

ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS PREDICTING TIME TO FIRST HOSPITAL VISIT AMONG PERSONS WITH BREAST
CANCER



Lt.JG. Jantorn Pullpipat

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2022

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม
โดย	ร.ท.หญิงจันทร์ พูลพิพัฒน์
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสสกุล)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)	
.....	กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณภรณ์ นันไทยทวีกุล)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จันทร์ พูลพิพัฒน์ : ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม. (FACTORS PREDICTING TIME TO FIRST HOSPITAL VISIT AMONG PERSONS WITH BREAST CANCER) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ศ. ดร.รัตนศิริ ทาโต

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบพรรณนาเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม และศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมจากปัจจัยด้านอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมทุกระยะของโรคที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม คลินิกเต้านม แผนกรังสีรักษา และแผนกเคมีบำบัด โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 41 คน และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จำนวน 69 คน รวม 110 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกระยะเวลาการมาโรงพยาบาล 3) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม 4) แบบสอบถามความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา 5) แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00, 1.00, .83, .92, .78 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88, .81 ตามลำดับ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีค่า KR-20 เท่ากับ 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า 1) ระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่พบอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกมีระยะเวลาเฉลี่ย 119.45 วัน 2) ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย 2 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ($Beta = -.447$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($Beta = -.236$) สามารถร่วมกันทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ ร้อยละ 24.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับปัจจัยด้านอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา ไม่สามารถทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2565 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6370006836 : MAJOR ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

KEYWORD: TIME TO FIRST HOSPITAL VISIT, BREAST CANCER

Jantorn Pullpipat : FACTORS PREDICTING TIME TO FIRST HOSPITAL VISIT AMONG PERSONS WITH BREAST CANCER. Advisor: Prof. RATSIRI THATO, Ph.D.

The objective of this retrospective descriptive predictive research were to study time to first hospital visit among persons with breast cancer and identify its predictive factors. The sample consisted of 110 new breast cancer persons at every stage of the disease, who sought treatment at the outpatient department of surgery, breast clinic, radiotherapy and chemotherapy from 2 tertiary hospitals, 41 from Queen Sirikit Hospital and 69 from Chonburi Cancer Hospital, resulting in 110 subjects. Data were collected using 5 questionnaires: 1) demographic data form, 2) time to first hospital visit form, 3) knowledge about breast cancer disease, 4) fear of diagnosis and treatment questionnaire, 5) social support. The questionnaires were tested for content validity by 5 experts. Their CVIs were 1.00, 1.00, .83, .92, and .78 respectively. Their Cronbach's alpha coefficients were .88 and .81 respectively. Knowledge about breast cancer disease had KR-20 at .70. Data were analyzed using stepwise multiple regression.

Findings: The finding revealed that 1) the average time to first hospital visit among persons with breast cancer was 119.45 days, 2) two variables were significant predictors of time to first hospital visit among persons with breast cancer at level .05. They were knowledge about breast cancer disease (Beta=-.447) and social support (Beta=-.236). They could explain 24.7% of time to first hospital visit among persons with breast cancer ($p < .05$). However, age, economic status and fear of diagnosis and treatment could not predict time to first hospital visit among persons with breast cancer.

Field of Study: Adult and Gerontological
Nursing

Student's Signature

Academic Year: 2022

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่งจาก ศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาในการให้ความรู้ คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และมีค่ายิ่ง ในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัยตลอดจนช่วยแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ ตลอดจนสนับสนุนและให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึก ซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่าและเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษาอันเป็นพื้นฐานในการ ทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และที่สำคัญ คือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา สามี น้องสาว ที่เป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอ มาจนสำเร็จการศึกษา ขอขอบพระคุณกรมแพทย์ทหารเรือที่มอบทุนในการศึกษาครั้งนี้ และ ขอขอบพระคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ หอผู้ป่วยอายุรเวชกรรมหญิงโรงพยาบาล สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยงานการศึกษาหลักสูตรปริญญาโท เพื่อนนิสิต ปริญญาโททุกท่านที่ช่วยเหลือ แนะนำและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จันทร พูลพิพัฒน์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	5
สมมุติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1. โรคมะเร็งเต้านม.....	13
2. ระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.....	28
3. แนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมแสวงหาการรักษา.....	33
4. ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.....	37

5. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็น โรคมะเร็งเต้านม.....	48
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	56
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	58
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล	65
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล	68
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ	76
สรุปผลการวิจัย.....	78
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	84
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	84
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	85
บรรณานุกรม.....	86
ภาคผนวก.....	94
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสืออนุมัติผู้ทรงคุณวุฒิ	95
ภาคผนวก ข หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ	102
ภาคผนวก ค หนังสือขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ใบรับรองโครงการวิจัย	108
ภาคผนวก ง เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	112
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	123



ภาคผนวก ฉ จดหมายขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	132
ภาคผนวก ช การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย การวิเคราะห์เพิ่มเติม	136
ประวัติผู้เขียน.....	151



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 57

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) 65

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย จำแนกตาม อายุ รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง เต้านม (n=110)..... 69

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ จำแนกตามอาการผิดปกติที่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมพบครั้งแรก (n=110)..... 70

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม (n=110)..... 71

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาการมาโรงพยาบาล. 72

ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา 73

ตารางที่ 8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการโดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression analysis)..... 74

ตารางที่ 9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) ของปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม (Stepwise Multiple regression analysis)..... 75

ตารางที่ 10 แสดงร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรทำนายและระยะเวลาการมาโรงพยาบาล..... 141

ตารางที่ 11 แสดงความถี่ของความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม จำแนกตามรายข้อ (n=110) 142

ตารางที่ 12 แสดงความถี่ของความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา จำแนกตามรายข้อ (n=110).... 143

ตารางที่ 13 แสดงความถี่ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามรายข้อ (n=110)..... 144

ตารางที่ 14 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ (R) สัมประสิทธิ์การทำนาย (R²) สัมประสิทธิ์การทำนายที่ปรับแก้ และการทดสอบนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทำนาย..... 148

ตารางที่ 15 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวน	148
ตารางที่ 16 แสดงตัวแปรที่ถูกคัดเข้าสมการทำนาย	149
ตารางที่ 17 แสดงตัวแปรที่ถูกคัดออกจากสมการทำนาย	149
ตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็น โรคมะเร็งเต้านม	150



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 The framework of Dracup et al. (2003)	34
ภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	55
ภาพที่ 3 แสดงการกระจายตัวของ Regression standardized residual.....	147
ภาพที่ 4 แสดง Normal P-P Plot of Regression standardized residual	147



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงทั่วโลก จากรายงานสถิติโรคมะเร็งขององค์การอนามัยโลกพบว่ามีผู้หญิง 2.3 ล้านรายทั่วโลกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 685,000 รายทั่วโลก และในปีพ.ศ.2563 มีผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาและยังมีชีวิตอยู่ถึง 7.8 ล้านราย (World health organization, 2020) จากการประมาณการของ American Cancer Society สำหรับมะเร็งเต้านมในสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2565 มีผู้หญิงได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม 287,850 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 43,250 ราย และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.5 ต่อปี (American Cancer Society, 2022) สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งเต้านมถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานสถิติมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของผู้หญิงไทย คิดเป็นร้อยละ 37.9 ของมะเร็งทั้งหมด มีการตรวจพบโรคอยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ร้อยละ 23.2 และ 23.7 ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และจากการวิเคราะห์สถานการณ์การตายจากโรคมะเร็งในรอบ 10 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2554 ถึงปี พ.ศ. 2563 พบว่ามะเร็งเต้านมมีอัตราการตายเพิ่มขึ้น 1.7 เท่าในเพศหญิง (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้จัดโครงการ WHO Global Breast Cancer Initiative (GBCI) เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมทั่วโลก ลงร้อยละ 2.5 ต่อปี จะสามารถป้องกันการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้ 2.5 ล้านรายทั่วโลกระหว่างปี 2020-2040 โดยมีแนวทางหลักสามประการในการบรรลุวัตถุประสงค์คือ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อตรวจพบโรคในระยะเริ่มแรก การวินิจฉัยอย่างทันที่ทั่วถึง และการจัดการมะเร็งเต้านมแบบองค์รวม (World health organization, 2020)

ถึงแม้ว่ามะเร็งเต้านมจะเป็นโรคที่ป้องกันการเกิดได้ยาก เนื่องจากไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดที่ทำให้เกิดโรคและเป็นสาเหตุการตายในอัตราที่สูงก็ตาม แต่มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถตรวจคัดกรองได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ถ้ามาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น คลำพบก้อนที่เต้านม เต้านมมีรูปร่างผิดปกติหรือเต้านม 2 ข้างไม่เท่ากันอย่างเห็นได้ชัด เต้านมบวมลง ผิวหนังบริเวณเต้านมบวมแดง มีลักษณะคล้ายผิวส้ม มีเลือดหรือน้ำเหลืองซึมออกมาทางหัวนม (กนกอร บุญพิทักษ์, 2555) การตรวจพบโรคและให้การรักษาตั้งแต่ในระยะแรกที่ยังมีขนาดเล็กและก้อนมะเร็งยังอยู่เฉพาะที่เต้านม ยังไม่แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง ช่วยให้มีโอกาสหายจากโรคสูงขึ้นและการพยากรณ์โรคค่อนข้างดีเมื่อเทียบกับการตรวจพบก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่หรือกระจาย

ไปต่อมนี้แล้ว ซึ่งการพยากรณ์ของมะเร็งเต้านมขึ้นอยู่กับระยะของการตรวจพบโรค จากการศึกษาของ สมิทธี สร้อยมาต (2560) พบว่าอัตราการรอดชีพ 5 ปี ระยะที่ 1 เท่ากับร้อยละ 82.4 ระยะที่ 2 เท่ากับร้อยละ 79.2 ระยะที่ 3 เท่ากับร้อยละ 45.3 และระยะที่ 4 เท่ากับร้อยละ 0 ตามลำดับ และอัตราการรอดชีพ 5 ปี ของมะเร็งระยะเริ่มแรกสูงกว่าระยะลุกลามร้อยละ 80.3 และ 43.2 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ho (2019) พบว่า การรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแตกต่างกันไปตามระยะของโรค ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะไม่ลุกลามมีระยะเวลาการรอดชีวิตที่ 8.6 ปี ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่หนึ่งมีระยะเวลาการรอดชีวิตที่ 8.4 ปี ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่สองมีระยะเวลาการรอดชีวิตที่ 8 ปี ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่สามมีระยะเวลาการรอดชีวิตที่ 7.1 ปี ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่สี่มีระยะเวลาการรอดชีวิตที่ 2.3 ปี ดังนั้นการตรวจเพื่อค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกจึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะเป็นการตรวจหาโรคในระยะที่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

ความก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบันและการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทำให้สามารถค้นพบโรคมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก แต่ยังคงพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีระยะเวลามาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจครั้งแรกยาวนาน จากการศึกษาของ Harirchi (2005) พบว่า หลังจากเริ่มมีอาการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีระยะเวลาไปพบแพทย์ครั้งแรกอยู่ระหว่าง 1 เดือน ถึง 36 เดือน โดยผู้ป่วยร้อยละ 68 มีระยะเวลามาพบแพทย์ครั้งแรกนานมากกว่า 1 เดือนและผู้ป่วยร้อยละ 42.5 มีระยะเวลามาพบแพทย์ครั้งแรกนานมากกว่า 3 เดือน ค่ามัธยฐานของผู้ป่วยที่ล่าช้าคือ 12 สัปดาห์ และจากการศึกษาของ Barros (2020) พบว่า ช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการหรืออาการแสดงของมะเร็งเต้านมกับการไปพบแพทย์ครั้งแรกอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1,857 วัน ค่ามัธยฐานคือ 39 วัน โดยผู้ป่วยร้อยละ 34 มีระยะเวลาการไปพบแพทย์ครั้งแรกมากกว่า 90 วัน ส่วนการศึกษาในประเทศไทยจากการศึกษาของ สุวลักษณ์ วงศ์จรโรลงคิล (2562) พบว่า ระยะเวลาดังแต่เริ่มมีอาการถึงมารับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้เวลามากกว่า 3 เดือน ถึง 6 เดือน ร้อยละ 30 และมากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี ร้อยละ 31.7 มากกว่า 1 ปีถึง 2 ปี ร้อยละ 26.7 ระยะเวลาดังแต่เริ่มมีอาการถึงมารับการรักษาล่าช้าประมาณ 15.62 เดือน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ระบุว่าความล่าช้าเกิดจากตนเองร้อยละ 83.8 และสาเหตุที่มารับการรักษาล่าช้าเนื่องจากกลัวการรักษา ไม่ได้ใส่ใจกับโรคคิดว่าโรคนั้นจะดีขึ้น และไม่มีความรู้ จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจในครั้งแรกที่ยาวนาน ส่งผลให้โรคมักมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น โอกาสในการรักษาให้หายขาดจึงลดลงและอัตราการรอดชีพลดลง จากการศึกษาของ พงศกร ศรีจันทร์ (2555) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่มีระยะเวลาดังแต่เริ่มมีอาการมากกว่า 12 สัปดาห์ จะพบโรคอยู่ในระยะลุกลามหรือแพร่กระจายถึงร้อยละ 59.4 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาเวลาน้อยกว่า 12 สัปดาห์ จะพบโรคอยู่ในระยะลุกลามหรือแพร่กระจายเพียง

ร้อยละ 26.3 และจากการศึกษาของ Elgoraish (2021) พบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาความล่าช้านานประมาณ 28.3 สัปดาห์ และความล่าช้าของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีการตรวจพบโรคในระยะลุกลามอาจส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า ความโศกเศร้า ความผิดหวัง ความกลัว ความวิตกกังวล คุณภาพชีวิตที่ลดลงจากผลข้างเคียงของการรักษา ความสามารถในการดูแลครอบครัวลดลง (William et al., 2011)

ระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเป็นช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติจนกระทั่งมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล แบ่งระยะเวลาเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 เรียกว่า Patient recognition and action phase หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติจนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ระยะนี้เป็นระยะที่มีผลต่อระยะเวลาล่าช้า (Total delay time) ผู้ป่วยบางรายตัดสินใจไปพบแพทย์ทันทีเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น บางรายรอดูอาการรักษาอาการตนเอง หรือปรึกษาเพื่อน ระยะที่ 2 เรียกว่า Prehospital action phase หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเดินทางไปพบแพทย์จนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับระยะห่างของบ้านกับโรงพยาบาล ระยะที่ 3 เรียกว่า Hospital action phase หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการรักษาโดยแพทย์และทีมสุขภาพที่โรงพยาบาล (Dracup et al., 1995) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาระยะเวลาการมาโรงพยาบาลในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ซึ่งครอบคลุมระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นครั้งแรกจนกระทั่งมารับการตรวจที่โรงพยาบาล เป็นช่วงเวลาที่เกิดจากการควบคุมของตัวผู้ป่วยเองที่จะมารับการตรวจเร็วหรือช้า (Patient delay) จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากถ้าผู้ป่วยมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจในครั้งแรกที่สั้นจะทำให้ตรวจพบโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่ในระยะแรก การพยากรณ์โรคดีและมีโอกาสในการรักษาให้หายขาดได้ เพิ่มอัตราการรอดชีพ ช่วยลดค่าใช้จ่าย และเป็นการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพอย่างคุ้มค่า สำหรับระยะที่ 3 ที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะเวลาการมาตรวจครั้งแรกจนได้รับการรักษาเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านแพทย์ (Doctor delay) และระบบการรักษา (System delay) ซึ่งเป็นปัจจัยที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงไม่นำมาศึกษาในครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้าของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมในประเทศไทยเพียง 3 เรื่อง (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550; สุรกิจ พรชัย, 2562; สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิลป์, 2562) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ ผู้วิจัยจึงทำการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า มีการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าในการรับการรักษาและระยะเวลาการมาโรงพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีแนวโน้มส่งผลต่อระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุและฐานะทางเศรษฐกิจ Chen (2015) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะมีความล่าช้าหรือปฏิเสธการรักษา

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยอายุ ≥ 75 ปี และผู้ป่วยที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าหรือการปฏิเสธการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม Zhang (2019) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอาการของมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา Nguyen (2021) พบว่า ความล่าช้าปานกลางมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอุปสรรคทางด้านจิตใจ ซึ่งรวมถึงความลำบากใจหรือความกลัวเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย และความยากลำบากในการเข้าถึงการนัดหมาย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม Odongo (2015) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ปัจจัยดังที่กล่าวข้างต้น คาดว่ามีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และยังไม่พบการศึกษาถึงระยะเวลาการมาโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทย และจากการพิจารณาถึงปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมของตัวผู้ป่วยเองที่จะมารับการตรวจเร็วหรือช้า (Patient delay) ซึ่งมีความสำคัญต่อระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจในครั้งแรกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใน ระยะ Patient recognition and action phase และ Prehospital action phase ตามแนวคิดของ Dracup (2003) ซึ่งมุ่งเน้นปัจจัยที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมตัดสินใจมารับการตรวจที่โรงพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมเริ่มพบอาการผิดปกติเกิดขึ้นจนกระทั่งมารับการตรวจที่โรงพยาบาลครั้งแรกมีระยะเวลานานเท่าไร
2. ปัจจัยด้านอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม จากปัจจัยด้านอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของ Dracup และคณะ (Dracup et al., 2003) แนวคิดนี้กล่าวว่า พฤติกรรมแสวงหาการรักษาเป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคลในการจัดการปัญหาเมื่อรับรู้ว่ามีคามผิดปกติเกิดขึ้นซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนหาวิธีในการจัดการทันที บางคนรอดูอาการก่อน สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา คือ

1) สิ่งกระตุ้นภายใน (Internal stimuli) ประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล (sociodemographic) ลักษณะอาการทางคลินิก (clinical characteristics) บทบาททางวัฒนธรรม (cultural roles) ความคาดหวัง (expectation)

2) สิ่งกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental stimuli) ประกอบด้วย ครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน (family and coworkers) เพื่อน (friends) ทีมสุขภาพ (health care providers) และสื่อต่างๆที่บุคคลได้รับคำปรึกษา

3) สิ่งกระตุ้นด้านการรับรู้ (Cognitive representation) คือ การรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่มีความรุนแรงต้องได้รับการรักษา รวมถึงสาเหตุและผลที่อาจเกิดขึ้น มีการประเมินอาการที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิดขึ้น มีอิทธิพลมาจากความรู้ เจตคติ และความเชื่อของบุคคล ถ้าบุคคลรับรู้ว่าเป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นคุกคามต่อชีวิต บุคคลนั้นจะเกิดการตัดสินใจเข้ารับการรักษา แต่ถ้าบุคคลรับรู้ว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นไม่สำคัญ บุคคลนั้นก็จะดูแลรักษาตนเองไม่เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา

4) สิ่งกระตุ้นด้านอารมณ์ (Emotional representation) เช่น ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นรวมถึงความอายและความลำบากในการมารับการรักษา มีอิทธิพลมาจากความรู้ของบุคคลในการควบคุมภาวะคุกคามสุขภาพและระดับความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลรับรู้ภาวะคุกคามจากสิ่งกระตุ้นดังกล่าว หลังจากนั้นจะเกิดกระบวนการวางแผนเพื่อเผชิญและจัดการกับปัญหาหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น (Coping procedures) แต่ละบุคคลจะมีกลวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันเพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วยว่าเกิดมาจากสาเหตุใดและความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นอย่างไร เมื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วบุคคลจะมีการประเมินผลลัพธ์ในการจัดการกับปัญหาของตนเอง (Outcome appraisal) หากเห็นว่าความเจ็บป่วยนั้นยังไม่สามารถแก้ไขได้สำเร็จ บุคคลจะเริ่มประเมินและให้ความหมายกับอาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นอีกครั้ง และเปลี่ยนวิธีในการจัดการกับอาการผิดปกติใหม่อีกครั้ง ถ้าบุคคลนั้นมีการประเมินและให้ความหมายอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่สำคัญ มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต เป็นอาการผิดปกติที่ไม่สามารถหายได้เอง บุคคลนั้นจะเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาและตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากให้ความหมาย

ดังกล่าวข้างต้น ยังมีการพิจารณาว่าบุคคลนั้นมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเหมาะสมหรือล่าช้า โดยพิจารณาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติจนกระทั่งผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล (Dracup et al., 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับกรอบแนวคิดของ Dracup และคณะ (2003) พบปัจจัยที่มีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการตัดสินใจมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังนี้

อายุ เป็นสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal stimuli) อยู่ในส่วนของลักษณะส่วนบุคคล (Dracup et al., 2003) ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุเชื่อว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นบริเวณเต้านมเกิดจากการสูงวัยและเป็นการเปลี่ยนแปลงโดยธรรมชาติหลังจากหมดประจำเดือน แทนที่จะมองว่าเป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็งเต้านม (Zhang et al., 2019) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะมีแนวโน้มมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม จากการศึกษาของ Chen และคณะ (2015) ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความล่าช้าหรือปฏิเสธการรักษาในปี 2004-2010 จำนวน 35,095 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีความล่าช้าหรือปฏิเสธการรักษาเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยอายุ ≥ 75 ปี (OR = 1.40, 95% CI:1.11–1.79; $p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ (2019) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 283 คน พบว่าอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (OR = 1.028, 95% CI:1.000–1.058) ฉะนั้นอายุน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรก ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อย จึงมีแนวโน้มที่จะมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกสั้นกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก

ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal stimuli) อยู่ในส่วนของลักษณะส่วนบุคคล (Dracup et al., 2003) ผู้ป่วยที่มีระดับรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีจะมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น ซึ่งมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม จากการศึกษาของ Smith (2013) ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว จำนวน 8860 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีระยะเวลาการรักษาล่าช้ามากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง และผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีอัตราการรอดชีวิตที่สั้นกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง (HR=1.66; 95% CI, 1.25-2.20 และ HR=1.31; 95% CI, 1.05-1.64 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen และคณะ (2015) ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความล่าช้าหรือปฏิเสธการรักษาในปี 2004-2010 จำนวน 35,095 คน พบว่า ปัจจัยสำคัญของการปฏิเสธการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือ ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวหรืองานยุ่ง คิดเป็นร้อยละ 22.22 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าหรือการปฏิเสธการรักษา (HR = 2.98, 95% CI: 1.24–7.18) สอดคล้องกับการศึกษาของ Agbeko และคณะ (2020) ศึกษาโดย

การสัมภาษณ์เชิงลึกในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 และระยะที่ 4 จำนวน 15 คน พบว่า ความพร้อมทางด้านการเงินที่จะใช้จ่ายสำหรับการตรวจวินิจฉัยและการรักษามีอิทธิพลต่อเวลาที่ใช้ในการแสวงหาการรักษา ฉะนั้นฐานะทางเศรษฐกิจน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรก ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จึงมีแนวโน้มที่จะมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกสั้น

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม เป็นสิ่งกระตุ้นด้านการรับรู้ (Cognitive representation) ถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่มีความรุนแรงต้องได้รับการรักษา มีการประเมินอาการที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากความรู้ เจตคติ และความเชื่อของบุคคล ถ้าบุคคลรู้ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นคุกคามต่อชีวิต บุคคลนั้นจะเกิดการตัดสินใจมาโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการตรวจรักษา แต่ถ้าบุคคลรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่สำคัญ บุคคลนั้นก็ดูแลรักษาตนเองไม่มาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา (Dracup et al., 2003) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมากจะมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น ซึ่งมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม จากการศึกษาของ สุรกิจ พรชัย (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์เร็วของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม จำนวน 128 คน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมมากมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมมาพบแพทย์เร็วเป็นสัดส่วนร้อยละ 32.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ (2019) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 283 คน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอาการของมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (OR = 0.72, 95% CI:0.64–0.80) การขาดความรู้เกี่ยวกับอาการของมะเร็งเต้านมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Tesfaw และคณะ (2020) ศึกษาปัจจัยสนับสนุนและความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 371 คน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่รู้หนังสือมีแนวโน้มที่จะมีความล่าช้าประมาณ 3.8 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (AOR=3.8, 95% CI=1.71–8.64) สอดคล้องกับการศึกษาของ Barros และคณะ (2020) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 444 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาสเกิดความล่าช้าน้อยกว่า (OR = 0.95, 95% CI: 0.91–0.99) ฉะนั้นความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรก ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมาก จึงมีแนวโน้มที่จะมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกสั้น

ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา ความกลัวเป็นสิ่งกระตุ้นด้านอารมณ์ (Emotional representation) เป็นความรู้สึกลัวเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น กลัวว่าอาการดังกล่าวจะเป็นโรคมะเร็ง กลัวการวินิจฉัยและการรักษา ซึ่งความกลัวเหล่านี้มีอิทธิพลมาจากการรับรู้ของบุคคลในการควบคุมภาวะคุกคามสุขภาพ (Dracup et al., 2003) ผู้ป่วยที่มีความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งเต้านมน้อย ถ้าเผชิญกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นจะมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น ซึ่งมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าความกลัวการวินิจฉัยและการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม จากการศึกษาของ Maghous และคณะ (2016) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม จำนวน 137 คน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมเกิดจากตัวผู้ป่วย ร้อยละ 70.1 สาเหตุของความล่าช้า คือ กลัวการวินิจฉัยโรคมะเร็งและการรักษา ร้อยละ 11.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวลักษณ์ วงศ์จรโรงศิลป์ และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์ (2562) ศึกษาสาเหตุของการเข้ารับการรักษาล่าช้าในสตรีไทยที่เป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 60 คน พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า ส่วนใหญ่ระบุว่าเกิดจากตนเองร้อยละ 83.8 โดยเหตุผลที่มารับการรักษาล่าช้าเนื่องจากกลัวการรักษา ร้อยละ 38.3 (ผู้ป่วยระบุว่ากลัวการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กลัวผ่าตัดเต้านมออก และกลัวทั้งการผ่าตัด เคมีบำบัดและการฉายรังสี) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nguyen (2021) ศึกษาความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษามะเร็งเต้านมในสตรีเวียดนาม จำนวน 462 คน พบว่า ความล่าช้าปานกลางมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอุปสรรคทางด้านจิตใจ ซึ่งรวมถึงความลำบากใจหรือความกลัวเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย และความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ (OR = 5.55; 95% CI: 1.75–17.57) ฉะนั้นความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรก ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมที่มีความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งเต้านมน้อย ถ้าเผชิญกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นจึงมีแนวโน้มที่จะมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกสั้น

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (Environmental stimuli) ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาและตัดสินใจมาโรงพยาบาล ได้แก่ การได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ บุคคลรอบข้าง หรือสื่อต่างๆ (Dracup et al., 2003) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการชักจูงให้ผู้ป่วยมารับการตรวจที่โรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากจึงมีแนวโน้มจะมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น ซึ่งมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม จากการศึกษาของ Pedersen และคณะ (2011) ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในปี 2004-2005 จำนวน 910 คน พบว่า การเพิ่มระดับของการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดโอกาสความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็ง (patient delay) ในการรับการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ

Odongo และคณะ (2015) ศึกษาความล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 162 คน พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (OR = 7.1, 95% CI 2.4–21.5, $p = 0.001$) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสและครอบครัวมีแนวโน้มที่จะมีความล่าช้ามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ (2019) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 283 คน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนน้อยมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (OR = 0.911, 95%CI:0.847–0.981) ฉะนั้นการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน่าจะมี ความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรก ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จึงมีแนวโน้มที่จะมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกสั้น

สมมุติฐานการวิจัย

1. อายุ ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม
2. ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม
3. ปัจจัยด้านอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบพรรณนาเชิงทำนาย (Retrospective descriptive predictive study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม จากปัจจัยด้านอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ในเขตจังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมทุก ระยะของโรคที่มาการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์จากแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมคลินิกเต้านม แผนกเคมีบำบัด จำนวน 41 คน และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จากแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม คลินิกเต้านม แผนกรังสีรักษา แผนกเคมีบำบัด จำนวน 69 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองโรงพยาบาล 110 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 10 ตุลาคม 2565 ถึง 8 พฤศจิกายน 2565

ตัวแปรต้น คือ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ ระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ระยะเวลาการมาโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันตั้งแต่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมรับรู้ว่ามี ความผิดปกติเกิดขึ้นครั้งแรก เช่น คลำพบก้อนที่เต้านม หัวนมบวม เป็นต้น จนกระทั่งผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง เต้านมมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจครั้งแรก โดยประเมินระยะเวลาการมาโรงพยาบาลจาก แบบสอบถามระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

อายุ หมายถึง เวลาที่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมมีชีวิตอยู่โดยนับเป็นจำนวนปีเต็มปีบริบูรณ์ ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดจนถึงเวลาที่กล่าวถึง โดยประเมินอายุได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง ระดับรายได้ สถานทางการเงินของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง เต้านม ที่ประเมินจากรายได้หลักของครัวเรือน เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวในแต่ละเดือน แบ่งเป็น ไม่พอใช้และต้องกู้ยืม ไม่เพียงพอแต่ไม่ต้องกู้ยืม เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ เพียงพอและเหลือ เก็บ โดยประเมินฐานะทางเศรษฐกิจได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม หมายถึง ความเข้าใจ ความนึกคิด การรับรู้ถูกต้องถึง อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านมที่เกิดขึ้น รวมถึงอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิด โรคมะเร็งเต้านม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม การรักษาโรคมะเร็งเต้านม และผลกระทบของ โรคมะเร็งเต้านม ที่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมรับรู้จากประสบการณ์ ความรู้ เจตคติ และความเชื่อ โดย ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมได้จากแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมที่ผู้วิจัย ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ของ สุรกิจ พรชัย (2562) ซึ่ง มีความเหมาะสมในการนำมาประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ที่เป็น โรคมะเร็งเต้านมต่อภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการมีอาการผิดปกติที่เต้านม เช่น คลำพบ ก้อน เต้านมมีรูปร่างผิดปกติ บวมลง ผิวหนังบริเวณเต้านมบวม แดง มีลักษณะคล้ายผิวส้ม มีเลือดหรือน้ำเหลืองซึมออกมาทางหัวนม ของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งอาการเหล่านี้หากมาตรวจที่ โรงพยาบาลก็จะทำให้ทราบว่าเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งต้องได้รับการรักษาที่หนักแล้ว เช่น ผ่าตัดเต้านมออก การฉายแสง ให้ยาเคมีบำบัด ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผอมร่วง ทำให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมเกิด ความกลัวความเจ็บป่วยจากโรค กลัวการรักษาและผลข้างเคียงของการรักษา กลัวส่งผลกระทบต่อ ชีวิตประจำวัน และครอบครัว โดยประเมินความกลัวจากแบบสอบถามความกลัวการวินิจฉัยและการ รักษาโรคมะเร็งเต้านม ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความกลัวของ Mehnert และคณะ

(2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย ดารา วงษ์กวน และคณะ (2560) ซึ่งมีความเหมาะสมในการนำมาประเมินความถี่การวินิจฉัยและการรักษาของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร วัตถุประสงค์ของและเวลา และด้านการประเมินผล หรือได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ บุคคลรอบข้าง หรือสื่อต่างๆ โดยประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดย ประภัสสร ใจศิริ (2553) และใช้ฉบับปรับปรุงโดย พรพิมล โสพสุกลางกูร (2560) ซึ่งแบบประเมินนี้มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมตัดสินใจมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจครั้งแรกที่รวดเร็วขึ้น
2. ด้านเศรษฐกิจ เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลเร็วขึ้นจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและการพยากรณ์โรคที่ดีขึ้น เป็นการใช้จ่ายทางการแพทย์ทางด้านสุขภาพอย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด
3. ด้านการศึกษาวิจัยเพื่อใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนางานวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบพรรณนาเชิงทำนาย (Retrospective descriptive predictive study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม จากปัจจัยด้านอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยที่นำมาศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับกรอบแนวคิดของ Dracup และคณะ (2003) และเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. โรคมะเร็งเต้านม
 - 1.1 ความหมายของโรคมะเร็งเต้านม
 - 1.2 อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านม
 - 1.3 พยาธิกำเนิดของโรคมะเร็งเต้านม
 - 1.4 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งเต้านม
 - 1.5 อาการและอาการแสดง
 - 1.6 การวินิจฉัยโรค และการแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านม
 - 1.7 แนวทางการรักษาทั้งการฉายาและไม่ฉายา
 - 1.8 ผลกระทบของโรคมะเร็งเต้านม
2. ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม
 - 2.1 การแบ่งระยะการมาโรงพยาบาล
 - 2.2 เกณฑ์การพิจารณาระยะเวลาการมาโรงพยาบาล
 - 2.3 ปัญหาของระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม
 - 2.4 ผลกระทบของการมาตรวจล่าช้า
 - 2.5 การประเมินระยะเวลาการมาโรงพยาบาล
3. แนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมแสวงหาการรักษา
4. ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม
5. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคมะเร็งเต้านม

1.1 ความหมายของโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านม หมายถึง ความผิดปกติของเซลล์ที่อยู่ในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนม เซลล์เหล่านี้มีการแบ่งตัวผิดปกติโดยที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ สามารถแพร่กระจายไปตามทางเดินน้ำเหลืองไปสู่อวัยวะที่ใกล้เคียง เช่น ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ หรือแพร่กระจายไปสู่อวัยวะที่อยู่ไกล เช่น ปอด ตับ กระดูก และสมอง เช่นเดียวกับมะเร็งชนิดอื่นๆ เมื่อเซลล์มะเร็งมีจำนวนมากขึ้นก็จะแย่งสารอาหารและปล่อยสารบางอย่างที่เป็นอันตรายและทำลายอวัยวะต่างๆ (พรชัย โอเจริญรัตน์, 2563)

