

# ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย แมมโมแกรมของพยาบาลวิชาชีพ จังหวัดระยอง\*

## Factors Affecting Intention to Breast Cancer Screening by Mammography of Registered Nurses in Rayong Province

เจนจิรา เจริญการไกร\*\* พย.ม.  
สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ\*\*\* ส.ด.  
วรรณิภา อัสวชัยสุวิกรม\*\*\*\* Ph.D

Jenjira Jareankankai, M.N.S  
Suwanna Junprasert, Dr.P.H.  
Wannipa Asawachaisuwikrom, Ph.D.

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมของพยาบาลวิชาชีพ จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง ไม่มีประวัติเป็นโรคมะเร็งเต้านม ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 269 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดของไอเซน (Ajzen, 1991) ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการคัดกรองทางตรง เจตคติต่อการคัดกรองทางอ้อม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางตรง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางอ้อม ความตั้งใจตรวจคัดกรอง โดยเจตคติต่อการคัดกรองทางตรงและทางอ้อม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางอ้อม มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับมาก ( $\alpha = .71, .82, .93$  และ  $.80$  ตามลำดับ) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความ

ตั้งใจที่จะไปตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ( $M = 68.64, SD = 25.44$ ) เจตคติต่อการตรวจคัดกรองทางตรงอยู่ในระดับดี ( $M = 0.82, SD = 0.62$ ) เจตคติต่อการตรวจคัดกรองทางอ้อมอยู่ในระดับดีมาก ( $M = 3.42, SD = 0.79$ ) มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรงและทางอ้อมในระดับมากที่สุด ( $M = 1.57, SD = 0.76; M = 6.32, SD = 3.22$  ตามลำดับ) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางตรงและทางอ้อมอยู่ในระดับไม่แน่ใจ ( $M = 0.38, SD = 1.39; M = 1.81, SD = 3.58$  ตามลำดับ) ประสบการณ์ในการตรวจคัดกรอง เจตคติต่อการคัดกรองทางอ้อม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์และร่วมกันทำนายความตั้งใจตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมของพยาบาลวิชาชีพ จังหวัดระยอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ได้ร้อยละ 29.5 ด้วยสมการถดถอย

$$Z'_{\text{ความตั้งใจตรวจคัดกรอง}} = 0.199Z'_{\text{ประสบการณ์ในการตรวจคัดกรอง}} + 0.222Z'_{\text{เจตคติต่อการคัดกรองทางอ้อม}} + 0.223Z'_{\text{การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม}} + 0.168Z'_{\text{ค่าลอการิทึมของอายุ}} + 0.127Z'_{\text{การศึกษาระดับปริญญาโท}}$$

\* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
\*\* พยาบาลวิชาชีพ  
\*\*\* รองศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
\*\*\*\* อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพมีความตั้งใจมากที่จะไปตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม บัณฑิตพยาบาลที่พบในงานวิจัยนี้ พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพมีความตั้งใจเข้ารับการตรวจคัดกรองเต้านม เพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม

**คำสำคัญ :** เจตคติต่อการคัดกรอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย ความตั้งใจตรวจคัดกรอง แมมโมแกรม

### Abstract

The purpose of this research was to study factors affecting the intention for screening mammography of registered nurses in Rayong province. 269 female registered nurses, with no history of breast cancer working at the centric hospital, community hospitals, and private hospitals, were selected from multi-stage random sampling. The questionnaire guided by Ajzen (1991) was developed by the researcher. It includes personal characteristics, direct and indirect attitudes toward screening mammography, direct and indirect subjective norm, direct and indirect perceived ability to control factors and the intention for screening mammography. The reliabilities of the instrument direct and indirect attitudes toward screening mammography, indirect subjective norm, indirect perceived ability to control factors were to high level ( $\alpha = .71, .82, .93$  and  $.80$  respectively). Data were analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The results showed that means score of intention for screening mammography scored by the samples was in a high level ( $M = 68.64, SD = 25.44$ ); direct attitudes toward screening mammography was in a good level ( $M = 0.82,$

$SD = 0.62$ ); indirect attitudes toward screening mammography was in a very good level ( $M = 3.42, SD = 0.79$ ); direct and indirect subjective norms were in a very good level ( $M = 1.57, SD = 0.76; M = 6.32, SD = 3.22$ , respectively); direct and indirect perceived ability to control factors were in a doubt level ( $M = 0.38, SD = 1.39; M = 1.81, SD = 3.58$ , respectively). Combination of experience of screening mammography, indirect attitudes toward screening mammography, indirect subjective norm, age, education significantly association and predicted intention for screening mammography ( $p < .05$ ), and explained 29.5 percents of the intervention to screening, with the following equation:

$$Z'_1 = 0.199Z'_{ES} + 0.222Z'_{BE} + 0.223Z'_{NM} + 0.168Z'_{\text{Log}_{10}\text{age}} + 0.127Z'_{\text{Edu.M}}$$

The results of this study showed that nurses had high attention to do screening mammography. For predicting factors found in this study, nurse practitioners could utilize as a guide to encourage registered nurses to build up intention for breast cancer screening in order to decrease risk of breast cancer.

