

ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ในศูนย์มะเร็งภาคกลาง

นภนิศ รัตนภาสูร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2550

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ในศูนย์มะเร็งภาคกลาง

.....
นางนภนิศ รัตนภาสูร
ผู้วิจัย

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์, ประ.ด.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปรียา ตันสกุล, ค.ด.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
นายแพทย์พงษ์กิตติ ฐิษฐกร, B.Sc.; MBBS;
DTM & H; FRCST; FICS.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ประ.ด.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์ ม.ร.ว. ชัยฉัตร สวัสดิวัตน์,
Ph.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

.....
รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช, พ.ม.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ในศูนย์มะเร็งภาคกลาง

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์

วันที่ 1 มิถุนายน 2550

.....

นางนภนิศ รัตนภาสุร

ผู้วิจัย

.....

แพทย์หญิงวันเฉลิม นันทวิทิตพงศ์, พ.บ.;FRCST.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ประ.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์, ประ.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

นายแพทย์พงษ์กิตติ ฐิติสุภกร, B.Sc.; MBBS;

DTM & H; FRCST; FICS.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปรียา ตันสกุล, ค.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์ ม.ร.ว. ชัยฉัตร สวัสดิวัตน์,

Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ ผศ.ดร.ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์ และคณะกรรมการทุกท่าน ได้แก่ ผศ.ดร.สุปรียา ตันสกุล และ ผศ.ดร.ลักขณา เตมศิริกุลชัย ตลอดจนนายแพทย์พงษ์กิติ ฐิษฐกรและแพทย์หญิงวันเฉลิม นันทวิทิตพงศ์ (กลุ่มงานศัลยศาสตร์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงกับทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ และทำให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่าอย่างยิ่ง ตลอดจนพี่ เพื่อน น้อง วทม. (สาธารณสุขศาสตร์) เอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้แบ่งปันประสบการณ์ และให้ความช่วยเหลือตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้ปวยทุกท่านที่กรุณาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี รวมทั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนทุนการศึกษาวิจัย เป็นผลให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มะเร็งชลบุรี และศูนย์มะเร็งลพบุรี ที่อำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยจนสามารถทำวิจัยเสร็จสมบูรณ์ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ นางทัศนีย์ พันธุ์พิเชฐ หัวหน้าพยาบาลผู้ปวยผ่าตัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่มอบโอกาสอันมีค่าทำให้ผู้วิจัยได้ศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติม ตลอดจนพี่ เพื่อน น้อง ทุกคนในหน่วยงานที่มีส่วนช่วยสนับสนุนและให้กำลังใจ

ท้ายนี้ขอขอบพระคุณบิดา มารดาและพี่น้องในครอบครัว ที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา อีกทั้งให้การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน

นภนิศ รัตนภาสูร

ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในศูนย์มะเร็งภาคกลาง

(FACTORS AFFECTING DELAYED TREATMENT AMONG BREAST CANCER PATIENTS IN THE CENTRAL-REGION CANCER CENTERS)

นางนภนิศ รัตนภาสูร 4637244 PPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ภรณี วัฒนสมบูรณ์, ประ.ด., สุปรียา ตันสกุล, ค.ด., ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย, ประ.ด., พงษ์กิติ จิฐกุฎกร, B.Sc.; MBBS; DTM & H; FRCST; FICS.

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวางนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปริมาณและลักษณะของการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม และแบบแผนการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มพบอาการผิดปกติจนเริ่มได้รับการรักษา รวมทั้ง ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สุ่มตัวอย่างจำนวน 256 คน จากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์มะเร็งภาคกลาง 3 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ย้อนหลังตามแบบสัมภาษณ์แบบกำหนดโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์แบบสองตัวแปรด้วยตารางไขว้และสถิติทดสอบ Chi-Square และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมด้วยสถิติ binary logistic regression

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะยังไม่มาพบแพทย์ที่สถานบริการใดในทันทีภายหลังจากค้นพบอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 42 รอดูและสังเกตอาการตนเอง และประมาณร้อยละ 39 ปรึกษานุคคลอื่นก่อนมาพบแพทย์มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่มาพบแพทย์ทันทีหลังจากพบอาการ บุคคลสำคัญที่สตรีตัวอย่างส่วนใหญ่ขอคำปรึกษาเป็นบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งสามี, บุตร และพี่/น้องสาว หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมมีประมาณร้อยละ 6 ที่เลือกรักษาด้วยวิธีการแพทย์พื้นบ้าน การล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมพบว่าสตรีตัวอย่างร้อยละ 44 ล่าช้าในการรักษา การล่าช้าจากตัวผู้ป่วยพบมากกว่า การล่าช้าจากระบบบริการ (ร้อยละ 48 กับ ร้อยละ 23) ผลการศึกษาเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าทุกปัจจัยพร้อมกันพบว่า การล่าช้าในการรักษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการแสวงหาการรักษาและการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา กล่าวคือการเพิ่มขึ้นของขั้นตอนการแสวงหาการรักษาจะเพิ่มโอกาสของการล่าช้าในการรักษา (Odds ratio =2.01, $p<0.001$) ขณะที่การเพิ่มขึ้นของการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามะเร็งเต้านมจะลดโอกาสของการล่าช้าในการรักษา (Odds ratio= 0.90, $p<0.05$) จากผลการศึกษานี้ควรมีการเผยแพร่ข้อมูลความรู้แก่สตรีกลุ่มเป้าหมายในเรื่องของการรับรู้ความเสี่ยงและประโยชน์ของการมาพบแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติที่เต้านม การแสวงหาการรักษามะเร็งที่ถูกต้อง รวมทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

คำสำคัญ : การล่าช้าในการรักษา; พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา; มะเร็งเต้านม

FACTORS AFFECTING DELAYED TREATMENT AMONG BREAST CANCER PATIENTS IN THE CENTRAL-REGION CANCER CENTERS.

NAPHANIT RATTANAPHASURA 4637244 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORS: PARANEE VATANASOMBOOM, Ph.D., SUPREYA TANSAKUL, Ph.D., LAKKHANA TERMSIRIKULCHAI, Ph.D., PHONGKITTI THISUPHAKORN, B.Sc.; MBBS; DTM & H; FRCST; FICS.

ABSTRACT

This cross-sectional survey was aimed to study health care seeking behaviors after self detection of symptoms and the quantity and types of delayed treatment, as well as the factors affecting delayed treatment, among breast cancer patients. The 256 samples were selected from patients newly diagnosed with breast cancer attending 3 Central-Region Cancer Centers, in Thailand. Retrospective interview using structured-questionnaire was conducted for data collection. Cross-tabulation and Chi-square test were used to examine bivariate association, then binary logistic regression analysis was carried out to determine factors affecting delayed treatment.

The findings showed that most of the samples did not immediately seek treatment from physicians in any health care settings after first self detection of abnormal breast symptoms. 42 percent of women would waited and observed themselves for a period of time and 39 percent consulted with significant others. Only 5 percent immediately visited a physician. Family members, especially the spouse, offspring, and siblings, were the most significant persons who were consulted. After diagnosis as breast cancer, 6 percent of women sought traditional medicines for their treatment. The evidence showed 44 percent of women had delayed treatment. Patient delay was more prevalent than system delay (48 % versus 23 %). The finding also showed, when all factors affecting delayed treatment were simultaneously taken into account, that delayed treatment was significantly affected by health care seeking behaviors and perceived benefits of treatment - an increase in steps of health care seeking care increased a chance of delayed treatment (Odds ratio=2.01, $p<0.001$), while an increase in perceived benefits of breast cancer treatment decreased a chance of delayed treatment (Odds ratio=0.90, $p<0.05$). This finding suggests that the dissemination of information focusing on perception of risks and benefits of early diagnosis and prompt treatment of breast cancer, as well as breast self examination, should be promoted. Also, misled health care seeking behaviors leading to delayed treatment should be eliminated.

KEYWORDS: DELAYED TREATMENT/ HEALTH CARE SEEKING BEHAVIOR/ BREAST CANCER.

142 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	7
นิยามตัวแปร	7
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	10
ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม	10
ส่วนที่ 2 การล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม	17
ส่วนที่ 3 แนวคิดเชิงทฤษฎี และวิจัยที่เกี่ยวข้อง	24
สรุปกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	40
1. รูปแบบการวิจัย	40
2. ประชากรและการกลุ่มตัวอย่าง	40
3. เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ	42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	54
ส่วนที่ 1 การกระจายของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรที่ศึกษา	55
ส่วนที่ 2 แบบแผนการแสวงหาการรักษา	60
ส่วนที่ 3 การล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม	66
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษา	68
บทที่ 5 การอภิปรายผล	75
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	85
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาไทย	90
บทสรุปสำหรับผู้บริหารภาษาอังกฤษ	100
บรรณานุกรม	111
ภาคผนวก	117
ประวัติผู้วิจัย	141

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน พ.ศ.2547 จำแนกตามระยะเวลารอคอยก่อนเริ่มการรักษา และประเภทของการรักษา	4
2 ชนิดและรหัสของตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก	52
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยลักษณะทางประชากร	55
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพตนเอง	57
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยภายในบุคคลเกี่ยวกับแรงจูงใจทางด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมจากอาการผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา และปัจจัยการแสวงหาการรักษาเกี่ยวกับการยอมรับในบริการ	58
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยระบบบริการ	60
7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการแสวงหาการรักษา	63
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทของการล่าช้าของการรักษา	67
9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลารอคอยก่อนเริ่มการรักษา และประเภทของการรักษา	67
10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากร กับการล่าช้าในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง	69
11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล กับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง	71
12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระบบบริการ และปัจจัยการแสวงหาการรักษา กับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม	72
13 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกของการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม	74
14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยลักษณะทางประชากร	130

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการเจ็บป่วย และการดูแล สุขภาพในอดีต	131
16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยระบบบริการ	132
17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการแสวงหาการรักษา	132
18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรอคอยในระบบบริการ	133
19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดของการล่าช้าต่อการรักษา	133
20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบแผนการแสวงหาการรักษา	134
21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อคำถามแรงจูงใจทางด้านสุขภาพ	135
22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อคำถามการรับรู้ภาวะคุกคาม ของมะเร็งเต้านม	135
23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อคำถามการรับรู้ประโยชน์ในการ รักษา	136
24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อคำถามการรับรู้อุปสรรคต่อการ รักษา	138
25 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อคำถามการยอมรับในบริการ	139

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1	มาตรฐานการบริการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
2	การล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
3	“แบบแผนการตัดสินใจ” ปรับปรุงจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย
4	กรอบแนวคิดในการวิจัย
5	เส้นทางการไหลของการกระทำของสตรีเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเองจนกระทั่งเข้ารับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งภาคกลาง
6	พฤติกรรมตอบสนองเริ่มแรกของสตรีเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง
7	ช่วงระยะเวลาเฉลี่ยของเหตุการณ์ตั้งแต่พบอาการผิดปกติของเต้านมจนกระทั่งได้รับการรักษามะเร็งเต้านม

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของสตรีไทย มีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นจาก 3.6, 4, 4.7, 5.8 และ 5.9 คนต่อแสนประชากร ในช่วงปี พ.ศ.2543-2547 (สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2547 : 85) สำหรับอัตราป่วยด้วยมะเร็งเต้านมพบเป็นอันดับ 2 (ประมาณ 17.2 คนต่อแสนประชากร) รองจากมะเร็งปากมดลูกซึ่งมีอัตราป่วยรายใหม่เพิ่มเท่ากับ 19.5 คนต่อแสนประชากร (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2546 : 47-49) โดยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และเมื่อพิจารณาอัตราป่วยตามภาคต่างๆของประเทศไทยพบว่าภาคกลางมีอัตราป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงสุดตั้งแต่ปี 1990-1996 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2546 : 84)

จากความรุนแรงของโรคที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตแล้ว การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมยังก่อให้เกิดผลกระทบมากมาย ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม สำหรับในด้านผู้ป่วยนั้นพบว่ามะเร็งก่อให้เกิดผลกระทบทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล ท้อแท้ หดหู่กำลังใจ สิ้นหวังในชีวิต ในส่วนของผลกระทบกับครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่มีความสุขเมื่อเห็นบุคคลอันเป็นที่รักต้องเจ็บปวด ครอบครัวเกิดความไม่มั่นคง โดยเฉพาะหากผู้ป่วยเป็นกำลังสำคัญที่รับผิดชอบเลี้ยงครอบครัว เพราะการรักษาโรคมะเร็งมีขั้นตอนการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนต้องใช้เวลาในการรักษานานและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง เสียเวลาในการประกอบอาชีพ สูญเสียรายได้ และสำหรับผลกระทบต่อสังคมนั้น เกิดการเสียดุลยทางการค้าจากมูลค่าการนำเข้ายาแผนปัจจุบันของไทยในปี พ.ศ.2543-2545 เพิ่มขึ้นจาก 529.53, 510.22 และ 478.52 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ (กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2546) ซึ่งรวมถึงยาเคมีที่ใช้ในการรักษามะเร็งเต้านมด้วย รวมทั้งต้องสูญเสียกำลังในการพัฒนาประเทศให้ก้าวหน้า (สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, 2002 : 21)

การค้นหาและการรักษามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก เป็นมาตรการที่ดีที่สุดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรคมะเร็ง และมีชีวิตยืนยาวเช่นเดียวกับคนปกติ (กิติ จินดาวิจักษ์ 2538 : 74) ซึ่งการรณรงค์ให้สตรีมารับการรักษาขณะที่มะเร็งเต้านมอยู่ในระยะเริ่มแรกยังเป็นเรื่องยาก เพราะมี

ผลกระทบกับความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วย แต่การรักษามะเร็งในระยะเริ่มแรกให้ผลลัพธ์ภายหลังการรักษาที่ดีกว่าผู้ที่มารักษาในระยะลุกลาม ในการพยากรณ์โรคมะเร็งเต้านมจะสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปี (5 years survival rate) ขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนขณะที่ตรวจพบ และการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมารับการรักษาอยู่ในระยะเริ่มแรกจะมีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 87 แต่หากลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ซึ่งเป็นระยะที่มะเร็งเต้านมมีการลุกลามจะทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลงเหลือเพียงร้อยละ 47 (Brailey, 1986 : 223 อ้างในนราวดี สันสยะ, 2539 : 2)

จากการศึกษาของต่างประเทศที่ผ่านมาเกี่ยวกับ การล่าช้าในการรักษาของสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม พบว่าการมาพบแพทย์ล่าช้ามีความสัมพันธ์กับการลุกลามของโรค และขนาดของเนื้องอก (Montazeri, 2003 : 4) โดยพบว่าการศึกษาที่สตรีพบอาการผิดปกติที่เต้านมและมาปรึกษาแพทย์ล่าช้าจะมีผลต่อขนาดของก้อนที่เต้านมโตขึ้น และเพิ่มการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองซึ่งทำให้โอกาสที่สตรีจะกลายเป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลามเพิ่มขึ้นด้วย (GIVIO, 1986 : 1757 ; Afzelius, et al., 1994 : 347 ; Singtotong, 1998 : 100) และทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลงด้วย (Richards MA et al.1999 : 1127 ; A J Ramirez et al. ; 1999 : 1127) ซึ่งการล่าช้าต่อการมาปรึกษาแพทย์ของสตรีที่พบอาการผิดปกติของเต้านมจะส่งผลถึงการได้รับการรักษาที่ล่าช้าด้วย (Caplan, et al., 1995 : 804 ; Charlson, 1985 : 393)

สำหรับในประเทศไทย การศึกษาเรื่องของการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยังมีจำนวนน้อย และการศึกษาที่ผ่านมาผู้ศึกษาจะศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่มารักษาในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยเท่านั้นดังเช่น การศึกษาของ สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ (2002 : 76) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาล 4 แห่งในเขตกรุงเทพมหานครได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการล่าช้าต่อการรักษา โดยครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยใช้เวลาประมาณ 5-6 เดือน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อโอกาสการหายจากมะเร็งเต้านม แต่เพิ่มการลุกลามของมะเร็งและลดอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบการบริการเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง โดยมีเครือข่ายในส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ ได้แก่ ศูนย์มะเร็งลำปาง ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ศูนย์มะเร็งอุดรธานี ศูนย์มะเร็งชลบุรี ศูนย์มะเร็งลพบุรี และศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี ข้อมูลรายงานประจำปีของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2540-2544 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ร้อยละ 70.3, 63.6, 70.2, 65.4 และ 62.2 ตามลำดับ ที่มารับการรักษามี

ระยะของโรค (staging) ที่มีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่น ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการลุกลามของโรคไปยังต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่น จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบผสมผสาน (Multimodality) เช่น เคมีบำบัด รังสีรักษา ฮอร์โมนบำบัดร่วมด้วย นอกเหนือจากการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2540-2544) วิเคราะห์ข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน พ.ศ.2547 จำนวน 101 ราย เกี่ยวกับระยะเวลาการรอคอยก่อนเริ่มการรักษามะเร็งเต้านม นับตั้งแต่เริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง จนกระทั่งได้รับการรักษามะเร็งเต้านม ระยะเวลาการรอคอยนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีระยะเวลาการรอคอยน้อยกว่า 3 เดือน ซึ่งถือว่าไม่ล่าช้าต่อการรักษา และกลุ่มที่มีระยะเวลาการรอคอยตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปซึ่งถือว่าล่าช้าต่อการรักษา จำแนกตามประเภทของการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระยะเวลาดังกล่าวพบอาการผิดปกติจนเริ่มการรักษาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปซึ่งถือว่าผู้ป่วยมีการล่าช้าในการมารับการรักษามีร้อยละ 77.2 และมีผู้ป่วยที่รอคอยก่อนการรักษา น้อยกว่า 3 เดือน มีร้อยละ 22.8 แต่สิ่งสำคัญเมื่อพิจารณาระยะเวลาก่อนเริ่มการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเมื่อจำแนกตามประเภทของการรักษาซึ่งสามารถสะท้อนถึงความรุนแรงของโรค¹ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป พบมะเร็งเต้านมอยู่ในระยะของโรคที่มีความรุนแรงมากกว่า โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลารอคอยก่อนเริ่มการรักษาดังแต่ 3 เดือนขึ้นไป จะได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดก่อนการผ่าตัดเต้านม มีเกือบร้อยละ 40 ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลารอคอยก่อนเริ่มรักษาน้อยกว่า 3 เดือนมีเพียงร้อยละ 8.7 ซึ่งมากกว่าถึง 4 เท่า และ ผู้ป่วยที่รักษาโดยการผ่าตัดอย่างเดียวมีเพียงร้อยละ 14.1 ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลารอคอยก่อนเริ่มรักษาน้อยกว่า 3 เดือน มีถึงร้อยละ 30.4 ซึ่งมากกว่า 2 เท่า ดังตารางที่ 1

¹ ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม สามารถบ่งชี้ได้จากวิธีการรักษาจากแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับ โดยเรียงลำดับตามความรุนแรงของโรคจากน้อยไปหามาก แบ่งได้ 3 ประเภท คือ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมออกเพียงอย่างเดียวเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารักษาในขณะที่โรคอยู่ในระยะเริ่มแรก
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดร่วมกับการรักษาอื่นๆ เช่น เคมีบำบัด รังสีรักษาหรือ ฮอร์โมนบำบัดเป็นกลุ่มภายหลังผ่าตัดเมื่อแพทย์พิจารณาร่วมกับผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิแล้วพบมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองแล้ว หรือตำแหน่งของก้อนมะเร็งอยู่ชิดกับกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอก แพทย์จะพิจารณาให้การรักษาต่อโดยเคมีบำบัด รังสีบำบัดหรือ ฮอร์โมนบำบัด เพื่อลดโอกาสกลับเป็นมะเร็งซ้ำและ เพิ่มอัตราการรอดชีพให้ยืนยาวมากขึ้น
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการให้เคมีบำบัดก่อนการผ่าตัดเพื่อลดขนาดและการกระจายของมะเร็งก่อน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ และ มารักษาขณะที่โรคมีการกระจายไปยังบริเวณอื่นแล้ว ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคมามากที่สุด

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน พ.ศ.2547 จำแนกตามระยะเวลารอคอยก่อนเริ่มการรักษา และประเภทของการรักษา

ระยะเวลารอคอยก่อน เริ่มการรักษา	ประเภทของการรักษา (%)			รวม
	การผ่าตัดเพียง อย่างเดียว	การผ่าตัดร่วมกับ การรักษาอื่นๆ	การให้เคมีบำบัด ก่อนการผ่าตัด	
<3 เดือน (n=23)	30.4	60.9	8.7	22.8
≥3 เดือน (n=78)	14.1	46.2	39.2	77.2

N=101

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล่าช้าในการรักษา จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพอสรุปได้ว่าการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย อาทิเช่น ปัจจัยลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ (Montella, et al., 1995 : 1585, Ramirez, et al., 1999 : 1127, Arndt, et al., 2002 : 1034, Bish, et al., 2004 : 321), ระดับการศึกษา (Montella, et al., 1995 : 1585, Facione, et al., 2002 : 397, Thongsuksai, et al., 2000 : 108-114), สถานภาพสมรส (Montazeri, et al., 2003:4, Thongsuksai, et al., 2000 : 108-114), ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยมะเร็งเต้านม (Montazeri, et al., 2003 : 4), รายได้ (Lauver, et al., 1995 : 27, Freeman & Wasfie, 1989: 2562-69, Facione, et al., 2002 : 397). ปัจจัยภายใน ได้แก่ การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งจากอาการผิดปกติที่เต้านม, การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการมารับรักษา (Dracup, et al., 1995 : 379-392, สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, 2002 : 1) และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การแสวงหาการรักษา และระบบบริการสุขภาพ (สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, 2002 : 1, Hyo-Sook, et al., 2004 : 259-266)

จากการทบทวนสถานการณ์ข้างต้นที่พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวนมากล่าช้าต่อการรักษา และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย อีกทั้งในประเทศไทยยังมีการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้น้อย การวิจัยที่ผ่านมาศึกษาเฉพาะ ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม การแสวงหาการรักษาและการแสวงหาการช่วยเหลือของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ใช้การศึกษาการล่าช้าในการรักษา ดังเช่นการศึกษาของสุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ (2002 : 76) เป็นการศึกษาแบบกลุ่มควบคุม (case-control study) โดยศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม การแสวงหาการรักษาและอิทธิพลของบุคคลใกล้ชิด ที่มีอิทธิพลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วย

มะเร็งเต้านม แต่พบว่ายังขาดการศึกษาปริมาณของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ล่าช้าต่อการรักษาในประชากรกลุ่มใหญ่ ปัจจัยภายในของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ แรงจูงใจต่อการมารับบริการ และปัจจัยทางด้านสังคม คือการล่าช้าอันเนื่องมาจากปัจจัยการแสวงหาการรักษาเกี่ยวกับการยอมรับในบริการ และปัจจัยระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้จึงสนใจที่จะศึกษา ปริมาณแบบแผนและปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระบบศูนย์มะเร็งภาคกลาง โดยผลจากการศึกษานี้ เพื่อใช้ในการวางแผนการให้สุขศึกษาแก่สตรีในการปฏิบัติตนเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเป็นแนวทางในการปรับกลยุทธ์การให้บริการของศูนย์รักษามะเร็งเพื่อลดการล่าช้าในการรักษาที่เกิดจากระบบบริการให้สตรีได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการรักษามะเร็งในระยะเริ่มแรกมากยิ่งขึ้น ลดความรุนแรงของโรค ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการรักษา เป็นการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มีรักษามะเร็งเต้านมในระยะลุกลามได้

คำถามการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาในศูนย์มะเร็งภาคกลางมีแบบแผนในการแสวงหาการรักษาภายหลังพบอาการผิดปกติที่เต้านมจนกระทั่งมาพบแพทย์ครั้งแรกเป็นอย่างไร มีการล่าช้าในการรักษามากน้อยเพียงใด และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแบบแผนการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตั้งแต่เริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมจนเริ่มรักษาในศูนย์มะเร็งภาคกลาง
2. เพื่อศึกษาปริมาณและลักษณะของการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยต่างๆต่อไปนี้มีความสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในศูนย์มะเร็งภาคกลาง

1. ปัจจัยลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ประวัติเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมของบุคคลในครอบครัว

2. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม และอุปสรรคในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม

3. ปัจจัยการแสวงหาการรักษา ได้แก่ การแสวงหาการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม และการยอมรับในบริการมีความสัมพันธ์ทางลบกับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม

4. ปัจจัยระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ หลักประกันทางด้านสุขภาพ

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1.1 ปัจจัยลักษณะทางประชากร

1.2 ปัจจัยภายในตัวบุคคลซึ่งประกอบด้วย

1.2.1 แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ

1.2.2 การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม

1.2.3 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการรักษา

1.3 ปัจจัยการแสวงหาการรักษา

1.3.1 การแสวงหาการรักษา

1.3.1 การยอมรับในบริการ

1.4 ปัจจัยระบบบริการสุขภาพ

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ การล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะพฤติกรรมการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมของผู้ป่วยที่เริ่มการรักษามะเร็งเต้านมโดยวิธีการผ่าตัดเต้านมเต้านมออกทั้งเต้าและเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ (MRM = Modified Radical Mastectomy) หรือเคมีบำบัด ในศูนย์มะเร็งภาคกลาง คือ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มะเร็งชลบุรี ศูนย์มะเร็งลพบุรี ที่มารับบริการในช่วงเดือน มีนาคม-กรกฎาคม 2549

นิยามตัวแปร

การล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม หมายถึง การที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามะเร็งเต้านมด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ที่ช้าเกินไปสำหรับการรักษา มะเร็งเต้านมที่มีประสิทธิผล โดยประเมินจากช่วงระยะเวลาวันที่สตรีใช้ในการจัดการกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่เริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเองจนกระทั่งมาพบแพทย์และได้รับการรักษา ถ้าระยะเวลารวมตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ถือว่า ล่าช้าต่อการรักษามะเร็งเต้านม และถ้าระยะเวลารวมน้อยกว่า 3 เดือนถือว่าไม่ล่าช้าต่อการรักษา โดยการล่าช้าในการรักษาแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

การล่าช้าจากผู้ป่วย (Patient Delay) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมตนเอง จนกระทั่งมาพบแพทย์ครั้งแรก ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป

การล่าช้าจากระบบบริการ (System Delay) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยพบแพทย์ครั้งแรก จนเริ่มได้รับการรักษามะเร็งเต้านมด้วยวิธีผ่าตัดหรือเคมีบำบัด ที่มากกว่า 2 เดือนขึ้นไป

ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาประเมินจากปัจจัย 4 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยทางลักษณะประชากร ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยการแสวงหาการรักษา และปัจจัยทางระบบบริการ

ปัจจัยลักษณะทางประชากร หมายถึง ปัจจัยเกี่ยวกับ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวและประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยมะเร็งเต้านม

อายุ หมายถึง อายุของผู้ป่วยจากวันเกิดจนถึงวันสัมภาษณ์ นับเฉพาะจำนวนปีที่เต็ม

การศึกษา หมายถึง ระดับของการศึกษาของผู้ป่วยที่ศึกษาสูงสุดหรือที่กำลังศึกษาอยู่ โดยแบ่งระดับการศึกษาเป็น 5 ระดับ คือ ไม่ได้รับการศึกษา จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา ศึกษาหรือเทียบเท่า อนุปริญญาหรือเทียบเท่า และปริญญาตรีขึ้นไป

อาชีพ หมายถึง ประเภทของอาชีพหลักที่สร้างรายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว ได้แก่ รับราชการ-รัฐวิสาหกิจ เกษตรกรรม ลูกจ้าง (มีประกันสังคม) รับจ้าง (ไม่มีประกันสังคม) กิจการส่วนตัว

สถานภาพสมรส หมายถึง การมีคู่ครองโดยไม่เกี่ยวข้องกับการจดทะเบียนสมรส แบ่งตามสถานภาพที่ดำรงอยู่จริงโดยไม่เกี่ยวกับการจดทะเบียนสมรส ได้แก่ โสด คู่อยู่รวมกัน คู่แยกกันอยู่ หย่าหรือหม้าย

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยมะเร็งเต้านม หมายถึง การมีประวัติเจ็บป่วยของญาติผู้หญิงสายตรงด้วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ ยาย แม่ ป้า นางสาว พี่สาวหรือน้องสาว

ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง สถานทางด้านการเงินของครอบครัวผู้ป่วยที่ประเมินจากรายได้หลักของครัวเรือน เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวในแต่ละเดือน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ไม่พอใช้ 2) พอใช้ 3) เพียงพอเหลือเก็บ

ปัจจัยภายในตัวบุคคล หมายถึง แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา

แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกห่วงใย การให้คุณค่า ความเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง ในเรื่องการตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก ของสตรีที่ดีความจากอาการผิดปกติของเต้านมตนเอง โดยแบ่งการประเมินเป็น 2 มิติ คือ การรบกวนทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน และอันตรายหรือการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองจากอาการผิดปกติของเต้านม ได้แก่ การกลายเป็นมะเร็งเต้านม การแสดงอาการของมะเร็งเต้านมที่มีการลุกลาม การเปรียบเทียบผลการวินิจฉัยอาการผิดปกติที่เต้านมในอดีต การเปรียบเทียบเหมือนลักษณะของฝีหรือก้อนที่ส่วนอื่นของร่างกาย การลุกลามของมะเร็งเต้านมเป็นอันตรายถึงชีวิต การลุกลามของมะเร็งเต้านมไปบริเวณอื่น การเจ็บปวด ทรมานจากมะเร็งเต้านม การสูญเสียอาชีพ รายได้ และการใช้เวลารักษานาน เสียค่าใช้จ่ายแพง

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกของสตรีที่คาดการณ์ถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับจากการรักษา โดยแบ่งการประเมินเป็น 2 มิติ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านม ได้แก่ การหายจากอาการผิดปกติที่เต้านม การลดความ

เจ็บปวดทรมานจากการผิดปกติของเต้านม การพบมะเร็งในระยะแรกเริ่มอาจสามารถเก็บเต้านมไว้ได้ และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามะเร็งเต้านม ได้แก่ การรับรู้ในการรักษามะเร็งระยะแรกเริ่มสามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันให้ผลดี และความคุ้มค่าของการรักษาเมื่อเทียบกับผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา เช่น การหายจากมะเร็งเต้านมเมื่อเทียบกับการมีเต้านมผิดปกติ หรือสูญเสียเต้านม การลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ การเพิ่มอัตราการรอดชีพ เมื่อเทียบกับผลข้างเคียงของการได้รับยาเคมีบำบัด เช่น การอ่อนเพลีย ของร่างกาย การคลื่นไส้อาเจียน ผอมร่าง เป็นต้น

การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกของสตรีที่คาดการณ์ถึงอุปสรรคของหรือต้นทุนของการรักษามะเร็งเต้านม โดยแบ่งการประเมินเป็น 2 มิติ คือ การรับรู้อุปสรรคของการรักษาเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมครั้งแรก ได้แก่ ความละเอียดในการให้แพทย์ตรวจ ค่าใช้จ่ายในการรักษา การสูญเสียรายได้ ความสะดวกในการเดินทางมารักษา การรอคอยในการรักษา และการรับรู้อุปสรรคของการรักษามะเร็งเต้านม ได้แก่ ความกลัวของสตรีในการรักษามะเร็งเต้านม ค่าใช้จ่ายในการรักษามะเร็งเต้านม การสูญเสียรายได้ระหว่างการรักษามะเร็งเต้านม ความสะดวกในการเดินทางมารักษาที่ศูนย์มะเร็ง และการรอคอยในบริการของศูนย์มะเร็ง

ปัจจัยการแสวงหาการรักษา หมายถึง การแสวงหาการรักษา และการยอมรับในบริการ

การแสวงหาการรักษา หมายถึง การกระทำบางอย่างของสตรีที่เกิดจากการรับรู้และประเมินผลอาการผิดปกติของเต้านมตนเองเพื่อหาวิธีทางรักษาอาการผิดปกตินั้นให้หายก่อนเข้ารับการรักษาที่ศูนย์มะเร็ง โดยประเมินจากลักษณะ และจำนวนขั้นตอนการแสวงหาการรักษา หรือการกระทำต่างๆ ตั้งแต่สตรีพบอาการผิดปกติของเต้านมจนกระทั่งได้รับการรักษา

การยอมรับในบริการ หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อสถานบริการของรัฐในการให้บริการรักษาโรคทั่วไปกับการรักษาโรคมะเร็ง รวมทั้งความเชื่อมั่นในการรักษามะเร็งเต้านมกับแพทย์แผนปัจจุบันเปรียบเทียบกับการรักษาทางเลือกอื่น เช่น หมอสมุนไพร เป็นต้น

ปัจจัยระบบบริการ หมายถึง หลักประกันทางด้านสุขภาพ

หลักประกันทางด้านสุขภาพ หมายถึง หลักประกันทางด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยใช้ในการรักษามะเร็งเต้านม ได้แก่ จ่ายเงินเอง บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท (บัตรทอง)สวัสดิการข้าราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม ประกันชีวิต สวัสดิการการรักษาเฉพาะรายปี อื่นๆ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนแรก บรรยายเกี่ยวกับความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย สาเหตุส่งเสริมของมะเร็งเต้านม อาการและอาการแสดง การพยากรณ์โรคและวิธีการรักษา ส่วนที่ 2 บรรยายเกี่ยวกับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม ประกอบด้วย แนวคิดและคำจำกัดความของการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม ผลกระทบของการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม ส่วนที่ 3 บรรยายเกี่ยวกับ แนวคิด ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการล่าช้าในการรักษาของสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม และส่วนสุดท้าย บรรยายเกี่ยวกับการสรุปผลของการทบทวนวรรณกรรม และกรอบแนวคิดของการศึกษาในครั้งนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม

ปัจจุบันการแพทย์ได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมากขึ้น เนื่องจากชนิดของเนื้องอกบริเวณเต้านมจำแนกได้ 2 ชนิด คือ

1. เนื้องอกชนิดธรรมดา (Benign Tumor) ลักษณะของเนื้องอกมักคลำได้ก้อนเรียบ ขอบเขตชัดเจน บางครั้งอาจคลำได้ถุงน้ำ และมักพบในคนอายุน้อย ได้แก่

1.1 เนื้องอกชนิดธรรมดาของเต้านม (Fibroadenoma) ซึ่งประกอบด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพันท่อน้ำนม

1.2 เนื้องอกจากเยื่อท่อน้ำนม (Intraductal Papilloma) ซึ่งมีลักษณะเป็นแฉกๆ คล้ายนิ้วมือ

1.3 โรคถุงน้ำเรื้อรัง (Chronic Cystic Disease)

1.4 ถุงน้ำนม (Galactocoele)

1.5 โพรงหนอง (Abscess)

1.6 ภาวะเต้านมโตในผู้ชาย (Gynaecomastia)

2. เนื้องอกที่เป็นมะเร็ง (Malignant Tumor) แบ่งชนิดตามจุดกำเนิดของมะเร็ง ได้แก่

2.1 เกิดจากท่อน้ำนม (Mammary Duct) ในผู้หญิงไทยพบว่าจุดกำเนิดของมะเร็งเต้านมจากท่อน้ำนมมีถึงร้อยละ 99.2 (อิตถี ชนไมตรีและกิตติ คำสัตย์, 2521 : 19-24) โดยแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

2.1.1 มะเร็งในระยะต้นของเนื้อเยื่อบุผิวท่อน้ำนม (Non-Infiltrative)

ประกอบด้วย

- มะเร็งที่มีลักษณะการเติบโตเป็นแฉกคล้ายนิ้วมือ (Papillary Carcinoma)
- การเจริญเติบโตของมะเร็งทำให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำนม (Comedo Carcinoma)
- มะเร็งของท่อน้ำนมระยะต้น (Intraductal Carcinoma) นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

2.1.2 มะเร็งของต่อมน้ำนมที่ได้ลุกลามเลาะชั้นเนื้อเยื่อบุผิวเข้าไปแล้ว (Infiltrative) พบประมาณร้อยละ 75

- มะเร็งที่ทำให้มีการอุดตันอักเสบ บริเวณหัวนมและฐานของหัวนม (Paget's Disease)
- มะเร็งเยื่อบุผิวที่ลุกลามเลาะชั้นเนื้อเยื่อบุผิวอื่นๆ (Infiltrating Ductal Carcinoma)
- มะเร็งที่มีลักษณะแข็ง (Scirrhous Carcinoma)
- มะเร็งเมดูลลารี (Medullary Carcinoma)
- มะเร็งชนิดที่มีเมือกมาก (Mucinous Carcinoma)
- มะเร็งที่มีลักษณะเหมือนการอักเสบ (Inflammatory Carcinoma)

2.2 เกิดจากท่อน้ำนม (Mammary Lobule) หมายถึง มะเร็งที่เกิดจากเนื้อเยื่อต่อมน้ำนม

2.3 มะเร็งที่เกิดจากเนื้อเยื่อบุผิวและเนื้อเยื่อชนิดอื่นๆ (Other Epithelial and Mesodermal)

สาเหตุของมะเร็งเต้านมและสาเหตุส่งเสริม

มีทฤษฎีอธิบายความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมากมาย แต่ยังไม่สามารถรู้แน่ชัดว่ามะเร็งเต้านมเกิดจากสาเหตุอะไร ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ยอมรับว่า ภูมิลำเนาที่ถือกำเนิดและประวัติครอบครัวที่มีคนเป็นมะเร็งเต้านมจะเป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ก็ยังพบมะเร็งเต้านมเกิดในสตรีที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงเลย ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่พบว่ามีส่วนสำคัญ คือ

อาหาร

1. อาหารจำพวกไขมัน งานวิจัยพบว่าชาวอเมริกันที่บริโภคไขมันสูงและอ้วนเป็นมะเร็งเต้านมกันมาก อย่างไรก็ตาม การศึกษาของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ในผู้หญิงกว่า 89,000 คนก็ยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างไขมันกับมะเร็งเต้านม (ซุมสคัลด์ พฤษาพงษ์, 2541 : 42)
2. เครื่องดื่มจำพวกแอลกอฮอล์ มีงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่าการดื่มสุราวันละ 2 แก้วขึ้นไปอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม (ซุมสคัลด์ พฤษาพงษ์, 2541 : 42)

ฮอร์โมนและความเครียด

1. ฮอร์โมน พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนเพศหญิง (Exogenous Estrogens) ในขนาดสูงๆ เป็นระยะเวลา 15 ปีขึ้นไป จะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้สูงขึ้น แต่การรับประทานยาคุมกำเนิดซึ่งมีฮอร์โมนเป็นส่วนเป็นส่วนผสมที่น้อยมาก เชื่อกันว่าไม่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม แต่อาจทำให้ขนาดของเต้านมโตขึ้นกว่าปกติประมาณร้อยละ 12.3 ถ้าได้รับยาคุมกำเนิดในขณะที่ไม่ได้ให้นมบุตร(ไพรัช เทพมงคล, 2534: 436) แต่ถ้าใช้ยาวนาน 2-4 ปี โอกาสที่จะเป็นมะเร็งเต้านมจะเพิ่มขึ้นประมาณ 1.9 เท่า และจะเพิ่มขึ้นเป็น 11 เท่า ถ้าเคยเป็นเนื้องอกที่เต้านมมาก่อน (สมปอง รักษาสุข, 2523 : 13)

2. ความเครียด มักพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในผู้มีการศึกษาสูงมากกว่าการศึกษาต่ำซึ่งเชื่อว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงมักเกิดความเครียดอยู่เสมอในระหว่างการศึกษา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และไปขัดขวางระบบภูมิคุ้มกันในการป้องกันการเกิดมะเร็ง

