วารสารแพทย์นาวี
Royal Thai Navy Medical Journal

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของบุคลากรหญิงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The Effect of Competency Development to Prevent Breast Cancer and Telephone Follow-Up Program on Breast Cancer Prevention Behavior in Female Personnel of Chulalongkorn University

รุ้งระวี นาวีเจริญ* สุรศักดิ์ ตรีนัย นพมาศ พัดทอง*** สุวิมล โรจนาวี*****
Rungrawee Navicharern, R.N., Ph.D., A.P.N.,* Surasak Treenai, R.N., Ph.D., A.P.N.,**
Noppamat Pudtong, R.N., Ph.D.,* Suwimon Rojnawee, R.N., Ph.D.,*****

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของบุคลากรหญิงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรหญิงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีลักษณะดังนี้ 1) บุคลากรหญิงที่มีอายุ 20 - 59 ปี 2) ไม่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม 3) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย และ 4) มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และยินดีให้ติดต่อตลอดจนสิ้นสุดงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะถูกสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์ สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับเพียงการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านม เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 3 กันยายน – 17 ธันวาคม พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed-rank test

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Medical-Surgical Advanced Practice Nurse
E-mail: nrungrawee@yahoo.com, Corresponding Author
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Pediatric Advanced Practice Nurse
*** Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

ผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งวิเคราะห์ด้วย Mann-Whitney U test พบว่า Z = -2.37*.018

สรุป ควรนำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์ประยุกต์ใช้กับสตรีในวัยทำงานกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพ มะเร็งเต้านม การติดตามด้วยโทรศัพท์

Abstract

This quasi-experimental design was aimed to study the effect of competencies development to prevent breast cancer and telephone follow-up program on breast cancer prevention behavior in female personal of Chulalongkorn University. The samples were selected by simple random sampling from the female personal of many faculties from Chulalongkorn University and divided into 15 each of experimental and control group. The inclusion criteria were 1) aged 20 - 59 years 2) no history of breast cancer 3) agree to participate in the research and 4) having the telephone number which the researcher could contact through 3 months. The research measurements were 1) demographic data 2) the preventive breast cancer behaviors. Descriptive statistic, Mann-Whitney U test and Wilcoxon signed-rank test were used for data analysis.

The results

1. There were different between scores of the preventive breast cancer behaviors in the female personal faculties from Chulalongkorn University before and after receiving the program of competencies development to prevent breast cancer and telephone follow-up and control group.

2. There was significant difference between the experimental group receiving the program of competencies development to prevent breast cancer and telephone follow-up and control group receiving the program of competencies development to prevent breast cancer without telephone follow-up

Keywords : competency development, breast cancer, telephone follow-up

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในสตรี จากข้อมูลทะเบียนโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2550 - 2555 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.5 เป็น 47.8 และเมื่อมีอายุมากขึ้นความเสี่ยงก็จะเพิ่มขึ้น[1,2] แต่ช่วงอายุที่พบว่าสตรีไทยเป็นมะเร็งมากที่สุด คือ อายุ 35 - 65 ปี[3] หากพบในระยะที่มีความรุนแรง มีการกระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ หรือเป็นระยะสุดท้ายสามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิต รวมทั้งแนวทางการรักษาที่ต้องให้แบบเต็มรูปแบบ (Aggressive care) นำไปสู่การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง[4] ดังนั้นเพื่อป้องกันและลดอัตราตายก่อนวัยอันสมควร การคัดกรองมะเร็งเต้านมและการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมเป็นปัจจัยในการลดอัตราตายได้[5]