1.2 อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านม

ปัจจุบันอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงทั่วโลก จากสถิติพบว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่มีโอกาสเกิดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ได้ถึง 1,671,100 รายทั่วโลกและมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านมสูงถึง 521,900 ราย (American cancer society, 2017) และในปี พ.ศ.2563 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงรายใหม่ถึง 2.3 ล้านรายและมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงมากถึง 685,000 รายทั่วโลกที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านม (WHO, 2020)

สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งเต้านมถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของหญิงไทย คิดเป็นร้อยละ 39.8 ของมะเร็งทั้งหมด มีการตรวจพบโรคอยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ร้อยละ 29.6 และ 23.2 ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และจากการวิเคราะห์สถานการณ์การตายจากโรคมะเร็งในรอบ 10 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2554 ถึงปี พ.ศ. 2563 พบว่ามะเร็งเต้านมมีอัตราการตายเพิ่มขึ้น 1.7 เท่าในเพศหญิง (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

1.3 พยาธิกำเนิดของโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมส่วนใหญ่เป็นชนิดเนื้อเยื่อบุผิว (carcinoma) พบได้ 70-80% ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด มะเร็งเนื้อเยื่อบุผิวกำเนิดมาจากโครงสร้างของเต้านมที่เรียกว่า terminal duct lobular unit (TDLU) มะเร็งชนิดนี้สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในเต้านมและเนื้อเยื่อเต้านมที่อยู่ในตำแหน่งอื่น (accessory breast tissue) แบ่งได้เป็น 2 ประเภท (นรเศรษฐ์ สมานไทย, 2562) คือ มะเร็งเนื้อเยื่อบุผิวระยะไม่ลุกลาม (carcinoma in situ) และมะเร็งเนื้อเยื่อบุผิวระยะลุกลาม (invasive carcinoma)

1. มะเร็งเนื้อเยื่อบุผิวระยะไม่ลุกลาม (carcinoma in situ) เซลล์มะเร็งเจริญอยู่ภายในท่อน้ำนม (duct) หรือต่อมน้ำนม (gland) เท่านั้น ไม่พบเซลล์มะเร็งลุกลามทะลุผ่านเยื่อฐาน (basement membrane) ออกมายังเนื้อเยื่อส่วนพุง (stromal tissue) และยังพบ myoepithelial cell (MEC) อยู่รอบๆท่อหรือต่อมน้ำนมที่เซลล์มะเร็งนั้นเจริญอยู่ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 Ductal carcinoma in situ (DCIS) เป็นรอยโรคต้นกำเนิดของ invasive carcinoma ผู้ป่วยอาจมาด้วยก้อนเต้านมพบหินปูน (microcalcification) จากการตรวจคัดกรองด้วยแมมโมแกรม (mammogram) Paget disease ของหัวนม (nipple) หรือมีสารคัดหลังผิดปกติจากหัวนม สามารถแบ่งตามลักษณะของนิวเคลียสของเซลล์มะเร็ง (nuclear grade) ที่ตรวจพบออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ low-grade DCIS, intermediate-grade DCIS และ high-grade DCIS

1.2 Lobular carcinoma in situ (LCIS) เป็นรอยโรคที่ส่วนใหญ่พบโดยบังเอิญ ไม่มีลักษณะจำเพาะในการตรวจทางพยาธิวิทยา โดยทั่วไปผู้ป่วยไม่มีอาการ สามารถพบได้ในเต้านมทั้งสองข้าง และเป็นได้หลายตำแหน่งในเต้านมข้างเดียวกัน ในปัจจุบัน LCIS ถูกจัดเป็นเพียงปัจจัยเสี่ยงและไม่ใช้มะเร็งตาม 8th edition AJCC staging (Giuliano et al, 2017) สำหรับการวินิจฉัย LCIS จะต้องพบเซลล์มะเร็งเจริญอยู่ภายในท่อหรือต่อมน้ำนมอย่างน้อย 50% และมีการขยายออกของท่อหรือต่อมน้ำนม (ductal/lobular expansion) ถ้าปริมาณของเซลล์มะเร็งที่พบน้อยกว่า 50% จะวินิจฉัยเป็น atypical lobular hyperplasia (ALH)

2. มะเร็งเนื้อเยื่อบุผิวระยะลุกลาม (invasive carcinoma) มะเร็งชนิดนี้เซลล์มะเร็งไม่ได้เจริญอยู่ภายในท่อหรือต่อมน้ำนม แต่เซลล์มะเร็งทำลายเยื่อฐานทะลุออกไปยังเนื้อเยื่อส่วนพุงข้างเคียง ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาพบว่ามะเร็งเนื้อเยื่อบุผิวระยะลุกลาม 80% มีรูปร่างหลากหลายไม่จำเพาะ และอีก 20% การเจริญของมะเร็งมีรูปร่างสัมพันธ์ที่จำเพาะ ซึ่งสามารถแบ่งชนิดตามลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาได้ ดังนี้

2.1 Invasive ductal carcinoma (IDC) มะเร็งชนิดนี้มักเป็นก้อนเนื้อแน่นแข็ง ส่วนใหญ่มีขนาด 1-4 ซม. ขอบเขตของก้อนไม่ชัดเจน

2.2 Invasive lobular carcinoma (ILC) เป็นมะเร็งเต้านมที่พบมากเป็นอันดับสองรองจาก IDC ลักษณะของก้อนมะเร็งชนิดนี้อาจคล้าย IDC แต่จะนุ่มกว่า และไม่สามารถบอขอบเขตของก้อนได้ชัดเจน สามารถพบมะเร็งได้หลายก้อนในเต้านมข้างเดียวกัน รวมทั้งพบมะเร็งได้ในเต้านมอีกข้างได้มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับมะเร็งชนิดอื่น ในผู้ป่วยบางรายอาจไม่พบก้อนมะเร็งจากการตรวจด้วยตาเปล่า หรือคลำได้เป็นเพียงเนื้อเยื่อเต้านม

2.3 Mucinous carcinoma (MC) พบได้ประมาณ 2% ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด ก้อนมะเร็งมีขอบเขตชัดเจน หน้าตัดคล้ายวุ้นซึ่งจำเพาะและแตกต่างจากลักษณะของมะเร็งชนิดอื่นๆ

2.4 Tubular carcinoma (TC) พบได้ประมาณ 2% ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด ก้อนมักมีขนาดเล็กกว่า 1 ซม. เนื้อแน่นเป็นรูปแฉก (stellate)

2.5 Cribriform carcinoma (CC) พบได้ประมาณ 0.3-0.8% ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด ลักษณะก้อนเมื่อตรวจด้วยตาเปล่าไม่มีความจำเพาะ

2.6 Invasive carcinoma with medullary features พบได้น้อยกว่า 1% ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่ามะเร็งเต้านมชนิดอื่นๆ ขอบเขตของก้อนมะเร็งชัดเจน มีการพยากรณ์โรคดีกว่าเมื่อเทียบกับมะเร็งเต้านมชนิดอื่นที่มี high histological grade เหมือนกัน

2.7 Invasive carcinoma with apocrine differentiation พบได้ประมาณ 4% ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด เซลล์มีนิวเคลียสและนิวคลีโอลัสขนาดใหญ่

2.8 Invasive micropapillary carcinoma (IMPC) พบได้ประมาณ 0.9-2% ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด และมากกว่า 75% ของผู้ป่วยมี axillary lymph node metastasis ตั้งแต่ตรวจพบก้อนเต้านมครั้งแรก มีการพยากรณ์โรคที่แย่ เมื่อตรวจด้วยตาเปล่าพบลักษณะของก้อนไม่มีความจำเพาะ

2.9 Metaplastic carcinoma พบได้ประมาณ 0.2-5% ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด เซลล์มะเร็งกลุ่มนี้เปลี่ยนสภาพจากเซลล์บุผิวท่อหรือต่อมน้ำนมไปเป็นเซลล์บุผิวหรือเซลล์ประเภทอื่น เช่น squamous cell ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยก้อนที่เต้านมที่ขนาดมีแนวโน้มใหญ่กว่ามะเร็งชนิดอื่นๆ ลักษณะของก้อนไม่มีความจำเพาะ ขอบเขตของก้อนอาจชัดเจนหรือไม่ชัดเจนก็ได้ การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งที่เปลี่ยนสภาพไปเป็นหลัก

1.4 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งเต้านม

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งเต้านมที่แน่ชัด แต่พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนเพศหญิง พันธุกรรม และสภาวะแวดล้อม (ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญาติกุล, 2559) ได้แก่

1. อายุ พบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงในวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี
2. ฮอร์โมน เอสโตรเจนซึ่งเป็นฮอร์โมนเพศหญิงมีส่วนที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านม เนื่องจากพบว่าผู้หญิงเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้ชาย 100 เท่า ผู้ที่ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ฮอร์โมนทดแทนในสตรีวัยทอง เป็นต้น ถ้าได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทนเป็นเวลานานมากกว่า 8 ปี จะเพิ่มความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น
3. ผู้หญิงที่เริ่มมีประจำเดือนขณะอายุน้อยกว่า 12 ปี หรือผู้หญิงที่หมดประจำเดือนอายุมากกว่า 55 ปี
4. ผู้หญิงที่มีบุตรคนแรกอายุมากกว่า 35 ปี หรือผู้หญิงที่ไม่มีบุตร
5. ประวัติทางพันธุกรรม มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม เช่น มารดา หรือพี่สาวเป็นมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะถ้าหากบุคคลในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่อายุยังน้อย เนื่องจากมะเร็งเต้านมมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่ยีน BRCA 1 บนโครโมโซมคู่ที่ 17 และ

BRCA 2 บนโครโมโซมคู่ที่ 11 ซึ่งเป็น tumor suppressor gene มีหน้าที่ในการผลิตโปรตีนที่คอยควบคุมเซลล์ก่อนน้ำนม เซลล์รังไข่ ให้เซลล์ดังกล่าวมีการแบ่งตัว และทำหน้าที่คอยยับยั้งไม่ให้เซลล์เหล่านี้แบ่งตัวมากเกินไปจนกลายเป็นเนื้องอก โดยผู้หญิงที่มีการกลายพันธุ์ของยีน BRCA1 และ BRCA 2 มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากถึงร้อยละ 87 นอกจากนี้ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งรังไข่อีกด้วย

6. ผู้หญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ไม่ค่อยออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูงหรือไขมันสูงเป็นประจำ

7. การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก็เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านม

1.5 อาการและอาการแสดง

มะเร็งเต้านมจะเริ่มจากการมีก้อนเนื้องอกขนาดเล็กในเต้านม ซึ่งในระยะเริ่มต้นอาจคลำไม่พบก้อน ไม่มีอาการเจ็บปวด ไม่มีอาการแสดง เมื่อก้อนเนื้องอกมีขนาดโตขึ้นทำให้คลำหรือมองเห็นได้ชัด ทำให้เต้านมมีการเปลี่ยนแปลงและสามารถสังเกตพบความผิดปกติ ได้แก่

- 1) เต้านมมีรูปร่างผิดปกติหรือเต้านม 2 ข้างไม่เท่ากันอย่างเห็นได้ชัด
- 2) ก้อนเนื้องอกจะเริ่มยึดแน่นกับที่ เกิดการดึงรั้งของผิวหนังทำให้เต้านมบุ๋มลง
- 3) ผิวหนังบริเวณเต้านมบวมแดง เนื่องจากมีการอุดตันของทางเดินน้ำเหลืองบริเวณผิวหนัง ทำให้มีลักษณะคล้ายผิวส้ม ต่อมาก้อนจะแตกเป็นแผล มีอาการเจ็บปวด
- 4) มีเลือดหรือน้ำเหลืองซึมออกมาทางหัวนม

1.6 การวินิจฉัยโรค และการแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านม

1.6.1 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม

การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาหามะเร็งเต้านมมี 3 วิธี ได้แก่

1) การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self-examination) ควรตรวจหลังจากหมดประจำเดือน เนื่องจากเต้านมจะลดความตึงลงสามารถคลำได้ง่ายกว่าช่วงเวลาอื่นของเดือน

2) การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม (Clinical breast examination) เมื่ออายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป คุณควรจะไปพบแพทย์เพื่อตรวจเต้านมโดยแพทย์ประมาณ 6 เดือนต่อครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าการตรวจด้วยตนเองไม่ได้พลาดความผิดปกติอะไรไป นอกจากนั้นเมื่อคุณตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้วพบความผิดปกติ คุณต้องไปพบแพทย์เพื่อตรวจเพิ่มเติมอย่างเหมาะสมต่อไป

3) การตรวจด้วยเครื่องถ่ายภาพรังสีเต้านม (Mammography) วิธีนี้จะทำให้แพทย์เห็นความผิดปกติได้ชัดเจนขึ้น โดยความผิดปกติที่พบจากเครื่องแมมโมแกรมและอาจบ่งชี้มะเร็งได้แก่ การมีหินปูนแบบละเอียดอยู่ในเต้านม (microcalcification) พบก้อนที่มีลักษณะแข็ง (solid

mass) เป็นต้น การตรวจแมมโมแกรมอาจจะตามด้วยการทำการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound of breast) เพื่อดูให้ละเอียดอีกที นอกจากตรวจเต้านมแล้วการทำแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ยังดูความผิดปกติที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้อีกด้วย

1.6.2 การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม

เมื่อตรวจพบก้อนที่เต้านม แพทย์จะซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจเต้านมอย่างละเอียด รวมไปถึงการคลำต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และที่คอ ตรวจเต้านมด้วยคลื่นเสียงและแมมโมแกรม ถ้าพบความผิดปกติแพทย์จะทำการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ในการนำชิ้นเนื้อไปตรวจมีหลายวิธี ดังนี้

1) การเจาะดูดโดยเข็ม (fine needle aspiration) วิธีนี้แพทย์จะใช้เข็มเล็กๆเจาะเข้าไปในก้อนและดูดเซลล์มาตรวจ ถ้าก้อนนั้นมีน้ำก็จะสามารถดูดน้ำออกมาได้ด้วย

2) การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจบางส่วน (core needle biopsy) เข็มที่ใช้เจาะจะใหญ่กว่าวิธีแรก และแพทย์จะฉีดยาชาเพื่อให้ชาก่อนทำ วิธีนี้จะได้ชิ้นเนื้อออกมาในปริมาณพอสมควร วิธีนี้นอกจากจะดูว่าเซลล์ผิดปกติเป็นมะเร็งหรือไม่ ยังสามารถดูว่ามะเร็งลุกลามออกมาถึงเนื้อเยื่อข้างๆ ด้วยหรือไม่ ทำให้บอกได้ว่ามะเร็งเต้านมนั้นเป็นแบบเริ่มแรกที่ยังไม่ลุกลาม (in situ) หรือลุกลามมาแล้ว (invasive carcinoma)

3) ตัดทั้งก้อนไปตรวจ (excisional biopsy) เป็นการผ่าตัดเล็ก เพื่อนำก้อนทั้งก้อนไปตรวจทางพยาธิวิทยา

1.6.3 การแบ่งระยะของโรคมะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมสามารถแบ่งออกเป็น 5 ระยะ คือ

ระยะ 0 Carcinoma in situ เป็นระยะเริ่มต้นของเซลล์มะเร็งซึ่งยังไม่ลุกลามผ่านชั้นฐานของเนื้อเยื่อที่น้ำนมหรือต่อมเต้านม

ระยะที่ 1 ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กกว่า 2 ซม. และยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

ระยะที่ 2 ก้อนมะเร็งมีขนาด 2-5 ซม. และมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้

ระยะที่ 3 ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่กว่า 5 ซม. และแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้และบริเวณใกล้เคียงเต้านม

ระยะที่ 4 ก้อนมะเร็งมีขนาดโตเท่าไหนก็ได้ แต่พบว่าการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณเหนือไหปลาร้าของข้างเดียวกัน หรือมีการแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นของร่างกายที่อยู่ไกลออกไป เช่น กระดูก ปอด ตับ สมอง เป็นต้น

นอกจากนี้มะเร็งเต้านมยังสามารถแบ่งระยะของโรคโดยใช้ระบบ TNM Classification of Malignant Tumors ของสมาคมโรคมะเร็ง ประเทศสหรัฐอเมริกา (American

joint committee on cancer stage grouping) ในปี 2003 โดยพิจารณาจากขนาดของก้อนมะเร็ง (Primary tumor : T) การกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลือง (Regional Lymph nodes : N) และการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น (Distant Metastasis : M) สามารถแบ่งเป็นระยะได้ดังนี้

ขนาดของก้อน (Primary tumor : T)

Tx : ไม่สามารถประเมินก้อนได้

T0 : ไม่มีหลักฐานว่าพบก้อน

Tis : มะเร็งระยะเริ่มต้น (Carcinoma in situ) เซลล์มะเร็งยังไม่แทรกเข้าเนื้อเยื่อปกติ

T1 : ก้อนขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตรโดยนับก้อนที่มีขนาดใหญ่ที่สุด

T2 : ก้อนมีขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตรแต่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 เซนติเมตรโดยนับจากก้อนที่มีขนาดใหญ่ที่สุด

T3 : ก้อนมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตรโดยนับจากก้อนที่มีขนาดใหญ่ที่สุด

T4 : ก้อนขนาดเท่าใดก็ได้แต่มีการแผ่ออกไปครอบคลุมบริเวณอื่นดังนี้

(ก) ผนังทรวงอก (chest wall) หรือ

(ข) ผิวหนัง ดังนี้

T4a : แผ่ขยายถึงผนังทรวงอก (chest wall)

T4b : บวม รวมไปถึงมีผิวหนังคล้ายเปลือกส้มหรือมีแผลบริเวณผิวหนังของเต้านม หรือมีเนื้องอก ตุ่มนูนที่ผิวหนังในเต้านมข้างเดียวกัน

T4c : พบทั้ง T4a และ T4b

T4d : Inflammatory carcinoma

ต่อมน้ำเหลือง (Regional Lymph nodes : N)

Nx : ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้ (เช่น ได้รับการตัดต่อมน้ำเหลืองไปแล้ว)

N0 : ไม่พบการแพร่กระจายบริเวณต่อมน้ำเหลือง

N1 : มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง พบเซลล์มะเร็งเฉพาะที่รักแร้ แต่ไม่พบที่ตำแหน่งอื่นๆ

N2 : มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองใต้กระดูกซี่โครง หรือถ้าที่รักแร้จะเป็นแบบติดแน่นกับอวัยวะอื่นด้วย แบ่งย่อยเป็น

N2a : พบเซลล์มะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ที่ติดแน่นกับอวัยวะอื่น

N2b : พบเซลล์มะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ข้างใต้กระดูกซี่โครง (the internal mammary nodes) ไม่ว่าจะเห็นโดยการ Scan หรือสัมผัสได้โดยแพทย์ผู้ตรวจ โดยไม่มีหลักฐานว่ามีเซลล์มะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้

N3 : มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่อยู่เหนือหรือใต้กระดูกไหปลาร้า หรือพบได้ทั้งต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ร่วมกับใต้กระดูกซี่โครง แบ่งย่อยเป็น

N3a : พบเซลล์มะเร็งของต่อมน้ำเหลืองที่ใต้กระดูกไหปลาร้า (collarbone)

N3b : พบเซลล์มะเร็งของต่อมน้ำเหลืองทั้งที่รักแร้และใต้กระดูกซี่โครง

N3c : มีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง supraclavicular

การแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น (Distant Metastasis : M)

M0 : ไม่มีอาการหรือหลักฐานทางรังสีรักษาว่ามีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น

M1 : มีการตรวจพบว่าการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นแน่นอน โดยพิจารณาจากภาพทางรังสีรักษา อาการ และ/หรือการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจในกรณีที่ชิ้นเนื้อขนาดใหญ่มากกว่า 0.2 มิลลิเมตร

cMo (i+) : ไม่มีอาการหรือผลทางรังสีวินิจฉัยว่ามีการแพร่กระจายแต่มีการตรวจพบเซลล์ที่มีความผิดปกติ ในเลือด ไชกระดูก หรือก้อนบริเวณอื่นที่มีขนาดเล็กกว่า 0.2 มิลลิเมตรในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการและอาการแสดงของการแพร่กระจาย

1.7 แนวทางการรักษาทั้งการฉายาและไม่ใช่ฉายา

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมนั้นมีทางเลือกที่หลากหลายทั้งการผ่าตัด การฉายแสง การใช้ยาต้านฮอร์โมน ยาเคมีบำบัด และการรักษาโดยยาที่มีการออกฤทธิ์จำเพาะ (ภาควิชาศัลยศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2555) ในมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และ 2 นั้นการรักษาโดยการผ่าตัดมักเป็นทางเลือกแรกสำหรับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มนี้ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่และต้องการที่จะทำการผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Breast conserving surgery) กรณีนี้ผู้ป่วยจะต้องได้ preoperative systemic therapy หรือ Neoadjuvant therapy เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งก่อนการผ่าตัด (National Comprehensive Cancer Network, 2016) แต่ในการผ่าตัดแบบสงวนเต้านมก็ไม่สามารถกระทำได้ในผู้ป่วยทุกราย การรักษาแบบเฉพาะที่ที่ได้รับการแนะนำว่ามีความเหมาะสมต่อผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่ 1 และ 2 มากที่สุดคือการรักษาแบบ Total mastectomy with surgical axillary staging ± reconstruction คือ การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดรวมกับการตัดชิ้นเนื้อจากต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ไปตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ± การผ่าตัดเสริมเต้านม (Gradisharet al., 2017) หลังจากการผ่าตัดแล้วแพทย์จะพิจารณาอีกครั้งในเรื่องของการรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องตามแนวทางการรักษา

ชนิดของการผ่าตัดมะเร็งเต้านม (องอาจ โสมอินทร, 2558)

1. การผ่าตัดเอาเต้านมออก (Mastectomy) มีหลายประเภทดังนี้

- Simple Mastectomy หรือ Total Mastectomy คือ การผ่าตัดเฉพาะเต้านมออกโดยไม่มีการเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ แต่แพทย์จะพิจารณาทำ Sentinel Node หรือการตัดเอาต่อมน้ำเหลืองไปตรวจหาการแพร่กระจายภายหลังการทำ Simple mastectomy ถ้าตามด้วยการฉายแสงจะสามารถลดการกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง (Recurrent) ได้

- Modified Radical Mastectomy (MRM) คือ การผ่าตัดเอาเต้านมออกพร้อมกับผ่าตัดเอาต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณรักแร้ออกทั้งหมดโดยไม่ตัดกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอกออก

- Modified Radical Mastectomy with Reconstruction คือ การผ่าตัดแบบ MRM แล้วมีการผ่าตัดเสริมเต้านมโดยการนำกล้ามเนื้อจากบริเวณหลังหรือหน้าท้องมาทำเป็นเต้านมและหัวนม แต่การผ่าตัดชนิดนี้มีโอกาสในการเกิดการติดเชื้อบริเวณ Donor site ได้สูงและใช้เวลาในการพักฟื้นนานกว่าการผ่าตัดชนิดอื่น

- Radical Mastectomy คือ การผ่าตัดเอาเต้านมออก เลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้และตัดเอากล้ามเนื้อทรวงอก (Pectoralis Major และ Minor) ออก ในปัจจุบันเป็นการผ่าตัดที่ไม่ได้รับความนิยมเนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่มีภาวะแทรกซ้อนสูงจะเลือกทำเฉพาะในรายที่มีแพร่กระจายไปยังกล้ามเนื้อทรวงอก

2. การผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม (Breast conserving surgery, BCS)

เป็นการผ่าตัดโดยการตัดก้อนมะเร็งและเนื้อเยื่อเต้านมรอบก้อนมะเร็งออก (Lumpectomy, Wide excision or Quadrantectomy) ร่วมกับการฉายแสงเพื่อลดโอกาสการเกิดมะเร็งขึ้นใหม่และให้มีอัตราการมีชีวิตรอดเท่ากับการผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งหมด โดยมีข้อบ่งชี้และข้อห้ามดังนี้

ข้อบ่งชี้ - มะเร็งเต้านมที่มี Clinical stag 0, I, II

- ผู้ป่วยต้องการผ่าตัดแบบอนุรักษ์เต้านม

ข้อห้าม - สตรีตั้งครรภ์ เพราะไม่สามารถฉายแสงได้

- มีประวัติการฉายรังสีบริเวณทรวงอกมาก่อน

- มะเร็งมีการแพร่กระจาย

3. การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมใหม่หลังผ่าตัดเต้านม (Breast reconstruction after mastectomy) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มคือ

1) การใช้ Prosthesis เช่น Silicone implants, Saline implants มีข้อดี คือ ใช้ระยะเวลาผ่าตัดและเวลาพักฟื้นที่โรงพยาบาลน้อยกว่า เหมาะสำหรับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังตัดเต้านมทั้งสองข้าง แต่มีข้อเสียคือกรณีทำการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมข้างเดียวรูปทรงจะแตกต่างจากเต้านมด้านตรงข้ามมากกว่าและถ้าจำเป็นต้องได้รับการฉายแสงโอกาสที่จะเกิด Scar contracture มีมากกว่าการใช้เนื้อเยื่อของผู้ป่วยเอง

2) ใช้เนื้อเยื่อของผู้ป่วย เช่น Pedicle flap หรือ Free flap ซึ่งมีข้อดีคือ รูปทรงทั้งในระยะสั้นและระยะยาวจะคล้ายคลึงกับเต้านมด้านตรงข้ามมากกว่าและถ้าจำเป็นต้องได้รับการฉายแสง โอกาสการเกิด Scar contracture จะพบได้น้อยกว่าการใช้ Prosthesis แต่มีข้อเสีย คือ ใช้เวลาในการผ่าตัดและการพักฟื้นที่โรงพยาบาลนานกว่าและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณ Donor site ได้ โดยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิดอีกเสบ ถือว่าเป็น ข้อห้ามของการผ่าตัด Immediate reconstruction

แนวทางรักษาโรคมะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัด สามารถแบ่งตามระยะของโรคได้ ดังนี้

(กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

Stage 0 (Pure noninvasive carcinoma)

Ductal carcinoma in situ (DCIS) มีทางเลือกในการรักษาดังนี้

- Total mastectomy ± reconstruction

- Wide local excision + radiotherapy

- Wide local excision alone

การรักษาโดย Total mastectomy เป็นการรักษาที่ได้ผลดีมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าวิธีอื่นดังนั้น DCIS ทุกขนาดหรือหลายตำแหน่งสามารถเลือกใช้วิธีนี้ ผู้ป่วย DCIS ต้องได้รับการติดตามอาการทุก 6 เดือนและทำ mammogram ปีละครั้ง นอกจากนี้อาจพิจารณาให้ tamoxifen เป็นเวลา 5 ปีเพื่อลดโอกาสเกิด invasive carcinoma

Stage I, IIA, IIB invasive breast cancer การรักษามีดังนี้

1. Total mastectomy + axillary management ± reconstruction เช่น Total mastectomy + sentinel lymph node biopsy, Modified radical mastectomy (MRM) คือ การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดรวมทั้งการตัดชิ้นเนื้อจากต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ไปตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ± การผ่าตัดเสริมเต้านม ภายหลังได้รับการผ่าตัดแล้วแพทย์จะพิจารณา ดังนี้

- พบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ≥ 4 แห่ง แพทย์จะพิจารณาให้ทำการฉายแสงบริเวณผนังหน้าอก บริเวณต่อมน้ำเหลืองที่มีการแพร่กระจาย บริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้า บริเวณต่อมน้ำนมด้านในและต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายจากนั้นพิจารณาในการให้เคมีบำบัดต่อไป

- พบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ 1-3 แห่ง ตามแนวทางการรักษาจะแนะนำให้มีการฉายแสงบริเวณผนังหน้าอก บริเวณต่อมน้ำเหลืองที่มีการแพร่กระจาย บริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้า บริเวณต่อมน้ำนมด้านในและต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายจากนั้นพิจารณาในการให้เคมีบำบัดต่อไป

- ไม่พบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ และก้อนมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร หรือแพทย์ตัดเอามะเร็งออกไม่หมด (margins positive) แพทย์จะพิจารณาให้ทำฉายแสงบริเวณผนังหน้าอก ± บริเวณต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจาย จากนั้นพิจารณาในการให้เคมีบำบัดต่อไป

- ไม่พบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ก้อนมีขนาด ≤ 5 เซนติเมตร และตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้ < 1 มิลลิเมตร แพทย์จะพิจารณาให้ทำฉายแสงบริเวณผนังหน้าอกและฉายแสงบริเวณต่อมน้ำเหลืองที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจาย

- ไม่พบการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ก้อนมีขนาด ≤ 5 เซนติเมตร และตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้ ≥ 1 มิลลิเมตร แพทย์จะพิจารณาไม่ทำการฉายแสง (Gradishar et al., 2017)

2. Breast conserving therapy (BCT) คือ การทำ breast conserving surgery ร่วมกับ axillary management และ radiotherapy ถ้าไม่มีข้อห้ามในการทำ

การรักษาทั้ง 2 แบบมีอัตราการรอดชีวิตเท่ากันดังนั้นการเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ป่วยและแพทย์ ในกรณีผู้ป่วย stage IIA (T2N0M0) และ stage IIB (T2N1M0, T3N0M0) ถ้าต้องการเก็บเต้านมไว้และไม่มีข้อห้ามในการทำ Breast conserving therapy (BCT) อาจให้ preoperative systemic therapy เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งก่อนการผ่าตัด

ข้อห้ามในการทำ Breast conserving therapy (BCT)

- ได้รับการฉายแสงในระหว่างตั้งครรภ์
- สงสัยว่ามีการแพร่กระจายหรือพบก้อนมะเร็งเป็นลักษณะ microcalcifications
- มีการแพร่กระจายของโรคที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดได้ด้วย local excision แพทย์ไม่สามารถกำหนดขอบแผลได้โดยการผ่าตัดในครั้งเดียวทำให้แผลผ่าตัดออกมาได้ผลลัพธ์ที่ไม่ดี
- ตัวโรคมักคงอยู่แม้จะผ่านการผ่าตัดซ้ำหลายครั้ง

ปัจจัยที่ส่งผลให้ไม่สามารถทำ Breast conserving therapy (BCT) ได้

- เคยได้รับการฉายแสงบริเวณทรวงอกหรือเต้านมมาก่อน
- มีโรคประจำตัวที่มีการดิ่งรั้งของผิวหนัง โดยเฉพาะโรค Scleroderma และ โรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง (SLE)
- ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มากกว่า 5 เซนติเมตร
- Focally positive margin หรือการตรวจทางกล้องจุลทรรศน์แล้วพบเซลล์มะเร็งที่บริเวณเนื้อเยื่อรอบก้อนจำนวนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 low-power microscopic fields ซึ่งมีโอกาสกลับเป็นซ้ำของโรคสูง
- ผู้หญิงที่ทราบหรือต้องสงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมจากพันธุกรรม

Stage III invasive breast cancer

1. Operable locally advanced breast cancer มีทางเลือกในการรักษาดังนี้
 - Modified radical mastectomy ± reconstruction
 - Preoperative systemic therapy + BCT or MRM ในกรณีที่ไม่สามารถทำ BCT ได้จะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของผู้ป่วยและทีมแพทย์
2. Inoperable locally advanced breast cancer

ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการรักษาแบบ preoperative systemic therapy ก่อนแล้วจึงตามด้วยการผ่าตัดดังนี้

 - Modified radical mastectomy ± reconstruction
 - Breast conserving therapy

ซึ่งการเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของผู้ป่วยและทีมแพทย์

ข้อห้ามในการทำ Breast reconstruction

- มีโรคที่ไม่สามารถทำการผ่าตัดบริเวณผนังทรวงอกได้
- ตัวโรคมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว
- ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมร้ายแรง
- ผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจไม่คงที่

Stage IV metastatic breast cancer

ในระยะนี้จะเป็นการรักษาโดยใช้ chemotherapy หรือ hormonal therapy เป็นหลัก การรักษาโดยการผ่าตัดจะใช้ในการรักษาตามอาการ เช่น ในรายที่มะเร็งแพร่กระจายไปที่กระดูกอาจจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดกระดูกร่วมกับรังสีรักษา หรือในรายที่มีการแพร่กระจายไปที่สมองอาจพิจารณาให้การรักษาโดยการผ่าตัดถ้าเป็นตำแหน่งเดียวไม่มีการแพร่กระจายไปที่อวัยวะสำคัญอื่นๆ

การรักษาเสริมมะเร็งเต้านมระยะแรกด้วยฮอร์โมน (Adjuvant hormonal therapy)

1. Tamoxifen

1.1 ในผู้ป่วย invasive carcinoma ที่มี hormone receptor เป็นบวก (ER and/or PR positive)

1.2 ให้เป็นระยะเวลา 5-10 ปีขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยง โดยถ้าเป็นกลุ่มที่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง ควรพิจารณาให้ยา 10 ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยังมีประจำเดือนหลังให้ Tamoxifen ครบ 5 ปีแล้ว

1.3 อาจพิจารณาให้ในผู้ป่วย ductal carcinoma in situ (DCIS) ที่มี hormone receptor เป็นบวก (ER and/or PR positive) เพื่อประโยชน์ในการป้องกันการเกิดมะเร็งข้างตรงข้าม แต่ไม่มีข้อมูลเพิ่มอัตราการอยู่รอด โดยให้เป็นระยะเวลา 5 ปีเท่านั้นและไม่ให้ในผู้ป่วยที่มี ER และ PR negative

