

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก องค์การอนามัยโลกพบว่า ในปีพ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 12.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งราว 7.6 ล้านคน หรือคิดเป็น 13% จากสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตพบได้มากกว่าการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียรวมกัน โรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งต่อมลูกหมาก ในบรรดาผู้ป่วยใหม่จำนวน 12.7 ล้านคน พบมะเร็งเต้านม 1.38 ล้านคน ซึ่งมากเป็นอันดับสองของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต 7.6 ล้านคน เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 458,000 คน มากเป็นอันดับห้าของผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั้งหมด องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 21.4 ล้านคน และคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตราว 13 ล้านคน และประมาณร้อยละ 70 ของผู้เสียชีวิตจะอยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงต่ำ ขณะเดียวกันสถาบันมะเร็งแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการคำนวณสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยจากหน่วยทะเบียนมะเร็งระดับประชากร 16 แห่งทั่วประเทศ โดยข้อมูลสถิติโรคมะเร็ง ในปี พ.ศ. 2548 (อาคม ชัยวิระวัฒน์ และคนอื่นๆ 2550) มีจำนวนผู้ป่วยใหม่ 98,852 คน เป็นเพศชาย จำนวน 48,596 คน และเพศหญิงจำนวน 50,256 คน โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่และจากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณ 61,082 คน เป็นเพศชาย 35,437 คน เป็นเพศหญิง 25,645 คน ซึ่งถือเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเพศหญิง มีจำนวนผู้เสียชีวิต 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และ มะเร็งลำไส้ใหญ่ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสำคัญ 5 อันดับแรกของประเทศ คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งคิดเป็น 56.38% ของมะเร็งทั้งหมด (แผนการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งแห่งชาติ 2556)

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยสตรีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้หญิงทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2550 มีสตรีที่เสียชีวิตจาก

มะเร็งเต้านม จำนวน 40,480 ราย และพบผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกถึง 1,300,000 ราย ในปี พ.ศ. 2551 พบอุบัติการณ์สูงสุดในทวีปอเมริกาเหนือออสเตรเลียและยุโรปตะวันตก ส่วนในทวีปเอเชียยังถือว่าอุบัติการณ์การเกิดยังน้อย (American cancer society 2013) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน สูญเสียโอกาส สูญเสียเวลา และค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เป็นภาระทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และต่อสังคม

ในประเทศไทยมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในสตรี รองลงมา ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี และมะเร็งปอดตามลำดับ ในปี 2549-2553 พบว่าอัตราการเพิ่มของมะเร็งเต้านมมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าเมื่อเทียบกับการเพิ่มของมะเร็งปากมดลูกและสถิติอัตราการเสียชีวิตของประชากรไทยจากโรคมะเร็ง 5 ปีย้อนหลัง พบว่า มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 รองจากมะเร็งตับ มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด และมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยมีอัตราการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2549 และ 2553 คือ 6.3 และ 7.7 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2554) และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีผู้ป่วยจำนวน 13,184 ราย เสียชีวิตประมาณ 4,665 หรือ 12 รายต่อวัน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2557) ปัจจุบันยังไม่สามารถลดจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมให้น้อยลงหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ได้ เนื่องจากไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมที่แท้จริง (โสพรรณ โพทะยะ 2532)

กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผน 7 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary Prevention) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary Prevention) ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary Prevention-Treatment) ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ยุทธศาสตร์ที่ 6 ด้านการวิจัยเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer Control Research) และยุทธศาสตร์ที่ 7 ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรในการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็ง (Capacity Building) เพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง โดยการศึกษาจะมุ่งเน้นไปที่ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก

ถึงแม้ว่าโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่ร้ายแรงที่พบมาก และมีอัตราการตายสูง อีกทั้งยังเป็นโรคทั้งระบบ (Systemic disease) ที่ลุกลามไปยังเนื้อเยื่อใกล้เคียงตลอดจนเนื้อเยื่อทั่วร่างกาย แต่มะเร็งเต้านมก็สามารถรักษาหายได้ และการพยากรณ์โรคค่อนข้างดีถ้าสามารถตรวจพบในระยะเริ่มแรก (Loescher 2004) การพยากรณ์ของโรคมะเร็งเต้านมนั้นขึ้นอยู่กับระยะของโรคขณะตรวจพบ