ปัจจุบันยังไม่สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมได้ แต่มีแนวทางการป้องกันและลดอัตราตายก่อนวัยอันสมควร คือ การเร่งค้นหาบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยง ดังที่ National Cancer Institute[5] ระบุไว้ ได้แก่ การมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ประวัติเคยเป็นมะเร็งเต้านม อายุที่เพิ่มขึ้น ความหนาแน่นของเนื้อเต้านม ระยะของการเริ่มมีประจำเดือนก่อนวัยอันควรหรือการหมดประจำเดือนล่าช้า การมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสโตโรน เช่น ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานหรือการใช้ฮอร์โมนดังกล่าวในการบำบัดภายหลังหมดประจำเดือน การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ การมีภาวะน้ำหนักเกิน การขาดการออกกำลังกาย การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีสารเคมี การสูบบุหรี่ และการทำงานในช่วงเวลากลางคืน สตรีที่ทำงานในสิ่งแวดล้อมที่ต้องเผชิญกับภาวะเครียดสูง มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งสูงกว่าสตรีทั่วไป[5,6,7]

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ร้อยละ 89 ของสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมนั้น มีการประเมินความเสี่ยงของโรคต่อตนเองในระดับต่ำ กล่าวคือสตรีที่มีความเสี่ยงแต่ประเมินตนเองว่าไม่น่าจะเป็นมะเร็งเต้านม[8] และการศึกษาในประเทศไทยมีเพียงร้อยละ 15.7 - 20 ของสตรีอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเป็นประจำอย่างต่อเนื่องทุกเดือน[9] นอกจากนี้จากการดำเนินโครงการประเมินและคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย[10] ผลของโครงการ พบว่า บุคลากรที่อายุมากกว่า 40 ปี ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม จำนวน 16 คน ตรวจพบเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 และมีความผิดปกติที่ต้องติดตามตรวจด้วยแมมโมแกรมอีก 6 เดือน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 25 จากข้อมูลดังกล่าวจึงน่าจะมีโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรี

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขพยายามรณรงค์และส่งเสริมให้สตรีมีพฤติกรรมสุขภาพที่หลีกเลี่ยงหรือป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจสุขภาพประจำปี และแนะนำให้สตรีเข้ารับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจแมมโมแกรมยังมีข้อจำกัด จึงรณรงค์และส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป[4] เพื่อเป็นการคัดกรองหาความผิดปกติเบื้องต้น หากพบความผิดปกติต่อตนเองเนิ่นๆ และเข้ารับการตรวจโดยแพทย์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

อย่างรวดเร็วจะช่วยลดการเจ็บป่วยหรือลดอัตราตายที่รุนแรงได้[11] การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นพฤติกรรมที่สตรีสามารถทำได้ด้วยตนเองทั้งในช่วงเวลาอาบน้ำหรือก่อนเข้านอน เป็นพฤติกรรมที่ทำได้ง่ายไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายหากปฏิบัติเป็นประจำจะก่อให้เกิดความยั่งยืน[12] นอกจากการตรวจสุขภาพแล้วการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารต้านมะเร็ง การออกกำลังกายที่ช่วยลดความเครียดจะสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้[5]

องค์การอนามัยโลก[13] และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ[5] ได้ให้ความหมายของ “การป้องกันมะเร็งเต้านม” ไว้ว่าเป็นกิจกรรมที่ช่วยลดปัจจัยหรือโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม โดยการลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยป้องกัน ได้แก่ การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต การส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม เพิ่มการออกกำลังกายหรือการออกกำลังกายสม่ำเสมอ การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การควบคุมไม่ให้มีน้ำหนักเกิน และการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก การป้องกันดังกล่าวได้นั้นสตรีต้องยอมรับและนำมาประยุกต์เข้ากับตนเอง

พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของบุคลากรหญิงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารต้านโรคมะเร็ง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อผ่อนคลายหรือเพื่อสร้างความแข็งแรงของร่างกาย การตรวจหาก้อนมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามมีการศึกษาของ บุษบา สมใจวงษ์[14] ที่พบว่า มีสตรีจำนวนน้อยที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน เนื่องจากเห็นว่าเป็นเรื่องไกลตนเอง ขาดความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง และไม่มั่นใจในวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นอกจากนี้สตรียังไม่นิยมให้แพทย์หรือพยาบาลทำการตรวจเต้านม เนื่องจากวัฒนธรรมความเชื่อที่ไม่ต้องการให้ผู้อื่นมาตรวจคลำเต้านมของตนเอง[15]

การมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมดังกล่าวเป็นสิ่งที่สำคัญและช่วยส่งเสริมให้สตรีในวัยเจริญพันธุ์หรือหมดประจำเดือนเกิดความตระหนัก รับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง และเป็นการสร้างความใส่ใจในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ประชาชนสามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เพื่อค้นหาความผิดปกติของเต้านมที่อยู่ในระยะเริ่มต้นหรือระยะต่างๆ ที่รุนแรงของมะเร็งเต้านมและยากต่อการรักษา หากสตรีมีความรู้และทักษะที่ถูกต้องในพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมก็จะทำให้ห่างไกลมะเร็งเต้านม การศึกษาของ สายใหม ตุ้มวิจิตร, กรองแก้ว ราษฎรดี, นิภาพันธ์ บุญรอด[16] ซึ่งพบว่าการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ส่งเสริมหรือพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ได้แก่ โปรแกรมที่ประยุกต์เกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของ Bandura[17] ร่วมกับแนวทางการป้องกันมะเร็งเต้านม ซึ่งพบว่ามีโปรแกรมที่สามารถทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ[12,18] นอกจากนี้มีโปรแกรมการส่งเสริมให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งส่งเสริมให้พฤติกรรมการตรวจเต้านมเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มทดลองและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง กล่าวคือมีพฤติกรรมภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง[14] นอกจากนี้ สมฤดี อรุณจิตร[19] ประยุกต์โปรแกรม

การสอนแนะต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง ซึ่งในโปรแกรมดังกล่าวมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ร่วมด้วย ผลพบว่า พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนแนะ มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการสอนแนะและการติดตามทางโทรศัพท์มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากงานวิจัยดังกล่าวยังไม่มีการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของบุคลากรหญิงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ผสมผสานระหว่างการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของ Bandura[17] การใช้แนวปฏิบัติการป้องกันมะเร็งเต้านมร่วมกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม เป็นโปรแกรมที่ใช้แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของ Bandura[17] ซึ่งส่งเสริมการตัดสินใจและความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความสามารถที่กำหนดไว้ และก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ร่วมกับแนวปฏิบัติการป้องกันมะเร็งเต้านม[5] และการใช้โทรศัพท์ติดตาม ซึ่งผู้วิจัยจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัย 1) มีความรู้และทักษะ ด้วยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติดังนี้ 1.1) มีประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่ต้านมะเร็ง การออกกำลังกายด้วยชี่กง และการตรวจเต้านมจากหุ่นจำลอง 1.2) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น ด้วยการจัดการสนทนากลุ่มที่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันเกี่ยวกับการมีแม่หรือญาติสายตรงที่เป็นมะเร็งและก่อให้เกิดแรงจูงใจที่ต้องการมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม 1.3) ผู้วิจัยใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าวจิตใจในการเลือกอาหาร และฝึกทักษะการตรวจเต้านมเพื่อให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Verbal persuasion) และ 1.4) การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and affective states) ด้วยการออกกำลังกายด้วยชี่กง ภายหลังจากการเรียนรู้ดังกล่าวคาดว่าส่งผลให้บุคคลตัดสินใจทำพฤติกรรมตามที่ได้เรียนรู้และฝึกทักษะ นอกจากที่กล่าวมายังใช้ลักษณะการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยการติดตามทางโทรศัพท์ซึ่งเป็นการให้คำปรึกษา และกระตุ้นเตือนเพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เมื่ออยู่ที่บ้านหรือที่ทำงาน

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพแก่พฤติกรรมสตรีที่อยู่ในสภาพแวดล้อมและการทำงานที่มีความเครียด จึงจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยให้มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมที่ครอบคลุมในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม การออกกำลังกายด้วยชี่กง การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อทำให้กลุ่มที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมมีสุขภาพแข็งแรง และคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของบุคลากรหญิงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของบุคลากรหญิงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์ กับกลุ่มที่ได้รับเพียงโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านม