2. ยากลุ่ม Aromatase Inhibitors (AI) (letrozole)

พิจารณาให้ในผู้ป่วยที่หมดประจำเดือนที่มีผล Hormone receptor เป็นบวก (ER and/or PR-positive) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 หากจำเป็นต้องใช้ AI ควรให้แบบ sequential คือให้ AI 2 ปีต่อกับ tamoxifen 3 ปี หรือ Tamoxifen 3 ปีต่อกับ AI 2 ปี

2.2 ในกรณีที่มีข้อห้ามใช้ Tamoxifen และ/หรือ ทนต่อการใช้ Tamoxifen ไม่ได้ ให้ใช้ AI ได้ไม่เกิน 5 ปี

2.3 ในผู้ป่วยที่ยังมีประจำเดือนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่โรคจะกลับมา ได้แก่ กลุ่มที่มีการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง หมดประจำเดือนหลังให้ Tamoxifen ครบ 5 ปี อาจพิจารณาให้ AI ต่อเป็นเวลาไม่เกิน 5 ปี (กรณีที่ไม่เคยได้ AI มาก่อน) สำหรับหมดประจำเดือนควรพิจารณา ดังนี้

1) อายุน้อยกว่า 60 ปี หมดประจำเดือนตามธรรมชาติอย่างน้อย 1 ปี ร่วมกับการตรวจระดับ hormone (FSH และ estradiol) ตาม criteria (ไม่ใช่ Chemotherapy-induced menopause)

2) อายุมากกว่า 60 ปีหรือหมดประจำเดือนจากผลของการผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้าง

การรักษาเสริมมะเร็งเต้านมระยะแรกด้วยยาเคมีบำบัด (Adjuvant Chemotherapy)

1. กลุ่ม triple negative (ER, PR และ HER2 negative) ที่มีขนาดก้อน ≥ 1 เซนติเมตร

2. กลุ่ม HER2 enriched tumor (ER, PR negative และ HER2 positive) ที่มีขนาดก้อน > 1 เซนติเมตร

3. กลุ่ม ER และ/ หรือ PR positive ที่มี High risk ได้แก่ (ข้อใดข้อหนึ่ง)

3.1 ไม่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง ร่วมกับ low ER/PR positivity หรือ grade II-III tumor หรือ HER 2 positive หรือ Ki-67 $> 14\%$ หรือก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ > 5 เซนติเมตร (อย่างใดอย่างหนึ่ง)

3.2 มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองได้รักรั้ว 1-3 ต่อม ร่วมกับ low ER/PR positivity หรือ grade II-III tumor หรือ HER 2 positive หรือ Ki-67 $> 14\%$ หรือก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ > 2 เซนติเมตร (อย่างใดอย่างหนึ่ง)

3.3 มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองได้รักรั้ว ≥ 4 ต่อม

การรักษาเสริมมะเร็งเต้านมระยะแรกด้วยยาเคมีบำบัดชุด Taxane (Taxane-based adjuvant chemotherapy)

1. ยากลุ่ม Taxane ได้แก่ การให้ Paclitaxel ในสูตรยาที่ 4 (Doxorubicin + Cyclophosphamide (AC) ตามด้วย Paclitaxel): พิจารณาให้ในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่โรคจะกลับมาสูง และกลุ่มที่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองได้รื้อแล้ว ดังนี้

1.1 กลุ่มที่ไม่มีภาวะแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองแต่มีปัจจัยเสี่ยงที่โรคจะกลับมาสูง ได้แก่

1.1.1 Triple negative ที่มีขนาด > 3 เซนติเมตร และ grade III

1.1.2 HER2 positive ที่มีขนาด >3 เซนติเมตร and ER/PR negative

1.2 กลุ่มที่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองได้รื้อแล้ว 1-3 ต่อมน้ำ และ มี HER2 positive หรือ ER and PR negative

1.3 กลุ่มที่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองได้รื้อแล้ว > 4 ต่อมน้ำ

2. ยาสูตร TC (Docetaxel + cyclophosphamide) ให้ใช้ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามต่อการให้ doxorubicin ได้แก่ เคยได้รับ doxorubicin มาก่อน หรือ LVEF < 50% หรือมีประวัติหัวใจวาย การรักษาเสริมมะเร็งเต้านมระยะแรกด้วยการให้ยาเจาะจงเซลล์มะเร็ง (Targeted Therapy) ด้วยยา Trastuzumab

1. ต้องไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminally ill) และ ECOG performance status 0-1

2. ใช้เฉพาะกรณีผู้ป่วยที่มีมะเร็งแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองที่รื้อแล้วเท่านั้น

3. HER2 by IHC 2+ หรือ 3+ และมีการยืนยันด้วยการตรวจ ISH เช่น FISH, DISH เป็นผลบวก

4. มีการทำงานของหัวใจ ตรวจโดย 2D echocardiogram หรือ MUGA ได้ LVEF > 50% โดยควรตรวจและประเมินการทำงานของหัวใจระหว่างการให้ยาเป็นระยะๆ ทุก 3-6 เดือน

5. อาจพิจารณาใช้พร้อมกับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด (กลุ่ม Taxane) หรือ ตามหลังการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดครั้งสุดท้ายไม่เกิน 3 เดือน แต่ห้ามใช้พร้อมกันกับยากลุ่ม Anthracycline

6. ระยะเวลา ใช้ยาไม่เกิน 1 ปี

7. ขนาดยาที่ใช้

7.1 loading dose 8 mg./kg IV หลังจากนั้น 6mg/kg ทุก 3 สัปดาห์ หรือ

7.2 loading dose 4 mg./kg IV หลังจากนั้น ให้ 2mg/kg ทุกสัปดาห์ อาจ

พิจารณาในกรณีที่ให้ weekly paclitaxel

ข้อกำหนดในกรณีต้องหยุดยา Trastuzumab

- Symptomatic Heart failure ให้หยุดยา และงดใช้ยาต่อไป

- เมื่อมีความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ (LVEF < 50%) โดยไม่มีอาการของโรคหัวใจ ให้หยุดยาชั่วคราว และจะกลับมาใช้ได้ใหม่เมื่อ LVEF > 50 % ภายในเวลา 4-8 สัปดาห์

การให้ Neoadjuvant chemotherapy

1. ใช้ในผู้ป่วยระยะลุกลามเฉพาะที่ (Locally advanced breast cancer) ได้แก่ระยะ T3-T4 หรือ N2-N3
2. ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดได้ และต้องการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ breast conservation โดยมีข้อบ่งชี้ต้องได้รับ Adjuvant chemotherapy หลังผ่าตัด

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายด้วยฮอร์โมน

1. ผล ER และ/หรือPR เป็นบวก
2. กรณีไม่ทราบผล ER และ PR พิจารณาให้เมื่อ
 - ระยะปลอดโรค (Disease -free interval) นานเกิน 2 ปี
 - ตำแหน่งของการแพร่กระจายชนิดที่ไม่ทำให้เสียชีวิตโดยเร็ว เช่น ต่อม้ำเหลือง, กระดูก, ผิวหนัง - อายุมากกว่า 50 ปีหรืออยู่ในวัยหมดประจำเดือน
 - มีประวัติการตอบสนองต่อการรักษาด้วยฮอร์โมน มาก่อน

หลักเกณฑ์การรักษาโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายด้วยฮอร์โมน

1. ให้ครั้งละ 1 ชนิด ไม่ให้หลายชนิดพร้อมกัน โดยชนิดของยาที่ใช้ขึ้นกับภาวะประจำเดือน
2. ไม่ให้พร้อมยาเคมีบำบัด
3. เปลี่ยนชนิดฮอร์โมนเมื่อโรคลุกลามเท่านั้น
4. ชนิดของฮอร์โมนที่ใช้ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยเป็นวัยก่อนหมดประจำเดือนหรือวัยหลังหมดประจำเดือน

4.1 ผู้ป่วยวัยก่อนหมดประจำเดือน ได้แก่ ผู้ป่วยที่ยังมีหรือประจำเดือนอยู่หรือประจำเดือนหมดไปตามธรรมชาติไม่เกิน 1 ปี

1) ฮอร์โมนตัวแรกที่ใช้ คือ tamoxifen หรือ ovarian ablation (แนะนำให้ทำผ่าตัด Bilateral oophorectomy เป็นหลัก)

2) ฮอร์โมนตัวที่สองที่ใช้ คือ ovarian ablation หรือ tamoxifen หรือ progestin (megestrol acetate) อาจพิจารณาการรักษาต่อด้วย aromatase inhibitor ได้ หากไม่ตอบสนองต่อการรักษาดังกล่าวและหมดประจำเดือนจาก ovarian ablation แล้ว

4.2 ผู้ป่วยวัยหลังหมดประจำเดือน

1) ฮอร์โมนตัวแรกที่ใช้คือ Tamoxifen หากยังไม่เคยได้ยามาก่อนหรือหยุดยาในการรักษาหลังผ่าตัดเกิน 1 ปี หรือ aromatase inhibitor ในกรณีที่เคยได้ tamoxifen มาแล้วในการรักษาหลังผ่าตัดและหยุดยาน้อยกว่า 1 ปี หรือมีข้อห้ามใช้ Tamoxifen

2) ฮอร์โมนตัวที่สองที่ใช้กรณีโรคลุกลามมากขึ้นหลังจากที่มีการตอบสนองต่อ tamoxifen ระยะเวลาหนึ่ง คือ aromatase inhibitor หรือ progestin (megestrol acetate)

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายด้วยยาเคมีบำบัด

1. ผู้ป่วยที่มีผล Hormone receptor (ER และ PR) เป็นลบ (Endocrine non-responsive)
2. ผู้ป่วยที่โรคลุกลามหรือดื้อต่อการรักษาด้วยฮอร์โมน

3. ผู้ป่วยที่โรคแพร่กระจายอย่างรวดเร็วและอาจมีอันตรายถึงชีวิต

ข้อบ่งชี้การใช้สูตรยา ตามลำดับ ยกเว้นมีข้อห้ามการใช้ยา (แต่ละสูตรให้ได้ไม่เกิน 6 รอบต่อครั้ง)

ลำดับที่ 1 Classical CMF, FAC, AC

1. ผู้ป่วยไม่เคยได้รับ Adjuvant chemotherapy หลังผ่าตัด

2. ผู้ป่วยเคยได้รับ Adjuvant chemotherapy หลังผ่าตัดนานเกิน 2 ปี ยกเว้นกรณี

Anthracycline-containing regimen แนะนำให้ใช้ยาเคมีบำบัดชุดใหม่แทน

ลำดับที่ 2 และ 3

2.1 Taxane group (paclitaxel หรือ docetaxel) กรณีได้ยา FAC, AC (Anthracycline-containing regimen) เป็นสูตรแรกหรือมีข้อห้ามในการใช้ Anthracycline-containing regimen ให้เริ่มจาก paclitaxel (ลำดับที่ 2) ก่อนและเมื่อ progress สามารถใช้ docetaxel ได้ (กรณีไม่มีข้อห้าม) (ลำดับที่ 3)

2.2 FAC, AC กรณีได้ยา CMF เป็นยาสูตรแรก และเมื่อ progress สามารถใช้ Taxane group ได้

ลำดับที่ 4 Capecitabine พิจารณาให้ในกรณีที่ได้ Taxane มาก่อนหรือมีข้อห้ามในการใช้ taxane (ให้ได้ไม่เกิน 8 รอบต่อครั้ง)

ลำดับที่ 5 CMF พิจารณาให้ในกรณีที่ไม่เคยได้รับ CMF มาก่อน

หมายเหตุ ในการให้ยาภาพรวมถ้าโรคกำเริบขึ้นใหม่หลังหยุดยา ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ในกรณีที่เคยมีการตอบสนองดี (PR, SD) ระหว่างให้ยา อาจพิจารณาให้ยาสูตรเดิมที่เคยตอบสนองดีนั้นๆ ได้อีก 1 ครั้ง ยกเว้น Anthracycline-containing regimen

การใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม

1. Post mastectomy Radiotherapy

1.1 Four or more positive axillary lymph nodes

1.2 T3, T4

1.3 Positive or closed (<1 mm) surgical margin

1.4 อาจพิจารณาให้ในกลุ่ม 1-3 positive axillary nodes โดยเฉพาะถ้ามีปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่ Young age, Premenopausal status, Tumor > 2 cm, Nodal extracapsular extension, LVSI, Grade III, Hormonal receptors negative, Inadequate axillary lymph node surgery (SLN+ แต่ไม่ได้ทำ axillary lymph node dissection) , Her2 positive

2. Conservative Breast Therapy

2.1 Invasive ductal carcinoma ให้หลังผ่าตัดแบบ breast conserving surgery (BCS) 4-8 สัปดาห์ ในกรณีไม่ได้ให้ยาเคมีบำบัด แต่ถ้าให้ยาเคมีบำบัดด้วย ให้เริ่มฉายแสงหลังยาเคมีบำบัดครบแล้ว 3-4 สัปดาห์

2.2 อาจไม่พิจารณาฉายแสง ใน Invasive cancer : อายุ 70 ปีขึ้นไป, T1N0 tumor, hormone receptor positive และได้ endocrine therapy

2.3 Ductal Carcinoma in Situ อาจจะพิจารณาไม่ให้ adjuvant radiation ในผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิด local recurrence น้อยในกรณีต่อไปนี้ (ทุกข้อ)

- DCIS: lesion ขนาดไม่เกิน 2.5 cm., คลำก้อนไม่ได้ตรวจพบจาก mammogram, low to intermediate nuclear grade, free margin > 3 mm

3. Inoperable tumor but without distant metastasis

4. Palliative Radiation Therapy

พิจารณาให้เพื่อบรรเทาความปวด เลือดออกหรือเป็นแผล การกดเบียดเนื้อเยื่อปกติ การอุดกั้นอวัยวะที่เป็นท่อกลวง การกดทับไขสันหลัง การอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ ที่เกิดจากก้อนมะเร็ง โดยต้องคำนึงถึงผลการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษาสุขภาพร่างกาย การพยากรณ์โรค และความสะดวกในการเดินทางมารักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้แพทย์ควรเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว อย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถตัดสินใจได้เอง ซึ่งอาจจะใช้ External beam radiotherapy หรือ Brachy therapy ก็ได้ โดยพิจารณาให้การรักษาด้วยรังสีต่อไปนี้ในกรณี

4.1 Palliative radiotherapy สำหรับ unresectable primary tumor

4.2 Palliative radiotherapy สำหรับ distant metastatic sites เช่น bone, brain, spine, lymph nodes, soft tissue และอื่นๆ

5. Locoregional Recurrence Breast Cancer

6. Ovarian Castration สำหรับ Metastatic disease ที่เป็น premenopause, hormone receptor positive อาจจะพิจารณาทำ ovarian castration โดยการฉายรังสีในกรณีที่ไม่สามารถทำผ่าตัด

1.8 ผลกระทบของโรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมส่งผลโดยตรงต่อการดำรงชีวิตของสตรี การได้รับการวินิจฉัยและเริ่มรักษาที่ล่าช้าจะทำให้โรคมะเร็งลุกลามมากขึ้นและทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ที่ เป็นโรคทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและครอบครัว

1.8.1 ผลกระทบด้านร่างกาย สตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาในระยะที่โรคมะเร็งลุกลามจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและใช้ระยะเวลานาน ซึ่งแนวทางการรักษาเป็นแบบผสมผสานระหว่างการผ่าตัด การรักษาร่วมโดยให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสีหรือการรับฮอร์โมนรักษา นอกเหนือจากการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว ซึ่งผลจากการรักษาดังกล่าวนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น การได้รับยาเคมีบำบัด อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารหรือเยื่อในช่องปากอักเสบ เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ อาการผมร่วง ซึ่งอาการเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันและรูปลักษณ์ภายนอกของผู้ป่วย (ปราณี ทองใส และคณะ, 2551)

1.8.2 ผลกระทบด้านจิตใจ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจะส่งผลต่อสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ด้านต่างๆ เช่น อารมณ์โกรธง่าย เศร้าซึม วิตกกังวล กลัวเสียชีวิต มุมมองความคิดในด้านลบ รู้สึกโดดเดี่ยวหรือต้องการความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกอ่อนล้าหรือภาวะเครียด ส่งผลต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม (Montazeri, Ali. 2008)

1.8.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและครอบครัว การพยากรณ์โรคที่ยังไม่แน่นอนเป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความวิตกกังวลกับการวางแผนชีวิตในอนาคตและระหว่างการรักษา ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายและต้องใช้เวลาอย่างมากกับการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมในระยะลุกลามเสี่ยงต่อการเผชิญปัญหาในครอบครัวมากมายและการมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก (นภนิศรัตน์ภาสุร, 2550)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งเต้านมในระยะลุกลามต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน ซึ่งมีแนวทางการรักษาเป็นแบบผสมผสาน จึงส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและครอบครัว

2. ระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ระยะเวลาการมาโรงพยาบาล เป็นช่วงเวลาที่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยพบอาการผิดปกติของตนเองครั้งแรกจนถึงเวลาที่มาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา (Dracup et al., 2003) หากผู้ป่วยมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลสั้น นั่นคือระยะเวลาก่อนการรักษาสั้น การพยากรณ์โรคจะดี มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ แต่ในทางกลับกันหากระยะเวลาการมาโรงพยาบาลยาวนานขึ้น อาจจะทำให้อาการผิดปกติที่พบเป็นมากขึ้นการพยากรณ์โรคจะแย่ลง ผลการรักษาอาจได้ผลไม่ดีนัก

2.1 การแบ่งระยะเวลาการมาโรงพยาบาล

Dracup และคณะ (Dracup et al., 1995) ให้ความหมายของระยะเวลาล่าช้า (Total delay time) โดยคำนวณจากรยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติจนกระทั่งมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลและแบ่งระยะเวลาล่าช้า (Phases of delay) เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เรียกว่า Patient recognition and action phase หมายถึง ระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติจนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ระยะนี้เป็นระยะที่มีผลต่อระยะเวลาล่าช้า (Total delay time) ผู้ป่วยบางรายตัดสินใจไปพบแพทย์ทันทีเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น บางรายรอดูอาการ รักษาอาการตนเอง ปรีกษาเพื่อน

ระยะที่ 2 เรียกว่า Prehospital action phase หมายถึง ระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยเริ่มเดินทางไปพบแพทย์จนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล

ระยะที่ 3 เรียกว่า Hospital action phase หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการรักษาโดยแพทย์และทีมสุขภาพที่โรงพยาบาล

Harirchi และคณะ (2005) ได้ศึกษาและให้ความหมายระยะเวลาของการมารับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไว้ 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ความล่าช้าที่เกิดจากผู้ป่วย (patient delay) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติในครั้งแรกจนกระทั่งไปพบแพทย์

ระยะที่ 2 ความล่าช้าที่เกิดจากผู้ให้การดูแลรักษา (provider delay) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาปรึกษาแพทย์จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคแล้วได้รับการรักษา

Hansen (2008) ได้ทำการศึกษาระยะเวลาความล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิด ความล่าช้าทั้งหมด (total delay) ประกอบด้วยความล่าช้า 3 ลักษณะ ได้แก่

1. ความล่าช้าจากตัวผู้ป่วย (patient delay) ซึ่งนับจากเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรู้ว่ามีอาการผิดปกติของร่างกายจนถึงเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยครั้งแรก ระยะเวลาที่มากกว่า 60 วันถือว่ามีความล่าช้า

2. ความล่าช้าจากแพทย์ผู้ให้การรักษา (Doctor delay) หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งแรกจนถึงกระบวนการค้นหาความผิดปกติของโรคหรือการวินิจฉัยโรค เช่น การส่งตรวจชิ้นเนื้อ การส่องกล้อง การเอกซเรย์ หรือการตรวจโดยวิธีต่างๆระยะเวลาที่มากกว่า 60 วันถือว่ามีความล่าช้า

3. ความล่าช้าจากระบบ (system delay) หมายถึง ช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มกระบวนการค้นหาความผิดปกติของโรคหรือการวินิจฉัยโรค จนถึงเริ่มการรักษาหรือตัดสินใจไม่ได้รับการรักษา ความล่าช้าจากระบบอาจมาจากระบบขั้นตอนในสถานบริการสุขภาพรวมทั้งระบบการส่งต่อ ระยะเวลาที่มากกว่า 90 วันถือว่ามีความล่าช้า

นภนิศ รัตนภาสุร (2550) ได้ศึกษาระยะเวลาของการมารับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยแบ่งการล่าช้าในการรักษาเป็น 2 ระยะ คือ

1. การล่าช้าจากตัวผู้ป่วย (Patient Delay) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มพบอาการผิดปกติของเต้านมตนเองจนกระทั่งมาพบแพทย์ครั้งแรก ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป

2. การล่าช้าจากระบบบริการ (System Delay) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยพบแพทย์ครั้งแรก จนเริ่มได้รับการรักษามะเร็งเต้านมด้วยวิธีผ่าตัดหรือเคมีบำบัด ที่มากกว่า 2 เดือนขึ้นไป

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาระยะเวลาการมาโรงพยาบาลในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ตามแนวคิดของ Dracup และคณะ (1995) ซึ่งครอบคลุมระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นครั้งแรกจนกระทั่งมารับการตรวจที่โรงพยาบาล เป็นช่วงเวลาที่เกิดจากการจัดการของตัวผู้ป่วยเอง จึงมีความสำคัญเนื่องจากถ้าผู้ป่วยมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจในครั้งแรกที่สั้น

จะทำให้ตรวจพบโรคมาเร็งเร็วกว่านี้ตั้งแต่ในระยะแรก การพยากรณ์โรคจะดีและมีโอกาสในการรักษาให้หายขาดได้ เพิ่มอัตราการรอดชีพ ช่วยลดค่าใช้จ่าย และเป็นการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพอย่างคุ้มค่า

ดังนั้นระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยมาเร็งเร็วกว่านี้ จึงหมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นครั้งแรกจนกระทั่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจครั้งแรก

2.2 เกณฑ์การพิจารณาระยะเวลาการมาโรงพยาบาล

ระยะเวลาการมาโรงพยาบาล พิจารณาจากระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นครั้งแรกจนกระทั่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจจากแพทย์ครั้งแรก ซึ่งการกำหนดระยะเวลาของการมาโรงพยาบาลว่ามีความเหมาะสมหรือล่าช้าขึ้นอยู่กับความแตกต่างกันตามลักษณะอาการหรือลักษณะของโรค จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษาและกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาระยะเวลาการมาโรงพยาบาลไว้ ดังนี้

เบอร์แมนและคณะ (1997) ได้ให้ความหมายช่วงระยะเวลาของการล่าช้าต่อการรักษา เป็นช่วงระยะเวลาตั้งแต่สตรีเริ่มพบอาการผิดปกติจนกระทั่งถึงวันที่ได้รับการรักษา เรียกได้ว่าเป็นเวลาของการล่าช้าทั้งหมด (Total delay) ซึ่งช่วงระยะเวลาของการล่าช้าต่อการรักษาล่าช้ายังไม่มีเกณฑ์ที่แน่ชัด แต่การล่าช้าต่อการรักษาที่ยาวนานจะทำให้อัตราการรอดชีพลดลง ดังนั้นการกำหนดเกณฑ์ของช่วงระยะเวลาการล่าช้าให้น้อยที่สุดจะทำให้ผู้ป่วยได้รับ ช่วงระยะเวลาของการล่าช้าในการรักษา มาเร็งเร็วกว่าที่กำหนดไว้น้อยที่สุดคือ มากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน (ภานิศ รัตนภาสุร, 2550)

Arndt และคณะ (2002) ศึกษาในผู้ป่วยมาเร็งเร็วกว่านี้ ได้แบ่งระยะเวลาที่ผู้ป่วยมารับการรักษาไว้ดังนี้ ระยะเวลาน้อยกว่า 1 เดือน, ระยะเวลา 1-3 เดือน และระยะเวลานานมากกว่า 3 เดือน เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติในครั้งแรกแล้วผู้ป่วยมารับการรักษาใช้เวลานานมากกว่า 3 เดือนถือว่าผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า

Harirchi และคณะ (2005) ศึกษาในผู้ป่วยมาเร็งเร็วกว่านี้ระยะลุกลาม ได้ใช้ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติครั้งแรกจนผู้ป่วยมาพบแพทย์ถ้าใช้เวลานานมากกว่า 1 เดือน ถือว่าผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า

Dracup และคณะ (2006) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาพฤติกรรมแสวงหาการรักษาล่าช้าไว้ คือ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติจนกระทั่งผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล หากใช้ระยะเวลาเกินกว่า 1 ชั่วโมง ถือว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาล่าช้า ระยะเวลาที่กำหนดพิจารณาจากระยะเวลาที่ให้ผลในการรักษาได้ดีที่สุดและสามารถลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 50

Hutajulu และคณะ (2022) ศึกษาในผู้ป่วยมาเร็งเร็วกว่านี้ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติจนกระทั่งได้รับการตรวจครั้งแรกจากแพทย์ถ้าใช้เวลานานมากกว่า 3 เดือน ถือว่าผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า

จากการวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าเกณฑ์ในการกำหนดระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลมีความหลากหลายตามการดำเนินของแต่ละโรค ถ้าผู้ป่วยมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกน้อย ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยและการตรวจรักษาที่รวดเร็ว ส่งผลให้การพยากรณ์โรค อัตราการรอดชีวิตจึงสูงขึ้นและการรักษาที่ได้รับไม่มีความซับซ้อน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยเริ่มพบอาการผิดปกติของตนเอง จนกระทั่งมาโรงพยาบาลครั้งแรกเพื่อรับการตรวจ โดยไม่ได้แบ่งว่าเป็นการมารับการตรวจรักษาที่ล่าช้าหรือไม่ล่าช้า

2.3 ปัญหาของระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์และการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทำให้สามารถค้นพบโรคมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก แต่ยังคงพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจครั้งแรกยาวนาน มีผู้ศึกษาถึงปัญหาของระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไว้ ดังนี้

สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิล และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์ (2562) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่จำนวน 60 คน พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการถึงมารับการรักษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลา มากกว่า 3 เดือนถึง 6 เดือน ร้อยละ 30 และมากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี ร้อยละ 31.7 มากกว่า 1 ปีถึง 2 ปี ร้อยละ 26.7 โดยเฉลี่ยระยะเวลาที่มารับการรักษาล่าช้าประมาณ 15.62 เดือน

Harirchi (2005) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม จำนวน 200 คน พบว่า หลังจากเริ่มมีอาการผู้ป่วยมีระยะเวลาไปพบแพทย์ครั้งแรกอยู่ระหว่าง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 เดือน ถึง 36 เดือน โดยผู้ป่วยร้อยละ 68 มีระยะเวลามาพบแพทย์ครั้งแรกนานมากกว่า 1 เดือนและผู้ป่วยร้อยละ 42.5 มีระยะเวลามาพบแพทย์ครั้งแรกนานมากกว่า 3 เดือน ค่ามัธยฐานของผู้ป่วยที่ล่าช้าคือ 12 สัปดาห์

Frie (2018) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 64 คน พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้ารับการรักษาคั้งแรกคือ 11.6 เดือน โดยมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาคือ 4.8 เดือน

Barros (2020) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 444 คน พบว่า ช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการหรืออาการแสดงของมะเร็งเต้านมกับการไปพบแพทย์ครั้งแรกอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1,857 วัน ค่ามัธยฐานคือ 39 วัน โดยผู้ป่วยร้อยละ 34 มีระยะเวลาการไปพบแพทย์ครั้งแรกมากกว่า 90 วัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกที่ยาวนานหรือมากกว่า 1 เดือน ส่งผลให้โรคมะเร็งกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น โอกาสในการรักษาให้หายขาดจึงลดลงและอัตราการรอดชีพที่ 5 ปีลดลง ฉะนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมมารับการตรวจรักษาคั้งแรกโดยเร็ว จำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

2.4 ผลกระทบของการมาตรวจล่าช้า

เมื่อผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังเดินทางที่มีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจในครั้งแรกยาวนาน ส่งผลให้โรคมะเร็งกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองและแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น โอกาสในการรักษาให้หายขาดจึงลดลง และอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีลดลง ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังเดินทางที่มีการตรวจพบโรคในระยะลุกลามอาจส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า ความโศกเศร้า ความผิดหวัง ความกลัว ความวิตกกังวล คุณภาพชีวิตที่ลดลงจากผลข้างเคียงของการรักษา ความสามารถในการดูแลครอบครัวลดลง (William et al., 2011) จากการศึกษาของ พงศกร ศรีจันทร์ (2555) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังเดินทางที่มารับการรักษาระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการมากกว่า 12 สัปดาห์ จะพบโรคอยู่ในระยะลุกลามหรือแพร่กระจายถึงร้อยละ 59.4 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มารับการรักษาเวลาน้อยกว่า 12 สัปดาห์ จะพบโรคอยู่ในระยะลุกลามหรือแพร่กระจายเพียงร้อยละ 26.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ Arndt (2002) พบว่า การวินิจฉัยมะเร็งเรื้อรังเดินทางอยู่ในระยะสุดท้ายพบในผู้ป่วยที่มาปรึกษาแพทย์ล่าช้ามากกว่า 3 เดือน มากกว่าในผู้ป่วยที่มาปรึกษาแพทย์ภายใน 1 เดือนหลังจากเริ่มมีอาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ho (2019) พบว่า การมารับรักษาครั้งแรกที่ล่าช้ามากกว่า 90 วัน เทียบกับมารับรักษาครั้งแรกที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 วัน มีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตโดยรวมที่แย่งลงในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังเดินทาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tesfaw (2020) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 75.7 มีความล่าช้ามากกว่า 90 วัน โดยเวลาเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 8 เดือน และพบการวินิจฉัยของโรคอยู่ในระยะลุกลาม ร้อยละ 71.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Elgoraish (2021) พบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาความล่าช้าประมาณ 28.3 สัปดาห์ และความล่าช้าของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับมะเร็งระยะลุกลาม

ดังนั้นการที่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเรื้อรังเดินทางมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกที่ยาวนาน ทำให้การดำเนินของโรคมะเร็งลุกลามมากขึ้น การพยากรณ์โรคไม่ดี โอกาสในการรักษาให้หายขาดลดลง เนื่องจากการพยากรณ์ของโรคมะเร็งเรื้อรังเดินทางขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการตรวจพบโรค จึงควรมีการศึกษาว่าอะไรเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลาการมาโรงพยาบาลหลังจากที่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเรื้อรังเดินทางพบอาการผิดปกติบริเวณเต้านม เพื่อช่วยลดระยะเวลาก่อนมารับการตรวจครั้งแรก

2.5 การประเมินระยะเวลาการมาโรงพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามระยะเวลาการมาโรงพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยระบุวันที่คลำพบก้อนหรือมีอาการผิดปกติครั้งแรก และวันหรือช่วงเวลาที่ได้รับบริการตรวจครั้งแรกที่โรงพยาบาล คำนวณระยะเวลาเป็นจำนวนวัน

3. แนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมแสวงหาการรักษา

3.1 แนวคิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา

กรอบแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของ Dracup และคณะ (Dracup et al., 2003) พัฒนามาจากแนวคิดการควบคุมตนเอง (Self-regulatory model) ของ Leventhal & Cameron (1987) ประกอบด้วย สิ่งกระตุ้นภายในและสิ่งแวดล้อม (Internal and Environmental stimuli) การรับรู้ (Cognitive representation) อารมณ์ (Emotional representation) พฤติกรรมแสวงหาการรักษาเป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคลในการจัดการปัญหาเมื่อรับรู้ว่ามีคามผิดปกติเกิดขึ้นซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนหาวิธีในการจัดการทันที บางคนรอดูอาการก่อน สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา คือ

1. สิ่งกระตุ้นภายในและสิ่งแวดล้อม (Internal and Environmental stimuli)

1.1 สิ่งกระตุ้นภายใน (Internal stimuli) ประกอบด้วย

1.1.1 ลักษณะส่วนบุคคล (sociodemographic)

1.1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก (clinical characteristics)

1.1.3 บทบาททางวัฒนธรรม (cultural roles)

1.1.4 ความคาดหวัง (expectation)

1.2 สิ่งกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental stimuli) ประกอบด้วย

1.2.1 ครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน (family and coworkers)

1.2.2 เพื่อน (friends)

1.2.3 ทีมสุขภาพ (health care providers) และสื่อต่างๆที่บุคคลได้รับ

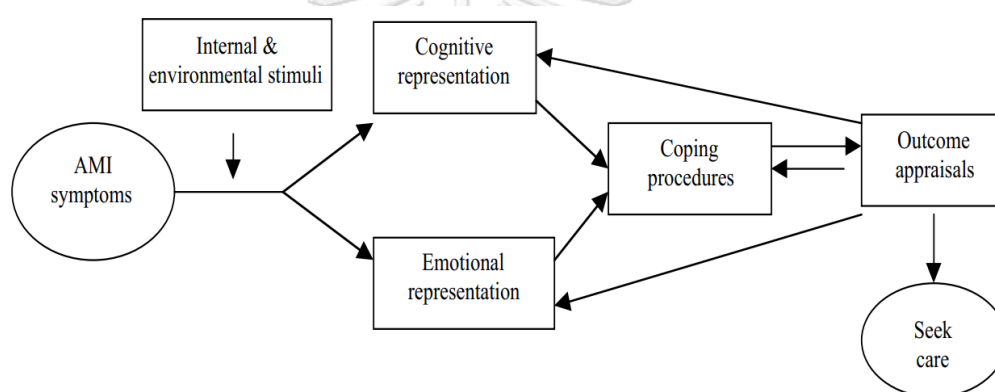
คำปรึกษา

2. ด้านการรับรู้ (Cognitive representation) คือ การรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่มีความรุนแรงต้องได้รับการรักษา รวมถึงสาเหตุและผลที่อาจเกิดขึ้น มีการประเมินอาการที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิดขึ้น มีอิทธิพลมาจากความรู้ เจตคติ และความเชื่อของบุคคล ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นคุกคามต่อชีวิต บุคคลนั้นจะเกิดการตัดสินใจเข้ารับการรักษา แต่ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่สำคัญ บุคคลนั้นก็จะดูแลรักษาตนเองไม่เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา

3. ด้านอารมณ์ (Emotional representation) เช่น ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นรวมถึงความอายและความลำบากในการมารับการรักษา มีอิทธิพลมาจากการรับรู้ของบุคคลในการควบคุมภาวะคุกคามสุขภาพและระดับความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลรับรู้ภาวะคุกคามจากสิ่งกระตุ้นดังกล่าว หลังจากนั้นจะเกิดกระบวนการวางแผนเพื่อเผชิญและจัดการกับปัญหาหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น (Coping procedures) แต่แต่ละบุคคลจะมี

กลวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันเพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ ขึ้นอยู่กับว่าคุณคนนั้นรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วยว่าเกิดมาจากสาเหตุใดและความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นอย่างไร เมื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วบุคคลจะมีการประเมินผลลัพธ์ในการจัดการกับปัญหาของตนเอง (Outcome appraisal) หากเห็นว่าความเจ็บป่วยนั้นยังไม่สามารถแก้ไขได้สำเร็จ บุคคลจะเริ่มประเมินและให้ความหมายกับอาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นอีกครั้ง และเปลี่ยนวิธีในการจัดการกับอาการผิดปกติใหม่อีกครั้ง ถ้าบุคคลนั้นมีการประเมินและให้ความหมายอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่สำคัญ มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต เป็นอาการผิดปกติที่ไม่สามารถหายได้เอง บุคคลนั้นจะเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาและตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ให้ความหมายดังกล่าวข้างต้น ยังมีการพิจารณาว่าคุณคนนั้นมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเหมาะสมหรือล่าช้า โดยพิจารณาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติจนกระทั่งผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล



ภาพที่ 1 The framework of Dracup et al. (2003)

แนวคิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของ Dracup และคณะ (2003) มีการพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการควบคุมตนเอง (Self-regulatory model) ของ Leventhal & Cameron (1987) และนำมาใช้ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หลังจากนั้นได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง เช่น การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (กนกวรรณ บุญสังข์, 2552) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (ประนอม พรหมแดง, 2556) ถึงแม้แนวคิดนี้จะยังไม่เคยมีการนำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมแต่ได้มีการนำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งอื่นๆ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยลดความล่าช้าในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของ Dracup และคณะ (2003) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

3.2 ทฤษฎี PRECEDE FRAMEWORK

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE (สมคิด ทิมสาด, 2548) PRECEDE FRAMEWORK หรือ PRECEDE Model เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Multiple Casuality Assumption) มีสมมติฐานว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัยและการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเสียก่อน โดยอาศัยกระบวนการและวิธีการต่างๆ ร่วมกันเพื่อการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพคำว่า PRECEDE ย่อมาจาก Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยหลักหรือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการวินิจฉัยและประเมินผลการดำเนินงาน สุขศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การใช้ PRECEDE FRAMEWORK เป็นกระบวนการวิเคราะห์การดำเนินงานในลักษณะโครงการ เริ่มต้นจากเป้าหมายหรือสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พิจารณาย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร ทำไมหรือมีเหตุมาจากอะไร กล่าวคือ เป็นกระบวนการที่วิเคราะห์ย้อนกลับว่าสิ่งที่เป็นอย่างนั้นมีองค์ประกอบหรือปัจจัยนำอะไรบ้างที่ทำให้เกิดผลลัพธ์หรือสภาพดังปรากฏ แล้วจึงนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการวางแผนเพื่อดำเนินการแก้ไขพฤติกรรมให้ถูกต้อง ขั้นตอนและกระบวนการของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE FRAMEWORK สามารถนำไปใช้ในโครงการสาธารณสุขต่างๆ เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามกระบวนการที่กำหนด 7 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม

จุดมุ่งหมายของระยะนี้เพื่อระบุปัจจัยและประเมินปัญหาด้านสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต(Quality of Life) ของประชากร เป้าหมายระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนเข้าใจปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้บริโภคบริการ นักเรียน/นักศึกษา หรือชุมชนตามที่ประชาชนมองเห็นปัญหาเหล่านั้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปัญหาด้านสังคมจะเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมสุขศึกษาได้ สิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบสำคัญต่อชีวิต และคุณภาพชีวิตส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคมอย่างไรบ้าง วิธีการวินิจฉัยด้านสังคมอาจจะดำเนินการได้ดังนี้ จัดเวทีชุมชน (Community Forums) การแสดงข้อตกลงร่วมในกลุ่ม (Nominal groups) การอภิปรายเฉพาะกลุ่ม (Focus group) การสำรวจ (Surveys) และการสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา

การวินิจฉัยระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนพิจารณากำหนดปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุปัจจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมอะไรบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต จุดเน้นของระยะนี้ก็คือจะระบุปัจจัยสาเหตุอันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพและไม่ใช่อันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การอธิบายปัญหาสุขภาพจะช่วยกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพและปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

ในระยะนี้จะมุ่งเน้นที่การระบุปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ อย่างเป็นระบบระเบียบ ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพในระยะที่ 2 ในระยะนี้อาจรวมถึงสาเหตุที่ไม่ใช่พฤติกรรมด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถจะช่วยให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ เป็นต้น แต่ไม่สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านั้นอาจรวมถึงพันธุกรรม อายุ เพศ และการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แล้ว สถานประกอบการ และความเพียงพอของการบริการสุขภาพ เป็นต้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ในระยะนี้ก็คือการจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุพฤติกรรมในประเด็นพฤติกรรมที่สำคัญ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมนั้นๆ การวินิจฉัยพฤติกรรมจะต้องให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตในแต่ละประเด็นในระยะที่ 2 ซึ่งจะช่วยให้ผู้วางแผนสามารถเลือกพฤติกรรมเป้าหมายนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยการศึกษาได้โดยสรุปการวินิจฉัยพฤติกรรมอะไรบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมที่ได้ระบุชี้ไว้ในระยะที่ 1-2 การวินิจฉัยสิ่งแวดล้อมเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมควบคู่ไป ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา

ระยะนี้เป็นการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ในระยะที่ 3 สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัยด้วยกัน คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (enabling factors) ปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง (reinforcing factors) ประเด็นสำคัญของระยะนี้คือ การระบุปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การระบุปัจจัยจะต้องมองทั้งที่ส่งผลทางบวกและลบต่อพฤติกรรม ลำดับความสำคัญของแต่ละสาเหตุและความสามารถในการเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมจะต้องกำหนดตามปัจจัยสาเหตุเหล่านี้ ดังนั้นจึงต้องฟังธงลงไปเลยว่า จะต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืนโดยการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรมและการดำเนินการตามวัตถุประสงค์กิจกรรมนั้นๆ

ปัจจัยนำ หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลหรือประชากรที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคิด ฯลฯ

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล และทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ปัจจัยเสริมแรง หมายถึง รางวัลหรือผลตอบแทนหรือการได้รับการลงโทษ ภายหลังที่ได้แสดงพฤติกรรมต่างๆออกมา ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรม การเสริมแรงจะได้รับจากครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา

เมื่อได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ของกระบวนการสุขศึกษา ก็จะทราบว่า มีปัจจัยอะไรบ้างที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพได้พร้อมกัน จากนั้นก็ทำการวิเคราะห์ถึงแนวทางและกระบวนการที่จะใช้ในการสร้างปัจจัยหรือเปลี่ยนแปลงปัจจัยตามกระบวนการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงปัจจัยในแต่ละอย่างใช้กลวิธีที่แตกต่างกันออกไป บางกรณีอาจจำเป็นต้องใช้กลวิธีในรูปแบบต่างๆที่ผสมผสาน ดังนั้นการเลือกกลวิธีทางสุขศึกษาที่ดีและเหมาะสมที่จำเป็นตามแนวคิดการดำเนินงานสุขศึกษาดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 6 การวินิจฉัยทางการบริหาร

เป็นขบวนการบริหารจัดการโครงการด้านสุขภาพ วิเคราะห์ประเมินปัญหาด้านการบริหารจัดการ ด้านงบประมาณและปัจจัยต่างๆที่จะมีผลกระทบต่อ การดำเนินโครงการ ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการบริหารนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปัจจัยต่างๆที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการให้เหลือน้อยที่สุดและเพื่อส่งเสริมให้โครงการประสบผลสำเร็จและมีผลกระทบในด้านดีให้มากที่สุด

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลการดำเนินงาน

การประเมินผลการดำเนินงานเป็นกระบวนการซึ่งแทรกอยู่ตามระยะต่างๆในกรอบแนวคิด PRECEDE FRAMEWORK และเป็นขั้นตอนของการดำเนินงานที่มีการผสมผสานอยู่ในการดำเนินงาน ตั้งแต่เริ่มวางแผนโดยกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของการประเมินในแต่ละขั้นตอนไว้ตั้งแต่แรกและต่อเนื่องนั้นคือการประเมินผลการดำเนินงานของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE FRAMEWORK เป็นการประเมินผลทุกระยะ

ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงสนใจประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของ Dracup และคณะ (Dracup et al., 2003) ถึงแม้แนวคิดนี้จะไม่เคยมีการนำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมแต่ได้มีการนำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งอื่นๆ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่กล่าวถึงการตัดสินใจของบุคคลในการมาโรงพยาบาล โดยมีการพิจารณาว่าบุคคลมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเหมาะสมหรือล่าช้า ซึ่งครอบคลุมระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นครั้งแรกจนกระทั่งมารับการตรวจที่โรงพยาบาล เป็นช่วงเวลาที่เกิดจากการควบคุมของตัวผู้ป่วยเองที่จะมารับการตรวจเร็วหรือช้า (Patient delay) โดยพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมเริ่มเมื่อมีการรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นบริเวณเต้านม ก่อนตัดสินใจในการจัดการปัญหาเมื่อรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา ประกอบด้วย สิ่งกระตุ้นภายในและสิ่งแวดล้อม (Internal and Environmental stimuli) ด้านการรับรู้ (Cognitive representation) ด้านอารมณ์ (Emotional representation) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

4. ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

4.1 อายุ

4.1.1 ความหมาย

อายุ หมายถึง เวลาที่ดำรงชีวิตอยู่ เวลาชั่วชีวิต ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดหรือมีมาจนถึงเวลาที่กล่าวถึง ระยะเวลาที่กำหนดไว้ เช่น อายุใบอนุญาต ยานี้หมดอายุแล้ว ระยะเวลาที่กำหนดรู้ความยั่งยืนของสิ่งนั้นๆ เช่น อายุของหิน (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

อายุ หมายถึง ช่วงเวลาที่บุคคลมีชีวิตรอยู่โดยนับเป็นจำนวนปีเต็มปีบริบูรณ์ นับตั้งแต่วันที่เกิดจนถึงวันที่อ้างอิงตามปฏิทินสุริยคติ (สถิติทางการแพทย์ประเทศไทย, 2558)

ดังนั้น อายุ จึงหมายถึง เวลาที่บุคคลมีชีวิตอยู่โดยนับเป็นจำนวนปีเต็มปีบริบูรณ์ ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดหรือมีมาจนถึงเวลาที่กล่าวถึง

4.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

อายุเป็นสิ่งที่กระตุ้นภายใน (Internal stimuli) อยู่ในส่วนของลักษณะส่วนบุคคลที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาล (Dracup et al., 2006) อายุมีผลต่อพัฒนาการทางด้านความคิดความเข้าใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ของบุคคล (ศิริกาญจน์ ลอยเมฆ, 2550) ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุเชื่อว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นบริเวณเต้านมเกิดจากการสูงวัยและเป็นการเปลี่ยนแปลงโดยธรรมชาติ หลังจากหมดประจำเดือน แทนที่จะมองว่าเป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็งเต้านม (Zhang et al., 2019) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะมีแนวโน้มมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลนานขึ้น จากการศึกษาของ Chen และคณะ (2015) ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความล่าช้าหรือปฏิเสธการรักษาในปี 2004-2010 จำนวน 35,095 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะมีความล่าช้าหรือปฏิเสธการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยอายุ ≥ 75 ปี (OR = 1.40, 95% CI:1.11–1.79; $p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ (2019) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 283 คน พบว่า อายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (OR = 1.028, 95% CI:1.000–1.058) ฉะนั้นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุน้อย จึงมีแนวโน้มที่จะมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกสั้นกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก

4.1.3 การประเมินอายุ

ประเมินโดยแบบสอบถามส่วนบุคคล ระบุตัวเลขเต็มจำนวนที่มีหน่วยเป็นปี โดยกำหนดอายุของกลุ่มตัวอย่าง คือ 18 ปีขึ้นไป

4.2 ฐานะทางเศรษฐกิจ

4.2.1 ความหมาย

ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง สถานทางการเงินของครอบครัว ประเมินจากรายได้หลักของครัวเรือน เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในครัวเรือนในแต่ละเดือน (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550)

ดังนั้นฐานะทางเศรษฐกิจ จึงหมายถึง สถานทางการเงินของครอบครัวผู้ป่วยที่ประเมินจากรายได้หลักของครัวเรือน เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในครัวเรือนในแต่ละเดือน โดยแบ่งเป็น ไม่พอใช้และต้องกู้ยืม ไม่พอใช้แต่ไม่ต้องกู้ยืม เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ เพียงพอและเหลือเก็บ

4.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาล เพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal stimuli) อยู่ในส่วนของลักษณะส่วนบุคคลที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาล (Dracup et al., 2006) ผู้ป่วยที่มีระดับรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีจะมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น จากการศึกษาของ Chen และคณะ (2015) ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความล่าช้าหรือปฏิเสธการรักษาในปี 2004-2010 จำนวน 35,095 คน พบว่า ปัจจัยสำคัญของการปฏิเสธการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือ ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวหรืองานยุ่ง คิดเป็นร้อยละ 22.22 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าหรือการปฏิเสธการรักษา (HR = 2.98, 95% CI: 1.24–7.18) สอดคล้องกับการศึกษาของ Agbeko และคณะ (2020) ศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 และระยะที่ 4 จำนวน 15 คน พบว่า ความพร้อมทางการเงินที่จะใช้จ่ายสำหรับการตรวจวินิจฉัยและการรักษามือถือพลต่อเวลาที่ใช้ในการแสวงหาการรักษา ฉะนั้นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จึงมีแนวโน้มที่จะมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกสั้น

4.2.3 การประเมินฐานะทางเศรษฐกิจ

ประเมินฐานะทางเศรษฐกิจได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่พอใช้ พอใช้ เพียงพอเหลือเก็บ

4.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

4.3.1 ความหมาย

ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ เช่น ความรู้เรื่องประวัติศาสตร์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติ เช่น ความรู้เรื่องสุขภาพ ความรู้เรื่องนิทานพื้นบ้าน (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านม สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งเต้านม อาการของโรคมะเร็งเต้านม การวินิจฉัยก่อนที่เต้านม การป้องกันและการรักษาโรคมะเร็งเต้านม (สุรกิจ พรชัย, 2561)

ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม จึงหมายถึง ความเข้าใจ ความนึกคิด การรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านมที่เกิดขึ้น รวมถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรักษาโรคมะเร็งเต้านม และผลกระทบของโรคมะเร็งเต้านม ที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรับรู้จากประสบการณ์ ความรู้ เจตคติ และความเชื่อ

4.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรก

ความรู้เป็นสิ่งกระตุ้นด้านการรับรู้ (Cognitive representation) ถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่มีความรุนแรงต้องได้รับการรักษา รวมถึงผลที่อาจเกิดขึ้น มีการประเมินอาการที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิดขึ้น ซึ่งมีอิทธิพลมาจากความรู้ เจตคติ และความเชื่อของบุคคล ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นคุกคามต่อชีวิต บุคคลนั้นจะเกิดการตัดสินใจมาโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษา แต่ถ้านักวิจัยรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่สำคัญ บุคคลนั้นก็จะดูแลรักษาตนเองไม่มาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา (Dracup et al., 2006) ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมากจะมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น จากการศึกษาของ สุรกิจ พรชัย (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารักษาพยาบาลเร็วของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม จำนวน 128 คน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมารักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมมากมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมมารักษาพยาบาลเร็วเป็นสัดส่วนร้อยละ 32.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ (2019) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 283 คน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอาการของมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (OR = 0.72, 95% CI:0.64–0.80) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tesfaw และคณะ (2020) ศึกษาปัจจัยสนับสนุนและความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 371 คน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่รู้หนังสือมีแนวโน้มที่จะมีความล่าช้าประมาณ 3.8 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (AOR=3.8, 95% CI=1.71–8.64) สอดคล้องกับการศึกษาของ Barros และคณะ (2020) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 444 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาสเกิดความล่าช้าน้อยกว่า (OR = 0.95, 95% CI: 0.91-0.99) ฉะนั้นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมาก จึงมีแนวโน้มที่จะมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกสั้น

4.3.3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

1) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้แก่ มะเร็งเต้านมและชนิดของมะเร็งเต้านม อาการของโรคมะเร็งเต้านม สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ระยะของโรค การวินิจฉัยและการรักษามะเร็งเต้านม การป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

ของ พัชยา ภัคจีรสกุล (2559) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ข้อคำถามที่เป็นข้อคำถามเชิงบวก 7 ข้อ ได้แก่ 3,4,5,7,9,10,11 ข้อคำถามที่เป็นข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ ได้แก่ 1,2,6,8,12,13,14,15 และลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ (Check list) มีคำตอบ 2 ข้อ คือ ใช่ และไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คำถามเชิงบวก ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (0 คะแนน) คำถามเชิงลบ ใช่ (0 คะแนน) ไม่ใช่ (1 คะแนน) โดยมีคะแนนรวม 0-15 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ คะแนนสูง หมายถึง ความรู้ระดับสูง แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับต่ำ (0-8 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) และความรู้ระดับสูง (12-15 คะแนน) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.76 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.92

2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ของ สุรภิจ พรชัย (2562) มีจำนวน 12 ข้อ ให้เลือกตอบถูก ผิด และไม่ทราบ โดยแต่ละข้อมีช่วงคะแนน 0-1 คะแนน ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบจะได้ 0 คะแนน โดยคะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 0-12 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมน้อย แบ่งระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม ดังนี้ มีความรู้ระดับสูง (10-12 คะแนน) มีความรู้ระดับปานกลาง (7-9 คะแนน) มีความรู้ระดับต่ำ (0-6 คะแนน) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78 ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1

3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของ สิริสุข บุรณะเรืองโรจน์ (2559) ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม แบบให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่นแน่ใจและไม่ทราบ ทั้งนี้ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องในแต่ละข้อ คำถามจะได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ดังนั้น คะแนนเต็มจึงเท่ากับ 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน ≤ 12 แสดงว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรค และวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง คะแนนตั้งแต่ 13 – 15 แสดงว่า มีความรู้ปานกลางเกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง และคะแนน ≥ 16 แสดงว่า มีความรู้มากเกี่ยวกับโรคและวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (Kuder-Richardson: KR-20) เท่ากับ 0.70

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความรู้ของ สุรภิจ พรชัย (2562) มาประยุกต์ใช้ เนื่องจากข้อคำถามมีความครอบคลุมในเรื่องอุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง อาการของโรคมะเร็งเต้านม และการรักษาโรคมะเร็งเต้านม โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบถูก ผิด และไม่ทราบ ผู้วิจัยเห็นว่าแบบสอบถามนี้สามารถวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมได้ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของงานวิจัยครั้งนี้ และผู้วิจัยจะปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

4.4 ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา

4.4.1 ความหมาย

ความกลัว หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายประสพสิ่งที่ไม่ดีแก่ตัว หรือความรู้สึกหวาดกลัวเพราะคาดว่าจะประสพภัย (พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

ความกลัว หมายถึง การตอบสนองตามปกติต่อสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ที่มาคุกคาม เป็นการปรับตัวของแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์ที่อาจเป็นอันตรายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความกลัวที่รุนแรงเป็นพื้นฐานที่ก่อให้เกิดความกังวลได้ (Wener & Kerig, 2000)

ความกลัว เป็นอารมณ์ทั่วไปที่มีความสำคัญต่อมนุษย์เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เราคิดว่าจะทำร้ายหรือคุกคามต่อร่างกายหรือจิตใจของเรา (สุธีรา นิมิตรนิวัฒน์, 2555)

ความกลัว เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่รับรู้มาว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อตนเอง (ประนอม พรหมแดง, 2556)

ดังนั้น ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา จึงหมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการมีอาการผิดปกติที่เต้านม เช่น คลำพบก้อน เต้านมมีรูปร่างผิดปกติ บวมลง ผิวหนังบริเวณเต้านมบวม แดง มีลักษณะคล้ายผิวส้ม มีเลือดหรือน้ำเหลืองซึมออกมาทางหัวนม ซึ่งอาการเหล่านี้หากมาตรวจที่โรงพยาบาลก็จะทำให้ทราบว่าเป็นมะเร็ง ซึ่งต้องได้รับการรักษาที่หนักแล้ว เช่น ผ่าตัดเต้านมออก การฉายแสง ให้อาเคมีบำบัด ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผอมลง

4.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา กับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรก

ความกลัวเป็นสิ่งกระตุ้นด้านอารมณ์ (Emotional representation) เป็นความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น กลัวว่าอาการดังกล่าวจะเป็นโรคมะเร็ง กลัวการวินิจฉัยและการรักษา ซึ่งความกลัวเหล่านี้มีอิทธิพลมาจากการรับรู้ของบุคคลในการควบคุมภาวะคุกคามสุขภาพ (Dracup et al., 2006) ผู้ป่วยที่มีความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งเต้านมน้อย ถ้าเผชิญกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นจะมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น จากการศึกษาของ Maghous และคณะ (2016) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม จำนวน 137 คน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมเกิดจากตัวผู้ป่วย ร้อยละ 70.1 สาเหตุของความล่าช้า คือ กลัวการวินิจฉัยโรคมะเร็งและการรักษา ร้อยละ 11.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวลักษณ์ วงศ์จรโรงศิล (2562) ศึกษาสาเหตุของการเข้ารับการรักษาล่าช้าในสตรีไทยที่เป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 60 คน พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า ส่วนใหญ่ระบุว่าเกิดจากตนเอง ร้อยละ 83.8 โดยเหตุผลที่มารับการรักษาล่าช้าเนื่องจากกลัวการรักษา ร้อยละ 38.3 (ผู้ป่วยระบุว่ากลัวการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กลัวผ่าตัดเต้านมออก และกลัวทั้งการผ่าตัด เคมีบำบัดและการฉายรังสี) สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Nguyen (2021) ศึกษาความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษามะเร็งเต้านมในสตรีเวียดนาม จำนวน 462 คน พบว่า ความล่าช้าปานกลางมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอุปสรรคทางด้านจิตใจ ซึ่งรวมถึงความลำบากใจหรือความกลัวเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย และความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ (OR = 5.55; 95% CI: 1.75–17.57) ฉะนั้นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งเต้านมน้อย กล้าเผชิญกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นจึงมีแนวโน้มที่จะมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกสั้น

4.4.3 แบบประเมินความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา

1) แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สร้างโดย กนกวรรณ บุญสังข์ (2552) เป็นแบบสัมภาษณ์ให้เลือกตอบตามความรู้สึกของผู้ป่วย ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ใช้มาตราวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ คือ ไม่กลัว (0 คะแนน) กลัวเล็กน้อย (1 คะแนน) กลัวปานกลาง (2 คะแนน) กลัวมาก (3 คะแนน) โดยคะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 0- 30 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักน้อย แบ่งระดับความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ กลัวน้อย คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เท่ากับ 1.0-1.4 คะแนน กลัวปานกลาง คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เท่ากับ 1.5-2.4 คะแนน กลัวมาก คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เท่ากับ 2.5-3.0 คะแนน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85

2) แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง สร้างโดย Simard and Savard (2009) แปลเป็นภาษาไทยโดย อภินันท์ จันทะไทย และคณะ (2561) ใช้ประเมินความกลัวการกลับเป็นซ้ำในด้านความรุนแรง ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด (4 คะแนน) มาก (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) ไม่มีเลย (0 คะแนน) โดยคะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 0- 36 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำระดับสูง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90

3) แบบสอบถามความกลัวเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค พัฒนาโดย Mehnert และคณะ (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย ดารา วงษ์กวน และคณะ (2560) จำนวน 12 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เคย (1 คะแนน) นานๆครั้ง

(2 คะแนน) เป็นบางครั้ง (3 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) เป็นประจำ (5 คะแนน) โดยคะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 12-60 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ความกลัวมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง ความกลัวน้อย เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนจะแปลจากคะแนนเฉลี่ยของความกลัวแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความกลัวระดับน้อย (12-15 คะแนน) ความกลัวระดับปานกลาง (16-36 คะแนน) ความกลัวระดับมาก (37-60 คะแนน) ได้ค่า I-CVI เท่ากับ 0.86 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.80

4) แบบสอบถามความกลัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สร้างโดย เอี่ยมเดือน นิลพฤกษ์ (2559) จำนวน 11 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ไม่มีเลย/ไม่รู้สึกลัวเลย (1 คะแนน) มีบ้าง/รู้สึกกลัวเล็กน้อย (2 คะแนน) มีปานกลาง/รู้สึกกลัวปานกลาง (3 คะแนน) มีมาก/รู้สึกกลัวมาก (4 คะแนน) มีมากที่สุด/รู้สึกกลัวมากที่สุด (5 คะแนน) โดยคะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 11-55 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความกลัวระดับสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความกลัวระดับต่ำ แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความกลัวต่ำ (คะแนนเฉลี่ยรวม 11-25.6 คะแนน) ความกลัวปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยรวม >25.6-40.2 คะแนน) ความกลัวสูง (คะแนนเฉลี่ยรวม >40.2-55 คะแนน) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.81 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามความกลัวของ Mehnert และคณะ (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย ดารา วงษ์กวน และคณะ (2560) เนื่องจากครอบคลุมความกลัวการดำเนินโรคที่มากขึ้น ความกลัวการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ ความกลัวความเจ็บปวด ความกลัวเกี่ยวกับครอบครัว ความกลัวผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ไม่เคย นานๆครั้ง เป็นบางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ผู้วิจัยเห็นว่าแบบสอบถามนี้สามารถประเมินความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ เนื่องจากมีความแตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม และปรับสำนวนภาษาในข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี

4.5 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

4.5.1 ความหมาย

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ มีบุคคลเห็นคุณค่าและยกย่อง ทำให้รู้สึกมีคุณค่าและเห็นคุณค่าในตนเอง มองตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotion support) คือ การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับและเห็นคุณค่า มีความสัมพันธ์อันใกล้ชิดและมีความรักใคร่ผูกพัน ไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2) การสนับสนุนด้านการให้การยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นการช่วยเหลือให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3) การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social support or network) คือ การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือสมาชิกในสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่ามีผู้ให้ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนข้อมูลป้อนกลับ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และประเมินตนเอง ซึ่งสามารถแบ่งการสนับสนุนทางสังคมได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการ เป็นบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติไม่เกี่ยวกับบทบาทการทำงาน ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ เป็นบุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ซึ่งมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง เช่น แพทย์ พยาบาลหรือทีมสุขภาพ เป็นต้น โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotion support) เป็นการแสดงออกถึงการยอมรับ ยกย่อง เห็นคุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ชี้แนวทางและการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การใช้เวลา แรงงาน เงิน และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

Jacobson (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีความเกี่ยวข้องกับการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัสดุสิ่งของและความรู้ความเข้าใจ ทำให้บุคคลมีกำลังใจในการจัดการกับปัญหาและรับรู้ว่าคุณค่า แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotion support) คือ การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนกำลังใจ ความเอาใจใส่ ทำให้มีความนับถือ เชื่อมมั่นในการดูแลตนเอง

2) การสนับสนุนด้านการรับรู้ (cognitive support) คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำและการช่วยเหลือต่างๆ เพื่อช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจต่อสิ่งรอบข้างและ ช่วยในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ

3) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ (materials support) คือ การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านสิ่งของ แรงงานและบริการต่างๆ เพื่อช่วยให้บุคคลจัดการกับปัญหาได้

ดังนั้น การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จึงหมายถึง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีความเกี่ยวข้องกับการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านข้อมูลข่าวสารในเรื่องการได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ หรือบุคคลรอบข้าง โดยประเมินได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

4.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรก

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (Environmental stimuli) ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาและตัดสินใจในการมาโรงพยาบาล ได้แก่ การได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ บุคคลรอบข้าง หรือสื่อต่างๆ (Dracup et al., 2006) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการชักจูงให้ผู้ป่วยมารับการตรวจที่โรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากจึงมีแนวโน้มจะมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น จากการศึกษาของ Pedersen และคณะ (2011) ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในปี 2004-2005 จำนวน 910 คน พบว่า การเพิ่มระดับของการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดโอกาสความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็ง (patient delay) ในการรับการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Odongo และคณะ (2015) ศึกษาความล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 162 คน พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (OR = 7.1, 95% CI 2.4-21.5, p = 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ (2019) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 283 คน พบว่า

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนน้อยมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (OR = 0.911, 95%CI:0.847–0.981) ฉะนั้นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จึงมีแนวโน้มที่จะมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกสั้น

4.5.3 แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

1) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ของ พรพิมล โสฬสกุลกลางกูร (2560) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ของ ประภัสสร ใจศิริ (2553) เป็นแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ของและเวลา ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินผล จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริง ไม่แน่ใจ เป็นจริงน้อย ไม่เป็นจริง เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เป็นจริงมากที่สุด (5 คะแนน) เป็นจริง (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) เป็นจริงน้อย (2 คะแนน) ไม่เป็นจริง (1 คะแนน) มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์มาก แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย (20-60 คะแนน) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก (61-100 คะแนน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.85 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .89

2) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Toljamo and Hentinen (2001) แปลเป็นภาษาไทยโดย สิริรัตน์ ติลาจรัสและพิสมัย อรทัย (2554) จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .88

3) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ของ ประนอม พรหมแดง ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ Norbeck (1981) แปลเป็นภาษาไทยโดย Phumonsakul (2000) จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ 4 ข้อ ด้านสิ่งของ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ ไม่เลย (0 คะแนน) ถึง มากที่สุด (4 คะแนน) และอีก 2 ข้อเป็นระยะเวลาที่รู้จักกับบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางสังคมและความบ่อยที่มีการติดต่อสื่อสารกัน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ ติดต่อกันปีละครั้ง (1 คะแนน) ถึง ติดต่อกันทุกวัน (5 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับน้อย (0-8 คะแนน) ระดับปานกลาง (9-17 คะแนน) ระดับมาก (18-24 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .75

ในการศึกษาี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ของ พรพิมล โสฬสกุลกลางกูร (2560) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ของ ประภัสสร ใจศิริ (2553) เนื่องจากข้อคำถามมีความครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของและเวลา ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินผล โดยลักษณะคำถามเป็นแบบให้ เลือกตอบ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริง ไม่แน่ใจ เป็นจริงน้อย ไม่เป็นจริง โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง คำตอบเดียว ผู้วิจัยเห็นว่าแบบสอบถามนี้สามารถประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมได้ เนื่องจากมีความแตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงปรับสำนวนภาษาในข้อคำถาม ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้

5. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็น โรคมะเร็งเต้านม

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในงานบริการสุขภาพทุกระดับ เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันสุขภาพ และการดูแลรักษาสุขภาพ บทบาทพยาบาลในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่ มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลที่เร็วขึ้น และได้รับการตรวจ รักษาตั้งแต่โรคอยู่ในระยะเริ่มต้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมกับระยะของโรคและ ชะลอการลุกลามของโรค เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและการพยากรณ์โรคที่ดีขึ้น ตามแนวทางการ ดำเนินงานการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิต วิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลมีบทบาทเด่นที่สำคัญ ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้ และผู้ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพ (Health Educator) บทบาทการเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ (Health Care Provider) บทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) บทบาทการเป็นผู้ประสานงาน (Coordinator) (สุภา สุรเศรษฐวงค์ และพัชระกรพจน์ ศรีประสาร, 2560)

5.1 บทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้ และผู้ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพ (Health Educator)

พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้และสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมในเรื่องอาการและ อาการแสดง สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ภาวะคุกคาม ของโรคมะเร็งเต้านม แนวทางการรักษา และการพยากรณ์โรค รวมถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งโรคเต้านมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และตัดสินใจมารับการตรวจที่ โรงพยาบาลเมื่อพบอาการผิดปกติของโรคมะเร็งเต้านมได้เร็วขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้สามารถตรวจพบ โรคมะเร็งเต้านมได้ในระยะแรก มีโอกาสในการรักษาให้หายได้มากขึ้น มีการจัดการสอนแก่สตรีในเชิง รุกเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงได้มากขึ้น โดยใช้ขั้นตอนการสอนแนะ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ประเมิน ความพร้อม ขั้นที่ 2 สอนแนะสู่เป้าหมาย และขั้นที่ 3 การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้มีการวิเคราะห์จุดอ่อน และจุดแข็ง ของแต่ละคนซึ่งมีความต้องการพัฒนาที่แตกต่างกัน มีการ