ถ้าพบว่าโรคมะเร็งยังคงอยู่เฉพาะเต้านมและได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 81 แต่ถ้ากระจายไปสู่อวัยวะที่ไกลออกไปมีอัตราการรอดชีวิตเพียง ร้อยละ 26 (วรรณุช เกียรติพงษ์ถาวร 2552)

โรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 750 เตียงมีความเชี่ยวชาญในการรักษาโรคตติยภูมิโดยเฉพาะโรคมะเร็ง ได้มีการศึกษาถึงอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลสระบุรีที่ 5 ปีของการรักษาโรคมะเร็งเต้านมคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะศูนย์และระยะที่หนึ่งมีอัตราการรอดชีวิตเท่ากับร้อยละ 100 ระยะที่สองเท่ากับร้อยละ 93.7 ระยะที่สามเท่ากับร้อยละ 52.57 และระยะที่สี่ร้อยละ 9.1 ตามลำดับ (สุรกิจ พรชัย 2557) ซึ่งไม่ได้แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ แต่จำนวนผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลสระบุรีพบว่าผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลสระบุรีพบว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก (ระยะศูนย์ ระยะที่หนึ่งและระยะที่สอง) เพียงร้อยละ 53.6 ระยะลุกลาม (ระยะที่สาม) ร้อยละ 35.5 และระยะแพร่กระจาย (ระยะที่สี่) ร้อยละ 11.1 ตามลำดับ (สุรกิจ พรชัย 2557) ซึ่งเมื่อเทียบกับเป้าหมายในยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งจะต้องพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลสระบุรีได้มีการรณรงค์ตามยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกคือ ส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว แต่สตรีส่วนมากเมื่อตรวจพบความผิดปกติที่เต้านมแล้วไม่มาพบแพทย์ ซึ่งอาจมีปัจจัยและสาเหตุมาจากหลายประการ จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรค เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและวิธีการติดต่อของโรคและผลของการเป็นโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลมีความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ซึ่งเบคเกอร์ (Becker 1975) กล่าวว่า บุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรค ถ้าหากไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นๆ ซึ่งความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของบุคคลในการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมและก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้น การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต้องมีความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่ง แต่การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอย่างได้ผลนั้น นอกจากบุคคลต้องมีความรู้แล้วยังต้องขึ้นอยู่กับความเชื่อด้วย เพราะความเชื่อเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ความเชื่อ หมายถึง ความแน่ใจ ความเชื่อมั่นในปรากฏการณ์นั้นว่าถูกต้องเป็นจริง (Green and Kreuter 1980) ความเชื่อ คือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้และทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเชื่อนั้นๆ (จรรยา สุวรรณทัต 2524) ซึ่งความเชื่อของบุคคล ขึ้นอยู่กับความรู้ที่เขามีอยู่กับข้อมูลข่าวสารที่เขาได้รับจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือ โดยความเชื่อจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม

อีกต่อหนึ่ง นั่นคือบุคคลจะกระทำหรือไม่กระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามความเชื่อของเขาหรือความเชื่อจะเป็นตัวเสริมกำลังบางอย่างที่เขาทำไปแล้วให้เกิดความคงทนยิ่งขึ้น (จุฑารัตน์ รามสูต 2536) ความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้เบคเกอร์ (Becker 1975) ยังได้เสนอไว้ว่า การมีความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัย แม้จะเป็นสิ่งสำคัญแต่การที่มีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมอนามัยได้ จึงควรต้องคำนึงถึงด้านจิตวิทยาของบุคคลซึ่งเป็นแรงจูงใจภายในตัวบุคคล ต่อปัญหาสุขภาพว่า เขาอยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย ตลอดจนอุปสรรคที่ขัดขวางและแรงจูงใจด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นๆ นอกจากนี้ยังมีแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อก (Rosenstock 1974) อธิบายว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่ามากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว บุคคลจะต้องมีความรู้สึกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่โรคคุกคามตนและจะต้องมีความรู้สึกลัวว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ 2536) ซึ่งองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพคือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆ ได้ และกรอบแนวคิดของกรีนและครูเตอร์ (Green and Kreuter 1991) ที่ระบุปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม โดยปัจจัยนำจะเกี่ยวข้องกับความรู้ การรับรู้และแรงจูงใจ ส่วนปัจจัยเอื้อเป็นสิ่งที่สนับสนุนการปฏิบัติซึ่งตรงกับความเชื่อในอุปสรรคของการมีพฤติกรรม ส่วนปัจจัยเสริมจะเป็นปัจจัยสนับสนุนจากคนรอบข้างซึ่งตรงกับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติของแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา คือ ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมาพบแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการมาพบแพทย์ ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเอง สิ่งชักนำ ได้แก่ การกระตุ้นสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน ข่าวสารจากสื่อ/อินเทอร์เน็ต และบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งปัจจัยเหล่านี้น่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

การมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตด้านมในโรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งทำให้สามารถนำผลของการศึกษานี้มาใช้พัฒนาระบบบริการที่ส่งเสริมให้สตรีมีพฤติกรรมมาพบแพทย์เร็วขึ้นเพื่อสามารถค้นพบโรคมะเร็งไตด้านมในระยะเริ่มแรกให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. คำถามการวิจัย

2.1 ผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตด้านมมีพฤติกรรมมาพบแพทย์หลังพบก้อนที่ไตด้านมเร็วหรือช้าเพียงใด

2.2 ผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตด้านมมีความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งไตด้านม การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งไตด้านม ความสนใจในการตรวจไตด้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์อยู่ในระดับใด

2.3 ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งไตด้านม ความสนใจในการตรวจไตด้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมาพบแพทย์หรือไม่

2.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตด้านมในโรงพยาบาลสระบุรีมีอะไรบ้าง

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตด้านมในโรงพยาบาลสระบุรี

3.2 เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งไตด้านม การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งไตด้านม ความสนใจในการตรวจไตด้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ ต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยก่อนที่ไตด้านมในโรงพยาบาลสระบุรี

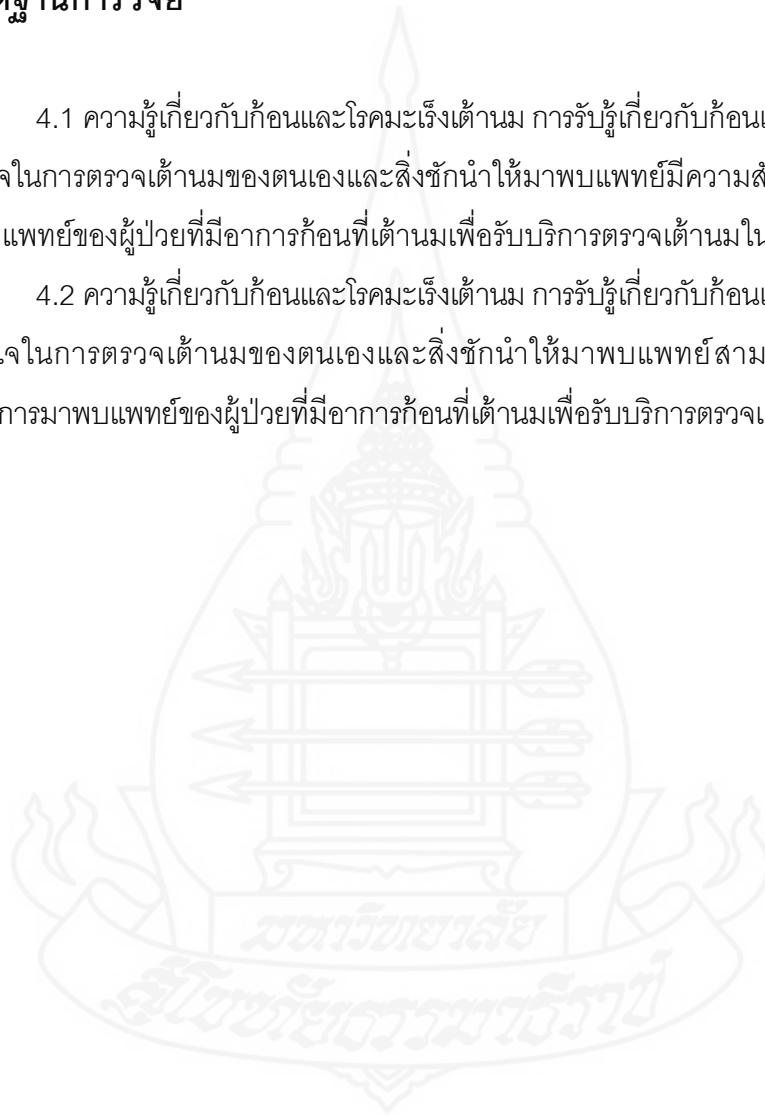
3.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งไตด้านม การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งไตด้านม ความสนใจในการตรวจไตด้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ กับพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยก่อนที่ไตด้านมในโรงพยาบาลสระบุรี

