใจตรวจแมมโมแกรมเป็น 10.87 เท่าของคนที่ไม่เคยตรวจแมมโมแกรม (OR = 10.87; 95% CI = 6.42 - 18.40)

4.7 ประสิทธิภาพเจ็บป่วยเกี่ยวกับเต้านม ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยที่เกิดกับเต้านมแม้ไม่ใช่มะเร็ง แต่พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมเป็นอย่างดี อาจส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความรู้สึกลัว หรือวิตกกังวลว่าเป็นอาการเริ่มต้นของโรคมะเร็งเต้านมได้ ซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจในการตรวจแมมโมแกรมสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การที่มีอาการผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม ทำให้สตรีไปตรวจแมมโมแกรม (Wu and Bancroft, 2006)

4.8 สิทธิในการเบิกการตรวจคัดกรองเนื่องจากสิทธิการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมทั้งในสิทธิประกันสังคมและข้าราชการ ยังไม่ครอบคลุมบุคคลที่ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง ต้องชำระค่าบริการด้วยตนเอง ดังนั้นสิทธิในการเบิกการตรวจคัดกรองอาจส่งผลต่อความตั้งใจในการตรวจแมมโมแกรมได้ ดังผลการศึกษาที่พบว่า ความครอบคลุมของประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจแมมโมแกรมโดยการมีประกันสุขภาพครอบคลุมการตรวจแมมโมแกรม ทำให้สตรีมีพฤติกรรมตรวจแมมโมแกรมมากขึ้น (Lairson et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Leong-Wu and Fernandez (2006) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจแมมโมแกรมในสตรีจำนวน 1,695 คน พบว่า คนที่มีประกันสุขภาพมีพฤติกรรมตรวจแมมโมแกรมเป็น 1.59 เท่าของคนที่ไม่ประกันสุขภาพ (95% CI = 1.02 - 2.48) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า ความครอบคลุมของประกันสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการตรวจแมมโมแกรมได้ (Lee-Lin et al., 2007)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Choi et al. (2010) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการตรวจแมมโมแกรมในสตรีเกาหลีกับสตรีเกาหลีที่อยู่ในประเทศอเมริกาจำนวน 252 คน พบว่า การไม่มีประกันสุขภาพ ทำให้การตรวจแมมโมแกรมน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า การไม่มีประกันสุขภาพ ทำให้การตรวจแมมโมแกรมน้อย (Alexandraki and Mooradian, 2010; Schueler et al., 2008)

สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การขาดประกันสุขภาพเป็นอุปสรรคในการตรวจแมมโมแกรม (Tejeda et al., 2009) และการศึกษาของ Wu, Hsieh and West (2008) ได้ศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจแมมโมแกรมในสตรีจำนวน 315 คน พบว่า ความครอบคลุมของประกันสุขภาพเป็นอุปสรรคในการตรวจแมมโมแกรม รวมทั้งผลการศึกษาของ Remennick (2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งเต้านมระยะแรกจาก 32 การศึกษา พบว่า การมีประกันสุขภาพที่ไม่ดีเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งในการตรวจแมมโมแกรม

4.9 การมีปัจจัยเสี่ยงหลักเกณฑ์การตรวจแมมโมแกรมที่สามารถใช้สิทธิในการตรวจ ต้องมีปัจจัยเสี่ยงดังนี้ คือ (1) เป็นสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป (2) มีญาติสายตรง ได้แก่ มารดา พี่สาว หรือ น้องสาว เป็นมะเร็งเต้านม (3) คลำพบก้อนหรือความผิดปกติของเต้านม (อัจฉรา จิจิตศิลป์, 2553) ดังนั้นการมีปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งอาจส่งผลต่อความตั้งใจในการตรวจแมมโมแกรมได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับการตรวจแมมโมแกรม (Lairson et al., 2005) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yavan, Akyuz, Tosun and Iyigun (2010) ได้ศึกษาการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมและเจตคติต่อการคัดกรองของสตรี จำนวน 188 คน พบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม สามารถเพิ่มจำนวนการตรวจแมมโมแกรมได้ ผลการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมสามารถทำนายการตรวจแมมโมแกรม (Aro et al., 1999)

4.10 การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการที่บุคคลรับรู้สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตในสังคม (สุพินดา แซ่เตียว, 2546) ว่าดีหรือไม่ดี หากมีการรับรู้ไม่ดี บุคคลต้องมีการแสวงหาบริการทางสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพอาจส่งผลต่อความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี สามารถร่วมทำนายการตรวจแมมโมแกรมได้ (Achat et al., 2005)

4.11 การได้รับฮอร์โมนการรับประทานฮอร์โมนเสริมในช่วงหมดประจำเดือนมากกว่า 5 ปี จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น (ชัญวลี ศรีสุโข, 2552) พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม หากมีการรับประทานฮอร์โมนทดแทนจะรู้ว่าเสี่ยงมากต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งอาจส่งผลต่อความตั้งใจในการตรวจแมมโมแกรมได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การรับประทานฮอร์โมนทดแทนมีความสัมพันธ์กับการตรวจแมมโมแกรม (Borrayo et al., 2009)

จากการทบทวนรายงานการวิจัยที่ศึกษาความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของ Ajzen (1991) จะเห็นว่าเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความตั้งใจในการกระทำของบุคคลได้ในระดับค่อนข้างสูง ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงได้นำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมมาศึกษา ได้แก่ เจตคติต่อการตรวจคัดกรอง การคล้อยตามกลุ่ม

อ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในทศวรรษปัจจุบันทั้งนำปัจจัยส่วนบุคคลมาศึกษาด้วย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้พันธุกรรม ประสบการณ์การเจ็บป่วย ประสบการณ์ในการตรวจคัดกรอง สิทธิในการเบิกการตรวจคัดกรองการมีปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ภาวะสุขภาพและการได้รับฮอร์โมน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายความตั้งใจตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยแมมโมแกรม

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University