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของบุคลากรหญิงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์ มีความแตกต่าง ระหว่างก่อนและภายหลังการทดลอง

2. ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของบุคลากรหญิงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์ แตกต่าง จากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านม แต่ไม่ได้รับการติดตามด้วยโทรศัพท์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมซึ่งใช้แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของ Bandura[17] และแนวปฏิบัติการป้องกันมะเร็งเต้านม[5] ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์กับกลุ่มตัวอย่าง

1. การให้ความรู้และพัฒนาทักษะด้วยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติ ดังนี้

1.1 มีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง ด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่ต้านมะเร็ง การออกกำลังกายด้วยชี่กง และการตรวจเต้านมจากหุ่นจำลอง

1.2 การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น คือ การสนทนากลุ่มที่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันเกี่ยวกับการมีแม่หรือญาติสายตรงที่เป็นมะเร็งและก่อให้เกิดแรงจูงใจที่ต้องการมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม

1.3 ผู้วิจัยใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าวจิตใจในการเลือกอาหาร และฝึกทักษะการตรวจเต้านมเพื่อให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Verbal persuasion)

1.4 การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and affective states) ด้วยการออกกำลังกายด้วยชี่กง

2. การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ซึ่งมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากการเรียนรู้และฝึกทักษะมีการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการติดตามทางโทรศัพท์เป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวทุก 2 สัปดาห์ ติดตามจำนวน 3 ครั้งๆ ละ 15 นาที

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและภายหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรหญิงสายสนับสนุนของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ปฏิบัติงานในคณะต่างๆ ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคัดเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 20 - 59 ปี 2) ไม่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม 3) มีความยินดีเข้าร่วมออกกำลังกายด้วยชี่กง 4) ยินดีเข้ารับการอบรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านม และ 5) มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และยินดีให้ติดต่อทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้จะถูกคัดเลือกออกจากการวิจัย คือ 1) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามวันและเวลาที่กำหนดไว้ คือ ครั้งที่ 1 เวลา 09.00 - 15.00 น. และครั้งที่ 2 เวลา 08.00 - 12.00 น. 2) โทรศัพท์ติดต่อจำนวนทั้งหมด 3 ครั้ง แต่ไม่สามารถติดต่อได้ในวันและเวลาที่ต่างกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือกำกับการทดลอง และโปรแกรมการทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปสำหรับสตรีที่เป็นบุคลากรจากคณะต่างๆ ในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา การได้รับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบเอง

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย ณัฐณิชา แหวนวงศ์, สุรีพร ธนศิลป์, รุ้งระวี นาวีเจริญ[18] มีความเที่ยงของค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 แบบสอบถามประกอบด้วยพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม 10 ข้อ ด้านการออกกำลังกายด้วยชี่กง 10 ข้อ และด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 10 ข้อ รวมทั้งหมด 30 ข้อ มาตรวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ จาก 1 - 3 (ไม่ปฏิบัติเลย-ปฏิบัติบางครั้ง-ปฏิบัติเป็นประจำ) และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ

คะแนนอยู่ระหว่าง 70 - 90 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูง

คะแนนอยู่ระหว่าง 51 - 69 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ระหว่าง 30 - 50 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมและการออกกำลังกายด้วยชี่กง ซึ่งนำมาจากงานวิจัยของ ณัฐณิชา แหวนวงศ์, สุรีพร ธนศิลป์, รุ้งระวี นาวีเจริญ[18] แบ่งออกเป็น ความเชื่อมั่นในตนเองด้านการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม 10 ข้อ ด้านการออกกำลังกายด้วยชี่กง 10 ข้อ และด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 10 ข้อ รวมทั้งสิ้น 30 ข้อ มาตรวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งระดับคะแนน 5 หมายถึง เชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้มากที่สุด และระดับคะแนน 1 หมายถึง เชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้น้อยที่สุด ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.96 และคะแนนรวมความเชื่อมั่นผ่านที่ร้อยละ 80 จึงจะสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ และผู้วิจัยหาความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95