3.4 เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี

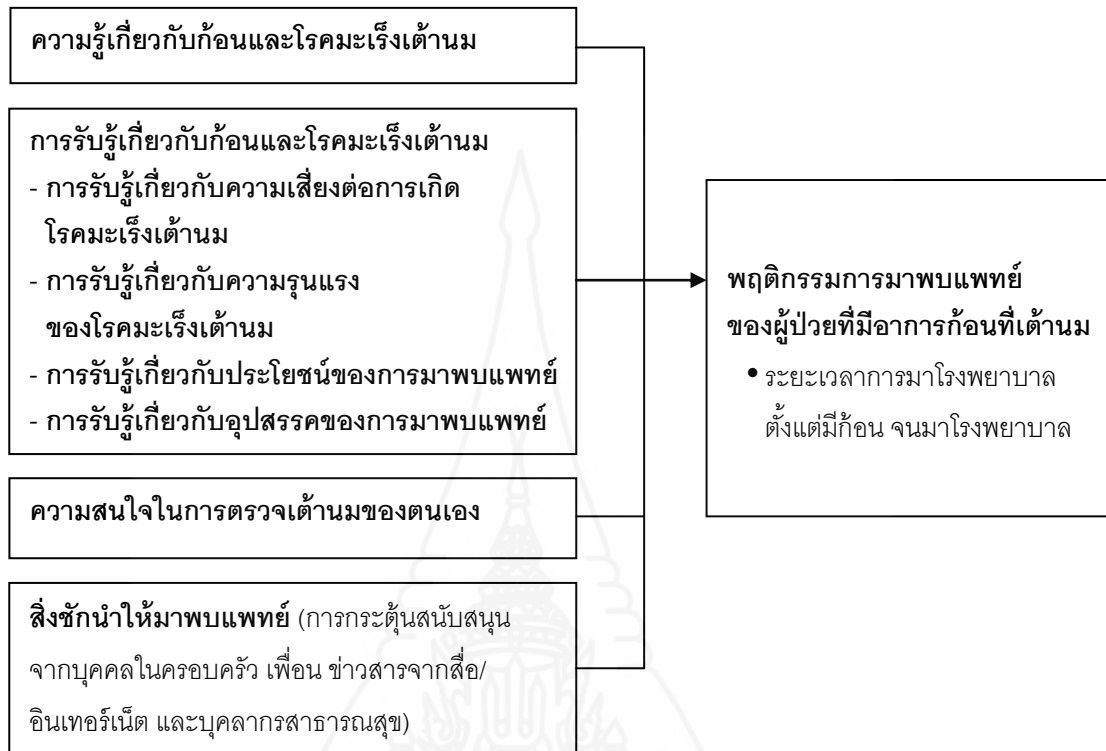
4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมเพื่อรับบริการตรวจเต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี

4.2 ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ความสนใจในการตรวจเต้านมของตนเองและสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์สามารถร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมเพื่อรับบริการตรวจเต้านมในโรงพยาบาลสระบุรี



5. กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

6. ขอบเขตของการศึกษา

ศึกษากับผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมและเป็นผู้ป่วยใหม่ที่ไม่ได้นัด ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลสระบุรี ระหว่าง 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558

7. คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

7.1 ผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านม หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการก้อนที่เต้านมและเป็นผู้ป่วยใหม่ที่ไม่ได้นัด ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลสระบุรี

7.2 อาการก้อนที่เต้านม หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยตรวจพบด้วยตนเองว่ามีก้อนที่เต้านมโดยเมื่อมาพบแพทย์แล้วแพทย์อาจตรวจพบก้อนหรือไม่ก็ได้

7.3 พฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตเสื่อม หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตเสื่อมตัดสินใจมารับบริการในการตรวจไตที่โรงพยาบาล โดยพิจารณาจากระยะเวลาการมาโรงพยาบาลตั้งแต่มีก่อนจนมาโรงพยาบาล นับเป็นจำนวนวัน

7.4 ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งไต หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วย เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งไต ประกอบด้วย อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งไต สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งไต อาการของโรคมะเร็งไต การวินิจฉัยก่อนที่ไตเสื่อม การป้องกันโรคมะเร็งไต และการรักษาโรคมะเร็งไต

7.5 การรับรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งไต หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วย เกี่ยวกับความเสี่ยง, ความรุนแรงของโรคมะเร็งไต, ประโยชน์ และอุปสรรคของการมาพบแพทย์ จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นวัดแบบมาตรฐานค่า ประกอบด้วย

7.5.1 การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งไต หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตเสื่อมเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งไต เช่น อายุ ประวัติครอบครัว ประวัติการมีลูก ประวัติการมีประจำเดือน การได้รับฮอร์โมน การรับประทานอาหารไขมันสูงหรืออาหารแบบชาวตะวันตก การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่และ แนวโน้มการเจ็บป่วยตลอดจนการเกิดโรคมะเร็งไต

7.5.2 การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งไต หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตเสื่อมที่มีต่ออันตรายและความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งไต โดยสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ได้และเกิดความเจ็บปวดทรมาน ถูกตัดไต ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ของสตรี เสียเวลาเสียเงินในการรักษามาก ซึมเศร้า เกิดผลกระทบต่อการร่างกาย การดำเนินชีวิตและสัมพันธภาพในครอบครัว หมดหวังในชีวิตและอาจทำให้เสียชีวิตได้

7.5.3 การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการมาพบแพทย์ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตเสื่อม ถึงผลดีหรือคุณค่าการมาพบแพทย์ เพื่อตรวจพบโรคมะเร็งไตในระยะเริ่มแรกซึ่งเชื่อว่าการมาพบแพทย์เร็วขึ้นมีประสิทธิภาพและมีประโยชน์ช่วยลดความรุนแรงจากโรคมะเร็งไต

7.5.4 การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการมาพบแพทย์ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ไตเสื่อมต่อสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติตามของการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยก่อนที่ไตเสื่อม เช่น การไม่มีเวลา ความอาย ความวิตกกังวล ความกลัวและความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับโรคดังกล่าว ความยากลำบากของผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล เช่น การเดินทางไม่สะดวก การไม่มีคนพามาโรงพยาบาล เป็นต้น

7.6 ความสนใจในการตรวจด้านมของตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการตรวจด้านมด้วยตนเองเพื่อหาความผิดปกติเป็นประจำทุกเดือน ก่อนที่จะตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีวิธีการตรวจโดยการคลำด้านมขณะอาบน้ำหรือในท่านอน และการตรวจด้านมที่หน้ากระจกเงา เพื่อดูความหดรั้งของด้านมและหัวนม สม่ำเสมออย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลาหลังมีประจำ เดือน 7 วัน

7.7 สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ หมายถึง การกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล โดยได้รับจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรสาธารณสุข และ ข่าวสารจากสื่อ/อินเทอร์เน็ต เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เอกสาร สิ่งพิมพ์วีดิทัศน์ เป็นต้น

7.8 พฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ด้านม หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีอาการก่อนที่ด้านมตัดสินใจมารับบริการในการตรวจด้านมที่โรงพยาบาล โดยพิจารณาจากระยะเวลาการมาโรงพยาบาลตั้งแต่มีก้อนจนมาโรงพยาบาล นับเป็นจำนวนวัน โดยจะแบ่งเป็นพฤติกรรมมาพบแพทย์เร็ว คือ มาพบแพทย์ภายใน 1 เดือน (30 วัน) และพฤติกรรม มาพบแพทย์ช้า คือ มาพบแพทย์เกิน 1 เดือน

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อการศึกษา วิจัยต่อไปในอนาคต

8.2 ผลการวิจัยทำให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วย ที่มีอาการก่อนที่ด้านมในโรงพยาบาลสระบุรี แล้วสามารถนำมาใช้พัฒนาระบบบริการเพื่อค้นพบ โรคมะเร็งด้านมในระยะเริ่มแรกให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น