**Key words:** Attitude toward the screening, subjective norm, perceived behavioral control, intention screening, mammography

### ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่มีอุบัติการณ์สูงทั่วโลก โดยประเทศไทยพบโรคมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งในผู้ป่วยหญิงทั้งหมด (กรมอนามัย, 2555) การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อทั้งกับผู้ป่วยและงบประมาณของประเทศ การป้องกันการเป็นมะเร็งเต้านม จึงเป็นหนทางที่ดีที่สุด แต่ยังไม่มีการปฏิบัติใดที่สามารถป้องกันโรคมะเร็งเต้านมได้แน่นอน เนื่องจากยังไม่ทราบสาเหตุ

## การเกิดโรคที่แท้จริง

การวินิจฉัยมะเร็งเต้านมได้ระยะเริ่มแรก จึงเป็นหนทางที่ดีที่สุดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายได้และมีชีวิตยืนยาวกว่าการมาพบแพทย์ในระยะหลังของโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อสามารถตรวจพบมะเร็งได้ตั้งแต่ก่อนมะเร็งมีขนาดน้อยกว่า 1 เซนติเมตร จะช่วยให้ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 95 มีชีวิตอยู่ได้นานถึง 14 ปี วิธีการที่จะช่วยตรวจคัดกรองให้ตรวจพบโรคในระยะแรก ทำได้โดยการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม ซึ่งเป็นการคัดกรองที่สามารถตรวจหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นก่อนที่จะคลำพบก่อน ทำให้การรักษาได้ผลดี (สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สุमित วงศ์เกียรติจจร วิชัย วาสนาสิริ และจรัสพงศ์ เกษมมงคล, 2547) ส่วนการตรวจคัดกรองอีกสองวิธีนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสตรีที่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะหยุดตรวจหรือตรวจนานๆ ครั้ง (อำไพ ชนะกอก และคณะ, 2545 อ้างถึงในรัชนิกร ทรัพย์ทอง, 2550) ส่วนการตรวจเต้านมด้วยแพทย์นั้น ส่วนมากผู้หญิงที่มาพบแพทย์มักมีอาการมาก่อนระยะหนึ่งแล้ว โดยเกือบร้อยละ 50 อยู่ในระยะที่มีการกระจายในต่อมน้ำเหลือง และแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น ทำให้โอกาสในการรักษาให้หายขาดนั้นน้อยลง (กองบรรณาธิการไกล้มหอ, 2551) การตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม จึงเป็นการคัดกรองโรคในระยะแรกที่ดีที่สุด

ในปี พ.ศ.2541-2543 จังหวัดระยองพบอัตราอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมประมาณ 22 ต่อประชากรหญิง 100,000 คน (Chaiwerawatana, 2007) ซึ่งเป็นอัตราอุบัติการณ์ที่สูงมากเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆ พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมและป้องกันโรคต่างๆ ในชุมชน การส่งเสริมการตรวจคัดกรอง จึงเป็นหน้าที่หนึ่งของพยาบาล แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมน้อยทั้งในผู้ที่มีและไม่มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัว และมีจำนวนการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมเพียงร้อยละ 10.5 (อภรณ์ คำก้อน, 2552) จึงควรเริ่มส่งเสริมการ

คัดกรองในพยาบาล การที่บุคคลจะไปตรวจแมมโมแกรมนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย จากการทบทวนทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (the theory of planned behavior) ของไอเซน (Ajzen, 1991) กล่าวว่า การที่มนุษย์จะแสดงพฤติกรรมใดๆ จะต้องมีความตั้งใจ (intention) ที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ขึ้นกับปัจจัยด้านเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และจากการทบทวนงานวิจัยต่างๆ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ พันธุกรรม ประสบการณ์กรเจ็บป่วย ประสบการณ์ในการตรวจแมมโมแกรม สิทธิในการเบิกการตรวจคัดกรอง การมีปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การได้รับฮอร์โมน มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ในการวิจัยนี้จึงทำการศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการคัดกรอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย กับความตั้งใจตรวจคัดกรอง ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะแรกของพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญในทีมสุขภาพที่ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม และเป็นแบบอย่างทางสุขภาพที่ดีต่อประชาชน รวมทั้งจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในพยาบาลวิชาชีพและสตรีกลุ่มอื่นต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตั้งใจตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดระยอง
2. เพื่อศึกษาเจตคติต่อการคัดกรอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดระยอง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการคัดกรอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถ

ในการควบคุมปัจจัยกับความตั้งใจตรวจคัดกรอง

### กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ไอเซน (Ajzen, 1991) ได้กล่าวถึงการเกิดพฤติกรรมไว้ในทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (the theory of planned behavior) ว่า มนุษย์เป็นผู้มีเหตุผล จะใช้ข้อมูลที่มีอยู่ทั้งหมดพิจารณาถึงผลที่อาจเกิดขึ้นจากการกระทำของตนทั้งดีและไม่ดี การตัดสินใจกระทำพฤติกรรมต่างๆ อยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจ (intention) ที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้น การที่พยาบาลจะไปตรวจแมมโมแกรมนั้น จะต้องมีความตั้งใจที่จะไปตรวจแมมโมแกรม

ไอเซน (Ajzen, 1991) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจกระทำพฤติกรรม ประกอบด้วย ปัจจัย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ (1) เจตคติต่อพฤติกรรม โดยบุคคลที่มีเจตคติทางบวกต่อพฤติกรรมมาก จะมีความตั้งใจมากที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ประกอบด้วย (1.1) เจตคติต่อพฤติกรรมทางตรง เป็นความรู้สึกต่อพฤติกรรม (1.2) เจตคติต่อพฤติกรรมทางอ้อม เป็นความเชื่อต่อพฤติกรรม ซึ่งเกิดจากผลคุณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลจากการกระทำพฤติกรรม และการประเมินค่าผลของการกระทำพฤติกรรม (2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หากบุคคลรับรู้ว่าบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนสนับสนุนการกระทำพฤติกรรม บุคคลนั้นจะมีความตั้งใจกระทำพฤติกรรม ประกอบด้วย (2.1) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรงเป็นความรู้สึกโดยรวมต่อการสนับสนุนพฤติกรรมของกลุ่มอ้างอิง (2.2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม เป็นความเชื่อต่อกลุ่มอ้างอิงที่เกิดจากผลคุณความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงและแรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิง (3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย หากบุคคลเชื่อว่าตนสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้ จะทำให้บุคคลตั้งใจกระทำพฤติกรรม ประกอบด้วย (3.1) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางตรง เป็นความรู้สึกโดยรวมต่อความสามารถของตนในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม (3.2) การรับรู้ความสามารถในการ