ส่วนที่ 3 โปรแกรมการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวปฏิบัติการป้องกันมะเร็งเต้านมของ National Cancer Institute[5] และ World Health Organization[13] ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดของ Bandura[17] และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์ในการติดตามเพื่อการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งเพื่อการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้แก่บุคลากรหญิงแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม

3.1 กลุ่มควบคุม ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมแต่ไม่มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 1 วัน (09.00 - 15.00 น.) ประกอบไปด้วย

3.1.1 การให้ความรู้ผ่านทางสื่อการสอน (Slide power point) เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรงของโรค วิธีการรักษา การป้องกัน ประโยชน์และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม (การเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม การออกกำลังกายด้วยชี่กง และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง)

3.1.2 การพัฒนาศักยภาพด้วยการฝึกทักษะพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ซึ่งผู้วิจัยจัดทำฐานการเรียนรู้และฝึกทักษะด้านต่างๆ ใช้เวลาประมาณฐานละ 30 นาที แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาหารต้านมะเร็ง กลุ่มการออกกำลังกายด้วยชี่กง และกลุ่มฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เมื่อผ่านการฝึกทักษะครบ 3 ฐานดังกล่าว ผู้วิจัยมอบคู่มือการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม[18] คู่มือสุขภาพดีด้วยชี่กง[10] และคู่มือรักษ์เต้านม[10] ให้แก่กลุ่มควบคุม และติดตามประเมินพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8

3.2 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์ แบ่งออกเป็นขั้นตอน คือ

3.2.1 การให้ความรู้ผ่านทางสื่อการสอน (Slide power point) เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรงของโรค วิธีการรักษา การป้องกัน ประโยชน์และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม (การเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม การออกกำลังกายด้วยชี่กง และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง)

3.2.2 การพัฒนาศักยภาพด้วยการฝึกทักษะพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม เพื่อให้มีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยจัดทำฐานการเรียนรู้และฝึกทักษะ ใช้เวลาประมาณฐานละ 30 นาที ด้วยการแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาหารต้านมะเร็ง กลุ่มการออกกำลังกายด้วยชี่กง และกลุ่มฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เมื่อผ่านการฝึกทักษะครบ 3 ฐานดังกล่าว ผู้วิจัยจัดการสนทนากลุ่มที่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันเกี่ยวกับการมีแม่หรือญาติสายตรงที่เป็นมะเร็งและก่อให้เกิดแรงจูงใจที่ต้องการมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ในระหว่างดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าวจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการเลือกอาหาร และฝึกทักษะการตรวจเต้านมเพื่อให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดวีดิทัศน์พร้อมกับร่วมแสดงวิธีและท่าทางการออกกำลังกายด้วยชี่กงเพื่อการส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and affective states) เป็นการกระทำเพื่อลดความเครียดและส่งเสริมความแข็งแรงด้านร่างกาย เมื่อจัดกระทำทุกกิจกรรมสิ้นสุดแล้ว ผู้วิจัยมอบคู่มือการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม[18] คู่มือสุขภาพดีด้วยชี่กง[10] และคู่มือรักษ์เต้านม[10] ให้แก่กลุ่มทดลอง