ภูมิลาเนาที่เกิด

คนที่เกิดในประเทศแถบอเมริกาเหนือและยุโรปตอนเหนือ มีอัตราเสี่ยงสูง พวกที่เกิดจากยุโรปตอนใต้และลาตินอเมริกามีอัตราเสี่ยงปานกลาง และคนที่เกิดในทวีปเอเชียและอเมริกาใต้มีความเสี่ยงต่ำ (ซุมสัคดี พุกษาพงษ์, 2541 : 42)

ประวัติการเจ็บป่วย

1. พันธุกรรม สตรีที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ได้มากกว่าสตรีทั่วไป จากการศึกษาพบว่าสตรีที่มีมารดาเป็นมะเร็งเต้านมมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มากกว่าสตรีทั่วไปถึง 4 เท่า และหากสตรีผู้นั้นเกิดเป็นมะเร็งเต้านมก็จะเป็นเมื่อมีอายุน้อยกว่ามารดาหรือป้าหรือน้าสาวของตนเองที่เป็นมะเร็งเต้านมประมาณ 12 ปี (สมปอง รักษาสุข, 2523 : 13) และสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนที่มีมารดาเป็นมะเร็งเต้านมมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ได้มากกว่าปกติ 3.4 เท่า และจะเพิ่มเป็น 5 เท่า หากว่ามีมารดาและยายเป็นมะเร็งเต้านม ส่วนสตรีที่มีคู่แฝดเป็นโรคมะเร็งเต้านมจะมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มากกว่าปกติถึง 9 เท่า (Stoll, 1984 : 319)

2. ผู้ที่มีประวัติเป็นมะเร็งมาก่อน เชื่อว่าสตรีที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งมาก่อนมีโอกาสเป็นมะเร็งอีกข้างหนึ่งได้ 4-15 เท่าของสตรีที่ไม่เคยเป็น (Stoll, 1984 : 321) และผู้ที่เคยเป็นมะเร็งที่อวัยวะอื่นๆ เช่น มะเร็งของรังไข่ เชื้อบวมดลูก ลำไส้ใหญ่ หรือต่อมน้ำลายจะมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้มากเช่นกัน

3. โรคเนื้องอกของเต้านม สตรีที่เคยเป็นโรคเนื้องอกของเต้านมบางชนิดมาก่อน เช่น โรคถุงน้ำรังไข่ หรือเต้านมเป็นถุงน้ำอักเสบเรื้อรัง มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมได้มากกว่าสตรีทั่วไปถึง 4 เท่า (สมปอง รักษาสุข, 2523 : 14)

หน่วยพันธุกรรม

ยีน BRCA I และBRCAII เป็นยีนที่สัมพันธ์กับถ่ายทอดลักษณะของมะเร็งเต้านมทางพันธุกรรม จากบรรพบุรุษไปสู่ลูกหลาน ดังนั้นสตรีที่มียีน 2 ชนิดนี้ ชนิดใดชนิดหนึ่งจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าสตรีที่ไม่มียีน 2 ชนิดนี้ แต่ถึงอย่างไรยังต้องมีการศึกษาเกี่ยวกับยีนนี้ต่อไปอีกเพราะเป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนน้อยเท่านั้น

รังสี

รังสี ขบวนการที่รังสีทำให้เกิดมะเร็งได้อย่างไรนั้น ยังไม่สามารถอธิบายได้อย่างแน่ชัด ขึ้นกับขนาดของรังสี และอายุขณะได้รับรังสี หากพบว่าสตรีได้รับรังสีขณะอยู่ในวัยเด็กหรือวัยผู้ใหญ่ได้รับรังสีขณะอยู่ในวัยเด็กหรือวัยผู้ใหญ่ได้รับรังสีขนาด 10-200 แรด เป็นเวลานาน 10-15 ปี หรือผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการฉายรังสีจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งสูงกว่าปกติ (สมใจ ชาญวิเศษ, 2527 : 8)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมแต่ละปัจจัยจะมีอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมแตกต่างกัน(กิติ จินดาวิจักขณ์, 2533 : 27-39) ดังต่อไปนี้

ปัจจัย	ลักษณะ	อัตราเสี่ยง
1. เชื้อชาติ	ผิวขาว (Caucasian) เปรียบเทียบกับ กับผิวดำหรือผิวเหลือง	เพิ่มขึ้น
2. อายุ	มากกว่า 50 ปี	เพิ่มขึ้น
3. ประวัติครอบครัว	ยาย ป้า มารดา พี่สาว น้องสาวเป็น มะเร็งเต้านม	เพิ่มขึ้น 2 เท่า
4. ประวัติเจ็บป่วยในอดีต	เคยเป็นมะเร็งเยื่อบุมดลูก เคยเป็น Mammary Dysplasia เคยเป็นมะเร็งเต้านมข้างหนึ่งมาแล้ว	เพิ่มขึ้น 2 เท่า เพิ่มขึ้น 3 เท่า
5. ประวัติการมีประจำเดือน	เริ่มมีประจำเดือนอายุต่ำกว่า 12 ปี หมดประจำเดือนอายุมากกว่า 50 ปี ช่วงเวลาที่มามีประจำเดือนนานกว่า 30 ปี	เพิ่มขึ้น เพิ่มขึ้น
6. ประวัติการแต่งงาน	ไม่แต่งงาน เปรียบเทียบกับแต่งงาน	เพิ่มขึ้น
7. ประวัติการตั้งครรภ์	ไม่เคยตั้งครรภ์ เปรียบเทียบกับมีบุตร หรือมีบุตร ช้าหลังอายุ 30 ปี	เพิ่มขึ้น

อาการและอาการแสดง

มะเร็งเต้านมจะเริ่มจากการมีก้อนเนื้ออกขนาดเล็กในเต้านม ซึ่งถ้าหากไม่ตั้งใจตรวจอาจตำไม่พบในระยะแรก ไม่มีอาการเจ็บปวด เนื้ออกยังเคลื่อนไปมาได้และจะโตขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้คลำหรือมองเห็นได้ชัด เป็นผลทำให้เต้านมมีขนาดใหญ่ขึ้น หรืออาจทำให้เต้านมหดรั้งขึ้น ซึ่งจะสังเกตพบอาการผิดปกติ ได้แก่

1. เต้านมมีรูปร่างผิดปกติไปหรือเต้านม 2 ข้างไม่เท่ากันอย่างเห็นได้ชัด
2. ก้อนเนื้ออกจะเริ่มยึดแน่นกับที่ ทำให้เกิดการดึงรั้งของผิวหนังบริเวณเต้านมให้บุ๋มลง
3. ผิวหนังบริเวณเต้านมและหัวนมจะบวมแดง เนื่องจากการอุดตันของทางเดินน้ำเหลืองบริเวณผิวหนัง ทำให้มีลักษณะคล้ายผิวส้ม (Orange Peel) ต่อมาก้อนจะแตกเป็นแผล มีอาการเจ็บปวดเหมือนเป็นฝี
4. มีเลือดหรือน้ำเหลืองซึมออกมาทางหัวนม

โดยทั่วไปอาการของมะเร็งเต้านมสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะของโรค โดยใช้ระบบ TNM Classification of Malignant Tumors ของสมาคมโรคมะเร็ง ประเทศสหรัฐอเมริกา (The American Joint Committee on Cancer AJCC) โดยพิจารณาจากขนาดของก้อนมะเร็ง (Primary Tumor : T) การกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ (Regional Lymph Node metastasis : N) การกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น (Distant Metastasis: M) สามารถแบ่งเป็นระยะได้ดังนี้ (สมปอง รักษาสุข, 2535 : 622)

- มะเร็งเต้านมระยะที่ 1 – ก้อนเนื้ออกมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 2 เซนติเมตร เคลื่อนไหวได้ ผิวหนังปกติ จากการตรวจร่างกายไม่พบการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่น
- มะเร็งเต้านมระยะที่ 2 – ก้อนเนื้ออกขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 5 เซนติเมตร มีการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง แต่ยังไม่ไปที่อวัยวะอื่นๆ
- มะเร็งเต้านมระยะที่ 3 – ก้อนเนื้ออกมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร มีการกระจายเฉพาะที่ไปที่ผิวหนังหรือติดกับผนังอก มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง แต่ไม่ไปที่อวัยวะส่วนอื่นของร่างกาย
- มะเร็งเต้านมระยะที่ 4 – มีการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นในร่างกาย เช่น กระดูก ปอด และตับ ซึ่งเป็นส่วนที่พบได้บ่อย

ตำแหน่งที่พบมะเร็งได้มากที่สุด คือ บริเวณส่วนบนด้านนอกของเต้านม (Upper Outer Quadrant) พบประมาณร้อยละ 50 บริเวณรอบๆ หัวนม หรือฐานหัวนม พบประมาณร้อยละ 20 บริเวณด้านนอกของเต้านมพบประมาณร้อยละ 10 และบริเวณด้านในพบร้อยละ 20 (Dunphy, 1977 : 183)

การรักษาและการพยากรณ์โรค

มะเร็งที่ตรวจพบได้ตั้งแต่ยังเริ่มเป็นอยู่ภายในท่อน้ำนมจะมีโอกาสรักษาให้หายขาดได้กว่า 95% ที่ไม่ถึง 100% ก็เพราะว่าแม้จะผ่าตัดก้อนมะเร็งออกไปแล้ว ยังอาจมีโอกาที่เซลล์มะเร็งได้ลุกลามไปที่อื่นแล้ว ซึ่งขณะนี้แพทย์ยังไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่ามะเร็งรายไหนจะลุกลามและรายไหนจะคงเป็นเฉพาะในเต้านม อย่างไรก็ตาม แม้จะวินิจฉัยมะเร็งได้แต่เนิ่นๆ แต่มะเร็งยังอาจจะเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต (ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช, 2541 : 47) การรักษามะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างได้แก่

1. ระยะของมะเร็งในขณะตรวจพบ เช่น ขณะนั้นมะเร็งยังคงอยู่เฉพาะในเต้านม ข้างนั้นหรือได้ลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองหรือส่วนอื่นๆของร่างกายแล้ว
2. ขนาดและชนิดของมะเร็งเต้านม ขนาดของเต้านมเอง ลักษณะบางอย่างของเซลล์ และอัตราเร็วของการแบ่งตัว
3. ความพอใจของผู้ป่วยต่อวิธีการรักษานั้นๆ
4. ข้อพิจารณาอื่นๆ เช่น อายุของผู้ป่วย สถานภาพของประจำเดือน สุขภาพทั่วไป และการเข้าถึงบริการทางรังสีรักษา

วิธีการรักษามะเร็งเต้านม

1. การผ่าตัดเต้านม ในปัจจุบันมีวิธีการผ่าตัด 2 วิธี คือ

1.1 Modified Radical Mastectomy มีการตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ข้างเดียวกันออก แต่กล้ามเนื้อทรวงอกยังคงอยู่ ทำให้ศัลยกรรมแต่งรูปทำให้ง่ายขึ้น แขนบวมน้อยลง

1.2 Partial Mastectomy หรือ Lumpectomy ตัดเฉพาะก้อนมะเร็งและเนื้อเต้านมที่ล้อมรอบก้อนมะเร็งออก และตัดต่อมน้ำเหลืองบางส่วนที่รักแร้ออกมาตรวจดูว่ามะเร็งมีการลุกลามไปหรือยัง จากนั้นรักษาต่อด้วยรังสีรักษา

2. การบำบัดด้วยฮอร์โมน (Hormone Therapy) หลังการผ่าตัดแล้ว แพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาเสริม เพื่อป้องกันการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง เพราะเซลล์มะเร็งอาจลุกลามไปล่วงหน้าแล้วก็ได้ เซลล์มะเร็งบางชนิดจะถูกทำลายด้วยยากดฮอร์โมน เช่น ทาม็อกซิเฟน (Tamoxifen) ซึ่งออกฤทธิ์ คล้ายฮอร์โมนเอสโตรเจน

3. เคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการรักษาตามหลังการผ่าตัด เมื่อต้องการยาไปทำลายมะเร็งที่ได้ลุกลามไปก่อนหน้านี้แล้ว เคมีบำบัดมักจะประกอบด้วยยาหลายๆชนิดมาให้เป็นชุด แพทย์ผู้ให้จึงต้องมีความชำนาญเป็นพิเศษในการพิจารณาและคิดคำนวณขนาดและชนิดของยา

4. รังสีรักษา (Radiation) จะให้หลังการผ่าตัดเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งที่อาจจะยังหลงเหลืออยู่หลังการผ่าตัด โดยทั่วไปสามารถเริ่มฉายแสงได้ 3-4 สัปดาห์หลังผ่าตัด โดยจะฉายราว 6 สัปดาห์ละ 5 วัน

ส่วนที่ 2 การล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม

การวินิจฉัยโรคของสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมในระยะของโรคที่แตกต่างกันและผลกระทบด้านลบจากความล่าช้าต่อการรักษามะเร็งเต้านมสามารถอธิบายได้จากความแตกต่างของระยะเวลาที่ล่าช้าต่อการมารับการรักษา

แนวคิด และคำจำกัดความของการล่าช้าต่อการรักษา

เบอร์แมนและคณะ (Bauman, et al., 1997 : 301) ได้ให้ความหมาย ช่วงระยะเวลาของการล่าช้าต่อการรักษา เป็นช่วงระยะเวลาตั้งแต่สตรีนั้นเริ่มพบอาการผิดปกติจนกระทั่งถึงวันที่ได้รับการรักษาซึ่งอาการเรียกได้ว่าเป็นเวลาของการล่าช้าทั้งหมด (Total Delay) ซึ่งช่วงระยะเวลาของการล่าช้าต่อการรักษานี้ เมื่อพิจารณาจากงานวิจัยที่ผ่านมาถึงแม้การกำหนดช่วงเวลาของการมารักษาล่าช้ายังไม่มีเกณฑ์ที่แน่ชัดแต่การล่าช้าต่อการรักษายิ่งนานจะทำให้อัตราการรอดชีพลดลง (Charlson, 1985 : 393, Richards, 1999 : 1119)

ฉะนั้นการกำหนดเกณฑ์ของช่วงระยะเวลาการล่าช้าให้น้อยที่สุดจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจและการรักษาอย่างรวดเร็วซึ่งจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย จึงควรพิจารณานำมาใช้ในการศึกษาโดยจากการศึกษาที่ผ่านมา ช่วงระยะเวลาของการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมที่กำหนดไว้น้อยที่สุดคือ มากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน (Charlson, 1985 : 393 ; Richards, 1999 : 1119)

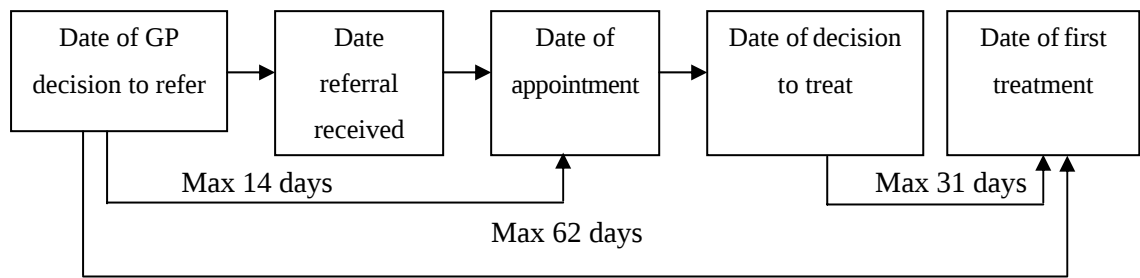
แต่บางการศึกษากำหนดเป็น 2 ช่วง ช่วงละ 12 สัปดาห์ (ปารมี ทองสุขใสและคณะ, 2000 : 110) โดยแบ่งช่วงเวลาของการมารักษาเข้าเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะของการล่าช้าจากตัวผู้ป่วยเอง (Patient Delay) คือ ระยะเวลาตั้งแต่สตรีที่ค้นพบอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเองจนกระทั่งเริ่มมาปรึกษาแพทย์ (Facione, 1993 : 1522 ; Afzelious, et al., 1994 : 346) ซึ่งมีการศึกษาจำนวนมากที่ให้ความสนใจกับการศึกษาการล่าช้าของตัวผู้ป่วยในการมาพบแพทย์โดยเป็นส่วนสำคัญที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษา (Charlson, 1985 : 393 ; Facione, 1993 : 1522)

2. ระยะของการล่าช้าจากระบบบริการสุขภาพ (System Delay) คือ ระยะเวลาตั้งแต่สตรีที่ค้นพบอาการผิดปกติของเต้านมมาปรึกษาแพทย์ครั้งแรกจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม (Caplan, et al., 1995 : 804) แต่ในบางการศึกษาได้ให้ความหมายการล่าช้าในระยะนี้เป็นการล่าช้าของผู้ดูแลทางด้านสุขภาพหรือแพทย์ คือเป็นช่วงระยะเวลาดังแต่สตรีที่ค้นพบอาการผิดปกติของเต้านมมาปรึกษาแพทย์ครั้งแรกจนกระทั่งเริ่มได้รับการรักษา (Charlson, 1985 : 393 ; Richards, et al., 1999 : 1119 ; Ramirez, et al., 1999 : 1127 ; ปารมี ทองสุขใสและคณะ, 2000 : 110)

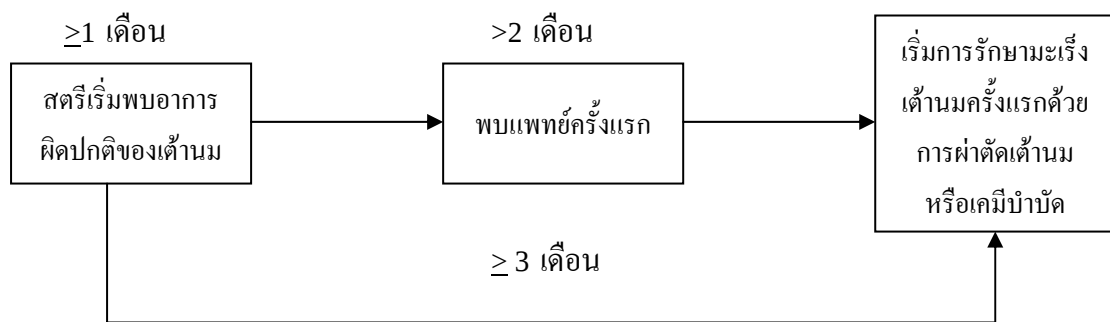
จากการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการให้บริการอย่างมีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของศูนย์บริการทางสุขภาพประเทศอังกฤษ (The British National Health Service) โดยมีการกำหนดระยะเวลารอคอยการบริการเพื่อรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Trust Board -4th April 2005) ดังนี้คือ

- 2 สัปดาห์ สำหรับระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อจากแพทย์ทั่วไปที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งมายังแพทย์เฉพาะทาง
- 1 เดือน สำหรับระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจนกระทั่งเริ่มได้รับการรักษา
- 2 เดือน สำหรับระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยตั้งแต่แพทย์ทั่วไปสงสัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจนกระทั่งเริ่มได้รับการรักษา รายละเอียดแผนภูมิ 1



แผนภูมิที่ 1 มาตรฐานการบริการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ในการวิจัยนี้การล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นการศึกษาระยะเวลาของการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมทั้งหมด ตั้งแต่สตรีเริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมจนกระทั่งเริ่มการรักษามะเร็งเต้านมด้วยวิธีการผ่าตัดเต้านม หรือ เคมีบำบัด ซึ่งมีระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป โดยพิจารณาการล่าช้าในการรักษาแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ การล่าช้าของผู้ป่วยเมื่อเริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมจนมาพบแพทย์ครั้งแรกระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป และการล่าช้าของระบบบริการตั้งแต่สตรีมาพบแพทย์ครั้งแรกจนเริ่มการรักษาที่มีระยะเวลามากกว่า 2 เดือน รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 การล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ผลกระทบจากการรักษาลำไส้

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการดำรงชีวิตของสตรี การได้รับการวินิจฉัยและการเริ่มรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดมีการลุกลามของโรคได้มากขึ้นและทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและครอบครัว

ทางด้านสุขภาพและระบบการทำงานของร่างกาย

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั่วไปมีความหวังต่อการรักษาให้สามารถเก็บเต้านมตนเองไว้ ไม่ต้องการสูญเสียสิ่งที่เป็นสัญลักษณ์ของสตรี แต่สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิธีการรักษาจะมีความยุ่งยากซับซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนกับขั้นตอนการรักษาที่ยุ่งยากมากกว่าผู้ป่วยที่รักษาในระยะเริ่มแรก

จากการที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีช่วงระยะเวลาก่อนรับการรักษาที่นานทำให้ยังเพิ่มความรุนแรงของโรคซึ่งส่งผลร้ายต่อการพยากรณ์โรคฉะนั้นการมารับรักษาอย่างรวดเร็วจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีพให้กับผู้ป่วยได้ โดยการรักษาด้วยวิธีการตัดเต้านมออกทั้งเต้าพร้อมเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ออกด้วยซึ่งภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมักมีความโศกเศร้าที่ต้องเผชิญกับการไม่มีเต้านม ไม่มีแม่แต่หัวนม มีแค่ผิวหนังเรียบบนหน้าอก (Bostwich, 1990 อ้างใน Reaby, L. 1998 : 196) ซึ่งจากการผ่าตัดเต้านมที่มีการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ด้วย สามารถทำให้เกิดอาการแขนบวม เกิดอาการชาได้ทั้งแขนจากการที่เส้นประสาทถูกทำลาย เกิดพังพืดยึดติด (adhesion) และอาจเกิดผลกระทบต่อระบบทำงานของร่างกาย ทำให้ความสามารถในการยกแขนของผู้ป่วยได้น้อยลง (Kiebert, et al., 1991 : 1062)

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมอาจต้องได้รับการรักษาแบบผสมผสานด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษาหรือฮอร์โมนบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงของยาเคมี รังสีรักษาหรือฮอร์โมนบำบัดทำให้เกิดความเจ็บปวดและอ่อนเพลีย (Wyatt, G K., & Friedman, 1998 : 766) และแม้ว่าการรักษาเสร็จสิ้นลง แต่อาการข้างเคียงจากการรักษามะเร็งเต้านมยังมีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Wengstrom, et al., 2001 : 270)

ดังนั้นการรักษามะเร็งเต้านมจึงเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของสตรีทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและเจ็บปวดจากผลข้างเคียงของการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการรักษาจาก

เปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและระบบการทำงานที่เกิดขึ้น และยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย

ทางด้านจิตใจ

สตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมและมีการล่าช้าต่อการมารับการรักษา ทำให้ต้องเผชิญกับมะเร็งเต้านมในระยะลุกลาม และการรักษาที่ย่างยากซับซ้อน ใช้ระยะเวลารักษานาน ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย

เมื่อสตรีรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งเต้านม จะเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจและมีการตอบสนองหลายประการ ดังเช่นการศึกษาของนอร์ธัส (Northouse, et al., 1999 : 457) พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะมีความรู้สึกไม่มั่นคงต่อชีวิตในอนาคต, ความรู้สึกกลัวตายจากโรคมะเร็ง, กลัวการรักษาและ การกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง ซึ่งจากการศึกษาของโคลเยอร์ (Colyer, 1996 : 496-501) พบว่าการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมมีผลกระทบต่อความรู้สึกในรูปลักษณ์ของตนเอง (Body image) ที่เปลี่ยนแปลงของสตรี เกิดความวิตกกังวล, ความสับสน, ความโกรธ และความรู้สึกซึมเศร้า (Ferrell, et al., 1998 : 3)

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาล่าช้า และได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมในระยะลุกลาม ผู้ป่วยต้องเผชิญกับวิกฤติการณ์ในชีวิต จากการรับรู้ผลการวินิจฉัยที่ตนเองเป็นมะเร็งเต้านม และการถูกคุกคามด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ยากต่อการเข้าใจ อนาคตดับมืด รู้สึกเหมือนสูญเสียความเป็นตัวตนและความรักในตนเอง (Facione & Hamolsky, 1999 : 484) กลัวเสียชีวิตถ้าต้องสูญเสียเต้านม (Rustoen & Begnum, 2000 : 417) และเกิดความรู้สึกผิดที่ไม่พบอาการผิดปกติของเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ดำเนินตนเองที่ละเลยการตรวจเต้านมตนเอง หรือปฏิบัติไม่สม่ำเสมอจนกระทั่งพบก้อนผิดปกติที่เต้านมและยังรอเวลาไม่รีบมาปรึกษาแพทย์ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541 ; 112 Facione & Giancarlo, 1998 : 436) และจากการศึกษาของฟอร์ดและคณะ (Ford, et al., 1995 อ้างใน Zabalegui, D. 1999 : 1514) พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วย ด้วยความรู้สึกโศกเศร้า ทุกข์ระทมร้อยละ 30-47 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในทุกระยะของโรค และเคยมีรายงานว่าพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความรู้สึกนี้สูงถึงร้อยละ 70 ในกลุ่มที่เป็นมะเร็งในระยะลุกลาม (Kaasa, et al., 1993 อ้างใน Zabalegui, D. 1999 : 1514)

ดังนั้นกลุ่มสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมและล่าช้าต่อการรักษาจะต้องเผชิญกับการปรับสภาพทางด้านจิตใจให้สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มากกว่ากลุ่มที่รีบมารับการรักษา ซึ่งการที่สตรีมีการตอบสนองทางอารมณ์ในด้านลบต่อการเจ็บป่วยมาก ๆ จะทำให้เกิดผลเสียต่อคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตในสังคม

ทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

ในด้านเศรษฐกิจและสังคม การงาน การเงิน ครอบครัว เพื่อน ญาติ ชีวิตความเป็นอยู่ในสังคม การสนับสนุนทางสังคมล้วนมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยของสตรี

พบความสัมพันธ์ทางด้านสังคมมีผลต่อสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม โดยการถูกจำกัดเครือข่ายทางสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อมของสตรี ทำให้มีผลกับการต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจากการวิจัยพบปัจจัยที่บ่งชี้ว่ามีผลต่อการมารักษาล่าช้า หลายด้านที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของสตรี โดยมีการระบุถึงรูปแบบการดำรงชีวิตของสตรีเป็นปัจจัยหนึ่ง ความรับผิดชอบและความเอาใจใส่ต่องาน ครอบครัวและสังคมเป็นเหตุผลหนึ่งของสตรีที่ได้รับการรักษาโดยเคมีบำบัดที่ควรได้รับการแก้ไข (Meyerowitz, et al., 1983 อ้างใน Budin, W.C.1998 : 164) นอกจากนี้สตรีบางส่วนเลิกการเข้าสังคมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งเต้านม (Colyer, 1996 : 499) สตรีที่มีการรับรู้ในด้านลบต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกที่เป็นเครือข่ายทางสังคมทำให้สตรีหลีกเลี่ยงที่จะเข้าสังคมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งเต้านม (Wyatt, et al., 1993 : 444) ยิ่งกว่านั้นการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจะมีผลต่อชีวิตการทำงาน และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของสตรี เพราะการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาล่าช้าจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนหลายขั้นตอนและต้องใช้เวลาการรักษานานและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงซึ่งจะเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยในการรักษา (Bottomley & Jonea, 1997 : 131 ; วนิดา ดันติสุนทร, 2523 : 116) ปัญหาทางการเงินที่สำคัญในช่วงที่สตรีรักษามะเร็งเต้านมมี 3 ด้านคือการสูญเสียรายได้ในระหว่างที่มารับการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (Bottomley & Jonea, 1997 : 131 ; วนิดา ดันติสุนทร, 2523 : 130) นอกจากผู้ป่วยจะต้องจ่ายเงินในกระเป๋าเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาแล้ว ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการรักษา ค่าอาหารเสริม ค่าผสมปลอม ค่าใช้จ่ายต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลกระทบต่อระบบการเงินในครอบครัว (Moore, K. A. 1999 : 389-396) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมจากการว่างงาน การขาดรายได้ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการรักษามะเร็งเต้านม ซึ่งทั้งหมดล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทั้งสิ้น (Sammarco, A.2001 : 214)

ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมจากการที่สตรีป่วยเป็นมะเร็งเต้านมทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรี ซึ่งการมาปรึกษาแพทย์หรือการมารักษาเล่าซ้ำของสตรีอาจมีผลกระทบไม่มากสำหรับตัวผู้ป่วยเองแต่อาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวด้วย

ทางด้านครอบครัว

จากการวินิจฉัยผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งพบว่า การที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งมีผลกระทบต่อครอบครัวประมาณร้อยละ 75 (American Cancer Society, 1993 อ้างใน Hymovich, 1993 : 1355) การเล่าซ้ำต่อการวินิจฉัยและการรักษามะเร็งเต้านมทำให้เกิดปัญหากับครอบครัวหลายประการซึ่งปัญหาที่พบบ่อยเช่น ปัญหาเกี่ยวกับคู่ครอง บุตร และความสุขภายในครอบครัว เป็นต้น โดยเป็นปัญหาระยะยาวที่สตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมจะต้องเผชิญ

จากการศึกษามากมายที่ศึกษาถึงชีวิตการเป็นอยู่ของสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมซึ่งเกิดจากความเครียดทั้งของตัวเองและผู้ใกล้ชิด (Northouse, 1989 : 278-281, Compas, et al., 1994 : 513) โดยจากการศึกษาได้ชี้ให้เห็นว่าสามีของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอาการซึมเศร้าที่มากเท่ากับอารมณ์ของผู้ป่วย คู่ครองมีความวิตกกังวลต่อโอกาสรอดชีวิตจากโรคมะเร็งของผู้ป่วย และ การต้องเผชิญปัญหาต่างๆทำให้เกิดความสับสน (Holmberg, et al., 2001 : 54) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นมิได้กระทบเพียงคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นสามีแต่รวมถึงภาระของสามีในการดูแลรักษาอีกด้วย ซึ่งในบางกรณีถ้าคู่ครองเกิดความสับสนและมีปัญหามากๆ ก็จะเป็นเหตุทำให้ต้องแยกทาง เกิดเป็นปัญหาในระยะยาวต่อไปอีก (Rustoen & Begnum, 2000 : 420, Holmberg, et al., 2001 : 54)

ในครอบครัวที่มีภาระรับผิดชอบเรื่องของบุตร การพยากรณ์โรคที่ยังไม่แน่นอนนี้อาจเป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความวิตกกังวลกับการวางแผนชีวิตในอนาคต นอกจากนี้ยังมีกระบวนการต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในระบบครอบครัวของมารดาที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อเด็ก (Armden & Lewis, 1994 : 43 ; Lewis & Hammond, 1996 : 452) ฮายโมวิช (Hymovich, 1993 : 1359) แบ่งเหตุการณ์หรือสิ่งที่กดดันเด็กที่เกิดจากการเจ็บป่วยของพ่อแม่เป็น 4 กลุ่ม คือ การเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตของครอบครัว ความรู้สึกอึดอัดจากการเจ็บป่วยของพ่อแม่ การที่ต้องนอนรักษาอยู่โรงพยาบาล และการได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ และจากการที่ครอบครัวเผชิญกับปัญหามารดาป่วยเป็นมะเร็งเต้านม การปรึกษาหารือกันภายในครอบครัวจะมีเฉพาะผู้ใหญ่ในครอบครัวเท่านั้นโดยไม่เห็นความสำคัญของเด็กที่ต้องรับรู้ในเรื่องของการป่วยเป็นมะเร็งโดยให้เหตุผลเพื่อต้องการหลีกเลี่ยงคำถามของเด็ก ไม่ต้องการให้เด็กเกิดความกังวลในความเป็นความตาย

ของมารดา หรือต้องเสิร์ฟโรค เป็นทุกข์กับการรักษา โดยที่ผู้ใหญ่ไม่ได้คำนึงถึงความเข้าใจของเด็กกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัว (Barnes, et al., 2000 : 481 ; Shands, et al., 2000 : 77)

ยิ่งกว่านั้นภายหลังการทำผ่าตัดเต้านม การรักษาด้วยรังสีรักษาและเคมีบำบัดเป็นการรักษาแบบผู้ป่วยนอกไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ผลที่ตามมาคือในระหว่างการรักษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีภาระและต้องใช้เวลามากมายกับการรักษาของแพทย์ การติดตามการรักษา และการแก้ไขอาการข้างเคียงจากการรักษา จากปัญหาทั้งเรื่องความรู้สึกของผู้ป่วยที่สูญเสียเต้านม และภาระของครอบครัวในการติดตามการรักษาและการจัดการกับปัญหาที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษา ดังนั้นการปรับเปลี่ยนการรักษาและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาอย่างชัดเจนจะช่วยเพิ่มความต้องการของผู้ป่วยในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองมากขึ้น (Wyatt & Friedman, 1998 : 761 ; Lundberg & Trichorb, 2001 : 470)

ผลกระทบของมะเร็งเต้านมกับคู่ครองและเด็กเป็นเรื่องที่มีความสำคัญซึ่งประเด็นที่กล่าวไปข้างต้นนั้นเป็นลักษณะเฉพาะของสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมในระยะลุกลามที่เสี่ยงต่อการเผชิญกับปัญหาในครอบครัวมากมายและการมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก

ดังนั้นการล่าช้าต่อการรักษามะเร็งเต้านมมีผลกระทบทำให้มะเร็งมีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่มีการลุกลามมากยิ่งขึ้น และลดอัตราการรอดชีวิต ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมในระยะลุกลามและผลข้างเคียงจากวิธีการรักษานั้น ส่งผลกระทบในด้านลบต่อระบบสุขภาพและการทำงานของร่างกายที่ทำให้เกิดการตอบสนองทางด้านอารมณ์ในด้านลบนำไปสู่การเกิดปัญหาในด้านสังคม เศรษฐกิจ และครอบครัวของผู้ป่วย ฉะนั้นก่อนที่จะให้เกิดผลกระทบต่างๆมากมายเหล่านี้จากการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมของผู้ป่วยจึงควรพิจารณาว่าอะไรเป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมล่าช้าต่อการมารับการรักษาของแพทย์เมื่อเริ่มพบอาการผิดปกติที่เต้านมเพื่อจะทำให้ผู้ป่วยลดระยะเวลาก่อนมารับการรักษาซึ่งจะนำไปสู่การมีผลลัพธ์ที่ดีตามมาด้วย

ส่วนที่ 3 แนวคิดเชิงทฤษฎี และวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 แนวคิดเชิงทฤษฎี

การมารับการรักษาของสตรีเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านม เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นเร็ว หรือช้าขึ้น ขึ้นกับหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกเกี่ยวกับด้าน

สังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งสามารถใช้แนวคิด ทฤษฎี ทางด้านจิตวิทยา สังคม รวมทั้งการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาสังเคราะห์เพื่อใช้ในการอธิบายการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จากแนวคิดแบบแผนการตัดสินใจของ คาสล์ และคอบบ์ (Kasl & Cobb) ซึ่งได้ปรับปรุงมาจากแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของโรเซนสตอคและคณะ ที่กล่าวถึงพฤติกรรมเจ็บป่วยของบุคคลเป็น การรับรู้ ความเข้าใจ การยอมรับและให้ความสำคัญต่ออาการแสดงที่ผิดปกติ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจกระทำของบุคคลที่จะรักษาทันที หรือล่าช้าต่อการรักษา และแบบแผนของการแสวงหาการรักษาของไอกัน (Igun) ซึ่งมีองค์ประกอบที่น่าจะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1.1 Health Belief Model& Illness behavior

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของโรเซนสตอคและคณะ ในระหว่างปี ค.ศ. 1950-1960 เป็นกลุ่มแรกที่ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายปัญหาทางด้านสาธารณสุข โดยมีแนวคิดที่ได้รับได้รับอิทธิพลมาจากเคิร์ท ลูวิน (Kurt Lewin) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมาจากการรับรู้ของบุคคล โดยการรับรู้เป็นข้อบ่งชี้พฤติกรรม บุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจถ้าสิ่งนั้นให้ผลดีกับตนเอง เป็นแบบแผนทางด้านจิตวิทยาสังคมที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อจะทำความเข้าใจกับพฤติกรรมในการปฏิบัติของมนุษย์เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย โดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวกับพฤติกรรมซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญที่สรุปไว้ คือ การรับรู้และคาดหวังของบุคคล ซึ่งการที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้ว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตของเขาพอสมควร และ (3) การปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะให้ผลดีแก่เขาในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค

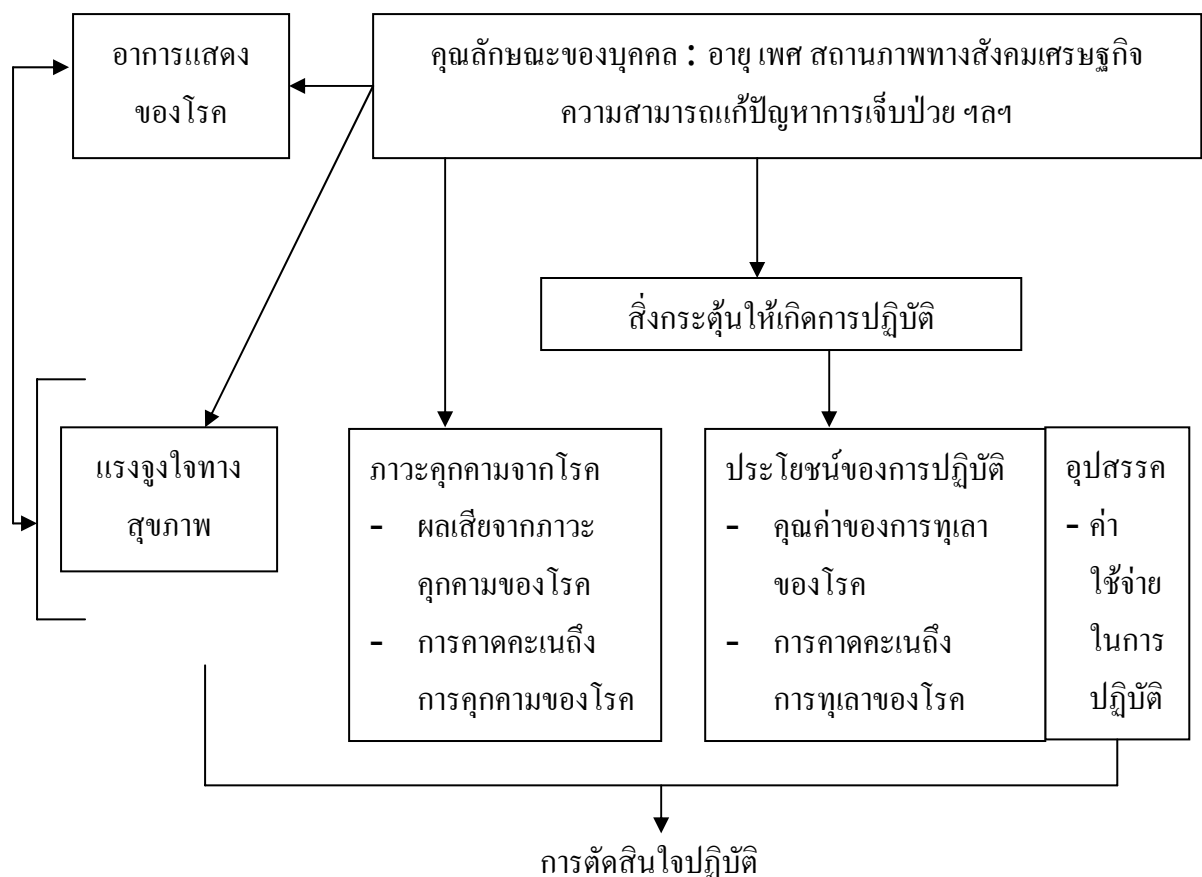
ต่อมาในปี ค.ศ.1966 คาสล์ และคอบบ์ (Kasl & Cobb อ้างใน Kirscht 1974 : 398) ได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของโรเซนสตอคและคณะ มาปรับปรุงเป็นแบบแผนการตัดสินใจ (Decision-making Model) เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness behavior) ซึ่งหมายถึงกิจกรรมใดๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อที่จะทราบว่ามีความผิดปกติอะไรเกิดขึ้น และเขาควรจะทำอย่างไรกับความผิดปกตินั้น รอสส์และไมโค (Ross and Mico 1980 : 58) เน้นถึงองค์ประกอบสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจกระทำของบุคคลมี 4 อย่าง ได้แก่

1) แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึงความรู้สึกรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้า ซึ่งเป็นสิ่งเร้าภายในตัวบุคคลจากประสบการณ์ในอดีต ที่เกิดจากการเจ็บป่วยที่ผ่านมา ซึ่งนำมาสู่ความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง

2) การรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived Threat) จากอาการแสดงที่พบซึ่งมีผลต่อการเจ็บป่วยของบุคคลเป็นการรับรู้อันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองจากอาการผิดปกติ และผลกระทบของอาการผิดปกติของตัวมันเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน

3) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (Perceived Benefit) หมายถึงคุณค่าของการปฏิบัติเพื่อลดภาวะคุกคามจากอาการผิดปกติที่พบ

4) การรับรู้อุปสรรคในการรักษา (Perceived Barrier) หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติเพื่อลดภาวะคุกคามจากอาการผิดปกติที่พบ ดังแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 “แบบแผนการตัดสินใจ” ปรับปรุงจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness behavior) ที่มา ; Kirscht 1974 : 398

ดราคัพ และคณะ (Dracup, et al., 1995 : 379) ได้นำแนวคิดแบบแผนการตัดสินใจของคาสส์ และคอบบ์ ที่ปรับปรุงมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่ออธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย ผสมผสานร่วมกับแนวคิดทางด้านสังคม และแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง เป็น model ที่ใช้อธิบายในการศึกษาสาเหตุของการล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีอาการของโรคหัวใจกำเริบ โดยพิจารณาการรับรู้การคุกคามของผู้ป่วยต่ออาการโรคหัวใจที่เกิดขึ้น ร่วมกับประโยชน์และค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำเพื่อลดภาวะคุกคาม และจากการศึกษาของสุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, (2002 : 1) เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการล่าช้าต่อการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมต่ำจะมีการล่าช้าต่อการมารับการรักษา มะเร็งเต้านมมากกว่าเป็น 3.6 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมสูง ด้วยกระบวนการรับรู้ของบุคคลในการตอบสนองต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่นซึ่งสิ่งสำคัญคือการปรึกษามิตรที่สามารทำให้ความช่วยเหลือได้ในขณะนั้น อันจะเป็นกระบวนการทางสังคมต่อการมีพฤติกรรมเพื่อลดภาวะการคุกคาม

จากการศึกษาที่ผ่านมา ได้มีการประยุกต์แนวคิดแบบแผนการตัดสินใจเพื่ออธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น การล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเฉียบพลันของดราคัพและคณะ (Dracup, et al., 1995 : 379) หรือแม้แต่การล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของสุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, (2002 : 1) โดยพิจารณาองค์ประกอบตามแนวคิด ซึ่งเป็นปัจจัยภายในของบุคคลที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วยได้แก่ แรงจูงใจทางสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคามเมื่อพบอาการผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการกระทำที่จะช่วยลดภาวะคุกคามจากอาการผิดปกตินั้นมีความสำคัญต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการกระทำพฤติกรรมที่สามารถลดภาวะคุกคามของอาการผิดปกตินั้นได้ แต่เป็นการศึกษาที่ประยุกต์ใช้แบบแผนการตัดสินใจ ที่สนใจเฉพาะบางปัจจัยเท่านั้น ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย โดยศึกษาเฉพาะปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะคุกคาม การรับรู้ประโยชน์กับอุปสรรคในการกระทำ ในการอธิบายพฤติกรรมการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยนั้น ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า ปัจจัยภายในเกี่ยวกับแรงจูงใจทางด้านสุขภาพ เช่นประสบการณ์เกี่ยวกับอาการผิดปกติเช่นนี้ในอดีต พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ และการเผชิญปัญหาเมื่อร่างกายเจ็บป่วย น่าจะมีผลต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดของแบบแผนการตัดสินใจ มาประยุกต์ใช้ร่วมในการศึกษานี้เพื่อหาปัจจัยภายในที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยมีองค์ประกอบหลัก 4 ประการ คือ แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคาม และการรับรู้ประโยชน์กับอุปสรรคในการกระทำเพื่อลดภาวะคุกคาม

3.1.2 รูปแบบอธิบายขั้นตอนการแสวงหาการรักษา (Stage in Health Seeking : a Descriptive Model)

การแสวงหาการรักษาเป็นพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยเมื่อบุคคลพบอาการแสดงผิดปกติเกิดขึ้น โดยการกระทำต่างๆเป็นขั้นตอนเพื่อกลับคืนสู่สภาวะปกติ ซึ่งเหตุการณ์แต่ละขั้นตอนอาจเกิดขึ้นพร้อมกันจนแยกเวลาไม่ได้ และระยะเวลาของเหตุการณ์แต่ละขั้นตอนอาจแตกต่างกัน ดังนั้นการกระทำผ่านขั้นตอนต่างๆ ของการแสวงหาการรักษา อาจมีผลต่อการล่าช้าในการรักษา

แบบจำลองการแสวงหาการรักษาเยียวา ของ ไอกัน (Igum 1979 : 446) เป็นแบบจำลองเชิงการอธิบาย (Descriptive model) โดยใช้วิธีสังเกตการณ์ และสร้างเป็นแบบจำลองทางทฤษฎีขึ้นจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการเจ็บป่วยในสังคมไนจีเรีย เป็นกระบวนการแสวงหาการดูแลสุขภาพของบุคคลที่ให้ความสำคัญกับบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกแหล่งรักษา ประเมินอาการและประเมินผลการรักษาจากแหล่งบริการ

ไอกัน (Igum) อธิบายการแสวงหาการดูแลสุขภาพของบุคคลว่า เมื่อบุคคลเริ่มป่วย จะอยู่ในขั้นตอนของการประสบกับโรคร้ายไข้เจ็บ หากสามารถตระหนักถึงความผิดปกตินั้นได้ และรู้ว่าเป็นอาการของโรคใด ก็จะทำการรักษาตนเอง แต่หากบุคคลไม่รู้เจ็บป่วยด้วยโรคอะไร ก็อาจสอบถามจากบุคคลใกล้ชิด เพื่อประเมินอาการว่าเป็นอาการของโรคอะไร ในบางครั้งเมื่อเขาทำการรักษาตนเองแล้ว ยังมีการสอบถามอาการผิดปกติจากบุคคลใกล้ชิดว่าเป็นอาการอย่างที่เขารู้หรือไม่ และวิธีการรักษานั้นถูกต้องหรือไม่ หรือเป็นอาการของโรคอย่างอื่น เป็นการประเมินอาการให้แน่ใจอีกครั้งหนึ่ง และสอบถามการรักษาขั้นต่อไปด้วยว่าจะทำการรักษาอย่างไร เป็นการเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินวิธีการรักษาจากแหล่งรักษาที่คุณภาพดีที่สุด หรืออาจเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ป่วยที่สังคมยอมรับว่าป่วยจริงๆเลยก็ได้ ในระหว่างนี้จะมีญาติพี่น้องเพื่อน มาเยี่ยมเยียน ซึ่งอาจมีบทบาทในการช่วยวินิจฉัยโรค หรือแนะนำการรักษาโรค รวมทั้งอาจช่วยในการตัดสินใจว่าแหล่งบริการสุขภาพใดเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยเลือกแหล่งรักษา และเริ่มการรักษาจะประเมินผลการรักษาจากแหล่งบริการหรือวิธีการรักษาพยาบาลนั้น ๆ ด้วยความรุนแรงของอาการ ในบางครั้งกว่าจะมีการประเมินผลการรักษาที่จะมีการตายเกิดขึ้นได้ ซึ่งเป็นการสิ้นสุดการเจ็บป่วยหรือในบางคนที่หายจากความเจ็บป่วยไปสู่ขั้นตอนการกลับคืนสู่สภาวะปกติ แต่หากอาการป่วยยังไม่หายหรือมากกว่าเดิมก็จะทำการเปลี่ยนแปลงรักษาใหม่ หรืออาจเกิดปัญหาความสับสนระหว่างผู้ให้การรักษากับคนป่วย ก็จะเกิดการโยกย้ายแหล่งรักษา เมื่อมีการโยกย้ายแหล่งรักษาที่จะกลับมา

สู่ขั้นตอนของการประเมินอาการใหม่ และประเมินคุณภาพของแหล่งหรือวิธีการรักษาอีกครั้ง โดยขั้นตอนทั้งหมดของการแสวงหารักษา มีดังนี้คือ

1. ความตระหนักในอาการ (Symptom experience Stage) ได้แก่

1.1 การประสบกับอาการ (Physical experience) เช่น อาการปวด อ่อนเพลีย และอาการผิดปกติทางกายอื่นๆ

1.2 กระบวนการของสิ่งชี้แนะ (The cue of process) คืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องแบบค่อยๆ เพิ่มขึ้นจนกลายเป็นการเจ็บป่วย

1.3 การระลึกรู้ (The Cognitive aspect) คือการให้ความหมายของอาการ บนพื้นฐานของประสบการณ์และกระบวนการชี้แนะว่าตนเองเป็นโรคอะไร

1.4 การตอบสนองทางอารมณ์ (The emotion response) เป็นผลจากการผ่าน ขั้นที่ 1.1, 1.2 และ 1.3 มาแล้ว ทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกที่วิตกกังวล และกลัว

2. การรักษาตนเอง (Self treatment stage) ซึ่งการที่จะเข้าสู่ขั้นตอนนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัย ดังนี้

2.1 ทราบหรือไม่ว่าตนเองเป็นอะไร ถ้าไม่ทราบก็จะข้ามขั้นไปปรึกษากับบุคคลสำคัญ (Communication to Significant other) เมื่อทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไรแล้ว จะทำให้นุคคลยอมรับการรักษาตนเอง หรือการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ

2.2 ถ้ารู้ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง และรักษาตนเองได้ ผู้ป่วยก็จะรักษาตนเอง ซึ่งมีทั้งแบบพื้นบ้านและแบบสมัยใหม่ สำหรับผู้ที่ไม่เข้าสู่ขั้นตอนการรักษาตนเอง แต่ข้ามไปสู่ขั้นตอนการสอบถามอาการกับบุคคลสำคัญ นอกจากเกิดจากการไม่เข้าใจอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองแล้ว อาจเป็นเพราะรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นรุนแรง และคิดว่า ไม่สามารถรักษาตนเองได้

3. การสอบถามอาการผิดปกติจากบุคคลสำคัญ (Communication of significant to other stage) ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง ญาติ และเพื่อนสนิททั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ

4. การประเมินอาการของโรค (Assessment of symptom stage) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วย บุคคลใกล้ชิดจะประเมินอาการเจ็บป่วยนั้น

5. การเข้าสู่บทบาทผู้ป่วย (Assessment of the sick role stage) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วย บุคคลรอบข้างและสังคม ยอมรับในบทบาทของผู้ป่วย

6. การแสดงความห่วงใยมาเยี่ยมถามอาการจากญาติพี่น้องหรือเพื่อนสนิท (Expression of concern by kin and close friends) โดยการมาเยี่ยมแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ รวมถึงการให้คำแนะนำต่างๆ
7. การประเมินประสิทธิภาพหรือความเหมาะสมของแหล่งรักษา (Assessment of the probable efficacy or appropriateness of source of treatment) เป็นการประเมินวิธีการรักษาที่มีอยู่
8. การเลือกแหล่งรักษา (Selection of treatment plan stage) โดยผู้ป่วย ญาติ เพื่อนสนิท
9. การรักษา (Treatment stage) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยรับการรักษาจากแหล่งต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลแผนปัจจุบันและการรักษาแผนโบราณ
10. การประเมินผลการรักษา (Assessment of effects of treatment of symptom stage) จากผู้ป่วย ญาติ เพื่อนสนิท และผู้ให้การรักษา โดยการประเมินความก้าวหน้าของการรักษา ถ้าการรักษาสำเร็จผู้ป่วยก็จะหาย ถ้าไม่หายก็จะย้อนกลับไปสู่ขั้นตอนการเลือกแหล่งรักษาใหม่
11. การกลับคืนสู่สภาพปกติ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Recovery and rehabilitation stage)

แบบจำลองการแสวงหาการรักษา (Model of Health Seeking) ของ Igun มีผู้นำมาใช้เป็นกรอบทฤษฎีของการศึกษาในเรื่องต่างๆ เช่น การศึกษาของชุดิมา ทั้งศิริชัย, (2528 : 1) นำแบบจำลองการแสวงหาการรักษา ของ ไอกัน มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการเจ็บป่วยและปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก : เฉพาะกรณีโรงพยาบาลราชวิถี โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Depth Interview) กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะต่างๆ วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงพรรณนาโดยมีกรณีตัวอย่างผู้ป่วยประกอบ ผลการวิจัยพบว่า แบบแผนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จะเริ่มจากพฤติกรรมชะลอการรักษา เมื่ออาการของโรคไม่หายไป ผู้ป่วยจะแสวงหาการรักษาต่อไป โดยมีขั้นตอนตั้งแต่ 1-9 ขั้นตอน ซึ่งแบบแผนต่างๆ ดังกล่าวจะกำหนดให้ผู้ป่วยมีระยะการเจ็บป่วยเป็นโรคต่างกันด้วย ส่วนปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมชะลอการรักษา ได้แก่ การรับรู้อาการของโรค บทบาทของบุคคลใกล้ชิด โดยที่อายุและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการรับรู้อาการของโรคอีกด้วย สำหรับปัจจัยที่กำหนดการ

ตัดสินใจแสวงหาการรักษาของผู้ป่วย คือ การรับรู้อาการผิดปกติ เพราะอาการนั้นมากขึ้นกว่าเดิม หรือ ไม่ทราบสาเหตุของอาการ และบุคคลใกล้ชิดมีส่วนในการช่วยประเมินอาการผิดปกติของผู้ป่วย ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการเสี่ยงต่อการเกิดโรค ที่มีผลมาจากความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น จะกำหนดการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยน้อยมาก สำหรับปัจจัยสำคัญที่กำหนดการเลือกรักษากับแหล่งต่างๆ ของผู้ป่วย ได้แก่ บทบาทของบุคคลใกล้ชิด ความเชื่อถือ ในประสิทธิภาพของแหล่งรักษา ความเชื่อถือเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วยและวิธีการรักษาแบบใดแบบหนึ่ง และรวมถึงการเข้าถึงแหล่งรักษานั้น ทางด้านระยะทาง ส่วนปัจจัยด้านความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเลือกแหล่งรักษาที่ถูกต้องน้อยมาก และจากการศึกษาของฮูซุก (Hyo-Sook, et al., 2004 : 259–266) พบว่าการไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่คล้ายคลึงกัน การขาดการปรึกษาหารือกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับอาการผิดปกติของเต้านมหรือได้รับการสนับสนุนในการรักษาทางเลือกอื่นและการแสวงหาการรักษาทางเลือกอื่น เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการล่าช้าในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการรักษามะเร็งเต้านม เช่นเดียวกับการศึกษาของสุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, 2002 : 1 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีพฤติกรรมแสวงหาการดูแลรักษาในระดับไม่ดี จะมีการล่าช้าต่อการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแสวงหาการดูแลรักษาในระดับดี 3.96 เท่า

ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์แนวคิดการแสวงหาการรักษาของ ไอกัน (Igun) เป็นกรอบกำหนดปัจจัยการแสวงหาการรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการล่าช้าในการรักษา โดยพิจารณา 2 ตัวแปร ได้แก่ การแสวงหาการรักษาในแง่ของการกระทำของสตรีผ่านขั้นตอนต่างๆ จนเริ่มการรักษา และการยอมรับในบริการ โดยขั้นตอนของการแสวงหาการรักษาเริ่มเมื่อสตรีมีการรับรู้ต่ออาการผิดปกติของเต้านมจนเริ่มรักษามะเร็งเต้านม เป็นการกระทำเพื่อจัดการความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนเอง ซึ่งการกระทำในแต่ละขั้น ได้แก่ การลงรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง การขอคำปรึกษาจากบุคคลใกล้ชิด การเลือกแหล่งรักษาและการรักษา โดยคาดว่าสตรีที่ตอบสนองต่ออาการผิดปกติที่พบ ผ่านการกระทำขั้นตอนต่างๆ ก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษาในสถานบริการที่มีความสามารถรักษามะเร็งโดยตรง และการยอมรับในบริการเป็นความรู้สึกลึกของสตรีที่มีต่อสถานบริการก่อนตัดสินใจเลือกแหล่งรักษาและการรักษาจากการประเมินคุณภาพของแหล่งรักษาและวิธีการรักษานั้น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การล่าช้าในการรักษา

3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษา

3.2.1 ปัจจัยลักษณะทางประชากร กับการล่าช้าในการรักษา

ปัจจัยด้านลักษณะประชากร อาทิเช่น อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยมะเร็งเต้านม เป็นต้น เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล่าช้าต่อการรักษามะเร็งเต้านมจากการศึกษาของ มอนเทลล่า และคณะ (Montella, et al., 1995 : 1585) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุมาก (>60 ปี) จะมีพฤติกรรมที่ล่าช้าต่อการรักษามะเร็งเต้านมมากกว่ากับผู้ป่วยที่มีอายุน้อย เช่นเดียวกับ การศึกษาของรามิรส์และคณะ (Ramirse, et al., 1999 : 1127) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการล่าช้าจากผู้ป่วยและการล่าช้าจากแพทย์โดยรวมพบปัจจัยเสี่ยงจากผลการศึกษาที่อยู่ในเกณฑ์ทั้งหมด 23 เรื่อง พบว่าผู้ป่วยที่อายุมากเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการล่าช้าของผู้ป่วยในการมาพบแพทย์ และจากการศึกษาของอาร์มด์และคณะ (Arndt, et al., 2002 : 1034) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกับการวินิจฉัยโรค ในประเทศเยอรมันจากผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 287 คน ยังพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอายุมากเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการล่าช้าของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของบิช (Bish, et al., 2004 : 321) พบการมีอายุมากเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งต่อการล่าช้าในการมาพบแพทย์ แต่การศึกษาของมีเชาน (Meechan, et al., 2003 : 374) ไม่พบว่าผู้ป่วยที่อายุมากมีความสัมพันธ์กับการล่าช้าต่อการรักษามะเร็งเต้านม โดยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการส่งต่อมาที่คลินิกเฉพาะทางมะเร็งเต้านมจำนวน 85 ราย จากผลที่ขัดแย้งนี้อาจเนื่องมาจากประชากรที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนน้อย และความแตกต่างกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา นอกจากนั้นการศึกษาของ เซียนบุรีและคณะ (Sainsbury, et al., 1999 : 1132) ยังพบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 50 ปีมีการล่าช้าต่อการรักษามากกว่า 3 เดือนเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี

สถานภาพสมรส ปารมี ทองสุกใส และคณะ (Thongsuksai, et al., 2000 : 108-114) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการล่าช้าต่อการรักษาโดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่สถานภาพโสดเสี่ยงต่อการล่าช้าในการรักษามากกว่าสถานภาพคู่ 2.78 เท่า (HR 2.78, 95% CI 1.23-6.25) ซึ่งเหมือนกับการศึกษาของมอนเตซีริและคณะ (Montazeri, et al., 2003 : 4) เป็นการศึกษาการล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อการมาพบแพทย์แบบตัดขวาง โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการรักษามะเร็งเต้านม จำนวน 190 คนที่เริ่มรักษาโดยการผ่าตัดหรือยาเคมีบำบัด ในเมือง Tehran ประเทศอิหร่านในระยะเวลา 6 เดือน พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษา โดยผู้ป่วยที่แต่งงานแต่เป็นหม้าย หรือ หย่ากับสามี เสี่ยงต่อการล่าช้าในการรักษามะเร็งมากกว่าผู้ป่วยที่ยังโสด ประมาณ 3.7 เท่า แต่ในการศึกษาของรามิรส์และคณะ (Ramirse et al.,

1999 : 1127) ไม่พบว่าสถานภาพสมรสของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการล่าช้าต่อการรักษามะเร็งเต้านม

นอกจากนี้แล้วมอนเตซีร์และคณะ (Montazeri, et al., 2003: 4) ยังศึกษาพบว่า การมีประวัติครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งเต้านมเสี่ยงต่อการล่าช้าในการรักษา มากกว่าการไม่มีประวัติครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งเต้านมประมาณ 2.8 เท่า และการด้อยการศึกษาเสี่ยงต่อการล่าช้าในการรักษา ประมาณ 5 เท่า (OR 5.2, 95% CI 1.5-17.7) สอดคล้องกับการศึกษาของฟาซิโอเนและคณะ (Facione, et al., 2002: 397) ที่พบระดับการศึกษาที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้แนวโน้มที่จะเกิดการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมลดลง

จากการทบทวนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะประชากรกับการล่าช้าในการรักษา ในงานวิจัยที่ผ่านมาผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่า อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษา แต่ในบางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการล่าช้าในการรักษา ผลการศึกษาที่พบดังกล่าวจึงน่าจะตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะประชากรกับการล่าช้าในการรักษา ดังนั้นในการศึกษาของผู้วิจัยครั้งนี้จึงได้พิจารณานำปัจจัยด้านลักษณะประชากร ซึ่งประกอบด้วย อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วยเป็นมะเร็งเต้านมของคนในครอบครัว มาร่วมในการศึกษาเพื่อหาปัจจัยด้านลักษณะประชากร ที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษา ณ ศูนย์มะเร็งภาคกลาง

3.2.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจกับการล่าช้าในการรักษา

การมีรายได้มีน้อยคาดว่าจะมีผลต่อกระทบต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เนื่องจากการมาพบแพทย์และการรักษาพยาบาล จำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยเฉพาะการรักษามะเร็งเต้านมยังต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง

จากการศึกษาของลอเวอร์ และคณะ (Lauver, et al., 1995 : 27) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยในคลินิกเต้านม โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายใหม่ที่มาับการรักษา จำนวน 138 คน ด้วยคำถามปลายเปิด พบว่าการมีข้อจำกัดทางการเงิน การขาดแหล่งเงินที่จะนำมาใช้เป็นค่ารักษา เป็นปัจจัยที่ผู้ป่วยคำนึงถึง รองจากความรับผิดชอบต่อภาระหน้าที่ของตนเอง ซึ่งมีผลต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฟาซิโอเน และคณะ (Facione, et al., 2002 : 397) ที่ศึกษาความเป็นไปได้ที่สตรีจะล่าช้าต่อการมาพบแพทย์เมื่อ

พบอาการผิดปกติของเต้านมตนเอง การมีรายได้ต่ำเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อความล่าช้าของสตรีในการมาพบแพทย์ และการขาดเงินสำหรับใช้จ่ายในการดูแลรักษาทางด้านสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการที่สตรีมีรายได้น้อย ทำให้สตรีเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมล่าช้าต่อการรักษาและผลที่ตามมาคือการตรวจพบว่ามีมะเร็งเต้านมอยู่ในระยะที่มีการลุกลามมากแล้ว และจากการศึกษาของฟรีแมนและวอสฟาย (Freeman & Wasfie, 1989 : 2562–69) ยังพบว่าความยากจนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการค้นหามะเร็งในระยะแรกเริ่ม และการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง (Richardson, et al., 1992 : 922–6)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคมที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษา พบว่าผลการศึกษามากกว่าครึ่งพบการมีรายได้ต่ำส่งผลต่อความล่าช้าของสตรีในการมาพบแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลการศึกษาจากต่างประเทศ แต่สำหรับการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทยมีบริบทที่แตกต่าง ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคมกับการล่าช้าต่อการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ฉะนั้นในการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะนำปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคมมาร่วมในการศึกษาด้วย

3.2.3 การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมกับการล่าช้าในการรักษา

การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมในสตรีเมื่อพบอาการแสดงที่ผิดปกติของเต้านม อาจส่งผลต่อการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม ซึ่งการวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของอาการผิดปกติที่พบต่อการเป็นมะเร็งเต้านม และการรับรู้ความรุนแรงหรืออันตรายของอาการผิดปกติที่เต้านมซึ่งทำให้เกิดมะเร็งเต้านมสามารถทำให้ทราบถึงการรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมในสตรีเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมได้

จากการศึกษาของสุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, (2002 : 1) เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการล่าช้าต่อการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นการศึกษาแบบกลุ่มควบคุม(Case-control) โดยการสัมภาษณ์ประวัติย้อนหลังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่จำนวน 70 รายที่มารับการรักษาจาก 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมต่ำจะมีการล่าช้าต่อการมารับการรักษามะเร็งเต้านมมากกว่าเป็น 3.6 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมสูง และจากการศึกษาของดราคัพ (Dracup, et al., 1995 : 379–392) โดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การกำกับตนเองในขณะที่เจ็บป่วย และ แนวคิดทางด้านสังคมเพื่อเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบจำลองในการอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจล่าช้าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลันต่อการ

การรักษาที่โรงพยาบาล โดยอธิบายการตอบสนองของผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการกลืนเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งคราฟฟ์ได้เน้นปัจจัยภายในบุคคลจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ภาวะคุกคามเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการแสดงผิดปกติ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การลดภาวะคุกคาม และการวิเคราะห์ถึงผลประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการแสดงพฤติกรรมเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามจากการคาดการณ์ของผู้ป่วยเอง ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยจะมีผลกระทบต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยที่รวดเร็วในการรักษาที่โรงพยาบาล

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยการรับรู้ภาวะคุกคามที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษา พบว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษา แต่ยังมีศึกษากันน้อย โดยเฉพาะกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทยมีน้อยมาก จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำปัจจัยการรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมร่วมในการศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษามะเร็งของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

3.2.4 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคกับการล่าช้าในการรักษา

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการรักษามะเร็งเต้านม ซึ่งจะส่งผลต่อการล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วย จากการศึกษาของฮูซูกและคณะ (Hyo-Sook, et al., 2004 : 259–266) พบการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาทางเลือกอื่นและอุปสรรคในการมาพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถอธิบายการล่าช้าของผู้ป่วยต่อการมาพบแพทย์และการรักษาได้ และจากการศึกษาของ ดรากัพและคณะ (Dracup, et al., 1995 : 379–392) เพื่อหาสาเหตุในการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคหัวใจกำเริบ โดยใช้การผสมผสานรูปแบบแนวคิด ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การกำกับตนเองในขณะเจ็บป่วย และ แนวคิดทางด้านสังคมในการอธิบายสาเหตุในการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคหัวใจกำเริบ ซึ่งการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการรักษามะเร็งของผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่อธิบายพฤติกรรมการล่าช้าในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน

แต่จากการศึกษาของ ฟาสซิโอเน่ และคณะ (Facione, et al., 2002 : 397-407) ในสตรีที่ยังไม่มีอาการผิดปกติของเต้านม ซึ่งเป็นการศึกษาแนวโน้มที่สตรีจะล่าช้าต่อการรักษาเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมตนเอง โดยผลการศึกษาพบว่าสตรีที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการมาพบแพทย์ทันทีที่พบอาการผิดปกติจะทำให้ตนเองมีโอกาสหายจากมะเร็งเต้านมได้ ไม่ส่งผลต่อการล่าช้าในการมารับการรักษา แต่พบสตรีที่ขาดการรับรู้การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมีแนวโน้มที่จะ

ทำให้สตรีล่าช้าต่อการรักษา ซึ่งผลของการศึกษาที่มีความขัดแย้งอาจเกิดจากความแตกต่างของประชากรซึ่งเป็นสตรีปกติที่ไม่มีอาการป่วยเป็นมะเร็งเต้านม

จากการทบทวนผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำปัจจัยของการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาทั้งทางแพทย์และทางเลือกอื่น รวมทั้งอุปสรรคซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา มาร่วมในการศึกษาหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการล่าช้าในการมารักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในครั้งนี้ด้วย

3.2.5 ระบบบริการสุขภาพกับการล่าช้าในการรักษา

การบริการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีขั้นตอนการรักษาซับซ้อนและใช้เวลานาน ขึ้นอยู่กับระยะของโรค และต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง การมีหลักประกันทางสุขภาพในการรักษาเป็นปัจจัยที่สร้างความมั่นใจทั้งผู้ให้และผู้มารับบริการ ความแตกต่างประเภทของหลักประกันทางสุขภาพได้แก่ สวัสดิการราชการ หรือจากทางภาครัฐ สวัสดิการทางภาคเอกชนหรือประกันสังคม และประกันชีวิตส่วนบุคคล โดยเฉพาะหลักประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรค อาจส่งผลต่อการมารับการรักษาของสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม

จากการศึกษา แคปแลนด์ และคณะ (Caplan, et al., 1995 : 804-12) เพื่อหาปัจจัยที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการรักษาล่าช้าจากระบบบริการ ในศูนย์มะเร็งเมือง แอทแลนตา (Atlanta) นิวออร์ลีน (New Orleans) ซานฟรานซิสโก รัฐโอ๊คแลนด์ (San Francisco/Oakland) เป็นการศึกษาแบบ cohort study โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมผิวดำและผิวดำ จำนวน 364 คน พบว่าการขาดหลักประกันทางสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมผิวดำมีการล่าช้าในการรักษาของระบบบริการมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมผิวดำ เช่นเดียวกับการศึกษาของฟาซิโอเน่ และคณะ (Facione, et al., 2002 : 397-407) ในสตรีที่ยังไม่มีอาการผิดปกติของเต้านม ซึ่งเป็นการศึกษาแนวโน้มที่สตรีจะล่าช้าต่อการรักษาเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมตนเอง โดยผลการศึกษาพบว่าการขาดหลักประกันทางสุขภาพและการมีรายได้ของครอบครัวต่ำมีความสัมพันธ์กับแนวโน้มที่สตรีจะล่าช้าต่อการรักษาและจากการศึกษาของ ลอเวอร์ และคณะ (Lauver, et al., 1995 : 27) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายใหม่ที่พบอาการผิดปกติของเต้านมและมารับการรักษาในคลินิกเต้านม จำนวน 138 คน ด้วยคำถามปลายเปิดเพื่อต้องการทราบปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านม ซึ่งพบว่าการมีข้อจำกัดทางด้านการเงิน การขาดหลักประกันทางด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ผู้ป่วยคำนึงถึง รองจากความรับผิดชอบต่อภาระหน้าที่ของตนเอง แต่ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติกับการล่าช้าในการพบแพทย์ของผู้ป่วย ซึ่งผลของการศึกษาที่มีความขัดแย้งอาจเกิดจากความแตกต่างของประชากรที่ใช้ในการศึกษา

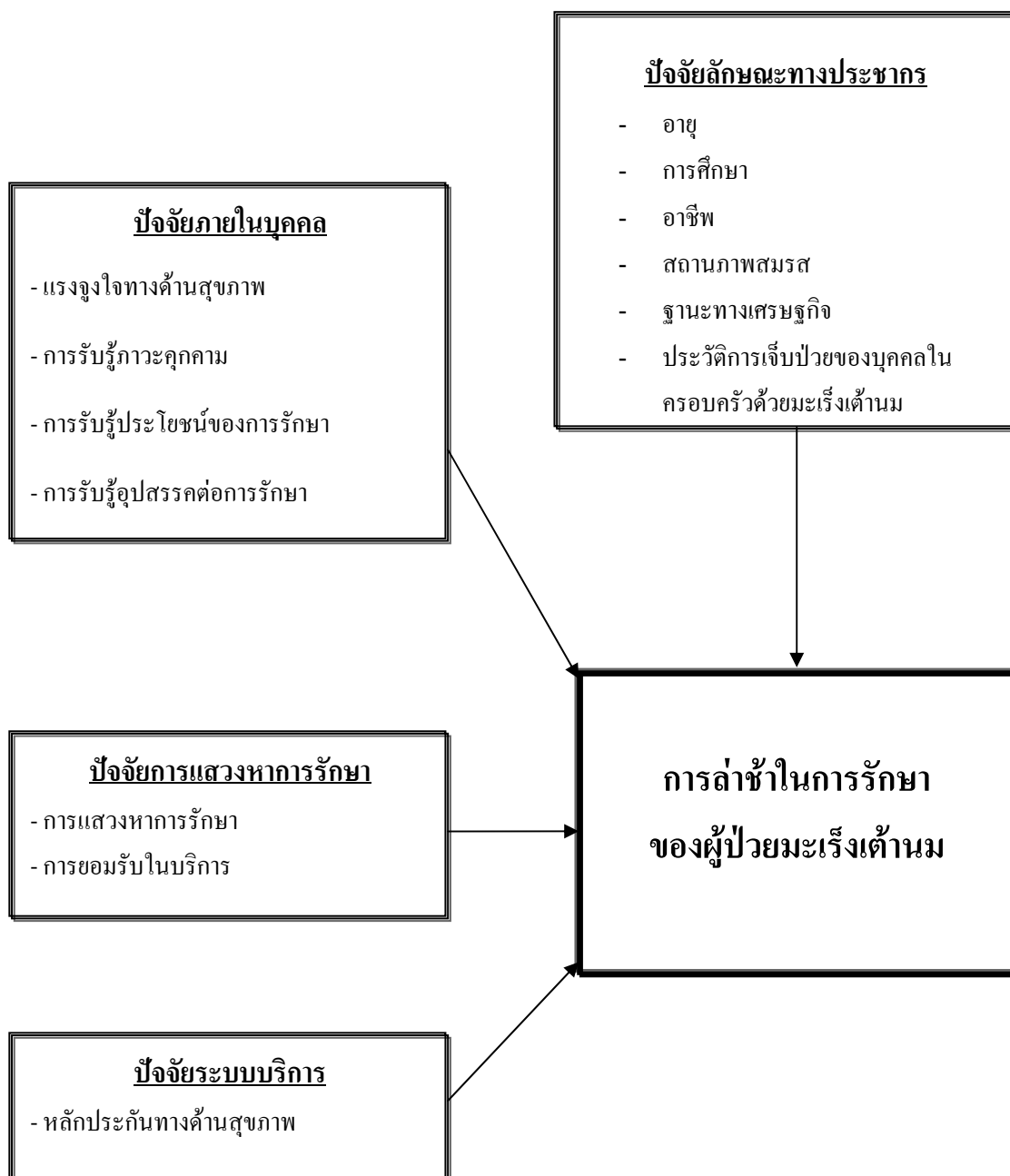
จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยระบบบริการสุขภาพ พิจารณาเรื่องหลักประกันทางสุขภาพที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษา ส่วนใหญ่พบว่าการขาดหลักประกันทางสุขภาพมีผลต่อการล่าช้าในการรักษา แต่ในการศึกษานี้ผู้วิจัยสนใจการมีหลักประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรคกับการล่าช้าในการรักษาจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ร่วมในการศึกษาค้นคว้า

สรุปกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

การล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม พิจารณาโดยใช้ช่วงระยะเวลานับตั้งแต่สตรีเริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมจนกระทั่งถึงวันที่มารับการรักษา ซึ่งเรียกว่า การล่าช้าทั้งหมด (Total delay) เป็นเกณฑ์ในการระบุ และแบ่งการล่าช้าออกเป็น 2 ประเภท คือ การล่าช้าจากผู้ป่วย (Patient delay) และการล่าช้าจากระบบบริการ (System delay) การกำหนดเกณฑ์การล่าช้าในการรักษาจากงานวิจัยที่ผ่านมาไม่มีเกณฑ์ที่แน่ชัดแต่ระยะเวลาการล่าช้าที่น้อยที่สุดยังทำให้สตรีมารับการรักษาเร็ว ส่งผลลัพท์ที่ดีต่อผู้ป่วย ร่วมกับเกณฑ์มาตรฐานการบริการอย่างมีคุณภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของศูนย์บริการสุขภาพประเทศอังกฤษ (The British National Health Service) กำหนดการล่าช้าต่อการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการศึกษาค้นคว้านี้ คือการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมมีระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป นับจากสตรีเริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมจนเริ่มการรักษามะเร็งเต้านมในศูนย์มะเร็งภาคกลาง โดยแบ่งเป็น การล่าช้าจากผู้ป่วย (Patient Delay) ระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป นับจากสตรีเริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมตนเอง จนกระทั่งมาพบแพทย์ครั้งแรก และการล่าช้าจากระบบบริการ (System Delay) ระยะเวลาที่มากกว่า 2 เดือนขึ้นไป นับจากสตรีพบแพทย์ครั้งแรก จนเริ่มการรักษามะเร็งเต้านมด้วยวิธีผ่าตัด หรือเคมีบำบัด

การทบทวนแนวคิดเชิงทฤษฎีเพื่ออธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษา จากแบบแผนการตัดสินใจ (Decision-making Model) ซึ่งปรับปรุงจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของโรเซนสตอค และคณะ เน้นถึงองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจกระทำของบุคคลเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น คือ แรงจูงใจทางสุขภาพเป็นความรู้สึกที่เกิดจากประสบการณ์เจ็บป่วยในอดีตกระตุ้นให้เกิดความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง การรับรู้ภาวะคุกคามจากอาการผิดปกติที่อาจเป็นอันตราย และกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการรักษาเพื่อลดภาวะคุกคามจากอาการผิดปกติที่พบ และแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาการรักษาของไอกัน ซึ่งอธิบายขั้นตอนการกระทำที่เกิดขึ้น นับจากบุคคลเริ่มประสบกับอาการผิดปกติจนกระทั่งตัดสินใจเลือกแหล่งรักษา เข้ารับการรักษาประเมินผลการรักษา จนถึงที่สุดการ

เจ็บป่วยคือตายหรือหายกลับคืนสู่สภาพปกติ ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำปัจจัยทั้ง 4 ของแบบแผนการตัดสินใจของคาสล์ และคอบบ์ (Kasl & Cobb) ได้แก่ แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคามจากอาการผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรักษา ร่วมกับการแสวงหาการรักษาผ่านการกระทำของสตรีด้วยขั้นตอนต่างๆ และการยอมรับในบริการ มากำหนดเป็นปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยมะเร็งเต้านม ได้นำมาพิจารณาเป็นปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อการล่าช้าในการรักษาด้วยเพราะแม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่าปัจจัยเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษา แต่มีบางงานวิจัยที่พบผลขัดแย้งกัน นอกจากนี้แล้วปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หลักประกันทางสุขภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับการมารับบริการของผู้ป่วย แต่การใช้หลักประกันทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน อาจทำให้โอกาสของการมารับบริการทางสุขภาพไม่เท่าเทียม อันเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าสนใจศึกษาเช่นกัน ดังนั้นกรอบแนวคิดสำหรับอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการล่าช้าในการรักษาสามารถสรุปได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งภาคกลางโดยใช้กรอบแนวคิดซึ่งประยุกต์ แบบแผนการตัดสินใจในการมารับการรักษาร่วมกับแบบจำลองการแสวงหาการรักษา และปัจจัยอื่นๆ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลย้อนหลังจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ que เริ่มการรักษาโดยการผ่าตัด หรือเคมีบำบัด ในศูนย์มะเร็งภาคกลาง ซึ่งประกอบด้วย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มะเร็งชลบุรี ศูนย์มะเร็งลพบุรี

2. ประชากรและการกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ที่มารับรักษาในศูนย์มะเร็งภาคกลาง ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มะเร็งชลบุรี ศูนย์มะเร็งลพบุรี โดยมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้

1. สตรีที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งเต้านม (Pathological Diagnostic)
2. สตรีได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมเป็นครั้งแรก
3. สตรีไม่เคยมีประวัติการรักษาด้วยอาการที่มีก้อนที่เต้านมโตขึ้นช้าๆ โดยสตรีมารับการรักษาและติดตามตลอดก่อนเป็นมะเร็งเต้านม
4. สตรี que เริ่มการรักษาครั้งแรกด้วย เคมีบำบัด หรือ การผ่าตัดเต้านม (Modified Radical Mastectomy) อย่างใดอย่างหนึ่ง

2.2 กลุ่มตัวอย่างและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.2.1 ขนาดตัวอย่าง โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรในการประมาณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจเพื่อประมาณสัดส่วนของ Daniel. (Daniel WW, อ้างใน นงนวล พูลเกษร 2545 : 48) คือ

$$n = \frac{N Z^2 p (1-p)}{d^2 (N-1) + Z^2 p (1-p)}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

Z = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติ ที่ระดับนัยสำคัญที่กำหนด 95%

P = ค่าสัดส่วนของตัวแปรหลัก (ตัวแปรตาม) ในการวิจัยนี้ใช้ค่าสัดส่วนของพฤติกรรมกล่าช้าต่อการรักษามะเร็งเต้านมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้ศึกษานำร่องในสถาบันมะเร็งแห่งชาติช่วงเดือนมกราคม – กันยายน พ.ศ.2547 จำนวน 101 คน ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.772

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ มีค่าเท่ากับ 0.05

แทนค่าได้กลุ่มตัวอย่าง 219 คน และเพื่อป้องกันการใช้แบบสัมภาษณ์ที่ไม่สมบูรณ์ คำนวณเพิ่มร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 241 คน

2.2.2 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกตัวอย่างในการวิจัย ตามจำนวนตัวอย่างที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.2.2.1 กำหนดสัดส่วนของประชากรแต่ละศูนย์มะเร็ง จากจำนวนประชากรซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาในแต่ละศูนย์มะเร็ง รวมทั้งสิ้น 1144 คน

2.2.2.1 กำหนดจำนวนตัวอย่างแต่ละศูนย์ ตามสัดส่วนที่คำนวณจากประชากรที่มีในแต่ละศูนย์มะเร็ง เมื่อผู้วิจัยดำเนินการวิจัย สามารถเก็บตัวอย่างได้เกินจากจำนวนที่กำหนดไว้ในแต่ละศูนย์ เนื่องจากจำนวนสตรีที่มารับบริการในแต่ละวันมีปริมาณไม่แน่นอน จึงรวมเก็บกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 256 คนได้ดังนี้

- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 530 คน ได้ขนาดตัวอย่าง 122 คน
- ศูนย์มะเร็งชลบุรี จำนวน 352 คน ได้ขนาดตัวอย่าง 75 คน
- ศูนย์มะเร็งลพบุรี จำนวน 262 คน ได้ขนาดตัวอย่าง 59 คน

2.2.2.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบโควต้า (Quota Sampling) โดยพิจารณาเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์คุณลักษณะประชากรที่กำหนดไว้จนครบตามจำนวนตัวอย่างที่กำหนดได้ ของแต่ละศูนย์มะเร็ง

3. เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้าง แบ่งออกเป็น 10 ส่วน

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่

- 1) อายุ เป็นข้อคำถามให้ตอบเป็นจำนวนปีเต็ม
- 2) การศึกษา เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ระดับการศึกษาที่จบสูงสุด หรือที่กำลังศึกษา
- 3) อาชีพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาชีพหลักที่สร้างรายได้สำหรับเลี้ยงครอบครัว
- 4) สถานภาพสมรส
- 5) ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับรายได้ของครอบครัวที่เหลือหลังหักค่าใช้จ่าย
- 6) ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยมะเร็งด้านใด เกี่ยวกับ การมี หรือไม่มี การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งด้านใดของบุคคลที่เป็นญาติสายตรง

ส่วนที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเองในอดีต มีจำนวน 4 ข้อ โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปรนัย ได้แก่

- 1) การไม่เคย หรือเคยประสบการณของอาการผิดปกติที่ด้านใดในอดีต
- 2) การไม่เคย หรือเคยตรวจร่างกายประจำปี และความถี่ของการตรวจ
- 3) การไม่เคย หรือเคยตรวจด้านใดตนเอง และความถี่ของการตรวจ

- 4) วิธีการแก้ปัญหาเมื่อร่างกายเกิดการเจ็บป่วยใน คือ การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเมื่อรู้สึกร่างกายมีอาการผิดปกติในอดี

ส่วนที่ 3 หลักประกันทางด้านสุขภาพ มีจำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ประเภทของหลักประกันทางสุขภาพที่ใช้ในการรักษามะเร็งเต้านม แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) เงินสด 2) บัตร 30 บาท/ บัตร 30 บาท & ประกันชีวิต 3) ราชการ, รัฐวิสาหกิจ/อสม/ผู้สูงอายุ/ราชการ & ประกันชีวิต 4) ปกส/เหมาจ่ายรายปี/ปกช/ปกส & ประกันชีวิต

ส่วนที่ 4 ระยะเวลารอคอยก่อนเริ่มการรักษาและการรอคอยในระบบบริการสุขภาพของสตรีมีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่

- ระยะเวลาตั้งแต่พบอาการผิดปกติของเต้านมจนกระทั่งปรึกษาแพทย์ครั้งแรก
- ระยะเวลาตั้งแต่ปรึกษาแพทย์ครั้งแรกจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งเต้านม
- ระยะเวลารอคอยผลชิ้นเนื้อทางห้องปฏิบัติการ
- ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจนกระทั่งได้รับการรักษา แบ่งตามชนิดของการรักษา ผ่าตัด หรือเคมีบำบัดโดยระบุเป็นระยะเวลา(วัน/ เดือน /ปี)

โดยระยะเวลาตั้งแต่สตรีเริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมจนกระทั่งเข้ารับการรักษามะเร็งเต้านม สามารถบ่งบอกถึงการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมได้โดยระยะเวลารวมตั้งแต่ 3 เดือนหรือ 90 วันขึ้นไป ถือว่า ล่าช้าต่อการรักษามะเร็งเต้านม (Total Delay) และถ้าระยะเวลารวมน้อยกว่า 3 เดือนถือว่าไม่ล่าช้าต่อการรักษา โดยแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การล่าช้าจากผู้ป่วย (Patient Delay) และการล่าช้าจากระบบบริการ (System Delay)

1. การล่าช้าจากผู้ป่วย (Patient Delay) หมายถึง ระยะตั้งแต่เริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมตนเอง จนกระทั่งมาพบแพทย์ครั้งแรก ตั้งแต่ 1 เดือนหรือ 30 วันขึ้นไป

2. การล่าช้าจากระบบบริการ (System Delay) หมายถึง ระยะตั้งแต่พบแพทย์ครั้งแรก จนเริ่มได้รับการรักษามะเร็งเต้านมด้วยวิธีผ่าตัด หรือเคมีบำบัด ที่มากกว่า 2 เดือนหรือ 60 วันขึ้นไป

ส่วนที่ 5 การแสวงหาการรักษา มีจำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ (1) การแสวงหาการรักษาที่ไม่นำไปสู่การสูญเสียเวลา และ (2) การแสวงหาการรักษาที่นำไปสู่การสูญเสียเวลา โดยวัดจากข้อคำถามที่เกี่ยวกับวิธีการแสวงหาการรักษาเป็นขั้นตอน นับตั้งแต่พบอาการผิดปกติของเต้านมจนกระทั่งได้รับการรักษาที่ศูนย์มะเร็ง โดยประเมินจาก การกระทำ หรือไม่กระทำกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆ เช่น การลองรักษาอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง และการขอคำปรึกษา หรือความช่วยเหลือจาก คนในครอบครัว บุคคลอื่น แหล่งบริการทางการแพทย์ที่ใช้บริการ การรักษาแพทย์ทางเลือก รวมทั้งการผิมนัดแพทย์ และการเปลี่ยนโรงพยาบาลในการรักษา มะเร็งเต้านม จำนวนของกิจกรรมที่กระทำจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) น้อยกว่า 4 กิจกรรม และ (2) ตั้งแต่ 4 กิจกรรมขึ้นไป

ส่วนที่ 6 แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปรนัย มีแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 อันดับตัวเลือกให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

คำตอบ	คะแนน ข้อความเชิงบวก	คะแนน ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

ข้อคำถามเชิงบวก (Positive statement) จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1, 2

ข้อคำถามเชิงลบ (Negative statement) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 3, 4, 5, 6

คะแนนรวมแรงจูงใจทางด้านสุขภาพมีพิสัยอยู่ระหว่าง 6-18 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับคะแนนแรงจูงใจทางด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนคือ ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็มจัดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60-79.99 จัดอยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับต่ำ กำหนดได้ดังนี้

คะแนน ≥ 15 คะแนน	หมายถึง	แรงจูงใจทางด้านสุขภาพสูง
คะแนน 11 - 14 คะแนน	หมายถึง	แรงจูงใจทางด้านสุขภาพปานกลาง
คะแนน ≤ 10 คะแนน	หมายถึง	แรงจูงใจทางด้านสุขภาพต่ำ

ส่วนที่ 7 การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม มีจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ การรบกวนทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน และอันตรายหรือการสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองจากอาการผิดปกติของเต้านม โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปรนัย มีแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 อันดับตัวเลือกให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

คำตอบ	คะแนน ข้อความเชิงบวก	คะแนน ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

ข้อความเชิงบวก (Positive statement) จำนวน 2 ข้อ

ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 15

ข้อความเชิงลบ (Negative statement) จำนวน 4 ข้อ

ได้แก่ 6, 7, 8, 14

คะแนนรวมการรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมมีพิสัยอยู่ระหว่าง 15-45 คะแนน การแปลผล แบ่งระดับการรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ในการจัดระดับคะแนน คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็มจัดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60-79.99 จัดอยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับต่ำ กำหนดได้ดังนี้

คะแนน ≥ 36 คะแนน หมายถึง การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมในระดับสูง

คะแนน 27 - 35 คะแนน หมายถึง การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมในระดับปานกลาง

คะแนน ≤ 26 คะแนน หมายถึง การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมในระดับต่ำ

ส่วนที่ 8 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการมาพบแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านม ได้แก่ การหายจากอาการผิดปกติที่เต้านม การลดความเจ็บปวดทรมานจากอาการผิดปกติของเต้านม การพบมะเร็งในระยะแรกเริ่มอาจสามารถเก็บเต้านมไว้ได้ และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามะเร็งเต้านม ได้แก่ การรับรู้ในการรักษามะเร็งระยะแรกเริ่มสามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันให้ผลดี และ

ความคุ้มค่าของการรักษาเมื่อเทียบกับผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา เช่น การหายจากมะเร็งเต้านม เมื่อเทียบกับการมีเต้านมผิดปกติ หรือสูญเสียเต้านม การลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ การเพิ่มอัตราการรอดชีพ เมื่อเทียบกับผลข้างเคียงของการได้รับยาเคมีบำบัด โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปรนัย มีแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 อันดับตัวเลือกให้ผู้ตอบ เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

คำตอบ	คะแนน ข้อความเชิงบวก	คะแนน ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

ข้อความเชิงบวก (Positive statement) ได้แก่ 2, 4, 5, 6, 14

ข้อความเชิงลบ (Negative statement) ได้แก่ 1, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15

คะแนนรวมการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีพิสัยอยู่ระหว่าง 15-45 คะแนน การแปล แบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์ต่อการตรวจรักษาเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการจัดระดับคะแนน คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็มจัดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60-79.99 จัดอยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับต่ำ กำหนดได้ดังนี้

คะแนน ≥ 36 คะแนน	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาในระดับสูง
คะแนน 27 - 35 คะแนน	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาในระดับปานกลาง
คะแนน ≤ 26 คะแนน	หมายถึง	การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาในระดับต่ำ

ส่วนที่ 9 การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา มีจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ 1) อุปสรรคของการรักษาอาการผิดปกติของเต้านมครั้งแรก ได้แก่ ความสะดวกในการให้แพทย์ตรวจ ค่าใช้จ่ายในการรักษา การสูญเสียรายได้ ความสะดวกในการเดินทางมารักษา การรอคอยในการรักษา 2) อุปสรรคของการรักษามะเร็งเต้านม ได้แก่ ความกลัวของสตรีในการรักษามะเร็งเต้านม ค่าใช้จ่ายในการรักษามะเร็งเต้านม การสูญเสียรายได้ระหว่างการรักษามะเร็งเต้านม ความสะดวกในการเดินทางมารักษาที่ศูนย์มะเร็งฯ การรอคอยในบริการของศูนย์มะเร็งฯ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์เป็นคำถาม

ปรนัย มีแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 อันดับตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

คำตอบ	คะแนน ข้อความเชิงบวก	คะแนน ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

ข้อความเชิงบวก (Positive statement) ได้แก่ 12, 13

ข้อความเชิงลบ (Negative statement) ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15

คะแนนรวมการรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจรักษามีพิสัยอยู่ระหว่าง 15-45 คะแนน การแปลผล แบ่งระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจรักษาเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการจัดระดับคะแนน คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็มจัดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60-79.99 จัดอยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับต่ำ กำหนดได้ดังนี้

คะแนน ≥ 36 คะแนน	หมายถึง	การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษาในระดับสูง
คะแนน 27 - 35 คะแนน	หมายถึง	การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษาในระดับปานกลาง
คะแนน ≤ 26 คะแนน	หมายถึง	การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษาในระดับต่ำ

ส่วนที่ 10 การยอมรับในบริการ มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ต่อการรักษามะเร็งกับการรักษาโรคทั่วไปในสถานบริการสุขภาพของรัฐ ความเชื่อมั่นในการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปรนัย มีแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 อันดับตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

คำตอบ	คะแนน ข้อความเชิงบวก	คะแนน ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

ข้อความเชิงบวก (Positive statement) ได้แก่ 3, 4, 5, 6, 7

ข้อความเชิงลบ (Negative statement) ได้แก่ 1, 2, 8

คะแนนรวมการยอมรับในบริการมีพิสัยอยู่ระหว่าง 8-24 คะแนนการแปลผลโดยรวม แบ่งระดับการยอมรับในบริการเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการจัดระดับคะแนน คือ ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็มจัดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60-79.99 จัดอยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 จัดอยู่ในระดับต่ำ กำหนดได้ดังนี้

คะแนน ≥ 20 คะแนน	หมายถึง	การยอมรับในบริการในระดับสูง
คะแนน 15 - 19 คะแนน	หมายถึง	การยอมรับในบริการในระดับปานกลาง
คะแนน ≤ 14 คะแนน	หมายถึง	การยอมรับในบริการในระดับต่ำ

3.2 การพัฒนาและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น โดยศึกษารายละเอียดข้อมูลพื้นฐานจากตำราทฤษฎี งานวิจัย และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและจากคำแนะนำของอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์
2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์
3. สร้างข้อความแบบสัมภาษณ์ และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละข้อ
4. นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความชัดเจนของภาษาก่อนที่จะนำเครื่องมือไปทดสอบ
5. นำเครื่องมือไปทดสอบ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ใน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 20 คน และ ศูนย์มะเร็งลพบุรี จำนวน 10 คน รวมทั้งหมด 30 คน หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงแต่ละหมวด มีดังนี้

แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ มีข้อความ 8 ข้อ มีความเที่ยง เท่ากับ 0.69 ปรับข้อความออก 2 ข้อ คงเหลือ 6 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.77

การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมจากการผิดปกติของเต้านมมีข้อคำถาม 22 ข้อ มีความเที่ยง เท่ากับ 0.76 ปรับข้อคำถามออก 7 ข้อ คงเหลือ 15 ข้อ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

การรับรู้ประโยชน์ต่อการตรวจรักษา มีข้อคำถาม 21 ข้อ มีความเที่ยงเท่ากับ 0.65 ปรับข้อคำถามออก 6 ข้อ คงเหลือ 15 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.71

การรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจรักษา มีข้อคำถาม 20 ข้อ มีความเที่ยง เท่ากับ 0.79 ปรับข้อคำถามออก 5 ข้อ คงเหลือ 15 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.80

การยอมรับในบริการ มีข้อคำถาม 10 ข้อ มีความเที่ยง เท่ากับ 0.44 ปรับข้อคำถาม ออก 2 ข้อ คงเหลือ 8 ข้อ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.59

6. ปรับปรุงข้อคำถามต่างๆ ในแบบสัมภาษณ์ทุกส่วนโดยปรับเปลี่ยนข้อความให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นแล้วนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงใหม่ให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง

3.3 จริยธรรมทางการศึกษา

จริยธรรมทางการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญและควรคำนึงถึงสำหรับการทำวิจัย ซึ่งล้วนเกี่ยวข้องกับมนุษย์ สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแบบใบยินยอมให้ทำการวิจัยของผู้เข้าร่วมโครงการไปพร้อมกับแบบสัมภาษณ์ โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการจากการศึกษา วิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ และคำชี้แจงที่แสดงว่าผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกท่านมีอิสระในการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยคำตอบทั้งหมดจะเป็นความลับจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมและนำผลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการจากการศึกษา และขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยการบันทึกเทป ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำเสนอผลการศึกษาโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือกล่าวอ้างถึงไปยังผู้ให้ข้อมูลได้

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน เกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2549

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.1 ขั้นตอนเตรียมการ

1. ติดต่อขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอความร่วมมือไปยังผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งทั้ง 3 แห่ง คือ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งชลบุรี และผู้อำนวยการศูนย์มะเร็งลพบุรี

2. ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ระยะเวลา แผนการดำเนินงานให้กับเจ้าหน้าที่หน่วยงานคลินิกศัลยกรรมผู้ป่วยนอกและคลินิกเคมีบำบัดทั้ง 3 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือและขอการสนับสนุนผู้ช่วยผู้วิจัยจากเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์มะเร็งของแต่ละแห่งโดยมีคำตอบแทนผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลด้วย

3. เตรียมการฝึกอบรมผู้ช่วยผู้วิจัยในการการสัมภาษณ์เพื่อสัมภาษณ์เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง และฝึกสัมภาษณ์จริงกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เน้นโดยเฉพาะในเรื่องของการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ในการมารับการรักษาของโรคมะเร็งเต้านม, ช่วงระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยค้นพบอาการผิดปกติด้วยตนเองจนมาปรึกษาแพทย์ครั้งแรก ขั้นตอนในการแสวงหาการรักษาอาการผิดปกติของเต้านมจนกระทั่งมาพบแพทย์ ซึ่งในการสัมภาษณ์จะมีคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยมีการระลึกย้อนกลับถึงวันเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มพบอาการผิดปกติ จนผู้ป่วยตัดสินใจมาพบแพทย์ครั้งแรก และการมารับการรักษามะเร็งเต้านม เช่น ผู้ป่วยพบอาการผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร เมื่อพบอาการผิดปกติใช้เวลานานเท่าใดจึงมาพบแพทย์ หลังจากพบแพทย์ครั้งแรก ใช้เวลานานเท่าไรจึงรู้ว่าเป็นมะเร็งเต้านม หลังจากรู้ว่าเป็นมะเร็งเต้านมใช้เวลานานเท่าใดจึงเริ่มรักษาที่ศูนย์มะเร็งฯ ตั้งแต่สตรีพบอาการผิดปกติของเต้านมผู้ป่วยมีการปฏิบัติอย่างไรบ้าง เป็นต้น

โดยระยะเวลาที่ผู้ป่วยตอบให้ระบุเป็น วัน เดือน หรือเป็นสัปดาห์ที่เท่าไรของเดือนที่พบอาการจนมาพบแพทย์ครั้งแรกซึ่งอาจไม่ใช่ที่ศูนย์มะเร็งก็ได้ ซึ่งต้องใช้ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบข้อมูลของช่วงระยะเวลาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกับข้อมูลในแฟ้มประวัติผู้ป่วยซึ่งถูกบันทึกโดยแพทย์ว่ามีความตรงของข้อมูลหรือไม่ ถ้าพบว่าข้อมูลจากประวัติการมารับการรักษาที่แพทย์บันทึกในแฟ้มประวัติผู้ป่วยกับข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ไม่ตรงข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยจะถูกคัดออกจากการศึกษาครั้งนี้ และในกรณีที่ผู้สัมภาษณ์สังเกตได้ว่าในขณะที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับช่วงระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยค้นพบอาการผิดปกติด้วยตนเองจนมาปรึกษาแพทย์ครั้งแรก ถ้าผู้ป่วยแสดงความไม่แน่ใจ หรือแสดงท่าทีไม่มั่นใจในการตอบคำถามผู้สัมภาษณ์ ข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยจะถูกคัดออกจากการศึกษาครั้งนี้เช่นกัน

1. จัดเตรียมเอกสาร จัดหาอุปกรณ์ ตลอดจนประสานงาน เพื่อบริหารจัดการ สิ่งอำนวยความสะดวกให้การดำเนินการวิจัย

2. นัดหมายแจ้งวัน เวลา และรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ พร้อมจัดเตรียมสถานที่ในการสัมภาษณ์

3.4.1 ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เริ่มการเก็บข้อมูลวันเดียวกันทั้ง 3 แห่ง ตามที่ผู้วิจัยกำหนด โดยการสัมภาษณ์ เฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาในศูนย์มะเร็งฯ ช่วงระยะเวลาราชการ (8.00-16.00 น.)

2. ช่วงระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะติดต่อกับผู้ช่วยผู้วิจัยทางโทรศัพท์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อสอบถามปัญหาในการเก็บข้อมูล และศูนย์มะเร็งลพบุรี และตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูล อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง สำหรับการเก็บข้อมูลที่ศูนย์มะเร็งชลบุรี เนื่องจาก ข้อจำกัดของหน่วยงานที่ขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยไม่สามารถหาผู้ช่วยในการ สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างได้ ผู้วิจัยจึงเดินทางไปสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยได้รับความร่วมมือจาก หัวหน้าพยาบาลตึกศัลยกรรมหญิง และหัวหน้าพยาบาลผู้ป่วยนอก (เคมีบำบัด) นัดหมายผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง

3.5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

หลังการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดไว้เรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบข้อมูล ก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมี การดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ

1. ขึ้นเตรียมข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการบันทึกข้อมูล และกระบวนการแลกเปลี่ยนที่ ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความ ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์เนื้อหาและนำมาจัดกลุ่มก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ในเชิงปริมาณ หลังจากนั้นนำไปประมวลผลด้วยเครื่องจักรสมองกลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป

2. ขึ้นวิเคราะห์ข้อมูล

- 2.1 การกระจายตามคุณลักษณะต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 แบบแผนการแสวงหาการรักษามะเร็งเต้านม ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและนำมาจัดกลุ่มแล้ววิเคราะห์ด้วย สถิติความถี่ ร้อยละ

2.3 ปริมาณและการลำซ้ำในการรักษามะเร็งเต้านมวิเคราะห์ด้วย สถิติความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ

2.4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆต่อการลำซ้ำในการรักษามะเร็งเต้านม แบบการวิเคราะห์สองตัวแปร (Bivariate analysis) ด้วยสถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-Square tests) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระต่างๆกับการลำซ้ำในการรักษา เมื่อพิจารณาผลที่มีต่อตัวแปรตามพร้อมๆ กัน แบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสถิติวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression) ดังรายละเอียดของชุดตัวแปรที่ศึกษา ชนิดของตัวแปร และการกำหนดค่าตัวแปรที่นำเข้าในการวิเคราะห์ ในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ชนิดและรหัสของตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก

ตัวแปร	ชนิดของตัวแปร	รหัสตัวแปร
ตัวแปรตาม:		
การลำซ้ำในการรักษา	ตัวแปรทวิ (Dichotomous)	1= ลำซ้ำในการรักษา 0= ไม่ลำซ้ำในการรักษา
ตัวแปรอิสระ:		
อายุ	ตัวแปรช่วง (Interval)	
ระดับการศึกษา	ตัวแปรกลุ่ม (Categorical)	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า		ตัวแปรหุ่น (1=ใช่, 0=อื่นๆ)
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า		ตัวแปรหุ่น (1=ใช่, 0=อื่นๆ)
อนุปริญญาขึ้นไป		กลุ่มอ้างอิง
อาชีพ	ตัวแปรกลุ่ม (Categorical)	
ไม่ทำงาน ^ก		ตัวแปรหุ่น (1=ใช่, 0=อื่นๆ)
รับราชการ ^ข		ตัวแปรหุ่น (1=ใช่, 0=อื่นๆ)
งานอิสระ ^ค		กลุ่มอ้างอิง

หมายเหตุ : ^ก รวมนักเรียน นักศึกษา

^ข รวมลูกจ้าง

^ค รวมค้าขาย รับจ้าง เกษตรกร

ตารางที่ 2 ชนิดและรหัสของตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (ต่อ)

ตัวแปร	ชนิดของตัวแปร	รหัสตัวแปร
ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยมะเร็งเต้านม	ตัวแปรทวิ (Dichotomous)	ตัวแปรหุ่น (1=ใช่, 0=อื่นๆ)
ไม่มี		กลุ่มอ้างอิง
มี		
ฐานะทางเศรษฐกิจ	ตัวแปรกลุ่ม (Categorical)	ตัวแปรหุ่น (1=ใช่, 0=อื่นๆ)
ไม่พอใช้		ตัวแปรหุ่น (1=ใช่, 0=อื่นๆ)
พอใช้		ตัวแปรหุ่น (1=ใช่, 0=อื่นๆ)
เพียงพอเหลือเก็บ		กลุ่มอ้างอิง
แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ	ตัวแปรช่วง (Interval)	
การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็ง	ตัวแปรช่วง (Interval)	
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	ตัวแปรช่วง (Interval)	
การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา	ตัวแปรช่วง (Interval)	
หลักประกันทางด้านสุขภาพ	ตัวแปรกลุ่ม (Categorical)	ตัวแปรหุ่น (1=ใช่, 0=อื่นๆ)
บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท		กลุ่มอ้างอิง
อื่นๆ ^ก		
การแสวงหาการรักษา	ตัวแปรช่วง (Interval)	
การยอมรับในบริการ	ตัวแปรช่วง (Interval)	

^ก รวมจ่ายเงินเอง สวัสดิการราชการ ประกันสังคมและประกันชีวิต

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในศูนย์มะเร็งภูมิภาคกลาง ซึ่งได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มะเร็งชลบุรี และศูนย์มะเร็งลพบุรี จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ โดยการสัมภาษณ์ และรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามการวิจัยที่กำหนดไว้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งการนำเสนอ เป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การกระจายของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรที่ศึกษา

1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

1.2 ประวัติการเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพในอดีต

1.3 ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์อุปสรรคในการมารักษา

1.4 ปัจจัยการแสวงหาการรักษา ได้แก่ การยอมรับในบริการ

1.5 ปัจจัยระบบบริการ ได้แก่ หลักประกันทางด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบแผนการแสวงหาการรักษา

ส่วนที่ 3 การรักษาล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษา ได้แก่ ปัจจัยลักษณะทางประชากร แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการมารักษา ปัจจัยการแสวงหาการรักษา และปัจจัยระบบบริการ กับ การรักษาล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 1 การกระจายของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรที่ศึกษา

1.1 คุณลักษณะทางประชากร พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังด้านมรยาใหม่ มีอายุอยู่ระหว่าง 28-85 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50.8) มีอายุอยู่ในช่วง 45-54 ปี อายุเฉลี่ยประมาณ 49 ปี สตรีกลุ่มตัวอย่างเกือบ 3 ใน 4 มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71) ระดับการศึกษาของสตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาค่ำ โดยมากกว่าครึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือและเรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 61.0) และมีเพียงร้อยละ 21.0 เท่านั้นที่จบการศึกษาในระดับอนุปริญญาขึ้นไป ในการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อิสระ เช่น ค้าขาย รับจ้าง (ร้อยละ 50.8) มี 1 ใน 4 รับราชการ หรือลูกจ้างมีเงินเดือนประจำ ซึ่งฐานะทางเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาจากรายได้ของครอบครัวหลังหักค่าใช้จ่าย เกินครึ่ง (ร้อยละ 55.9) มีรายได้เพียงพอใช้ในครอบครัว ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
≤ 34	13	5.1
35 – 44	76	29.7
45 – 54	89	34.8
55 – 64	54	21.1
≥ 65	24	9.4
$\bar{x} = 49.63$, $SD = 10.96$, $Min = 28$, $Max = 85$		
สถานภาพสมรส		
โสด	38	14.8
แต่งงาน	182	71.1
อื่นๆ ^ก	36	14.1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	156	61.0
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	46	18.0
อนุปริญญาขึ้นไป	54	21.0

หมายเหตุ : N=256

^กรวมสตรีหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยลักษณะทางประชากร (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ฐานะทางเศรษฐกิจ		
ไม่พอใช้	67	26.2
พอใช้	143	55.9
เพียงพอเหลือเก็บ	46	18.0
อาชีพ		
ไม่ทำงาน ^ก	62	24.2
รับราชการ ^ข	64	25.0
งานอิสระ ^ก	130	50.8

หมายเหตุ : N= 256

^กรวมนักเรียน นักศึกษา

^ขรวมลูกจ้าง

^ครวมค้าขาย รับจ้าง เกษตรกร

1.2 ประวัติการเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพในอดีต

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยมะเร็งเต้านม และไม่เคยมีอาการผิดปกติของเต้านมมาก่อนเลย (ร้อยละ 89 และร้อยละ 74.6 ตามลำดับ) ในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับเต้านมตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีเพียงร้อยละ 8.6 ไปตรวจมะเร็งเต้านมที่โรงพยาบาลเป็นประจำทุกปี และมีเพียงร้อยละ 26.6 ตรวจเต้านมตนเองเป็นประจำทุกเดือน โดยพบว่ามี 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 76.6) ไม่เคยตรวจมะเร็งเต้านม และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.6) ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองเลย เมื่อร่างกายเกิดอาการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (ร้อยละ 55.5) เลือกให้แพทย์ตรวจรักษา และซื้อยารับประทานเอง (ร้อยละ 38.3) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพตนเอง

ประวัติการเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยมะเร็งเต้านม		
ไม่มี	229	89.5
มี	27	10.5
ประวัติอาการผิดปกติของเต้านม		
ไม่เคย	191	74.6
เคย	65	25.4
การตรวจมะเร็งเต้านม		
ไม่เคย	196	76.6
ตรวจไม่สม่ำเสมอ	38	14.8
ตรวจประจำทุกปี	22	8.6
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง		
ไม่เคย	104	40.6
ตรวจไม่สม่ำเสมอ	84	32.8
ตรวจประจำทุกเดือน	68	26.6
การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย		
พบแพทย์	142	55.5
ซื้อยากินเอง	98	38.3
อื่นๆ ^ก	16	6.2

หมายเหตุ : N=256

^ก รวมการพักผ่อน ปรึกษาบุคคลอื่น และการอดทนต่ออาการ

1.3 ปัจจัยภายในบุคคล

ด้านแรงจูงใจทางด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.8) มีแรงจูงใจทางด้านสุขภาพในระดับสูง รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 27.7 โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยคิดเป็น 14.05

ด้านการรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (ร้อยละ 57.8) มีการรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 29.7 โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยคิดเป็น 29.09

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา กลุ่มตัวอย่างเกือบ 3 ใน 4 (ร้อยละ 27.7) มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือระดับปานกลาง โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยคิดเป็น 37.42

ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (ร้อยละ 57.8) มีการรับรู้อุปสรรคต่อการรักษาในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 30.1 โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยคิดเป็น 32.67 ดังตารางที่ 5

1.4 ปัจจัยการแสวงหาการรักษา

ด้านการยอมรับในบริการ กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 3 ใน 4 (ร้อยละ 18.8) มีการยอมรับในบริการอยู่ในระดับสูง รองลงมาคือระดับปานกลาง โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยคิดเป็น 21.27 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยภายในบุคคลเกี่ยวกับแรงจูงใจทางด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมจากอาการผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา และปัจจัยการแสวงหาการรักษาเกี่ยวกับการยอมรับในบริการ

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยภายในตัวบุคคล		
แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ		
สูง	130	50.8
กลาง	71	27.7
ต่ำ	55	21.5
$\bar{X} = 14.05, SD=3.65, Min=6, Max=18$		

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยภายในบุคคลเกี่ยวกับแรงจูงใจทาง ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมจากอาการผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา และปัจจัยการแสวงหาการรักษาเกี่ยวกับการยอมรับในบริการ (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม		
สูง	32	12.5
กลาง	148	57.8
ต่ำ	76	29.7
$\bar{X} = 29.09$, $SD=5.51$, $Min=15$, $Max=43$		
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา		
สูง	180	70.3
กลาง	71	27.7
ต่ำ	5	2.0
$\bar{X} = 37.42$, $SD=4.25$, $Min=20$, $Max=45$		
การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา		
สูง	11	4.3
กลาง	134	52.3
ต่ำ	111	43.4
$\bar{X} = 27.32$, $SD=5.32$, $Min=15$, $Max=43$		
ปัจจัยการแสวงหาการรักษา		
การยอมรับในบริการ		
สูง	205	80.0
กลาง	48	18.8
ต่ำ	3	1.2
$\bar{X} = 21.27$, $SD=2.53$, $Min=10$, $Max=24$		

1.5 ปัจจัยระบบบริการ ได้แก่ หลักประกันทางด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในระบบบริการระหว่างการรักษามะเร็งเต้านม ที่อาจส่งผลต่อการล่าช้าในการรักษา โดยจากการศึกษาพบ กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 46.9) ใช้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท (บัตรทอง) ในการรักษามะเร็งเต้านม และ 1 ใน 3 (ร้อยละ 31.3) ใช้สวัสดิการข้าราชการ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยระบบบริการ

ปัจจัยระบบบริการ	จำนวน	ร้อยละ
หลักประกันทางด้านสุขภาพ		
จ่ายเอง	22	8.6
บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท	120	46.9
สวัสดิการราชการ ^ก	86	33.6
ประกันสังคม ^ข	28	10.9

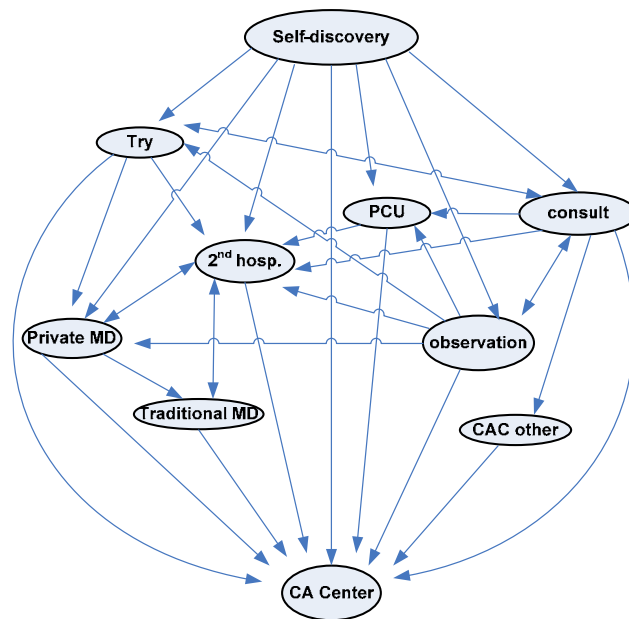
หมายเหตุ : N=256

^กรวมบัตรผู้สูงอายุ

^ขรวมประกันเหมาจ่ายรายปี และประกันชีวิต

ส่วนที่ 2 แบบแผนการแสวงหาการรักษา

แบบแผนการแสวงหาการรักษาซึ่งในการวิจัยนี้เน้นในแง่ของรูปแบบหรือลักษณะต่างๆ ของการกระทำที่สตรีปฏิบัติในการตอบสนองต่อการพบอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง จนกระทั่งได้รับการรักษามะเร็งเต้านมที่ศูนย์มะเร็งภาคกลาง จากแผนภูมิที่ 5 ซึ่งแสดงเส้นทางการกระทำทั้งหมดจะเห็นว่าการตอบสนองต่อการผิดปกติที่พบของสตรีกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนและการกระทำที่ต่างกัน ขั้นตอนการไหลของการกระทำต่างๆ ในการตอบสนองต่อการผิดปกติที่พบจนเข้ารับการรักษา อยู่ระหว่าง 1-8 ขั้น (เฉลี่ยประมาณ 4 ขั้น)



แผนภูมิที่ 5 เส้นทางการไหลของการกระทำของสตรีเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง
จนกระทั่งเข้ารับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งภาคกลาง

หมายเหตุ: Self-discovery: พบอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง Observation: รอสัญเกตอาการ
Consult : ปรึกษานุคคลอื่น Try: ลองรักษาอาการผิดปกติเอง Tradition MD: รักษาแพทย์ทางเลือก
2nd hosp.: พบแพทย์ รพ.ทุติยภูมิ PCU: พบแพทย์สถานีนอามัย Private MD: พบแพทย์เอกชน
CAC other : ศูนย์มะเร็งอื่น CAC : ศูนย์มะเร็ง

แบบแผนการไหลของการกระทำของสตรีเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง
จนกระทั่งเข้ารับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งภาคกลาง ดังกล่าวสามารถจัดได้เป็น 14 ลักษณะ (รายละเอียด
ดังตารางที่ 20 ภาคผนวก ก) โดยลักษณะแบบแผนที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กระทำใน 3 ลำดับแรก ได้แก่

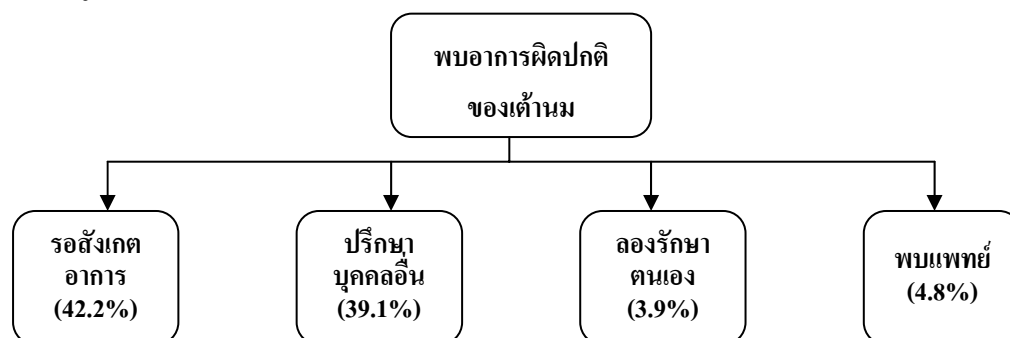
แบบที่ 1 ; ปรึกษานุคคลอื่น>พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ > รักษาที่
ศูนย์มะเร็ง (ร้อยละ39.8)

แบบที่ 6 ; รอสัญเกตอาการ>ปรึกษานุคคลอื่น > พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถาน
บริการ > รักษาที่ศูนย์มะเร็ง (ร้อยละ27.3)

แบบที่ 7 ; พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ > รักษาที่ศูนย์มะเร็ง (ร้อยละ12.1)