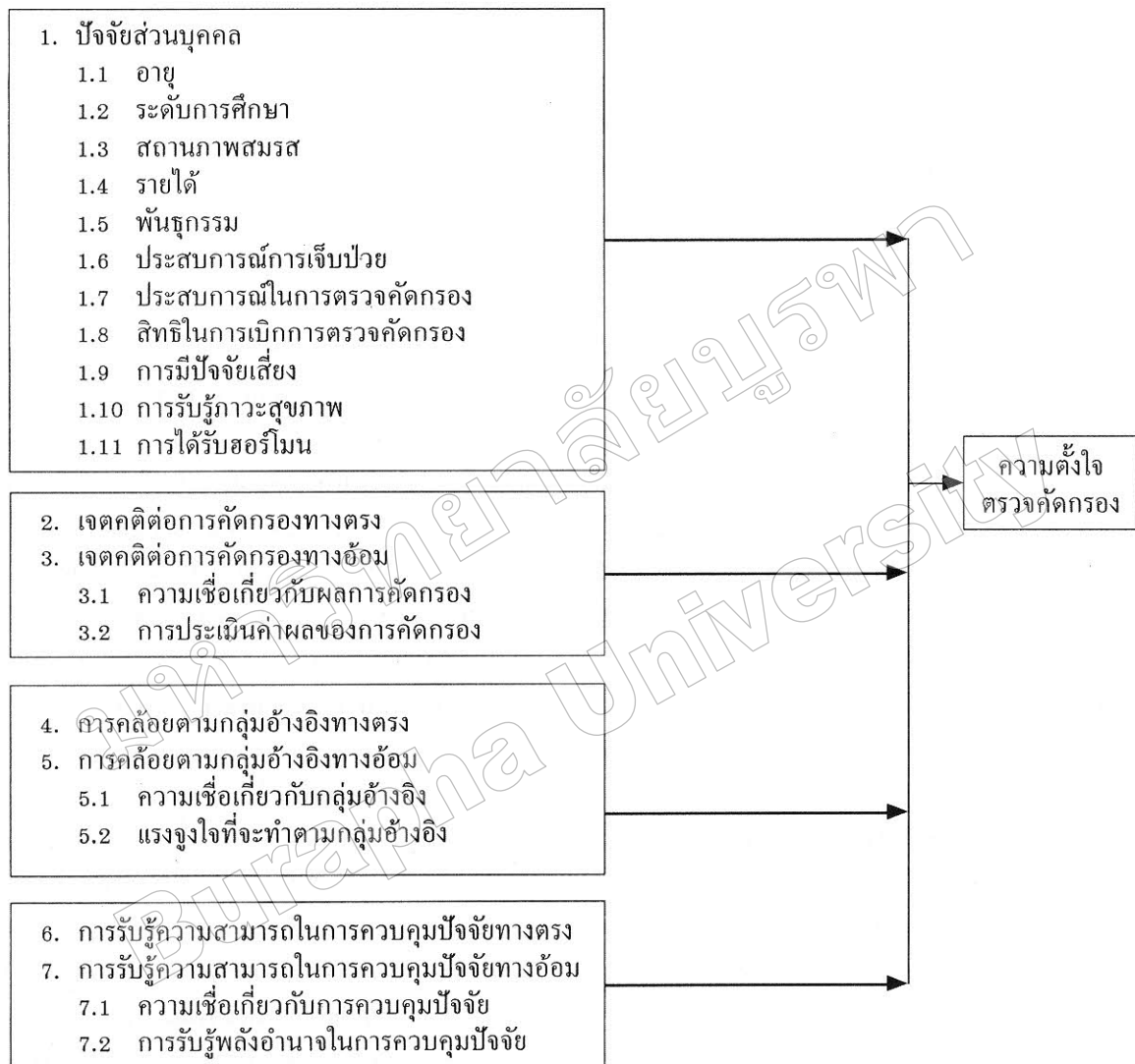
ควบคุมปัจจัยทางอ้อม เป็นความเชื่อในความสามารถของตนต่อการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม ซึ่งเกิดจากผลคุณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยและการรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมปัจจัย โดยทั้งสามปัจจัยหลักมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจแสดงพฤติกรรม

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น จะตั้งใจไปตรวจคัดกรองมากขึ้น (Altpeter, Mitchell & Pennell, 2005) ระดับการศึกษาที่สูงจะมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมากขึ้น (Aro, de Koning, Absetz & Schreck, 1999) บุคคลที่มีรายได้มาก จะตั้งใจตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (Steele, 2004) การมีประสบการณ์การเจ็บป่วยเกี่ยวกับวัยวั้นๆ จะมีพฤติกรรมการคัดกรองโรคในส่วนนั้นมากขึ้น (Wu & Bancroft, 2006) การมีประวัติพันธุกรรมในครอบครัว ทำให้มีการตรวจคัดกรองมากขึ้น (อาภรณ์ คำก้อน, 2552) การมีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองที่ดี จะทำให้มีพฤติกรรมตรวจคัดกรองครั้งต่อไปมากขึ้น (Ballew, Cummings & Oreskovich, 2010) สิทธิในการเบิกการตรวจคัดกรอง โดยความครอบคลุมของประกันสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมคัดกรองได้ดี (Lee-Lin et al., 2007) การมีปัจจัยเสี่ยง พบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคทำให้บุคคลไปตรวจคัดกรอง (Aro et al., 1999) การรับรู้ภาวะสุขภาพ หากบุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพว่าไม่ดี จะมีพฤติกรรมคัดกรอง (Achat, Close & Taylor, 2005) และการได้รับฮอร์โมนทดแทน ทำให้บุคคลไปตรวจคัดกรอง (Borrayo et al., 2009)

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดจากทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของไอเซน (Ajzen, 1991) มาเป็นกรอบในการศึกษาพบว่า เจตคติต่อการคัดกรอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตรวจคัดกรอง และจากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ

สมรส รายได้ พันธุกรรม ประสบการณ์การเจ็บป่วย ประสบการณ์ในการตรวจแมมโมแกรม สิทธิในการเบิกการตรวจคัดกรอง การมีปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ภาวะ

สุขภาพ การได้รับฮอร์โมน มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตรวจคัดกรอง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดระยอง จำนวน 1,148 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง, 2553)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ไม่มี