3.2.3 ขั้นการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนักและมีกำลังใจรวมทั้งมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดการอบรม เพื่อเปิดโอกาสให้ซักถามและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม มีการติดตามทั้งหมด 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 (ใช้เวลาครั้งละประมาณ 5 - 10 นาที) และผู้วิจัยประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในแต่ละครั้งที่ติดตาม ด้วยการสอบถามและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยให้คะแนน ระดับ 1 - 5 คะแนน ระดับ 5 หมายถึง เชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้มากที่สุด และระดับ 1 หมายถึง เชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้น้อยที่สุด หากต่ำกว่าระดับ 3 ผู้วิจัยจะค้นหาอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆ และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติทุกๆ ด้าน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายเลข COA. No. 139/2558 โดยมีวันที่รับรองตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 โดยก่อนที่ผู้วิจัยจะเริ่มเก็บข้อมูลจะอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยให้กับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยละเอียดตามแบบให้ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสอบถามข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับโครงการวิจัยได้ และการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยหรือไม่จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการทำงานในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 3 กันยายน - 17 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และเมื่อครบระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างทำการประเมินด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ที่อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 10 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมด้วยวิธีทางสถิติ Non-parametric test (Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed-rank test)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า มีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 39.67 ปี (SD = 10.23) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 44.40 ปี (SD = 8.28) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ในกลุ่มทดลอง 12 คน (ร้อยละ 80.00) และกลุ่มควบคุม 9 คน (ร้อยละ 60.00) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีกลุ่มละ 7 คน (ร้อยละ 46.67) ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 15 คน)		กลุ่มควบคุม (n = 15 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Mean กลุ่มทดลอง = 39.67, SD = 10.23 : Mean กลุ่มควบคุม = 44.40, SD = 8.28)				
≤ 30	4	26.67	0	0.00
31 - 45	8	53.33	7	46.67
46 - 60	3	20.00	8	53.33

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 15 คน)		กลุ่มควบคุม (n = 15 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
โสด	3	20.00	4	26.67
คู่	12	80.00	9	60.00
หม้าย	0	0.00	1	6.67
หย่า/แยกกันอยู่	0	0.00	1	6.67
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษา	4	26.67	4	26.67
ปวช./ปวส.	2	13.33	1	6.67
ปริญญาตรี	7	46.67	7	46.67
ปริญญาโท	2	13.33	3	20.00
ศาสนา				
พุทธ	15	100.00	14	93.33
อิสลาม	0	0.00	1	6.67

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและภายหลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ก่อนการทดลอง เท่ากับ 50.33 (SD = 6.93) และภายหลังการทดลอง เท่ากับ 62.93 (SD = 7.23) ซึ่งมีค่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

สำหรับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและภายหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเท่ากับ 50.87 (SD = 8.01) ภายหลังการทดลอง มีค่าเท่ากับ 55.53 (SD = 8.78) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test (n = 30)

พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม	Mean	SD	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Asymp. Sig
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง (n = 15)	50.33	6.93	2.00	2.00	-3.3*	.001
หลังการทดลอง (n = 15)	62.93	7.23	8.43	118.00		
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง (n = 15)	50.87	8.01	5.63	22.50	-1.88	0.59
หลังการทดลอง (n = 15)	55.53	8.78	8.25	82.50		

*p < .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Non-parametric test (Mann-Whitney U test) (n = 30)

พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม	Mean	SD	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Asymp. Sig
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง (n = 15)	50.33	6.93	15.60	234.00	-.062	.950
กลุ่มควบคุม (n = 15)	50.87	8.01	15.40	231.00		
ภายหลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง (n = 15)	62.93	7.23	11.70	175.50	-2.37*	.018
กลุ่มควบคุม (n = 15)	55.53	8.78	19.30	289.50		