นอกจากนี้แล้วยังพบลักษณะแบบแผนการแสวงหาของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการแพทย์
ทางเลือก ก่อนมารักษากับแพทย์แผนปัจจุบันร้อยละ 5.6 (แบบแผนที่ 10-14 ในตารางที่ 20
ภาคผนวก ก)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการตอบสนองเริ่มแรกของสตรีกลุ่มตัวอย่างต่อการผิดปกติของเต้านมที่พบด้วยตนเองมี 4 ลักษณะใหญ่ๆ คือ (1) การรอสังเกตอาการ (ร้อยละ 42.2) (2) การทดลองรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง (ร้อยละ 3.9) (3) การหาคำปรึกษาจากบุคคลอื่น (ร้อยละ 39.1) และ (4) การไปพบแพทย์แผนปัจจุบันในสถานบริการต่างๆทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ (ร้อยละ 4.8) ดังแผนภูมิที่ 6



แผนภูมิที่ 6 พฤติกรรมตอบสนองเริ่มแรกของสตรีเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง

การแสวงหาการรักษาอาการผิดปกติของเต้านม ก่อนกลุ่มตัวอย่างจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาอาการผิดปกติของเต้านมกับแพทย์ พบกลุ่มตัวอย่างบางส่วน (ร้อยละ 12.5) เคยลองรักษาอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเองนั้น โดยลองรักษาอาการผิดปกติด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ซื้อมากินเอง กินยาสมุนไพร นวดด้วยน้ำมัน และเป่าคาถา (ร้อยละ 37.5, ร้อยละ 28.1, ร้อยละ 28.1 และ ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 75) เคยปรึกษามูลบุคคลอื่นเกี่ยวกับอาการผิดปกติของเต้านม โดยบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปรึกษาคือ สามี บุตร และน้องสาว (ร้อยละ 37.5, ร้อยละ 29 และร้อยละ 25 ตามลำดับ) ซึ่งพบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.6) ปรึกษามูลบุคคลอื่นทันทีที่พบอาการผิดปกติของเต้านมตนเองมี 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 26.3) ที่ปรึกษาหลังพบอาการผิดปกติของเต้านมมีการเปลี่ยนแปลง และมีบางส่วนปรึกษาหลังจากรอสังเกตอาการผิดปกติได้ระยะหนึ่ง (ร้อยละ 16.5) โดยจากคำปรึกษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.6) ได้รับคำแนะนำให้พบแพทย์ มีเพียงบางส่วนที่ได้รับคำแนะนำให้รอดูอาการ และแนะนำยาแผนปัจจุบันใช้รักษา (ร้อยละ 7.3 และร้อยละ 3.1 ตามลำดับ)

เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาอาการผิดปกติของเต้านม พบว่าสถานบริการแรกที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกเข้ารับการรักษาอาการผิดปกติของเต้านม ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ คลินิกศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลเอกชน และคลินิก (ร้อยละ 42.6, ร้อยละ 23.4, ร้อยละ 12.5 และร้อยละ 10.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการแสวงหาการรักษา

การแสวงหาการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
การลงรักษาอาการผิดปกติของตนเอง		
ไม่เคย	224	87.5
เคย	32	12.5
วิธีรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง* (n=32)		
ซื้อยากินเอง	12	37.5
ยาสมุนไพร	9	28.1
น้ำมันนวด	9	28.1
เป่าคาถา	2	6.3
อื่นๆ	3	9.4
การปรึกษาบุคคลอื่น		
ไม่เคย	64	25
เคย	192	75
บุคคลที่ปรึกษา *(n=192)		
สามี	72	37.5
พ่อแม่	21	10.9
ญาติ	46	24.0
บุตร	56	29.2
น้องสาว	48	25.0
เพื่อน	31	16.1
เพื่อนบ้าน	27	14.1
คนที่ทำงานเดียวกัน	21	10.9
อื่นๆ	10	5.2

หมายเหตุ : N = 256

*เลือกได้ >1

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการแสวงหาการรักษา (ต่อ)

การแสวงหาการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ปรึกษาบุคคลอื่นเมื่อใด (n= 194)		
ทันทีที่พบอาการผิดปกติ	102	52.6
รู้สึกเจ็บปวด ทรมาน	6	3.1
อาการเปลี่ยน	51	26.3
หลังจากรอสังเกตอาการ	32	16.5
ลองรักษาเองไม่ได้ผล	3	1.5
การช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (n= 194)		
แนะนำพบแพทย์	168	86.6
แนะนำให้รอดูอาการ	14	7.3
แนะนำยาแผนปัจจุบัน	6	3.1
แนะนำยาสมุนไพร	1	0.5
เฉยๆ	3	1.5
อื่นๆ ^ก	2	1.0
สถานบริการแรกที่ตรวจอาการผิดปกติ (n = 256)		
สถานีอนามัย	11	4.3
คลินิก	28	10.9
โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ	109	42.6
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	9	3.5
ศูนย์มะเร็ง	60	23.4
โรงพยาบาลเอกชน	32	12.5
โรงพยาบาลทหาร	3	1.2
ศูนย์มะเร็งอื่น	4	1.6

^ก แนะนำประคบด้วยความร้อน อาจเป็นถุงน้ำ (cyst)

ภายหลังการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92.6) เลือกรักษา
กับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยการรักษาชนิดแรกที่กลุ่มตัวอย่างได้รับหลังการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม
ด้วยวิธีการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด (ร้อยละ 68.8) และเคมีบำบัด (ร้อยละ 23.8) แต่ยังพบบางส่วน

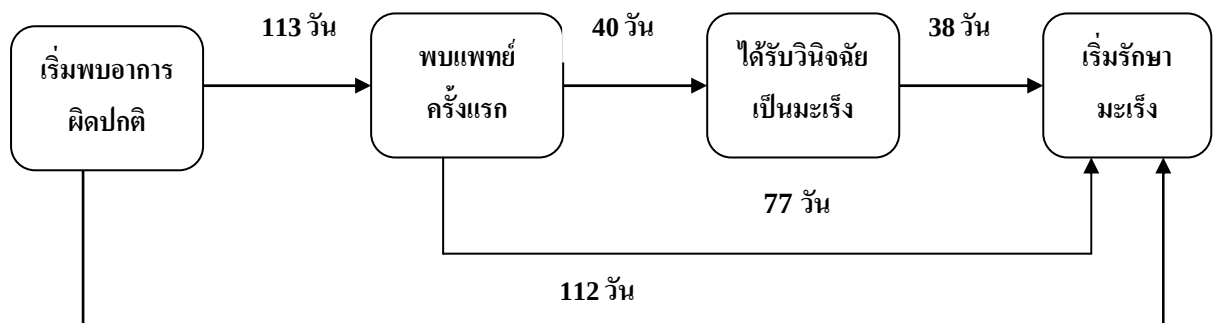
ของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกศึกษามะเร็งเต้านมกับแพทย์ทางเลือกอื่น เช่น หมอสมุนไพร (ร้อยละ 6.3) นอกจากนี้ยังพบกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 48.8) ต้องผ่านสถานบริการทางการแพทย์ 2 แห่ง ก่อนได้รับการศึกษามะเร็งเต้านม อีกทั้งยังพบการตรวจรักษาของกลุ่มตัวอย่าง เคยมีการผิคนัดแพทย์ ร้อยละ 14.5 และเคยมีการเปลี่ยนโรงพยาบาลในการรักษาหลังได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 13.3 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการแสวงหาการรักษา (ต่อ)

การแสวงหาการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งบริการแห่งแรกที่รักษาหลังวินิจฉัยเป็นมะเร็ง		
แพทย์แผนปัจจุบัน	237	92.6
หมอสมุนไพร	16	6.3
แพทย์ทางเลือกอื่นๆ	3	1.1
การรักษาชนิดแรกที่ได้รับหลังการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง		
ผ่าตัด	176	68.8
กินยาสมุนไพร ยาหม้อ	18	7.0
ยาเคมีบำบัด	61	23.8
ยาแผนโบราณ	1	0.4
จำนวนสถานบริการทางการแพทย์ที่ใช้รักษา		
1	76	29.7
2	125	48.8
2+	55	21.5
การผิคนัดแพทย์ในการตรวจรักษา		
ไม่เคย	219	85.5
1 ครั้ง	35	13.7
2 ครั้ง	2	0.8
การเปลี่ยนโรงพยาบาลในการรักษา		
ไม่เคย	222	86.7
เคย	34	13.3

ส่วนที่ 3 การล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม

ระยเวลานานับตั้งแต่สตรีพบอาการผิดปกติของเต้านมตนเอง จนกระทั่งได้รับการรักษามะเร็งเต้านม หรือเรียกว่า Total times นั้นเป็นช่วงระยะเวลาที่มีความสำคัญต่อการรักษามะเร็งเต้านม เพราะยิ่งระยะเวลายาวนาน ยิ่งมีผลกระทบต่อการรักษามากขึ้น ผลจากการวิเคราะห์ของระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างรายงานพบว่า อยู่ในช่วง 8-465 วัน เฉลี่ยประมาณเกือบ 4 เดือน (112 วัน) และเมื่อพิจารณาช่วงระยะเวลาออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ (1) ระยะเวลาดังแต่สตรีพบอาการผิดปกติจนกระทั่งมาพบแพทย์ครั้งแรก หรือ เรียกว่า Patient times (2) ระยะเวลาจากสตรีพบแพทย์ครั้งแรก จนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม (3) ระยะเวลาจากสตรีได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม จนกระทั่งได้รับการรักษามะเร็งเต้านม แต่ละช่วงใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 113 วัน 38 วัน และ 40 วัน ตามลำดับ ซึ่งเมื่อพิจารณาช่วงระยะเวลารวมของช่วงที่ 2 และ ช่วงที่ 3 เป็นช่วงระยะเวลาที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ หรือ เรียกว่า System times ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 77 วัน ดังแผนภูมิที่ 7



แผนภูมิที่ 7 ช่วงระยะเวลาเฉลี่ยของเหตุการณ์ตั้งแต่พบอาการผิดปกติของเต้านมจนกระทั่งได้รับการรักษามะเร็งเต้านม

สำหรับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมในการศึกษานี้แบ่งขึ้นจาก ช่วงระยะเวลาที่สตรีเริ่มจากพบอาการผิดปกติของเต้านมจนกระทั่งได้รับการรักษามะเร็งเต้านม ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป พบกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 43.8) มีการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม เมื่อพิจารณาแยกประเภทของการล่าช้าพบกลุ่มตัวอย่าง เกือบครึ่ง (ร้อยละ 48.4) มีการล่าช้าจากผู้ป่วย โดยมีระยะเวลาของการล่าช้าจากผู้ป่วยเฉลี่ย 113 วัน และพบเกือบ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 23.0) มีการล่าช้าจากระบบบริการ ซึ่งมีระยะเวลาของการล่าช้าจากระบบบริการเฉลี่ย 77 วัน ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทของการล่าช้าของการรักษา

ประเภทของการล่าช้า	N	%
การล่าช้าในการรักษา(Total delay) ^ก	112	43.8
การล่าช้าจากผู้ป่วย (Patient delay) ^ข	124	48.4
การล่าช้าจากระบบบริการ (System delay) ^ก	59	23.0

หมายเหตุ : N=256

^ก ระยะเวลารวมนับตั้งแต่สตรีเริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเองจนกระทั่งเริ่มการรักษา ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป^ข ระยะเวลาตั้งแต่สตรีเริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมตนเอง จนกระทั่งมาพบแพทย์ครั้งแรก ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป^ก ระยะเวลาตั้งแต่สตรีพบแพทย์ครั้งแรก จนเริ่มได้รับการรักษามะเร็งเต้านมด้วยวิธีผ่าตัด หรือเคมีบำบัด ที่มากกว่า 2 เดือนขึ้นไป

เมื่อพิจารณาการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม กับความรุนแรงของโรคซึ่งสามารถบ่งชี้ได้จากแผนการรักษาของแพทย์ คือ การเริ่มต้นการรักษามะเร็งเต้านมด้วยวิธีการผ่าตัดเต้านม (MRM) หรือเคมีบำบัด จะเห็นได้ว่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ล่าช้าในการรักษาแล้วเริ่มต้นการรักษาด้วยวิธีให้เคมีบำบัดสูงกว่าสัดส่วนของสตรีที่ไม่ล่าช้าในการรักษา เกือบ 5 เท่า (ร้อยละ 51.8, ร้อยละ 10.4 ตามลำดับ) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การล่าช้าในการรักษาทำให้พบมะเร็งเต้านมในระยะที่มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลารอคอยก่อนเริ่มการรักษา และประเภทของการรักษา

ระยะเวลารอคอย ก่อนเริ่มการรักษา	ประเภทของการรักษา (%)		รวม
	เคมีบำบัด	ผ่าตัด	
ล่าช้า ^ก (n=112)	58(51.8)	54(48.2)	43.8
ไม่ล่าช้า ^ข (n=144)	15(10.4)	129(89.6)	56.2

หมายเหตุ : N=256 คน

^ก ≥ 3 เดือน^ข <3 เดือน

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษา

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษา ได้ทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในเบื้องต้นโดยการวิเคราะห์แบบสองตัวแปร (Bivariate analysis) ด้วยตารางไขว้และสถิติทดสอบไคสแควร์ จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม ในรูปของการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis) ซึ่งความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระแต่ละตัวถูกพิจารณาบนพื้นฐานเมื่อให้ตัวแปรอิสระอื่นๆคงที่ (หรือเมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ) ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression analysis) ผลการวิเคราะห์แต่ละส่วนปรากฏดังนี้

4.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรสองตัวระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการล่าช้าในการรักษา

ปัจจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากรกับการล่าช้าในการรักษามีเรื่องเด่น (ตารางที่ 10) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษา ($p=0.044$) ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ล่าช้าในการรักษาลดลงตามกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 76.9, 43.1 และ 40.7 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษา ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ล่าช้าในการรักษาใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 39.9, 44.5 และ 44.4 ตามลำดับ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษา ($p=0.027$) ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับมัธยมหรือเทียบเท่า และระดับประถมหรือต่ำกว่ามีการล่าช้าต่อการรักษามีเรื่องเด่นมากใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 50.0 และร้อยละ 47.4 เมื่อเทียบกับร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับอนุปริญญาขึ้นไปที่มีการล่าช้าในการรักษาร้อยละ 27.8 อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษา ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ล่าช้าในการรักษาใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 43.5, 32.8 และ 49.2 ตามลำดับ ฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษา ($p=0.001$) ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ล่าช้าในการรักษาลดลงตามระดับรายได้ของครอบครัวที่เหลือหลังหักค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 58.2, 43.4 และ 23.9 ตามลำดับ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยมีเรื่องเด่น ไม่มีความสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษา ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ล่าช้าในการรักษาใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 44.5 และ 37.0 ประวัติอาการผิดปกติของเต้านม ไม่มีความสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษา ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ล่าช้าในการรักษาใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 50.8 และ 41.4 การตรวจมีเรื่องเด่น ไม่มีความสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษา ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ล่าช้าในการรักษาใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 45.5, 47.4 และ 22.7 ตามลำดับ

การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษา ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ล่าช้าในการรักษาใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 51.9, 36.9 และ 39.7 ตามลำดับ **ประวัติการดูแลตนเองเมื่อร่างกายเจ็บป่วย** ไม่มีความสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษา ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ล่าช้าในการรักษาใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 37.3, 52.0 และ 50.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากร กับการล่าช้าในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากร	การล่าช้าในการรักษา		Chi-Square tests
	ล่าช้า	ไม่ล่าช้า	
อายุ (ปี)			
≤34	10(76.9)	3(23.1)	p = 0.044
35-49	56(43.1)	74(56.9)	
≥50	46(40.7)	67(59.3)	
สถานภาพสมรส			
โสด	15(39.5)	23(60.5)	p = 0.847
แต่งงาน	81(44.5)	101(55.5)	
อื่นๆ ^ก	16(44.4)	20(55.6)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	74(47.4)	82(52.6)	p = 0.027
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	23(50.0)	23(50.0)	
อนุปริญญาขึ้นไป	15(27.8)	39(72.2)	
อาชีพ			
ไม่ทำงาน ^ข	27(43.5)	35(56.5)	p = 0.095
รับราชการ ^ก	21(32.8)	43(67.2)	
งานอิสระ ^ง	64(49.2)	66(50.8)	
ฐานะทางเศรษฐกิจ			
ไม่พอใช้	39(58.2)	28(41.8)	p = 0.001
พอใช้	62(43.4)	81(56.6)	
เพียงพอเหลือเก็บ	11(23.9)	35(76.1)	

หมายเหตุ : N =256

^กรวมหม้าย หย่า และแยก

^ขรวมนักเรียน นักศึกษา

^ครวมลูกจ้าง

^งรวมค้าขาย รับจ้าง เกษตรกร

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากร กับการล่าช้ารักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ ตนเอง	การล่าช้าในการรักษา		Chi-Square tests
	ล่าช้า	ไม่ล่าช้า	
ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว			
ด้วยมะเร็งเต้านม			
ไม่มี	102(44.5)	127(55.5)	p = 0.457
มี	10(37.0)	17(63.0)	
ประวัติอาการผิดปกติของเต้านม			
ไม่เคย	79(41.4)	112(58.6)	p = 0.187
เคย	33(50.8)	32(49.2)	
การตรวจมะเร็งเต้านม			
ไม่เคย	89(45.4)	107(54.6)	p = 0.112
ตรวจไม่สม่ำเสมอ	18(47.4)	20(52.6)	
ตรวจประจำปี	5(22.7)	17(77.3)	
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง			
ไม่เคย	54(51.9)	50(48.1)	p = 0.087
ตรวจไม่สม่ำเสมอ	31(36.9)	53(63.1)	
ตรวจประจำทุกเดือน	27(39.7)	41(60.3)	
การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย			
พบแพทย์	53(37.3)	89(62.7)	p = 0.068
ซื้อยากินเอง	51(52.0)	50(48.0)	
อื่นๆ ^ก	8(50.0)	8(50.0)	

หมายเหตุ : N=256

^กรวมการพักผ่อน ปรึกษานักคนอื่น และการอดทนต่ออาการ

ปัจจัยภายในบุคคลกับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม (ตารางที่ 11) พบว่า **แรงงูใจทางด้านสุขภาพ** มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษา ($p = 0.002$) ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ล่าช้าในการรักษาเพิ่มขึ้นตามกลุ่มที่มีระดับแรงงูใจทางสุขภาพต่ำลง คือ ร้อยละ 33.8,

47.9 และ 61.8 ตามลำดับ การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษา ($p=0.021$) ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ล่าช้าในการรักษามากที่สุด คือกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมในระดับต่ำ (ร้อยละ 55.3) ซึ่งมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมในระดับปานกลางและระดับสูง (ร้อยละ 36.5 และ ร้อยละ 50.0) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษา ($p=0.033$) ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ล่าช้าในการรักษาของกลุ่มที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาในระดับต่ำกว่า (ร้อยละ 53.9) มากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาในระดับสูง (ร้อยละ 39.4) การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษา ($p<0.015$) ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ล่าช้าในการรักษาเพิ่มขึ้นตามระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการรักษาที่เพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 35.1 และ 50.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล กับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยภายในบุคคล	การล่าช้าในการรักษา		Chi - Square tests
	ล่าช้า	ไม่ล่าช้า	
แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ			
สูง	44(33.8)	86(66.2)	$p = 0.002$
กลาง	34(47.9)	37(52.1)	
ต่ำ	34(61.8)	21(38.2)	
การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม			
สูง	16(50.0)	16(50.0)	$p = 0.021$
กลาง	54(36.5)	94(63.5)	
ต่ำ	42(55.3)	34(44.7)	
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา			
สูง	71(39.4)	109(60.6)	$p = 0.033$
ต่ำกว่า	41(53.9)	35(46.1)	
การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา			
กลางขึ้นไป	73(50.3)	72(49.7)	$p = 0.015$
ต่ำ	39(35.1)	72(64.9)	

N =256

ปัจจัยเกี่ยวกับระบบบริการ กับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมพบว่า **หลักประกันทางด้านสุขภาพ** มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษา ($p=0.004$) ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ 30 บาท (ร้อยละ 53.3) ล่าช้าในการรักษามากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้หลักประกันในการรักษาประเภทอื่น (ร้อยละ 35.3) ดังตารางที่ 12

ปัจจัยการแสวงหาการรักษา กับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม (ตารางที่ 12) พบว่า **การแสวงหาการรักษา** มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษา ($p=0.004$) ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีขั้นตอนการแสวงหาการรักษาตั้งแต่ 4 ขั้นตอนขึ้นไป (ร้อยละ 65.5) ล่าช้าในการรักษามากกว่าเมื่อเทียบกับ กลุ่มตัวอย่างที่มีขั้นตอนการแสวงหาการรักษาน้อยกว่า 4 ขั้นตอน (ร้อยละ 24.8) **การยอมรับในบริการ** ไม่มีความสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ล่าช้าในการรักษาใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 41.5 และ 52.9 ตามลำดับ ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระบบบริการ และปัจจัยการแสวงหาการรักษา กับ การล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม

ปัจจัย	การล่าช้าในการรักษา		Chi - Square tests
	ล่าช้า	ไม่ล่าช้า	
ปัจจัยด้านระบบบริการ			
หลักประกันทางสุขภาพ			
บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท	64(53.3)	56(46.7)	p = 0.004
อื่นๆ ^ก	48(35.3)	88(64.7)	
ปัจจัยการแสวงหาการรักษา			
การแสวงหาการรักษา			
<4 ขั้นตอน	34(24.8)	103(75.2)	p = 0.000
≥4 ขั้นตอน	78(65.5)	41(34.5)	
การยอมรับในบริการ			
สูง	85(41.5)	120(58.5)	p = 0.139
ต่ำกว่า	27(52.9)	24(47.1)	

หมายเหตุ : N=256

^aรวมจ่ายเงินเอง สวัสดิการราชการ ประกันสังคมและประกันชีวิต

4.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการล่าช้าในการรักษา

เพื่อพิจารณาผลของปัจจัยที่ศึกษาพร้อมๆกัน การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression analysis) ได้นำตัวแปรอิสระทั้งหมดทั้งที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญและไม่พบความสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษาจากการขั้นตอนของการวิเคราะห์สองตัวแปรเข้าในสมการทำนาย โดยวิธีการนำตัวแปรทั้งหมดเข้าในสมการวิเคราะห์ (enter method) ผลการวิเคราะห์ ในตารางที่ 13 พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดที่ประกอบด้วย อายุ, อาชีพ, ระดับการศึกษา, ฐานะทางเศรษฐกิจ, ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยมะเร็งเต้านม, แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ, การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม, การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา, การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา, การแสวงหาการรักษา, การยอมรับในบริการ, หลักประกันทางด้านสุขภาพ สามารถทำนายโอกาสการล่าช้าในการรักษามะเร็งของสตรีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 74.147$ df = 15 p-value < 0.001) โดยปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับโอกาสการล่าช้าในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้ว ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับการแสวงหาการรักษาและการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (p < 0.001, p < 0.05 ตามลำดับ) การแสวงหาการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับโอกาสการล่าช้าในการรักษา กล่าวคือ โอกาสล่าช้าในการรักษาจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เมื่อการแสวงหาการรักษาเพิ่มหนึ่งขั้นตอน (Odds ratio = 2.01) ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับโอกาสการล่าช้าในการรักษา กล่าวคือ โอกาสล่าช้าในการรักษาจะลดลงร้อยละ 10 เมื่อการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย (Odds ratio = 0.90)

สำหรับปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ, อาชีพ, ระดับการศึกษา, ฐานะทางเศรษฐกิจ, ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยมะเร็งเต้านม, แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ, การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม, การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา, การยอมรับในบริการ, หลักประกันทางด้านสุขภาพ ไม่พบว่ามีนัยสำคัญอย่างมีนัยสำคัญกับโอกาสการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกของการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม

ตัวแปรอิสระ	Coefficients	Odds ratios
ค่าคงที่	1.635	
อายุ	-0.025	0.97
ระดับการศึกษา		
ประถมหรือต่ำกว่า	0.321	1.37
มัธยมหรือเทียบเท่า	0.352	1.42
อนุปริญญาขึ้นไป	===	1.00
อาชีพ		
ไม่ทำงาน	-0.028	0.97
ลูกจ้าง	0.097	1.10
งานอิสระ	===	1.00
ฐานะทางเศรษฐกิจ		
ไม่พอใช้	0.715	2.04
พอใช้	0.467	1.59
เพียงพอเหลือเก็บ	===	1.00
ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม		
ไม่เคย	0.245	1.27
เคย	===	1.00
หลักประกันทางสุขภาพ		
บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท	-0.006	0.99
อื่นๆ ¹	===	1.00
แรงจูงใจทางสุขภาพ	-0.059	0.94
การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม	-0.009	0.99
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	-0.105*	0.90
การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา	0.035	1.03
การแสวงหาการรักษา	0.699***	2.01
การยอมรับในบริการ	0.000	1.00
Model X ² = 74.147*** df = 15		
N = 256		

== = กลุ่มอ้างอิง *p<0.05, ** p<0.01, ***p<0.001

¹รวมจ่ายเงินเอง สวัสดิการราชการ ประกันสังคมและประกันชีวิต

บทที่ 5

การอภิปรายผล

ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มุ่งศึกษาปริมาณและลักษณะของการล่าช้าในการรักษามะเร็งมะเร็งเต้านม แบบแผนการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตั้งแต่เริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมจนเริ่มรักษา รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในศูนย์มะเร็งภาคกลาง ผลจากการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากสตรีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 256 คน ได้ข้อค้นพบและสามารถอภิปรายได้ในแต่ละประเด็นดังนี้

1) การล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมของสตรี พบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง(ร้อยละ 43.8) มีการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม โดยใช้ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมจนกระทั่งเริ่มการรักษามะเร็ง เกือบ 4 เดือน (112 วัน) เมื่อพิจารณาแบ่งการล่าช้าเป็น 2 ลักษณะ พบสตรีกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 48.4) มีการล่าช้าจากตัวผู้ป่วย โดยใช้ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านม จนกระทั่งพบแพทย์ครั้งแรกเกือบ 4 เดือน(113วัน) และเกือบ 1 ใน 4 ของสตรีกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 23.0) มีการล่าช้าจากระบบบริการ โดยใช้ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มพบแพทย์ครั้งแรก จนกระทั่งเริ่มการรักษามะเร็งเต้านมเกินกว่า 2 เดือน (77 วัน) จากผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การล่าช้าที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นการล่าช้าจากผู้ป่วยเองโดย กลุ่มตัวอย่างมีการแสวงหาการรักษาเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านม ด้วยการกระทำพฤติกรรมหลายรูปแบบก่อนมาพบแพทย์ ได้แก่ การรอสังเกตอาการผิดปกติ (ร้อยละ 42.2) ปรึกษานักคนอื่น (ร้อยละ 39.1) และการทดลองรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง (ร้อยละ 3.9) ซึ่งการกระทำที่ตอบสนองต่ออาการผิดปกติเหล่านี้ เป็นสาเหตุให้สตรีตัดสินใจล่าช้าในการมาพบแพทย์ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปารมี ทองสุขใส (Thongsuksai, 2000 : 110) ที่พบว่าการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมมาจากตัวผู้ป่วยเองมากกว่าการล่าช้าจากระบบบริการ

แต่ในการศึกษาค้นคว้าพบว่าช่วงระยะเวลาโดยเฉลี่ยของการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมนานเกือบ 4 เดือน แต่ก็พบว่ายังน้อยกว่าช่วงระยะเวลาของการล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจากการศึกษาของ สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ (Phisaipanth, 2002 : 1) ซึ่งพบว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมถึง 5.5 เดือน จากผลการศึกษาเรื่องการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมครั้งนี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น จากแผนการรักษาของแพทย์ที่กลุ่ม

ตัวอย่างได้รับเมื่อเริ่มการรักษามะเร็งเต้านม พบกลุ่มตัวอย่างที่ล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม ต้องเริ่มการรักษามะเร็งเต้านมด้วยวิธีเคมีบำบัดมากกว่าสตรีที่ไม่ล่าช้าต่อการรักษา เกือบ 5 เท่า

ในแง่ของการวัดช่วงระยะเวลาทั้งหมดของการล่าช้าในการรักษาของการศึกษานี้ ใช้การสัมภาษณ์ข้อมูลย้อนหลังเป็นช่วงๆ ตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติของเต้านมตนเองจนเริ่มการรักษามะเร็งเต้านม พบว่ามีช่วงระยะเวลานานเกือบ 4 เดือน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าเกิดจากความจำช่วงระยะเวลาที่คลาดเคลื่อนของสตรีเอง จึงทำให้ช่วงระยะเวลาทั้งหมดของการล่าช้าในการรักษายาวนาน และนอกจากนี้การพบการล่าช้าจากระบบบริการที่นานเกินกว่า 2 เดือน อาจไม่สามารถสรุปได้ว่าการล่าช้าที่เกิดขึ้นมาจากระบบบริการเพียงอย่างเดียว เนื่องจากหลังจากพบแพทย์และได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างมีการแสวงหาการรักษาจากแพทย์ทางเลือกอื่นร่วมด้วย ก่อนเริ่มการรักษามะเร็งเต้านมทางแพทย์แผนปัจจุบัน

2) การแสวงหาการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อตอบสนองเริ่มแรกต่อการพบอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง 4 ลักษณะใหญ่ๆ คือ การรอสังเกตอาการ (ร้อยละ 42.2) การหาคำปรึกษาจากบุคคลอื่น (ร้อยละ 39.1) การทดลองรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง (ร้อยละ 3.9) และการไปพบแพทย์แผนปัจจุบันในสถานบริการต่างๆทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ (ร้อยละ 4.8) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การไปพบแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านม ยังเป็นสิ่งที่สตรีกลุ่มนี้ไม่เลือกกระทำ แต่ยังคงรอสังเกตอาการ และหาคำปรึกษาจากบุคคลอื่น ก่อนตัดสินใจไปพบแพทย์ ผลที่พบเช่นนี้สอดคล้องกับแบบจำลองการแสวงหาการรักษาของ ไอกัน ซึ่งอธิบายไว้ว่าการตอบสนองต่ออาการผิดปกติที่พบขึ้นอยู่กับ การรับรู้ว่าการผิดปกติมีความรุนแรงหรือไม่ ถ้าไม่รุนแรงก็จะรอดูอาการ หรือรักษาตนเองและปรึกษามุมมองบุคคลใกล้ชิด ซึ่งจากข้อมูลพบสตรีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80 และร้อยละ 55 ที่มีการรับรู้ “อาการผิดปกติของเต้านมสามารถหายเองโดยไม่ต้องรักษา” และ “อาการผิดปกติของเต้านมที่พบไม่ใช่มะเร็ง” ตามลำดับ (ตารางที่ 22-23 ภาคผนวก ก)

จากการวิจัยพบว่าแบบแผนการแสวงหาการรักษาของมะเร็งเต้านมในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กระทำใน 3 ลักษณะ คือ

แบบที่ 1 ; ปรึกษาจากบุคคลอื่น > พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ > รักษาที่ศูนย์มะเร็ง (ร้อยละ 39.8)

แบบที่ 6 ; รอสังเกตอาการ > ปรึกษามุมมองบุคคลอื่น > พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ > รักษาที่ศูนย์มะเร็ง (ร้อยละ 27.3)

แบบที่ 7 ; พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ > รักษาที่ศูนย์มะเร็ง (ร้อยละ 12.1)

แสดงให้เห็นว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างมีการแสวงหาการรักษาผ่านการรอสังเกตอาการ ผิดปกติ และการปรึกษานุคคลอื่นก่อนมาพบแพทย์ โดยเมื่อเริ่มจากพบอาการผิดปกติของเต้านมตนเอง สตรีรอสังเกตอาการเพื่อประเมินอาการผิดปกตินั้นจนแน่ใจ หรืออาจสอบถามอาการผิดปกติจากบุคคลใกล้ชิดด้วย ดังจะเห็นได้จากข้อมูลที่พบว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) เคยปรึกษานุคคลอื่นเกี่ยวกับอาการผิดปกติของเต้านม เมื่อสตรีแน่ใจและยอมรับอาการผิดปกตินั้นเป็นภาวะเจ็บป่วย จะเข้าสู่ขั้นตอนการตัดสินใจเลือกสถานบริการสุขภาพโดยการประเมินคุณภาพการรักษาจากสถานบริการ ซึ่งขั้นตอนนี้นุคคลใกล้ชิดอาจมีบทบาทช่วยให้แนะนำการรักษาและประเมินคุณภาพการรักษาจากสถานบริการหากประเมินแล้วคุณภาพของการรักษาจากสถานบริการไม่สามารถทำให้อาการหายป่วยได้ก็จะเปลี่ยนสถานบริการใหม่ จนกระทั่งมารับการรักษาที่ศูนย์มะเร็ง ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าสถานบริการสุขภาพที่สตรีเลือกเข้ารับการรักษา เมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมตนเองเป็นแห่งแรก คือ โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ

ผลการศึกษาที่สอดคล้องการศึกษของการศึกษาของชุดิมา ทั้งศิริชัย, (2528 : 1) พบแบบแผนพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก เริ่มจากพฤติกรรมชะลอการรักษาเมื่ออาการของโรคไม่หายไป ผู้ป่วยจะแสวงหาการรักษาต่อไป โดยมีขั้นตอนตั้งแต่ 1-9 ขั้นตอน ซึ่งแบบแผนต่างๆดังกล่าวจะกำหนดให้ผู้ป่วยมีระยะการเจ็บป่วยเป็นโรคต่างกันด้วย การรับรู้อาการของโรค บทบาทของบุคคลใกล้ชิดปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมชะลอการรักษา สำหรับปัจจัยที่กำหนดการตัดสินใจแสวงหาการรักษาของผู้ป่วย คือ การรับรู้อาการผิดปกติ เพราะอาการนั้นมากขึ้นกว่าเดิม หรือ ไม่ทราบสาเหตุของอาการ และบุคคลใกล้ชิดมีส่วนในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วยว่าผิดปกติ

3) ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษา ในการศึกษานี้ พบว่าเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยควบคุมปัจจัยอื่นๆแล้ว ปัจจัยที่มีผลหรือมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษา มี 2 ปัจจัย คือ การแสวงหาการรักษา และ การรับรู้ประโยชน์ต่อการรักษา ซึ่งเป็นตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ โดยการแสวงหาการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับโอกาสการล่าช้าในการรักษา (Odds ratio =2.01) ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่า การแสวงหาการรักษายังมีขั้นตอนมาก ยิ่งทำให้มีการล่าช้าในการรักษามากขึ้นด้วย ที่เป็นเช่นนี้เพราะ การกระทำต่างๆในแต่ละขั้นตอนของการแสวงหาการรักษา ต้องใช้ระยะเวลาในการกระทำแต่ละกิจกรรม โดยจากแผนภูมิที่ 5 (หน้า 61) ซึ่งเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมมีการแสวงหาการรักษาโดยผ่านการรอสังเกตอาการ ปรึกษานุคคลอื่น หรือแม้แต่รักษาอาการผิดปกติด้วยตนเองก่อนมาพบแพทย์ และยัง

พบกลุ่มตัวอย่างเคสพิคนัดในการรักษา (ร้อยละ 14.5) เคยเปลี่ยนโรงพยาบาลในการรักษามะเร็งเต้านม (ร้อยละ 13.3) และพบกลุ่มตัวอย่างเริ่มการรักษามะเร็งเต้านมด้วยการกินยาสมุนไพร หรือยาหม้อ (ร้อยละ 7.0) จากการสัมภาษณ์ พูดคุยกับสตรีกลุ่มตัวอย่างพบว่า การรับประทานยาสมุนไพร 1 ชุด จะใช้ระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์ โดยมีข้อแนะนำว่าให้รับประทานหลายชุดถึงจะเห็นผล จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นได้ว่าการแสวงหาการรักษาที่มากขึ้นตอนจะทำให้ต้องใช้ระยะเวลา มากขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ (Phisaiphanth, 2002 : 1) พบ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลรักษาในระดับไม่ดี จะมีการล่าช้าต่อการรักษา มากกว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลรักษาในระดับดี 3.96 เท่า

ส่วนการรับรู้ประโยชน์ในการรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับโอกาสการล่าช้าในการรักษา (Odds ratio =0.90) ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น จะทำให้การล่าช้าในการรักษาลดลง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนการตัดสินใจ ของ คาสล์ และคอบบ์ (Kasl & Cobb) ที่กล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจกระทำของบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะ ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา และการรับรู้อุปสรรคในการรักษา จากผลการศึกษานี้พบ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้การล่าช้าในการรักษาลดลง แสดงให้เห็นว่า สตรีให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติ เพื่อลดภาวะคุกคามจากอาการผิดปกติที่พบ และคาดหวังในผลดีที่ตนเองจะได้รับ จึงทำให้เกิดสตรีที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา รีบมาพบแพทย์เมื่อพบอาการ ผิดปกติของเต้านม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของดราคัพและคณะ (Dracup, et al., 1995 : 379) พบการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการรักษามะเร็งของผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่อธิบายพฤติกรรมการ ล่าช้าในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร ระหว่างปัจจัย ที่ศึกษากับการล่าช้าในการรักษา พบว่าปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยการแสวงหาการรักษา ปัจจัยลักษณะทางประชากร และปัจจัยระบบบริการ โดยขอ อภิปรายแต่ละกลุ่มปัจจัยดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคามของ มะเร็งเต้านม และการรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา

แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ : จากผลการศึกษานี้พบว่าแรงจูงใจทางสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษา ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน และแนวคิด

แบบแผนการตัดสินใจ ของคาสล และคอบบ์ (Kasl & Cobb) ที่ว่าแรงจูงใจทางสุขภาพ เป็นสิ่งเร้าภายในตัวบุคคลจากประสบการณ์ในอดีต ที่เกิดจากการเจ็บป่วยที่ผ่านมา ซึ่งนำมาสู่ความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง อาจเป็นไปได้ว่าข้อคำถามที่ใช้วัดแรงจูงใจทางสุขภาพจะใกล้เคียงกันมากกับข้อคำถามที่ใช้วัดการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการรักษา ซึ่งอาจเกิดจากการให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการของทั้ง 2 ตัวแปร ไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจน อีกประการหนึ่งคือ สตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพในระดับของการรับรู้ภายในตัวบุคคลเท่านั้น ยังไม่ถึงระดับของการแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยพบความขัดแย้งของข้อมูลแรงจูงใจทางสุขภาพ กับประวัติการดูแลสุขภาพตนเองในอดีต เรื่องของการตรวจสุขภาพ พบเกือบ 3 ใน 4 ของสตรี (ร้อยละ 70.3) มีการรับรู้ต่อความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปี (ตารางที่ 21 ภาคผนวก ค) แต่กลับพบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.6) ไม่เคยตรวจมะเร็งเต้านมเลย และเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 76.2) มีการรับรู้ต่อการตรวจเต้านมตนเองเป็นเรื่องไม่ยุ่งยาก (ตารางที่ 21 ภาคผนวก ค) แต่พบสตรีส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.6) ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง และร้อยละ 32.8 ตรวจไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นจึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ตารางไขว้ พบว่าร้อยละของสตรีที่ล่าช้าในการรักษาเพิ่มขึ้นตามกลุ่มที่มีระดับแรงจูงใจทางด้านสุขภาพต่ำลง (ตารางที่ 11)

การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม : จากผลการศึกษานี้พบว่าการรับรู้ภาวะคุกคามไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษา ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน และแนวคิดแบบแผนการตัดสินใจ ของคาสล และคอบบ์ (Kasl & Cobb) ที่ว่าการรับรู้ภาวะคุกคามจากอาการแสดงที่พบซึ่งมีผลต่อการเจ็บป่วยของบุคคล เป็นการรับรู้ถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองจากอาการผิดปกติ และผลกระทบของอาการผิดปกติของเต้านมตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ (Phisaipanth, 2002 : 1) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมมีผลต่อการล่าช้าในการรักษา โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมต่ำจะมีการล่าช้าต่อการรักษา มะเร็งเต้านมมากกว่าถึง 3.6 เท่า ที่เป็นเช่นนี้ผู้วิจัยเชื่อว่าเนื่องจาก สตรีกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะคุกคามในระดับสูงและระดับต่ำ มีร้อยละของการล่าช้าในการรักษาสูงใกล้เคียงกัน และร้อยละของการล่าช้ากับไม่ล่าช้าภายในกลุ่มใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่ม แต่อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ตารางไขว้ พบร้อยละของการล่าช้าในกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมในระดับต่ำ มากกว่าสตรีที่มีการรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านมระดับปานกลางขึ้นไป (ตารางที่ 11)

การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา : จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษาไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษา ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และแนวคิดแบบแผนการตัดสินใจ ของคาสล์ และคอบบ์ (Kasl & Cobb) ที่ว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเป็นการคาดการณ์ถึงค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติเพื่อลดภาวะคุกคามจากอาการผิดปกติที่พบ ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฮยอซูก และคณะ (Hyo-Sook, et al., 2004 : 259-266) ที่พบว่าอุปสรรคในการมาพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา เป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมได้ ที่เป็นเช่นนี้ผู้วิจัยเชื่อว่าเนื่องจากร้อยละของการล่าช้า กับไม่ล่าช้าในกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคระดับกลางขึ้นไปมีความใกล้เคียงกัน แต่อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ตารางไขว้ ยังพบร้อยละของสตรีที่ล่าช้าในการรักษาเพิ่มขึ้นตามระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการรักษาที่เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 11)

2) ปัจจัยการแสวงหาการรักษา ได้แก่ การยอมรับในบริการ

การยอมรับในบริการ : จากผลการศึกษาพบว่า การยอมรับในบริการไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษา ไม่เป็นไปตามสมมติฐานและ แนวคิดตามแบบจำลองการแสวงหาการรักษาของ ไอกันที่ว่าการแสวงหาการรักษาในขั้นตอนของการตัดสินใจ การเลือกแหล่งรักษาและวิธีการรักษา โดยใช้การประเมินคุณภาพของการรักษาจากแหล่งรักษาช่วยในการตัดสินใจ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากพบสตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.0) มีการยอมรับในบริการอยู่ในระดับสูง และการวิเคราะห์ตารางไขว้ พบร้อยละของการล่าช้าในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการยอมรับในบริการสูง และระดับต่ำกว่ามีความใกล้เคียงกัน จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษา (ตารางที่ 12)

3) ปัจจัยลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ และประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยมะเร็งเต้านม

อายุ : จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และไม่สอดคล้องกับความรู้ เรื่องปัจจัยและอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ที่ว่าการมีอายุมากกว่า 50 ปี มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น (กิติ จินดาวิชัยณ์, 2533 : 27-39) และไม่สอดคล้องผลการการศึกษาของ มอนเทลล่าและคณะ (Montella, et al., 1995: 1585) ที่พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุมาก (>60 ปี) มีพฤติกรรมที่ล่าช้าต่อการรักษามะเร็งเต้านมมากกว่ากับผู้ป่วยที่มีอายุน้อย นอกจากนี้ผลการศึกษาของโรเบิร์ตสัน และคณะ (Robertson R, et al., 2004)

พบกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมารับการรักษามะเร็งเร็วขึ้นด้วย ซึ่งอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีการกระจายน้อย สตรีส่วนใหญ่มีอายุเกาะอยู่ในกลุ่มช่วงอายุ 45- 54 ปี และ 35-44 ปี และความแตกต่างของการแบ่งช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเรื่องของการล่าช้าในการรักษา จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษานี้ แต่อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ตารางไขว้ พบร้อยละของสตรีที่ล่าช้าในการรักษาลดลงตามกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น(ตารางที่ 10)

อาชีพ : จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากร้อยละของการล่าช้ากับไม่ล่าช้าในกลุ่มตัวอย่างแต่ละระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน และผลการวิเคราะห์ตารางไขว้ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการล่าช้าในการรักษาเนื่องจากร้อยละของการล่าช้าในการรักษาใกล้เคียงกันในทุกกลุ่มอาชีพ จึงทำให้พบอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม (ตารางที่ 10)

ระดับการศึกษา : จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของมอนเตซีรีและคณะ (Montazeri, et al., 2003:4) พบการด้อยการศึกษามีโอกาสเสี่ยงต่อการล่าช้าในการมารักษาเพิ่มขึ้นประมาณ 5 เท่า (OR 5.2,95% CI 1.5-17.7) เช่นเดียวกับการศึกษา ของฟาซิโอเน และคณะ (Facione, et al., 2002 : 397) ที่พบการศึกษาที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้แนวโน้มที่จะเกิดการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมลดลง ซึ่งการไม่พบความสัมพันธ์นี้อาจเนื่องจากข้อมูลระดับการศึกษามีการกระจายน้อย โดยระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกาะกลุ่มในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 61.0) แต่อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ตารางไขว้ พบสตรีที่จบการศึกษาดั้งแต่ระดับอนุปริญาขึ้นไป มีร้อยละของการล่าช้าต่ำกว่าสตรีที่จบการศึกษาในระดับมัธยมหรือเทียบเท่า และต่ำกว่า จึงทำให้สตรีที่มีการศึกษาสูงมีการล่าช้าในการรักษาน้อยกว่าสตรีที่มีการศึกษาต่ำ (ตารางที่ 10)

ฐานะทางเศรษฐกิจ : จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรพบ พบว่า รายได้ของครอบครัวที่เหลือหลังหักค่าใช้จ่ายไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาของเลอเวอร์และคณะ (Lauver, et al., 1995 : 27) พบการมีข้อจำกัดทางการเงินเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้ป่วยคำนึงถึงต่อการมารับการรักษา รวมทั้งการสูญเสียรายได้ ค่าเดินทางในการมารับการรักษา แต่ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติกับการล่าช้าในการพบแพทย์ของผู้ป่วย แต่จากการศึกษา

ของฟาซิโอเน่ (Facione, et al., 2002 : 397) พบการมีรายได้ของครอบครัวต่ำมีความสัมพันธ์กับ แนวโน้มที่สตรีจะล่าช้าต่อการรักษา ซึ่งการไม่พบความสัมพันธ์นี้อาจมีปัจจัยชักนำอื่นที่ทำให้สตรี ตัดสินใจมาพบแพทย์เร็วขึ้นเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านม ในเรื่องของการมีหลักประกันในการ รักษาพบว่าสตรีส่วนใหญ่มีหลักประกันทางสุขภาพประเภทต่างๆ (ร้อยละ 91.4) และเกือบครึ่ง (ร้อยละ 46.9) ใช้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท ที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษามะเร็งเต้านม จึงไม่ พบว่ารายได้มีผลต่อการล่าช้าในการรักษา แต่อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ตารางไขว้ พบร้อยละ ของสตรีที่ล่าช้าในการรักษาลดลงตามระดับรายได้ของครอบครัวที่เหลือหลังหักค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 10) อาจเนื่องจากสตรีส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.9) ดำเนินถึงผลเสียต่อการทำงานเมื่อเข้ารับการรักษา มะเร็งเต้านมในโรงพยาบาล ซึ่งอาจกระทบต่อรายได้ที่อาจต้องสูญเสียในระหว่างการรักษา

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยมะเร็งเต้านม : จากผลการ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร พบว่าประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว ด้วยมะเร็งเต้านมไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม ซึ่งไม่ เป็นไปตามสมมุติฐานและไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมอนเตซีรีและคณะ (Montazeri, et al., 2003 : 4) ที่พบ การมีประวัติครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งเต้านมเสี่ยงต่อการล่าช้าในการรักษา มากกว่าการไม่มีประวัติครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งเต้านมประมาณ 2.8 เท่า และจากความรู้เรื่องปัจจัย และอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ที่ว่า การมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมจะมีอัตราเสี่ยง ต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (กิติ จินดาวิจักษ์ณ์, 2533 : 27-39) ซึ่งการไม่พบ ความสัมพันธ์นี้อาจเกิดจากข้อมูลมีการกระจายน้อย โดยพบสตรีส่วนใหญ่(ร้อยละ 89.5) ไม่เคยมี ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวด้วยมะเร็งเต้านม และจากการวิเคราะห์ตารางไขว้ พบร้อยละผล การศึกษาพบการล่าช้าในการรักษาของสตรีที่เคย และไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว ด้วยมะเร็งเต้านมไม่แตกต่างกัน จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว ด้วยมะเร็งเต้านม กับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม (ตารางที่ 10)

4) ปัจจัยระบบบริการ ได้แก่ หลักประกันทางด้านสุขภาพ

หลักประกันทางด้านสุขภาพ : จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ แบบตัวแปรพหุ พบหลักประกันทางสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการ รักษา มะเร็งเต้านม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานและไม่สอดคล้องกับการศึกษาของแคปแลนด์ และ คณะ (Caplan, et al., 1995: 804-12) พบการขาดหลักประกันทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วย มะเร็งเต้านมพิวดำเนินการล่าช้าในการรักษาของระบบบริการมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพิวขาว เช่นเดียวกับการศึกษาของฟาซิโอเน่ และคณะ (Facione, et al., 2002: 397-407) พบว่าการขาด

หลักประกันทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับแนวโน้มของสตรีที่จะล่าช้าต่อการรักษาหากพบอาการผิดปกติของตนเอง ซึ่งการไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการล่าช้าในการรักษานี้ อาจเป็นไปได้ว่า ความแตกต่างในการแบ่งกลุ่มของหลักประกันทางสุขภาพที่ใช้ในการศึกษา โดยการศึกษาครั้งนี้สนใจศึกษาการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาทในการรักษา กับกลุ่มที่ใช้หลักประกันทางสุขภาพประเภทอื่นๆ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาอื่นที่ศึกษาการล่าช้าในการรักษาของสตรีที่มีหลักประกันทางสุขภาพ กับสตรีที่ไม่มีหลักประกันทางสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ตารางไขว้ พบร้อยละของการล่าช้าในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท มากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้หลักประกันในการรักษาประเภทอื่น (ตารางที่ 12) และอาจเนื่องจากระบบการส่งต่อการรักษาผู้ป่วย ที่มีขั้นตอนของระบบการส่งต่อการรักษาผู้ป่วยหลายขั้นตอน หากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทาง แต่เริ่มตรวจอาการผิดปกติจากสถานบริการในระดับปฐมภูมิ ส่งต่อไปยัง รพ. ระดับทุติยภูมิ กว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งซึ่งเป็นสถานบริการในระดับตติยภูมิ ต้องใช้ระยะเวลาช่วงหนึ่งกับขั้นตอนของการส่งต่อการรักษาตามสถานบริการต่างๆ ซึ่งควรทำให้ช่วงเวลานี้สั้นที่สุดเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย

ข้อจำกัดของการทำวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมในครั้งนี้ ยังพบว่ามีข้อจำกัดของการศึกษาบางประการ ได้แก่ ประการแรกการศึกษาการล่าช้าในการรักษานี้เป็นการศึกษาการล่าช้าทั้งหมด (Total delay) นับตั้งแต่สตรีเริ่มพบอาการผิดปกติจนกระทั่งเริ่มการรักษามะเร็งเต้านม โดยไม่แยกศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าของผู้ป่วยหรือของระบบบริการ ดังนั้นการนำปัจจัยทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยด้านตัวบุคคล มาอธิบายการล่าช้าในการรักษาทั้งหมด จึงทำให้ปัจจัยดังกล่าวไม่สามารถอธิบายการล่าช้าได้ทั้งหมด อีกทั้งตัวแปรที่นำมาศึกษาการล่าช้าในการรักษานี้ ยังมีได้นำตัวแปรด้านระบบบริการที่มีผลต่อการล่าช้าของระบบบริการเข้ามาเป็นตัวแปรอิสระ เช่น การรอผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิ การรอตรวจแมมโมแกรม หรือแม้แต่การรอเตียงนอนเพื่อทำการรักษา ประการที่ 2 การวัดข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับการรับรู้ และโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับระยะเวลา อาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากกลุ่มตัวอย่างในแง่การลืม หรือการจำไม่ได้ อาจใช้การประมาณการ จึงทำให้ข้อมูลไม่ตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด และประการสุดท้าย การแสวงหาการรักษาแต่ละขั้นตอน

ขาดข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดที่มีส่วนในการแสวงหาการรักษา ซึ่งอาจพบสิ่งที่ยับยั้งการแสวงหาการรักษาแบบที่ทำให้เกิดการล่าช้าต่อการรักษามะเร็งได้

การเรียนรู้ที่ได้จากการทำวิจัย

- 1) การทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญในการทำวิจัย ผู้วิจัยต้องศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ให้เข้าใจอย่างชัดเจน ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้มากที่สุด ทำให้สร้างกรอบของการศึกษาได้ชัดเจน และยังเป็นข้อมูลสนับสนุนผลการวิจัยให้มีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น
- 2) การทำวิจัย นอกจากการวางแผนงานการวิจัย และเตรียมขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ แล้ว ผู้วิจัยควรติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานที่ผู้วิจัยต้องเก็บข้อมูลล่วงหน้าด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้วิจัยทราบถึงข้อจำกัดของหน่วยงาน สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาล่วงหน้า โดยเฉพาะงานวิจัยที่จำเป็นต้องมีผู้ช่วยในการทำวิจัย
- 3) การวัดปัจจัยกับพฤติกรรมต้องเป็นระดับเดียวกัน ในแง่ของความเฉพาะเจาะจง และควรเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นโดยตรง เครื่องมือที่วัดต้องมีความตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปริมาณและลักษณะของการล่าช้าในการรักษามะเร็งมะเร็งเต้านม แบบแผนการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตั้งแต่เริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมจนเริ่มรักษา รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในศูนย์มะเร็งภาคกลาง พ.ศ.2549 โดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนการตัดสินใจของ คาสส์และคอบบ์ (Kasl & Cobb) ซึ่งได้ปรับปรุงมาจากแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ และแบบแผนของการแสวงหาการรักษาของ ไอกัน (Igum)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ สตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่เข้ามารับการรักษาในศูนย์มะเร็งภาคกลาง ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มะเร็งชลบุรี ศูนย์มะเร็งลพบุรี พ.ศ.2549 จำนวน 256 คน ซึ่งได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบโควต้า(Quota Sampling) ตามคุณลักษณะประชากรที่กำหนด เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การสัมภาษณ์เกี่ยวกับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม โดยวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณและลักษณะของการล่าช้าในการรักษามะเร็งมะเร็งเต้านม ด้วย สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเกี่ยวกับแบบแผนการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยพิจารณาเนื้อหาและนำมาจัดกลุ่มแล้ววิเคราะห์ด้วย สถิติความถี่ ร้อยละ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการล่าช้าในการรักษา ทดสอบความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์ตัวแปรสองตัว (Bivariate analysis) ด้วยตารางไขว้และสถิติทดสอบไคสแคว์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระต่างๆกับการล่าช้าในการรักษา เมื่อพิจารณาผลที่มีต่อตัวแปรตามพร้อมๆกันแบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสถิติวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression)

สรุปผลการวิจัย

1. ปริมาณและลักษณะของการล่าช้าในการรักษามะเร็งมะเร็งเต้านม พบกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 43.8) มีการล่าช้าในการรักษาในการรักษามะเร็งมะเร็งเต้านม โดยใช้ระยะเวลาเฉลี่ยนานเกือบ 4 เดือน ตั้งแต่เริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านม จนกระทั่งเริ่มการรักษามะเร็ง เมื่อแบ่งพิจารณาการล่าช้าเป็น 2 ลักษณะ พบมีการล่าช้าจากผู้ป่วยเฉลี่ยนานเกือบ 4 เดือน (ร้อยละ 48.4) และการล่าช้าจากระบบบริการเฉลี่ยนานเกินกว่า 2 เดือน (ร้อยละ 23.0) ซึ่งเห็นได้ว่าการล่าช้าส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นเป็นการล่าช้าจากผู้ป่วยเอง โดยพบในกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 45- 54 ปี อายุเฉลี่ยประมาณ 49 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า อาชีพค้าขาย รับจ้าง และมีฐานะทางเศรษฐกิจโดยพิจารณาจากรายได้ของครอบครัวหลังหักค่าใช้จ่ายพอใช้

ในด้านประวัติการเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพตนเองในอดีต โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องเต้านมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยมะเร็งเต้านม ไม่เคยมีอาการผิดปกติของเต้านมมาก่อน ไม่เคยตรวจเต้านมตนเอง และไม่เคยตรวจมะเร็งเต้านมที่โรงพยาบาล แต่เมื่อร่างกายเกิดอาการเจ็บป่วยจะเลือกไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา

2. แบบแผนการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบกลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการแสวงหาการรักษามะเร็งเต้านม ทั้งหมด 14 ลักษณะ แต่มี 3 ลักษณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง จนกระทั่งเริ่มการรักษามะเร็งเต้านม ได้แก่

แบบที่ 1 ; ปรึกษาจากบุคคลอื่น > พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ > รักษาที่ศูนย์มะเร็ง (ร้อยละ 39.8)

แบบที่ 6 ; รอสังเกตอาการ > ปรึกษาบุคคลอื่น > พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ > รักษาที่ศูนย์มะเร็ง (ร้อยละ 27.3)

แบบที่ 7 ; พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ > รักษาที่ศูนย์มะเร็ง (ร้อยละ 12.1)

นอกจากนี้ยังพบกลุ่มตัวอย่างที่มีการแสวงหาการรักษามะเร็งเต้านม กับแพทย์ทางเลือก โดยการรับประทาน ยาหม้อ หรือ ยาสมุนไพร ก่อนมารับการรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบัน แต่เมื่อพิจารณาขั้นตอนแรกของการแสวงหาการรักษาที่สตรีตอบสนองต่ออาการผิดปกติของเต้านมที่พบด้วยตนเอง พบว่าสตรีเกือบทั้งหมดเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเองแล้วไม่รีบมาพบแพทย์ แต่เลือกที่จะรอสังเกตอาการ ปรึกษาจากบุคคลอื่น และบางส่วนทดลองรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆต่อการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม แบบสองตัวแปร (Bivariate analysis) ด้วยสถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-Square tests) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา หลักประกันทางด้านสุขภาพ และการแสวงหาการรักษา แต่สำหรับตัวแปร อาชีพ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยมะเร็งเต้านมและการยอมรับในบริการ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม และเมื่อนำตัวแปรทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression analysis) พบ 2 ปัจจัย ได้แก่ การแสวงหาการรักษา และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับโอกาสการล่าช้าในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้ว โดยพบว่า การแสวงหาการรักษาที่มีขั้นตอนเพิ่มขึ้น โอกาสการล่าช้าในการรักษาเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาเพิ่มขึ้นโอกาสการล่าช้าในการรักษาลดลงร้อยละ 10

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัยที่พบว่าการแสวงหาการรักษามะเร็งเต้านมที่มีขั้นตอนเพิ่มขึ้น โอกาสการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และยังพบการแสวงหาการรักษาขั้นตอนแรก ที่ตอบสนองต่ออาการผิดปกติของเต้านมของสตรีส่วนใหญ่ คือ รอสั่งเอกซเรย์ ปรึกษาบุคคลอื่น การลองรักษาตนเอง นอกจากนี้ยังพบการแสวงหาการรักษามะเร็งเต้านมแพทย์ทางเลือกโดยการรับประทาน ยาหม้อ หรือ ยาสมุนไพร ก่อนมารับการรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบัน โดยสตรีส่วนใหญ่เลือกโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐเป็นสถานบริการแห่งแรกในการตรวจอาการผิดปกติของเต้านมผ่านขั้นตอนการรักษาโดยใช้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท จึงควรมีมาตรการเพื่อลดขั้นตอนในการแสวงหาการรักษาโดย

1.1 เสนอการใช้กลยุทธ์การตลาดทางสังคม เพื่อสร้างกระแส และค่านิยมในการปฏิบัติที่ถูกต้องเมื่อสตรีพบอาการผิดปกติของเต้านม ให้รีบมาพบแพทย์ ช่วยลดขั้นตอนในการรอสั่งเอกซเรย์ การปรึกษามูลนิธิอื่นที่อาจได้รับคำแนะนำที่ไม่ถูกต้อง และการลองรักษาด้วยตนเอง

1.2 การจัดโครงการฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยตั้งเป้าหมายเพื่อฝึกให้สตรีไทยสามารถตรวจเต้านมตนเองได้อย่างถูกต้องคือ ถูกเวลา ถูกวิธี พร้อมสร้างความรู้และความเข้าใจใน

การปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมตนเอง ให้ครอบคลุมในระดับตำบลทั่วประเทศ

1.3 กำหนดมาตรฐานบริการในการตรวจรักษา การส่งต่อการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐเป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีการประกันคุณภาพบริการ เช่น การรายงานผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิภายใน 3 วัน การเริ่มการรักษาหลังแพทย์วินิจฉัยเป็นมะเร็ง ภายใน 1 เดือน การส่งต่อการรักษาที่ศูนย์มะเร็งเฉพาะทางโดยตรง ภายใน 3 วัน เพื่อช่วยลดขั้นตอนและระยะเวลารอคอยการรักษา

1.4 จัดบริการให้คำปรึกษาสำหรับสตรีที่พบอาการผิดปกติของเต้านม และสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม เป็นมาตรฐานของการบริการเดียวกันทุกสถานบริการ

1.5 กำหนดศูนย์มะเร็งทุกแห่ง มีศักยภาพพร้อมทั้งทางด้านบุคลากรและอุปกรณ์ต่างๆในการให้บริการรักษามะเร็งเต้านมแบบครบวงจร ด้วยมาตรฐานบริการเดียวกัน

1.6 ควรเผยแพร่ให้ประชาชนได้รู้ถึงผลกระทบของการรักษาแพทย์ทางเลือกจากการรับประทานยาหม้อที่อาจส่งผลกระทบต่อการรักษา มะเร็งเต้านม และกำหนด หรือเพิ่มบทลงโทษสำหรับผู้ที่ยกย่องหรือแอบอ้างการรักษา มะเร็งโดยใช้สารที่อาจก่อให้เกิดอันตราย

2. จากผลการวิจัยที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาเพิ่มขึ้น โอกาสการล่าช้าในการรักษาลดลงร้อยละ 10 ดังนั้นควรมีมาตรการที่จะช่วยให้สตรีเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านม มีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาเพิ่มมากขึ้นโดย

2.1 จัดเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการให้คำปรึกษาโดยตรง เพื่อให้คำปรึกษาสำหรับสตรีที่ตรวจพบอาการผิดปกติของเต้านม และสตรีหลังได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมทุกราย ให้เกิดความเข้าใจ และเห็นประโยชน์ในการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันอย่างถูกต้อง รวมทั้งผลกระทบของการรักษาจากแพทย์ทางเลือก

2.2 จัดฝึกอบรมอาสาสมัครสตรีที่เคยป่วยเป็นมะเร็งเต้านมและรักษาหายแล้ว ช่วยในการให้คำปรึกษากับสตรีที่ตรวจพบอาการผิดปกติของเต้านม และสตรีหลังได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม ทำให้สตรีเห็นประโยชน์ของการรักษาทางได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

2.3 เพิ่มช่องทางสื่อสารต่างๆ ที่มีอยู่ในศูนย์มะเร็ง โดยใช้สื่อที่เข้าถึงสตรีกลุ่มเป้าหมาย เช่น ทัศนทัศน์การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทางมะเร็งเต้านม จัดมุมหนังสือ ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ประโยชน์ของการรักษาทันทีที่พบอาการผิดปกติและการรักษามะเร็งเต้านมในระยะ

เริ่มแรก ให้สตรีและญาติที่มารับการตรวจได้ดู ฟัง หรืออ่านระหว่างรอการตรวจรักษา เพื่อเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามะเร็งเต้านมที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการล่าช้าในการรักษามะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ เช่น ระยะเวลาการให้บริการทางห้องทางห้องปฏิบัติการ การรอเตียง
2. ควรมีการศึกษาแยกระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าของผู้ป่วย กับปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าของระบบบริการ
3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าของผู้ป่วยในการมาพบแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านม โดยการสัมภาษณ์ ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดที่มีบทบาทในการตัดสินใจของสตรีในการมารับการรักษา เพื่อช่วยในการกำหนดแนวทางแก้ปัญหาการล่าช้าของผู้ป่วยก่อนมาพบแพทย์ได้อย่างถูกต้อง
4. การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าของระบบบริการในการรักษามะเร็งเต้านมโดยการสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการปรับปรุงระบบบริการให้แก่ผู้ป่วย
5. ควรมีการศึกษาปัจจัยการรักษามะเร็งเต้านมด้วยวิธีรักษาทางเลือกอื่นต่อการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษามะเร็งอย่างถูกต้อง

ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในศูนย์มะเร็งภาคกลาง

นางนภินิส รัตนภาสุร 4637244 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์ Ph.D., สุปรียา ตันสกุล Ph.D.,
ลักขณา เต็มศิริกุลชัย Ph.D., พงษ์กิติ ฐิตุภกร B.Sc.; MBBS; DTM & H; FRCST; FICS.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของสตรีไทย โดยมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น จาก 3.6 คนต่อแสนประชากรในปี 2543 เป็น 4, 4.7, 5.8 และ 5.9 คนต่อแสนประชากร ใน พ.ศ.2544 ถึง 2547 (สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2547 : 85) ตามลำดับ สำหรับอัตราป่วยของมะเร็งเต้านม พบเป็นอันดับสอง รองจากมะเร็งปากมดลูก คือ ประมาณ 17.2 คนต่อแสนประชากร และพบอัตราป่วยรายใหม่สูงสุดในภาคกลางของประเทศไทย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2546 : 47-49)

การค้นหาอาการผิดปกติของเต้านมและพบแพทย์เพื่อรับการรักษาที่ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรคมะเร็ง และมีชีวิตยืนยาวเช่นเดียวกับคนปกติได้ การรักษา มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกให้ผลลัพธ์ภายหลังการรักษาที่ดีกว่าการรักษามะเร็งในระยะลุกลาม โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาอยู่ในระยะเริ่มแรกจะมี อัตรารอดชีวิตในระยะ 5 ปี (5 years survival rate) มากกว่าผู้ป่วยในระยะลุกลาม (Brailley, 1986 : 223) อย่างไรก็ตาม จากรายงานพบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติในระหว่างปี พ.ศ. 2540-2544 ถึง ร้อยละ 70.3, 63.6, 70.2, 65.4 และ 62.2 ตามลำดับ ที่มีระยะของโรคอยู่ในระยะลุกลาม ข้อมูลนี้ชี้ชัดว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังคงมีการล่าช้าในการรักษา

เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษา มุมมองของแบบแผนการตัดสินใจ (Decision-making Model) ต่อการเจ็บป่วย (Kasl & Cobb, Kirscht, 1974 : 398) ซึ่งระบุว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วยเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ ความเข้าใจ การยอมรับและให้ความสำคัญต่ออาการ แสดงที่ผิดปกติ และมีผลต่อการตัดสินใจกระทำของบุคคลที่จะรักษาทันทีหรือไม่ ตามแนวคิดนี้มี 4 ปัจจัยหลักที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจในการปฏิบัติ คือ แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ (Health Motivation) การรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived Threat) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (Perceived Benefit) และ การรับรู้อุปสรรคในการรักษา (Perceived Barrier) ดังนั้นการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านมของสตรีอาจสันนิษฐานได้ว่าถูกนำด้วย สิ่งปัจจัยนี้ นอกจากนี้แล้ว แนวคิดของ ไอกัน (Igun 1979 : 446) ซึ่งระบุว่า บุคคลใกล้ชิด ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการรวมทั้งการประเมินอาการและประเมินผลการรักษา ตามแนวคิดนี้สันนิษฐานได้ว่าการตอบสนองด้วยการกระทำต่างๆ อันได้แก่ การรักษาตนเองด้วยวิธีต่างๆ การปรึกษา บุคคลอื่นๆ ก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษาในสถานบริการเฉพาะทาง ที่ตนเองยอมรับ อาจเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การล่าช้าในการรักษาได้เช่นกัน

การทบทวนงานวิจัยยังพบอีกว่า ปัจจัยด้านประชากรบางปัจจัยสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุมากจะมารักษามะเร็งเต้านมล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Montella, et al. 1995 : 1585 ; Ramirse, et al. 1999 : 1127 ; Arndt, et al., 2002 : 1034 ; Bish, et al., 2004 : 321) การด้อยการศึกษาเสี่ยงต่อการล่าช้าในการรักษา (Montazeri, et al., 2003 : 4) การมีสถานภาพสมรสหม้าย หรือหย่า เสี่ยงต่อการล่าช้าในการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ยังโสด (Montazeri, et al., 2003 : 4) การมีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งเต้านมเสี่ยงต่อการล่าช้าในการรักษา (Montazeri, et al., 2003 : 4) การมีรายได้ต่ำส่งผลกระทบต่อล่าช้าในการรักษาของสตรี (Facione, et al., 2002 : 397 ; Freeman & Wasfie, 1989 : 2562-69 ; Lauver, et al., 1995 : 27)

การศึกษาการล่าช้าในการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสำหรับประเทศไทยยังมีไม่มาก การศึกษาที่ผ่านมามีเฉพาะพื้นที่เดียว ดังเช่น การศึกษาของสุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ (2002: 76) ซึ่งทำการศึกษาในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานครและผลพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยใช้เวลาประมาณ 5-6 เดือนก่อนได้รับการรักษา การขยายขอบเขตของการศึกษาที่กว้างขึ้น และการตรวจสอบปริมาณการล่าช้าในการรักษาที่มีอยู่จริงรวมทั้งปัจจัยที่สัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษาจึงเป็นสิ่งจำเป็น การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อ (1) อธิบายพฤติกรรมการแสวงหาการ

รักษาภายหลังจากพบอาการผิดปกติที่เต้านม (2) ปริมาณและประเภทของการล่าช้าในการรักษา และ (3) ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ระเบียบวิธีการศึกษา

ประชากรและตัวอย่าง การศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวางนี้ ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่มารับการรักษาที่ ศูนย์มะเร็งภาคกลาง 3 ศูนย์ คือ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มะเร็งลพบุรี และศูนย์มะเร็งชลบุรี ประชากรประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมครั้งแรก ไม่เคยได้รับการรักษาอาการผิดปกติของเต้านม และ เริ่มรักษามะเร็งเต้านมด้วย เคมีบำบัด หรือการผ่าตัดเต้านม กำหนดจำนวนตัวอย่าง 256 รายด้วยสูตรการประมาณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วน และแบ่งจำนวนตัวอย่างจำแนกตามแต่ละศูนย์ ดังนี้ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 122 ราย ศูนย์มะเร็งลพบุรี 75 รายและศูนย์มะเร็งชลบุรี 59 ราย สุ่มตัวอย่างแบบโควต้าตามคุณลักษณะประชากรที่กำหนดไว้จนครบตามจำนวนตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละศูนย์

การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษานี้ทำในช่วงระหว่างเดือนมีนาคม ถึง กรกฎาคม 2549 โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลย้อนหลัง ด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้าข่ายจะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการสอบถามข้อมูลและเซ็นใบยินยอมให้ข้อมูลจากผู้สัมภาษณ์ ข้อมูลมีการควบคุมคุณภาพโดยผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาและอธิบายวิธีการสัมภาษณ์ แก่พนักงานสัมภาษณ์ในแต่ละศูนย์มะเร็ง และติดตามให้คำแนะนำโดยผู้วิจัยขณะดำเนินการเก็บข้อมูล

แบบสัมภาษณ์นำไปทดสอบกับผู้ป่วย 30 ราย ความสอดคล้องภายใน สำหรับข้อคำถามในแต่ละส่วน คือ แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา และการยอมรับบริการ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.77, 0.81, 0.71, 0.80 , 0.6 ตามลำดับ

ตัวแปรและการวัด ตัวแปรตาม คือ การล่าช้าในการรักษาเป็นตัวแปรทวิ โดยการล่าช้าในการรักษา เมื่อระยะเวลาที่รายงานนับตั้งแต่สตรีพบอาการผิดปกติด้วยตนเองกระทั่งพบแพทย์และได้รับการรักษามากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน และไม่ล่าช้าในการรักษา เมื่อระยะเวลาที่รายงานนั้นน้อยกว่า 3 เดือน **ตัวแปรอิสระ** ได้แก่ การศึกษา อาชีพ ฐานเศรษฐกิจ ประวัติการป่วยเป็นมะเร็งของบุคคลในครอบครัว หลักประกันสุขภาพ วัดในระดับนามมาตรา สำหรับ อายุ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้

ภาวะคุกคามของโรคมะเร็ง การรับรู้ประชนและอุปสรรคในการรักษามะเร็ง การแสวงหาการรักษา และการยอมในรับบริการ วัดในระดับช่วงมาตรา

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆแล้วกับการล่าช้าในการรักษา

ผลการศึกษา

การกระจายของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 256 ราย ในการศึกษาส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 45- 54 ปี (ร้อยละ50.8) อายุเฉลี่ยประมาณ 49 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71 ระดับการศึกษาต่ำโดยมากกว่าครึ่งไม่ได้เรียนหนังสือและเรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 61.0) และมีเพียงร้อยละ 21.0 เท่านั้นที่จบการศึกษาในระดับอนุปริญญาขึ้นไป ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอิสระ เช่น ค้าขาย รับจ้าง (ร้อยละ 50.8) มี 1 ใน 4 รับราชการหรือลูกจ้างมีเงินเดือนประจำ กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (ร้อยละ 55.9) มีรายได้เพียงพอใช้ในครอบครัว

แบบแผนการแสวงหาการรักษา

พฤติกรรมการตอบสนองเริ่มแรกของสตรีต่ออาการผิดปกติของเต้านมที่พบด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รอสั่งเกตอาการ (ร้อยละ 42) รองลงมาคือ หาคำปรึกษาจากบุคคลอื่น (ร้อยละ 39.1) มีประมาณร้อยละ 4 ที่ทดลองรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง มีเพียงประมาณร้อยละ 5 เท่านั้นที่ไปพบแพทย์แผนปัจจุบันในสถานบริการต่างๆทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 6 ที่ทำการรักษาแบบแพทย์ทางเลือก เช่น การใช้สมุนไพร ก่อนเข้ารับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน

ลักษณะของการกระทำที่ตอบสนองต่อการพบอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเองจนกระทั่งได้รับการรักษามะเร็งเต้านมที่ศูนย์มะเร็งภาคกลาง อยู่ตั้งแต่ 1 ถึง 8 ชั้น (เฉลี่ยประมาณ 4 ชั้น) ลักษณะแบบแผนการกระทำที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กระทำใน 3 ลำดับแรก คือ (ก) ปรึกษาบุคคลอื่น > พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ > รักษาที่ศูนย์มะเร็ง (ร้อยละ39.8)

(ข) รอสัญเกตอาการ > ปรึกษาบุคคลอื่น > พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ > รักษาที่ศูนย์มะเร็ง (ร้อยละ 27.3) (ค) พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ > รักษาที่ศูนย์มะเร็ง (ร้อยละ 12.1)

การล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม

กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 44 มีการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม โดยใช้ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมจนกระทั่งเริ่มการรักษามะเร็ง เต็ม 4 เดือน (112 วัน) เมื่อพิจารณาตามประเภทของการล่าช้าในการรักษา พบว่า ร้อยละ 48 ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการล่าช้าจากตัวผู้ป่วย โดยใช้ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านม จนกระทั่งพบแพทย์ครั้งแรกเต็ม 4 เดือน (113 วัน) และร้อยละ 23.0 ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการล่าช้าจากระบบบริการ โดยใช้ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มพบแพทย์ครั้งแรก จนกระทั่งเริ่มการรักษามะเร็งเต้านมเกินกว่า 2 เดือน (77 วัน) (ตารางที่ 1)

ปัจจัยที่มีผลกับการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม

เมื่อพิจารณาผลของปัจจัยที่ศึกษาทั้งหมดพร้อมๆ กัน ผลจากการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก (ตารางที่ 2) พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดที่ประกอบด้วย อายุ, อาชีพ, ระดับการศึกษา, ฐานะเศรษฐกิจ, ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับการเป็นมะเร็งเต้านม, แรงจูงใจด้านสุขภาพ, การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็ง, การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา, การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา, การแสวงหาการรักษา, การยอมรับในบริการ, หลักประกันสุขภาพ สามารถทำนายโอกาสการล่าช้าในการรักษามะเร็งของสตรีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 74.147$, $df = 15$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับโอกาสการล่าช้าในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้ว ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับการแสวงหาการรักษาและการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ($p < 0.001$, $p < 0.05$ ตามลำดับ) การแสวงหาการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับโอกาสการล่าช้าในการรักษา กล่าวคือ โอกาสล่าช้าในการรักษาจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เมื่อการแสวงหาการรักษาเพิ่มขึ้นหนึ่งขั้นตอน (Odds ratio = 2.01) ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับโอกาสการล่าช้าในการรักษา กล่าวคือ โอกาสล่าช้าในการรักษาจะลดลงร้อยละ 10 เมื่อการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาเพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย (Odds ratio = 0.90)

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาเกี่ยวกับปริมาณของการล่าช้าในการรักษาที่พบในการศึกษานี้อยู่ในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง กล่าวคือ มีสตรีตัวอย่างถึงร้อยละ 44 ที่ล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม โดยระยะเวลาเฉลี่ยนับแต่เริ่มพบอาการผิดปกติด้วยตนเองจนกระทั่งเริ่มรักษาของการศึกษานี้ประมาณ 4 เดือน ตัวเลขนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ (2001 : 1) ซึ่งใช้นิยามการล่าช้าเหมือนกัน โดยพบการล่าช้าในการรักษาร้อยละ 50 และระยะเวลาเฉลี่ย 5.5 เดือน แต่การศึกษาของ ปารมี ทองสุกใส (2000 : 108) พบร้อยละ 26.6 มีการล่าช้าในการรักษาจากผู้ป่วย (Patient delay) นับตั้งแต่เริ่มพบอาการผิดปกติจนกระทั่งพบแพทย์ครั้งแรก และร้อยละ 24.4 มีการล่าช้าจากระบบบริการ (System delay) นับตั้งแต่พบแพทย์ครั้งแรกจนเริ่มการรักษา โดยใช้เกณฑ์ของช่วงระยะเวลาในการวัดการล่าช้าในแต่ละช่วงที่ 12 สัปดาห์ ข้อค้นพบที่ว่า การล่าช้าจากตัวผู้ป่วยมีถึงร้อยละ 48 ขณะที่การล่าช้าจากระบบบริการมีเพียงร้อยละ 23 เท่านั้นชี้ให้เห็นว่าการล่าช้าหรือไม่ในตัวผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญ

พฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่พบว่าสตรีส่วนใหญ่ ร้อยละ 42 รอสังเกตอาการ และร้อยละ 39 ปรึกษานุคคลอื่น แสดงว่าการไปพบแพทย์ทันทียังไม่เป็นสิ่งที่สตรีกระทำเมื่อตรวจพบอาการผิดปกติด้วยตนเอง การที่ยังไม่ไปพบแพทย์ในทันทีนั้น เป็นไปตามแนวคิดการแสวงหาการรักษา ของไอกัน (Igum 1979 : 446) กล่าวคือ คนเหล่านี้ประเมินตนเองแล้วว่าอาการไม่รุนแรงหรือรอดูให้แน่ใจก่อน รวมทั้งหาข้อมูลด้วยการของคำปรึกษาจากบุคคลอื่นๆ ก่อนตัดสินใจพบแพทย์ ดังข้อมูลสนับสนุนที่พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 80 และ ร้อยละ 55 ที่รับรู้ “อาการผิดปกติของเต้านมหายเองได้โดยไม่ต้องรักษา” และ อาการผิดปกติที่พบไม่ใช่มะเร็งเต้านม” การรอดูอาการ และการปรึกษานุคคลอื่นๆ ทำให้ยิ่งเพิ่มระยะเวลาที่ยาวขึ้นก่อนการพบแพทย์ ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชุดิมา ทังหิรัญ (2528 : 1) ที่พบว่า บทบาทของบุคคลใกล้ชิดเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีส่วนในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกแหล่งรักษา นอกจากนี้ยังพบกลุ่มตัวอย่างบางส่วน (ร้อยละ 5.6) มีการแสวงหาการรักษา มะเร็งเต้านมจากแพทย์ทางเลือกอื่น ด้วยยาสมุนไพร หรือยาหม้อ ก่อนเข้ารับการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน จากข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่า ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีความเชื่อในทางที่ผิดต่อการรักษามะเร็งเต้านม

เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆแล้ว การแสวงหาการรักษา และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามะเร็ง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสการล่าช้าในการรักษา การแสวงหาการรักษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับโอกาสการล่าช้าในการรักษา (Odds ratio = 2.01) คือ ขั้นตอนการแสวงหาการรักษาที่มากขึ้นจะ ยิ่งเพิ่มโอกาสการล่าช้าในการรักษามากขึ้นด้วย เหตุผลก็คือว่า การกระทำต่างๆในแต่ละขั้นตอนของการแสวงหาการรักษา ต้องใช้ระยะเวลาในการกระทำแต่ละกิจกรรม โดยเฉพาะเมื่อสตรีพบอาการผิดปกติของเต้านม และมีพฤติกรรมตอบสนองแสวงหาการรักษา โดยผ่านการรอสังเกตอาการปรึกษานุคคลอื่น หรือแม้แต่การลองรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเองก่อนมาพบแพทย์ ดังนั้นจึงยิ่งผ่านการกระทำหลายอย่างยิ่งทำให้ระยะเวลาเพิ่มขึ้นตามมาด้วย การรับรู้ประโยชน์ในการรักษามะเร็ง มีความสัมพันธ์ทางลบกับโอกาสการล่าช้าในการรักษา (Odds ratio = 0.90) กล่าวคือ ยิ่งเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา จะยิ่งลดโอกาสการล่าช้าในการรักษา ตามแนวคิดแบบแผนการตัดสินใจของ Kasl & Cobb (Kirscht, 1974 : 387) สามารถกล่าวได้ว่า ถ้าสตรีประเมินค่าว่าการรักษามะเร็งเมื่อเริ่มแรกมีประโยชน์ สูงมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจพบแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ ดังนั้นจึงพบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการรักษามะเร็งมีความสัมพันธ์ทางลบกับการล่าช้าในการรักษา อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้ที่ชี้แนะว่า แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคาม การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา และการรับรู้อุปสรรคในการรักษา เป็นปัจจัยหลักที่ความสัมพันธ์กับการตัดสินใจกระทำของบุคคลเมื่อเจ็บป่วย ผลจากการศึกษานี้พบความสอดคล้องเพียงปัจจัยเดียวคือ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษา ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคมะเร็ง การรับรู้อุปสรรคในการรักษามะเร็ง ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษา ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับบางการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ภาวะคุกคามของการเป็นมะเร็ง และอุปสรรคในการมาพบแพทย์เพื่อตรวจรักษามีผลต่อการล่าช้าในการรักษา (สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, 2002 : 1; Hyo-Sook et al., 2004 : 259-266)

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ คือ 1) การสัมภาษณ์ข้อมูลย้อนหลังเป็นช่วงๆ ตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติของเต้านมตนเองจนเริ่มการรักษามะเร็งเต้านม อาจทำให้มีความคลาดเคลื่อนในการวัดช่วงระยะเวลาทั้งหมดของการล่าช้าในการรักษา เพราะ ระยะเวลาที่ตอบอาจยาวหรือสั้นกว่าที่เป็นจริงเนื่องจากอาจจะลืม 2) การล่าช้าในการรักษาของการศึกษานี้ เน้นที่การล่าช้าทั้งหมดและตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการล่าช้าในการรักษาส่วนใหญ่เป็นปัจจัยภายในบุคคลและระหว่างบุคคลจำนวนหนึ่งเท่านั้นซึ่งอาจจะยังไม่สามารถอธิบายการล่าช้าในการรักษาได้นัก

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผลที่พบว่าสตรีส่วนใหญ่ เมื่อพบอาการผิดปกติที่เต้านมแล้วไม่ไปพบแพทย์ทันทีแต่ยังคง รอสั่งเกตอาการ ปรึกษานุคคลอื่น และมีจำนวนหนึ่งที่ยังรักษาตนเองด้วยวิธีแพทย์ทางเลือก เช่น รับประทานยาหม้อ หรือ ยาสมุนไพร ก่อนมาได้รับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน และผลที่พบว่า การแสวงหาการรักษาที่มีขั้นตอนเพิ่มขึ้นจะเพิ่มโอกาสการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม ดังนั้นจึงควรที่จะ

1.1 จัดให้มีการเผยแพร่ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายโดยเน้นในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองและพบแพทย์ทันทีเมื่อตรวจพบอาการผิดปกติ ผลเสียของการรักษาเองด้วยการแพทย์แผนโบราณ

1. 2 ควบคุมการชวนเชื่อในการรักษามะเร็งด้วย ยาหม้อหรือสมุนไพรต่างๆ

2. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาที่เพิ่มขึ้น จะยิ่งลดโอกาสการล่าช้าในการรักษา ดังนั้นควรมีการเผยแพร่ความรู้และชักชวนสตรี โดยเน้นในเรื่องประโยชน์ของการรักษามะเร็งตั้งแต่เริ่มแรก สามารถทำให้มีโอกาสรักษาได้ ทั้งระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิโดยวิธีการและช่องทางต่างๆ เช่น การจัดเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงสำหรับให้คำปรึกษากับสตรีที่มารับบริการ การฝึกอบรมอาสาสมัครสตรีที่เคยป่วยเป็นมะเร็งเต้านมที่รักษาหายแล้วมาเป็นผู้ให้คำปรึกษา การใช้สื่อที่เข้าถึงสตรีกลุ่มเป้าหมายช่วงระหว่างการรอตรวจรักษา

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการล่าช้าในการรักษามะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ เช่น ระยะเวลาการให้บริการทางห้องทางห้องปฏิบัติการ การรอเตียง

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษา แยกในแต่ละประเภทของการล่าช้า

3. เพื่อให้การระบุงการล่าช้าเกี่ยวกับการรักษามีคลาดเคลื่อนน้อย ควรใช้การถามข้อมูลระยะเวลาในแต่ละช่วงตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติของเต้านมตนเองจนเริ่มการรักษา จากญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยร่วมด้วย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทของการล่าช้าของการรักษา

ประเภทของการล่าช้า	N	%
การล่าช้าในการรักษา (Total delay) ^ก	112	43.8
การล่าช้าจากผู้ป่วย (Patient delay) ^ข	124	48.4
การล่าช้าจากระบบบริการ (System delay) ^ค	59	23.0

หมายเหตุ : N=256

^ก ระยะเวลารวมนับตั้งแต่สตรีเริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเองจนกระทั่งเริ่มการรักษา ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

^ข ระยะเวลาตั้งแต่สตรีเริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมตนเอง จนกระทั่งมาพบแพทย์ครั้งแรก ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป

^ค ระยะเวลาตั้งแต่สตรีพบแพทย์ครั้งแรก จนเริ่มได้รับการรักษามะเร็งเต้านมด้วยวิธีผ่าตัด หรือเคมีบำบัด ที่มากกว่า 2 เดือนขึ้นไป

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกของการล่าช้าในการรักษามะเร็งเต้านม

ตัวแปรอิสระ	Coefficients	Odds ratios
ค่าคงที่	1.635	
อายุ	-0.025	0.97
ระดับการศึกษา		
ประถมหรือต่ำกว่า	0.321	1.37
มัธยมหรือเทียบเท่า	0.352	1.42
อนุปริญญาขึ้นไป	==	1.00
อาชีพ		
ไม่ทำงาน	-0.028	0.97
ลูกจ้าง	0.097	1.10
งานอิสระ	==	1.00
ฐานะทางเศรษฐกิจ		
ไม่พอใช้	0.715	2.04
พอใช้	0.467	1.59
เพียงพอเหลือเก็บ	==	1.00
ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม		
ไม่เคย	0.245	1.27
เคย	==	1.00
หลักประกันทางสุขภาพ		
บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท	-0.006	0.99
อื่นๆ ^๑	==	1.00
แรงจูงใจทางสุขภาพ	-0.059	0.94
การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม	-0.009	0.99
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา	-0.105*	0.90
การรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา	0.035	1.03
การแสวงหาการรักษา	0.699***	2.01
การยอมรับในบริการ	0.000	1.00
Model X ² = 74.147*** df = 15 N = 256		

== กลุ่มอ้างอิง *p < 0.05, ** p < 0.01, ***p < 0.001

^๑ รวมจ่ายเงินเอง สวัสดิการราชการ ประกันสังคมและประกันชีวิต

FACTORS AFFECTING DELAYED TREATMENT AMONG BREAST CANCER PATIENTS IN THE CENTRAL-REGION CANCER CENTERS.

NAPHANIT RATTANAPHASURA 4637244 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORS: PARANEE VATANASOMBOOM, Ph.D., SUPREYA TANSAKUL, Ph.D., LAKKHANA TERMSIRIKULCHAI, Ph.D., PHONGKITTI THISUPHAKORN, B.Sc.; MBBS ; DTM & H ; FRCST ; FICS.

EXECUTIVE SUMMARY

Introduction

Breast cancer is one of the important causes of death among Thai women whereas the death rate has been increased from 3.6 per 100,000 population in the year 2000 to 4, 4.7, 5.8, and 5.9 per 100,000 population in the years 2001 to 2004 respectively (Public Health Statistics, 2004). As regards to morbidity rate of breast cancer it was found that the rate was at the second rank next to cervical cancer, approximately 17.2 per 100,000 population. And the prevalence rate of breast cancer was found to be the highest rate in the central region of Thailand (National Cancer Institute, 2003 : 47-49)

Early finding the abnormality of breast and getting the treatment in the early stage enable patients to be healed from breast cancer and get longer life as other normal people. The treatment of the early-stage breast cancer is more effective than of the metastatic stage. It was found that the 5 years survival rate of the patients who received the treatment at the early stage is longer than at the metastatic stage (Brailey, 1986 : 223). However, the reports showed that there were 70.3, 63.6, 70.2, 65.4 and 62.2 percent of the breast cancer patients at the metastatic stage who came to get the treatment at the National Cancer Institute during the years 1997 to 2001

respectively. The data showed the evidence that some of the breast cancer patients had delayed treatment.

Regarding the factors affecting delayed treatment, it has been suggested by the decision-making model as regards to illness (Kasl & Cobb, Kirscht, 1974 : 398) that illness behavior related to people's perception, understanding, acceptance, and recognition of the importance of abnormal symptoms and these factors affected on the people's decision making to get or not to get immediate treatment. According to this concept, there are 4 factors affecting decision to act, those are health motivation, perceived threat, perceived benefit and perceived barrier. Thus, the delayed treatment among breast cancer patients may be due to these four factors. In addition, the concept developed by Igun (1979 : 446) was recommended that the close persons like family members, relatives, cousins, friends, affected the patients' decision making on health service utilization and treatment outcomes. Based on this concept the delayed treatment may be due to the patients various responding behaviors, which include self-care by using variety of methods and counseling with other persons, before making decision to get the treatment in a special health service that they preferred.

The review of literature also showed some demographic factors affecting delayed treatment. The Older breast cancer patients usually had delayed treatment than the younger ones (Montella et al., 1995 : 1585 ; Ramirse et al., 1999 : 1127 ; Arndt et al., 2002 : 1034 ; Bish et al., 2004 : 321). Low educational level increase risk of delayed treatment of breast cancer (Montazeri et al., 2003 : 4). It was also found for other factors : marital status, those who were widowed or divorced were risky to have delayed treatment than those who were single (Montazeri et al., 2003 : 4); family history of breast cancer (Montazeri et al., 2002 : 397); and low income (Facione, et al., 2002 : 397 ; Freeman & Wasfie, 1989 : 2562-69, Lauver et al., 1995 : 27).

The studies about delayed treatment among breast cancer patients in Thailand were very rare. It was found the previous studies have been done only in one specific areas, for example, the study carried out by Suparat Phisaipanth (2002 : 76), which was done in the hospitals under the government universities in Bangkok. It was

also found that half of the sampled breast cancer patients took about 5-6 months before getting treatment. It is necessary to expand the scope of study and to assess the actual quantity of the delayed treatment as well as the factors affecting the delayed treatment. The aims of this study were therefore to :1) study health care seeking behaviors after self detection of symptoms ; 2) to study the quantity and types of delayed treatment ; and 3) to study the factors affecting delayed treatment among breast cancer patients.

Research Methodology

Population and Sample. This cross sectional survey research was carried out with the new breast cancer patients in 3 cancer centers in the central-region, National Cancer Institute, Lopburi Cancer Center and Chonburi Cancer Center. The studied population were the new breast cancer patients who were firstly diagnosed, who never had any treatment of the abnormality of their breasts, and who have started receiving chemotherapy or mastectomy. The sample size - 256 breast cancer patients -was determined through the use of the proportion method of estimated sample formula. This number of samples was proportionately allocated to each center : 122, 75, and 59 cases for the National Cancer Institute, Lopburi and Chonburi Cancer Centers, respectively. Quota sampling was conducted to select samples into the study according to the defined population characteristics.

Data Collection and Instruments. The data were collected during March to June, 2006, by using the interviewing schedule. The expected patients were informed about the objectives of the interview and have been asked to sign the consent forms. The quality of the data were controlled by training the interviewers of each selected cancer center regarding the objectives of the study and interviewing technique. During the collection of the data the researcher has followed-up and provided suggestions for the interviewers.

The interviewing schedule has been pre-tested with 30 breast cancer patients. The internal consistency of each part of the interviewing schedule : health motivation ;

perceived threat ; perceived benefit ; and perceived barrier, was computed by using Cronbach's Alpha Coefficient and the computed values were 0.77, 0.81, 0.71, 0.80, and 0.60 respectively.

Variables and Measurement. Dependent variable was the delayed treatment which was recognized as the dichotomous variable. This delayed treatment referred to the time duration of 3 months or longer after the patients have found the abnormality and have been diagnosed whereas non-delayed treatment referred to treatment that has been done within or less than 3 months. The independent variables including education, occupation, economic status, family history of cancer, health insurance were measured as the nominal scale. For other independent variables regarding age, health motivation, perceived threat, perceived benefit, and perceived barrier of the cancer treatment health service seeking behavior and health service acceptance were measured as the interval scale.

Data Analysis. The analysis of the relationship between the selected factors and the delayed treatment was done by employing binary logistic regression.

Results

Distribution of the Samples

Among 256 sampled cases it was found that : the high percentage of the group were 45-54 years old (50.8%) with the average of 49 years ; 71 percent of them were married, 61.0 percent completed primary school and lower and only 21.0 percent completed Diploma and higher ; 50.8 percent earned their living by working independently, for example, traders, low-skill labors while one-fourth of them were government offices, permanent or temporary officers ; and more than half of the samples indicated that they had adequate income.

Health Care Seeking Pattern

Regarding the first response of the breast cancer patients toward the abnormal breast symptoms found by themselves, it was found that 42 percent waited to observe the symptoms, 39.1 percent sought recommendations from other persons while 4 percent tried to treat the abnormal symptoms by themselves and only 5 percent consulted the physicians in various health services immediately after finding the abnormality. Besides, it was found that about 6 percent of them have utilized the alternative medicine, for example, using herbs, before going to see the modern physicians.

The pattern of the self-responses to the abnormal breast symptoms found before getting the treatment at the Central-Region Cancer Centers could be categorized into 8 steps (averagely 4 steps). The pattern of the responded behaviors of most of the sampled group were composed of 3 stages as follows : (a) counseling with other persons visit the physician at the health service center>getting the treatment at the cancer center (39.8%) ; (b) waiting to see the symptom>counseling with other persons> visit the physician at the health service center>getting the treatment at the Cancer Center (27.3%) and (c) visit the physician at the health service center>getting the treatment at the Cancer Center (12.1%).

Delayed Treatment of Breast Cancer

There were about 44 percent of the samples who had delayed treatment with almost 4 months (112 days) starting from the first finding of their abnormal breast until getting the treatment at the Cancer Center. When the consideration has been made about the types of the delayed treatment it was found that 48 percent indicated that the delayed treatment was due to the patients themselves whereby the average period of time starting from their first finding of the abnormal signs until their first visit to the physician was almost 4 months (113 days). There were 23.0 percent of the respondents indicated that the delayed treatment was due to the health service system, it took averagely more than 2 months (77 days) from the first visit to the physician to the beginning of the treatment (Table 1).

Factors Affecting Delayed Treatment of Breast Cancer

According to the binary logistic regression analysis (Table 2) it was found that all of the independent variables which included *age, occupation, educational level, economic status, family history of cancer, health motivation, perceived threat, perceived benefit of treatment, perceived barrier of treatment, health care seeking, health service acceptance, and health insurance*, can be used to predict delayed treatment of breast cancer patients significantly ($\chi^2=74.147$, $df=15$, $p\text{-value}<0.001$). In consideration to the effect of individual independent variables when controlling the other variables, it was found that the factors which significantly related to the delayed treatment were health care seeking and perceived benefit of treatment ($p<0.001$, $P<0.05$ respectively). Health care seeking positively related to the chance of delayed treatment – the probability of being delayed treatment would increase by 2 times when one step of health care seeking had been added (Odds ratio=2.01). For the perceived benefit of treatment, the result showed the negative relationship - the probability of being delayed treatment would decrease by 10 percent when the perceived benefit of treatment increased by one unit (Odds ratio = 0.90).

Discussion

The result of this study regarding the quantity of the delayed treatment showed that the proportion of the quantity was quite high. It was found that there were 44 percent of the breast cancer patients had delayed treatment whereas the average time duration between the first finding of the abnormality by themselves until starting the treatment was about 4 months. This finding was closely similar to the study carried out by Suparat Phisaiphanth (2001 : 1), whereby the same definition of the delayed treatment was used. It was found that the delayed treatment was 50 percent with the average time duration of 5.5 months. But the study by Paramee Thongsuksai (2001 : 108) showed that 26.6 percent had patient delay from the duration between the first finding of the abnormal breasts until the first visit with the physicians while 24.4 percent had the system delay during the time between the first visit with the physicians until the starting of the treatment. Based on the use of the criteria of 12

weeks for each time duration of the delayed treatment, the findings that the patient delay was 48 percent and the system delay was 23 percent pointed out that the patients themselves were the significant factor for delayed treatment.

Regarding the health care seeking behavior, as it has been found that 42 percent of the patients waited to see the symptoms and 39 percent consulted other persons, showed that going to see the physicians right away has not been done by females after finding the abnormal signs/symptoms by themselves. This finding was congruent with the concept developed by Igun (1979 : 446) which was indicated that those persons have assessed that the symptoms are not severe so they would wait to see the symptom for a while to be certain about it, including seeking the information and suggestions from other persons before making decision to see a physician. Thus, the support information that was found that 80 percent and 55 percent of the sampled group perceived that *“The abnormal symptom of their breasts will disappear without any treatment”* and *“The abnormal symptom found is not cancer”* respectively. Waiting to see the symptoms and counseling with other persons will increase the time duration length before going to see the physician. This finding was similar to the finding of the study by Chutima Tunghirun (1995 : 1) which was found that the patients’ close persons play a very important role in their decision making for selecting the sources of the treatment. Besides, it was also found that some of the sampled group (5.6%) have sought the treatment from the alternative medicine by using herbal medicine or some local traditional drugs before getting the treatment from the physicians. This information showed that some of the breast cancer patients still hold misbeliefs about the treatment of breast cancer.

When other factors have been controlled, it was found that health care seeking behavior and perceived benefit of treatment significantly affected the delayed treatment. Health care seeking behavior positively related to the chance of delayed treatment (Odds ratio=2.01), which meant that the more steps for seeking treatment are the higher degree of the chance to have delayed treatment will be. This finding should be due to the reason that the action in each step of the treatment seeking behavior took sometimes to carry out especially when the females found the abnormal

symptoms of their breasts and their treatment seeking behaviors have been done by waiting to observe the symptoms, consulting with other persons or even trying to treat the symptoms by themselves before going to see the physician. Therefore, the more actions they have done the more time will be used. As it has been found that the perceived benefit of the treatment of breast cancer had a negative relationship with the chance to have delayed treatment (Odds ratio=0.90), this finding meant that the higher level of perceived benefit is the chance to have delayed treatment will be lower. According to the concept regarding decision making model developed by Kasl & Cobb (Kirscht, 1974 : 387), it can be stated that if the patients assessed that early treatment of breast cancer is highly beneficial they will tend to see the physician immediately after they have found the abnormal sign/symptom of their breasts. Thus, the negative relationship was found between the delayed treatment of breast cancer. However, according to the same concepts, the suggestion has been made that health motivation, perceived threat, perceived benefit of the treatment and perceived barrier of the treatment are the main factors affecting decision making for action of the ill persons, but the result of this study showed the relationship only with perceived benefit of the treatment whereby no relationship was not found between delayed treatment and the other variables : health motivation, perceived threat of cancer and perceived barrier of the treatment. This finding was not agreed with some studies which showed the relationship between perceived threat of cancer and perceived barrier of making a visit for diagnosis and treatment (Suparat Phisaiphanth, 2002 : 1; Hyo-Sook et al., 2004 : 259-266).

However, there were some limitations in carrying out this study, as follows :

- 1) the interviewing of the retrospective data for each stage starting from the beginning of having the abnormality of their own breasts until getting treatment of breast cancer may not be reliable since the time durations answered may be shorter and longer than the real ones due to the patients failed to remember ;
- 2) the delayed treatment in this study was emphasized on the total delay and most of the variables that have been expected to relate with the delayed treatment were some of the internal and interpersonal factors which may not be good enough to explain the delayed treatment.

Recommendations

1. As it has been found that most of the sampled females after have found the abnormality of their breasts they did not go to see the physician right away but they have waited to observe the signs/symptoms, consulted with other persons, and some of them have treated themselves by using the alternative medicine, for example, using the local traditional medicine or herbal medicine, before getting the modern medical treatment from the physicians, and it was found that the increased steps of health care seeking behavior has increased the chance of being delayed treatment of breast cancer, thus, the recommendations are as follows :

1.1 The educational program should be organized for the target group by emphasizing on breast self-examination, going to see the physician immediately after abnormal signs have been found and the negative outcome of using local traditional medicine or herbal medicine.

1.2 The propaganda on the use of local traditional medicine or herbal medicine for the treatment of breast cancer should be controlled.

2. As it has been found that the higher level of perceived benefit of the treatment is, the lower opportunity to have delayed treatment will be, therefore, the educational program for females should be organized by emphasizing on the benefit of early treatment of breast cancer whereby the cancer may be cured, at the primary care up to the tertiary care levels by using variety of methods and channels, for example, assigning the group of health personnel who are directly responsible for providing counseling for the breast cancer patients who come to get the service, training the female volunteers who have ever had breast cancer but presently have been cured, to give counseling, using media in order to reach the target group while they are waiting for treatment, etc.

Recommendations for Furthering Researches

1. Other factors that may affect the delayed treatment of breast cancer should be studied, especially the factors relating to health service system, for example, time duration for laboratory services, time duration for waiting of the available beds, etc.

2. The factors affecting the delayed treatment in each type of delay should be studied.

3. In order to minimize the error of the information regarding the delayed treatment, the information should be asked regarding the time duration in each stage starting from the finding of the abnormal signs/symptoms of breasts by themselves until beginning to get the treatment from relatives or close persons of the patients.

Table 1 Distribution of number and percentage of the respondents by types of the delayed treatment.

Types of delay	N	%
Total delay ^a	112	43.8
Patient delay ^b	124	48.4
System delay ^c	59	23.0

Note : N = 256

^a The total time duration of 3 months and longer, from the first finding of the abnormal signs/symptoms by themselves until starting the treatment.

^b The time duration of 1 month and longer, from the first finding of the abnormal signs/symptoms by themselves until the first visiting.

^c The time duration of 2 months and longer, from the first visiting until starting the treatment.

Table 2 The result of the analysis of the Logistic Regression of delayed treatment of breast cancer.

Independent Variables	Coefficients	Odds ratios
Constant	1.635	
Age	-0.025	0.97
Educational Level		
Primary education and lower	0.321	1.37
Secondary education or equivalent	0.352	1.42
Diploma or higher	==	1.00
Occupation		
Unemployed	-0.028	0.97
Temporary Workers	0.097	1.10
Freelance	==	1.00
Economic Status		
Not adequate	0.715	2.04
Adequate	0.467	1.59
Adequate and can save some money	==	1.00
Family History of Breast Cancer		
Never	0.245	1.27
Ever	==	1.00
Health Insurance		
30 Baht Health Insurance coverage	-0.006	0.99
Other ^a	==	1.00
Health Motivation	-0.059	0.94
Perceived Threat of Breast Cancer	-0.009	0.99
Perceived Benefit	-0.105*	0.90
Perceived Barrier	0.035	1.03
Health Care Seeking	0.699***	2.01
Health Service Acceptance	0.000	1.00
Model $X^2 = 74.147***$ $df = 15$ $N = 256$		

== Reference Category *p < 0.05, ** p < 0.01, ***p < 0.001

^a includes self-payment, government welfare, social insurance and life insurance.

บรรณานุกรม

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2541). ประสบการณ์ชีวิตของสตรีที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิติ จินดาวิจักษ์. (2538). การรักษามะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัด. วารสารโรคมะเร็ง, 21 (1), 74.
- กิติ จินดาวิจักษ์. (2533). บทบาทของแพทย์ในการค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก.
วารสารโรคมะเร็ง, 6(1), 27-39.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2547). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2547. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข, หน้า 85.
- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2547). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการจัดทำข้อมูล
อุตสาหกรรมเชิงเปรียบเทียบเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน สาขาฯ หน้า 3-4
- ชุมศักดิ์ พุกยาพงษ์. (2541). จะดูแลเต้านมอย่างไรดี. ไกล่หมอ, 22 (4), 38-50.
- ชุดิมา ทังหิรัญ. (2528). การศึกษาพฤติกรรมการเจ็บป่วยและปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วย
ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์
ชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์และมานุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงนวล พูลเกษร. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัด
กำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- นราวดี สันสยะ. (2539). การประยุกต์แนวความคิดการตลาดขายตรงแบบหลายชั้นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม
การตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิง วิทยาลัยเทคนิคจังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. (2530). แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลสุขภาพตนเอง
กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, หน้า 71-77.
- พิทยา สิงโตทอง. (2541). การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ.2535-
2539. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (โรคติดเชื้อ) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ไพรัช เทพมงคล. (2534). โรคมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญพันธุ์.
- วนิดา ตันติสุนทร. (2523). การศึกษาการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็งปากมดลูกในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2540-44). Cancer Registry ม.ป.ท.
- สมปอง รักษาสุข. (2535). ก้อนที่เต้านม. คลินิก, 8 (9), 617-623.
- สมใจ ชาญวิเศษ. (2527). ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยเอกซเรย์. วารสารโรคมะเร็ง, 18 (2), 126-127.
- อิตถี ชนไมตรี และกิตติ คำสัถย์. (2521). ผลการตรวจชิ้นเนื้ออกเต้านมของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2516-1520. วารสารโรคมะเร็ง, 4 (1), 19-24.

ภาษาอังกฤษ

- Afzelius, P., Zedeler, K., Sommer, H., Mouridsen, H.T., &Toft, M.B. (1994). Patient's and doctor's delay in primary breast cancer. Prognostic implications. Acta Oncologica, 33 (4), 345-351.
- Arndt V, Sturmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Dhon G and Brenner H. (2002). Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany : a population based study. Br J Cancer, 86, 1034-40
- Armden, G.C., & Lewis, F.M. (1994). Behavioral adjustment and self-esteem of school-age children of women with breast cancer. Oncology Nursing Forum, 21 (1), 39-45
- Annul Report National Cancer Institute, 1997-2001
- Barnes, J., Kroll, L., Burke, O., Lee, J Jones, A., & Stein, A. (2000). Qualitative interview study of communication between parents and children about maternal breast cancer. British Medical Journal, 321, 479-481.
- Baumann, L.C., Han, Y., & Love, R.R. (1997). Beliefs about breast cancer and care seeking in Vietnam. Clinical Excellence for Nurse Practitioners. The International Journal of NPAC, (5), 301-311.

- Bish, A., Ramirez, A., Burgess, B., Hunter, M., (2004). Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. Journal of Psychosomatic Research, 58, 321-326.
- Bottomley, A., & Jones, L. (1997). Breast cancer: Women's experience. European Journal of Cancer Care, 6(2), 124-132.
- Brunner, L.S. & Suddarth, D.S. (1984). Textbook of Medical Surgical Nursing. (5th) Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Budin, W.C. (1998). Psychosocial adjustment to breast cancer in unmarried women. Research in Nursing & Health, 21(2),155-166.
- Caplan, L.S., Helzlsouer, K.J., Shapiro, S., Freedman, L.S., Coates, R. J., & Edward, B.K.(1995). System delay in breast cancer in whites and black. American Journal of Epidemiology, 142 (6), 804-12.
- Charlson, M.E. (1985, May). Delay in the treatment of carcinoma of the breast. Surgery Gynecology and Obstetrics, 160, 393-399.
- Colyer, H (1996). Women's experience of living with cancer. Journal or Advanced Nursing,23, 496-501
- Compas, B.E., et al. (1994).When mom and dad has cancer: Markers of psychological distress in cancer patient, spouses, and children. Health Psychology, 13 (6), 507-551.
- Dracup, K., Moser, D.K., Eisenberg, M., Meischke, H., Alonzo, A.A., & Blaslow, A. (1995). Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. Social Science & Medicine, 40(3), 379-392.
- Dunphy, J. E., (1977). Current Surgical Diagnosis and Treatment. California: Lange Medical Publication.
- Facione, NC., Miaskowski C, Dodd MJ and Paul SM (2002). The self-reported likelihood of patient delay in breast cancer : new thoughts for early detection. Preventive Medicine,34, 397-407.
- Facione, N.C., (1993). Delay versus help seeking for breast cancer symptoms: A critical review of the literature on patient and provider delay. Social Science & Medicine, 36 (12), 1521-34.

- Facione, N.C., Giancarlo, C.A., (1998). Narrative of breast symptom discovery and cancer diagnosis: Psychologic risk for advanced cancer at diagnosis. Cancer Nursing, 21(6), 430-440.
- Facione, N.C., & Hamolsky, D., (1999). Metastatic Breast Cancer. In C. Miaskowski & P. Buchsel (Eds.) Oncology Nursing. St. Louiz: Mosby, Inc.
- Ferrell, B.R., Grant, M., Funk,B., Otis-Green, S., N. (1998). Quality of live in breast cancer: Part II: Psychological and spiritual well-being. Cancer Nursing, 21(1), 1-9.
- Freeman, H.P., Wasfie, T.J. (1989). Cancer of the breast in poor black women. Cancer, 63, 2562-2569.
- GIVIO (Interdisciplinary group for cancer care evaluation) Itary. (1986). Redacting diagnostic delay in breast cancer: Possible therapeutic Implications. Cancer, 58(8), 1756-1761.
- Holmberg, S.K., Scott, L.L.. Alexy, W., & Fife, B.L. (2001). Relationship issues of women with breast cancer. Cancer Nursing, 24(1), 53-60.
- Hyo-Sook, Hyeoun-Ae Pake (2004). Decision Tree Model of the Treatment-Seeking Behavior Among Korean Cancer Patients. Cancer Nursing, 27(4), 259-266.
- Hymovich, D.P. (1993). Child-rearing concerns of parents with cancer. Oncology Nursing Forum, 20 (9), 1355-1360
- Igun,U.S.(1979). Stage in health seeking: Descriptive model. Social Science and Medicine. 13 ; 445-447
- Kiebert, G.M., Haes, J.C.J.M., & Velde, C.J.H. van de. (1991) The impact of breast-Conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early-stage Breast cancer patients: A review. Journal of Clinical Oncology, 9(6), 1059-1070.
- Kirscht, J. P. (1974). The Health Belief Model and Illness behavior. Health Education Monograph, 2(Winter),387-405
- Lauver, D., Coyle, M., Panchmatia, B. (1995). Women’s reasons for and barriers to seeking care for breast cancer symptoms. Women Health Int, 5, 27-35
- Lewis, F.M., & Hammond, M.A. (1996). The father’s, mother’s, and adolescent’s functioning with breast cancer. Family Relation,45, 456-465.
- Lundberg, P. C., & Trichorb, K. (2001). Thai Buddhist patients with cancer undergoing radiation therapy. Cancer Nursing, 24(6), 469-475.

- Meechan, G., Collins, J., Petrie, K.J. (2003). The relationship of symptoms and psychological factors to delay in seeking medical care for breast symptoms. Preventive Medicine, 36,374-378.
- Montazeri A, Mandana Ebrahimi, Neda Mehrdad, Mariam Ansari and Akram Sajadian. (2003).Delayed presentation in breast cancer: a study in Iranian women. BMC Women's Health, 3 : 4.
- Ministry of Public Health, Ministry of University Affair, Cancer Research Foundation for Nation Cancer Institute. (2003). Cancer in Thailand vol 3 1995-1997. Bangkok Medical Publishe.
- McNeil, C., Collinson, F., Smith, K., Dunleavey. R., Boyages, J. and Kefford. R.. (2004) Delay in conventional breast cancer treatment associated with alternative therapy usage. Journal of Clinical Oncology,22(14):593.
- Montella, M., Biondi, E., De Marco M., Botti, G., Tatangelo, F., Capasso IX., Marone, A., (1995). Sociodemographic Factors associated with the diagnostic staging of breast cancer in southern Italy. Cancer, 76, 1585-90.
- Moore, K.A. (1999). Breast cancer patients out-of-pocket expenses. Cancer Nursing, 22(5), 389-396.
- Northouse, L.L. (1989). The impact of breast cancer on patients and husbands. Cancer Nursing, 12(5), 278-281
- Northouse,L.L., Michelle Caffey, Lee Deichelbohrer, Lisa Schmidt, Lynette Guziattek-Trojniak, Sharon West, Trace Kershaw, Darlene Mood . (1999). The Quality of African American women with breast cancer. Research in Nursing & Health, 22(6), 435-448.
- Phisaiphanth, S. (2002). Factors influencing delayed treatment in breast cancer patients. Master of Nursing Science (Adult Nursing), Graduate Division, Mahidol University.
- Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P and Richard MA. (1999). Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer : a systematic review. Lancet 353:1127-1131.
- Reaby, L.L. (1998). Breast restoration decision making: Enhancing the process. Cancer nursing, 21(3), 196–204.

- Robertson R, Campbell NC, Smith S, Donnan PT, Sullivan F, Duffy R, Ritchie LD, Millar D, Cassidy J, Munro A. (2004). Factors influencing time from presentation to treatment of colorectal and breast cancer in urban and rural areas. Br J Cancer, 90, 1479-1485.
- Richardson, JL., Langholz, B., Bernstein, L., Burciaga, C., Danley, K., Ross, RK. (1992). Stage and delay in breast cancer diagnosis by race, socioeconomic status, age and year. Br J Cancer, 65,922-6.
- Richards, M.A., Westcombe, A.M., Love, S.B., Littlejohns, P., & Ramirez, A.J. (1999). Influence of delay on survival in patients with breast cancer: A systematic review. Lancet, 353, 1119-26.
- Rustoen, T.,& Begnum, S. (2000). Quality of life in women with breast cancer. Cancer Nursing, 23(6), 416-421.
- Sainsbury, R., Johnston. C., Howard, B. (1999). Effect on survival of delay in referral of patients with breast cancer symptoms: a retrospective analysis. Lancet, 353(9159), 1132-5
- Sammarco, A. (2001). Perceived social support, uncertainty, and quality of life of young breast cancer survivors. Cancer Nursing, 24(3),212-29.
- Shands, M.E., Lewis, F.M., & Zahlis, E.H. (2000). Mother and child interactions about the mother's breast cancer: An interview study. Oncology Nursing Forum, 27(1), 77-85.
- Stoll, B.A. (1984). Risk Factor and Multiple Cancer. Chi Chester : John Wiley & Sons.
- Thongsuksai, P., Chongsuvivatwong, V., & Sriplung, H. (2000). Delay in breast cancer care: A study in Thai women. Medical Care, 30(1), 108-114.
- Wengstrom, Y., Haggmark, C., & Forsberg, C. (2001). Coping With Radiation Therapy: Strategies used by women with breast cancer. Cancer Nursing , 24 (4), 264-271
- Wyatt, G K., &Friedman, L.L. (1998). Physical and psychosocial outcomes of midwife and older women following surgery and adjuvant therapy for breast cancer. Oncology Nursing Forum, 25(4), 761-768.
- Wyatt, G K., Kurtz, M.E., & Liken, M (1993). Breast cancer survivors : An exploration of quality of life issues. Cancer Nursing, 16(6), 440-448.

Trust Board -4th April 2005.Cancer Waiting Times.

Zabalegui, D. (1999). Coping strategies and psychological distress in patients with advanced cancer. Oncology Nursing Forum, 26(9), 1514-1518.

Zaloznik, A.L. (1995). Breast cancer stage at diagnosis: Caucasians versus Afro-Americans. Reast Cancer Res Treat, 34,195-9.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์เลขที่

ศูนย์มะเร็ง.....

วันที่.....

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
ในศูนย์มะเร็งภาคกลาง

คำชี้แจง กรุณabanทักข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในแบบสัมภาษณ์ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐
หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลในการสัมภาษณ์ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

คุณลักษณะส่วนบุคคล

1) อายุ ปี (จำนวนเต็มปี)

2) สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ คู่ (อยู่ร่วมกัน) ☐ แยกกันอยู่ ☐ หย่า ☐ หม้าย

3) ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ ไม่ได้ศึกษา ☐ ประถม ☐ มัธยมตอนต้น ☐ มัธยมตอนปลาย /ปวช
☐ อนุปริญญา /ปวส ☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ☐ สูงกว่าปริญญาตรี (ระบุ).....

4) อาชีพที่สร้างรายได้หลักให้ครอบครัว

☐ ไม่มี (โปรดระบุ) ☐ มี (โปรดระบุ) ☐ รับราชการ- รัฐวิสาหกิจ
☐ แม่บ้าน ☐ เกษตรกรรม
☐ นักเรียน,นักศึกษา ☐ ลูกจ้าง(มีประกันสังคม)
☐ อื่นๆ (ระบุ)..... ☐ รับจ้าง(ไม่มีประกันสังคม)
☐ กิจการส่วนตัว
☐ อื่นๆ (ระบุ).....

5) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนหลังหักค่าใช้จ่าย

☐ ไม่พอใช้

☐ เพียงพอใช้

☐ เพียงพอเหลือเก็บ

6) ท่านมีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยมะเร็งเต้านมหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี (โปรดระบุ)

☐ ชาย

☐ มารดา

☐ พี่สาว, น้องสาว

☐ พี่สาว, น้องสาว

ประวัติการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเองในอดีต

1) ท่านเคยมีอาการผิดปกติของเต้านมมาก่อนหรือไม่ นอกเหนือจากการเจ็บป่วยในครั้งนี้

☐ ไม่เคย

☐ เคย

2) ท่านเคยตรวจสุขภาพเต้านมที่โรงพยาบาลหรือไม่ บ่อยเพียงใด

☐ ไม่เคย

☐ เคย (บ่อยเพียงใด)

☐ เป็นประจำทุกปี

☐ ทุก 2 ปี

☐ นานๆครั้ง

3) ท่านเคยตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่ บ่อยเพียงใด

☐ ไม่เคย

☐ เคย (บ่อยเพียงใด)

☐ เป็นประจำทุกเดือน

☐ ไม่เป็นประจำ

☐ นานๆครั้ง

4) โดยปกติเมื่อท่านรู้สึกว่าร่ากายมีอาการผิดปกติ หรือเจ็บป่วย ท่านเลือกปฏิบัติตนอย่างไร

เป็นอันดับแรก

☐ อดทนต่ออาการผิดปกตินั้น

☐ ซื่อยามรักษาด้วยตนเอง

☐ ไปพบแพทย์

☐ อื่นๆ(ระบุ).....

ประเภทของหลักประกันสุขภาพในการรักษา

ท่านมีหลักประกันสุขภาพในการรักษาครั้งนี้หรือไม่

☐

ไม่มี

☐

มี (โปรดระบุ)

☐

บัตร 30 บาท

☐

ประกันสังคม

☐

สวัสดิการราชการ,
รัฐวิสาหกิจ

☐

สวัสดิการเหมาจ่ายรายปี

☐

ประกันชีวิต

☐

อื่นๆ(ระบุ).....

ระยะเวลาการมารับการรักษาและการรอคอยในระบบบริการ

1. ลักษณะอาการผิดปกติของเต้านมที่ท่านพบครั้งแรกเป็นอย่างไร.....
2. ท่านพบอาการผิดปกติที่เต้านมครั้งแรกตั้งแต่เมื่อไร (ระบุวัน/เดือน/ปี).....
3. ท่านมาปรึกษาแพทย์ครั้งแรกเมื่อใด (ระบุวัน/เดือน/ปี).....
4. ท่านได้รับการตรวจโดยการเจาะหรือผ่าตัดเพื่อส่งชิ้นเนื้อตรวจเมื่อใด(ระบุวัน/เดือน/ปี)
.....
5. ท่านได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งเต้านมเมื่อใด(พึงผลชิ้นเนื้อ) (ระบุวัน/เดือน/ปี)
.....
6. ท่านได้เริ่มรับการรักษามะเร็งเต้านมทางแพทย์แผนปัจจุบันโดย
☐ ผ่าตัดเต้านม ☐ เคมีบำบัด
(ระบุวัน/เดือน/ปี).....

สำหรับผู้วิจัย

- ระยะเวลาตั้งแต่พบอาการผิดปกติของเต้านมจนกระทั่งปรึกษาแพทย์ครั้งแรก
(ระบุระยะเวลาข้อ 2-3)วัน / เดือน /ปี
- ระยะเวลาตั้งแต่ปรึกษาแพทย์ครั้งแรกจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งเต้านม
(ระบุระยะเวลาข้อ3-5)วัน / เดือน /ปี
- ระยะเวลาการคอยผลตรวจชิ้นเนื้อจากห้องปฏิบัติการ (จากวันที่ส่งชิ้นเนื้อตรวจ จนมาฟังผลชิ้นเนื้อ)
(ระบุระยะเวลาข้อ4-5) ระบุจำนวน วัน/เดือน
- ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจนกระทั่งได้รับการรักษา
ผ่าตัด/เคมี
(ระบุระยะเวลาข้อ5-6)วัน / เดือน /ปี

การแสวงหาการรักษาเยียวยา

การแสวงหาการรักษาอาการผิดปกติของเต้านม ในการเจ็บป่วยครั้งนี้

1) ท่านปฏิบัติตนอย่างไรบ้าง เมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านม จนกระทั่งเข้ารับการรักษามะเร็งในครั้งนี้
(ให้เรียงลำดับตามเหตุการณ์ เช่น การรักษาอาการด้วยตนเอง การปรึกษานุคคลอื่น การไปตรวจ
หรือรักษาในที่ต่างๆ เป็นต้น)

- | | |
|---------|---------|
| 1)..... | 4)..... |
| 2)..... | 5)..... |
| 3)..... | 6)..... |

2) ท่านเคยลองรักษาอาการผิดปกติของเต้านม ด้วยตนเอง หรือไม่

☐ ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 4) ☐ เคย

3) ท่านเคยลองรักษาอาการผิดปกติของเต้านมตนเองด้วยวิธีใดบ้าง ระบุจำนวนครั้ง (ตอบได้

มากกว่า 1 คำตอบ)

- | | |
|--|---|
| ☐ ซึ่ยารับประทานเอง.....ครั้ง | ☐ การใช้ยานวด-ทา.....ครั้ง |
| ☐ การใช้สมุนไพรพอก.....ครั้ง | ☐ การอาบน้ำนึ่ง.....ครั้ง |
| | ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ.....) |

4) ท่านที่พบอาการผิดปกติของเต้านมครั้งแรก ท่านต้องการปรึกษาบุคคลอื่นหรือไม่

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ ต้องการ | ☐ ไม่ต้องการ |
|----------------------------------|-------------------------------------|

5) ท่านเคยขอคำปรึกษา หรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เกี่ยวกับอาการผิดปกติของเต้านมหรือไม่ (ยกเว้นแพทย์)

- | | |
|--|------------------------------|
| ☐ ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 9) | ☐ เคย |
|--|------------------------------|

6) ท่านเคยปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลใดบ้าง เกี่ยวกับอาการผิดปกติของเต้านม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|---|--|
| ☐ สามี | ☐ บุตร |
| ☐ พ่อ,แม่ | ☐ พี่น้อง |
| ☐ ญาติ | ☐ เพื่อนสนิท |
| ☐ คนที่ทำงานเดียวกัน | ☐ คนรู้จักใกล้บ้าน |
| | ☐ บุคคลอื่น (โปรดระบุ.....) |

7) ท่านปรึกษา หรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เมื่อใด

- | | |
|---|--|
| ☐ ท่านที่พบอาการผิดปกติของเต้านม
การเปลี่ยนแปลง | ☐ อาการผิดปกติของเต้านมมี |
| ☐ รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการผิดปกติ | ☐ อื่น (โปรดระบุ.....) |

8) บุคคลที่ท่านปรึกษาให้การช่วยเหลืออย่างไร

- | | |
|---|--|
| ☐ พาไปพบ/ แนะนำให้ไปแพทย์แผนปัจจุบัน | |
| ☐ แนะนำให้รอดูอาการ | ☐ แนะนำยาใช้รักษา |
| ☐ เฉยๆ | ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ.....) |

9) ท่านมาตรวจอาการผิดปกติของเต้านมครั้งแรกที่ใด

- | | |
|--|--|
| ☐ สถานีอนามัย | ☐ คลินิก |
| ☐ โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ | ☐ ศูนย์มะเร็งฯ |
| ☐ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย | ☐ โรงพยาบาลเอกชน |
| | ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ.....) |

การแสวงหาการรักษามะเร็งเต้านม

10) ท่านเริ่มการรักษามะเร็งเต้านมหลังได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จากแหล่งบริการใด

- | | |
|---|--|
| ☐ แพทย์แผนปัจจุบัน | ☐ หมอสมุนไพร |
| ☐ หมอพระ | ☐ หมอไสยศาสตร์ |
| | ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ.....) |

11) ท่านเริ่มการรักษามะเร็งเต้านม หลังได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ด้วยวิธีใด

- | | |
|---|--|
| ☐ ผ่าตัดเต้านม(ผ่าตัดใหญ่) | ☐ เคมีบำบัด |
| ☐ ยาฮอร์โมน,ยาสมุนไพร | ☐ น้ำมันคั้,น้ำมันทา |
| ☐ การรักษาทางเวชมนต์ คาถา | ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ.....) |

12) ท่านเลือกการรักษามะเร็งเต้านมหลังได้รับการวินิจฉัย ด้วยวิธีใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- | | |
|---|--|
| ☐ ผ่าตัดเต้านม(ผ่าตัดใหญ่) | ☐ เคมีบำบัด |
| ☐ ยาฮอร์โมน,ยาสมุนไพร | ☐ น้ำมันคั้,น้ำมันทา |
| ☐ การรักษาทางเวชมนต์ คาถา | ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ.....) |

13) ท่านใช้แหล่งบริการทางการแพทย์ เพื่อตรวจอาการผิดปกติครั้งแรกจนเริ่มรักษามะเร็งเต้านม
ทั้งหมดกี่แห่ง

☐ 1 แห่ง ☐ 2 แห่ง ☐ 3 แห่ง ☐ 4 แห่ง ☐ มากกว่า 4 แห่ง

(ระบุ) 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....

14) ท่านเคยผิณัดการตรวจรักษาเต้านมของแพทย์ หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย (ระบุจำนวน.....ครั้ง)

สาเหตุของการไม่มาตรวจตามแพทย์นัดเพราะ.....

15) ท่านเคยได้รับการนัดหมายเพื่อการรักษามะเร็งเต้านมจากโรงพยาบาลอื่น ก่อนมารักษาที่ศูนย์
มะเร็งฯ หรือไม่

(แพทย์นัดผ่าตัดเต้านม หรือให้ยาเคมี)

☐ ไม่เคย ☐ เคย

16) ท่านเคยเปลี่ยนโรงพยาบาลในการรักษามะเร็งเต้านม หลังจากแพทย์มีการนัดหมายการรักษา
แล้ว หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย

สาเหตุของการเปลี่ยนโรงพยาบาลในการรักษาเพราะ.....

แรงจูงใจทางด้านสุขภาพจากการดูแลสุขภาพของตนเองในอดีต

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1) ท่านคิดว่าการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นเรื่องสำคัญ			
2) ท่านรู้สึกมั่นใจ เมื่อได้ตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี			
3) ท่านคิดว่าร่างกายแข็งแรงดีไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ			
4) ท่านคิดว่าจะตรวจสุขภาพก็ต่อเมื่อร่างกายเกิดการเจ็บป่วยเท่านั้น			
5) ท่านรู้สึกว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นเรื่องยุ่งยาก			
6) ในอดีตท่านคิดว่าร่างกายเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดา ไม่รักษาก็หายได้			

ส่วนที่ 4 การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1) ท่านเคยรู้สึกเจ็บ หรือเสียวที่เต้านมจนไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ			
2) ท่านคิดว่าหลังพบอาการผิดปกติของเต้านม ทำให้ร่างกายไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม			
3) ท่านรู้สึกเจ็บปวด ทรมานจากอาการผิดปกติของเต้านม			
4) เมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมท่านรู้สึกกังวลจน นอนไม่หลับ			
5) ท่านรู้สึกกังวลกับอาการผิดปกติของเต้านมจน ไม่มีสมาธิในการทำงาน			
6) ท่านคิดว่าอาการผิดปกติของเต้านมที่พบ ไม่ใช่ อาการของมะเร็งเต้านม			
7) ท่านคิดว่าการมีรูปทรงของเต้านมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ไม่ใช่ อาการแสดงของมะเร็งเต้านม			
8) ท่านคิดว่าการมีผิวหนังบริเวณเต้านมมีลักษณะคล้ายผิวส้ม ไม่ใช่ อาการแสดงของมะเร็งเต้านม			
9) ท่านคิดว่าอาการผิดปกติของเต้านม มีโอกาสกระจายไปยัง ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ได้			
10) ท่านคิดว่าอาการผิดปกติของเต้านม อาจลุกลามไปยังปอดได้			
11) ท่านคิดว่าอาการผิดปกติของเต้านม อาจลุกลามไปยังมดลูกได้			
12) ท่านคิดว่าการปล่อยให้อ่อนเนื้อที่เต้านมมีขนาดใหญ่ขึ้น จะมีโอกาส ทำให้มะเร็ง ลุกลามเพิ่มขึ้น ด้วย			
13) ครั้งแรกที่พบอาการผิดปกติของเต้านม ท่านคิดว่า อาจเป็นสาเหตุ ทำให้ต้องสูญเสียเต้านมได้			
14) ครั้งแรกที่พบอาการผิดปกติของเต้านม ท่านคิดว่า ไม่น่าจะเป็นอันตราย ต่อร่างกาย			
15) ท่านคิดว่าการปล่อยทิ้งอาการผิดปกติของเต้านมไว้ อาจเป็น อันตราย ถึงขั้นเสียชีวิตได้			

การรับรู้ประโยชน์ต่อการตรวจรักษา

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1) ท่านเคยคิดว่าอาการผิดปกติที่เด้านมสามารถหายเองได้โดยไม่ต้องรักษา			
2) ท่านคิดว่าการรักษาอาการผิดปกติของเต้านมจากแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้นที่จะมีโอกาสหายได้			
3) ท่าน ไม่ คิดว่าเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมแล้วต้องมาพบแพทย์ทันที			
4) ท่านเคยคิดว่าการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น ที่จะช่วยลดความเจ็บปวด ทรมานได้			
5) ท่านคิดว่าการรับมาตรฐานรักษาอาการผิดปกติของเต้านมทันทีที่พบอาการอาจช่วยให้เก็บรักษาเต้านมไว้ได้			
6) ท่านคิดว่ามะเร็งเต้านมสามารถรักษาให้หายขาดได้			
7) ท่านคิดว่าการรักษามะเร็งเต้านมเร็วหรือช้า ให้ผลการรักษาเหมือนกัน			
8) ท่านคิดว่า การรักษามะเร็งเต้านมในระยะแรกเริ่ม กับระยะลุกลาม มีขั้นตอนในการรักษาเหมือนกัน			
9) ท่านคิดว่าลองรักษามะเร็งเต้านมด้วยยาสมุนไพรก่อน ไม่ดีขึ้นจึงรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน			
10) ท่านคิดว่าการรักษาด้วยยาสมุนไพรดีกว่าการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน			
11) ท่านคิดว่าการรักษามะเร็งเต้านม นอกจากวิธีรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน ยังมีวิธีอื่นที่รักษาได้อีก			
12) ท่านคิดว่า การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด เป็น การเสี่ยงอันตรายมาก			
13) ท่านเคยคิดว่าการผ่าตัดเต้านมออก ไม่คุ้มค่า กับการรักษามะเร็งเต้านม			
14) ท่านคิดว่าการรักษามะเร็งเต้านมด้วยการให้ยาเคมี ช่วยให้มีชีวิตยืนยาวเพิ่มขึ้นได้			
15) ท่านคิดว่าการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจะทำให้ร่างกายอ่อนแอลงกว่าเดิม			

การรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจรักษา

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1) ท่านรู้สึกอายแพथย์ในการตรวจเต้านม จนไม่กล้ามาพบแพทย์ทันทีที่พบอาการผิดปกติของเต้านม			
2) ท่านคิดว่าการตรวจรักษาอาการผิดปกติของเต้านมจากแพทย์แผนปัจจุบันจะทำให้เกิดความเจ็บปวด			
3) ท่านคิดว่าการมาตรวจรักษาอาการผิดปกติของเต้านมเป็นการ สิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น			
4) ท่านคิดว่าการมาตรวจอาการผิดปกติของเต้านม ต้องใช้เวลาทั้งวัน			
5) ท่านคิดว่าการตรวจอาการผิดปกติของเต้านมต้อง เสียเวลารอตรวจนาน			
6) ท่าน ไม่ อยากเดินทางมาตรวจอาการผิดปกติของเต้านม เมื่อพบอาการตั้งแต่ครั้งแรก			
7) ท่านคิดว่าการรักษามะเร็งเต้านมทางแพทย์แผนปัจจุบันเป็นเรื่อง น่ากลัว			
8) ท่านคิดว่าการรักษามะเร็งเต้านม ต้อง จ่ายเงินค่ารักษาจำนวนมาก			
9) ท่านคิดว่าการรักษามะเร็งเต้านมจะอยู่ในระยะใด ต้องเสียค่ารักษาจำนวนมากเหมือนกัน			
10) ท่านคิดว่าการรักษามะเร็งเต้านม ต้องเสียเวลานานจนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน			
11) ท่านคิดว่าการเข้ารับการรักษามะเร็งเต้านม ทำให้มีผลเสียต่อการทำงาน			
12) ท่านคิดว่าการมารักษาที่ศูนย์มะเร็งฯ สามารถเดินทางได้อย่างสะดวก			
13) ท่านคิดว่าเจ้าหน้าที่ของศูนย์มะเร็งฯ ให้บริการได้อย่างรวดเร็ว			
14) ท่านรู้สึกว่ ต้องเสียเวลารอนานมาก ในการตรวจรักษาแต่ละครั้งที่ศูนย์มะเร็งฯ			
15) ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายกับการรอคอย เพื่อตรวจรักษาที่ศูนย์มะเร็งฯ			

การยอมรับในบริการ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1) ท่านคิดว่าโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง สามารถให้การรักษาผู้ป่วย มะเร็งได้			
2) ท่านคิดว่าโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง มีแพทย์ที่สามารถให้การ รักษาผู้ป่วยมะเร็งได้			
3) ท่านรู้ดีกว่าการรักษามะเร็งเต้านม ต้องรักษากับแพทย์ที่มีความ ชำนาญเฉพาะทางเท่านั้น			
4) ท่านเชื่อมั่นในวิธีการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว			
5) ท่านคิดว่าการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน จะเป็นวิธีเดียวที่เลือก			
6) ท่านคิดว่าการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้นที่สามารถรักษา มะเร็งเต้านมให้หายได้			
7) ท่านคิดว่าการรักษามะเร็งเต้านมทางแพทย์แผนปัจจุบัน ดีกว่าการ รักษาทางสมุนไพร			
8) ท่านคิดว่าลองรักษามะเร็งเต้านมทางเลือกอื่นก่อน ถ้าไม่ได้ผลถึงจะ ยอมรับรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน			

ภาคผนวก ข

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยของผู้เข้าร่วมโครงการโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่ให้คำยินยอม.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของผู้วิจัย (นางนภนศ รัตนภาสุร) / ผู้ช่วยผู้วิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในศูนย์มะเร็งภาคกลาง ประเทศไทย

ข้อ 2. ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมิได้มีการบังคับ บังคับ คุกคาม คุกคามแต่ประการใด

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยโดยละเอียดแล้ว ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นจากเอกสารคำอธิบายโครงการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัย / ผู้ช่วยผู้วิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5. ข้าพเจ้าได้อ่านและทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมดในเอกสารคำแนะนำสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้แล้ว และข้าพเจ้าได้ซักถามปัญหาที่ข้องใจจนเป็นที่พอใจแล้ว

ข้อ 6. ข้าพเจ้าได้รับทราบแล้วว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้ก่อนเริ่มการวิจัยและการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้อ 7. ผู้วิจัย ได้เขียนบรรยายเกี่ยวกับรายละเอียดต่าง ๆ ของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัยนี้ให้ข้าพเจ้าทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญพร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ภาคผนวก ค

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	38	14.8
คู่	182	71.1
หม้าย	21	8.2
หย่า	11	4.3
แยก	4	1.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	13	5.1
ประถมศึกษา	143	55.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	20	7.8
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	26	10.2
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	14	5.5
ปริญญาตรี	35	13.7
สูงกว่าปริญญาตรี	5	2.0
ฐานะทางเศรษฐกิจ		
ไม่พอใช้	67	26.2
พอใช้	143	55.9
เพียงพอเหลือเก็บ	46	18.0
อาชีพ		
แม่บ้าน	61	23.8
นักเรียน/นักศึกษา	1	0.4
รับราชการ-รัฐวิสาหกิจ	39	15.2
เกษตรกรรม	38	14.8
ลูกจ้าง(มีประกันสังคม)	23	9.0
รับจ้าง(ไม่มีประกันสังคม)	33	12.9
กิจการส่วนตัว	58	22.7
ทำงานต่างประเทศ	2	0.8
อาสาสมัครหมู่บ้าน	1	0.4

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพในอดีต

ประวัติการเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพในอดีต	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติของบุคคลในครอบครัวเจ็บเป็นมะเร็งเต้านม		
ไม่มี	229	89.5
มารดา	4	1.6
พี่สาว	1	0.4
น้องสาว	8	3.1
มารดาและน้องสาว	1	0.4
ป้าและน้องสาว	1	0.4
ป้า	7	2.7
ยาย	3	1.2
ชวด	2	0.8
การตรวจมะเร็งเต้านม		
ไม่เคย	196	76.6
ตรวจประจำปี	22	8.6
ตรวจประจำปีทุก 2 ปี	8	3.1
นานๆตรวจครั้ง	30	11.7
การตรวจเต้านมด้วยตนเอง		
ไม่เคย	104	40.6
ตรวจประจำปีทุกเดือน	68	26.6
ตรวจไม่สม่ำเสมอ	23	9.0
นานๆตรวจครั้ง	61	23.8
การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย		
อดทน	12	4.7
พบแพทย์	142	55.5
ซื้อยากินเอง	95	37.1
พักผ่อน	3	1.2
รับยาที่อนามัย	3	1.2
ปรึกษานุคคลอื่น	1	0.4

N = 256

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยระบบบริการ

ปัจจัยระบบบริการ	จำนวน	ร้อยละ
หลักประกันทางสุขภาพที่ใช้ในการรักษา		
จ่ายเอง	22	8.6
บัตรทอง	119	46.5
ประกันสังคม	21	8.2
สวัสดิการราชการ	80	31.3
สวัสดิการเหมาจ่ายรายปี	1	0.4
ประกันชีวิต	5	2.0
บัตร อสม.	1	0.4
บัตรผู้สูงอายุ	2	0.8
บัตร 30 บาท & ประกันชีวิต	1	0.4
สวัสดิการข้าราชการ & ประกันชีวิต	3	1.2
ประกันสังคม & ประกันชีวิต	1	0.4

N = 256

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการแสวงหาการรักษา

การแสวงหาการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการรักษา		
ผ่าตัด	183	71.5
เคมีบำบัด	73	28.5

N = 256

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรอคอยในระบบบริการ

การรอคอยในระบบบริการ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการรอคอยผลการตรวจชิ้นเนื้อ		
1-7 วัน	156	60.9
8-14 วัน	70	27.4
14 ⁺ วัน	30	11.7
$\bar{x} = 7, SD=6.03, Min=1, Max=31$		
ระยะเวลาการรอคอยการรักษา		
1- 30 วัน	196	76.6
31-60 วัน	43	16.8
> 60 วัน	17	6.6
$\bar{x} = 16, SD=111.49, Min=1, Max=1095$		

N = 256

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดของการล่าช้าต่อการรักษา

ชนิดของการล่าช้า	จำนวน	ร้อยละ
การล่าช้าในการรักษา ^๓	112	43.8
ไม่ล่าช้า	144	56.3
$*\bar{x} = 112, SD=104.73, Min=8, Max=2228$		
การล่าช้าจากผู้ป่วย ^๒	124	48.4
ไม่ล่าช้า	132	51.6
$\bar{x} = 112.9, SD=257.01, Min=1, Max=1825$		
การล่าช้าจากระบบบริการ ^๑	59	23.0
ไม่ล่าช้า	197	77.0
$\bar{x} = 77.37, SD=184.54, Min=3, Max=2227$		

หมายเหตุ : N = 256

^๓ การล่าช้าในการรักษา (Total delay) หมายถึง ช่วงเวลาดังแต่สตรีเริ่มพบอาการผิดปกติด้วยตนเองจนเริ่มการรักษา

^๒ การล่าช้าจากผู้ป่วย (Patient delay) หมายถึง ช่วงเวลาดังแต่สตรีเริ่มพบอาการผิดปกติจนมาพบแพทย์ครั้งแรก

^๑ การล่าช้าจากระบบบริการ (System delay) หมายถึง ช่วงเวลาดังแต่สตรีพบแพทย์ครั้งแรกจนเริ่มการรักษา

* (mean missing=21)

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบแผนการแสวงหาการรักษา

ลำดับที่	แบบแผนการแสวงหาการรักษา	N	%
แบบแผนที่ 1	ปรึกษานุคลอื่น >พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ >รักษาที่ศูนย์มะเร็ง	102	39.8
แบบแผนที่ 2	ปรึกษานุคลอื่น>รอสังเกตอาการ>พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ >รักษาที่ศูนย์มะเร็ง	2	0.8
แบบแผนที่ 3	ปรึกษานุคลอื่น>ลองรักษาด้วยตนเอง>พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ >รักษาที่ศูนย์มะเร็ง	2	0.8
แบบแผนที่ 4	รอสังเกตอาการ>ลองรักษาด้วยตนเอง>พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ >รักษาที่ศูนย์มะเร็ง	2	0.8
แบบแผนที่ 5	รอสังเกตอาการ> พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ >รักษาที่ศูนย์มะเร็ง	17	6.6
แบบแผนที่ 6	รอสังเกตอาการ> ปรึกษานุคลอื่น> พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ >รักษาที่ศูนย์มะเร็ง	70	27.3
แบบแผนที่ 7	พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ >รักษาที่ศูนย์มะเร็ง	31	12.1
แบบแผนที่ 8	รอสังเกตอาการ> ลองรักษาด้วยตนเอง>ปรึกษานุคลอื่น> พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ >รักษาที่ศูนย์มะเร็ง	9	3.5
แบบแผนที่ 9	ลองรักษาด้วยตนเอง>ปรึกษานุคลอื่น> พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ >รักษาที่ศูนย์มะเร็ง	7	2.7
แบบแผนที่ 10	ปรึกษานุคลอื่น > พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ >รักษาสมุนไพร >รักษาที่ศูนย์มะเร็ง	2	0.8
แบบแผนที่ 11	รอสังเกตอาการ> พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ >รักษาสมุนไพร >รักษาที่ศูนย์มะเร็ง	3	1.2
แบบแผนที่ 12	รอสังเกตอาการ> ปรึกษานุคลอื่น> พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ>รักษาสมุนไพร >รักษาที่ศูนย์มะเร็ง	6	2.4
แบบแผนที่ 13	ลองรักษาด้วยตนเอง>ปรึกษานุคลอื่น> พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ>รักษาสมุนไพร >รักษาที่ศูนย์มะเร็ง	2	0.8
แบบแผนที่ 14	รอสังเกตอาการ> ลองรักษาด้วยตนเอง>ปรึกษานุคลอื่น>พบแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานบริการ >รักษาสมุนไพร >รักษาที่ศูนย์มะเร็ง	1	0.4

N = 256

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อความแรงจูงใจทางด้านสุขภาพ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1) ท่านคิดว่าการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นเรื่องสำคัญ	180 (70.3)	26 (10.2)	50 (19.5)
2) ท่านรู้สึกมั่นใจ เมื่อได้ตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี	149 (58.2)	56 (21.9)	51 (19.9)
3) ท่านคิดว่าร่างกายแข็งแรงจึงไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ	106 (41.4)	16 (6.3)	134 (52.3)
4) ท่านคิดว่าจะตรวจสุขภาพก็ต่อเมื่อร่างกายเกิดการเจ็บป่วยเท่านั้น	127 (49.6)	13 (5.1)	116 (45.3)
5) ท่านรู้สึกว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นเรื่องยุ่งยาก	39 (15.2)	22 (8.6)	195 (76.2)
6) ในอดีตท่านคิดว่าร่างกายเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดา ไม่รักษาก็หายได้	57 (22.3)	17 (6.6)	182 (71.1)

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อความการรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1) ท่านเคยรู้สึกเจ็บ หรือเสียวที่เต้านมจนไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ	45 (17.5)	5 (2.0)	206 (80.5)
2) ท่านคิดว่าหลังพบอาการผิดปกติของเต้านม ทำให้ร่างกายไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม	31 (12.1)	15 (5.9)	210 (82.0)
3) ท่านรู้สึกเจ็บปวดทรมานจากอาการผิดปกติของเต้านม	52 (20.3)	10 (3.9)	194 (75.8)
4) เมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมท่านรู้สึกกังวลจน นอนไม่หลับ	109 (42.6)	7 (2.7)	140 (54.7)
5) ท่านรู้สึกกังวลกับอาการผิดปกติของเต้านมจน ไม่มีสมาธิในการทำงาน	93 (36.3)	11 (4.3)	152 (59.4)
6) ท่านคิดว่าอาการผิดปกติของเต้านมที่พบ ไม่ใช่ อาการของมะเร็งเต้านม	141 (55.1)	48 (18.7)	67 (26.2)
7) ท่านคิดว่าการมีรูปทรงของเต้านมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ไม่ใช่ อาการแสดงของมะเร็งเต้านม	101 (39.5)	82 (32.0)	73 (28.5)
8) ท่านคิดว่าการมีผิวหนังบริเวณเต้านมมีลักษณะคล้ายผิวส้ม ไม่ใช่ อาการแสดงของมะเร็งเต้านม	94 (36.7)	91 (35.6)	71 (27.7)

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อความการรับรู้ภาวะคุกคามของ
มะเร็งเต้านม (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
9) ท่านคิดว่าอาการผิดปกติของเต้านม มีโอกาสกระจายไปยัง ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ได้	129 (50.4)	74 (28.9)	53 (20.7)
10) ท่านคิดว่าอาการผิดปกติของเต้านม อาจลุกลามไปยังปอดได้	114 (44.5)	88 (34.4)	54 (21.1)
11) ท่านคิดว่าอาการผิดปกติของเต้านม อาจลุกลามไปยังมดลูกได้	99 (38.7)	99 (38.7)	58 (22.6)
12) ท่านคิดว่าการปล่อยให้อีก้อนเนื้อที่เต้านมมีขนาดใหญ่ขึ้น จะมี โอกาส ทำให้มะเร็ง ลุกลามเพิ่มขึ้น ด้วย	210 (82.0)	26 (10.2)	20 (7.8)
13) ครั้งแรกที่พบอาการผิดปกติของเต้านม ท่านคิดว่า อาจเป็นสาเหตุ ทำให้ต้องสูญเสียเต้านมได้	134 (52.3)	45 (17.6)	77 (30.1)
14) ครั้งแรกที่พบอาการผิดปกติของเต้านม ท่านคิดว่า ไม่น่าจะเป็น อันตรายต่อร่างกาย	149 (58.2)	36 (14.1)	71(27.7)
15) ท่านคิดว่าการปล่อยทิ้งอาการผิดปกติของเต้านมไว้ อาจเป็น อันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้	170 (66.4)	34 (13.3)	52 (20.3)

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อความการรับรู้ประโยชน์ใน
การรักษา

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1) ท่านเคยคิดว่าอาการผิดปกติที่เต้านมสามารถหายเองได้โดยไม่ต้อง รักษา	35 (13.7)	16 (6.3)	205 (80.0)
2) ท่านคิดว่าการรักษาอาการผิดปกติของเต้านมจากแพทย์แผนปัจจุบัน เท่านั้น ที่จะมีโอกาสหายได้	208 (81.3)	30 (11.7)	18 (7.0)
3) ท่าน ไม่คิด ว่าเมื่อพบอาการผิดปกติของเต้านมแล้วต้องมาพบแพทย์ ทันที	136 (53.1)	5 (2.0)	115 (44.9)
4) ท่านเคยคิดว่าการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น ที่จะช่วยลด ความเจ็บปวด ทรมานได้	225 (87.9)	20 (7.8)	11 (4.3)

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อความการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
5) ท่านคิดว่าการรีบมาตรวจรักษาอาการผิดปกติของเต้านมทันทีที่พบอาการอาจช่วยให้เก็บรักษาเต้านมไว้ได้	172 (67.2)	52 (20.3)	32 (12.5)
6) ท่านคิดว่ามะเร็งเต้านมสามารถรักษาให้หายขาดได้	156 (60.9)	95 (37.1)	5 (2.0)
7) ท่านคิดว่าการรักษามะเร็งเต้านมเร็วหรือช้า ให้ผลการรักษาเหมือนกัน	58 (22.7)	62 (24.2)	136 (53.1)
8) ท่านคิดว่า การรักษามะเร็งเต้านมในระยะแรกเริ่ม กับระยะลุกลาม มีขั้นตอนในการรักษาเหมือนกัน	46 (18.0)	67 (26.1)	143 (55.9)
9) ท่านคิดว่าลองรักษามะเร็งเต้านมด้วยยาสมุนไพรก่อน ไม่ดีขึ้นจึงรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน	34 (13.3)	20 (7.8)	202 (78.9)
10) ท่านคิดว่าการรักษาด้วยยาสมุนไพรดีกว่าการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน	27 (10.5)	46 (18.0)	183 (71.5)
11) ท่านคิดว่าการรักษามะเร็งเต้านม นอกจากวิธีรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน ยังมีวิธีอื่นที่รักษาได้อีก	37 (14.4)	98 (38.3)	121 (47.3)
12) ท่านคิดว่า การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมด เป็นการเสี่ยงอันตรายมาก	88 (34.4)	37 (14.4)	131 (51.2)
13) ท่านเคยคิดว่าการผ่าตัดเต้านมออก <i>ไม่คุ้มค่า</i> กับการรักษามะเร็งเต้านม	20 (7.8)	20 (7.8)	216 (84.4)
14) ท่านคิดว่าการรักษามะเร็งเต้านมด้วยการให้ยาเคมี ช่วยให้มีชีวิตยืนยาวเพิ่มขึ้นได้	151 (59.0)	97 (37.9)	8 (3.1)
15) ท่านคิดว่าการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจะทำให้ร่างกายอ่อนแอลงกว่าเดิม	72 (28.1)	22 (8.6)	162 (63.3)

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อคำถามการรับรู้อุปสรรคต่อการรักษา

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1) ท่านรู้สึกอายแพทย์ในการตรวจเต้านม จนไม่กล้ามาพบแพทย์ ทันทีที่พบอาการผิดปกติของเต้านม	26 (10.2)	2 (0.8)	228 (89.0)
2) ท่านคิดว่าการตรวจรักษาอาการผิดปกติของเต้านมจากแพทย์แผนปัจจุบันจะทำให้เกิดความเจ็บปวด	56 (21.9)	15 (5.8)	185 (72.3)
3) ท่านคิดว่าการมาตรวจรักษาอาการผิดปกติของเต้านมเป็นการ สิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น	32 (12.5)	2 (0.8)	222 (86.7)
4) ท่านคิดว่าการมาตรวจอาการผิดปกติของเต้านม ต้องใช้เวลาทั้งวัน	149 (58.2)	13 (5.1)	94 (36.7)
5) ท่านคิดว่าการตรวจอาการผิดปกติของเต้านมต้อง เสียเวลารอตรวจนาน	147 (57.4)	7 (2.8)	102 (39.8)
6) ท่าน ไม่อยากเดินทางมาตรวจ อาการผิดปกติของเต้านม เมื่อพบอาการตั้งแต่ครั้งแรก	88 (34.4)	3 (1.1)	165 (64.5)
7) ท่านคิดว่าการรักษามะเร็งเต้านมทางแพทย์แผนปัจจุบันเป็นเรื่อง น่ากลัว	101 (39.5)	16 (6.2)	139 (54.3)
8) ท่านคิดว่าการรักษามะเร็งเต้านม ต้องจ่ายเงินค่ารักษาจำนวนมาก	162 (63.3)	29 (11.3)	65 (25.4)
9) ท่านคิดว่าการรักษามะเร็งเต้านมจะอยู่ในระยะใด ต้องเสียค่ารักษาจำนวนมากเหมือนกัน	123 (48.0)	54 (21.1)	79 (30.9)
10) ท่านคิดว่าการรักษามะเร็งเต้านม ต้องเสียเวลานานจนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน	158 (61.7)	36 (14.1)	62 (24.2)
11) ท่านคิดว่าการเข้ารับการรักษามะเร็งเต้านม ทำให้มีผลเสียต่อการทำงาน	148 (57.8)	12 (4.7)	96 (37.5)
12) ท่านคิดว่าการมารักษาที่ศูนย์มะเร็งฯ สามารถเดินทางได้อย่างสะดวก	203 (79.3)	10 (3.9)	43 (16.8)
13) ท่านคิดว่าเจ้าหน้าที่ของศูนย์มะเร็งฯ ให้บริการได้อย่างรวดเร็ว	211 (82.4)	16 (6.3)	29 (11.3)
14) ท่านรู้สึก ว่าต้องเสียเวลารอนานมาก ในการตรวจรักษาแต่ละครั้งที่ศูนย์มะเร็งฯ	138 (53.9)	20 (7.8)	98 (38.3)
15) ท่านรู้สึก เบื่อหน่ายกับการรอคอย เพื่อตรวจรักษาที่ศูนย์มะเร็งฯ	50 (19.5)	21 (8.2)	185 (72.3)

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อคำถามการยอมรับในบริการ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1) ท่านคิดว่าโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง สามารถให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้	69 (27.0)	69 (27.0)	118 (46.0)
2) ท่านคิดว่าโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง มีแพทย์ที่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้	81 (31.6)	69 (27.0)	106 (41.4)
3) ท่านรู้สึว่าการรักษามะเร็งเต้านม ต้องรักษากับแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางเท่านั้น	235 (91.8)	15 (5.9)	6 (2.3)
4) ท่านเชื่อมั่นในวิธีการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว	208 (81.3)	38 (14.8)	10 (3.9)
5) ท่านคิดว่าการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน จะเป็นวิธีเดียวที่เลือก	206 (80.5)	43 (16.8)	7 (2.7)
6) ท่านคิดว่าการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้นที่สามารถรักษามะเร็งเต้านมให้หายได้	211 (82.4)	39 (15.3)	6 (2.3)
7) ท่านคิดว่าการรักษามะเร็งเต้านมทางแพทย์แผนปัจจุบัน ดีกว่าการรักษาทางหมอสมุนไพร	223 (87.1)	28 (10.9)	5 (2.0)
8) ท่านคิดว่าลองรักษามะเร็งเต้านมทางเลือกอื่นก่อน ถ้าไม่ได้ผลถึงจะยอมรับรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน	10 (3.9)	11 (4.3)	235 (91.8)



No. MU 2006-012

**Documentary Proof of Ethical Clearance
The Committee on Human Rights Related to
Human Experimentation
Mahidol University, Bangkok**

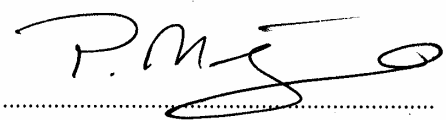
Title of Project. Factors Affecting Delayed Treatment among Breast Cancer Patients in the
Central-Region Cancer Centers of Thailand
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. Mrs. Naphanit Rattanaphasura

Name of Institution. Faculty of Public Health

Approved by the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation

Signature of Chairman. 
(Professor Dr. Srisin Khusmith)

Signature of Head of the Institute. 
(Professor Dr. Pornchai Matangkasombut)

Date of Approval. 31 JAN 2006

Date of Expiration. 30 JAN 2007

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

นางนภนิศ รัตนภาสูร

วัน เดือน ปีเกิด

9 กุมภาพันธ์ 2515

สถานที่เกิด

จังหวัดกาญจนบุรี

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2532 - 2536 ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2546 – 2550 ปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
(วิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์)
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2542 - ปัจจุบัน ตำแหน่งพยาบาลประจำห้องผ่าตัด
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพฯ

พ.ศ. 2536 - 2542 ตำแหน่งพยาบาลประจำห้องผ่าตัด
ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ

สถานที่ทำงานปัจจุบัน

กรุงเทพฯ

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลขที่ 268/1 ถนนพระรามหก
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400