พัฒนาความรู้ความเข้าใจให้เกิดความมั่นใจ มีการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุง กระบวนการเรียนรู้และตัดสินใจมารับการตรวจโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสม โดยมีพยาบาลเป็นผู้สอน แนะนำให้การช่วยเหลือ ชี้แนะ ให้คำแนะนำ เสริมแรง ให้กำลังใจและให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ในสตรีให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม (ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, 2564)

5.2 บทบาทการเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ (Health Care Provider)

การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านม และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน ได้รับความปลอดภัย ซึ่งพยาบาลจะต้องให้บริการแบบผสมผสานโดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยต้องคำนึงถึงหลักในการให้บริการสุขภาพครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ภายใต้บริบทของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย (สุภา สุรเศรษฐวงค์ และพัชระกรพจน์ ศรีประสาร, 2560) และนำกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ประกอบด้วย 1) การเก็บรวบรวมข้อมูล 2) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล มาเป็นพื้นฐานในการให้บริการผู้ป่วยและครอบครัว (พัทลิสมา ภัทรธีรานนท์ และคณะ, 2564) เช่น การประเมินอาการและอาการแสดง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ความพร้อมด้านการเงิน การสนับสนุนจากครอบครัว และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการตรวจที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้สตรีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลที่เหมาะสมและไม่ล่าช้า

5.3 บทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor)

เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการมองปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การดำเนินชีวิตประจำวัน และสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย รวมถึงการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับผลการตรวจมะเร็งเต้านม แนวทางการรักษา การวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเฉพาะราย การให้คำปรึกษาจะต้องอยู่บนพื้นฐานของความรู้และประสบการณ์ ความเชื่อมั่นที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้พ้นจากสภาพความทุกข์ หรือสภาวะที่คับข้องทางจิตใจกับการจัดการปัญหาของตนเองหรือบุคคลรอบข้าง อาจมีผลสืบเนื่องมาจากสภาวะของโรค กระบวนการรักษาพยาบาล รวมไปถึงสภาพสังคมที่ต้องเผชิญอยู่ในขณะนั้น ซึ่งคุณสมบัติของพยาบาลในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี (สุภา สุรเศรษฐวงค์ และพัชระกรพจน์ ศรีประสาร, 2560) คือ

- 1) รู้จักรูปแบบและลักษณะการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) มีความหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวประสบผลสำเร็จภายหลังจากการให้คำปรึกษา
- 3) ใช้เวลาในการให้บริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเพียงพอในการให้คำปรึกษา

4) รู้จักแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกองค์กรที่จะสามารถประสานหรือเอื้อประโยชน์เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวร้องขอ

5) เคารพในความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัว

6) ต้องรู้ว่าเมื่อไหร่ควรยุติการให้คำปรึกษา

5.4 บทบาทการเป็นผู้ประสานงาน (Coordinator)

การประสานงานถือเป็นอีกบทบาทที่สำคัญของพยาบาล เพื่อส่งต่อแผนการรักษาพยาบาลไปยังบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เป็นการประสานงานในระดับหน่วยงานภายในโรงพยาบาล หรือระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มักจะเกี่ยวข้องกับเรื่องสิทธิการรักษา จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลต้องมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีความสามารถในการต่อรอง รวมไปถึงการร้องขอความช่วยเหลือโดยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานผลประโยชน์ให้เกิดกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจมะเร็งเต้านม ซึ่งเป้าหมายของการประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ได้รับความสะดวกสบายและเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น (พัทลิสมา ภัทรธีรานนท์ และคณะ, 2564)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยในประเทศไทย

นภนิศ รัตนภาสุร (2550) ศึกษาความล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการ ณ ศูนย์มะเร็งภาคกลาง จำนวน 256 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะยังไม่มาพบแพทย์ในทันทีภายหลังจากค้นพบอาการผิดปกติของเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 42 รอดูและสังเกตอาการตนเอง ร้อยละ 39 ปรึกษาบุคคลอื่นก่อนมาพบแพทย์ มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่มาพบแพทย์ทันทีหลังจากพบอาการ ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษา ได้แก่ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ การรับรู้ภาวะคุกคามของมะเร็งเต้านม การแสวงหาการรักษา และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา

พงศกร ศรีจันทร์ (2555) ศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาล่าช้าต่อระยะของโรค จากฐานข้อมูลมะเร็งเต้านมโรงพยาบาลสุรินทร์ ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย 108 ราย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาล่าช้า ร้อยละ 29.6 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการมากกว่า 12 สัปดาห์ จะพบโรคอยู่ในระยะลุกลามหรือแพร่กระจายถึงร้อยละ 59.4 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มารับการรักษาระยะเวลาน้อยกว่า 12 สัปดาห์ จะพบโรคอยู่ในระยะลุกลามหรือแพร่กระจายเพียงร้อยละ 26.3

ศราพรรณ ชูโสด (2559) ศึกษารูปแบบการอธิบายความเจ็บป่วยและระยะเวลาในการแสวงหาการรักษาของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม ที่อยู่ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสองแห่งในภาคใต้ จำนวน 60 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการแสวงหาการรักษามะเร็งเต้านมเฉลี่ย 77 วัน การอธิบายความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการแสวงหาการรักษา มากกว่า 90 วัน มีความแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการแสวงหาการรักษาน้อยกว่า 90 วัน

สุรกิจ พรชัย (2562) ศึกษาพฤติกรรมการมาพบแพทย์เร็วของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 128 คน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 โดยความรู้ที่เพิ่มขึ้นจะลดโอกาสการมีพฤติกรรมการมาพบแพทย์เร็ว สิ่งชักนำให้มาพบแพทย์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.034 โดยสิ่งชักนำให้มาพบแพทย์ที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มโอกาสพฤติกรรมการมาพบแพทย์เร็วของผู้ป่วย

สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิล และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์ (2562) ศึกษาสาเหตุของการเข้ารับการรักษาล่าช้าในสตรีไทยที่เป็นมะเร็งเต้านม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 60 คน พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า ส่วนใหญ่ระบุว่าเกิดจากตนเองร้อยละ 83.8 โดยเหตุผลที่มารับการรักษาล่าช้าเนื่องจาก กลัวการรักษา ร้อยละ 38.3 (ผู้ป่วยระบุว่ากลัวการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กลัวผ่าตัดเต้านมออก และกลัวทั้งการผ่าตัด เคมีบำบัดและการฉายรังสี) ไม่ใส่ใจกับโรคที่เป็น ร้อยละ 26.7 คิดว่าโรคนั้นจะดีขึ้นและไม่มีความรู้ ร้อยละ 18.3 สำหรับระยะเวลาตั้งแต่มีอาการถึงมารับการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลา มากกว่า 3 เดือน ถึง 6 เดือน ร้อยละ 30 และมากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี ร้อยละ 31.7 มากกว่า 1 ปีถึง 2 ปี ร้อยละ 26.7 โดยเฉลี่ยแล้วระยะเวลาที่มารับการรักษาล่าช้าประมาณ 15.62 เดือน

6.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Arndt (2002) ศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษากับระยะของโรคในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 280 คน พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนถึงมาปรึกษาแพทย์ครั้งแรกมีค่ามัธยฐาน (median) ของระยะเวลาเท่ากับ 16 วัน และมีผู้ป่วยร้อยละ 17.4 มีระยะเวลารอนานกว่า 3 เดือน ก่อนที่จะเข้ารับคำปรึกษาจากแพทย์ และการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมอยู่ในระยะสุดท้ายพบในผู้ป่วยที่มาปรึกษาแพทย์ล่าช้ามากกว่า 3 เดือน มากกว่าในผู้ป่วยที่มาปรึกษาแพทย์ภายใน 1 เดือนหลังจากเริ่มมีอาการ

Harirchi (2005) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม จำนวน 200 คน พบว่า การขาดความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Patient delay)

Pedersen (2011) ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในปี 2004-2005 จำนวน 910 คน พบว่า การเพิ่มระดับของการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดโอกาสความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็ง (patient delay) ในการรับการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Smith (2013) ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว จำนวน 8860 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีระยะเวลาการรักษาล่าช้ามากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง และผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีอัตราการรอดชีวิตที่สั้นกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง (HR, 1.66; 95% CI, 1.25-2.20 และ HR, 1.31; 95% CI, 1.05-1.64 ตามลำดับ)

Chen (2015) ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความล่าช้าหรือปฏิเสธการรักษาในปี 2004-2010 จำนวน 35,095 คน พบว่า อัตราการรอดชีวิตระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาล่าช้าหรือปฏิเสธการรักษากับผู้ที่ได้รับการรักษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปัจจัยสำคัญของการปฏิเสธการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ ความกลัวการผ่าตัด กลัวการตอบสนองต่อการรักษาที่ไม่ดีและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีหลังการรักษา ร้อยละ 33.33 กลัวผลกระทบของเคมีบำบัดหรือการฉายแสง กลัวการเปลี่ยนแปลงหลังการรักษา ภาวะครอบครัวที่เพิ่มขึ้นและความกลัวผู้อื่นรู้ว่า เป็นโรค ร้อยละ 11.11 ภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัวหรืองานยุ่ง คิดเป็นร้อยละ 22.22 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าหรือการปฏิเสธการรักษา (HR = 2.98, 95% CI: 1.24–7.18) และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะมีความล่าช้าหรือปฏิเสธการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยอายุ ≥ 75 ปี (OR = 1.40, 95% CI: 1.11–1.79; $p < 0.05$)

Odongo (2015) ศึกษาความล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 162 คน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่ได้รับการศึกษามีความล่าช้าของผู้ป่วยนานกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่ามัธยมศึกษา และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 7.1, 95% CI 2.4–21.5, $p = 0.001$)

Putri (2016) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 134 คน พบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ มิติด้านแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ มิติด้านความเป็นรูปธรรม มิติด้านการให้คุณค่าและมิติด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางบวก มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Maghous (2016) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม จำนวน 137 คน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมเกิดจากตัวผู้ป่วย ร้อยละ 70.1 และเหตุผลทางการแพทย์ ร้อยละ 13.9 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการวินิจฉัย เช่น ผู้ป่วยไม่มีอาการร้ายแรง ร้อยละ 55.9 ใช้การรักษาแบบแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 12.7 กลัวการวินิจฉัยโรคมะเร็งและการรักษา ร้อยละ 11.9

Lopes (2017) ศึกษาความล่าช้าในการวินิจฉัยและการรักษามะเร็งเต้านมในสตรีบราซิล จำนวน 82 คน พบว่า เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม คือ 102.5 ± 165.5 วัน ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการรักษา คือ ระดับการศึกษาต่ำ

Frie (2018) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 64 คน พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้ารับการรักษาครั้งแรกคือ 11.6 เดือน โดยมีค่ามัธยฐานคือ 4.8 เดือน

Ho (2019) ศึกษาผลกระทบของการรักษาที่ล่าช้าในสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 11,175 คน พบว่า การรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมแตกต่างกันไปตามระยะของโรค ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะไม่ลุกลามมีระยะเวลาการรอดชีวิตที่ 8.6 ปี ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่หนึ่งมีระยะเวลาการรอดชีวิตที่ 8.4 ปี ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่สองมีระยะเวลาการรอดชีวิตที่ 8 ปี ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่สามมีระยะเวลาการรอดชีวิตที่ 7.1 ปี ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่สี่มีระยะเวลาการรอดชีวิตที่ 2.3 ปี

Zhang (2019) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 283 คน พบว่า ความล่าช้าของผู้ป่วยคือ 0.2 ถึง 900 วัน โดยมีค่ามัธยฐานของผู้ป่วยที่ล่าช้าคือ 50 วัน ผู้ป่วยร้อยละ 35.8 รอานานมากกว่า 90 วันเพื่อเข้ารับการรักษาหลังจากเริ่มมีอาการ และปัจจัยทำนายความล่าช้าของผู้ป่วยคือ ความรู้เกี่ยวกับอาการมะเร็งเต้านม (OR = 0.716, 95% CI:0.637–0.804, $P = .000$), การสนับสนุนของครอบครัว (OR = 0.911, 95% CI:0.847–0.981, $P = .013$) และอายุ (OR = 1.028, 95% CI:1.000–1.058, $P = .049$)

Agbeko (2020) ศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 และระยะที่ 4 จำนวน 15 คน พบว่า ความพร้อมทางด้านการเงินที่จะใช้จ่ายสำหรับการตรวจวินิจฉัยและการรักษามีอิทธิพลต่อเวลาที่ใช้ในการแสวงหการรักษา

Tesfaw (2020) ศึกษาปัจจัยสนับสนุนและความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 371 คน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 75.7 มีความล่าช้านานมากกว่า 90 วัน โดยเวลาเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 8 เดือน และพบการวินิจฉัยของโรคอยู่ในระยะลุกลาม ร้อยละ 71.2 ผู้ป่วยที่มาจากถิ่นทุรกันดารมีแนวโน้มที่จะล่าช้ามากกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเมือง 3.7 เท่า และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่รู้หนังสือมีแนวโน้มที่จะมีความล่าช้าประมาณ 3.8 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (AOR=3.8, 95% CI=1.71–8.64)

Barros (2020) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 444 คน พบว่า ช่วงเวลาดังแต่เริ่มมีอาการหรืออาการแสดงของมะเร็งเต้านมกับการไปพบแพทย์ครั้งแรกอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1,857 วัน มีค่ามัธยฐาน 39 วัน โดยผู้ป่วยร้อยละ 34 มีระยะเวลาการไปพบแพทย์ครั้งแรกมากกว่า 90 วัน และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาสเกิดความล่าช้า น้อยกว่า (OR = 0.95, 95% CI: 0.91-0.99)

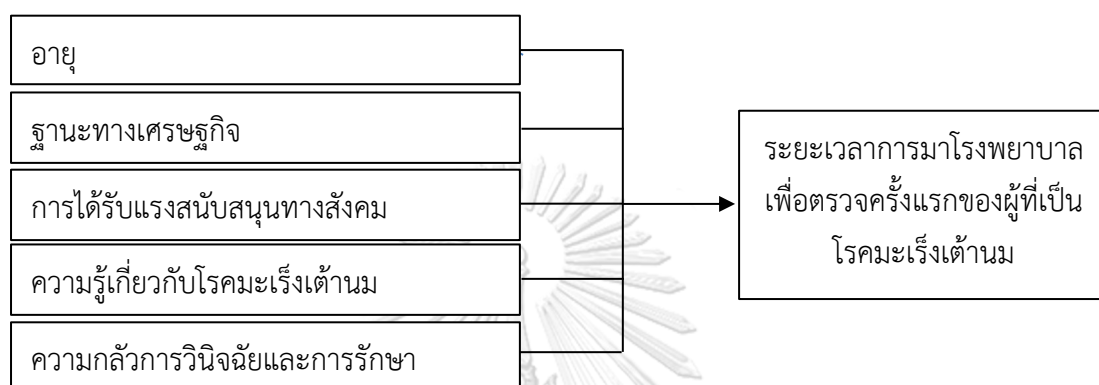
Elgoraish (2021) ศึกษาผลกระทบของความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่ออัตราการรอดชีวิต จำนวน 411 คน พบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาความล่าช้านานประมาณ 28.3 สัปดาห์ และความล่าช้าของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับมะเร็งระยะลุกลาม

Nguyen (2021) ศึกษาความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษามะเร็งเต้านมในสตรีเวียดนาม จำนวน 462 คน โดยแบ่งความล่าช้าดังนี้ ระยะเวลา น้อยกว่า 3 เดือน ไม่ล่าช้า ระยะเวลา 3-8 เดือน ล่าช้าปานกลาง และระยะเวลามากกว่า 9 เดือน ล่าช้าอย่างมาก พบว่า ความล่าช้าปานกลางมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอุปสรรคทางด้านจิตใจ ซึ่งรวมถึงความลำบากใจหรือความกลัวเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย และความยากลำบากในการเข้าถึงการนัดหมาย (OR = 5.55; 95% CI: 1.75–17.57)

โดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทยเพียง 3 เรื่อง (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550; สุรกิจ พรชัย, 2562; สุวลักษณ์ วงศ์จรรโลงศิลป์, 2562) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ ผู้วิจัยจึงทำการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า มีการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าในการรับการรักษาและระยะเวลาการมาโรงพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีแนวโน้มส่งผลต่อระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุและฐานะทางเศรษฐกิจ Chen (2015) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะมีความล่าช้าหรือปฏิเสธการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยอายุ ≥ 75 ปี และผู้ป่วยที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าหรือการปฏิเสธการรักษา ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม Zhang (2019) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอาการของมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา Nguyen (2021) พบว่า ความล่าช้าปานกลางมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอุปสรรคทางด้านจิตใจ ซึ่งรวมถึงความลำบากใจหรือความกลัวเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย และความยากลำบากในการเข้าถึงการนัดหมาย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม Odongo (2015) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ปัจจัยดังที่กล่าวข้างต้น คาดว่ามีแนวโน้มส่งผลต่อระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และยังไม่พบการศึกษาถึงระยะเวลาการมาโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทย และจากการพิจารณาถึงปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมของตัวผู้ป่วยเองที่จะมารับการตรวจเร็วหรือช้า (Patient delay) ซึ่งมีความสำคัญต่อระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจในครั้งแรกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังนั้นผู้วิจัย

จึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในระยะ Patient recognition and action phase และ Prehospital action phase ตามแนวคิดของ Dracup (2006) ซึ่งมุ่งเน้นปัจจัยที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตัดสินใจมารับการตรวจที่โรงพยาบาล ดังกรอบแนวคิดการวิจัยนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบพรรณนาเชิงทำนาย (Retrospective descriptive predictive study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระหว่าง อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ในเขตจังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมทุกระยะของโรคที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์จากแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมคลินิกเต้านม แผนกเคมีบำบัด จำนวน 41 คน และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จากแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม คลินิกเต้านม แผนกรังสีรักษา แผนกเคมีบำบัด จำนวน 69 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองโรงพยาบาล 110 คน เนื่องจากโรงพยาบาลทั้งสองแห่งนี้ให้บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทั้งที่ได้รับการวินิจฉัยจากในโรงพยาบาลเองและผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นในจังหวัดชลบุรีและภาคตะวันออก ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและมารับการรักษาจึงมีความหลากหลายสามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 10 ตุลาคม 2565 ถึง 8 พฤศจิกายน 2565 โดยมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป จนถึงอายุ 60 ปีบริบูรณ์
2. ผู้ป่วยสามารถจดจำวันแรกที่มีอาการผิดปกติที่เต้านมและวันแรกที่มาตรวจที่โรงพยาบาลได้
3. ระดับความรู้สึกรู้สึกตัวดีโดยประเมินจาก European Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance status อยู่ในระดับ 0-2
4. ผู้ป่วยที่มีอาการปวดต้องมีระดับความปวดน้อยกว่า 3 คะแนน
5. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้
6. ผู้ป่วยยินยอมและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
7. ผู้ป่วยไม่มีโรคมะเร็งอื่นร่วม

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น หายใจหอบเหนื่อย และไม่สามารถตอบแบบสอบถามต่อไปได้
2. ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแต่พบความผิดปกติจากการตรวจสุขภาพประจำปีหรือMammogram

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้โดยใช้ Program G* power กำหนดอำนาจทดสอบที่ 80% ขนาดอิทธิพลปานกลาง (Effect size) = 0.15 ระดับความเชื่อมั่น (α) = 0.05 (สุรกิจ พรชัย, 2561) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 92 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเก็บข้อมูลเพิ่ม 20% ดังนั้น จึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตจังหวัดชลบุรี โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยการคัดเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแห่งตามสัดส่วนของกลุ่มประชากรในอัตราส่วน 1:10 โดยพบว่า ในปี พ.ศ.2563 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ดังตาราง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์	467	41
โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี	774	69
รวม	1,241	110

โดยขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง เพื่อทราบตารางในการนัดหมายผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในแต่ละวัน และขอความอนุเคราะห์ในการศึกษาเวชระเบียนของผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยที่แผนกเคมีบำบัด คลินิกเต้านม แผนกรังสีรักษา และแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ในวันจันทร์ วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.00-15.00 น. ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน ดังนี้

2.1 ชักประวัติ ประเมินสภาพผู้ป่วย และตรวจสัญญาณชีพ

2.2 รับบัตรคิวเพื่อรอเข้าพบแพทย์

2.3 หลังพบแพทย์ติดต่อพยาบาลที่เคาน์เตอร์พยาบาลเพื่อรับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว และการรับนัดครั้งต่อไป

2.4 แผนกรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยใหม่จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษารวดเร็วของตนเองในระหว่างที่รับการฉายรังสีรักษา และหลังจากการรักษาเสร็จสิ้น

2.5 แผนกเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยใหม่จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษารวดเร็วของยาที่จะได้รับ การดูแลตนเองในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด และหลังจากการรักษาเสร็จสิ้น

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยที่แผนกเคมีบำบัด คลินิกเต้านม และแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ในวันอังคาร และวันพุธ ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน ดังนี้

3.1 ชักประวัติ ประเมินสภาพผู้ป่วย ตระจกสัญญาณชีพ และตรวจสอบความครบถ้วนของกิจกรรมในวันนัด เช่น การเจาะเลือด เอกซเรย์ เป็นต้น

3.2 รับบัตรคิวเพื่อรอเข้าพบแพทย์

3.3 หลังพบแพทย์ติดต่อพยาบาลที่เคาน์เตอร์พยาบาลเพื่อรับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว และการนัดครั้งต่อไป

3.4 แผนกเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยใหม่จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษารวดเร็วของยาที่จะได้รับ การดูแลตนเองในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด และหลังจากการรักษาเสร็จสิ้น

4. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวน 110 คน โดยคัดเลือกจากโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 41 คน และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จำนวน 69 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. แบบประเมิน Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance status เป็นแบบประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยมะเร็ง โดยประเมินเป็นคะแนน 0-4 ตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย ผู้ที่จะได้รับคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนนอยู่ในระดับ 0-2

2. แบบประเมินความปวด Numeric Rating Scale เป็นการให้ตัวเลขมาช่วยบอกระดับความรุนแรงของอาการปวด ประเมินเป็นคะแนน 0-10 โดยให้ผู้ป่วยบอกเป็นตัวเลขที่แสดงถึงความ

ปวดที่มีอยู่ในขณะนั้น ผู้ที่จะได้รับคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างต้องมีระดับความปวดน้อยกว่า 3 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ ระดับรายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวในแต่ละเดือน ลักษณะคำถามมีทั้งแบบเติมคำในช่องว่าง (Open-ended) และแบบเลือกตอบ (Checklist) โดยให้ผู้ที่ เป็นโรคมะเร็งเต้านมตอบข้อมูลที่เกี่ยวข้องด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกระยะเวลาการมาโรงพยาบาล เป็นแบบบันทึกช่วงเวลาที่ผู้ป่วยพบอาการผิดปกติเกิดขึ้นครั้งแรกและมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อาการผิดปกติที่สังเกตพบครั้งแรก ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) วันที่พบอาการผิดปกติครั้งแรก และวันที่ไปรับการตรวจครั้งแรกที่โรงพยาบาลหลังพบอาการผิดปกติ ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง (Open-ended) โดยคำนวณระยะเวลาเป็นจำนวนวัน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมของ สุรกิจ พรชัย (2561) โดยนำแบบสอบถามมาดัดแปลงให้เข้ากับแนวคิดและค่านิยมเชิงปฏิบัติการ มีจำนวน 12 ข้อ โดยคงข้อความเดิมไว้ 8 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 5, 7, 8, 10, 11 และ 12 ได้ปรับปรุงข้อความในบางข้อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างอีก 4 ข้อ คือ ข้อ 3, 4, 6 และ 9 เพื่อให้ครอบคลุมอาการและอาการแสดง อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การตรวจคัดกรอง การรักษาและผลกระทบของโรคมะเร็งเต้านม ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบถูก ผิด และไม่ทราบ ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบจะได้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมน้อย ในการศึกษาที่ผู้วิจัยแบ่งความรู้ออกเป็น 2 ระดับ คือ ความรู้ระดับน้อย และความรู้ระดับมาก โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977)

$$\text{ช่วงของคะแนน} = \frac{\text{คะแนนมากที่สุด} - \text{คะแนนน้อยสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

ความรู้ระดับน้อย	หมายถึง	ช่วงคะแนน 0-6 คะแนน
ความรู้ระดับมาก	หมายถึง	ช่วงคะแนน 7-12 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความกลัวเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค ของ Mehnert และคณะ (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย ดารา วงษ์กวน และคณะ (2560) โดยนำแบบสอบถามมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งประกอบด้วยความกลัว 2 มิติ คือ กลัวการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและกลัวการรักษา ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แบบสอบถามให้เลือกตอบตามความรู้สึกของผู้ป่วย ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง เป็นบางครั้ง นานๆครั้ง ไม่เคย มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เป็นประจำ	มีค่าคะแนนเท่ากับ	5
บ่อยครั้ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	4
เป็นบางครั้ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3
นานๆครั้ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2
ไม่เคย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1

การแปลผลคะแนนความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา มีคะแนนอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความกลัวมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความกลัวน้อย ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยแบ่งความกลัวออกเป็น 2 ระดับ คือ ความกลัวระดับน้อย และความกลัวระดับมาก โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977)

$$\text{ช่วงของคะแนน} = \frac{\text{คะแนนมากที่สุด} - \text{คะแนนน้อยสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

ความกลัวระดับน้อย	หมายถึง	ช่วงคะแนน 12-36 คะแนน
ความกลัวระดับมาก	หมายถึง	ช่วงคะแนน 37-60 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ของ ประภัสสร ใจศิริ (2553) ที่สร้างขึ้นโดยใช้การประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ของและเวลา ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินผล งานวิจัยนี้ใช้ฉบับปรับปรุงโดย พรพิมล โสฬสกลางกูร (2560) ที่มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ได้คัดเลือกข้อคำถามเหลือจำนวน 18 ข้อ แล้วนำแบบสอบถามมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม โดยคงข้อคำถามไว้ 14 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17 และ 18 ได้ปรับปรุงข้อความในบางข้อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างอีก 4 ข้อ คือ ข้อ 6, 10, 12 และ 16 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริง ไม่แน่ใจ เป็นจริงน้อย ไม่เป็นจริง มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	มีค่าคะแนนเท่ากับ	5
เป็นจริง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	4
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนนเท่ากับ	3
เป็นจริงน้อย	มีค่าคะแนนเท่ากับ	2
ไม่เป็นจริง	มีค่าคะแนนเท่ากับ	1

การแปลผลคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนอยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์มาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์น้อย ในการศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ระดับ คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977)

$$\text{ช่วงของคะแนน} = \frac{\text{คะแนนมากที่สุด} - \text{คะแนนน้อยสุด}}{\text{จำนวนระดับ}}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย	หมายถึง	ช่วงคะแนน 18 - 54 คะแนน
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก	หมายถึง	ช่วงคะแนน 55 - 90 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา ระดับมาตรฐาน และแก้ไขให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม 2 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม 2 คน โดยระดับการแสดงความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมี 4 ระดับ ซึ่งแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย
- 2 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องน้อย ต้องพิจารณาทบทวนและปรับปรุงคำถามอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย
- 3 หมายถึง คำถามค่อนข้างสอดคล้อง ควรพิจารณาทบทวนและปรับปรุงคำถามเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความในการวิจัย
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับความคิดเห็น 2 และ 3 ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและคงข้อคำถามไว้ให้มากที่สุด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้เพิ่มระดับรายได้ต่อเดือนของครอบครัวเป็นตัวเลข ผู้วิจัยได้ทำการปรับแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลตามข้อเสนอแนะ ดังนี้ เพิ่มระดับรายได้ของครอบครัวเป็นตัวเลข โดยแบ่งเป็นระดับ คือ ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน, 10,001-15,000 บาท/เดือน, 15,001-20,000 บาท/เดือน, 20,001-25,000 บาท/เดือน และ 25,000 บาท/เดือนขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระยะเวลาการมาโรงพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้เพิ่มคำถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมสังเกตพบครั้งแรก และเสนอแนะให้ปรับแก้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ “ระยะเวลาการมาโรงพยาบาล” โดยให้ระบุให้ชัดเจนว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความผิดปกติที่ไหน และยกตัวอย่างความผิดปกติที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยได้ทำการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ดังนี้ เพิ่มคำถามอาการผิดปกติที่สังเกตพบครั้งแรก และปรับแก้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ ระยะเวลาการมาโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันตั้งแต่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นครั้งแรก เช่น คลำพบก้อนที่เต้านม หัวนมบวม มีน้ำเหลืองไหลออกจากหัวนม เป็นต้น จนกระทั่งผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจครั้งแรก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้ปรับแก้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ การใช้ภาษาในบางส่วน และปรับข้อคำถาม ผู้วิจัยได้ทำการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม หมายถึง ความเข้าใจ ความนึกคิด และการรับรู้อย่างถูกต้องถึงอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านมที่เกิดขึ้น รวมถึงอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การตรวจคัดกรอง การรักษา และผลกระทบของโรคมะเร็งเต้านมที่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมรับรู้จากประสบการณ์ ความรู้ เจตคติ และความเชื่อ

คำถามข้อ 4 การเป็นโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกจะคลำพบก้อนเล็กๆ ที่เต้านมแต่ไม่มีอาการเจ็บปวด

การปรับแก้ อาการเริ่มแรกของมะเร็งเต้านม คือ คลำพบก้อนเล็กๆ ที่เต้านมโดยไม่มีอาการเจ็บปวด

คำถามข้อ 5 อาการของมะเร็งเต้านมในระยะรุนแรง คือ มีแผล และหัวนมบวม

ข้อเสนอแนะ คำถามมีความซ้ำซ้อนกับข้อ 11

การปรับแก้ อาการผิดปกติที่เต้านมที่ควรมาพบแพทย์ คือ คลำพบก้อน หัวนมบวม มีเลือดไหลออกจากหัวนม

คำถามข้อ 6 โรคมะเร็งเต้านมสามารถลุกลามแพร่กระจายจากเต้านมไปยังอวัยวะส่วนอื่น เช่น ตับ หรือปอด ได้อย่างรวดเร็ว

การปรับแก้ มะเร็งเต้านมในระยะลุกลามสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ เช่น ตับ ปอด กระดูก

คำถามข้อ 9 การป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะแรกมีโอกาสรักษาให้หายขาดได้โดยการ ผ่าตัด

การปรับแก้ การตรวจพบโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกมีโอกาสรักษาให้หายขาดได้

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้ปรับแก้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ ปรับการใช้ภาษาในข้อคำถาม ผู้วิจัยได้ทำการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ดังนี้ ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมต่อภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการมีอาการผิดปกติที่เต้านม เช่น คลำพบก้อน เต้านมมีรูปร่างผิดปกติ บวมลง ผิวหนังบริเวณเต้านมบวมแดง มีลักษณะคล้ายผิวส้ม มีเลือดหรือน้ำเหลืองซึมออกมาทางหัวนม ของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งอาการเหล่านี้หากมาตรวจที่โรงพยาบาลก็จะทำให้ทราบว่าเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งต้องได้รับการรักษาที่หนักแล้ว เช่น ผ่าตัดเต้านมออก การฉายแสง ให้ยาเคมีบำบัด ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผม่วรง ทำให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมเกิดความกลัวความเจ็บป่วยจากโรค กลัวการรักษาและผลข้างเคียงของการรักษา กลัวส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และครอบครัว

คำถามข้อ 2 ฉันรู้สึกไม่สบายใจก่อนการตรวจตามแพทย์นัดหรือตรวจร่างกายตามกำหนด

การปรับแก้ ฉันไม่สบายใจก่อนมาพบแพทย์ครั้งแรกเพื่อตรวจวินิจฉัย

คำถามข้อ 3 ฉันกลัวความเจ็บปวด

การปรับแก้ ฉันกลัวว่าการเป็นมะเร็งเต้านมจะทำให้เกิดความเจ็บปวด

คำถามข้อ 5 เมื่อฉันกังวลใจ ฉันจะมีอาการหัวใจเต้นเร็ว ปวดท้อง และกระสับกระส่าย

การปรับแก้ เมื่อฉันรู้สึกกลัวผลการตรวจวินิจฉัย ฉันจะมีอาการหัวใจเต้นเร็ว ปวดท้อง และกระสับกระส่าย

คำถามข้อ 6 ฉันคิดว่ามีความเป็นไปได้ที่ลูกอาจติดโรคจากฉัน

การปรับแก้ ฉันกลัวว่าลูกของฉันอาจเกิดโรคมะเร็งเต้านมเหมือนฉัน

คำถามข้อ 10 ฉันกังวลว่ายาที่ใช้รักษาโรคจะมีอันตรายต่อร่างกายของฉัน

การปรับแก้ ฉันกลัวว่ายาที่รักษาจะเป็นอันตรายต่อร่างกายของฉัน

คำถามข้อ 12 ฉันมีความคิดว่าถ้าเป็นโรคมะเร็งเต้านมจะทำงานต่อไปอีกไม่ได้

การปรับแก้ ฉันกลัวว่าถ้าเป็นโรคมะเร็งเต้านมฉันจะทำงานต่อไปอีกไม่ได้

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้ปรับแก้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ ปรับแก้ข้อคำถาม ผู้วิจัยได้ทำการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ดังนี้ การได้รับ