*p < .05

จากตารางที่ 3 ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลอง มีค่าแตกต่างจากกลุ่มควบคุม (Mean กลุ่มทดลอง = 62.93, SD = 7.23; Mean กลุ่มควบคุม = 55.53, SD = 8.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของบุคลากรหญิงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์ มีความแตกต่างระหว่างก่อนและภายหลังการทดลอง ซึ่งผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมก่อนการทดลอง เท่ากับ 50.33 (SD = 6.93) และ ภายหลังการทดลอง เท่ากับ 62.93 (SD = 7.23) และเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมร่วมกับการติดตามด้วยโทรศัพท์ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหรือมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมด้านต่างๆ ได้ ทั้งนี้เพราะกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ประกอบด้วย 1) ขั้นการพัฒนาศักยภาพ ด้วยการจัดโปรแกรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษามะเร็งเต้านมและการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และมีการฝึกทักษะในด้านการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายเพื่อคลายเครียด การฝึกทักษะการตรวจเต้านมจากหุ่นด้วยตนเอง และมีการสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นด้วยการจัดสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เข้าร่วมการวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยตรวจเต้านมให้แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อคัดกรองมะเร็งเต้านม และสอนทักษะการฝึกตรวจเต้านมในท่าที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองเป็นรายบุคคล 2) ขั้นการติดตาม ผู้วิจัยติดตามกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมด้วยการใช้โทรศัพท์ติดตามเป็นรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 (ใช้เวลาครั้งละประมาณ 5 - 10 นาที) ในการติดตามมีการประเมินเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายด้วยชี่กง และการตรวจเต้านมตนเอง หากมีข้อสงสัยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลซ้ำอีกครั้ง หลังจากนั้นประเมินพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอีกครั้ง ในสัปดาห์ที่ 8 ภายหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพฯ ดังนั้นเมื่อสิ้นสุดการทดลองกลุ่มทดลองจึงมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างระหว่างก่อนและภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐณิชา แหวนวงศ์, สุรีพร ธนศิลป์, รุ้งระวี นาวีเจริญ[18] ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มแม่บ้านทำความสะอาด ซึ่งในโปรแกรมนี้จัดให้สตรีกลุ่มแม่บ้านทำความสะอาดมีความรู้และฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยชี่กง รวมทั้งการฝึกทักษะการตรวจเต้านม และติดตามส่งเสริมพฤติกรรมด้านต่างๆ ด้วยการใช้โทรศัพท์ ผลพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มแม่บ้านทำความสะอาดหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลอง

2. ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของบุคลากรหญิงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์ แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมแต่ไม่ได้รับการติดตามด้วยโทรศัพท์

ซึ่งจากผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน (Mean กลุ่มทดลอง = 62.93, SD = 7.23; Mean กลุ่มควบคุม = 55.53, SD = 8.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การจัดโปรแกรมที่มีแนวคิดพื้นฐานของ Bandura เพื่อสร้างการรับรู้สมรรถนะ ด้วยการจัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษามะเร็งเต้านมและการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และการฝึกทักษะในด้านการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายเพื่อคลายเครียด การฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กิจกรรมทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นการส่งเสริมให้เชื่อมั่นในตนเอง และนำไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมด้านต่างๆ ให้แก่บุคลากรหญิงจุฬาฯ แต่การใช้โทรศัพท์ติดตามเป็นรายบุคคล ทำให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง เกิดความตระหนักและมีกำลังใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ที่ได้รับ แต่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์จึงอาจทำให้ไม่ได้รับการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่จัดให้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐณิชา แหวนวงศ์, สุรีพร ธนศิลป์, รุ้งระวี นาวีเจริญ[18] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มแม่บ้านทำความสะอาด ซึ่งใช้แนวคิดของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของ Bandura[17] และแนวปฏิบัติการป้องกันมะเร็งเต้านม[5] ร่วมกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่องด้วยการติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมฤดี อรุณจิตร[19] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวศึกษาในสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การรักษามะเร็งเต้านมและการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม รวมทั้งการฝึกทักษะในด้านการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายเพื่อคลายเครียด การฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อค้นหาก้อนหรือมะเร็งเต้านม กิจกรรมทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นการส่งเสริมให้เชื่อมั่นและมีการปฏิบัติด้านต่างๆ ด้วยตนเอง และนำไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมด้านต่างๆ