ประวัติเป็นโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 297 คน โดยได้มาจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการได้รับแบบสอบถามกลับคืนไม่ครบถ้วน จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 357 คน ผู้วิจัยได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมา จำนวน 301 ชุด แต่พบว่ามีข้อมูลจากแบบสอบถาม 32 ชุด

มีตัวแปรที่มีค่าผิดปกติ (outlier) ผู้วิจัยจึงพิจารณาตัดแบบสอบถามนั้นออก ในการศึกษานี้จึงวิเคราะห์ผลการวิจัยจากข้อมูลจำนวน 269 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 91 ของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จากการทดสอบจำนวนของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีจำนวนเพียงพอที่จะเป็นตัวแทนในการทำนายได้ โดยใช้สูตรของ ธอร์นไดค์ (Thorndike, 1874 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) ดังนี้ สุ่มโรงพยาบาลแบบแบ่งชั้นจากความแตกต่างของระดับของโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน สุ่มโรงพยาบาลแบบแบ่งกลุ่มในแต่ละระดับโรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 โรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน 3 โรงพยาบาลจากทั้งหมด 8 โรงพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน 2 โรงพยาบาลจากทั้งหมด 3 โรงพยาบาล สุ่มแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก (simple random sampling) จากทะเบียนรายชื่อพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนขนาดตัวอย่างในแต่ละระดับของโรงพยาบาล (proportional stratified random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยอาศัยแนวคิดของไอเซน (Ajzen, 1991) และคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การสำรวจความคิดเห็นเบื้องต้นเกี่ยวกับการตรวจแมมโมแกรม ตามแนวคิดในการสร้างแบบสอบถามของไอเซน (Ajzen, 1991) ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดในประเด็นต่าง ๆ จำนวน 8 ข้อ มาจัดเรียงลำดับความถี่ นำประเด็นที่ได้จากความถี่สะสมที่ร้อยละ 85 มาสร้างเป็นข้อคำถามในส่วนที่ 2 ตอนที่ (2)-(4) ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมของพยาบาลวิชาชีพ จังหวัดระยอง ประกอบด้วย 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ พันธุกรรม ประสบการณ์ การเจ็บป่วย ประสบการณ์ในการตรวจแมมโมแกรม สิทธิในการเบิกการตรวจคัดกรอง การมีปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การได้รับฮอร์โมน เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 13 ข้อ

ตอนที่ 2 เจตคติต่อการคัดกรอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 เจตคติต่อการคัดกรองทางตรง มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) โดยใช้มาตรวัดจำแนกความหมายของ Osgood's semantic differential technique 5 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ -2.00 ถึง 2.00 การแปลผลคะแนน คือ คะแนน 1.20 ถึง 2.00 หมายถึง เจตคติดีมาก คะแนน 0.40 ถึง 1.19 หมายถึง เจตคติดี คะแนน -0.39 ถึง 0.39 หมายถึง เจตคติปานกลาง คะแนน -1.19 ถึง -0.40 หมายถึง เจตคติไม่ดี คะแนน -2.00 ถึง -1.20 หมายถึง เจตคติไม่ดียิ่ง โดยมีคำถามจำนวน 7 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .71

2.2 เจตคติต่อการคัดกรองทางอ้อม ประกอบด้วย 2 ชุดคำถาม คือ ความเชื่อเกี่ยวกับผลการคัดกรอง 4 ข้อ และการประเมินค่าผลการคัดกรอง 4 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยเจตคติต่อการคัดกรองทางอ้อมเกิดจากผลคูณของทั้งสองชุดคำถาม ซึ่งมีค่าคะแนนตั้งแต่ -4.00 ถึง 4.00 การแปลผลคะแนน คือ คะแนน 2.40 ถึง 4.00 หมายถึง เจตคติดีมาก คะแนน 0.80 ถึง 2.39 หมายถึง เจตคติดี คะแนน -0.79 ถึง 0.79 หมายถึง เจตคติปานกลาง คะแนน -2.39 ถึง -0.80 หมายถึง เจตคติไม่ดี คะแนน -4.00 ถึง -2.40 หมายถึง เจตคติไม่ดียิ่ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82

ตอนที่ 3 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

3.1 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรง เป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนน

ตั้งแต่-2.00 ถึง 2.00 การแปลผลคะแนน คือ คะแนน 1.20 ถึง 2.00 หมายถึง คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมากที่สุด คะแนน 0.40 ถึง 1.19 หมายถึง คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมาก คะแนน-0.39 ถึง 0.39 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงหรือไม่ คะแนน-1.19 ถึง-0.40 หมายถึง ไม่คล้อยตามกลุ่มอ้างอิง คะแนน -2.00 ถึง-1.20 หมายถึง ไม่คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอย่างยิ่ง โดยมีคำถามจำนวน 1 ข้อ

3.2 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม ประกอบด้วย 2 ชุดคำถาม คือ ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง 4 ข้อ และแรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิง 4 ข้อ โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อมเกิดจากผลคูณของทั้งสองชุดคำถาม ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่-10.00 ถึง 10.00 การแปลผลคะแนน คือ คะแนน 6.00 ถึง 10.00 หมายถึง คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมากที่สุด คะแนน 2.00 ถึง 5.99 หมายถึง คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมาก คะแนน-1.99 ถึง 1.99 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงหรือไม่ คะแนน-5.99 ถึง-2.00 หมายถึง ไม่คล้อยตามกลุ่มอ้างอิง คะแนน-10.00 ถึง-6.00 หมายถึง ไม่คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอย่างยิ่ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .93

ตอนที่ 4 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

4.1 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางตรง เป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่-2.00 ถึง 2.00 การแปลผลคะแนน คือ คะแนน 1.20 ถึง 2.00 หมายถึง สามารถควบคุมปัจจัยได้มากที่สุด คะแนน 0.40 ถึง 1.19 หมายถึง สามารถควบคุมปัจจัยได้มาก คะแนน-0.39 ถึง 0.39 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าสามารถควบคุมปัจจัยได้หรือไม่ คะแนน-1.19 ถึง-0.40 หมายถึง ไม่สามารถควบคุมปัจจัยได้ คะแนน-2.00 ถึง-1.20 หมายถึง ไม่สามารถควบคุมปัจจัยได้อย่างยิ่ง โดยมีคำถามจำนวน 1 ข้อ

4.2 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางอ้อม ประกอบด้วย 2 ชุดคำถาม คือ ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัย 5 ข้อ และการรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมปัจจัย 5 ข้อ โดยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางอ้อม เกิดจากผลคูณของทั้งสองชุดคำถาม ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่-10.00 ถึง 10.00 การแปลผลคะแนน คือ คะแนน 6.00 ถึง 10.00 หมายถึง สามารถควบคุมปัจจัยได้มากที่สุด คะแนน 2.00 ถึง 5.99 หมายถึง สามารถควบคุมปัจจัยได้มาก คะแนน-1.99 ถึง 1.99 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าสามารถควบคุมปัจจัยได้หรือไม่ คะแนน -5.99 ถึง-2.00 หมายถึง ไม่สามารถควบคุมปัจจัยได้ คะแนน-10.00 ถึง-6.00 หมายถึง ไม่สามารถควบคุมปัจจัยได้อย่างยิ่ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80

ตอนที่ 5 แบบวัดความตั้งใจที่จะไปตรวจคัดกรอง มีลักษณะเป็นเส้นตรงแสดงความตั้งใจในการไปตรวจคัดกรอง โดยใช้เส้นตรง (visual analogue scale) ยาว 10 มิลลิเมตร (Knapp, 1998, p. 140) เทียบเป็นร้อยละของความตั้งใจ ด้านขวาเป็นความตั้งใจจะไปตรวจคัดกรอง ด้านซ้ายเป็นไม่ตั้งใจไปตรวจคัดกรอง ให้กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมายกากบาทบนเส้นตรงให้ตรงกับความตั้งใจที่จะไปตรวจคัดกรอง แล้ววัดความยาวของเส้นจากจุดเริ่มต้นด้านซ้ายมือถึงจุดที่กากบาท นำมาคำนวณเป็นร้อยละของความตั้งใจ การแปลผลคะแนนความตั้งใจตรวจคัดกรอง คือ คะแนน 0 ถึง 19 หมายถึง ไม่ตั้งใจ/หรือตั้งใจน้อยที่สุด คะแนน 20 ถึง 39 หมายถึง ตั้งใจน้อย คะแนน 40 ถึง 59 หมายถึง ตั้งใจปานกลาง คะแนน 60 ถึง 79 หมายถึง ตั้งใจมาก คะแนน 80 ถึง 100 หมายถึง ตั้งใจอย่างยิ่ง

การรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม เก็บโดยผู้วิจัยและผู้ประสานงานจำนวน 6 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาล ที่ได้รับการอบรมและแนะนำให้เข้าใจ

เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของทุกข้อคำถามเป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอทะเบียนรายชื่อพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดจากแต่ละโรงพยาบาล เพื่อทำทะเบียนรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง และทำทะเบียนติดแบบสอบถามที่ปิดผนึกส่งให้แก่ผู้ประสานงาน เพื่อความสะดวกในการแจกแบบสอบถาม อีกทั้งสะดวกแก่การติดตามแบบสอบถามของผู้ประสานงานและผู้วิจัย

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง** เจ้าหน้าที่พยาบาลนิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยทำหนังสือแนบในแบบสอบถามแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการวิจัยในแบบสอบถามทุกฉบับ และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้ทุกกรณี ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ การเผยแพร่ผลการวิจัย จะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและหน่วยงานต้นสังกัด

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้** พรรณณาข้อมูลทั่วไปด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ พรรณณาเจตคติต่อการคัดกรอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยความตั้งใจในการตรวจคัดกรองด้วยความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านเจตคติต่อการคัดกรอง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัย และปัจจัยส่วนบุคคล โดยการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) จากการทดสอบการกระจายของตัวแปรพบว่า อายุและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางตรง มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงทำการแก้ไขปรับปรุงแปลงข้อมูล (transformation) ด้วยการใช้ค่าลอการิทึม (logarithm transformation) และทดสอบการกระจาย พบว่าตัวแปรทั้งสองตัวมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

## ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 36.82 ปี ( $SD = 8.36$  ปี) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 90 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64 รายได้เฉลี่ย 27,976.73 บาท ( $SD = 8,402.66$  บาท) ไม่มีประวัติทางพันธุกรรมป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 90 ไม่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยเกี่ยวกับเต้านม ร้อยละ 81 ไม่เคยมีประสบการณ์การคัดกรองด้วยแมมโมแกรม ร้อยละ 78 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สิทธิในการเบิกค่าตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมว่าไม่สามารถใช้สิทธิเบิกค่าตรวจคัดกรองได้ ร้อยละ 54 ส่วนใหญ่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 54 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 44 รองลงมา คือ รับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30 ไม่ได้รับประทานฮอร์โมนทดแทน ร้อยละ 97 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
2. เจตคติต่อการคัดกรองทางตรงโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $M = 0.82$ ,  $SD = 0.62$ ) (จากค่าคะแนนที่เป็นไปได้-2.00 ถึง 2.00)
3. เจตคติต่อการตรวจคัดกรองทางอ้อมอยู่ในระดับดีมาก ( $M = 3.42$ ,  $SD = 0.79$ ) (จากค่าคะแนนที่เป็นไปได้-4.00 ถึง 4.00)
4. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรงอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 1.57$ ,  $SD = 0.76$ ) (จากค่าคะแนนที่เป็นไปได้-2.00 ถึง 2.00)
5. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M = 6.32$ ,  $SD = 3.22$ ) (จากค่าคะแนนที่เป็นไปได้-10.00 ถึง 10.00)
6. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางตรงอยู่ในระดับไม่แน่ใจ ( $M = 0.38$ ,  $SD = 1.39$ ) (จากค่าคะแนนที่เป็นไปได้-2.00 ถึง 2.00)
7. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยทางอ้อมอยู่ในระดับไม่แน่ใจ ( $M = 1.81$ ,  $SD = 3.58$ ) (จากค่าคะแนนที่เป็นไปได้ - 10.00 ถึง 10.00)
8. ความตั้งใจที่จะไปตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมอยู่ในระดับมาก ( $M = 68.6$ ,  $SD = 25.44$ )



(จากค่าคะแนนที่เป็นไปได้ 0 ถึง 100)

9. วิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัย พบว่า ประสบการณ์ในการตรวจคัดกรอง (ES) เจตคติต่อการคัดกรองทางอ้อม (BE) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม (NM) ค่าลอการิทึมของอายุ ( $\text{Log}_{10} \text{age}$ ) และการศึกษาในระดับปริญญาโท (Edu.M) มีความสัมพันธ์ และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 29.5 ( $R^2 = .295$ ,  $p < .001$ )

ดังตารางที่ 1

สามารถเขียนสมการทำนายความตั้งใจตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมของพยาบาลวิชาชีพได้ ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$I = 12.227 (ES) + 7.129 (BE) + 1.762 (NM) + 43.126 (\text{Log}_{10} \text{age}) + 10.910 (\text{Edu.M})$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z'_1 = 0.199Z'_{ES} + 0.222Z'_{BE} + 0.223Z'_{NM} + 0.168Z'_{\text{Log}_{10} \text{age}} + 0.127Z'_{\text{Edu.M}}$$

ตารางที่ 1 ค่าอำนาจในการทำนายของตัวทำนายความตั้งใจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม ( $n = 269$ )

ปัจจัยทำนาย	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>change</sub>	b	Beta	t	p
ขั้นที่ 1	.375	.141	.141				
ค่าคงที่	63.586						<.001
ES				23.024	.375	6.616	<.001
ขั้นที่ 2	.476	.227	.086				
ค่าคงที่	31.547						<.001
ES				20.103	.328	6.000	<.001
BE				9.560	.297	5.444	<.001
ขั้นที่ 3	.504	.254	.027				
ค่าคงที่	29.666						<.001
ES				19.463	.317	5.892	<.001
BE				7.565	.235	4.106	<.001
NM				1.400	.177	3.116	.002
ขั้นที่ 4	.530	.281	.027				
ค่าคงที่	-43.742						.072
ES				14.015	.228	3.801	<.001
BE				7.372	.229	4.064	<.001
NM				1.561	.198	3.509	.001
$\text{Log}_{10} \text{age}$				47.750	.186	3.129	.002
ขั้นที่ 5	.543	.295	.014				
ค่าคงที่	-37.656						.120
ES				12.227	.199	3.268	.001
BE				7.129	.222	3.955	<.001
NM				1.762	.223	3.915	<.001
$\text{Log}_{10} \text{age}$				43.126	.168	2.823	.005
Edu.M				10.910	.127	2.280	.023

$p < .05$

## อภิปรายผล

1. ความตั้งใจตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 68.64 ( $SD = 25.44$ ) จากคะแนนดิบ 100 อยู่ในระดับตั้งใจมาก เนื่องจากเบคเกอร์ และแจน (Becker & Janz, 1984) ได้กล่าวไว้ในทฤษฎีแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ว่า บุคคลเมื่อได้รับการกระตุ้นเตือนเพียงเล็กน้อย จะทำให้มีพลังหรือแรงขับที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยพยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม เมื่อได้รับการกระตุ้นเตือน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความตั้งใจตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยกระตุ้นต่อการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจแมมโมแกรม (Allahverdipour, Asghari-Jafarabadi & Emami, 2011) และพฤติกรรมเกิดจากความตั้งใจ (Ajzen, 1991)

2. ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยต่างๆ กับความตั้งใจตรวจคัดกรองของพยาบาลวิชาชีพ จังหวัดระยองพบว่า

2.1 ประสพการณ์ในการตรวจคัดกรองสามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม เพนเดอร์และคณะ (Pender, Murdaugh & Peason, 2006) ได้อธิบายในทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพว่า พฤติกรรมในอดีตมีอิทธิพลโดยตรง และทำนายพฤติกรรมที่จะตามมาได้ ซึ่งบุคคลจะปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติ โดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อย เนื่องจากประสพการณ์ที่ได้กระทำพฤติกรรมในอดีต ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกต่อการกระทำในขณะนั้นโดยตรง ซึ่งเป็นไปได้ทั้งทางที่ดีและไม่ดี หากบุคคลมีประสพการณ์ที่ดีก็จะตั้งใจกระทำพฤติกรรม จากผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีประสพการณ์การตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม ร้อยละ 22 ซึ่งอาจจะเป็นประสพการณ์การตรวจที่ดี ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่เคยมีประสพการณ์ในการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม มีความตั้งใจในการตรวจคัดกรอง

ด้วยแมมโมแกรมซ้ำอีก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสตรีที่เคยตรวจแมมโมแกรม จะยังยึดมั่นที่จะตรวจแมมโมแกรมต่อไป (Calvocoressi, Stolar, Kasl, Claus & Jones, 2005)

2.2 เจตคติต่อการคัดกรองทางอ้อมสามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม โดยเจตคติต่อการคัดกรองทางอ้อมเป็นการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับผลของพฤติกรรมและการประเมินค่าผลนั้นๆ ดังนั้น พยาบาลที่เชื่อเกี่ยวกับผลและประเมินค่าในระดับมาก ก็จะตั้งใจไปตรวจแมมโมแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของอachat และคณะ (Achat et al., 2005) ได้ศึกษาในสตรี 2,974 คน พบว่า ความเชื่อว่าแมมโมแกรมมีประโยชน์ สามารถร่วมทำนายการตรวจแมมโมแกรมได้

2.3 การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อมสามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม ทั้งนี้เพราะหากบุคคลรับรู้ว่าคุณค่าสำคัญกับตนคิดว่าควรจะทำพฤติกรรม บุคคลนั้นก็มีความตั้งใจที่จะตั้งใจกระทำพฤติกรรม (Ajzen, 1991) ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพที่รับรู้ว่าคุณค่าที่มีความสำคัญต่อตนเองจะสนับสนุนการตรวจแมมโมแกรม เนื่องจากเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ จึงมีความตั้งใจที่จะไปตรวจแมมโมแกรม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างกลุ่มคนที่เคยตรวจแมมโมแกรม สามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมได้ (King et al., 1998) และการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อมสามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรมได้ (Steele, 2004; Steele & Porche, 2005; Tolma, Reininger, Evans & Ureda, 2006)

2.4 อายุ สามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจคัดกรอง เนื่องมาจากแต่ละช่วงอายุของบุคคลจะมีกระบวนการคิดที่แตกต่างกัน จึงมีผลต่อความตั้งใจตรวจคัดกรอง และกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางสุขภาพ จึงมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านมว่า อายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเกิดโรค

มะเร็งเต้านม โดยอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น (สุรพงษ์ สุภาภรณ์ และคณะ, 2547) จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีอายุเฉลี่ย 36.82 ปี ( $SD = 8.36$  ปี) โดยกลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 42 รองลงมา คือ อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 31 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องเริ่มคัดกรองด้วยแมมโมแกรม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจตรวจคัดกรอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุสามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรม (King et al., 1998; Tolma et al., 2006) โดยอายุที่มากขึ้นจะมีความตั้งใจในการตรวจแมมโมแกรมมากขึ้น (O'Neill et al., 2008)

2.5 ระดับการศึกษา ปริญญาโทสามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจคัดกรอง เนื่องจากการศึกษาทำให้บุคคลมีความรู้ มีความสามารถทางด้านสติปัญญาเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อกระบวนการคิดว่าสิ่งใดดีหรือไม่ดี ระดับการศึกษาจึงมีผลต่อความตั้งใจตรวจแมมโมแกรม เนื่องจากพยาบาลที่จบการศึกษาปริญญาโท จะมีทักษะในการค้นคว้าข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งมีกระบวนการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการตรวจแมมโมแกรมเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจตรวจคัดกรอง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจแมมโมแกรม (Alexandraki & Mooradian, 2010, Aro et al., 1999; Bowie, Curbow, LaVeist, Fitzgerald & Zabora, 2003; Tolma et al., 2006) โดยระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ทำให้สตรีมีการตรวจแมมโมแกรมมากขึ้น (Lairson, Chan & Newmark, 2005)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรอง สามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจคัดกรอง โดยคนที่เคยมีประสบการณ์การตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม จะมีความตั้งใจมากกว่าคนที่ไม่เคยตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม จึงควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพไปตรวจคัดกรอง โดยเฉพาะพยาบาลที่ไม่เคยตรวจ

คัดกรองให้ได้รับการตรวจคัดกรองที่นุ่มนวล เพื่อสร้างประสบการณ์การตรวจที่ดี

2. เจตคติต่อการคัดกรองทางอ้อม สามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจคัดกรองพยาบาลเวชปฏิบัติ ควรมีการนำเสนอตัวแบบพยาบาลที่ได้รับประโยชน์จากการคัดกรองด้วยแมมโมแกรม โดยการทำกิจกรรมกลุ่มด้วยตัวแบบยินยอม เพื่อสร้างความเชื่อเกี่ยวกับผลการตรวจคัดกรองที่ดี และการประเมินค่าผลของการตรวจคัดกรองที่ดี จะทำให้เกิดการคัดกรองโรคด้วยแมมโมแกรมในพยาบาลวิชาชีพมากขึ้น

3. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง สามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจคัดกรองได้ พยาบาลเวชปฏิบัติ ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการคัดกรองแก่กลุ่มอ้างอิง เพื่อให้กลุ่มอ้างอิงเห็นประโยชน์ของการคัดกรองด้วยแมมโมแกรม ซึ่งจะ ทำให้กลุ่มอ้างอิงสนับสนุนให้พยาบาลไปตรวจคัดกรอง รวมทั้งจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับกลุ่มอ้างอิง ในการส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงและแรงจูงใจที่จะทำตามกลุ่มอ้างอิง

4. อายุ สามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจคัดกรอง โดยคนที่อายุมากจะมีความตั้งใจตรวจคัดกรองมากขึ้น พยาบาลเวชปฏิบัติควรวางแผนส่งเสริมการคัดกรอง โดยแบ่งกลุ่มอายุให้ชัดเจน เน้นที่กลุ่มอายุน้อยๆ เพื่อจะได้ส่งเสริมการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรมได้มากขึ้น

5. ระดับการศึกษา สามารถร่วมทำนายความตั้งใจตรวจคัดกรอง โดยคนที่จบการศึกษาปริญญาโท จะมีความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมากกว่าคนที่มีการศึกษาดำกว่าปริญญาโท ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติควรมีการส่งเสริมการคัดกรองด้วยการฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมให้กับพยาบาล โดยเน้นที่พยาบาลที่มีการศึกษาดำกว่าปริญญาโท

6. จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยประสพการณ์ในการตรวจคัดกรอง เจตคติต่อการคัดกรองทางอ้อม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม อายุ และระดับการศึกษา มีผลต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองด้วย

แมมโมแกรม ดังนั้น ควรนำปัจจัยดังกล่าวมาพัฒนาเป็นเครื่องมือทดลองเพื่อส่งเสริมความตั้งใจและพฤติกรรมการตรวจคัดกรองในพยาบาลวิชาชีพต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของคณะกรรมการที่ปรึกษาทุกท่าน และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดระยอง พยาบาลวิชาชีพทุกท่าน ท่านตลอดจนเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ครอบครัว และเพื่อนๆ ที่คอยให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา

### เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2555). ข่าวแจก “กรมอนามัยตั้ง 50 แกนนำ อสม. รู้ทันมะเร็งเต้านม คือนักพลังพื้นที่เฝ้าระวังในหญิงไทย”. วันที่ค้นข้อมูล 6 มิถุนายน 2555, เข้าถึงได้จาก [http://www.anamai.moph.go.th/cwt\\_news.php?nid=4083](http://www.anamai.moph.go.th/cwt_news.php?nid=4083).

กองบรรณาธิการใกล้หมอ. (2551). แมมโมแกรมตรวจเมื่อไหร่ดี. *ใกล้หมอ*, 32(4), 84-85.

บุญใจ ศรีสติดิษฐ์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเอเอ็นดีไออินเตอร์มีเดีย.

รัชนิกร ทรัพย์ทอง. (2550). *ผลของความรู้ความตนเองต่อพฤติกรรมตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของภรรยาทหารเรือ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุรพงษ์ สุภาภรณ์ สุमित วงศ์เกียรติจิจร วิชัชวาสนสิริ และจรัสพงษ์ เกษมมงคล. (2547). *มะเร็งเต้านม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โฆมิตการพิมพ์.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. (2553). *ข้อมูลองค์กร*. วันที่ค้นข้อมูล 15 มกราคม 2554, เข้าถึงได้จาก <http://www.rayonghealth.co.cc/person.php>.

อาภรณ์ คำก้อน. (2552). ผลของการมีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัวต่อพฤติกรรมการ

ตรวจเต้านมและความเชื่อทางสุขภาพของพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 27(3), 37-47.

Achat, H., Close, G., & Taylor, R. (2005). Who has regular mammograms? Effects of knowledge, beliefs, socioeconomic status, and health-related factors. *Preventive Medicine*, 41(1), 312-320.

Ajzen, I. (1991). *Theory of planned behavior*. Retrieved January 31, 2011, from <http://www.courses.umass.edu/psyc661/pdf/tpb.obhdp.pdf>.

Alexandraki, I., & Mooradian, A. (2010). Barriers related to mammography use for breast cancer screening among minority women. *Journal of the National Medical Association*, 102(3), 206-218.

Allahverdipour, H., Asghari-Jafarabadi, M., & Emami, A. (2011). Breast cancer risk perception, benefits of and barriers to mammography adherence among a group of Iranian women. *Women & Health*, 51(3), 204-219.

Altpeter, M., Mitchell, J., & Pennell, J. (2005). Advancing social workers' responsiveness to health disparities: The case of breast cancer screening. *Health & Social Work*, 30(3), 221-232.

Aro, A., de Koning, H., Absetz, P., & Schreck, M. (1999). Psychosocial predictors of first attendance for organised mammography screening. *Journal of Medical Screening*, 6(2), 82-88.

Ballew, C., Cummings, S., & Oreskovich, J. (2010). Reported barriers to cancer screening: Montana behavioral risk factor surveillance system 2007. *American Journal of Health Promotion*, 24(5), 311-314.

- Becker, M. H. & Janz, N. K. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47. Retrieved June 17, 2012, from [http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/66877/2/10.1177\\_109019818401100101](http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/66877/2/10.1177_109019818401100101).
- Borrayo, E., Hines, L., Byers, T., Risendal, B., Slattery, M., Sweeney, C., Baumgartner, KB., & Giuliano, A. (2009). Characteristics associated with mammography screening among both hispanic and non-hispanic white women. *Journal of Women's Health* (15409996), 18(10), 1585-1594.
- Bowie, J. V., Curbow, B., LaVeist, T. A., Fitzgerald, S., & Zabora, J. (2003). The theory of planned behavior and intention to repeat mammography among African-American women. *Journal of Psychosocial Oncology*, 21(4), 23-42.
- Calvocoressi, L., Stolar, M., Kasl, S., Claus, E., & Jones, B. (2005). Applying recursive partitioning to a prospective study of factors associated with adherence to mammography screening guidelines. *American Journal of Epidemiology*, 162(12), 1215-1224.
- Chaiwerawatana, A. (2007). *Cancer in Thailand (Vol. IV, 1998-2000)*. กรุงเทพฯ: ไร้ไทยเพรส จำกัด.
- King, E., Rimer, B., Benincasa, T., Harrop, C., Amfoh, K., Bonney, G., Kornguth P., Demark-Wahnefried W., Strigo T., & Engstrom, P. (1998). Strategies to encourage mammography use among women in senior citizens' housing facilities. *Journal of Cancer Education*, 13(2), 108-115.
- Knapp, T., R., (1998). *Quantitative nursing research*. California: Sage publication.
- Lairson, D., Chan, W., & Newmark, G. (2005). Determinants of the demand for breast cancer screening among women veterans in the United States. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1608-1617.
- Lee-Lin, F., Menon, U., Pett, M., Nail, L., Lee, S., & Mooney, K. (2007). Breast cancer beliefs and mammography screening practices among Chinese American immigrants. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(3), 212-221.
- O'Neill, S. C., Bowling, J. M., Brewer, N. T., Lipkus, I. M., Skinner, C. S., Strigo, T. S., & Rimer BK. (2008). Intentions to maintain adherence to mammography. *Journal of Women's Health*, 17(7), 1133-1141.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Peason, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (4<sup>th</sup>ed.). Alexander: Julie Levin.
- Steele, S. (2004). *The relationship of attitude, subjective norm, perceived behavioral control, and perceived threat on the mammography behavior of women in three rural south-east Louisiana parishes*. Doctoral dissertation, School of Nursing, Health Science Center, Louisiana State University.
- Steele, S., & Porche, D. (2005). Testing the theory of planned behavior to predict mammography intention. *Nursing Research*, 54(5), 332-338.
- Tolma, E., Reininger, B., Evans, A., & Ureda, J. (2006). Examining the theory of planned behavior and the construct of self-efficacy to predict mammography intention. *Health Education & Behavior*, 33(2), 233-251.
- Wu, T., & Bancroft, J. (2006). Filipino American women's perceptions and experiences with breast cancer screening. *Oncology Nursing Forum*, 33(4), E71-78.