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร วัสดุสิ่งของและเวลา และด้านการประเมินผล หรือได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ บุคคลรอบข้าง หรือสื่อต่างๆ

คำถามข้อ 6 ท่านเคยได้รับความช่วยเหลือ เมื่อท่านไม่มียานพาหนะ หรืออยากให้มีคนพาไปตรวจมะเร็งเต้านมที่โรงพยาบาล

การปรับแก้ ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในการไปตรวจมะเร็งเต้านมที่โรงพยาบาลเมื่อท่านไม่มียานพาหนะในการเดินทาง

คำถามข้อ 10 ท่านเคยได้รับความหวังเฝ้าจากสมาชิกในครอบครัวเมื่อท่านคลำพบก้อนที่เต้านม

การปรับแก้ ท่านได้รับความหวังเฝ้าจากสมาชิกในครอบครัวเมื่อท่านตรวจพบความผิดปกติที่เต้านม เช่น คลำพบก้อน

คำถามข้อ 12 เพื่อนเคยชวนท่านมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเมื่อท่านคลำพบก้อนที่เต้านม

การปรับแก้ เพื่อนเคยให้กำลังใจท่านให้มาพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย เมื่อท่านมีอาการผิดปกติที่เต้านมหรือคลำพบก้อนที่เต้านม

คำถามข้อ 16 ท่านเคยได้รับการประเมินค่าใช้จ่ายในการตรวจมะเร็งเต้านมว่าคุ้มกว่าการรักษามะเร็งเต้านม

การปรับแก้ ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมีความคุ้มค่ากว่าการรักษามะเร็งเต้านม

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข พร้อมทั้งข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) สามารถคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

โดยค่า CVI มีค่าระหว่าง 0.00-1.00 และค่าที่ยอมรับได้ว่าข้อคำถามที่สอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยหรือมีความตรงตามเนื้อหา คือ มีค่า CVI ตั้งแต่ .70 ถึง .80 (รัตนศิริ ทาโต, 2561) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ดังนี้

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

แบบสอบถาม	CVI
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	1.00
แบบสอบถามระยะเวลาการมาโรงพยาบาล	1.00
แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	0.83
แบบสอบถามความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา	0.92
แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.78

2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ประกอบด้วย แบบสอบถามระยะเวลาการมาโรงพยาบาล แบบสอบถามความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อายุ 18-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมทุกระยะของโรค ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง และไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยอ้างอิงเกณฑ์ความเที่ยงในระดับดีมากคือ 0.80-0.90 (Devellis, 2003) ได้ค่าความเที่ยงดังนี้ แบบสอบถามความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการแล้ว นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย ถึงผู้บังคับบัญชาหน่วยงานที่ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยเพื่อทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยติดต่อพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม คลินิกเต้านม แผนกรังสีรักษา และแผนกเคมีบำบัด เพื่อขอคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากเวชระเบียนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการ โดยคัดเลือกจากโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 41 คน และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จำนวน 69 คน เริ่มเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2565 แบ่งวันและเวลาในการเก็บข้อมูลได้ดังนี้ ในวันจันทร์ วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.00-15.00 น. เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ซึ่งในแต่ละวันมีผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมมาเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม คลินิกเต้านม แผนกรังสีรักษา และแผนกเคมีบำบัด ประมาณ 20-30 ราย และผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ประมาณ 10-15 รายต่อวัน ในส่วนของโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ทำการเก็บข้อมูลในวันอังคาร และวันพุธ ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. ในแต่ละวันมีผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมมาเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม คลินิกเต้านม และแผนกเคมีบำบัด ประมาณ 10-20 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ประมาณ 6-10 รายต่อวัน โดยในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาและจะไม่มีผลใดๆในภายหลังทั้งสิ้น จากนั้นขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและให้เอกสารชี้แจงข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมวิจัยจึงขอให้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามแต่ละส่วนให้แต่ละกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ เน้นย้ำถึงความสำคัญของการย้อนระลึกถึงวัน เวลา ที่พบอาการผิดปกติ และวันที่มาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษาครั้งแรก ตอบข้อซักถาม และให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

6. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามและรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยได้รับการอนุมัติเลขที่โครงการวิจัย 021/65 วันที่รับรอง 6 ตุลาคม 2565 และโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ โดยได้รับการอนุมัติเลขที่โครงการวิจัย RP031/65 วันที่รับรอง 11 ตุลาคม 2565 โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการทำวิจัย เมื่อได้รับการพิจารณาจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ และให้ความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 รายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาการมาโรงพยาบาล โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมจากปัจจัยด้านอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบ Stepwise regression

บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบพรรณนาเชิงทำนาย (Retrospective descriptive predictive study) เพื่อศึกษาระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม และศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมจากปัจจัยด้านอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในทุกระยะของโรค จำนวน 110 คน อายุระหว่าง 18-60 ปี ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม คลินิกเต้านม แผนกรังสีรักษา แผนกเคมีบำบัด โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาการมาโรงพยาบาล โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 3) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมจากปัจจัยด้านอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบ Stepwise regression

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย จำแนกตาม อายุ รายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง เต้านม (n=110)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
31-40 ปี	17	15.5
41-50 ปี	55	50.0
51-60 ปี	38	34.5
อายุเฉลี่ย 47.65 (SD=7.39)		
รายได้		
ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน	28	25.5
10,001-15,000 บาท/เดือน	29	26.4
15,001-20,000 บาท/เดือน	17	15.5
20,001-25,000 บาท/เดือน	4	3.6
25,000 บาทขึ้นไป/เดือน	32	29.1
ฐานะทางเศรษฐกิจ		
ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม	19	17.3
ไม่พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	4	3.6
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	57	51.8
เพียงพอ เหลือเก็บ	30	27.3

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 110 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 25,000 บาทขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.1 ฐานะทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 51.8

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ จำแนกตามอาการผิดปกติที่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมพบครั้งแรก (n=110)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อาการผิดปกติที่พบครั้งแรก (ตอบได้มากกว่า 1 รายการ)		
คลำพบก้อน	103	93.6
มีอาการเจ็บที่เต้านม	39	35.4
เต้านมมีรูปร่างผิดปกติ	13	11.8
หัวนมบวม	9	8.1
ผิวหนังบริเวณเต้านมบวม แดง	8	7.3
มีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลออกทางหัวนม	7	6.3
ผิวหนังบริเวณเต้านมลักษณะคล้ายผิวส้ม	2	1.8
ปวดกระดูก	2	1.8

จากตารางที่ 4 พบว่า อาการผิดปกติส่วนใหญ่ที่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมพบครั้งแรก คือ คลำพบก้อน รองลงมามีอาการเจ็บที่เต้านม และเต้านมมีรูปร่างผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 93.6, 35.4 และ 11.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัย และการรักษา การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม (n=110)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม		
ความรู้ระดับน้อย	21	19.1
ความรู้ระดับมาก	89	80.9
ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา		
ความกลัวระดับน้อย	62	56.4
ความกลัวระดับมาก	48	43.6
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม		
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย	9	8.2
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก	101	91.8
ระยะเวลาการมาโรงพยาบาล		
น้อยกว่า 7 วัน	17	15.5
8-30 วัน	26	23.6
31-90 วัน	35	31.8
มากกว่า 90 วัน	32	29.1
(Mean=119.45, SD=222.21, Min=1, Max=1499, Median=49)		

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 80.9 มีความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 56.4 และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 91.8 และมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่พบอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจครั้งแรกเฉลี่ย 119.45 วัน มีระยะเวลาต่ำสุด 1 วัน สูงสุด 1,499 วัน ค่ามัธยฐาน 49 วัน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 31-90 วัน รองลงมาคือมากกว่า 90 วัน และระหว่าง 8-30 วัน คิดเป็นร้อยละ 31.8, 29.1 และ 23.6 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาการมาโรงพยาบาล

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาการมาโรงพยาบาล

ปัจจัย	ช่วง คะแนน	Min	Max	Mean	S.D.	การแปล ผล
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	0-12	4	12	8.47	1.97	ระดับมาก
ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา	12-60	12	60	34.75	10.35	ระดับน้อย
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	18-90	40	85	68.82	9.37	ระดับมาก
ระยะเวลาการมาโรงพยาบาล		1	1499	119.45	222.21	

จากตารางที่ 6 การวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม จำนวนทั้งหมด 110 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมเท่ากับ 8.47 (S.D.= 1.97) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาเท่ากับ 34.75 (S.D.= 10.35) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 68.82 (S.D.= 9.37) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเท่ากับ 119.45 (S.D.= 222.21)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6
1. อายุ	1					
2. ฐานะทางเศรษฐกิจ	.037	1				
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	-.183	.120	1			
4. ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา	-.006	-.130	-.279**	1		
5. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	.045	.196*	.354**	-.155	1	
6. ระยะเวลาการมาโรงพยาบาล	-.013	-.033	-.358**	.247**	-.118	1

*p < .05

**p < .01

จากตารางที่ 7 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.358$, $p < .01$) ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .247$, $p < .01$) ทั้งนี้ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = .354$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา ($r = -.279$, $p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับฐานะทางเศรษฐกิจ ($r = .196$, $p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม จากปัจจัยด้านอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบ Stepwise regression

ตารางที่ 8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการ โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple regression analysis)

ขั้น ที่	ปัจจัยทำนาย	R	R ²	Adjusted R ²	R ² Change	F	p- value
1	ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	.453	.205	.198	.205	27.855	.000
2	ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	.511	.261	.247	.056	8.081	.005
F=8.081 (p<.05)							

จากตารางที่ 8 พบว่า ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วยตัวแปรทำนาย 2 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ ร้อยละ 24.7

ตารางที่ 9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) ของปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม (Stepwise Multiple regression analysis)

ปัจจัยทำนาย	b	S.E.	Beta	t	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	-.517	.096	-.447	5.379	.000
2. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	-.392	.138	-.236	2.843	.005
Constant	-.069	.152		-.452	.652

R = .511 adjusted R² = .247 S.E. = .396

จากตารางที่ 9 เมื่อพิจารณาจากคะแนนมาตรฐานของแต่ละตัวแปร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด (Beta = -.447) รองลงมา คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = -.236) โดยตัวแปรทำนายทั้ง 2 ตัวแปร สามารถทำนายความแปรปรวนของระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ ร้อยละ 24.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ (R) เท่ากับ .511 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย (S.E.) เท่ากับ .396

สามารถสร้างสมการทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ได้ดังนี้
สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{y} = -0.069 - 0.517X_1 - 0.392X_2$$

\hat{y} = ระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

X_1 = ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

X_2 = การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z\hat{y} = -0.447Z_{X1} - 0.236Z_{X2}$$

$Z\hat{y}$ = ระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

Z_{X1} = ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

Z_{X2} = การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบพรรณนาเชิงทำนาย (Retrospective descriptive predictive study) โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม จากปัจจัยด้านอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ในเขตจังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมทุกระยะของโรคที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์จากแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมคลินิกเต้านม แผนกเคมีบำบัด จำนวน 41 คน และโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จากแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม คลินิกเต้านม แผนกรังสีรักษา แผนกเคมีบำบัด จำนวน 69 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองโรงพยาบาล 110 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้โดยใช้ Program G* power กำหนดอำนาจทดสอบที่ 80% ขนาดอิทธิพลปานกลาง (Effect size) = 0.15 ระดับความเชื่อมั่น (α) = 0.05 (สุรกิจ พรชัย, 2561) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 92 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเก็บข้อมูลเพิ่ม 20% ดังนั้น จึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ ระดับรายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในครอบครัวในแต่ละเดือน ลักษณะคำถามมีทั้งแบบเติมคำในช่องว่าง (Open-ended) และแบบเลือกตอบ (Checklist) โดยให้ผู้ที่ เป็นโรคมะเร็งเต้านมตอบข้อมูลที่เกี่ยวข้องด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระยะเวลาการมาโรงพยาบาล เป็นแบบบันทึกช่วงเวลาที่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมพบอาการผิดปกติเกิดขึ้นครั้งแรกและมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อาการผิดปกติที่สังเกตพบครั้งแรก ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) วันที่พบอาการผิดปกติครั้งแรก และวันที่ไปรับการตรวจครั้งแรกที่โรงพยาบาลหลังพบอาการผิดปกติ ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง (Open-ended) โดยคำนวณระยะเวลาเป็นจำนวนวัน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านมของ สุรกิจ พรชัย (2561) โดยนำแบบสอบถามมาดัดแปลงให้เข้ากับแนวคิดและค่านิยมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.71 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความกลัวเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค ของ Mehnert และคณะ (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย ดารา วงษ์กวน และคณะ (2560) โดยนำแบบสอบถามมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งประกอบด้วยความกลัว 2 มิติ คือ กลัวการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและกลัวการรักษา แบบสอบถามให้เลือกตอบตามความรู้สึกของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ของ ประภัสสร ใจศิริ (2553) งานวิจัยนี้ใช้ฉบับปรับปรุงโดย พรพิมล โสฬสกลางกูร (2560) เป็นแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ของและเวลา ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินผล ได้คัดเลือกข้อคำถามเหลือจำนวน 18 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.78

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติสำหรับทดสอบสมมุติฐานที่ระดับ .05 รายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาการมาโรงพยาบาล โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมจากปัจจัยด้านอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบ Stepwise regression

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 110 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 50 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 25,000 บาทขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 29.1 ฐานะทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 51.8 อาการผิดปกติส่วนใหญ่ที่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมพบครั้งแรกคือ คลำพบก้อน รองลงมาคือ มีอาการเจ็บที่เต้านม และเต้านมมีรูปร่างผิดปกติ ร้อยละ 93.6, 35.4 และ 11.8 ตามลำดับ

2. ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.9 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมเท่ากับ 8.47 (S.D.= 1.97) มีความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 56.4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาเท่ากับ 34.75 (S.D.= 10.35) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.8 ค่าเฉลี่ยคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 68.82 (S.D.= 9.37) และมีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกเฉลี่ย 119.45 วัน (S.D.=222.21) ระยะเวลาต่ำสุด 1 วัน ระยะเวลาสูงสุด 1,499วัน ค่ามัธยฐาน 49 วัน

3. การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-.358, p<.01$) ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.247, p<.01$) ทั้งนี้ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

4. ปัจจัยที่สามารถทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วยตัวแปรทำนาย 2 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ ร้อยละ 24.7

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม นำเสนอการอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

จากผลการศึกษาระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่พบอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจครั้งแรกมีระยะเวลาเฉลี่ย 119.45 วัน (S.D.=222.21) จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลตั้งแต่พบอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งมารับการตรวจครั้งแรกที่ยาวนานหรือภายหลัง 1 เดือนหลังพบความผิดปกติของเต้านม อาจเนื่องมาจากอาการผิดปกติของเต้านมที่พบครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่าง คือ คลำพบก้อนบริเวณเต้านม ที่พบมากถึงร้อยละ 93.6 เมื่อพิจารณาแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมรายข้อพบว่าคำถามข้อ 11 ซึ่งถามว่า “อาการของมะเร็งเต้านมที่รุนแรง มีอาการเจ็บที่เต้านม” คำถามนี้ถ้าตอบว่า “ผิด” จึงจะได้คะแนนมีผู้ตอบแบบสอบถามถูกเพียงร้อยละ 37.3 ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างที่คลำพบก้อนแต่ไม่มีอาการเจ็บปวด จึงไม่กังวลกับก้อนที่ตรวจพบเนื่องจากเข้าใจว่าก้อนที่เต้านมนั้นไม่น่าจะเป็นมะเร็งส่งผลให้มีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกที่ยาวนาน แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมในระดับมากดังตารางที่ 6 ก็ตาม การที่ไม่มีอาการเจ็บปวดจึงอาจมองว่าเป็นเรื่องที่รอได้ ไม่เร่งด่วนหรืออันตรายต่อชีวิต ซึ่งเมื่อพิจารณาแบบวัดความรู้รายข้อ “อาการผิดปกติที่เต้านมที่ควรมาพบแพทย์ คือ คลำพบก้อน หัวนมบวม มีเลือดไหลออกจากหัวนม” ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมร้อยละ 89.1 ตอบถูกต้อง ฉะนั้น การที่ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม คลำพบก้อนโดยไม่มีอาการอื่นร่วมด้วยจึงอาจส่งผลให้ชะลอการมาพบแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวลักษณ์ วงศ์จรโรงศิล และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์ (2562) พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการถึงมารับการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลา มากกว่า 3 เดือน ถึง 6 เดือน ร้อยละ 30 และมากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี ร้อยละ 31.7 มากกว่า 1 ปีถึง 2 ปี ร้อยละ 26.7 โดยเฉลี่ยแล้วระยะเวลาที่มารับการรักษา ค่าประมาณ 15.62 เดือน โดยอาการที่พบบ่อยที่สุดร้อยละ 91.7 ได้แก่ คลำพบก้อนที่เต้านม สำหรับความรู้สึกรู้สึกครั้งแรกเมื่อคลำพบก้อนร้อยละ 53.3 ไม่มีความวิตกกังวล คิดว่าไม่เป็นอะไรเพราะไม่มีอาการปวด สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang (2019) พบว่า ความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือ 0.2 ถึง 900 วัน มีค่ามัธยฐานของผู้ป่วยที่ล่าช้าคือ 50 วัน ผู้ป่วยร้อยละ 35.8 รอานานมากกว่า 90 วันเพื่อเข้ารับการรักษาหลังจากเริ่มมีอาการผิดปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tesfaw (2020) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 75.7 มีความล่าช้าานานมากกว่า 90 วัน โดยเวลาเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 8 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Barros (2020) พบว่า ช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการหรืออาการแสดงของมะเร็งเต้านมกับการไปพบแพทย์ครั้งแรกอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1,857 วัน มีค่ามัธยฐาน 39 วัน โดยผู้ป่วย

ร้อยละ 34 มีระยะเวลาการไปพบแพทย์ครั้งแรกมากกว่า 90 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Elgoraish (2021) พบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาความล่าช้านานประมาณ 28.3 สัปดาห์ และความล่าช้าของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับมะเร็งระยะลุกลาม

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

2.1 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.358, p < .01$) และความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมสามารถทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = -.447, p = .000$) เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมรายชื่อพบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิง ร้อยละ 94.5 รองลงมา คือ อาการเริ่มแรกของโรคมะเร็งเต้านมคือ คลำพบก้อนเล็กๆ ที่เต้านมโดยไม่มีอาการเจ็บปวด ร้อยละ 90.9 และการตรวจพบโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกมีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ ร้อยละ 90.9 ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจถึงอุบัติการณ์ในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้น รวมถึงโอกาสในการรักษา เป็นไปตามกรอบแนวคิดของ Dracup และคณะ (2003) ที่กล่าวว่า ความรู้เป็นสิ่งกระตุ้นด้านการรับรู้ (Cognitive representation) ถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่มีความรุนแรงต้องได้รับการรักษา มีการประเมินอาการที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากความรู้ เจตคติ และความเชื่อของบุคคล ถ้าบุคคลรู้ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นคุกคามต่อชีวิต บุคคลนั้นจะเกิดการตัดสินใจมาโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษา แต่ถ้าบุคคลรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่สำคัญ บุคคลนั้นก็จะดูแลรักษาตนเองไม่มาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา โดยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจะทำให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อพบอาการผิดปกติบริเวณเต้านม นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา ($r = -.279, p < .01$) ดังนั้นเมื่อกำลังมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นจะทำให้ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาลดลง จึงทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมส่งผลต่อระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญใน กระบวนการดูแล

ตนเอง เมื่อบุคคลมีความรู้ในเรื่องใดจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น (Orem,1995) และในปัจจุบันมีการรณรงค์เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น อาจส่งผลต่อการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมได้ง่ายขึ้นส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นจึงส่งผลให้มีระยะเวลาการมาโรงพยาบาลที่เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ (2019) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การขาดความรู้เกี่ยวกับอาการของมะเร็งเต้านมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Tesfaw และคณะ (2020) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่รู้หนังสือมีแนวโน้มที่จะมีความล่าช้าประมาณ 3.8 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (AOR=3.8, 95% CI=1.71-8.64) สอดคล้องกับการศึกษาของ Barros และคณะ (2020) พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาสเกิดความล่าช้าน้อยกว่า (OR = 0.95, 95% CI: 0.91-0.99) สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชยา ภัคจิรสกุล และคณะ (2559) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยสตรีที่มีความรู้ระดับสูงและสตรีที่มีความรู้ระดับปานกลางมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็น 6.78 เท่า (95%CI =2.68-17.14) และ 1.99 เท่า (95%CI =1.18-3.35) ตามลำดับของสตรีที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

2.2 ปัจจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษา พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta=-.263, p=.005) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.8 เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบเป็นจริงมากที่สุด คือ ท่านได้รับความหวังเียงจากสมาชิกในครอบครัวเมื่อท่านตรวจพบความผิดปกติที่เต้านม เช่น คลำพบก้อน ร้อยละ 75.5 และท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวด้วยการ พาไปตรวจหรือบอกให้ไปตรวจมะเร็งเต้านม ร้อยละ 75.5 ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับกำลังใจ ความหวังเียง และการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว คอยพามารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือเมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องการ เป็นไปตามกรอบแนวคิดของ Dracup และคณะ (2003) ที่กล่าวว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (Environmental stimuli) ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาและตัดสินใจในการมาโรงพยาบาล ได้แก่ การได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ บุคคลรอบข้าง หรือสื่อต่างๆ (Dracup et al., 2003) อธิบายได้ว่า ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว รวมถึงได้รับกำลังใจ ความหวังเียงจากเพื่อนและบุคคลรอบข้างเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น จากผลการศึกษาการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อพบว่าข้อคำถามที่ว่า เพื่อนเคยให้กำลังใจท่านให้มาพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย เมื่อท่านมีอาการผิดปกติที่เต้านมหรือคลำพบก้อนที่เต้านม กลุ่มตัวอย่าง

ตอบเป็นจริงมากที่สุด ร้อยละ 56.4 การได้รับความเอาใจใส่ หรือได้รับคำอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรค และแนวทางการรักษาจากแพทย์และพยาบาล จะส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมมารับการตรวจรักษาที่เร็วขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการชักจูงให้ผู้ป่วยมารับการตรวจที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Pedersen และคณะ (2011) พบว่า การเพิ่มระดับของการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดโอกาสความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็ง (patient delay) ในการรับการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Odongo และคณะ (2015) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (OR = 7.1, 95% CI 2.4–21.5, p = 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ (2019) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนน้อยมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (OR = 0.911, 95%CI:0.847–0.981)

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ พบว่า อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา ไม่สามารถทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

2.3 อายุ เป็นสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal stimuli) อยู่ในส่วนของลักษณะส่วนบุคคลที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาล (Dracup et al., 2003) อายุมีผลต่อพัฒนาการทางด้านความคิดความเข้าใจ ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุเชื่อว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นบริเวณเต้านมเกิดจากการสูงวัยและเป็นการเปลี่ยนแปลงโดยธรรมชาติหลังจากหมดประจำเดือนแทนที่จะมองว่าเป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็งเต้านม (Zhang et al., 2019) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 84.5 ซึ่งเป็นสตรีที่อยู่ในวัยกลางคน จึงอาจทำให้ตัวแปรอายุมีความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneous group) ซึ่งการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen และคณะ (2015) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะมีความล่าช้าหรือปฏิเสธการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยอายุ ≥ 75 ปี (OR = 1.40, 95% CI:1.11–1.79; p < 0.05) และการศึกษาของ Zhang และคณะ (2019) พบว่า อายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

2.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal stimuli) อยู่ในส่วนของลักษณะส่วนบุคคลที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาล (Dracup et al., 2003) การมีรายได้น้อยมีผลกระทบต่ออาการมารับการรักษาของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม เนื่องจากการมาพบแพทย์และการรักษาพยาบาลจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยเฉพาะการรักษามะเร็งเต้านมยังต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550) อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 49.2 และฐานะทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 79.1 อาจส่งผลให้

กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษา นอกจากนี้คนไทยยังได้รับการคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาลโดยสิทธิการรักษาพยาบาลมี 3 ระบบใหญ่ คือ สิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ฐานะทางเศรษฐกิจจึงไม่มีผลต่อการตัดสินใจมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกหลังจากพบอาการผิดปกติ ซึ่งการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Agbeko และคณะ (2020) พบว่า ความพร้อมทางด้านการเงินที่จะใช้จ่ายสำหรับการตรวจวินิจฉัยและการรักษามีอิทธิพลต่อเวลาที่ใช้ในการแสวงหาการรักษา

2.5 ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา ความกลัวเป็นสิ่งกระตุ้นด้านอารมณ์ (Emotional representation) เป็นความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น กลัวว่าอาการดังกล่าวจะเป็นโรคมะเร็ง กลัวการวินิจฉัยและการรักษา ซึ่งความกลัวเหล่านี้มีอิทธิพลมาจากการรับรู้ของบุคคลในการควบคุมภาวะคุณภาพ (Dracup et al., 2003) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ พบว่า ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาไม่สามารถร่วมทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ นั่นคือสตรีที่พบมะเร็งเต้านมมีความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาในระดับมากหรือน้อยก็มารับการรักษาที่โรงพยาบาลในระยะเวลาไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.279, p<.01$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.9 ร่วมกับในปัจจุบันเทคโนโลยีและการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมทำได้ง่ายขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและแนวทางการรักษามากขึ้น จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความกลัวเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษาในระดับน้อยถึงร้อยละ 56.4 แม้ว่าผลการศึกษารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความกลัวผลข้างเคียงจากการรักษา และกังวลเกี่ยวกับครอบครัวหากมีบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้นกับตนเอง อยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี ซึ่งเป็นสตรีที่อยู่ในวัยทำงานเพื่อเลี้ยงดูแลบุคคลในครอบครัว จึงทำให้กลัวว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและผลข้างเคียงจากการรักษาจะทำให้ความสามารถในการดูแลครอบครัวลดลง เป็นภาระของคนในครอบครัว และทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความวิตกกังวล ซึ่งการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Maghous และคณะ (2016) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการวินิจฉัยมะเร็งเต้านมเกิดจากตัวผู้ป่วย ร้อยละ 70.1 สาเหตุของความล่าช้า คือ กลัวการวินิจฉัยโรคมะเร็งและการรักษา และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวลักษณ์ วงศ์จรโรลงคิล (2562) พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า ส่วนใหญ่ระบุว่าเกิดจากตนเองร้อยละ 83.8 โดยเหตุผลที่มารับการรักษาล่าช้าเนื่องจากกลัวการรักษา ร้อยละ 38.3

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม มีระยะเวลาเฉลี่ย 119.45 วัน ดังนั้น จึงควรมีการวางแผนและกำหนดแนวทางส่งเสริมให้สตรีที่คลำพบอาการผิดปกติบริเวณเต้านมมารับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็วขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการแนะนำความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การได้รับการตรวจรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมในเชิงรุกโดยการใช้สื่อออนไลน์ เช่น YouTube Facebook เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมในด้านต่างๆ เช่น อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการที่ต้องมาพบแพทย์ การรักษาโรคมะเร็งเต้านม และผลกระทบของโรคมะเร็งเต้านม โดยเน้นในเรื่องอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งเต้านม เพื่อสร้างค่านิยมที่ถูกต้องให้สตรีที่ตรวจพบอาการผิดปกติรีบมาพบแพทย์ลดระยะเวลาในการรอสังเกตอาการ ซึ่งสื่อออนไลน์เป็นช่องทางการให้ความรู้ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีการใช้อย่างแพร่หลายมากที่สุด

2. ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม โดยปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสามารถในการทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้สูงสุด รองลงมา คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลควรเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาโปรแกรมเชิงรุกเพื่อส่งเสริมการมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาให้กับผู้ที่พบอาการผิดปกติบริเวณเต้านม โดยมุ่งเน้นส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัว และบุคคลรอบข้าง เข้ามามีบทบาทที่สำคัญในการนำผู้ที่พบอาการผิดปกติบริเวณเต้านมมารับการรักษา นอกจากนี้เพื่อให้ผู้ที่ตรวจพบอาการผิดปกติบริเวณเต้านมมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลที่เร็วขึ้น และสามารถตรวจพบโรคมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาระยะเวลาการมาตรวจครั้งแรกจนกระทั่งได้รับการรักษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านระบบการรักษา เพื่อเป็นข้อมูลและแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาล
2. การประเมินระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมควรนำข้อมูลจากทะเบียนมะเร็ง (Cancer Registry) มาใช้ในการศึกษาเพื่อเพิ่มความแม่นยำของข้อมูล
3. ควรพัฒนาโปรแกรมเชิงรุกในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลของผู้ที่พบอาการผิดปกติบริเวณเต้านม
4. จากกรอบแนวคิดของ Dracup (2003) ที่กล่าวว่าความกลัวเป็นสิ่งกระตุ้นด้านอารมณ์ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความกลัวการวินิจฉัยและการรักษาไม่สามารถทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมได้ ดังนั้นจึงควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความกลัวในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

การเก็บข้อมูลโดยให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมย้อนความรู้สึกและตอบคำถามเกี่ยวกับความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา อาจทำให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมแยกความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงแรกกับความรู้สึกในปัจจุบันได้ยาก เช่น ความกลัวผลข้างเคียงและอันตรายจากยาที่ใช้ในการรักษา เป็นต้น เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมผ่านประสบการณ์ในการรักษามาแล้ว



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กนกวรรณ บุญสังข์ และคณะ. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. *Journal of Nursing Science*, 28(4), 37-45.
- กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์. (2563). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล*. โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กนกอร บุญพิทักษ์. (2555). *ตำนาน โรคต้องรู้ และการดูแลรักษา*. กรุงเทพฯ. Feel good Publishing.
- ณิตยา พรหมสาขา ณ สกลนคร และคณะ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยง
โรคมะเร็งเต้านมและพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีหมู่บ้านไทย -
เวียดนาม จังหวัดนครพนม. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม*,
9(1), 84-91.
- ดาริน ไต่กาน, บุญยิ่ง ทองคุปต์, ประดิ่งพร ทูมมาลา. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ
ตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่มารับบริการในคลินิกวัยทองของโรงพยาบาลในสามจังหวัด
ชายแดนภาคใต้. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 1(ฉบับปฐมฤกษ์), 1-14.
- ดารา วงษ์กวน. (2560). ปัจจัยทำนายความแปรปรวนในการนอนหลับของผู้รอดชีวิตจากโรค
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- นภนิจ รัตนภาสุร. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในศูนย์มะเร็ง
ภาคกลาง. *วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- ปราณี ทองใส, ภาวินี สุขสาคร, พรฤดี นราสงค. (2551). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม.
วารสารพยาบาลศรีราช, 2(2), 24-34.
- ประภัสสร ใจศิริ. (2553). แร่งสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก
มดลูกของสตรีในเขตตำบลอู่เม่า อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์. *วิทยานิพนธ์หลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา*.
- ประนอม พรหมแดง. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะ
ปัสสาวะ. *Journal of Nursing Science*, 31(3), 76-85.
- ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ. (2564). บทบาทพยาบาลในการสอนแนะเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกัน
มะเร็งเต้านมในสตรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(2),
303-314.

- ปิยะนุช จิตตุนนท์, สุมาลี วัธนากกร, วรณีย์ จันทร์สว่าง. (2009). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองด้วยตนเองของสตรีในเทศบาลตำบลคองหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 27(2), 153-165.
- พัชยา ภัคจิรสกุล. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองด้วยตนเองของหญิงไทยในจังหวัดลำปาง. *นเรศวรวิจัย*, 13, 693-701.
- พงศกร ศรีจันทร์. (2555). ผลกระทบของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาล่าช้าต่อระยะของโรคและชนิดของมะเร็งเต้านม. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์ บุรีรัมย์*, 27(2), 173-80.
- พรพิมล โสพสกุลกลางกูร. (2562). ปัจจัยทำนายนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้าน ตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(2), 407-420.
- พัทสิมา ภัทรธีรานนท์ และคณะ. (2564). บทบาทพยาบาลชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน 8 ชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาริบัติ. *วารสารสุขศึกษา*, 44(1), 1-11.
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554. (2554). ความรู้. สืบค้น 2/3/2565 จาก <https://dictionary.orst.go.th>
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง)*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- รัศมี โชติแสงสาคร และคณะ. (2562). ปัจจัยทำนายนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีวัยหมดระดู. *วารสารเกื้อการุณย์*, 26(2), 107-120.
- รังษิณพดล โถทอง และคณะ. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองด้วยตนเองของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน. *วารสารโรคมะเร็ง*, 39(1), 16-27.
- ศราพรรณ ชูโสด. (2559). รูปแบบการอธิบายความเจ็บป่วยและระยะเวลาในการแสวงหาการรักษาของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมในบริบทวัฒนธรรมภาคใต้. *วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*.
- สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิล และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์. (2560). สาเหตุของการเข้ารับการรักษาล่าช้าในสตรีไทยที่เป็นมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลรามาริบัติ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(3), 201-210.
- สุรกิจ พรชัย. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม ในโรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 12(2), 14-23.