ข้อจำกัดของงานวิจัย

สืบเนื่องจากการสุ่มตัวอย่างเป็นลักษณะสุ่มแบบคัดเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) และกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรหญิงในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งปฏิบัติงานในเวลากลางวันเต็มเวลา จึงมีข้อจำกัดในการขยายผลไปสู่ประชากรสตรีทั่วไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายผลการทดลองด้วยการนำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์ประยุกต์ใช้ในหน่วยงานต่างๆ ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และควรจัดโปรแกรมและจัดกิจกรรมเชิงรุกด้วยการเข้าถึงหน่วยงานของบุคลากรหญิงแต่ละหน่วยงานในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเป็นการรณรงค์ให้บุคลากรสตรีมีความรู้ เชื่อมั่นในตนเอง และมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเป็นการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงที่อาจมีก้อนหรือมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นจะได้ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วย

2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตาม เป็น 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเลือกรับประทานอาหารสุขภาพ การออกกำลังกาย และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. ชัญวลี ศรีสุโข. ต้านมะเร็งเต้านม. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2554.
2. ธเนศ พัวพรพงษ์. ปราบมะเร็งเต้านมให้อยู่หมัด. นนทบุรี: บ้านรัก พับลิชชิ่ง; 2555.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2555 Hospital Based Cancer Registry Annual Report 2012. กรุงเทพมหานคร: ตะวันออก; 2557.
4. กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.
5. National Cancer Institute. Breast cancer risk in American women: National Cancer Institute Fact Sheet. [Internet]. [cited 2016 December 26]. Available from: https://www.cancer.gov/types/breast/risk-fact-sheet.
6. สุรพงษ์ สุภาภรณ์. The high risk women. ใน สุรพงษ์ สุภาภรณ์, สรรชัย กาญจนลาภ, สุมิต วงศ์เกียรติขจร, บรรณาธิการ. มะเร็งเต้านม. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี; 2542. หน้า 29-71.
7. กนกอร บุญพิทักษ์. เต้านม โรคต้องรู้ และการดูแลรักษา. กรุงเทพมหานคร: Feel Good; 2555.
8. Katapodi MC, Dodd MJ, Lee KA, Facione NC. Underestimation of breast cancer risk: influence on screening behavior. Oncol Nurs Forum 2009;36(3):306-14.
9. Jittanoon P, Wungthanakorn S, Chansawang W. Factors influencing breast self-exam ination behavior among women in Korhong sub-district municipality of Hat Yai, Songkhla Province. Songkla Med J 2009;27(2):153-65. (in Thai).

10. สุรีพร ธนศิลป์, นวลลออ ทวิชศรี, กฤษดา ศรีสุวรรณ, ณัฐณิชา แหวนวงศ์, วันทนา รัตนมณี, สิริชยา อังกูรขจร และคณะ. รักษ์เต้านม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พรีวัน; 2555.
11. พัฒน์พงศ์ นาวีเจริญ, ศิริชัย จินดารักษ์, ชวลิต เลิศบุษยานุกูล, วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์. มะเร็งเต้านม. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์สุขภาพ; 2553.
12. Bunwan M, Naka K, Kong-in W. Effect of self-efficacy-enhancing program on skill and sustainability of breast self-examination among women at risk. SMJ 2011;26(1):17-24. (in Thai).
13. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control 2013. [Internet]. [cited 2016 December 26]. Available from: http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/.
14. บุษบา สมใจวงษ์, ประสบสุข ศรีแสนปาง, มยุรี ลี่ทองอิน, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, พิมพิมาส สิงหาคม. การส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2548;28(1):11-20.
15. Rajaram SS, Rashidi A. Asian-Islamic women and breast cancer screening: a socio-cultural analysis. Women Health 1999;28(16):45-58.
16. Tumwijit S, Rastsadondee K, Boonrod N. Factors influencing practice of breast self-examination behavior among female undergraduate students at Bangkok Thonburi University. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2009;21(3):83-7. (in Thai).
17. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Worth Publishers; 1997.
18. Vanwong N, Thanasilp S, Navicharern R. The effect of promoting self-efficacy program on preventive breast cancer behavior of female cleaning personnel. Songklanagarind Journal of Nursing 2015;35(1):21-35. (in Thai).
19. Arunjit S. The effect of coaching program on breast cancer-preventive behaviors in women at risk. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2015. (in Thai).