- สุรารัตน์ ชำนาญช่าง และคณะ. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในจังหวัดชลบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 12(3), 104-119.
- สุวิมล กิมปี, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, กนกวรรณ บุญสังข์, วิรุณ บุญนุช. (2556). ปัจจัยทำนายระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. *Journal of Nursing Science*, 31(2), 16-25
- สุภา สุระเศรษฐีวงศ์ และพัชระกรพจน์ ศรีประสาร. (2560). บทบาทของพยาบาลสาธารณสุขในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอที่บ้าน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1), 175-188.
- สิรินุช บุรณะเรืองโรจน์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีไทยเขตอำเภอองครักษ์จังหวัดนครนายก. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 8(1), 279-294.
- สมิทธิ์ สร้อยมาด. (2560). อัตราการรอดชีพและปัจจัยพยากรณ์โรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลชิริระภูเก็ต. *วารสารโรคมะเร็ง*, 30(2), 62-71.
- สถิติทางการแพทย์ประเทศไทย. (2558). อายุ. สืบค้น 8/3/2565 จาก <https://std.smp.nso.go.th/statstd/definition/name/975>
- สาขาวิชาศัลยศาสตร์ศีรษะ คอ และเต้านม. (2562). *มะเร็งเต้านม breast cancer*. ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- หน่วยงานทะเบียนมะเร็ง. (2563). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล*. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- หน่วยงานทะเบียนมะเร็ง. (2564). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล*. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ภาษาอังกฤษ

- AF Pedersen et al. (2011). Social support, gender and patient delay. *British Journal of Cancer*, 104, 1249 – 1255.
- Anja Mehnert, Petra Berg, Gerhard Henrich, Peter Herschbach. (2009). Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 18, 1273–1280.

- Andreas Hinz, Anja Mehnert, Jochen Ernst, Peter Herschbach, Thomas Schulte. (2014). Fear of progression in patients 6 months after cancer rehabilitation—a validation study of the fear of progression questionnaire FoP-Q-12. *Supportive Care in Cancer*, November
- Aragaw Tesfaw, Solomon Demis, Tigabu Munye, Zemachu Ashuro. (2020). Patient Delay and Contributing Factors Among Breast Cancer Patients at Two Cancer Referral Centres in Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 1391–1401.
- Amanda Elgoraish, Ahmed Alnory. (2021). Patient delay impact on breast cancer survival at Khartoum Referral Hospital: a retrospective study [version 1; peer review: awaiting peer review]. *F1000Research*, 10(862), 1-14.
- Anita Eseenam Agbeko, Joshua Arthur, Jonathan Bayuo, Basil Benduri Kaburi and Ishmael Kyei. (2020). Seeking healthcare at their ‘right’ time; the iterative decision process for women with breast cancer. *BMC Cancer*, 20(1011), 1-7.
- Angela Ferreira Barros, Cristiane Murta-Nascimento, Carlos Henrique de Abdon, Daniela Nunes Nogueira, Emenny Line Cardoso Lopes, Adriano Dias. (2020). Factors associated with time interval between the onset of symptoms and first medical visit in women with breast cancer. *Cad. Saúde Pública*, 36(2), 1-9.
- Anissa Mohammed Hassen, Foziya Mohammed Hussien, Zinet Abegaz Asfaw, Hussien Endris Assen. (2021). Factors Associated with Delay in Breast Cancer Presentation at the Only Oncology Center in North East Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 681-694.
- Andreas Hinz , Anja Mehnert, Jochen Ernst, Peter Herschbach, Thomas Schulte. (2014). Fear of progression in patients 6 months after cancer rehabilitation—a validation study of the fear of progression questionnaire FoP-Q-12. *Support Care Cancer*, 23(6), 2-10.
- American Cancer Society. (2022). *Cancer Facts and Figures 2022*. Atlanta, Ga: American Cancer Society.
- Bottomley A & Jones L. (1997). Breast cancer care: women's experience. *European Journal of Cancer Care*, 6, 124-132.

Dracup et al. (1995). Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. *Social Science Medicine*, 40(3), 379-392.

Dracup, Debra K. Moser, Sharon McKinley, Carol Ball, Keiko Yamasaki, Cho-Ja Kim, Lynn V. Doering, Mary A. Caldwell. (2003). An International Perspective on the Time to Treatment for Acute Myocardial Infarction. *JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP*, 35(4), 317-323.

Dracup et al. (2006). A Nursing Intervention to Reduce Prehospital Delay in Acute Coronary Syndrome: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(3), 186-193.

Dracup et al. (2009). A Randomized Clinical Trial to Reduce Patient Prehospital Delay to Treatment in Acute Coronary Syndrome. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 2, 524-532.

Erlin C. Smith, Argyrios Ziogas, Hoda Anton-Culver. (2013). Delay in Surgical Treatment and Survival After Breast Cancer Diagnosis in Young Women by Race/Ethnicity. *JAMA Surg*, 148(6), 516-523.

Huaguo Zhang, Guorong Wang, Jina Zhang, Ying Lu, Xiaolian Jiang. (2019). Patient delay and associated factors among Chinese women with breast cancer A cross-sectional study. *Medicine*, 98:40(e17454).

I. Harirchi, F. Ghaemmaghami, M. Karbakhsh, R. Moghimi, H. Mazaherie. (2005). Patient delay in women presenting with advanced breast cancer: an Iranian study. *Public Health*, 119, 885–891.

Insook Lee and Changseung Park. (2020). The mediating effect of social support on uncertainty in illness and quality of life of female cancer survivors: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(143), 1-11.

Imran Majeed, Rana Ammanullah, Abdul Wahed Anwar, Hafiz M. Rafique and Faiza Imran. (2021). Diagnostic and treatment delays in breast cancer in association with multiple factors in Pakistan. *East Mediterr Health J*, 27(1), 23–32.

J. Odongo , T. Makumbi , S. Kalungi and M. Galukande. (2015). Patient delay factors in women presenting with breast cancer in a low income country. *BMC Res Notes*, 8(467), 1-6.

- Kirstin Grosse Frie et al. (2018). Factors associated with time to first healthcare visit, diagnosis and treatment, and their impact on survival among breast cancer patients in Mali. *Journals pone*, November(29), 1-13.
- Louise Brinton et al. (2017). Factors Contributing to Delays in Diagnosis of Breast Cancers in Ghana, West Africa. *Breast Cancer Res Treat*, 162(1), 105–114.
- Leventhal H et al. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *J Behav Med*, 39, 935–946.
- Mariam Vahdaninia et al. (2010). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Soc Psychiat Epidemiol*, 45, 355–361.
- Maghous et al. (2016). Factors influencing diagnosis delay of advanced breast cancer in Moroccan women. *BMC Cancer*, 16, 356-363.
- Ministry of public health. (2021). *Cancer in Thailand Vol.X, 2016-2018*. National Cancer Institute
- Olayide Agodirin et al. (2020). Presentation intervals and the impact of delay on breast cancer progression in a black African population. *BMC Public Health*, 20(962), 1-12.
- Peh Joo Ho, Alex R. Cook, Nur Khaliesah Binte Mohamed Ri, Jenny Liu, Jingmei Li, Mikael Hartman. (2020). Impact of delayed treatment in women diagnosed with breast cancer: A population-based study. *Cancer Medicine*, 9, 2435–2444.
- RR Dewi Rahmawaty Aktyani Putri et al. (2016). Social Support and Chemotherapy Adherence among Women with Breast Cancer in A Selected Hospital, Central Java, Indonesia. *Journal of Nursing and Health Care*, 34(4), 172-179.
- Raja Rahool, Ghulam Haider, Muhammad Hayat, Mehwish R. Shaikh, Paras Memon, Bhunisha Pawan, Kiran Abbas. (2021). Factors Associated With Treatment Delay in Breast Cancer: A Prospective Study. *Cureus*, 13(2), 1-7.
- Su Jing Chen. et al. (2015). Characteristics of the Delayed or Refusal Therapy in Breast Cancer Patients: A Longitudinal Population-Based Study in Taiwan. *Journal pone*, 10(6), 1-13.
- Sharon McKinley et al. (2009). The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary

- syndrome in people with coronary heart disease: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1037–1046.
- Shwn-Huey Shieh, Vivian Chia-Rong Hsieh, Shu-Hui Liu, Chun-Ru Chien, Cheng-Chieh Lin, Trong-Neng Wu. (2014). Delayed time from first medical visit to diagnosis for breast cancer patients in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 113, 696-703.
- Support Centre, Duckworth Lane, Bradford & LYNN JONES, PhD, Department of Education, University of Manchester, Manchester, UK. (1997). Breast cancer care: women's experience. *European Journal of Cancer Care*, 6, 124-132.
- Susanna Hilda Hutajulul. (2022). Delays in the presentation and diagnosis of women with breast cancer in Yogyakarta Indonesia: A retrospective observational study. *PLOS ONE*, 17(1), 1-19.
- Sihang Ren, Yuting Zhang, Pan Qin, Jia Wang. (2022). Factors Influencing Total Delay of Breast Cancer in Northeast of China. *Frontiers in Oncology*. March(12). 1-6.
- Sang M. Nguyen, Quang T. Nguyen, Lan M. Nguyen, Anh T. Pham, Hung N. Luu, Huong T. T. Tran, Thuan V. Tran, Xiao-Ou Shu. (2021). Delay in the diagnosis and treatment of breast cancer in Vietnam. *Cancer Medicine*, 10, 7683–7691.
- Saimai Tumwijit, Chanokporn Jitpanya, Sureeporn Thanasilp. (2022). Predictors of Pre-hospital Delay among People with Colorectal Cancer. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 26(3) ,446-460
- Tiara Cristina Romeiro Lopes et al. (2017). Delay in Diagnosis and Treatment of Breast Cancer among Women Attending a Reference Service in Brazil. *Asian Pac J Cancer Prev*, 18(11), 3017-3023.
- Tiina Lehtimäki, Mikael Lundin, Nina Linder, Harri Sihto, Kaija Holli, Taina Turpeenniemi-Hujanen, Vesa Kataja, Jorma Isola, Heikki Joensuu and Johan Lundin. (2011). Long-term prognosis of breast cancer detected by mammography screening or other methods. *Breast Cancer Research*, 13(R134), 1-11.
- V Arndt, T Stürmer, C Stegmaier, H Ziegler, G Dhom and H Brenner. (2002). Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany – a population based study. *British Journal of Cancer*, 86(7), 1034 – 1040.

WHO. (2021). Breast cancer. สืบค้น 30/4/2565 จาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

นาวาเอกนายแพทย์พงศ์อินทร์ สาริกะภูติ	อายุรแพทย์โรคมะเร็งวิทยาโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล	อาจารย์พยาบาลอาวุโส/นักวิชาการอิสระ
อาจารย์ ดร.สายไหม ตุ่มวิจิตร	อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
นางเบญจรัตน์ ธรรมปรีชาพงศ์	ผู้อำนวยการพิเศษพยาบาล 7 ศูนย์สิริกิติ์บรมราชินีนาถ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเถิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 11 ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ที่ ฮว ๖๔.๓๓/ ๐๓๐๙๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๓๓
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม" โดยมี ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นาวาเอก พงศ์อินทร์ สาริกะภูติ อายุรแพทย์ มะเร็งวิทยา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อ ประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เทัญพัทธ์ อุทธิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาฯชื่อนิสิต

นาวาเอก พงศ์อินทร์ สาริกะภูติ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๓๓๓๓, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต โทร. ๐๒-๒๑๘-๓๓๓๓

เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ โทร. ๐๙-๒๔๗๒-๗๖๓๗

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๓๐๙๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๓๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาฯชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๓๘-๓๑๓๓, ๐๘-๓๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต โทร. ๐๒-๒๓๘-๓๑๓๓

เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ โทร. ๐๙-๒๔๗๒-๗๖๓๗

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๐๙๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตวรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.สายไหม ตุ่มวิจิตร อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาฯชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร.สายไหม ตุ่มวิจิตร

โทร. ๐๒-๒๑๘-๓๑๓๑, ๐๘-๑๘๘๓๓-๙๗๙๑๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต โทร. ๐๒-๒๑๘-๓๑๓๓

เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ โทร. ๐๙-๒๕๗๒-๗๖๓๗

ที่ อว ๖๔.๓๑/ ๐๑๐๙๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ นางเบญจรัตน์ ธรรมปรีชาพงศ์ ผู้อำนวยการพิเศษพยาบาล ๗ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษานิสิต

หัวหน้าศูนย์สิริกิติ์บรมราชินีนาถ และนางเบญจรัตน์ ธรรมปรีชาพงศ์

โทร. ๐๒-๒๑๘-๓๑๓๓, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ศาสตราจารย์ ดร. รัตนศิริ ทาโต โทร. ๐๒-๒๑๘-๓๑๕๙

เรือตรีหญิงจันทร พูลพิพัฒน์ โทร. ๐๙-๒๕๗๒-๗๖๗๗

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๐๙๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเงิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาฯนิสิต

นางสาวหนึ่งฤทัย อุดเงิน

โทร. ๐๒-๒๑๘-๓๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต โทร. ๐๒-๒๑๘-๓๑๓๓

เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ โทร. ๐๙-๒๕๓๒-๗๖๓๗



ที่ อว ๖๔.๑๓/ ๐๓๐๔๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เนื่องด้วย เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับก้อนและโรคมะเร็งเต้านม จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านม ในโรงพยาบาลสระบุรี ของ นายสุรกิจ พรชัย สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (๒๕๖๑) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นิตยา เพ็ญศิริรักษา และ รองศาสตราจารย์ ดร.พณิ สิตกะสิน เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๓, ๐๘-๑๘๓๓-๘๗๘๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th
ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๔
เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ โทร. ๐๔-๒๔๗๒-๗๖๓๗

ที่ อว ๖๔.๑๓/๐๑๐๔๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๓
ถนนพระราม ๓ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เนื่องด้วย เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบล อุ่มเม่า อำเภอเวียงตาล จังหวัดกาฬสินธุ์ ของ นางประภัสสร ใจศิริ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (๒๕๕๓) โดยมี อาจารย์ ดร. นิภา มหารัชพงศ์ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ที่นิสิต

โทร. ๐๒-๒๑๘-๓๑๓๓, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th
ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕
เรือตรีหญิงจันทร พูลพิพัฒน์ โทร. ๐๙-๒๔๗๒-๗๖๗๗

ที่ อว ๘๑๑๘/๐๗๕๓



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๕ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๐๔๑ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ของนางประภัสสร ใจศิริ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ทำวิจัยเรื่อง แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลอู่เม่า อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ ความทราบแล้วนั้น


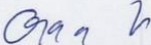
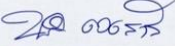

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อนุญาตให้ใช้เครื่องมือดังกล่าวได้ แต่เสนอแนะให้ปรับตามบริบทในสถานการณ์ปัจจุบัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการบัณฑิตศึกษา
โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๗๔๕

	<p style="text-align: center;">คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> <p>เลขรับที่: 2191 วันที่: 31 ตุลาคม 2565 เวลา: 11:16</p>
<p>ที่ อว ๐๕๒๒.๒๐(บ)/ ๑๗๒๔</p>	<p>สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ๑๑๒๒๐</p>
<p>๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๕</p>	
<p>เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัย</p>	
<p>เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	
<p>อ้างอิง หนังสือที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๐๔๐ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕</p>	
<p>ตามหนังสือที่อ้างถึงเรื่องตรีหญิงจันทร์ พูลพิพัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้เป็นโรคมะเร็งเต้านม” นิสิตมีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือการวิจัยของนายสุรกิจ พรชัย นักศึกษาหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาการ-โรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ความละเอียดทราบแล้วนั้น</p>	
<p>ในการนี้ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้พิจารณาแล้ว อนุญาตให้นิสิต ตรีหญิงจันทร์ พูลพิพัฒน์ ใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าวได้</p>	
<p>จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ</p>	
<p>เรียน รองคณบดี เพื่อทราบ และสำเนาเอกสารให้นิสิตดำเนินการต่อไป</p>	<p>ขอแสดงความนับถือ</p>
<p>2 พฤศจิกายน 2565 เวลา 13:52</p>	
	<p>(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย) ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ</p>
<p>2 พฤศจิกายน 2565 เวลา 14:49</p>	
<p>รับทราบและโปรดแจ้งนิต เพื่อทราบและดำเนินการต่อไป</p>	
	
<p>4 พฤศจิกายน 2565</p>	
<p>ตอบกลับเรื่องตรีหญิงจันทร์ พูลพิพัฒน์</p>	

Dear Prof. Dr. Mehnert. A

My name is Ms. Jantorn Pullpipat a graduate student form Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Locate in Bangkok, Thailand. I am now working on the thesis with the topic of "Factor predicting time to first hospital visit among persons with breast cancer"

I am very interested your article "Fear of progression in breast cancer patients-validation of the short form of the Fear of Progression Questionnaire (FoP-Q-SF)"

As your article is related to my studies, I would like to request for your permission to use you're The Fear of Progression Questionnaire-Short Form Thai version which translate by Dara Wongkuan and request for permission to appropriately modify fit the context.

Thank you very much and look forward your response.

Best regard,
Ms. Jantorn Pullpipat



Mehnert, Anja <Anja.Mehnert@medizin.uni-leipzig.de>

To: You



PA_F12_Englisch.pdf

109 KB



Start reply with:

[This is great, thank you so much!](#)

[Thank you!](#)

[This is great, thank you!](#)

[Feedback](#)

Hi Jantorn,


Please feel free to use and adapt/translate the questionnaire.

Kind regards,

Anja





	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ Research Ethics Committee Naval Medical Department	
	เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval : COA)	NMD 03.2_R05 No.059 COA-NMD-REC 057/65 Expedited Review

โครงการวิจัย และเอกสารประกอบตามรายการที่แสดงด้านล่างนี้ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือแล้ว มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนข้อบังคับและข้อกำหนดของกรมแพทย์ทหารเรือ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม (FACTORS PREDICTING TIME TO FIRST HOSPITAL VISIT AMONG PERSONS WITH BREAST CANCER.)
ชื่อหัวหน้าโครงการ	เรือตรีหญิงจันทร์ พูลพิพัฒน์
หน่วยงานที่สังกัด	โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ
รหัสโครงการ	RP031/65
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ
รายการเอกสารที่รับรอง	1) โครงการวิจัย (Version 2, วันที่ 5 ต.ค.2565) 2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Version 2, วันที่ 5 ต.ค.2565) 3) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Version 2, วันที่ 5 ต.ค.2565) 4) เครื่องมือแบบสอบถาม (Version 1, วันที่ 24 ส.ค.2565)
วันที่รับรอง	11 ตุลาคม 2565
วันหมดอายุ	10 ตุลาคม 2566

นาวาเอก 

(วารินทร์ ปงกัณฑ์)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พร.





ที่ สธ ๐๓๓๕.๓/๓๓๕๕

โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
๓๐๐ หมู่ ๒ ถ.พระยาเสด็จ
ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๐๐๐

๐๒ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอแจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบรับรองโครงการ

๒. เอกสารรับรอง ภาษาไทย ๑ ฉบับ ภาษาอังกฤษ ๑ ฉบับ

ตามที่เรอตรีหญิงจันทร์ ทูลพิพัฒน์ กำลังศึกษาชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ส่งโครงการวิจัยตามรายละเอียดข้างท้าย เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัย
ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

หมายเลขโครงการ : ๐๒๓/๖๕

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจ
ครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

ในการนี้ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี อนุมัติให้ดำเนินการดังกล่าวได้ ทั้งนี้ได้แนบเอกสาร
รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี มาด้วยแล้วและหากมีการปรับ
แก้ไข / เปลี่ยนแปลงโครงการวิจัย ขอให้นักวิจัยแจ้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาล
มะเร็งชลบุรีทราบ เพื่อดำเนินการต่อไป และขอให้รายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการ
หลังจากดำเนินการ ทุกเดือนมกราคมของทุกปีหรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากดำเนินการเสร็จสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายปิยวัฒน์ เลาวทูตานนท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

กลุ่มงานวิจัย ถ่ายทอดและสนับสนุนวิชาการ

โทร. ๐-๓๘๕๕-๕๕๕๖ ต่อ ๑๔๖

โทรสาร. ๐-๓๘๕-๕๕๐๖๖



เอกสารรับรอง

จาก


คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
เลขที่ 19/2565

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม
ชื่อหัวหน้าโครงการ	เรือดรีหญิงจันทร์ พูลพิพัฒน์
หน่วยงานที่สังกัด	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	021/65
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จังหวัดชลบุรี
เอกสารที่รับรอง	- แบบเสนอโครงการวิจัย - หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย - เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย - แบบสอบถาม
วันที่รับรองโครงการ	6 ตุลาคม 2565
วันที่หมดอายุ	5 ตุลาคม 2566

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสารดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ และการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี

ลงนาม^{ศาสตราจารย์} วิจารณ์ประเสริฐ
(ทันตแพทย์หญิงอรพินท์ โชคชัยธรรม)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ Research Ethics Committee Naval Medical Department	
	เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับการวิจัย	NMD 04.5 R04 หน้า 1 จาก 4 หน้า

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

ชื่อผู้วิจัย เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์

สังกัด จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทุน ไม่มี

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย


ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น**ความสมัครใจ**ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลบลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย ของผู้ที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

ที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

ปัจจุบันอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงทั่วโลก แม้ว่ามะเร็งเต้านมจะเป็นโรคที่ป้องกันการเกิดได้ยาก เนื่องจากไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคที่แน่ชัดและเป็นสาเหตุการตายในอัตราที่สูงก็ตาม แต่ก็ยังเป็นโรคที่สามารถรักษาได้และการพยากรณ์โรคค่อนข้างดีถ้าสามารถตรวจพบและให้การรักษาดังแต่ในระยะแรกที่ยังมีขนาดเล็กและยังไม่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง ช่วยให้มีโอกาสหายขาดมากขึ้นเมื่อเทียบกับการตรวจพบก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่หรือกระจายไปต่อมน้ำเหลือง ซึ่งการตรวจเพื่อคัดหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกเป็นสิ่งสำคัญเพราะเป็นการตรวจหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ถึงแม้ความก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบันและการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทำให้สามารถค้นพบโรคมะเร็งได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก แต่ยังคงพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีระยะเวลามาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจมะเร็งเต้านมครั้งแรกยาวนาน ส่งผลให้โรคมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองและแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น โอกาสในการรักษาให้หายขาดจึงลดลง

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จึงสนใจศึกษาว่าระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมเป็นอย่างไร มีปัจจัยใดบ้างที่สามารถร่วมทำนายระยะเวลาการมา

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ Research Ethics Committee Naval Medical Department	
	เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับการวิจัย	NMD 04.5_R04 หน้า 2 จาก 4หน้า

โรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม เพื่อเป็นข้อมูลที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลที่เร็วขึ้น และได้รับการตรวจรักษาตั้งแต่โรครอยู่ในระยะเริ่มต้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมกับระยะของโรคและชะลอการลุกลามของโรค เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและการพยากรณ์โรคที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

จากปัจจัยด้านอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. เพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป จนถึงอายุ 60 ปีบริบูรณ์
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมในทุกระยะของโรค
3. สามารถจดจำวันแรกที่มีอาการผิดปกติที่เต้านมและวันแรกที่มาตรวจที่โรงพยาบาลได้
4. ระดับความรู้สึกรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้
5. ยินยอมและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้


1. มีโรคมะเร็งร่วมอื่น
2. มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต
3. ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแต่เจอความผิดปกติจากการตรวจสุขภาพหรือMammogram

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยที่ทำการศึกษาในประเทศไทย ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โดยกำหนดจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย 110 คน คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยจากโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จำนวน 69 คน และโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 41 คน

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งทั้งหมด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน โดยผู้วิจัยจะเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัย 1 ครั้งในวันที่มาตรวจหรือมารับการรักษาที่โรงพยาบาล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทำการตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียว

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ Research Ethics Committee Naval Medical Department	
	เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับการวิจัย	NMD 04.5 R04 หน้า 3 จาก 4 หน้า

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแนะนำตัว ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ท่านรับทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาและจะไม่มีผลใดๆ ในภายหลังทั้งสิ้น

ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามแต่ละส่วนให้ท่านเข้าใจและขอให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เป็นการตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียวเป็นอันเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลการวิจัย

ความไม่สบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกันแก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

ท่านอาจต้องเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามที่ใช้เวลาโดยประมาณ 15-20 นาที ในระหว่างที่รอพบแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยพยายามจะให้เกิดการรบกวนเวลาของท่านน้อยที่สุด โดยมีการประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินระดับความปวด และประเมินสัญญาณชีพ ของอาสาสมัครก่อนการตอบแบบสอบถาม เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น หากในระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัยอาสาสมัครมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง มีอาการเหนื่อยหอบ เป็นต้น ขอให้ญาติหรืออาสาสมัครรายงานให้ผู้วิจัยทราบโดยเร็ว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่จะได้รับเพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาเร็งเต้านมคัดสินใจมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจครั้งแรกที่รวดเร็วขึ้นจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและการพยากรณ์โรคที่ดีขึ้น ซึ่งท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ค่าตอบแทนการเข้าร่วมโครงการวิจัย


ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผู้วิจัยจะมอบชุดของขวัญสเปร์ยแอลกอฮอล์ขนาดเล็กให้ท่านละ 1 ชุดเป็นของที่ระลึก

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องรับผิดชอบ

การมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบบ้าง ต่อการดูแลรักษาหรือสิทธิที่พึงมีโดยท่านจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ Research Ethics Committee Naval Medical Department
	เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับการวิจัย

NMD 04.5 R04
หน้า 4 จาก 4 หน้า

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่

เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ หมายเลขโทรศัพท์ 092-4727637 หากเกิดความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรง และผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือกับผู้เข้าร่วมวิจัยตามความเหมาะสม

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

หากท่านมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยท่านสามารถติดต่อ เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ ที่อยู่ 163 หมู่ 1 ตำบลพลูดาวหลวง อำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี 20180 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 038-933917 โทรศัพท์มือถือ 092-4727637 E-mail taew nurse38@gmail.com ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง


หากท่านรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

(เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ ที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ อาคารกองบังคับการ กรมแพทย์ทหารเรือ ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน บุคคโล ธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทร./โทรสาร 0-2475-2705, E-mail : rec@nmd.go.th)

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล ที่อยู่ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเป็นรายบุคคล มีมาตรการในการเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยนี้เป็นความลับ ไม่มีการนำข้อมูลนี้ไปเปิดเผยต่อผู้อื่น โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเพียงผู้เดียว และจะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยในภาพรวม ไม่ระบุเป็นรายบุคคล อาจมีการตีพิมพ์และสรุปผลเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น และหากท่านมีอาการหรือความผิดปกติต่างๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่ ผู้วิจัยจะขอยุติการดำเนินการวิจัยทันที

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ Research Ethics Committee Naval Medical Department
	หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

NMD-04.6_R05

หน้า 1 จาก 1 หน้า

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....
ได้รับทราบโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรค
มะเร็งเต้านม

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของ
การวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่าง
ละเอียด ได้มีโอกาสซักถามและได้คำตอบเป็นที่พอใจแล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือขู่ขู่

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ซึ่งการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผล
ต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ

ผู้วิจัยรับรองว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยใน
ภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่นักวิจัยเก็บไว้ เป็นส่วนตัว
ข้าพเจ้าเอง 1 ชุด

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และลงนามในใบยินยอมด้วยความ
เต็มใจ โดยการลงนามนี้ข้าพเจ้าไม่ได้สละสิทธิใดๆ ที่ข้าพเจ้าพึงมีตามกฎหมาย

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ลงชื่อ.....

(เรือตรีหญิงจันทร์ พูลพิพัฒน์)

ผู้ดำเนินโครงการวิจัย

วัน-เดือน-ปี.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออกแต่พึงเข้าใจ

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยอ่านข้อความในเอกสารข้อมูลและขอความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟัง
จนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในหนังสือนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม/พิมพ์ลายนิ้วมือผู้เข้าร่วมการวิจัย.....วัน-เดือน-ปี.....

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม
วันที่ชี้แจง.....

ชื่อผู้วิจัย เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์

สถานที่ทำงานของผู้วิจัย หอผู้ป่วยอายุรเวชกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เลขที่ 163 หมู่ 1
ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี 20180

ชื่อผู้วิจัยร่วม ไม่มี

ผู้ให้ทุนวิจัย ไม่มี

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น**ความสมัครใจ**ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็ จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้ จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย ของผู้ที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

ปัจจุบันอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับหนึ่งในผู้หญิงทั่วโลก แม้ว่ามะเร็งเต้านมจะเป็นโรคที่ป้องกันการเกิดได้ยาก เนื่องจากไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคที่แน่ชัดและเป็นสาเหตุการตายในอัตราที่สูงก็ตาม แต่ก็ เป็นโรคที่สามารถรักษาได้และการพยากรณ์โรคค่อนข้างดีถ้าสามารถตรวจพบและให้การรักษาดังแต่ในระยะแรก ที่ก้อนมีขนาดเล็กและยังไม่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง ช่วยให้มีโอกาสหายขาดมากขึ้นเมื่อเทียบกับการตรวจพบ ก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่หรือกระจายไปต่อมน้ำเหลือง ซึ่งการตรวจเพื่อค้นหา มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป็นการตรวจหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

ถึงแม้ความก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบันและการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมทำให้สามารถค้นพบโรคมะเร็งได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก แต่ยังคงพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีระยะเวลามาโรงพยาบาลเพื่อรับ

การตรวจมะเร็งเต้านมครั้งแรกยาวนาน ส่งผลให้โรคมะเร็งกระจายไปต่อมน้ำเหลืองและแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น โอกาสในการรักษาให้หายขาดจึงลดลง

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จึงสนใจศึกษาว่าระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมเป็นอย่างไร มีปัจจัยใดบ้างที่สามารถร่วมทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม เพื่อเป็นข้อมูลที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลที่เร็วขึ้น และได้รับการตรวจรักษาตั้งแต่โรครอยู่ในระยะเริ่มต้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมกับระยะของโรคและชะลอการลุกลามของโรค เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและการพยากรณ์โรคที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

จากปัจจัยด้านอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป จนถึงอายุ 60 ปีบริบูรณ์
2. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมในทุกระยะของโรค
3. ผู้ป่วยสามารถจดจำวันแรกที่มีอาการผิดปกติที่เต้านมและวันแรกที่มาตรวจที่โรงพยาบาลได้
4. ระดับความรู้ สิกตัวดี โดยประเมินจาก European Cooperative Oncology Group (ECOG)

Performance status อยู่ในระดับ 0-2

5. ผู้ป่วยที่มีอาการปวดต้องมีระดับความปวดน้อยกว่า 3 คะแนน
6. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้
7. ผู้ป่วยยินยอมและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีโรคมะเร็งร่วมอื่น
2. มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยที่ทำการศึกษาในประเทศไทย ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โดยกำหนดจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย 110 คน คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยจากโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จำนวน 69 คน และโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 41 คน

REC-CCH-06

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นัด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน โดยผู้วิจัยจะเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัย 1 ครั้งในวันที่มาตรวจหรือมารับการรักษาที่โรงพยาบาล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทำการตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียว

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแนะนำตัว ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ท่านรับทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาและจะไม่มีผลใดๆในภายหลังทั้งสิ้น

ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามแต่ละส่วนให้ท่านเข้าใจและขอให้ท่านตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเป็นการตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียวเป็นอันเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลการวิจัย

ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกันแก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

ท่านอาจต้องเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามที่ใช้เวลาโดยประมาณ 15-20 นาที ในระหว่างที่รอพบแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยพยายามจะให้เกิดการรบกวนเวลาของท่านน้อยที่สุด โดยมีการประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินระดับความปวด และประเมินสัญญาณชีพ ของอาสาสมัครก่อนการตอบแบบสอบถาม เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น หากในระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัยอาสาสมัครมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง มีอาการเหนื่อยหอบ เป็นต้น ขอให้ญาติหรืออาสาสมัครรายงานให้ผู้วิจัยทราบโดยเร็ว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

1. ด้านการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมตัดสินใจมาโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจครั้งแรกที่รวดเร็วขึ้น
2. ด้านเศรษฐกิจ เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมมีระยะเวลาในการมาโรงพยาบาลเร็วขึ้นจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและการพยากรณ์โรคที่ดีขึ้น เป็นการใช้ทรัพยากรทางด้านสุขภาพอย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด
3. ด้านการศึกษาวิจัยเพื่อใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนางานวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่อไป

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

การมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผู้วิจัยจะมอบชุดของขวัญสเปรย์แอลกอฮอล์ขนาดเล็กให้ท่านละ 1 ชุดเป็นของที่ระลึก

REC-CCH-06

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบใดๆ ต่อการดูแลรักษาหรือสิทธิที่พึงมีโดยท่านจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใคร และจะได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ หมายเลขโทรศัพท์ 092-4727637 โดยผู้วิจัยจะให้การดูแลกับผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเต็มที่

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม

หากท่านมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยท่านสามารถติดต่อ เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ ที่อยู่ 48/82 หมู่ 11 ตำบลบางเสร่ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี 20250 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 038-933917 โทรศัพท์มือถือ 092-4727637 E-mail taew nurse38@gmail.com ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง

หากท่านรู้สึกว่าจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

คณะกรรมการวิชาการและพิจารณาวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีอยุธยา โทรศัพท์ 038 - 455456 ต่อ

146

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล ที่อยู่ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเป็นรายบุคคล มีมาตรการในการเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยนี้เป็นความลับ ไม่มีการนำข้อมูลนี้ไปเปิดเผยต่อผู้อื่น โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเพียงผู้เดียว และจะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยในภาพรวม ไม่ระบุเป็นรายบุคคล อาจมีการตีพิมพ์และสรุปผลเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น และหากท่านมีอาการหรือความผิดปกติต่างๆที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะขอยุติการดำเนินการวิจัยทันที

REC-CCH-05

**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)
รับรองโดยคณะกรรมการวิชาการและพิจารณาวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี**

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....
ได้รับทราบโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม
วันที่ลงนาม/...../.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจและไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือขู่

ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลและได้รับค่าชดเชย ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่นักวิจัยเก็บไว้ เป็นส่วนตัวข้าพเจ้าเอง 1 ชุด

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....

(เรือดรีหญิงจันทร์ พูลพิพัฒน์)

ผู้ดำเนินโครงการวิจัย

โทรศัพท์ 092-4727637

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

โทรศัพท์.....



เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าคำตอบที่ท่านเลือกหรือกรอกข้อความลงในช่องว่างให้ครบถ้วน

1. อายุ.....ปี (จำนวนปีเต็ม)

2. รายได้

 ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน 10,001-15,000 บาท/เดือน 15,001-20,000 บาท/เดือน 20,001-25,000 บาท/เดือน 25,000 บาท/เดือนขึ้นไป

3. รายได้ของครอบครัวหลังหักค่าใช้จ่าย

 ไม่พอใช้ ต้องกู้ยืม เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ ไม่พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม เพียงพอ เหลือเก็บ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระยะเวลาการมาโรงพยาบาล

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าคำตอบที่ท่านเลือกหรือกรอกข้อความลงในช่องว่างให้ครบถ้วน

1. อาการผิดปกติที่ท่านสังเกตพบครั้งแรก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

 คลำพบก้อน มีอาการเจ็บที่เต้านม เต้านมมีรูปร่างผิดปกติหรือเต้านม 2 ข้างไม่เท่ากัน หัวนมบุ๋ม ผิวหนังบริเวณเต้านมบวมแดง ผิวหนังบริเวณเต้านมมีลักษณะคล้ายผิวส้ม มีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลออกจากหัวนม ปวดกระดูก มีความผิดปกติทางสมอง

2. ท่านพบอาการผิดปกติครั้งแรก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

3. หลังจากพบอาการผิดปกติท่านมารับการตรวจครั้งแรก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือของข้อความให้ตรงกับความรู้ ความเข้าใจของท่าน

ถูก หมายถึง ข้อความดังกล่าวถูกต้องตามความรู้ ความเข้าใจของท่าน

ผิด หมายถึง ข้อความดังกล่าวไม่ถูกต้องตามความรู้ ความเข้าใจของท่าน

ไม่ทราบ หมายถึง ท่านไม่ทราบหรือไม่แน่ใจว่าข้อความดังกล่าวถูกต้องหรือไม่

ข้อ	ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1	มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิง			
2	โรคมะเร็งเต้านม พบได้บ่อยในสตรีช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป			
3	มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อของเนื้อเยื่อบริเวณเต้านม			
4	อาการเริ่มแรกของมะเร็งเต้านม คือ คลำพบก้อนเล็กๆที่เต้านมโดยไม่มีอาการเจ็บปวด			
5	อาการผิดปกติที่เต้านมที่ควรมาพบแพทย์ คือ คลำพบก้อนห้วงนมบวม มีเลือดไหลออกจากหัวนม			
6	มะเร็งเต้านมในระยะลุกลามสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ เช่น ตับ ปอด กระดูก			
7	โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้			
8	การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีค้นหา มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกที่ย่างและประหยัดที่สุด			
9	การตรวจพบโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกมีโอกาสรักษาให้หายขาดได้			
10	โรคมะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจายไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้			
11	อาการของมะเร็งเต้านมที่รุนแรง มีอาการเจ็บที่เต้านม			
12	ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการที่สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา

คำชี้แจง โปรดเลือกข้อความที่คิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยมีความรู้สึกนั้นเลย
นานๆครั้งหมายถึง		ท่านมีความรู้สึกนั้นนานๆครั้ง
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกนั้นเป็นบางครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกนั้นเป็นประจำ
เป็นประจำ	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกนั้นเกือบตลอดเวลา

ข้อ	ข้อความ	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็น ประจำ
1	ฉันรู้สึกกระวนกระวายใจเมื่อคิดว่าจะเป็นโรคมะเร็งเต้านม					
2	ฉันไม่สบายใจก่อนมาพบแพทย์ครั้งแรกเพื่อตรวจวินิจฉัย					
3	ฉันกลัวว่าการเป็นมะเร็งเต้านมจะทำให้เกิดความเจ็บปวด					
4	ฉันกลัวว่าจะทำงานได้ไม่เต็มที่ถ้าได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม					
5	เมื่อฉันรู้สึกกลัวผลการตรวจวินิจฉัย ฉันจะมีอาการหัวใจเต้นเร็ว ปวดท้อง และกระสับกระส่าย					
6	ฉันกลัวว่าลูกของฉันอาจเกิดโรคมะเร็งเต้านมเหมือนฉัน					
7	ฉันกลัวการต้องพึ่งพาคนอื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน					
8	ฉันกลัวว่า เมื่อ ณ เวลาหนึ่ง ฉันจะทำงานอดิเรกต่างๆต่อไปอีกไม่ได้					
9	ฉันกลัวผลข้างเคียงจากการรักษา					
10	ฉันกลัวว่ายาที่รักษาจะเป็นอันตรายต่อร่างกายของฉัน					
11	ฉันกังวลเกี่ยวกับครอบครัวหากมีบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้นกับฉัน					
12	ฉันกลัวว่าถ้าเป็นโรคมะเร็งเต้านมฉันจะทำงานต่อไปอีกไม่ได้					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือของข้อความให้ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้รับ

	<p>เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ ด้าน วัตถุประสงค์ของและเวลา ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผลจากบุคคล ในครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ตรงกับ ข้อความนั้นมากที่สุด</p>
เป็นจริง	<p>หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ ด้าน วัตถุประสงค์ของและเวลา ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผลจากบุคคล ในครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ตรงกับ ข้อความนั้น</p>
ไม่แน่ใจ	<p>หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารหรือ คำแนะนำด้านวัตถุประสงค์ของและเวลา ด้านอารมณ์ ด้านการ ประเมินผลจากบุคคลในครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือบุคลากรทาง การแพทย์</p>
เป็นจริงน้อย	<p>หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ ด้าน วัตถุประสงค์ของและเวลา ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผลจากบุคคล ในครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ตรงกับ ข้อความนั้นน้อย</p>
ไม่เป็นจริง	<p>หมายถึง ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ ด้าน วัตถุประสงค์ของและเวลา ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผลจากบุคคล ในครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์เลย</p>

ข้อ	ข้อความ	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง	ไม่แน่ใจ	เป็นจริง น้อย	ไม่เป็น จริง
1	ด้านข้อมูลข่าวสาร ท่านได้รับทราบข้อมูลความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมในระยะลูกกลม่าทำให้เสียชีวิตได้					
2	ท่านได้รับความรู้ว่าโรคมะเร็งเต้านมถ้าเป็นในระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายได้					
3	ท่านได้รับคำแนะนำถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมว่าเป็นการตรวจหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรก					
4	ท่านได้รับคำแนะนำให้ไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมอย่างน้อย 1 ครั้ง ทุกๆ 1 ปี ถึงแม้ท่านไม่มีความผิดปกติใดๆ					
5	ท่านได้รับคำแนะนำหรือ คำชี้แนะเกี่ยวกับสถานที่ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม					
6	ด้านวัตถุดิบของ เวลา ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในการไปตรวจมะเร็งเต้านมที่โรงพยาบาลเมื่อท่านไม่มียานพาหนะในการเดินทาง					
7	ท่านเคยได้รับคำแนะนำ หรือ เอกสาร/แผ่นพับ เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม					

ข้อ	ข้อความ	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง	ไม่แน่ใจ	เป็นจริง น้อย	ไม่เป็น จริง
8	ท่านเคยได้รับรางวัลหรือของ แจก เป็นสิ่งจูงใจให้ท่านไป ตรวจมะเร็งเต้านม					
9	ท่านเคยได้รับการอำนวยความสะดวก สะดวกในการตรวจมะเร็ง เต้านม					
10	ด้านอารมณ์ ท่านได้รับความห่วงใยจาก สมาชิกในครอบครัวเมื่อท่าน ตรวจพบความผิดปกติที่เต้านม เช่น คลำพบก้อน					
11	ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่จาก สมาชิกในครอบครัวด้วยการ พาไปตรวจหรือบอกให้ไปตรวจ มะเร็งเต้านม					
12	เพื่อนเคยให้กำลังใจท่านให้มา พบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย เมื่อ ท่านมีอาการผิดปกติที่เต้านม หรือคลำพบก้อนที่เต้านม					
13	ท่านได้รับการพูดคุยให้กำลังใจ ในการตรวจคัดกรองมะเร็ง เต้านมว่าไม่เจ็บ ใช้เวลาตรวจ ไม่นาน					
14	ท่านได้รับการเอาใจใส่และรับ ฟังอาการของท่านจากแพทย์ หรือพยาบาล ขณะที่เข้ารับการ ตรวจมะเร็งเต้านม					

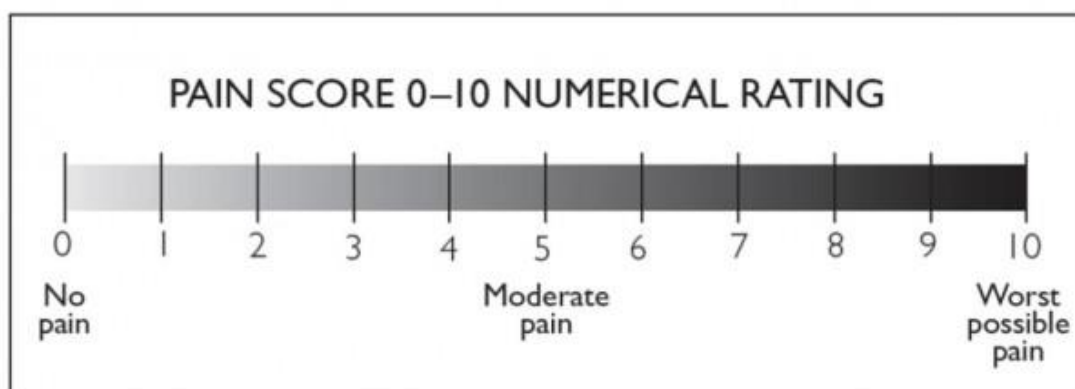
ข้อ	ข้อความ	เป็นจริง มากที่สุด	เป็นจริง	ไม่แน่ใจ	เป็นจริง น้อย	ไม่เป็น จริง
15	ด้านการประเมิน ท่านเคยได้พูดคุยแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการตรวจมะเร็ง เต้านม					
16	ท่านเคยได้รับคำแนะนำจาก บุคลากรทางการแพทย์ว่าการ ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมมี ความคุ้มค่ากว่าการรักษา มะเร็งเต้านม					
17	การนัดตรวจสุขภาพของแพทย์ หรือพยาบาลเป็นการกระตุ้นให้ ท่านไปรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งเต้านมทุก 1 ปี					
18	ท่านทราบว่า การตรวจคัดกรอง มะเร็งเต้านมเป็นการตรวจ สุขภาพประจำปีอย่างหนึ่ง					

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบประเมิน Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance status

Score	Patient Status
0	ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ ไม่มีอาการของโรค
1	ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ มีอาการแสดงของโรคน้อย
2	มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม และมีอาการแสดงของโรค
3	ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง อยู่บนเตียง > 50% ของเวลา 1 วัน
4	ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมาก ใช้เวลาทั้งวันอยู่บนเตียง

2. แบบประเมินความปวด Numeric Rating Scale



ระดับความเจ็บปวดแบบ Numeric Rating Scale (NRS) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย, ขยับตัวก็ไม่ปวด

คะแนน 1 – 3 หมายถึง ปวดเล็กน้อยพอทนได้นอนเฉยๆไม่ปวด, ขยับแล้วปวดเล็กน้อย

คะแนน 4 –6 หมายถึง ปวดปานกลางนอนเฉยๆก็ปวด, ขยับก็ปวด

คะแนน 7-10 หมายถึง ปวดมากที่สุดจนทนไม่ได้แม้อนนิ่งๆ



ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๓๗๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมทุกระยะของโรค อายุระหว่าง ๑๘-๖๐ ปี เพศหญิง ที่มาตรวจ ที่โรงพยาบาลครั้งแรกหรือมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมคลินิกเต้านม และแผนกเคมีบำบัด จำนวน ๓๐ คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกระยะเวลาการมาโรงพยาบาล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม แบบสอบถามความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิต)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษาฯ

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๓

เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ โทร. ๐๙-๒๔๗๒-๗๖๓๗



ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๓๗๔

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมทุกระยะของโรค อายุระหว่าง ๑๘-๖๐ ปี เพศหญิง ที่มาตรวจ ที่โรงพยาบาลครั้งแรกหรือมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคัดกรองคลินิกเต้านม และแผนกเคมีบำบัด จำนวน ๔๑ คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกระยะเวลาการมาโรงพยาบาล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม แบบสอบถามความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อ นิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. ๐๒-๒๑๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต โทร. ๐๒-๒๑๑๘-๑๑๓๓

เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ โทร. ๐๙-๒๔๗๒-๗๖๓๗

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๓๗๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจครั้งแรกของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมในระยะของโรค อายุระหว่าง ๑๘-๖๐ ปี เพศหญิง ที่มาตรวจที่โรงพยาบาลครั้งแรกหรือมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมคลินิกเต้านม และแผนกเคมีบำบัด จำนวน ๓๐ คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกระยะเวลาการมาโรงพยาบาล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม แบบสอบถามความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา และแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาฯชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. ๐๒-๒๑๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต โทร. ๐๒-๒๑๑๘-๑๑๓๓

เรือตรีหญิง จันทร พูลพิพัฒน์ โทร. ๐๙-๒๔๗๒-๗๖๓๗



ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และค่า KR-20 ของการทดลองใช้ เครื่องมือวิจัย (n=30)

1. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

การคำนวณ KR-20 $r = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right) = \left(\frac{12}{12-1} \right) \left(1 - \frac{1.39}{0.85} \right)$ ได้ค่า r = 0.70

คนที่/ข้อที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	X	X ²
1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	10	100
2	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	8	64
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	10	100
4	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	10	100
5	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	11	121
6	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	10	100
7	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	9	81
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	11	121
9	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	9	81
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	144
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	11	121
12	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	10	100
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	11	121
14	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	10	100
15	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	9	81
16	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	10	100
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	10	100
18	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	9	81
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	10	100
20	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	10	100
21	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	8	64

22	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	10	100
23	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	9	81
24	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	9	81
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	11	121
26	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	121
27	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	10	100
28	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9	81
29	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
30	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	9	81
ตอบถูก	29	25	15	30	28	29	26	28	29	16	18	23	296	2946
p	0.97	0.83	0.50	1.00	0.93	0.97	0.87	0.93	0.97	0.53	0.60	0.77		
q	0.03	0.17	0.50	0.00	0.07	0.03	0.13	0.07	0.03	0.47	0.40	0.23		
pq	0.03	0.14	0.25	0.00	0.06	0.03	0.12	0.06	0.03	0.25	0.24	0.18	$S^2=0.85$	

2. แบบสอบถามความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.880	.882	12

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
F1	31.63	78.585	.537	.638	.873
F2	31.73	73.168	.664	.708	.865
F3	31.70	73.597	.729	.734	.861
F4	31.77	72.875	.769	.832	.859
F5	32.47	77.637	.505	.553	.874
F6	32.13	77.430	.416	.552	.881
F7	31.77	79.702	.380	.691	.882
F8	32.00	76.138	.602	.593	.869
F9	31.33	75.678	.614	.698	.868
F10	31.73	75.857	.547	.715	.872
F11	31.53	77.706	.546	.535	.872
F12	32.27	73.375	.642	.600	.866

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
34.73	89.444	9.457	12

3. แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.808	.813	18

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
S1	67.17	77.247	.121	.651	.818
S2	66.17	79.178	.101	.852	.813
S3	66.43	70.668	.499	.929	.791
S4	66.70	66.424	.615	.897	.782
S5	67.10	64.852	.661	.878	.777
S6	67.57	75.840	.146	.722	.820
S7	67.17	65.178	.659	.713	.778
S8	69.00	77.241	.185	.704	.810
S9	67.20	72.372	.377	.542	.800
S10	65.83	78.833	.371	.752	.804
S11	65.83	79.454	.277	.852	.806
S12	66.07	80.064	.130	.537	.809
S13	66.47	74.740	.349	.734	.801
S14	66.10	77.886	.374	.861	.802
S15	66.23	79.082	.160	.827	.809
S16	66.97	67.275	.705	.833	.777
S17	66.70	68.286	.684	.869	.780
S18	66.63	68.240	.663	.885	.780

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
70.67	81.471	9.026	18

ตารางที่ 10 แสดงร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรทำนายและระยะเวลาการมา
โรงพยาบาล

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
age	110	28	32	60	47.65	.705	7.394	54.671
economic	110	3	1	4	2.89	.095	.999	.997
Knowledge	110	8	4	12	8.47	.188	1.971	3.885
Fear	110	48	12	60	34.75	.987	10.354	107.201
Social	110	45	40	85	68.82	.894	9.372	87.838
time	110	1498	1	1499	119.45	21.187	222.215	49379.333
Valid N (listwise)	110							



ตารางที่ 11 แสดงความถี่ของความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม จำแนกตามรายข้อ (n=110)

ข้อ	ข้อความ	ถูก (ร้อยละ)	ผิด/ไม่ทราบ (ร้อยละ)
1	มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งใน เพศหญิง	94.5	5.5
2	โรคมะเร็งเต้านม พบได้บ่อยในสตรีช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป	70.0	30.0
3	มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อของเนื้อเยื่อ บริเวณเต้านม	33.6	66.4
4	อาการเริ่มแรกของมะเร็งเต้านม คือ คลำพบก้อนเล็กๆ ที่เต้านมโดยไม่มีอาการเจ็บปวด	90.9	9.1
5	อาการผิดปกติที่เต้านมที่ควรมาพบแพทย์ คือ คลำพบก้อน ห้วงนมบวม มีเลือดไหลออกจากห้วงนม	89.1	10.9
6	มะเร็งเต้านมในระยะลุกลามสามารถแพร่กระจายไปยัง อวัยวะอื่นๆ เช่น ตับ ปอด กระดูก	83.6	16.4
7	โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม ได้	74.5	25.5
8	การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีค้นหาะเร็งเต้านมใน ระยะเริ่มแรกที่ยากและประหยัดที่สุด	90.0	10.0
9	การตรวจพบโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกมีโอกาสรักษา ให้หายขาดได้	90.9	9.1
10	โรคมะเร็งเต้านมในระยะแพร่กระจายไม่สามารถรักษาให้ หายขาดได้	33.6	66.4
11	อาการของมะเร็งเต้านมที่รุนแรง มีอาการเจ็บที่เต้านม	37.3	62.7
12	ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการที่สามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง เต้านมได้	59.1	40.9

ตารางที่ 12 แสดงความถี่ของความกลัวการวินิจฉัยและการรักษา จำแนกตามรายข้อ (n=110)

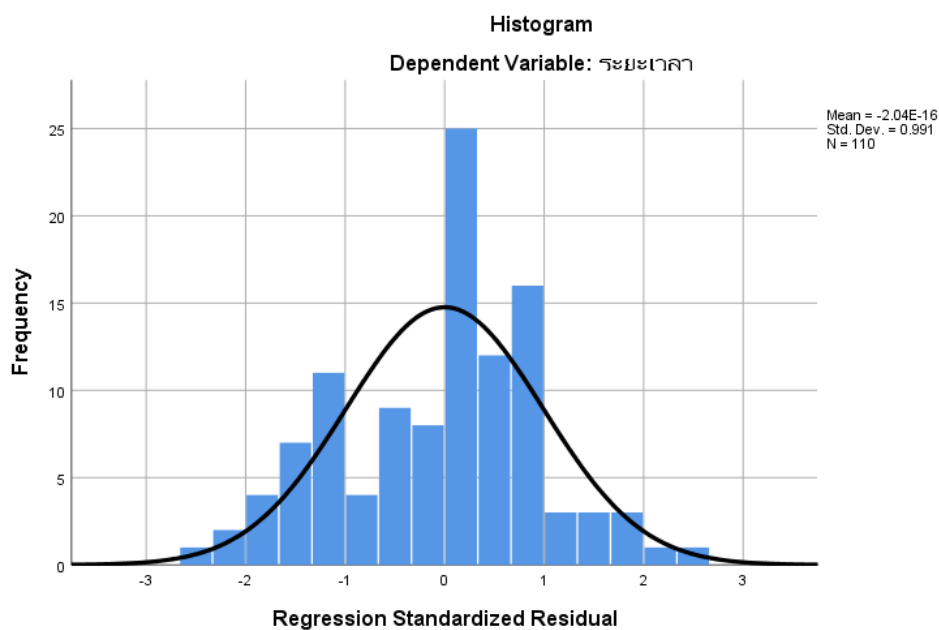
ข้อ	ข้อความ	ไม่เคย (ร้อยละ)	นานๆครั้ง (ร้อยละ)	เป็น บางครั้ง (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง (ร้อยละ)	เป็น ประจำ (ร้อยละ)
1	ฉันรู้สึกกระวนกระวายใจเมื่อคิดว่า จะเป็นโรคมะเร็งเต้านม	11.8	10.0	50.9	16.4	10.9
2	ฉันไม่สบายใจก่อนมาพบแพทย์ ครั้งแรกเพื่อตรวจวินิจฉัย	19.1	11.8	37.3	18.2	13.6
3	ฉันกลัวว่าการเป็นมะเร็งเต้านมจะ ทำให้เกิดความเจ็บปวด	17.3	16.4	36.4	20.0	10.0
4	ฉันกลัวว่าจะทำงานได้ไม่เต็มที่ถ้า ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม	15.5	13.6	31.8	24.5	14.5
5	เมื่อฉันรู้สึกกลัวผลการตรวจ วินิจฉัย ฉันจะมีอาการหัวใจเต้น เร็ว ปวดท้อง และกระสับกระส่าย	40.0	17.3	24.5	12.7	5.5
6	ฉันกลัวว่าลูกของฉันอาจเกิด โรคมะเร็ง เต้านมเหมือนฉัน	30.9	8.2	31.8	20.0	9.1
7	ฉันกลัวการต้องพึ่งพาคนอื่นในการ ทำกิจวัตรประจำวัน	15.5	19.1	22.7	27.3	15.5
8	ฉันกลัวว่า เมื่อ ณ เวลาหนึ่ง ฉัน จะทำงานอดิเรกต่างๆต่อไปอีก ไม่ได้	20.0	13.6	31.8	26.4	8.2
9	ฉันกลัวผลข้างเคียงจากการรักษา	12.7	14.5	28.2	24.5	20.0
10	ฉันกลัวว่ายาที่รักษาจะเป็น อันตรายต่อร่างกายของฉัน	21.8	20.0	25.5	19.1	13.6
11	ฉันกังวลเกี่ยวกับครอบครัวหากมี บางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้นกับฉัน	14.5	17.3	28.2	22.7	17.3
12	ฉันกลัวว่าถ้าเป็นโรคมะเร็งเต้านม ฉันจะทำงานต่อไปอีกไม่ได้	27.3	18.2	22.7	24.5	7.3

ตารางที่ 13 แสดงความถี่ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามรายข้อ (n=110)

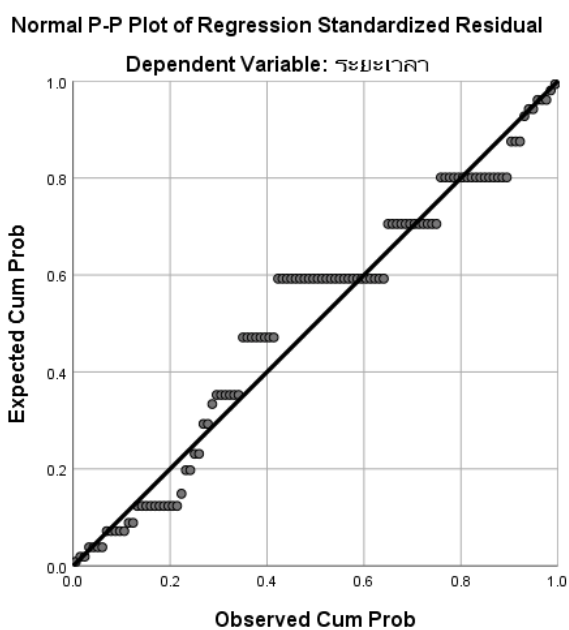
ข้อ	ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด (ร้อยละ)	เป็นจริง (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (ร้อยละ)	เป็นจริงน้อย (ร้อยละ)	ไม่เป็นจริง (ร้อยละ)
1	ด้านข้อมูลข่าวสาร ท่านได้รับทราบข้อมูลความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมในระยะลูกกลมว่าทำให้เสียชีวิตได้	19.1	35.5	25.5	9.1	10.9
2	ท่านได้รับความรู้ว่าโรคมะเร็งเต้านมถ้าเป็นในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายได้	51.8	37.3	4.5	5.5	0.9
3	ท่านได้รับคำแนะนำถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมว่าเป็นการตรวจหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรก	50.0	34.5	6.4	2.7	6.4
4	ท่านได้รับคำแนะนำให้ไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมอย่างน้อย 1 ครั้ง ทุกๆ 1 ปี ถึงแม้ท่านไม่มีความผิดปกติใดๆ	43.6	30.0	9.1	9.1	8.2
5	ท่านได้รับคำแนะนำหรือ คำชี้แนะเกี่ยวกับสถานที่ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม	21.8	45.5	12.7	8.2	11.8
6	ด้านวัตถุดิบของ เวลา ท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในการไปตรวจมะเร็งเต้านมที่โรงพยาบาลเมื่อท่านไม่มียานพาหนะในการเดินทาง	23.6	20.0	20.9	9.1	26.4
7	ท่านเคยได้รับคำแนะนำ หรือ เอกสาร/แผ่นพับ เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	30.0	35.5	13.6	11.8	9.1

ข้อ	ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด (ร้อยละ)	เป็นจริง (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (ร้อยละ)	เป็นจริง น้อย (ร้อยละ)	ไม่เป็นจริง (ร้อยละ)
8	ท่านเคยได้รับรางวัลหรือของแถม เป็นสิ่งจูงใจให้ท่านไปตรวจมะเร็ง เต้านม		1.8	15.5	12.7	70.0
9	ท่านเคยได้รับการอำนวยความสะดวก สะดวกในการตรวจมะเร็ง เต้านม	15.5	37.3	20.0	15.5	11.8
10	ด้านอารมณ์ ท่านได้รับความห่วงใยจากสมาชิกใน ครอบครัวเมื่อท่านตรวจพบความ ผิดปกติที่เต้านม เช่น คลำพบก้อน	75.5	24.5			
11	ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่จาก สมาชิกในครอบครัวด้วยการ พาไป ตรวจหรือบอกให้ไปตรวจมะเร็งเต้านม	75.5	22.7	0.9	0.9	
12	เพื่อนเคยให้กำลังใจท่านให้มาพบ แพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย เมื่อท่านมี อาการผิดปกติที่เต้านมหรือคลำพบ ก้อนที่เต้านม	56.4	38.2	2.7	0.9	1.8
13	ท่านได้รับการพูดคุยให้กำลังใจใน การตรวจคัดกรองมะเร็ง เต้านม ว่าไม่เจ็บ ใช้เวลาตรวจ ไม่นาน	40.0	43.6	9.1	2.7	4.5
14	ท่านได้รับการเอาใจใส่และรับฟัง อาการของท่านจากแพทย์หรือ พยาบาล ขณะที่เข้ารับการตรวจ มะเร็งเต้านม	51.8	46.4	0.9	0.9	

ข้อ	ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด (ร้อยละ)	เป็นจริง (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (ร้อยละ)	เป็นจริง น้อย (ร้อยละ)	ไม่เป็นจริง (ร้อยละ)
15	<u>ด้านการประเมิน</u> ท่านเคยได้พูดคุยแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการตรวจมะเร็งเต้านม	40.0	42.7	10.0	5.5	1.8
16	ท่านเคยได้รับคำแนะนำจาก บุคลากรทางการแพทย์ว่าการตรวจ คัดกรองมะเร็งเต้านมมีความคุ้มค่า กว่าการรักษามะเร็งเต้านม	26.4	33.6	20.0	7.3	12.7
17	การนัดตรวจสุขภาพของแพทย์หรือ พยาบาลเป็นการกระตุ้นให้ท่านไป รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ทุก 1 ปี	30.9	38.2	15.5	7.3	8.2
18	ท่านทราบว่า การตรวจคัดกรอง มะเร็งเต้านมเป็นการตรวจสุขภาพ ประจำปีอย่างหนึ่ง	35.5	40.0	10.0	7.3	7.3



ภาพที่ 3 แสดงการกระจายตัวของ Regression standardized residual



ภาพที่ 4 แสดง Normal P-P Plot of Regression standardized residual

ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยด้วยวิธี Stepwise

ตารางที่ 14 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุ (R) สัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) สัมประสิทธิ์การทำนายที่ปรับแก้ และการทดสอบนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทำนาย

Model Summary^c

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.453 ^a	.205	.198	.409	.205	27.855	1	108	.000	2.101
2	.511 ^b	.261	.247	.396	.056	8.081	1	107	.005	

a. Predictors: (Constant), ความรู้

b. Predictors: (Constant), ความรู้, การสนับสนุนทางสังคม

c. Dependent Variable: ระยะเวลา

ตารางที่ 15 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวน

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4.652	1	4.652	27.855	.000 ^b
	Residual	18.039	108	.167		
	Total	22.691	109			
2	Regression	5.919	2	2.960	18.881	.000 ^c
	Residual	16.772	107	.157		
	Total	22.691	109			

a. Dependent Variable: ระยะเวลา

b. Predictors: (Constant), ความรู้

c. Predictors: (Constant), ความรู้, การสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 16 แสดงตัวแปรที่ถูกคัดเข้าสมการทำนาย

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1 (Constant)	.286	.089		3.204	.002					
ความรู้	-.523	.099	-.453	5.278	.000	.453	.453	.453	1.000	1.000
2 (Constant)	-.069	.152		-.452	.652					
ความรู้	-.517	.096	-.447	5.379	.000	.453	.461	.447	.999	1.001
การสนับสนุนทางสังคม	-.392	.138	-.236	2.843	.005	.247	.265	.236	.999	1.001

a. Dependent Variable: ระยะเวลา

ตารางที่ 17 แสดงตัวแปรที่ถูกคัดออกจากสมการทำนาย

Excluded Variables^a

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics		
					Tolerance	VIF	Minimum Tolerance
1 อายุ	-.005 ^b	-.058	.954	-.006	.969	1.032	.969
ฐานะทางเศรษฐกิจ	.098 ^b	1.144	.255	.110	.999	1.001	.999
ความกลัว	-.105 ^b	-1.214	.227	-.117	.982	1.018	.982
การสนับสนุนทางสังคม	-.236 ^b	2.843	.005	.265	.999	1.001	.999
2 อายุ	-.049 ^c	-.572	.569	-.055	.938	1.066	.938
ฐานะทางเศรษฐกิจ	.059 ^c	.699	.486	.068	.969	1.032	.969
ความกลัว	-.104 ^c	-1.249	.215	-.120	.982	1.018	.982

a. Dependent Variable: ระยะเวลา

b. Predictors in the Model: (Constant), ความรู้

c. Predictors in the Model: (Constant), ความรู้, การสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม

		Correlations					
		อายุ	ฐานะทางเศรษฐกิจ	ความรู้	ความกลัว	การสนับสนุนทางสังคม	ระยะเวลา
อายุ	Pearson	1	.037	-.183	-.006	.045	-.013
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)		.701	.056	.949	.638	.893
ฐานะทางเศรษฐกิจ	N	110	110	110	110	110	110
	Pearson	.037	1	.120	-.130	.196*	-.033
	Correlation						
ความรู้	Sig. (2-tailed)	.701	.213	.177	.040	.730	
	N	110	110	110	110	110	110
	Pearson	-.183	.120	1	-.279**	.354**	-.358**
ความกลัว	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.056	.213	.003	.000	.000	.000
	N	110	110	110	110	110	110
การสนับสนุนทางสังคม	Pearson	-.006	-.130	-.279**	1	-.155	.247**
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.949	.177	.003	.105	.009	
ระยะเวลา	N	110	110	110	110	110	110
	Pearson	.045	.196*	.354**	-.155	1	-.118
	Correlation						
ระยะเวลา	Sig. (2-tailed)	.638	.040	.000	.105	.219	
	N	110	110	110	110	110	110
	Pearson	-.013	-.033	-.358**	.247**	-.118	1
ระยะเวลา	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	.893	.730	.000	.009	.219	
	N	110	110	110	110	110	110

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	จันทร พูลพิพัฒน์
วัน เดือน ปี เกิด	24 พฤศจิกายน 2532
สถานที่เกิด	จังหวัดเพชรบุรี
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ เมื่อปีการศึกษา 2555



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY