

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ได้รับพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2552

กนกวรรณ บุญสังข์

กนกวรรณ บุญสังข์

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์คณินิจ พงศ์ถาวรกุล

รองศาสตราจารย์คณินิจ พงศ์ถาวรกุล,
Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์จอนพะจง เพ็งจาด

รองศาสตราจารย์จอนพะจง เพ็งจาด,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี

รองศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี,

ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์วิรุณ บุญนุช

รองศาสตราจารย์วิรุณ บุญนุช,

พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป,

อ.ว. ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพร ดนัยคุชฎีกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพร ดนัยคุชฎีกุล,

พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

กนกวรรณ บุญสังข์

กนกวรรณ บุญสังข์

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี,

ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพร คณัญญ์กุล,

พย.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์วิรุณ บุญนุช,

พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป,

อ.ว. ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ สุวิมล กิมปี อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุพร คณัชคุชฌิกุล และ รองศาสตราจารย์ นพ. วิรุณ บุญนุช อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ สนับสนุน ให้กำลังใจผู้วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. คณินิจ พงศ์ถาวรกุล ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. จอนพะจง เพ็ญจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ซึ่งเป็น อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะซึ่งเป็นประโยชน์ในการทำ วิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพา ต่อสกุลแก้ว ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. วิเชียร ศรีมุนิธรนิมิต ร้อยโท อาจารย์ นพ. นกคณ โสภารัตนาไพศาล นางสาวสศศิ เกตุไวย และนางสาวสมพร ยาเกา ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างาน ผู้ช่วยหัวหน้างาน หัวหน้าหน่วยและหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาล และผู้ปฏิบัติงานพยาบาล งานการพยาบาลตรวจรักษา ผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลศิริราชทุกท่าน ที่ได้อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้เข้าร่วม การวิจัยทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่กรุณาถ่ายทอดวิชาความรู้ ขอกราบ ขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ขอขอบคุณน้องและสมาชิกทุกคนในครอบครัว ขอขอบคุณเพื่อน พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ปีการศึกษา 2549 และทุกๆท่านที่เกี่ยวข้องซึ่งไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ที่ ให้ความช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ สนับสนุน ส่งเสริม ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา

กนกวรรณ บุญตั้งซ์

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

FACTORS PREDICTING TREATMENT SEEKING BEHAVIOR OF COLORECTAL CANCER PATIENTS

กนกวรรณ บุญสังข์ 4936751 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุวิมล กิมปี, ค.ม. (วิจัยการศึกษา), สุพร ดนัยคุณฤกุล, พย.ค.,
วิรุณ บุญนุช, พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป, อ.ว. ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาทำนาย (Predictive research) ต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกระยะของโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในทางด้าน ศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 80 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2551 ถึง กุมภาพันธ์ 2552 วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median) และสถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.0) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 56 ปี (S.D. 11.2) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งทวารหนัก (ร้อยละ 61.3) ผลพยาธิวิทยาคลินิกเป็น Adenocarcinoma (ร้อยละ 68.8) และ Moderately differentiated (ร้อยละ 80.0) อยู่ในระยะ T₃ (ร้อยละ 62.5) N₂ (ร้อยละ 33.8) M₀ (ร้อยละ 82.5) และระยะที่ 3 (ร้อยละ 57.5) มากที่สุด เมื่อมีอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่แสวงหาการรักษา (ร้อยละ 58.8) แต่จะรอสังเกตอาการ/รอให้อาการหายไปเอง (ร้อยละ 87.2) ส่วนกลุ่มที่แสวงหาการรักษา (41.3) กลุ่มตัวอย่างจะซื้อยาจากร้านขายยามารักษาตนเอง (ร้อยละ 63.6) ค่ามัธยฐาน (Median) ของระยะเวลาแสวงหาการรักษา เท่ากับ 60 วัน น้อยที่สุด 1 วัน มากที่สุด 366 วัน ไม่ล่าช้า 18 คน (ร้อยละ 22.5) ล่าช้า 62 คน (ร้อยละ 77.5) กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลงมากที่สุด (58 คน) กล่าวคืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัวมากที่สุด (60 คน) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับน้อยทั้งความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและความรู้ เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ร้อยละ 87.5 และร้อยละ 86.3) ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ อายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป (17 คน) อาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ การถ่ายอุจจาระมีเลือดปน และอุจจาระลำเล็กลง (17 คน) เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติโลจิสติก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติเพิ่มขึ้น จะทำให้มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเพิ่มขึ้น พยาบาลจึงควรมีการณรงค์ เผยแพร่ ให้คำแนะนำกับประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยแนะนำให้มารับการรักษาหรือตรวจวินิจฉัยเพื่อการคัดกรองตั้งแต่ระยะต้นในขณะที่โรคมะเร็งยังไม่มีอาการลุกลาม

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก / พฤติกรรมแสวงหาการรักษา / การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้น / ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้น / ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

FACTORS PREDICTING TREATMENT SEEKING BEHAVIOR OF COLORECTAL CANCER PATIENTS

KANOKWAN BOONSUNG 4936751 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUVIMOL KIMPEE, M.Ed. (RESEARCH),
SUPORN DANAIDUTSADEEKUL, D.N.S., WIROON BOONNUCH, M.D.

ABSTRACT

The present predictive study aimed to investigate treatment seeking behavior of colorectal cancer patients. The study sample consisted of 80 colorectal cancer patients at every stage of the disease who sought treatment at the outpatient department and the surgical medical department of Siriraj Hospital. Data were collected by means of a questionnaire between October 2008 and February 2009. Percentage, mean, and standard deviation, median, as well as logistic regression analysis were used in data analysis.

The findings revealed that more than half of the subjects, or 55%, were male, with the mean age of 56 years (SD = 11.2). Closer to two-thirds, or 61.3%, had rectal cancer, with the clinical pathological results as follows: 68.8% had Adenocarcinoma, 80.0% were moderately differentiated, 62.5% were at the T₃ stage, 33.8% were at the N₂ stage, and 82.5% were at the M₀ stage. A little more than half, or 57.5%, were in stage 3 of the cancer. In addition, more than half of the subjects, or 58.8%, did not seek treatment when they first experienced initial signs and symptoms of colorectal cancer, but they waited to observe the symptoms or waited for the symptoms to disappear (87.2%). As for those who sought treatment, making up 41.3% of the total number of subjects, 63.6% of this group self-prescribed their own medications. When considering duration of treatment seeking behaviors, it was found that the median duration was 60 days, with the shortest and longest durations equal to one day and 366 days, respectively. Of the total subjects, 18 subjects (22.5%) were not late in seeking treatment, while 62 of them (77.5%) were late. In addition, 58 subjects perceived serious changes in their bowel movement habits, and 60 of them were afraid that their abnormal symptoms would cause concern to their family. Furthermore, the subjects had a low level of education regarding risk factors of colorectal cancer and abnormal symptoms of colorectal cancer. Besides this, 17 subjects knew that being older than 50 years old was one risk factor of colorectal cancer, and 17 knew that having blood in their feces and having feces smaller in diameter were abnormal symptoms. Logistic regression analysis also revealed that perceived seriousness of initial signs and symptoms could predict treatment seeking behavior of colorectal cancer patients with statistical significance ($p < .05$). Thus, when patients perceived increased seriousness of the abnormal symptoms, they were more likely to have treatment seeking behavior. For this reason, nurses should disseminate knowledge and advice among the general public as well as the risk groups when patients experience abnormal signs and symptoms of colorectal cancer by seeking diagnosis and treatment from a physician before the cancer spreads.

KEY WORDS: COLORECTAL CANCER PATIENTS / TREATMENT SEEKING
BEHAVIOR / HEALTH SEEKING BEHAVIOR / CARE SEEKING
BEHAVIOR / HELP SEEKING BEHAVIOR

172 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	5
กรอบทฤษฎี/กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	11
นิยามคำศัพท์	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	14
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	15
อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	15
กลไกการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	16
พยาธิวิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	19
อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	21
แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	25
ปัญหาและอุปสรรคของการเข้ารักษา	32
พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	35
พฤติกรรมแสวงหาการรักษาตามกรอบแนวคิดของดราคัพ	35
และคณะ (Dracup, et al.)	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การแบ่งระยะของการแสวงหาการรักษา	39
เกณฑ์การพิจารณาระยะเวลาของการแสวงหาการรักษาที่ล่าช้า	40
วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแสวงหา ในระยะก่อนมาพบแพทย์	42
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก	47
การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักกับพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก	47
ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักกับพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก	48
ความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กับพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	52
สรุป	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
แหล่งเก็บข้อมูล	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	58
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	61
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	62
บทที่ 4 ผลการวิจัย	65
บทที่ 5 การอภิปรายผล	82
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	91

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	95
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	116
รายการอ้างอิง	138
ภาคผนวก	146
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	147
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคน	148
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	150
ภาคผนวก ง หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	154
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	156
ภาคผนวก ฉ เอกสารขออนุญาตใช้กรอบแนวคิด	170
ประวัติผู้วิจัย	172

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. ข้อมูลส่วนบุคคล	66
2. ข้อมูลการเจ็บป่วย	70
3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมแสวงหาการรักษา อาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	72
4. ค่าต่ำสุด (Min.) ค่าสูงสุด (Max.) ค่ามัธยฐาน (Median) ของระยะเวลาแสวงหา การรักษาของกลุ่มตัวอย่าง	73
5. จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนการรับรู้ความ รุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาการ	74
6. จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้การผิดปกติในระยะ ต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	75
7. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนความกลัวเมื่อเกิด อาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของกลุ่ม ตัวอย่างจำแนกตามรายชื่อ	76
8. จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนความรู้ เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของ กลุ่มตัวอย่างโดยรวม	77
9. จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการ เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำแนกตามรายชื่อ	78
10. จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องในเรื่องอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำแนกตามรายชื่อ	79

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
11. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความรู้เรื่องอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	80
12. สัมประสิทธิ์โลจิสติกของตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความรู้เรื่องอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	81

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1. กรอบแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดัดแปลงมาจากดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003)	10
2. กรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003)	38

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบมากเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย และพบมากเป็นอันดับ 5 ในเพศหญิง จากรายงานสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทย ปี ค.ศ. 2000 พบเป็นจำนวนร้อยละ 8.8 และ 7.6 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด มีอุบัติการณ์การเกิดในเพศชาย: เพศหญิง เท่ากับ 1:1 - 1.2:1 (Srisukho, Srivatanakul & Sumitsawan, 2007: 34) ปี พ.ศ. 2550 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมดในประเทศไทย รองมาจาก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 1,718 คน คิดเป็นอัตราเท่ากับ 2.7 (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) สำหรับสถิติของสถานวิทยามะเร็งโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี ค.ศ. 2005-2007 พบผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งในเพศชายและเพศหญิง เป็นจำนวน 447, 486 และ 594 คน คิดเป็นร้อยละ 7.81, 7.62 และ 8.26 ของผู้ป่วยใหม่โรคมะเร็งทุกระบบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช (Tumour Registry Siriraj Cancer Center, 2005; 2006; 2007) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นชนิดของโรคมะเร็งที่มีการดำเนินโรคค่อนข้างช้า ใช้เวลา 5-15 ปี หรือมากกว่านั้นในการเปลี่ยนเซลล์ปกติให้กลายเป็นเซลล์มะเร็ง (Langenbach, Schmidt, Neumann & Zirngibl, 2003; Lemone & Burke, 2004; Rogers, 2005) และยังเป็นโรคที่สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่วัยต้นหากผู้ป่วยตระหนักถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและรีบมาพบแพทย์ ซึ่งอาการผิดปกติที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผู้ป่วยสามารถสังเกตได้ด้วยตนเอง คือ การถ่ายอุจจาระมีเลือดปน พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง โดยมีอาการท้องผูกบ่อยครั้ง ท้องเสียบ่อยครั้ง ท้องผูกสลับท้องเสีย ท้องอืดบ่อยครั้ง น้ำหนักลด (Nooijer, Lechner & Vries, 2002) ดังนั้น โอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจและได้รับการวินิจฉัยในขณะที่โรคมะเร็งอยู่ในระยะต้นจึงเป็นไปได้มาก แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาและได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตั้งแต่วัยต้นมีเพียงร้อยละ 15-37 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งหมด เท่านั้น (Lemone & Burke, 2004; Rogers, 2005) เช่นเดียวกับรายงานสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มาพบแพทย์เพื่อ

รับการรักษา เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.25 และ 23.75 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งหมด ส่วนผู้ป่วยระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 พบเพียงร้อยละ 7.25 และ 9.15 (National Cancer Institute, 2007) ส่วนรายงานการวิจัยของ ภรภัทร เตชะตานนท์ (2548) ซึ่งศึกษาอัตราการรอดชีพและปัจจัยพยากรณ์โรคของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 เป็นจำนวนมากที่สุดเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 31.71 และ 35.89 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งหมด ส่วนระยะที่ 1 และ 2 พบร้อยละ 2.44 และ 29.96 ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมักมาพบแพทย์ครั้งแรกเมื่อระยะของโรคลุกลามอยู่ในระยะท้าย มีการลุกลามหรือแพร่กระจายแล้ว (Langenbach, Schmidt, Neumann & Zirngibl, 2003; Lemone & Burke, 2004) ซึ่งระยะของโรคที่ตรวจพบมีผลต่อการพยากรณ์โรคและโอกาสในการรักษาให้หายขาด หากผู้ป่วยได้รับการรักษาตั้งแต่ในระยะต้น คือ ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคดี มีโอกาสรักษาให้หายขาดด้วยการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งบริเวณลำไส้ และต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นออก อาจจะจำเป็นหรือไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเสริมหลังผ่าตัดขึ้นกับระยะของโรคที่แพทย์จะให้การวินิจฉัยอีกครั้ง หากผู้ป่วยมาพบแพทย์ในขณะที่โรคอยู่ในระยะท้าย คือ ระยะที่ 3 และ ระยะที่ 4 แล้ว การพยากรณ์โรคจะเลวลง และจำเป็นต้องได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา เพื่อให้ผลการรักษาดีขึ้น ในขณะที่เดียวกันผลข้างเคียงก็มากขึ้นด้วย (ชนวิรัตน์ เทศะวิบูล, 2544; Yarbro, Frogge, Goodman & Groenwald, 2000)

จากการศึกษาของ Mor, Masterson-Allen, Goldberg, Guadagnoli & Wool (1990) พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศอังกฤษ เป็นจำนวนถึงร้อยละ 62 ที่มาพบแพทย์ครั้งแรกเพื่อรับการรักษาเมื่อระยะเวลาผ่านไปเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน หลังจากเริ่มมีอาการผิดปกติที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็ง เหตุผลที่ผู้ป่วยยังไม่มารับการรักษาจนกระทั่งระยะของโรคลุกลามอยู่ในระยะท้าย เนื่องจากเชื่อว่าอาการผิดปกติจะหายไปเอง มีความกลัว วิตกกังวล ไม่มีเวลา และจากรายงานการวิจัยของ Cockburn, Paul, Tzelepis, McElduff & Byles (2003) พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นจำนวนถึงร้อยละ 31.9 ที่ไม่แสวงหาการรักษาใดๆ เนื่องจาก เชื่อว่าอาการของโรคไม่รุนแรง (ร้อยละ 44.8) และอาการสามารถหายไปได้เอง (ร้อยละ 27.6) เชื่อว่าการมีเลือดออกมาทางทวารหนักเป็นอาการของโรคริดสีดวงทวารมากกว่าเป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ร้อยละ 13.8) ส่วนรายงานการศึกษาในประเทศไทย จากการศึกษาก่อนหน้านี้ของ แม้นมนา จิระจรัส (2539) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกือบทั้งหมดที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะของโรคที่ได้มีการลุกลามมากแล้ว พบเป็นจำนวนถึงร้อยละ 82.3 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะเวลาที่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติจนกระทั่งแสวงหาวิธีการรักษาใน

รูปแบบต่างๆ ใช้ระยะเวลานานถึง 1-3 เดือน พบเป็นจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 24 ไม่ได้แสวงหาวิธีการรักษาใดๆ เนื่องจากคิดว่าเป็นอาการท้องผูก ท้องเสียธรรมดาทั่วไป หรือเป็นอาการของโรคกรดไหลย้อน จึงไม่ได้รักษา การแสวงหาวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยปฏิบัติ ได้แก่ การซื้อยาระบาย ยาแก้ท้องผูก ยาแก้ท้องเสีย ยาเหน็บเอง การรักษากับหมอพื้นบ้านด้วยสมุนไพรแก้ท้องผูก มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 12-24 ที่แสวงหาวิธีการรักษาโดยการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล และจากรายงานการวิจัยที่ได้มีผู้ศึกษาไว้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบอื่น คือ โรคมะเร็งปากมดลูก โรคมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นชนิดของโรคมะเร็งที่สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะต้นก็พบว่ามีความทักทายในการเข้ารับการรักษาในทิศทางเดียวกันกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังจากที่ผู้ป่วยพบอาการผิดปกติ สิ่ง que ผู้ป่วยจะปฏิบัติเริ่มแรกคือการรอสังเกตอาการ (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550) ผู้ป่วยยังไม่มี การแสวงหาการรักษา เนื่องจากไม่มีอาการเจ็บหรืออาการปวด ยังสามารถทำงานได้ตามปกติ ไม่แน่ใจว่าเป็นอาการผิดปกติจริงหรือไม่ รอดูให้อาการมากกว่าที่เป็นก่อนจึงจะไปพบแพทย์ และจากการที่ผู้ป่วยไม่มีเวลาไปพบแพทย์ หลังจากนั้นจึงมีเริ่มหาคำปรึกษาจากบุคคลอื่นหรือบุคคลใกล้ชิด การทดลองรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง (วไลพรรณ ชลสุข, 2540) และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 4.8 ที่ไปพบแพทย์แผนปัจจุบันในสถานบริการต่างๆ ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550) แหล่งบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยแสวงหาการรักษามีทั้ง หมอสมุนไพร ร้านขายยาและหมอฉีดยา คลินิก และโรงพยาบาลระดับต่างๆ และยังพบว่า มีผู้ป่วยที่เลือกใช้บริการหมอสมุนไพรก่อนมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยเป็นระยะเวลานานเฉลี่ย เท่ากับ 1-6 เดือน การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ คือ ยาสมุนไพร ยาสมุนไพรลงอาคม (วไลพรรณ ชลสุข, 2540) ส่วนระยะเวลาดังแต่กลุ่มตัวอย่างพบอาการผิดปกติจนกระทั่งผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งแรก มีระยะเวลาเฉลี่ยถึง 113 วัน (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่เลือกกระทำ แต่ยังคงรอสังเกตอาการ และแสวงหาคำปรึกษาจากบุคคลอื่น ก่อนตัดสินใจไปพบแพทย์ จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาไม่เหมาะสมเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบอื่น มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่เริ่มต้นด้วยการมาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จึงควรมีความเข้าใจต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ชัดเจน เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้ถูกต้องและเหมาะสม นำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำ ส่งเสริม ให้ผู้ป่วยมารับการรักษาตั้งแต่ระยะต้นที่มีอาการของโรค เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเหมาะสมกับระยะของโรค ช่วยในการชะลอการดำเนินของโรคในระยะต่อไป เพิ่มอัตราการรอด

ชีวิต และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้ว ยังสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะก่อนมาพบแพทย์เป็นอย่างไร
2. ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตั้งแต่รับรู้ว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นจนกระทั่งมาพบแพทย์ครั้งแรกเป็นเวลานานเท่าไร
3. การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นอย่างไร
4. การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะก่อนมาพบแพทย์
2. เพื่อศึกษาระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตั้งแต่รับรู้ว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นจนกระทั่งมาพบแพทย์ครั้งแรก
3. เพื่ออธิบายการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
4. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

กรอบทฤษฎี/กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ กรอบแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของดราคัพและคณะ (Dracup et al, 2003) ซึ่งได้พัฒนากรอบแนวคิดนี้มาจากพฤติกรรมในการควบคุมตนเอง (The Self-Regulation of Health and Illness Behavior) (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Leventhal & Cameron, 1987 อ้างใน Dracup et al, 2003) กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมแสวงหาการรักษาเป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคลในการจัดการ หรือหาวิธีในการแก้ไข เมื่อรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนรอสังเกตอาการให้อาการหายไปเอง บางคนรีบไปพบแพทย์เพื่อขอรับคำปรึกษาและตรวจวินิจฉัย บางคนเริ่มด้วยการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ โดยการปรึกษากับบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือผู้ร่วมงาน บางคนไม่แสวงหาการรักษาใดๆ เนื่องจาก ไม่ทราบว่าเป็นอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ หรืออาการผิดปกตินั้นมีอาการเป็นๆหายๆ การไม่ต้องการรบกวนผู้อื่น การมีความรู้สึกกลัวต่อผลลัพธ์ที่ตามมาจากการแสวงหาการรักษา (McKinley, Moser & Dracup, 2000; McKinley et al.; 2004) สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา คือ (Dracup et al., 2003)

1. อาการเจ็บป่วย (Symptoms) ซึ่งบุคคลนั้นต้องมีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่มีความสำคัญ มีความหมาย (Perceived significant) เป็นอาการผิดปกติที่ไม่สามารถหายได้เอง ไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยตนเอง เป็นภาวะฉุกเฉิน หรือมีความรุนแรง บุคคลนั้นจะเกิดการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากบุคคลนั้นรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่สำคัญ หรือไม่มีความหมาย (Perceived insignificant) บุคคลนั้นจะดูแลรักษาตัวเอง (Self treatment) ไม่เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา (Dempsey, Dracup & Moser, 1995)

2. สิ่งกระตุ้นภายใน (Internal stimuli/factors) และสิ่งกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental stimuli/factors) (Dracup et al., 2003)

2.1 สิ่งกระตุ้นภายใน (Internal stimuli/factors) ประกอบด้วย

- 2.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (Sociodemographic) เช่น อายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status) เชื้อชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส แหล่งของที่อยู่อาศัย เช่น การอาศัยอยู่ในเมืองหรือชนบท

2.1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก (Clinical characteristics Clinical history)

2.1.3 บทบาททางวัฒนธรรม (Cultural roles)

2.1.4 ความคาดหวัง (Expectations)

2.2 สิ่งกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental stimuli/factors) ประกอบด้วย

2.2.1 ครอบครัวและผู้ร่วมงาน (Family and coworkers)

2.2.2 เพื่อน (Friends)

2.2.3 ทีมสุขภาพ (Health care providers)

2.2.4 สื่อต่างๆ (The media)

3. ด้านความคิด (Cognitive representation) (Dracup et al., 2003) เช่น การประเมินและการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น การตระหนักต่ออาการที่เกิดขึ้น (Aware of the symptoms) การประเมินสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น และ การจำแนกอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเจ็บป่วย (Dempsey, Dracup & Moser, 1995; Dracup et al., 2006; McKinley, Moser & Dracup, 2000) ซึ่งความคิดของแต่ละบุคคลนั้นอยู่ภายใต้อิทธิพลของ ความรู้ ทักษะ และ ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคหรืออาการที่เกิดขึ้น (Dracup et al., 2006)

4. ด้านอารมณ์ (Emotional representation) (Dracup et al., 2003) เช่น ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล (Dracup et al., 2006)

เมื่อบุคคลนั้นรับรู้ภาวะคุกคามจากสิ่งกระตุ้นดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น หลังจากนั้นจะเกิดกระบวนการเผชิญปัญหากับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น (Coping procedures) บุคคลจะเกิดการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นโดยการหาวิธีต่างๆในการจัดการกับความเจ็บป่วยซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นประเมินความเจ็บป่วยและให้ความหมายความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร ประเมินสาเหตุของความเจ็บป่วยว่าเกิดจากสาเหตุใด (McKinley, Moser & Dracup, 2000; McKinley et al., 2004) หลังจากนั้น บุคคลจะมีการประเมินผลลัพธ์จากการจัดการด้วยวิธีต่างๆ (Outcome appraisal) หากความเจ็บป่วยนั้นยังไม่สามารถแก้ไขได้สำเร็จ บุคคลจะมีการประเมินและให้ความหมายกับความเจ็บป่วยนั้นอีกครั้ง และหาวิธีเผชิญกับปัญหานั้นด้วยวิธีการใหม่ หากบุคคลนั้นมีการประเมินและให้ความหมายความผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่มีความสำคัญ มีความหมาย (Perceived significant) เป็นอาการผิดปกติที่ไม่สามารถหายได้เอง ไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยตนเอง เป็นภาวะคุกคาม หรือมีความรุนแรง บุคคลนั้นจะเกิดพฤติกรรมแสวงหารักษาและตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Dracup et al., 2003)

พฤติกรรมแสวงหารักษาจากกรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003) นอกจากมีการให้ความหมายดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีการพิจารณาว่าบุคคลนั้นมีพฤติกรรม

แสวงหาการรักษาเหมาะสมหรือล่าช้า โดยพิจารณาจากระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติ จนกระทั่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาของ Nooijer, Lechner & Vries (2001; 2002) ซึ่งได้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด 4 ชนิด คือ โรคมะเร็งผิวหนัง มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม มะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศชาย พบว่า ระยะเวลาที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะพิจารณาตามลักษณะอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ หากผู้ป่วยมีอาการถ่ายอุจจาระแล้วมีเลือดปน หรือมีเลือดออกทางทวารหนัก ผู้ป่วยจะต้องมาพบแพทย์ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ หากผู้ป่วยมีอาการท้องอืดบ่อยครั้ง พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง ได้แก่ อาการท้องผูกเป็นระยะเวลานาน อาการท้องเสียเป็นระยะเวลานาน อาการท้องผูกสลับท้องเสีย และอาการน้ำหนักลด ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ หากผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังกล่าวข้างต้นถือว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม (Nooijer, Lechner & Vries, 2001; 2002) เกณฑ์ที่ Nooijer, Lechner & Vries, (2001; 2002) กำหนดสัมพันธ์กับคำแนะนำตามเกณฑ์ของ The Dutch Cancer Society และ American Cancer Society (Nooijer, Lechner & Vries, 2001; 2002) ดังนั้นในการศึกษากครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เกณฑ์ของ Nooijer, Lechner & Vries (2001; 2002) เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเหมาะสมหรือล่าช้า

ในการศึกษากครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งผู้วิจัยต้องการศึกษาว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาอย่างไร ระยะเวลาของพฤติกรรมแสวงหาการรักษาในระยะก่อนมาโรงพยาบาล ตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติจนกระทั่งผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลใช้ระยะเวลานานเท่าไร ซึ่งตัวกระตุ้นที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาจากกรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003) นั้น ประกอบด้วย อาการเจ็บป่วย (Symptoms) สิ่งกระตุ้นภายใน (Internal stimuli/factors) ความคิด (Cognitive representation) และอารมณ์ (Emotional representation) ดังนั้น ในส่วนของตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาซึ่งเป็นปัจจัยทำนายนั้น ผู้วิจัยเลือกศึกษาทั้งหมด 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Perceived seriousness of symptom) ซึ่งเป็นตัวแปรที่มาจากส่วนของอาการเจ็บป่วย (Symptoms) ตัวแปรต่อมา คือ ความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Knowledge of colorectal cancer) ซึ่งเป็นตัวแปรที่เป็นส่วนหนึ่งด้านความคิด (Cognitive representation) และตัวแปรสุดท้าย คือ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Fear related to symptoms) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งด้านอารมณ์ (Emotional representation) เมื่อนุกลดนั้นได้รับสิ่งกระตุ้นดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

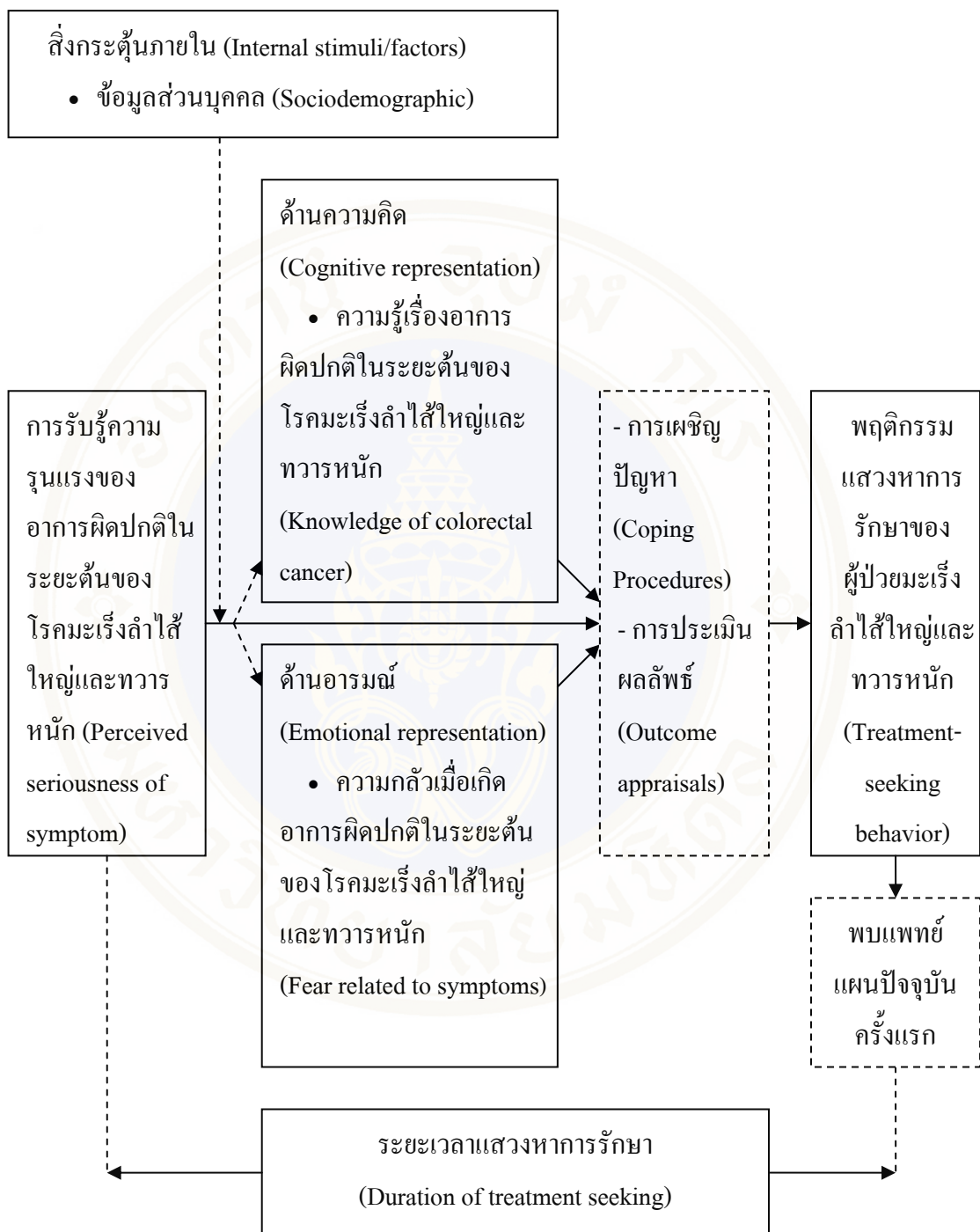
หลังจากนั้นจะเกิดกระบวนการเผชิญปัญหาและการประเมินผลลัพธ์กับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น (Dracup et al., 2003) นำไปสู่พฤติกรรมแสวงหาการรักษาตามมา (Dracup et al., 2003) จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น ตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร จึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นนำไปสู่พฤติกรรมแสวงหาการรักษาทั้งสิ้น สามารถแสดงดังแผนภูมิที่ 1

ปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยที่เลือกมาศึกษาในเชิงอิทธิพลกับพฤติกรรมแสวงหาการรักษา เนื่องจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยแต่ละตัวมีผลต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษา ดังการนำเสนอต่อไปนี้ คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติ จากผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า การรับรู้ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยทันทีภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน ผู้ป่วยรับรู้อาการที่เกิดขึ้นว่าไม่ได้เป็นเหตุการณ์ปกติในชีวิต เป็นอาการที่ไม่สามารถหายได้เอง อาการที่เกิดขึ้นอาจเป็นอาการของโรคมะเร็ง รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อร่างกายมาก (Oh & Park, 2004; Pikkasame, 2004) และจากการศึกษาของ รุจิเรจ ชันมัน (2549) ที่ได้มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระบบอื่น คือ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความเจ็บป่วยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและมาก

ความกลัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษา จากการศึกษาของ Smith, Pope & Botha (2005) ซึ่งได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาการรักษา และพฤติกรรมแสวงหาการรักษาล่าช้าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการของโรคมะเร็ง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1994-2004 พบว่า ความกลัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษา และสามารถแบ่งความกลัวของผู้ป่วยที่มีอาการของโรคมะเร็งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) ความกลัวจากความยุ่งยากต่างๆ ได้แก่ กลัวสิ้นเปลืองเวลา กลัวว่าบุคคลอื่นจะมองว่าตนเองมีปัญหาด้านจิตใจ 2) ความกลัวจากอาการของโรคมะเร็ง ได้แก่ ความกลัวจากอาการที่รุนแรง ความกลัวเนื่องจากมีอาการเจ็บปวดหรือเป็นโรคที่รักษาไม่หาย หรือเคยมีประสบการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่ดีกับโรคมะเร็ง กลัวการรักษา และจากการศึกษาของ Nooijer, Lechner & Vries (2001) ที่ได้มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งระบบอื่นๆ หลายระบบ คือ มะเร็งผิวหนัง มะเร็งเต้านม มะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศชาย ผลการศึกษา พบว่า ความกลัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษา ความกลัวที่เกิดขึ้นมีได้หลากหลาย ได้แก่ กลัวว่าอาการต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคร้ายแรงหรือโรคที่รุนแรง กลัวการรักษา กลัวการเสียชีวิต กลัวการถูกทอดทิ้ง เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัวขึ้น ผู้ป่วยจึงเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาโดยการไปพบแพทย์ ดังนั้น ความกลัวจากอาการที่ผิดปกติ และการตีความอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่รุนแรง หรือสัญญาณเตือนของโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมีการแสวงหาการรักษา

โดยการไปพบแพทย์เพื่อขอคำปรึกษามากกว่าการเพิกเฉยต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และจากการศึกษาของ Pikkasame (2004) ซึ่งได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาการรักษาเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยกลัวว่าอาการของโรคมะเร็งเต้านมจะมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่ครอง กลัวว่าอาการที่เกิดขึ้นจะเป็นอาการของโรคมะเร็ง กลัวว่าจะไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ กลัวว่าอาการที่เกิดขึ้นอาจต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด กลัวการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดอาการข้างเคียงต่างๆ เช่น ผมร่วง คลื่นไส้ และอาเจียน กลัวการโดนตัดเต้านม กลัวการเสียชีวิต

ความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็ง ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษา พบในการศึกษาของ Sheikh & Ogden (1998) ซึ่งได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาการรักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็งสูง มีระดับคะแนนพฤติกรรมแสวงหาการรักษาสูงด้วย และจากการศึกษาของ Nooijer, Lechner & Vries (2001) ที่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งผิวหนัง มะเร็งเต้านม และมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศชาย พบว่า ความรู้และความถูกต้องของการตีความอาการเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถพบอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และนำไปสู่พฤติกรรมแสวงหาการรักษาโดยการไปปรึกษาแพทย์ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยรู้ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็ง จึงรีบไปพบแพทย์ทันที



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ดัดแปลงมาจากดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003)

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในทางด้านศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ระยะเวลาการศึกษาดังแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2552

นิยามคำศัพท์

การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Perceived seriousness of symptoms) หมายถึง ความรู้สึก ความนึกคิด ความเข้าใจ ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ประเมินระดับความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 10 อาการ คือ (Griffin-Sobel, 2001; Haskell, 2001; Libutti, Saltz, Rustgi & Tepper, 2005; Rodriguez-Bigas, Lin & Crane, 2003; Shaheen & Edelstein, 2000; Sweed & Meropol, 2001)

1. การถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกปนเลือด
2. การมีเลือดออกทางทวารหนัก
3. พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง โดยมีอาการท้องผูกบ่อยครั้ง
ท้องเสียบ่อยครั้ง ท้องผูกสลับท้องเสีย
4. อุจจาระลำเล็กลง
5. อาการปวดท้อง/ปวดเกร็งภายในช่องท้อง
6. อาการปวดเบ่งอยากถ่ายอุจจาระตลอดเวลา
7. อาการท้องอืด/แน่นท้องบ่อยครั้ง
8. การคลำพบก้อนในท้อง
9. น้ำหนักลด
10. อาการซีด

ประเมินจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบทฤษฎีความรู้ที่มาจากการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อย่อยซึ่งเป็นอาการผิดปกติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้ง 10 อาการดังกล่าวข้างต้น

ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Fear related to symptoms) หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่ออันตราย หรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นในขณะนั้น คือ อาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Berman & Wanderman, 1990)

ประเมินจากแบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบทฤษฎีความรู้ที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Nooijer, Lechner & Vries, 2001; Pikkasame, 2004; Smith, Pope & Botha, 2005)

ความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Knowledge of colorectal cancer) หมายถึง ความเข้าใจ ความนึกคิด ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในเรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ประเมินจากแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบทฤษฎีความรู้ที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Ellis & Saddler, 2000; Griffin-Sobel, 2001; Haskell, 2001; Libutti, Saltz, Rustgi & Tepper, 2005; Mumber, 2006; Rodriguez-Bigas, Lin & Crane, 2003; Rogers, 2005; Roll, 1999; Shaheen & Edelstein, 2000; Sweed & Meropol, 2001) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 2) อาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

พฤติกรรมแสวงหาการรักษา (Treatment seeking behavior) หมายถึง การกระทำต่างๆของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในการจัดการ การรักษาด้วยวิธีต่างๆ กับอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะก่อนมารับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ไม่แสวงหาการรักษา เช่น รอดูอาการ/รอให้อาการหายไปเอง ปรึกษาบุคคลใกล้ชิด หาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และ 2) แสวงหาการรักษา เช่น ซื่อยาจากร้านขายยามารักษาตนเอง รักษากับแพทย์แผนโบราณ/แพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนไทย แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์ทางเลือก

ประเมินจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบทฤษฎีความรู้ที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยวิธีการรักษาต่างๆที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติเมื่อมีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ระยะเวลาแสวงหาการรักษา (Duration of treatment seeking) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นครั้งแรกจนกระทั่งผู้ป่วยมาขอรับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันครั้งแรก และมีเกณฑ์ในการพิจารณาว่าระยะเวลาแสวงหาการรักษาเหมาะสมหรือล่าช้า โดยใช้เกณฑ์ของ Nooijer, Lechner & Vries (2001, 2002) มีรายละเอียดดังนี้

1. หากผู้ป่วยมาพบแพทย์ภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ เมื่อพบว่าตนเองมีอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังต่อไปนี้ คือ การถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือดปน หรือการมีเลือดออกทางทวารหนัก ถือว่ามีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเหมาะสม หากเกินกว่า 1 สัปดาห์ ถือว่ามีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาล่าช้า

2. หากผู้ป่วยมาพบแพทย์ภายในระยะเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์ เมื่อพบว่าตนเองมีอาการผิดปกติอื่นๆที่เป็นอาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก นอกเหนือจากที่ได้กล่าวไว้ในข้อ 1. ถือว่ามีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเหมาะสม หากเกินกว่า 4 สัปดาห์ ถือว่ามีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาล่าช้า

ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบทฤษฎีความรู้ที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยระยะเวลาแสวงหาการรักษาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งมาขอรับการรักษาจากแพทย์ครั้งแรก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม ไม่ล่าช้า

2. สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมแสวงหาการรักษาต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อตามลำดับดังนี้ คือ

1. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.2 กลไกการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.3 พยาธิวิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.5 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.6 ปัญหาและอุปสรรคของการเข้ารักษา
2. พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 2.1 พฤติกรรมแสวงหาการรักษาตามกรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup, et al.)
 - 2.2 การแบ่งระยะของการแสวงหาการรักษา
 - 2.3 เกณฑ์การพิจารณาระยะเวลาของการแสวงหาการรักษาที่ล่าช้า
 - 2.4 วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแสวงหาในระยะก่อนมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล
3. ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสวงหาการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 3.1 การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักกับพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 3.2 ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักกับพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 3.3 ความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักกับพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
4. สรุป

1. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal cancer)

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นชนิดของโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยทั้งในเพศชายและเพศหญิง พบมากในซีกโลกตะวันตก ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและกากใยน้อย ผู้ที่เป็นโรคอ้วน ผู้ที่มีภาวะพร่องแคลเซียม วิตามินดี และโฟเลต ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ (Familial adenomatous polyposis syndrome) ประวัติการเป็นมะเร็งชนิดอื่น เช่น มะเร็งรังไข่ มะเร็งมดลูก และมะเร็งเต้านม ประวัติการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายในครอบครัว โดยเฉพาะญาติลำดับแรก ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง การมีประวัติเป็นโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (Ulcerative colitis) โดยพบว่ายังมีการอักเสบรุนแรง ครอบคลุมบริเวณของลำไส้ใหญ่มากและมีการอักเสบเป็นระยะเวลานานก็ยิ่งเพิ่มโอกาสการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้มากขึ้น (Ellis & Saddler, 2000; Libutti, Saltz, Rustgi & Tepper, 2005; Mumber, 2006; Roll, 1999; Rogers, 2005)

1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงเป็นอันดับ 3 ของประเทศในแถบทวีปยุโรป พบมากในทวีปอเมริกาเหนือ ออสเตรเลีย ประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศในแถบยุโรปตะวันออก และมีอุบัติการณ์การเกิดต่ำในทวีปเอเชีย แอฟริกา และอเมริกาใต้ (Ellis & Saddler, 2000; Liu & Crawford, 2005) อุบัติการณ์การเกิดในเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน (Beck, 2003) ส่วนใหญ่มักพบในคนอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป และมีเพียง ร้อยละ 6-8 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนอายุ 40 ปี (Beck, 2003) ร้อยละ 75 มักเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายในช่องท้องด้านซ้าย คือ ลำไส้ใหญ่ส่วน Descending, Rectosigmoid และ Rectal ร้อยละ 15 เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายในช่องท้องด้านขวา คือ ลำไส้ใหญ่ส่วน Cecum และ Ascending colon และร้อยละ 10 เกิดที่ตำแหน่ง Transverse colon (Frank-Stromborg & Cohen, 2000 อ้างใน Sweed & Meropol, 2001) มะเร็งทวารหนัก (Rectal cancer) ส่วนใหญ่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Schlesselman, 1999) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างระยะของโรคขณะที่ได้รับการวินิจฉัยกับตำแหน่งของลำไส้ใหญ่ภายในช่องท้องด้านขวา และด้านซ้าย พบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่ภายในช่องท้องด้านขวา โรคมักอยู่ในระยะท้ายมากกว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ภายในช่องท้องด้านซ้าย (Griffin-Sobel, 2001)

สำหรับอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศไทย พบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบมากเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย รองมาจากมะเร็งปอด และมะเร็งตับ และพบมากเป็นอันดับ 4 ในเพศหญิง รองมาจากมะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม (Srivatanakul & Attasara, 2007) จากรายงานสถิติในประเทศไทย ปี 2000 พบเป็นจำนวน

ร้อยละ 8.8 และ 7.6 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด มีอุบัติการณ์การเกิดในเพศชาย: เพศหญิง เท่ากับ 1:1 - 1.2:1 (Srisukho, Srivatanakul & Sumitsawan, 2007) สำหรับสถิติของสถานวิทยามะเร็งโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี 2005-2007 พบผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักทั้งในเพศชายและเพศหญิง เป็นจำนวน 447, 486 และ 594 คน คิดเป็นร้อยละ 7.81, 7.62 และ 8.26 ของผู้ป่วยใหม่โรคมะเร็งทุกระบบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช พบมากเป็นอันดับ 4 ในเพศชาย รองมาจาก มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งตับ มะเร็งปอด และพบมากเป็นอันดับ 3 ในเพศหญิง รองมาจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับ (Tumour Registry Siriraj Cancer Center, 2005; 2006; 2007) จากรายงานสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบมากเป็นอันดับ 3 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 14.2 และ 6.2 ของผู้ป่วยมะเร็งทุกระบบ โดยพบว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.5 และ 47.5 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนผู้ป่วยระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 มีเพียงร้อยละ 14.5 และ 18.3 (National Cancer Institute, 2007)

ส่วนลักษณะทางพยาธิวิทยา จากสถิติของสถานวิทยามะเร็งโรงพยาบาลศิริราช พบว่าเป็นชนิด Adenocarcinoma มากที่สุด พบเป็นจำนวนร้อยละ 84.51 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รองลงมา คือ Neoplasm, malignant พบร้อยละ 9.76 และชนิด Mucinous adenocarcinoma พบร้อยละ 2.36 (Tumour Registry Siriraj Cancer Center, 2007) เช่นเดียวกับสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าเป็นชนิด Adenocarcinoma มากที่สุด พบเป็นจำนวนร้อยละ 85.76 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รองลงมา คือ Neoplasm, malignant พบร้อยละ 8.28 และ Mucinous adenocarcinoma พบร้อยละ 1.99 (National Cancer Institute, 2007) ตำแหน่งที่พบมากที่สุด จากสถิติของสถานวิทยามะเร็งโรงพยาบาลศิริราช มะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colon cancer) พบเป็นจำนวนร้อยละ 60.77 มะเร็งทวารหนัก (Rectal cancer) พบร้อยละ 39.23 (Tumour Registry Siriraj Cancer Center, 2007) ส่วนสถิติของของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colon cancer) ร้อยละ 55.30 มะเร็งทวารหนัก (Rectal cancer) ร้อยละ 44.70 (National Cancer Institute, 2007)

1.2 กลไกการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะเกิดขึ้นเป็นขั้นตอน แต่ละขั้นตอนจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเซลล์ และมีการเปลี่ยนแปลงในระดับโมเลกุล โดยการกระตุ้นผ่าน Oncogene หรือไปยับยั้งการทำงานของ Tumor suppressor gene โดยพบว่า ร้อยละ 95 ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงมาจาก ดั้งเนื้อในลำไส้ใหญ่ ที่เรียกว่า Adenomatous polyps (Adenomas) ซึ่งเป็นเซลล์ต้นกำเนิดของเซลล์มะเร็ง (Precursors) มีทั้งหมด 3 ชนิด คือ Tubular adenomas, Tubulovillous adenomas และ Villous adenomas ซึ่ง Villous adenomas เป็นชนิดที่มี

ความเสี่ยงสูงในการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงจาก Adenoma polyps จนกลายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักใช้เวลานานมากกว่า 5-15 ปี โดยเริ่มจากเซลล์ปกติ (Normal colonic mucosa, Normal epithelium) มีการเจริญเติบโตผิดปกติ (Proliferate & dysplasia) เปลี่ยนแปลงกลายเป็นติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ (Adenoma polyps) โดยการเพิ่มขนาดภายใน Lumen และเริ่มแทรกตัวเข้าสู่ผนังลำไส้ (Bowel wall) ต่อมา Adenoma polyps จึงเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็ง (Carcinoma) และมีการแพร่กระจาย (Metastasis) ไปตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย (Griffin-Sobel, 2001; Rogers, 2005) การแพร่กระจายของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถแพร่กระจายได้ 3 วิธี คือ (Liu & Crawford, 2005; Rogers, 2005)

1. การลุกลามเข้าสู่บริเวณข้างเคียงโดยตรง มักเป็นการกระจายไปด้านข้างมากกว่าตามยาว เช่น การกระจายเข้าสู่กระเพาะอาหาร
2. การกระจายไปทางระบบน้ำเหลืองและทางกระแสเลือด เช่น การกระจายไปที่ตับ
3. การที่เซลล์มะเร็งหลุดไปตามช่องว่างต่างๆ ภายในร่างกาย แล้วไปเกาะติด เจริญเติบโตตามพื้นผิวของอวัยวะต่างๆ (Implantation) เช่น ภายในช่องท้อง กระเพาะปัสสาวะ ท่อนไต และระบบอวัยวะสืบพันธุ์ อวัยวะที่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งมากที่สุด คือ ตับ รองลงมา คือ ปอด ไต และกระดูก

ส่วนผู้ป่วยโรคติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ (Familial adenomatous polyposis syndrome) จำนวนของ Adenomatous polyps จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ และจะมีการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ตั้งแต่อายุยังน้อย โดยเริ่มพบได้ตั้งแต่ยังอยู่ในวัยรุ่น อายุเฉลี่ยที่เริ่มมี Adenomatous polyps คือ อายุ 25 ปี อายุที่เริ่มมีอาการแสดงให้เห็น คือ อายุ 30-35 ปี และพบว่าผู้ป่วย FAP เกือบทั้งหมดมีการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เมื่ออายุประมาณ 40 ปี (ชนินทร์ ลีมวงศ์, 2548; Rogers, 2005)

Adenomatous polyps หรือ Adenomas เป็น Precursors of carcinoma เป็นผลมาจาก Epithelial proliferative dysplasia ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงจาก Adenoma polyps จนกลายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ใช้เวลา 10 ปี ค่อยๆ เจริญเติบโต มีตั้งแต่ขนาดเล็ก ซึ่งมักเป็นลักษณะ Pedunculated lesions จนถึงขนาดใหญ่ ซึ่งมักเป็นลักษณะ Sessile แบ่งได้ 3 ชนิด

1. Tubular adenomas (Pedunculated polyps) ติ่งเนื้อชนิดนี้มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย เป็นติ่งเนื้อที่มีขนาดเล็ก โดยมีขนาดน้อยกว่า 1 เซนติเมตร การเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็งของติ่งเนื้อชนิดนี้ ขึ้นอยู่กับขนาดของติ่งเนื้อ หากมีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร โอกาสในการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีน้อย (Lemone & Burke, 2004; Liu & Crawford, 2005)

2. Villous adenomas (Sessile polyps) มักเกิดขึ้นในผู้ที่มีอายุมาก ส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่ตำแหน่งของ Rectum, Rectosigmoid colon เป็นติ่งเนื้อที่มีขนาดใหญ่กว่าชนิด Tubular adenomas โดยมีขนาดใหญ่กว่า 5 เซนติเมตร และสามารถขยายขนาดได้จนกระทั่งมากกว่า 10 เซนติเมตร มีโอกาสในการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูงกว่าชนิด Tubular adenomas หากมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 4 เซนติเมตร มีโอกาสเสี่ยงในการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูง เท่ากับ ร้อยละ 40 ซึ่งติ่งเนื้อชนิด Villous adenomas มักมีขนาดเกิน 4 เซนติเมตร (Lemone & Burke, 2004; Liu & Crawford, 2005)

3. Tubulovillous adenomas เป็นชนิดที่มีทั้ง Tubular lesions และ Villous lesions ปัจจัยเสี่ยงในการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ขึ้นอยู่กับระดับของ Dysplasia (Level of dysplasia) และจำนวนของ Villous lesions (Liu & Crawford, 2005)

ปัจจัยเสี่ยงของการเปลี่ยนแปลงของ Polyps ไปเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ขึ้นกับขนาด ชนิด และตำแหน่งของ Polyps (Trecca et al., 2004 อ้างใน จันทรคำ บุญมาก, 2549)

1. ขนาดของ Polyps

- ขนาดน้อยกว่า 5 มิลลิเมตร มีโอกาสเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็ง ร้อยละ 1
- ขนาด 0.6-1.5 เซนติเมตร มีโอกาสเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็ง ร้อยละ 2
- ขนาด 1.5-2.5 เซนติเมตร มีโอกาสเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็ง ร้อยละ 19
- ขนาด 2.6-3.5 เซนติเมตร มีโอกาสเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็ง ร้อยละ 43
- ขนาดใหญ่กว่า 3.5 เซนติเมตร มีโอกาสเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็ง ร้อยละ 76

2. ชนิดของ Polyps หากเป็นชนิด Tubular adenomas มีโอกาสเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็ง ร้อยละ 3.9 น้อยกว่า ชนิด Villous adenomas ซึ่งมีโอกาสเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 29.8 เนื่องจากระดับของการ Dysplasia ในชนิด Tubular adenomas ต่ำกว่าชนิด Villous adenomas

3. ตำแหน่งของ Polyps

- Polyps ที่ตำแหน่งของช่องท้องทางด้านขวา มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็งร้อยละ 6.4
- Polyps ที่ตำแหน่งของช่องท้องทางด้านซ้าย มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็งร้อยละ 8
- Polyps ที่ตำแหน่งบริเวณ Rectum มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็งร้อยละ 23

1.3 พยาธิวิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Pathology of colorectal cancer)

1.3.1 แบ่งตาม Histological types

พยาธิวิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากผลชิ้นเนื้อที่ได้จากการผ่าตัด แบ่งตาม Histological types ซึ่งร้อยละ 90-95 ผลพยาธิวิทยาเป็น Adenocarcinoma (Haskell, 2001; Rodriguez-Bigas, Lin, Crane, 2003; Labianca, Beretta, Gatta, Braud & Wils, 2004) World Health Organization ได้รวบรวมพยาธิวิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่พบบ่อย ได้แก่ Adenocarcinoma ซึ่งพบเป็นจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ Mucinous adenocarcinoma พบร้อยละ 17 ส่วน Signet-ring cell adenocarcinoma และ Squamous cell carcinoma พบค่อนข้างน้อย ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นจัดเป็นกลุ่ม Epithelial tumors ทั้งสิ้น (Haskell & Berek, 2001; Labianca, Beretta, Gatta, Braud & Wils, 2004)

1.3.2 แบ่งตาม Histological grading

พยาธิวิทยาของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตามการแบ่งของโบรเดอร์ (Broder's system) ที่แบ่งตาม Histological grading สามารถแบ่งได้เป็น 4 เกรด (Grade) ตามระดับของการพัฒนาทำให้เหมือนเซลล์ของเนื้อเยื่อเดิม เขียนด้วยเลขโรมันจาก I ถึง IV เพื่อเรียงลำดับความรุนแรงจากน้อยไปมาก ดังนี้ (Labianca, Beretta, Gatta, Braud & Wils, 2004; Libutti, Saltz, Rustgi & Tepper, 2005)

เกรด I (Grade I) หรือ Well differentiated หมายถึง เซลล์มะเร็งเกือบทั้งหมดมีการพัฒนาจนคล้ายเซลล์เนื้อเยื่อเดิม

เกรด II (Grade II) หรือ Moderately differentiated หมายถึง เซลล์มะเร็ง 3 ใน 4 มีการพัฒนาจนคล้ายเซลล์เนื้อเยื่อเดิม

เกรด III (Grade III) หรือ Poorly differentiated หมายถึง เซลล์มะเร็งครึ่งหนึ่ง มีการพัฒนาจนคล้ายเซลล์เนื้อเยื่อเดิม

เกรด IV (Grade IV) หรือ Undifferentiated หมายถึง เซลล์มะเร็งเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่สามารถพัฒนาจนคล้ายเซลล์เดิม

1.3.3 ระยะของโรค (Staging)

ระยะของโรคมีผลต่อการพยากรณ์โรคและการรอดชีพ การแบ่งระยะของโรคจะพิจารณาจากผลพยาธิวิทยา ความลึกของการลุกลามผ่านผนังลำไส้ การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง และการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น การแบ่งระยะของโรคมะเร็งที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก คือ การแบ่งระยะของโรคตามระบบ TNM Classification ซึ่งเป็นการจัดทำร่วมกันระหว่าง American Joint Committee on Cancer และ Union International Contra Cancer ซึ่งมีการใช้มา

มากกว่า 50 ปี โดยมีพื้นฐานจากข้อมูลที่ว่า ทางเลือกในการรักษา และโอกาสในการรอดชีวิตมีความสัมพันธ์กับ การลุกลามของมะเร็งปฐมภูมิ การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง และการกระจายไปยังอวัยวะอื่นนอกเหนือจากต่อมน้ำเหลือง วัตถุประสงค์ของการแบ่งระยะของโรคมะเร็ง โดย TNM committee ของ Union International Contra Cancer เพื่อช่วยในการวางแผนการรักษา บอกการพยากรณ์โรค ช่วยในการประเมินผลการรักษา และทำให้สะดวกในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ตามระบบ TNM Classification มีรายละเอียดดังนี้

T ย่อมาจาก Primary tumour บอกถึงลักษณะและการลุกลามของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ

Tx: ไม่สามารถประเมินมะเร็งปฐมภูมิได้

T0: ไม่พบหลักฐานของก้อนมะเร็งจากการตรวจต่างๆ

Tis: มะเร็งระยะเริ่มแรก (Carcinoma in situ) ก้อนมะเร็งได้มีการลุกลามอยู่เฉพาะชั้นของ intramucosal ยังไม่ลุกลามผ่านชั้น Muscularis mucosa.

T1: ก้อนมะเร็งได้ลุกลามไปถึงชั้นของ Submucosa

T2: ก้อนมะเร็งได้ลุกลามไปถึงชั้นของ Muscularis propria

T3: ก้อนมะเร็งได้ลุกลามผ่านชั้นของ Muscularis propria ไปถึงชั้น Subserosa หรือ Nonperitonealized pericolic หรือ Perirectal tissues

T4: เซลล์มะเร็งมีการกระจายเข้าสู่อวัยวะสำคัญ และหรือทะลุไปยัง Visceral peritoneum

N ย่อมาจาก Regional lymph nodes บอกถึงการลุกลามของเซลล์มะเร็งสู่ต่อมน้ำเหลือง

NX: ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้

N0: ไม่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปที่ต่อมน้ำเหลือง

N1: มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองเป็นจำนวน 1-3 ต่อมน้ำเหลือง

N2: มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองเป็นจำนวน 4 ต่อมน้ำเหลืองขึ้นไป

M ย่อมาจาก Distant metastasis บอกถึงการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งออกไปยังอวัยวะอื่น

MX: ไม่สามารถประเมินการกระจายไปอวัยวะอื่นได้

M0: ไม่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

M1: มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น

จากระบบ TNM Classification สามารถนำมาจัดเป็นกลุ่ม (Stage grouping) แบ่งได้ 4 ระยะ (Stage) คือ

ระยะที่ 1 หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งอยู่เฉพาะบริเวณต้นกำเนิดภายในอวัยวะหรือเนื้อเยื่อนั้น ยังไม่มีการลุกลาม ประกอบด้วย $T_1N_0M_0$ และ $T_2N_0M_0$

ระยะที่ 2 หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งลุกลามเข้าสู่เนื้อเยื่อใกล้เคียง ประกอบด้วย ระยะ IIA คือ $T_3N_0M_0$ และ ระยะ IIB คือ $T_4N_0M_0$

ระยะที่ 3 หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายสู่ต่อมน้ำเหลือง ประกอบด้วย ระยะ IIIA คือ $T_1-T_2N_1M_0$ ระยะ IIIB คือ $T_3-T_4N_1M_0$ และระยะ IIIC คือ $anyT N_2M_0$

ระยะที่ 4 หมายถึง ระยะที่เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆ ประกอบด้วย $anyT anyN M_1$

1.4 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Signs and symptoms of colorectal cancer)

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะแตกต่างกันตามตำแหน่งที่เป็นในแต่ละส่วนของลำไส้ใหญ่ (Rodriguez-Bigas, Lin & Crane, 2003) อาการที่จัดว่าเป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือ การมีเลือดออกทางทวารหนัก (Sweed & Meropol, 2001) อาการพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง อาการท้องอืดบ่อยครั้ง อาการน้ำหนักลด ส่วนอาการและอาการแสดงที่สามารถพบได้บ่อย (Cockburn, Paul, Tzelepis, McElduff & Byles, 2003; Ellis & Saddler, 2000; Langenbach, Schmidt, Neumann & Zirngibl, 2003; Libutti, Saltz, Rustgi & Tepper, 2005; Roger, 2005; Roll, 1999; Rodriguez-Bigas, Lin & Crane, 2003; Shaheen & Edelstein, 2000; Young, Sweeney & Hunter, 2000) ได้แก่

1. พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง (Young, Sweeney & Hunter, 2000; Libutti, Saltz, Rustgi & Tepper, 2005) ซึ่งสามารถพบได้บ่อยทั้งมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งทวารหนัก (Langenbach, Schmidt, Neumann & Zirngibl, 2003)

2. การถ่ายอุจจาระเป็นเลือด

3. การมีเลือดออกทางทวารหนัก (Young, Sweeney & Hunter 2000; Langenbach, Schmidt, Neumann & Zirngibl, 2003; Rodriguez-Bigas, Lin & Crane, 2003)

4. อาการปวดท้อง / อาการปวดท้องที่ไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ชัดเจน (Young, Sweeney & Hunter 2000; Langenbach, Schmidt, Neumann & Zirngibl, 2003) อาการปวดเกร็ง

ภายในช่องท้อง (Cramping pain) (Shaheen & Edelstein, 2000) อาการปวดท้องลักษณะบีบๆ (Colicky) (Cockburn, Paul, Tzelepis, McElduff & Byles, 2003)

5. อาการซีด (Young, Sweeney & Hunter, 2000; Roger, 2005)
6. การคลำพบก้อนในช่องท้อง
7. อุจจาระดำเล็กน้อย (Shaheen & Edelstein, 2000)
8. อาการปวดเบ่งอยากถ่ายอุจจาระตลอดเวลา หรือรู้สึกเหมือนถ่ายอุจจาระไม่หมด
9. น้ำหนักลด (Rodriguez-Bigas, Lin & Crane, 2003)
10. อาการท้องผูก และหรือท้องเสีย (Shaheen & Edelstein, 2000)
11. อาการอ่อนล้า
12. อาการเบื่ออาหาร
13. อาการท้องอืด
14. อาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเกิดจากการอุดตันของลำไส้ใหญ่ (Roll, 1999; Ellis & Saddler, 2000)

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ตำแหน่งที่อยู่ภายในช่องท้องทางด้านขวา ผู้ป่วยจะมีการแสดงให้เห็นได้ชัดเจนน้อยกว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ตำแหน่งที่อยู่ในช่องท้องทางด้านซ้าย เนื่องจากเส้นผ่านศูนย์กลางของลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในช่องท้องด้านขวามีขนาดกว้างกว่าลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในช่องท้องด้านซ้าย และลักษณะของอุจจาระที่กำลังเคลื่อนผ่านลำไส้ใหญ่ภายในช่องท้องด้านขวามีลักษณะเหลวหรือกึ่งแข็งกึ่งเหลวมากกว่าขณะที่กำลังเคลื่อนผ่านลำไส้ใหญ่ภายในช่องท้องด้านซ้าย ดังนั้น ก้อนมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในช่องท้องด้านขวาจึงสามารถขยายจนมีขนาดใหญ่ได้มากกว่าก้อนมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่อยู่ในช่องท้องด้านซ้ายโดยที่ไม่มีอาการแสดงให้เห็นได้ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายในช่องท้องด้านซ้ายมักมีอาการแสดงให้เห็นตั้งแต่โรคลังอยู่ในระยะแรก (Shaheen & Edelstein, 2000) ส่วนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายในช่องท้องด้านขวา มักแสดงอาการเมื่อโรคลังอยู่ในระยะท้าย (Sweed & Meropol, 2001) หากจำแนกอาการและอาการแสดงตามตำแหน่งที่เป็นในแต่ละส่วนของลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายในช่องท้องด้านขวา มักมีอาการและอาการแสดง ดังต่อไปนี้ (Ellis & Saddler, 2000; Griffin-Sobel, 2001; Haskell, 2001; Libutti, Saltz, Rustgi & Tepper, 2005; Liu & Crawford, 2005; Roger, 2005; Roll, 1999; Rodriguez-Bigas, Lin & Crane, 2003)

1. การคลำพบก้อนภายในช่องท้องด้านขวา (Ellis & Saddler, 2000; Griffin-Sobel, 2001; Roger, 2005; Roll, 1999)
2. อาการปวดเกร็งภายในช่องท้อง (Roger, 2005)

3. อาการปวดที่ไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ชัดเจน (Ellis & Saddler, 2000; Haskell, 2001; Roll, 1999)
4. อาการซีด (Ellis & Saddler, 2000; Griffin-Sobel, 2001; Haskell, 2001; Liu & Crawford, 2005; Roger, 2005; Roll, 1999)
5. อาการอ่อนล้า (Ellis & Saddler, 2000; Griffin-Sobel, 2001; Liu & Crawford, 2005; Roger, 2005)
6. น้ำหนักลด (Ellis & Saddler, 2000; Griffin-Sobel, 2001; Haskell, 2001; Roger, 2005)
7. การถ่ายอุจจาระเป็นเลือด (Griffin-Sobel, 2001; Haskell, 2001; Libutti, Saltz, Rustgi & Tepper, 2005; Roger, 2005; Roll, 1999)
8. อาการท้องอืด/แน่นท้อง (Ellis & Saddler, 2000)
9. อาการท้องผูก
10. อาการคลื่นไส้ อาเจียน (Roger, 2005)
11. อาการเบื่ออาหาร (Roger, 2005)

ส่วนอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายในช่องท้องด้านซ้าย มักมีอาการและอาการแสดง ดังต่อไปนี้ (Griffin-Sobel, 2001; Haskell, 2001; Libutti, Saltz, Rustgi & Tepper, 2005; Liu & Crawford, 2005; Rodriguez-Bigas, Lin & Crane, 2003; Roger, 2005; Schlesselman, 1999)

1. พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง (Griffin-Sobel, 2001; Haskell, 2001; Liu & Crawford, 2005; Roger, 2005; Roll, 1999; Schlesselman, 1999)
2. การถ่ายอุจจาระเป็นเลือด (Ellis & Saddler, 2000; Griffin-Sobel, 2001; Libutti, Saltz, Rustgi & Tepper, 2005; Rodriguez-Bigas, Lin & Crane, 2003; Roger, 2005; Roll, 1999; Schlesselman, 1999)
3. การถ่ายอุจจาระเป็นมูก (Roger, 2005)
4. การมีเลือดออกทางทวารหนัก (Haskell, 2001; Schlesselman, 1999)
5. อุจจาระล่ำเล็กลง (Griffin-Sobel, 2001; Haskell, 2001; Roger, 2005; Roll, 1999; Schlesselman, 1999)
6. อาการปวดเบ่งอยากถ่ายอุจจาระตลอดเวลา (Ellis & Saddler, 2000; Griffin-Sobel, 2001; Roger, 2005; Schlesselman, 1999)
7. อาการปวดท้อง (Ellis & Saddler, 2000; Griffin-Sobel, 2001)

8. อาการท้องอืด (Griffin-Sobel, 2001; Haskell, 2001; Roll, 1999)
9. อาการท้องผูก (Libutti, Saltz, Rustgi & Tepper, 2005; Liu & Crawford, 2005; Roll, 1999)
10. อาการท้องเสีย (Liu & Crawford, 2005)
11. อาการ คลื่นไส้ อาเจียน (Ellis & Saddler, 2000; Roll, 1999) ซึ่งเกิดจากการอุดตันภายในลำไส้ใหญ่

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังมีความสัมพันธ์กับขนาดและลักษณะของเนื้องอกในแต่ละตำแหน่งของลำไส้ใหญ่ หากเนื้องอกเป็นที่ตำแหน่งของ ascending colon เนื้องอกที่เกิดขึ้นที่ตำแหน่งนี้มักเป็นชนิด Pedunculated polyps ซึ่งเป็นเนื้องอกที่มีขนาดเล็ก มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 1 เซนติเมตร หรือน้อยกว่า 1 เซนติเมตร มีจำนวนน้อยที่ขยายขนาดจนมีขนาดประมาณ 4-5 เซนติเมตร (Lemone & Burke, 2004) ผู้ป่วยมักมีอาการปวดท้อง คลำพบก้อนที่ท้องด้านขวา มีเลือดออกทางทวารหนัก น้ำหนักลด และอาการซีด ซึ่งผู้ป่วยมักบอกรู้สึกอ่อนล้า มากกว่าอาการที่เกิดจากการอุดตันของลำไส้ ส่วนเนื้องอกที่เกิดขึ้นที่ตำแหน่ง Descending colon, Rectosigmoid colon และ Rectum ลักษณะของเนื้องอกมักเป็น Sessile Polyps ซึ่งมีขนาดใหญ่ มักมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 5 เซนติเมตร และสามารถขยายขนาดจนมีเส้นผ่านศูนย์กลางได้ถึง 10 เซนติเมตร (Liu & Crawford, 2005) เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการที่เกิดจากการอุดตันภายในลำไส้ ได้แก่ การมีพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยมักมีอาการท้องผูก สลับท้องเสีย อุจจาระที่ขับถ่ายออกมามีขนาดเล็กกลวง ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด การมีเลือดออกทางทวารหนัก ปวดเบ่งอยากถ่ายอุจจาระตลอดเวลา หรือรู้สึกเหมือนถ่ายอุจจาระไม่หมด มีการใช้ยาระบายเพิ่มขึ้น มีอาการท้องอืด (Griffin-Sobel, 2001; Haskell, 2001)

ดังนั้น อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่พบบ่อย สามารถสรุปได้ดังนี้ (Griffin-Sobel, 2001; Libutti, Saltz, Rustgi & Tepper, 2005; Haskell, 2001; Rodriguez-Bigas, Lin & Crane, 2003; Shaheen & Edelstein, 2000; Sweed & Meropol, 2001)

1. การถ่ายอุจจาระมีเลือดหรือมูกปนเลือด
2. การมีเลือดออกทางทวารหนัก
3. พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง โดยมีอาการท้องผูกบ่อยครั้งท้องเสียบ่อยครั้ง ท้องผูกสลับท้องเสีย
4. อุจจาระลำเล็กกลวง
5. อาการปวดท้อง/อาการปวดเกร็งภายในช่องท้องบ่อยครั้ง
6. อาการปวดเบ่งอยากถ่ายอุจจาระตลอดเวลา หรือรู้สึกเหมือนถ่ายอุจจาระไม่หมด

7. อาการท้องอืด/แน่นท้องบ่อยครั้ง
8. การคลำพบก้อนในท้อง
9. น้ำหนักลด
10. อาการซีด

1.5 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Treatment of colorectal cancer)

1.5.1 การรักษาหลักด้วยการผ่าตัดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colon cancer)

การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ยกเว้นกรณีโรคลูกหลานมากจนไม่สามารถผ่าตัดได้ การผ่าตัดแบบมาตรฐานจะรวมถึงการตัดเอาก้อนมะเร็งและลำไส้ใหญ่บางส่วนรวมทั้งต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นออก การตัดลำไส้ใหญ่ควรตัดห่างจากก้อนมะเร็งในแต่ละด้านไม่น้อยกว่า 5 เซนติเมตร (ชนวิรัตน์ เทสะวิบูล, 2544; วิรุณ บุญนุช, 2545; Labianca, Berette, Gatta, Braud & Wils, 2004) หากเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านขวา การผ่าตัดเรียกว่า Right half colectomy ถ้าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย เรียกว่า Left half colectomy ในกรณีที่ก้อนมะเร็งของลำไส้ใหญ่หลายตำแหน่งหรือมีติ่งเนื้อของลำไส้ใหญ่ (Polyps) ร่วมด้วย ก็จะผ่าตัดลำไส้ใหญ่ออกทั้งหมด เรียกว่า Total abdominal colectomy (วิรุณ บุญนุช, 2545) การต่อลำไส้อาจจะใช้มือเย็บหรือใช้เครื่องมือ (Staple) ต่อก็ได้ โดยรอยต่อต้องไม่ติ่ง มีเลือดไปเลี้ยงลำไส้ทั้งสองปลายดี ขนาดของลำไส้ต้องใกล้เคียงกัน (วิรุณ บุญนุช, 2545) ส่วนใหญ่มักต่อลำไส้ส่วนที่เหลือให้สามารถทำหน้าที่ได้ดังเดิม เรียกว่า Wide surgical resection และ Anastomosis หรือ Anterior resection ยกเว้นในกรณีของโรคมะเร็งทวารหนักซึ่งตำแหน่งของก้อนมะเร็งอยู่ใกล้กับ Anal verge มาก จนทำให้การตัดต่อลำไส้ทำได้ยาก อาจต้องใช้เทคนิคการผ่าตัดที่เรียกว่า Abdominoperineal resection (APR) ซึ่งภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องขับถ่ายทาง Colostomy ไปตลอดชีวิต (ชนวิรัตน์ เทสะวิบูล, 2544)

เทคนิคในการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ในตำแหน่งต่างๆแบบหวังผลหายขาด (Curative resection) (ปริญา ทวีชัยการ, 2549)

1. ควรตัดลำไส้ใหญ่ห่างจากก้อนมะเร็งไม่น้อยกว่า 5 เซนติเมตร ทั้งด้าน Proximal และ Distal margin ตัด Venous และ Lymphatic drainage จากส่วนของก้อนมะเร็งออกให้เพียงพอ
2. มะเร็งลำไส้ใหญ่ตำแหน่ง Caecum หรือ Ascending colon ควรผ่าตัดแบบ Right hemicolectomy
3. มะเร็งลำไส้ใหญ่ตำแหน่ง Hepatic flexure ควรผ่าตัดแบบ Extended right hemicolectomy โดยตัดที่ขั้วของ Middle colic artery
4. มะเร็งลำไส้ใหญ่ตำแหน่ง Transverse colon
 - 4.1 ถ้าอยู่ใกล้ Hepatic flexure ควรผ่าตัดแบบ Extended right hemicolectomy

4.2 ถ้าอยู่ระหว่าง Hepatic และ Splenic flexure ควรผ่าตัดแบบ Transverse colectomy หรือ Extended right hemicolectomy

4.3 ถ้าอยู่ใกล้ Splenic flexure ควรผ่าตัดแบบ Left segmental colectomy หรือ Subtotal colectomy

5. มะเร็งลำไส้ใหญ่ตำแหน่ง Splenic flexure ควรผ่าตัดแบบ Left hemicolectomy หรือ Subtotal resection ของ Transverse/Descending colon หรือพิจารณาทำผ่าตัดแบบ Subtotal colectomy

6. มะเร็งลำไส้ใหญ่ตำแหน่ง Descending colon ควรผ่าตัดแบบ Left hemicolectomy หรือ Limited resection ตัดบริเวณที่เลี้ยงด้วย Left colic artery ออก

7. มะเร็งลำไส้ใหญ่ตำแหน่ง Sigmoid colon ควรผ่าตัดแบบ Sigmoid colon resection

8. ควรเลาะ Regional lymph node ออกให้มากที่สุด เนื่องจากการยืนยันว่าผู้ป่วยเป็น Stage II ($T_{3-4}N_0$) จำเป็นต้องได้ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของต่อมน้ำเหลืองเป็น Negative จากการเลาะต่อมน้ำเหลืองตั้งแต่ 12 ต่อมนขึ้นไป

9. การทำ Anastomosis สามารถทำได้โดยการเย็บต่อด้วยมือ หรือการใช้เครื่องมือเย็บอัตโนมัติ (Staple)

1.5.2 การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Adjuvant therapy for colon cancer) ขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยมีข้อแนะนำ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ($T_{1-2}N_0M_0$) ไม่มีข้อบ่งชี้ในการให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษา
2. ระยะที่ 2 การให้เคมีบำบัดและรังสีรักษา ไม่ได้เป็นการรักษามาตรฐาน

ในโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 2 ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (High risk stage 2 colon cancer) ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น (Stage IIA colon cancer with high risk factor for systemic recurrence) คือ T_3 Colon cancer ที่มีข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- Poorly differentiated หรือ Undifferentiated tumor
- Lymphatic หรือ Vascular invasion
- Tumor obstruction
- Tumor perforation
- Resected lymph node less than 12 nodes

ควรพิจารณาให้ Adjuvant chemotherapy ร่วมด้วย โดยอาจให้ Bolus หรือ Infusion 5FU/Leucovorin ของ Mayo regimen, Roswell-Park regimen หรือให้ Capecitabine, Uracil/Tegafur/Leucovorin, FOLFOX4

กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่ (Stage II colon cancer with high risk for local recurrence) ได้แก่

- T₄ Lesion
- T₃ with localized perforation
- Positive margin หรือ closed margin

พิจารณาให้ Adjuvant chemotherapy ร่วมด้วย และอาจพิจารณาให้ รังสีรักษาเฉพาะราย

3. ระยะที่ 3 Colon cancer คือ Stage IIIA (T₁₋₂N₁M₀), Stage IIIB (T₃₋₄N₁M₀), Stage IIIC (any T N₂M₀) ควรพิจารณาให้ Adjuvant chemotherapy ทุกราย ยกเว้นในกรณีที่มีข้อห้าม หรือสภาพร่างกายไม่เหมาะสม ส่วนรังสีรักษานั้นอาจพิจารณาในราย T₄ Lesion

4. ระยะที่ 4 Colon cancer, any T any N M₁

4.1 Synchronous liver metastasis

4.1.1 ถ้าสามารถผ่าตัดส่วนของ liver metastasis ออกได้หมด (Curative resection) อาจพิจารณาให้ Adjuvant chemotherapy การผ่าตัด liver metastasis นั้นอาจผ่าตัดพร้อมกับการผ่าตัดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือผ่าตัดภายหลังก็ได้ในระยะเวลาไม่เกิน 12 สัปดาห์

4.1.2 ถ้าไม่สามารถผ่าตัดส่วนของ liver metastasis ออกได้ (Unresectable liver metastasis) อาจพิจารณาให้ Adjuvant chemotherapy แล้วดูการตอบสนองของก้อนมะเร็ง ถ้าตอบสนองดีอาจทำการผ่าตัดได้ในภายหลัง ถ้าตอบสนองไม่ดีอาจพิจารณาให้ Palliative care

4.2 Synchronous lung metastasis

4.2.1 ถ้าผู้ป่วยมี Metastasis ที่สามารถผ่าตัดออกได้หมด ควรผ่าตัดภายหลังจากการผ่าตัดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ไปแล้ว และพิจารณาให้ Adjuvant chemotherapy

4.2.2 ถ้าไม่สามารถผ่าตัดออกได้ ให้พิจารณา Palliative chemotherapy หรือให้ Palliative care

4.3 Other metastasis พิจารณาให้ Palliative chemotherapy

1.5.3 การรักษาด้วยการผ่าตัดและการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดโรคมะเร็งทวารหนัก (Rectal cancer)

การรักษาโรคมะเร็งทวารหนักจะพิจารณาตาม Clinical staging เนื่องจากในโรคมะเร็งทวารหนักนั้น สามารถตรวจหาระยะของโรคก่อนการผ่าตัดได้ ดังนั้นการประเมินระยะของโรค จึงแบ่งเป็น

การแบ่งระยะโรคก่อนการผ่าตัด โดยการตรวจ Clinical staging ให้เติม “C” นำหน้า เช่น cT₂ แต่ถ้าใช้การตรวจ Endorectal ultrasonography ให้เติมอักษร “U” นำหน้า เช่น uT₃

การแบ่งระยะโรคหลังการผ่าตัด เมื่อส่ง Specimen ตรวจแล้ว จะใช้ Pathological staging ให้เติมอักษร “P” นำหน้า เช่น pT₂

1.5.3.1 การรักษาโรคมะเร็งทวารหนักในระยะ cT₁₋₂N₀M₀

การรักษาด้วยการผ่าตัดมะเร็งทวารหนัก มี 2 วิธี คือ Transabdominal resection และ Transanal total local excision การพิจารณาให้การรักษาเสริม ขึ้นกับวิธีการผ่าตัด และผลทางพยาธิวิทยา ดังนี้

1. การผ่าตัดแบบ Transabdominal resection

1.1 ผลพยาธิวิทยาเป็น pT₁₋₂N₀M₀ ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาเสริมใดๆ

1.2 ผลพยาธิวิทยาเป็น pT₃N₀M₀ หรือ pT₁₋₃N₁₋₂M₀ พิจารณาให้ Postoperative chemoradiotherapy

2. การผ่าตัดแบบ Transanal total local excision

2.1 ผลพยาธิวิทยาเป็น pT₁N_x, Margin negative ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาเสริมใดๆ

2.2 ผลพยาธิวิทยาเป็น pT₂N_x และ Margin negative พิจารณาทำการผ่าตัดเพิ่มเติมแบบ Transabdominal resection ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัด หรือไม่สามารถผ่าตัดได้ พิจารณาให้ Chemoradiotherapy

2.3 ผลพยาธิวิทยาเป็น pT₁₋₂N_x และมี Unfavorable feature ได้แก่ Positive margin, Lymphovascular invasion, Poorly differentiation แนะนำให้การรักษาเพิ่มเติม โดยให้พิจารณาทำการผ่าตัดเพิ่มเติมแบบ Transabdominal resection แล้วพิจารณาผลพยาธิวิทยาอีกครั้ง ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดหรือไม่สามารถผ่าตัดได้ พิจารณาให้ Chemoradiotherapy

1.5.3.2 การรักษาโรคมะเร็งทวารหนัก Clinical staging cT_3N_0 หรือ anyT N_{1-2} มี 2 แบบ คือ

1. Preoperative neoadjuvant chemoradiotherapy แล้วทำการผ่าตัดแบบ Transabdominal resection เมื่อผ่าตัดแล้วให้ Adjuvant chemotherapy
2. ทำการผ่าตัดแบบ Transabdominal resection แล้วพิจารณาการรักษาเสริม ดังนี้

1.1 ผลพยาธิวิทยาเป็น $pT_{1-2}N_0M_0$ ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาเสริมใดๆ

2.2 ผลพยาธิวิทยาเป็น $pT_3N_0M_0$ หรือ $pT_{1-3}N_{1-2}M_0$ พิจารณาให้ Postoperative adjuvant Chemoradiotherapy

1.5.3.3 การรักษาโรคมะเร็งทวารหนัก Clinical staging cT_4 หรือ Locally unresectable โดยการพิจารณาให้ Preoperative neoadjuvant Chemoradiotherapy ถ้าสามารถผ่าตัดออกได้พิจารณาให้ Post-operative adjuvant Chemotherapy ถ้าไม่สามารถผ่าตัดได้ พิจารณาให้ Palliative chemotherapy หรือ Palliative care

1.5.3.4 การรักษาโรคมะเร็งทวารหนัก Clinical staging anyT anyN M_1

1. Resectable metastasis มีแนวทางการรักษา 2 แบบ คือ

1.1 ทำการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งทวารหนัก และ Metastasis ออกแบบ Curative resection โดยแนะนำให้ทำผ่าตัดมะเร็งทวารหนักออกก่อน แล้วจึงผ่าตัด Metastasis ภายหลัง และหลังการผ่าตัดควรพิจารณาการรักษาเสริมตามผลพยาธิวิทยาดังนี้ หากผลพยาธิวิทยาเป็น $T_{1-2}N_0M_1$ ให้ Postoperative adjuvant Chemotherapy หากผลพยาธิวิทยาเป็น T_{3-4} anyN หรือ any T, N_{1-2} ให้ Postoperative chemoradiotherapy

1.2 Preoperative chemoradiotherapy เป็น Neoadjuvant therapy แล้วจึงทำการผ่าตัดรักษาโรคมะเร็งทวารหนัก และ Metastasis ออกแบบ curative resection หลังผ่าตัดพิจารณาให้ Postoperative adjuvant Chemotherapy

2. Unresectable metastasis พิจารณาให้ Palliative chemotherapy หรือ Palliative chemoradiotherapy หรือ Palliative care

1.5.4 การรักษาเสริมด้วยรังสีรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Radiotherapy in Colorectal Cancer) (วุฒิสรี วีรสาร, 2545)

การใช้รังสีรักษามีบทบาทมากในการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นการรักษาเสริมการผ่าตัด (Adjuvant treatment) โดยอาจให้ก่อนผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด เพื่อช่วยลด

การเกิดโรคขึ้นใหม่ หรือเป็นการรักษาประคับประคอง (Palliative treatment) ในกรณีที่โรคเป็นมาจนไม่สามารถรักษาผ่าตัดก่อนมะเร็งหรือผ่าตัดแล้วไม่สามารถเลาะก้อนมะเร็งออกได้หมด (Locally advanced disease) หรือเมื่อเกิดโรคขึ้นใหม่หลังจากที่เคยได้รับการรักษาไปแล้ว (Local recurrence) ในทางรังสีแบ่งลำไส้ใหญ่ออกเป็น 2 ส่วน คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่ในช่องท้อง และลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่ในช่องเชิงกราน เนื่องจากการให้รังสีมีข้อจำกัดต่างกัน ดังนี้

ลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่ในช่องท้อง การรักษาเพิ่มเติมด้วยรังสีรักษามีข้อจำกัดเนื่องจากอวัยวะภายในช่องท้อง ได้แก่ ลำไส้เล็ก ไต และตับ ทนต่อรังสีได้น้อย จึงไม่สามารถให้ปริมาณรังสีได้เต็มที่และไม่สามารถให้รังสีเป็นบริเวณกว้างพอที่จะคลุมตำแหน่งที่เป็นโรค และต่อมน้ำเหลืองได้ทั้งหมด ทำให้ควบคุมโรคได้ไม่ดี และยังมีผลแทรกซ้อนจากรังสีมากอีกด้วย ผู้ป่วยที่มีการลุกลามไปยังชั้น Deep muscle และ/หรือมีการแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองแล้ว (ระยะ MAC B2-C3) โดยทั่วไปแล้วรังสีรักษามีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยบางรายเท่านั้นจากการฉายรังสีเป็นบริเวณเล็กๆ ที่ตำแหน่งรอยตัดต่อลำไส้ หรือตำแหน่งใดๆ ในช่องท้อง ซึ่งตรวจพบว่ามีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ ศัลยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะวาง Surgical clips ไว้ให้รังสีแพทย์เพื่อกำหนดขอบเขตการฉายรังสีให้เล็กที่สุด โดยจะกำหนดขอบเขต 2-3 เซนติเมตรโดยรอบ ในรายที่ก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ และ/หรือต่อมน้ำเหลืองในท้องโตมากจนไม่สามารถให้การผ่าตัดรักษาได้ รังสีรักษาก็จะมีบทบาทในการรักษาประคับประคอง ช่วยลดอาการปวด และภาวะลำไส้อุดตันในบริเวณนั้นได้ (วุฒิสิริ วีรสาร, 2545)

ลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่ในช่องเชิงกราน (ลำไส้ใหญ่ส่วนของ Sigmoid และ Rectum) เนื่องจากอวัยวะในช่องเชิงกรานทนต่อรังสีได้มากกว่า รังสีแพทย์สามารถให้ปริมาณรังสีได้เต็มที่ และครอบคลุมตำแหน่งที่เป็นโรคมะเร็งและต่อมน้ำเหลืองในช่องเชิงกรานได้ทั้งหมด จะพิจารณาให้รังสีรักษาเป็นการรักษานำก่อนผ่าตัด หรือให้รังสีรักษาเสริมหลังผ่าตัด ก็ให้ผลการรักษาที่ดีมากใกล้เคียงกัน ช่วยลดอัตราการกลับเป็นโรคใหม่ และช่วยยืดอายุผู้ป่วยได้ (Farniok & Levitt, 1994; Martenson & Gunderson, 1998 อ้างใน วุฒิสิริ วีรสาร, 2545) แต่ก็มีข้อบ่งชี้และข้อดีแตกต่างกัน ดังนี้

ข้อบ่งชี้ในการให้รังสีรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนที่อยู่ในช่องเชิงกราน

1. การฉายรังสีรักษาหลังผ่าตัด (Post-operative radiation) หาก Lesion อยู่สูงกว่า Anal verge มากกว่า 8-10 เซนติเมตร จะทำการผ่าตัด Anterior resection หาก Lesion อยู่ต่ำไม่สามารถเก็บกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักได้ ต้องผ่าตัด Abdominal perineal resection ซึ่งผู้ป่วยต้องขับถ่ายอุจจาระทาง Colostomy ไปตลอดชีวิต หลังผ่าตัดแล้ว ถ้าพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคขึ้นใหม่ ได้แก่ มีการลุกลามของเซลล์มะเร็งถึงชั้น Deep muscle, Serosa หรือทะลุผ่านชั้น Serosa ไปถึง

Perirectal tissue และ/หรือมีต่อมน้ำเหลืองโต หรือตรวจพบเซลล์มะเร็งในต่อมน้ำเหลืองที่เลาะออกมา (MAC B2-C3) การฉายรังสีรักษาคลุมบริเวณช่องเชิงกรานทั้งหมดภายหลังการผ่าตัดสามารถช่วยลดอัตราการเกิดโรคใหม่ และถ้าพิจารณาให้รังสีรักษาร่วมกับให้เคมีบำบัด จะมีผลช่วยควบคุมโรคเฉพาะที่ ลดโอกาสที่จะมีโรคแพร่กระจาย ช่วยยืดอายุผู้ป่วยได้นานขึ้น (Farniok & Levitt, 1994; Heriot & Kumar, 1998; Minsky, 1997 อ้างใน วุฒิสิริ วีรสาร, 2545)

2. การฉายรังสีรักษาก่อนผ่าตัด (Pre-operative radiation) ถ้าพบว่าการผ่าตัดจะต้องเป็นแบบ APR ก็จะพิจารณาให้การฉายรังสีนำไปก่อน เพื่อให้ก้อนมะเร็งยุบลงบ้าง แล้วจึงทำการผ่าตัดตัดต่อลำไส้ในภายหลัง การฉายรังสีรักษาก่อนการผ่าตัดนี้จะต้องฉายรังสีคลุมช่องเชิงกรานทั้งหมดก่อน แล้วจึงค่อยทำการผ่าตัด พบว่า ได้ผลการควบคุมโรคดีเหมือนกับการฉายรังสีหลังผ่าตัด แต่มีผลข้างเคียงน้อยกว่า (Farniok & Levitt, 1994; Heriot & Kumar, 1998; Lundby, Jensen, Overguard & Laurbergs, 1997; Martenson & gunderson, 1998; Minsky, 1997; Minsky et al., 1998; Neal & Hoskin, 1997 อ้างใน วุฒิสิริ วีรสาร, 2545) ถ้าไส้เล็กจะถูกดันออกไปจากช่องเชิงกรานมากกว่า มีการใช้รังสีรักษาหลายแบบ ได้แก่ โดยการฉายรังสีรักษาครั้งละ 5 Gy จำนวน 5 ครั้ง และผ่าตัดหลังจากฉายรังสีครบ ผลของรังสีจะทำลายเซลล์มะเร็ง ช่วยลดการเกิดโรคขึ้นใหม่ และลดโอกาสที่มะเร็งจะแพร่กระจายในขณะที่ทำการผ่าตัดเท่านั้นเมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดรักษาเพียงอย่างเดียว ต่อมาการใช้การฉายรังสีรักษาครั้งละ 1.8-2 Gy จำนวน 20-25 ครั้ง ในเวลา 4-5 สัปดาห์ แล้วเว้นระยะอีกประมาณ 4 สัปดาห์ เพื่อให้ก้อนมะเร็งมีโอกาสยุบลงให้มากที่สุด จึงค่อยทำการผ่าตัด พบว่า ช่วยให้การผ่าตัดตัดต่อลำไส้ทำได้ง่ายและมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดการเกิดโรคใหม่และช่วยให้ผู้ป่วยยังถ่ายอุจจาระทางทวารหนักได้เหมือนเดิมอีกด้วย

3. การฉายรังสีรักษาแบบประคับประคอง (Palliative radiation) ในรายที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ ไม่สามารถผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้หมด หรือมีต่อมน้ำเหลืองโตยึดติดอวัยวะต่างๆในช่องเชิงกราน (Locally advanced disease) ควรเริ่มต้นด้วยการฉายรังสีรักษาคคลุมช่องเชิงกรานทั้งหมด และให้ขอบล่างของบริเวณนี้ฉายรังสีคลุมก้อนมะเร็งส่วนที่อยู่ต่ำสุดประมาณ 3-4 เซนติเมตร เป็นการรักษานำไปก่อน และก็ควรพิจารณาให้เคมีบำบัดร่วมด้วย จะทำให้ก้อนมะเร็งและต่อมน้ำเหลืองที่โตยุบลง และอาจจะทำผ่าตัดได้ในภายหลัง (Increase respectable rate) ถ้าผ่าตัดได้ก็จะทำให้การควบคุมโรคเฉพาะที่นานขึ้น ลดโอกาสเกิดโรคขึ้นใหม่ ช่วยยืดอายุผู้ป่วยได้ แต่ถ้าก้อนมะเร็งยุบลงแล้ว แต่ยังยึดติดอวัยวะข้างเคียง ไม่สามารถผ่าตัดเลาะออกได้หมด การฉายรังสีรักษาก็ยังเป็นการรักษาที่ช่วยลดอาการปวด หรือลดการอุดตันของลำไส้ใหญ่ได้ระยะหนึ่ง เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยได้

เทคนิคการให้รังสี: ในการพิจารณาฉายรังสีรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่นั้น จะต้องกำหนดให้รังสีครอบคลุมก้อนเนื้อมะเร็งและต่อมน้ำเหลืองในบริเวณใกล้เคียง โดยทั่วไปแล้ว ก็คือ การฉายรังสีคลุมช่องเชิงกรานนั่นเอง (Whole pelvic irradiation) ผู้ป่วยจะได้รับการฉายรังสีติดต่อกันสัปดาห์ละ 5 วัน และพัก 2 วัน เพื่อให้ร่างกายซ่อมแซมเซลล์ปกติที่ถูกทำลายไป ปริมาณรังสีที่เพียงพอจะทำลายเซลล์มะเร็งในแต่ละวัน และเซลล์ปกติถูกทำลายในขนาดที่ซ่อมแซมตัวเองได้ (Conventional dose) คือ 1.8-2 เกรย์ มะเร็งลำไส้ใหญ่มักเป็นชนิด Adenocarcinoma ซึ่งเป็นกลุ่มเซลล์มะเร็งที่ไวต่อรังสีปานกลาง โรคมะเร็งที่เหลืออยู่หลังผ่าตัดมักเป็นเพียง Microscopic residual disease เท่านั้น จึงควรได้รับปริมาณรังสีรักษา (Post-operative radiation) รวมประมาณ 45-50 เกรย์ ในเวลาประมาณ 5-6 สัปดาห์

ในกรณีที่พิจารณาให้การรักษาฉายรังสีก่อนการผ่าตัด (Pre-operative radiation) รังสีแพทย์จะต้องประเมินก่อนว่า ถ้าสามารถผ่าตัดออกได้ตั้งแต่ต้นอยู่แล้ว การให้รังสีรักษานี้จะเป็นการช่วยลดอัตราการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งในขณะผ่าตัด และช่วยลดอัตราการเกิดโรคขึ้นใหม่ แต่ถ้าก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่และยึดติดอวัยวะข้างเคียง ไม่สามารถผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้หมด การให้รังสีรักษาจะเป็นการช่วยลดขนาดของก้อน อาจช่วยให้ผ่าตัดได้ในภายหลัง การให้รังสีรักษานั้น จะพิจารณาฉายรังสีคลุมช่องเชิงกรานนั่นเอง ปริมาณรังสีรวมประมาณ 40-50 เซนติเกรย์ ในเวลาประมาณ 4-5 สัปดาห์ หลังจากนั้นภายในเวลา 4-6 สัปดาห์ ผู้ป่วยควรได้รับการผ่าตัด และถ้าหลังการผ่าตัดแล้วยังมี Gross residual disease หรือในรายที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ ก็จะต้องพิจารณาเพิ่มรังสีบริเวณเนื้อเยื่อ Gross disease ทั้งหมดอีกประมาณ 10-15 เกรย์ ปริมาณรังสีรวมประมาณ 60-65 เกรย์ ในเวลา 6-7 สัปดาห์

1.6 ปัญหาและอุปสรรคของการเข้ารับรักษา (Barriers to seeking treatment)

แม้ว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะเป็นโรคที่สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของโรค แต่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มาพบแพทย์ ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้าย (วรมินทร์ เจริญสุวรรณ, 2545) และมีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพียงร้อยละ 37 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งหมดที่มาพบแพทย์เมื่อโรคมะเร็งยังอยู่ในระยะต้น (Rogers, 2005; Sweed & Merropol, 2001) สำหรับสถิติในประเทศไทย จากรายงานสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เพื่อรับการรักษา เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.5 และ 47.5 ส่วนผู้ป่วยระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 พบเพียงร้อยละ 14.5 และ 18.3 (National Cancer Institute, 2007) และจากรายงานการวิจัยของ ภรภัทร เดชะตานนท์ (2548) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่

3 และระยะที่ 4 เป็นจำนวนมากที่สุดเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 31.71 และ 35.89 ตามลำดับ ส่วนระยะที่ 1 และ 2 พบร้อยละ 2.44 และ 29.96 สอดคล้องกับรายงานวิจัยของ กวิญ ลิละวัฒน์ (2546) พบว่า จากผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่า เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3 มากที่สุด พบเป็นจำนวนร้อยละ 38.33 ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งแรก ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colon cancer) เท่ากับ 93 วัน และผู้ป่วยมะเร็งทวารหนัก (Rectal cancer) เท่ากับ 157 วัน (Langenbach, Schmidt, Neuman & Zirngibl, 2003) จากการศึกษาของ Young, Sweeney & Hunter (2000) พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 18 ที่ใช้ระยะเวลาในการแสวงหาการรักษาเป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน นับตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งมาพบแพทย์ครั้งแรก และจากการศึกษาของ Cockburn, Paul, Tzelepis & McElduff & Byles (2003) พบว่า ระยะเวลาการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีตั้งแต่ 1 สัปดาห์ จนกระทั่งมากกว่า 3 เดือน ผู้ป่วยที่แสวงหาการรักษาภายใน 1 สัปดาห์ พบเป็นจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 45.6 รองลงมา คือ ไม่แสวงหาการรักษา พบเป็นจำนวนร้อยละ 31.9 ผู้ป่วยแสวงหาการรักษาภายใน 4 สัปดาห์ พบเป็นจำนวนร้อยละ 13.7 ผู้ป่วยแสวงหาการรักษาภายใน 3 เดือน ร้อยละ 6.0 และผู้ป่วยที่แสวงหาการรักษาเป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือนนับตั้งแต่มีอาการผิดปกติ พบเป็นจำนวน ร้อยละ 2.7

ปัญหาและอุปสรรคของการเข้ารักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักไม่ได้มาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่มีอาการ สามารถสรุปได้ดังนี้ (รัชณี ภูริสสัย, 2545; Cockburn, Paul, Tzelepis, McElduff & Byles, 2003; Langenbach, Schmidt, Neuman & Zirngibl, 2003; Lauver, Coyle & Panchmatin, 1995; Oh & Park, 2004; Young, Sweeney & Hunter, 2000)

1.6.1 ขาดความรู้เรื่องอาการเริ่มแรกของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Langenbach, Schmidt, Neuman & Zirngibl, 2003)

1.6.2 ผู้ป่วยไม่ให้ความสนใจกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น (Cockburn, Paul, Tzelepis, McElduff & Byles, 2003; Young, Sweeney & Hunter, 2000) จากการศึกษาของ Cockburn, Paul, Tzelepis, McElduff & Byles (2003) ผู้ป่วยร้อยละ 14 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ สันนิษฐานด้วยตนเองว่าอาการเลือดออกทางทวารหนัก เป็นอาการของโรคริดสีดวงทวารมากกว่า เป็นอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยไม่คิดว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นจากสาเหตุอื่นที่รุนแรง

1.6.3 ผู้ป่วยรอให้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากขึ้น (Cockburn, Paul, Tzelepis, McElduff & Byles, 2003; Young, Sweeney & Hunter, 2000) จากการศึกษาของ

Cockburn, Paul, Tzelepis, McElduff & Byles (2003) พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นจำนวนถึงร้อยละ 31.9 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมดที่ไม่แสวงหาการรักษา เมื่อสังเกตว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เหตุผลที่ผู้ป่วยไม่แสวงหาการรักษา ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เกือบครึ่งหนึ่งเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง ยังไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์

1.6.4 ผู้ป่วยคาดหวังว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะหายได้เอง (Langenbach, Schmidt, Neuman & Zirngibl, 2003; Young, Sweeney & Hunter, 2000) จากการศึกษาของ Langenbach, Schmidt, Neuman & Zirngibl (2003) พบถึงร้อยละ 40 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่คาดหวังว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะหายได้เอง

1.6.5 ผู้ป่วยกลัวผลการวินิจฉัย (Langenbach, Schmidt, Neuman & Zirngibl, 2003; Lauver, Coyle & Panchmatin, 1995) จากการศึกษาของ Langenbach, Schmidt, Neuman & Zirngibl (2003) พบว่า มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่เกิดความรู้สึกลัวจากอาการที่เกิดขึ้น กลัวว่าตนเองจะเป็นโรคร้ายแรง กลัวผลการวินิจฉัยว่าตนเองจะเป็นโรคมะเร็ง

1.6.6 สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Langenbach, Schmidt, Neuman & Zirngibl, 2003; Oh & Park, 2004) จากการศึกษาของ Langenbach, Schmidt, Neuman & Zirngibl (2003) พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ล่าช้ามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล โดยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colon cancer) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งมาพบแพทย์ครั้งแรก ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง เท่ากับ 94 วัน มากกว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเท่ากับ 74 วัน ส่วนผู้ป่วยมะเร็งทวารหนัก (Rectum cancer) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งแรก ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง เท่ากับ 154 วัน มากกว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเท่ากับ 90 วัน

1.6.7 มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เช่น ไม่มีเงินเพียงพอ ไม่มีประกันชีวิต (Lauver, Coyle & Panchmatin, 1995)

1.6.8 มีภาระหน้าที่ที่ยังต้องปฏิบัติ เช่น ต้องทำงานเกือบตลอดเวลา มีหน้าที่ที่ต้องดูแลรับผิดชอบบุคคลในครอบครัว (Lauver, Coyle & Panchmatin, 1995)

1.6.9 มีปัญหาด้านการเดินทาง เช่น โรงพยาบาลอยู่ไกลจากบ้าน ไม่มีบุคคลพาไปโรงพยาบาล ไม่สะดวกในการเดินทาง (Lauver, Coyle & Panchmatin, 1995)

1.6.10 ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเข้าพบแพทย์เพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลไม่สะดวกและมีความยุ่งยาก ต้องใช้เวลานาน (Cockburn, Paul, Tzelepis, McElduff & Byles, 2003; Oh & Park, 2004)

1.6.11 การไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ เช่น มีปัญหาเรื่องการเงิน (Lauver, Coyle & Panchmatin, 1995)

1.6.12 พฤติกรรมการให้บริการของบุคลากรสุขภาพ บุคลากรสุขภาพที่มีพฤติกรรมการให้บริการที่ไม่เหมาะสม เช่น การแสดงออกในลักษณะของการตำหนิติเตียน การไม่รับฟัง การไม่เอาใจใส่หรือแสดงท่าทีที่ไม่สนใจ ไม่ให้ข้อมูลหรือคำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยที่ไปใช้บริการเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ พฤติกรรมการให้บริการของผู้ให้การรักษาที่แสดงออกมาในด้านลบจึงเป็นอุปสรรคหนึ่งในการแสวงหาการรักษา (รัชนิ ฐริศตย์, 2545)

1.6.13 การหลงเชื่อคำโฆษณาชวนเชื่อหรือข่าวลือเกี่ยวกับการรักษาต่างๆที่ยังไม่ได้รับการพิสูจน์ให้ชัดเจนตามกระบวนการที่เชื่อถือได้ว่าผลการรักษานั้นได้ผลจริง จึงทำให้ผู้ป่วยตกเป็นเหยื่อของการแสวงหาผลประโยชน์หรือเป็นเหยื่อที่ใช้ในการทดลองรักษา เกิดผลเสียกับสุขภาพและยังทำให้อาการของโรคเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขึ้น (รัชนิ ฐริศตย์, 2545)

1.6.14 สถานภาพสมรส พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรส หย่า/แยกกันอยู่ โสด เป็นกลุ่มที่มาพบแพทย์ล่าช้ามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ เท่ากับ 243 วัน และ 220 วัน ตามลำดับ (Langenbach, Schmidt, Neuman & Zirngibl, 2003)

2. พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

2.1 พฤติกรรมแสวงหาการรักษาตามกรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup, et al., 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมแสวงหาการรักษา หรือคำที่มีความหมายใกล้เคียงกัน ไว้ดังนี้

พฤติกรรมแสวงหาการรักษา (Health seeking behavior) หมายถึง กิจกรรมที่กระทำเมื่อมีการรับรู้ว่าการเบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติ (ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, วราภรณ์ เลิศพูนวิไลกุล, ลินจง โพธิบาล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และ กนกพร สุคำวัง, 2545)

พฤติกรรมแสวงหาการรักษา หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลใช้เพื่อค้นหาวิธีการรักษาตนเอง นับตั้งแต่เมื่อรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ หรือมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น (รัชนิ ฐริศตย์, 2545)

พฤติกรรมแสวงหาการรักษา (Help-seeking behavior) หมายถึง การแสวงหาช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เพื่อให้ประเมินอาการ และให้การรักษา เมื่อพบว่ามีอาการความผิดปกติเกิดขึ้น (Facione, 1993)

พฤติกรรมแสวงหาการรักษา (Health-care-seeking behavior) เป็นการปฏิบัติของแต่ละบุคคลเพื่อตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น และมีผลให้บุคคลนั้นไปพบกับทีมสุขภาพเพื่อให้ทีมสุขภาพช่วยประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น (Gilliland, Phillips, Racynski, Smith, Cornell & Bittner, 1999)

พฤติกรรมแสวงหาการรักษา (Care-seeking behavior) เป็นการพิจารณาถึงระยะเวลาตั้งแต่พบว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น จนกระทั่งไปพบแพทย์ครั้งแรก (Reifenshtein, 2001)

พฤติกรรมแสวงหาการรักษา (Health-seeking behavior) หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำและการเลือกไปยังสถานที่ต่างๆ เมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น (Manly-Lampkin, 2003)

สรุป พฤติกรรมแสวงหาการรักษา (Treatment seeking behavior) หมายถึง การจัดการ การหาวิธีแก้ไขกับอาการผิดปกติ หรือเบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่มีอาการผิดปกติ หรือตั้งแต่ที่บุคคลนั้นมีการรับรู้ด้วยตนเองว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น จนกระทั่งไปพบแพทย์

กรอบแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่ดราคัพและคณะ (Dracup, et al., 2003) ได้พัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 นั้น พัฒนามาจาก 3 โมเดล คือ 1) The health belief model 2) The self regulation model of illness cognition and behavior และ 3) The interactionist role theory หรือ Symbolic interactionism (Dracup, et al., 1995) ซึ่งดราคัพและคณะ (Dracup, et al., 1995) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมแสวงหาการรักษาว่า เป็น กระบวนการตัดสินใจของแต่ละบุคคลในการจัดการ หรือหาวิธีแก้ไขความเจ็บป่วยของตนเอง เมื่อมีปัจจัยหรือมีสิ่งกระตุ้นเกิดขึ้น เป็นพฤติกรรมที่บุคคลตัดสินใจไปพบแพทย์ (Health professionals) เพื่อรับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติ ดังนั้น พฤติกรรมแสวงหาการรักษาตามกรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup, et al., 2003) จึงมีการพิจารณาเรื่องของระยะเวลาร่วมด้วยว่าบุคคลนั้นมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาแล้วหรือยังหรือไม่ โดยพิจารณาจากระยะเวลาตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติ หรือรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ จนกระทั่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา มีดังนี้

1. อาการเจ็บป่วย (Symptoms) อาการต่างๆที่บุคคลมีการประเมินและจำแนกอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย ให้ความหมายและรับรู้ว่าเป็นภาวะคุกคาม หรือเป็นอาการที่มีความรุนแรง ทำให้เกิดการตระหนักต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น (Dempsey, Dracup & Moser, 1995; Dempsey, Dracup & Moser, 1995; McKinley, Moser & Dracup, 2000)

2. สิ่งกระตุ้นภายใน (Internal stimuli/factors) และสิ่งกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental stimuli/factors) (Dracup et al., 2003)

- 2.1 สิ่งกระตุ้นภายใน (Internal stimuli/factors) ประกอบด้วย

2.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (Sociodemographic) เช่น อายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status) เชื้อชาติ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส แหล่งของที่อยู่อาศัย เช่น การอาศัยอยู่ในเมืองหรือชนบท

2.1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก (Clinical characteristics) เช่น การมีประวัติโรคประจำตัวอื่น

2.1.3 บทบาททางวัฒนธรรม (Cultural roles)

2.1.4 ความคาดหวัง (Expectations)

2.2 สิ่งกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental stimuli/factors) ประกอบด้วย

2.2.1 ครอบครัวและผู้ร่วมงาน (Family and coworkers)

2.2.2 เพื่อน (Friends)

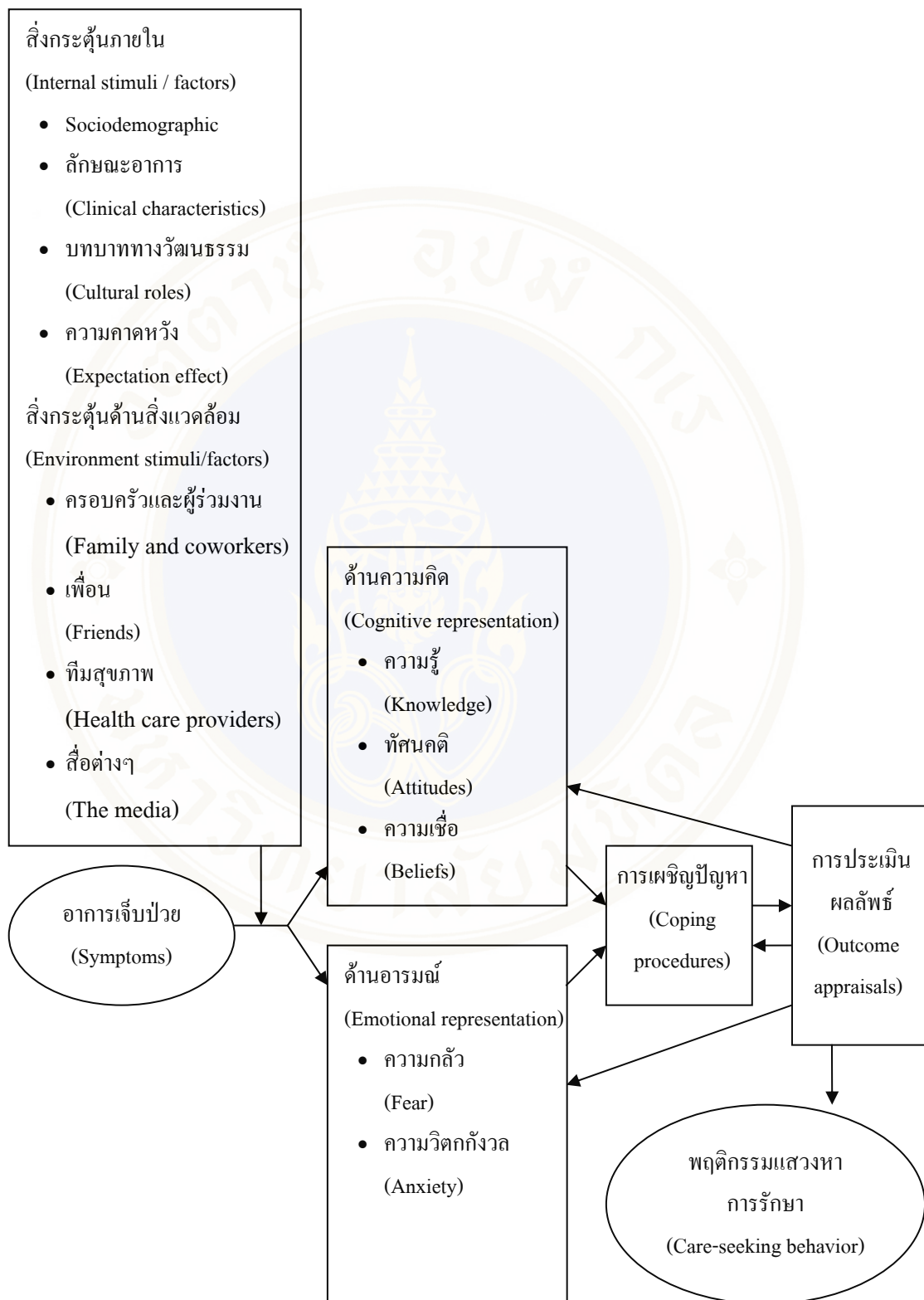
2.2.3 ทีมสุขภาพ (Health care providers)

2.2.4 สื่อต่างๆ (The media)

3. ด้านความคิด (Cognitive representation) (Dracup et al., 2003) เช่น การประเมินและการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น การตระหนักต่ออาการที่เกิดขึ้น การประเมินสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น และ การจำแนกอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเจ็บป่วย (Dempsey, Dracup & Moser, 1995; Dracup et al., 2006; McKinley, Moser & Dracup, 2000) ซึ่งความคิดของแต่ละบุคคลนั้นอยู่ภายใต้อิทธิพลของ ความรู้ ทักษะ และความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคหรืออาการที่เกิดขึ้น (Dracup et al., 2006)

4. ด้านอารมณ์ (Emotional representation) เช่น ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล (Dracup et al., 2003; 2006)

เมื่อบุคคลนั้นรับรู้ภาวะคุกคามจากสิ่งกระตุ้นดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น หลังจากนั้นจะเกิดกระบวนการเผชิญปัญหากับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น (Coping procedures) บุคคลจะเกิดการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นโดยการหาวิธีต่างๆ ในการจัดการกับความเจ็บป่วยซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นประเมินความเจ็บป่วยและให้ความหมายความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร ประเมินสาเหตุของความเจ็บป่วยว่าเกิดจากสาเหตุใด (McKinley, Moser & Dracup, 2000; McKinley et al.; 2004) หลังจากนั้น บุคคลจะมีการประเมินผลลัพธ์จากการจัดการด้วยวิธีต่างๆ (Outcome appraisal) หากความเจ็บป่วยนั้นยังไม่สามารถแก้ไขได้สำเร็จ บุคคลจะมีการประเมินและให้ความหมายกับความเจ็บป่วยนั้นอีกครั้ง และหาวิธีเผชิญกับปัญหานั้นด้วยวิธีการใหม่ หากบุคคลนั้นมีการประเมินและให้ความหมายความผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่มีความสำคัญ มีความหมาย (Perceived significant) เป็นอาการผิดปกติที่ไม่สามารถหายได้เอง ไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยตนเอง เป็นภาวะคุกคาม หรือมีความรุนแรง บุคคลนั้นจะเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาและตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Dracup et al., 2003)



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003)

2.2 การแบ่งระยะของการแสวงหาการรักษา

ระยะเวลาแสวงหาการรักษาล่าช้า (Delay in seeking treatment) สามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ ดังนี้ (Zerwic, 1999 อ้างใน Banks & Dracup, 2006)

ระยะที่ 1 ความล่าช้าในระยะก่อนมาโรงพยาบาล เรียกว่า “Prehospital delay” ประกอบด้วย “Patient delay” และ “Transportation delay” เป็นระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการและอาการแสดงผิดปกติจนกระทั่งผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 ความล่าช้าของโรงพยาบาล หรือเรียกว่า “Hospital delay” หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการรักษา

มอสเซอร์และคณะ ซึ่งมีดราคัพ (Dracup, K.) เป็นผู้ร่วมวิจัยด้วย (Moser et al., 2006) ได้แบ่งระยะเวลาล่าช้า (Delay Phases) เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 คือ ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการผิดปกติจนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจไปพบแพทย์

ระยะที่ 2 คือ ระยะเวลาตั้งแต่ตัดสินใจไปพบแพทย์จนกระทั่งติดต่อนัดขอพบแพทย์ครั้งแรก

ระยะที่ 3 คือ ระยะเวลาตั้งแต่ติดต่อนัดพบแพทย์ครั้งแรกจนกระทั่งผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล

ดราคัพและคณะ (Dracup, et al., 1995) ได้ให้ความหมายของระยะเวลาล่าช้า (Total delay time) โดยคำนวณจากระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติจนกระทั่งมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล และแบ่งระยะเวลาล่าช้า (Phases of delay) เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เรียกว่า “Patient/bystander recognition and action phase” หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติจนกระทั่งผู้ป่วยตัดสินใจเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ระยะที่ 1 เป็นระยะที่มีผลต่อระยะเวลาล่าช้า (Total delay time) ผู้ป่วยบางรายตัดสินใจไปพบแพทย์ทันทีเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น บางรายรอดูอาการ ทดลองรักษาอาการตนเอง ปรึกษาเพื่อน ปรึกษาแพทย์

ระยะที่ 2 เรียกว่า “Prehospital action phase” หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเดินทางไปพบแพทย์จนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาล

ระยะที่ 3 เรียกว่า “Hospital action phase” หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการรักษาโดยแพทย์และทีมสุขภาพ (Health professionals) ที่โรงพยาบาล

ในการศึกษานี้ การแบ่งระยะเวลาแสวงหาการรักษาได้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 Prehospital action phase หมายถึง ระยะก่อนมาพบแพทย์ เป็นระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติ จนกระทั่งผู้ป่วยมาขอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ครั้งแรก

ระยะที่ 2 Hospital action phase หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์และทีมสุขภาพ (Health professionals) ซึ่งไม่ได้เป็นระยะที่เลือกศึกษา

2.3 เกณฑ์การพิจารณาระยะเวลาแสวงหาการรักษาล่าช้า

ระยะเวลาแสวงหาการรักษาล่าช้า พิจารณาจากระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นครั้งแรก จนกระทั่งผู้ป่วยมาขอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ครั้งแรก ซึ่งการกำหนดระยะเวลาแสวงหาการรักษาล่าช้าว่าจะต้องมีระยะเวลาเป็นเท่าใดนั้นย่อมมีความแตกต่างกันตามลักษณะอาการหรือลักษณะของโรค จากการทบทวนรายงานการศึกษที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ศึกษาและกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาระยะเวลาแสวงหาการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและล่าช้าไว้ ดังนี้

Dracup, et al. (2006) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาพฤติกรรมแสวงหาการรักษาล่าช้าไว้ดังนี้ คือ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติจนกระทั่งผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล หากใช้ระยะเวลาเกินกว่า 1 ชั่วโมง ถือว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาล่าช้า ระยะเวลาที่กำหนดพิจารณาจากระยะเวลาที่ให้ผลในการรักษาได้ดีที่สุดและสามารถลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 50

Manly-Lampkin (2003) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม หากผู้ป่วยไปพบทีมสุขภาพภายในระยะเวลา 3 เดือนนับจากที่พบอาการผิดปกติ ถือว่ามีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาไม่ล่าช้า

Mor, Masterson-Allen, Goldberg, Guadagnoli & Wool (1990) ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง 3 ชนิด คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม เลือกใช้เกณฑ์ของ Pack and Gallo (1938) หากผู้ป่วยมีการรอดูอาการโดยที่ยังไม่ไปพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยเป็นระยะเวลานานกว่า 3 เดือนนับจากที่เริ่มมีอาการแสดงของโรคมะเร็ง ถือว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาล่าช้า

Oh & Park (2004) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งซึ่งในรายงานการวิจัยไม่ได้ระบุว่าเป็นโรคมะเร็งชนิดใด กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระยะของการตัดสินใจแสวงหาการรักษา ดังนี้

1. หากผู้ป่วยไปพบแพทย์ครั้งแรกภายในระยะเวลา 1 เดือน นับจากที่ผู้ป่วยเริ่มพบอาการผิดปกติ ถือว่าเป็นการตัดสินใจไม่ล่าช้า

2. หากผู้ป่วยไปพบแพทย์ครั้งแรก โดยใช้ระยะเวลามากกว่า 1 เดือน นับจากที่ผู้ป่วยพบอาการผิดปกติ ถือว่าไปพบแพทย์ล่าช้า

Nooijer, Lechner & Vries (2001, 2002) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 4 ชนิด คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งผิวหนัง (Melanoma) มะเร็งเต้านม มะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศชาย (Testicular cancer) ได้กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาเหมาะสม (Appropriate actors, correct help-seeking behavior) หรือล่าช้า (Delayers) โดยพิจารณาตามลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับเกณฑ์ของ Dutch Cancer Society และ American Cancer Society (Nooijer, Lechner & Vries, 2001; 2002) เกณฑ์ในการพิจารณามีรายละเอียด ดังนี้

1. พฤติกรรมที่ผู้ป่วยไปพบแพทย์ครั้งแรกเพื่อขอรับคำปรึกษาภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ เมื่อพบว่าตนเองมีอาการแสดงที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ดังต่อไปนี้ คือ ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน (Blood in stools) หรือการมีเลือดออกผิดปกติ (Unusual bleeding) ถือว่ามีพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาที่เหมาะสม หากเกินกว่า 1 สัปดาห์ ถือว่ามีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาล่าช้า

2. พฤติกรรมที่ผู้ป่วยไปพบแพทย์ครั้งแรกเพื่อขอรับคำปรึกษา เมื่อพบว่าตนเองมีอาการผิดปกติอื่นๆ เกิดขึ้นนอกเหนือจากที่กล่าวไว้ข้างต้นที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้แก่ พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง (Changes in bowel habits) และอาการน้ำหนักลด (Unusual weight loss) ภายในระยะเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์ ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม หากเกินกว่า 4 สัปดาห์ ถือว่ามีพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาล่าช้า

จากงานวิจัยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า เกณฑ์ในการกำหนดระยะเวลาแสวงหาการรักษาว่าเหมาะสมหรือล่าช้ามีค่อนข้างหลากหลาย หากผู้ป่วยมีระยะเวลาแสวงหาการรักษาสั้น ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตสูง ดังนั้น การเลือกใช้เกณฑ์ในการกำหนดระยะเวลาแสวงหาการรักษาว่าถูกต้องเหมาะสมหรือล่าช้า จึงได้นำมาพิจารณาในการศึกษาครั้งนี้ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เกณฑ์ของ Nooijer, Lechner & Vries (2002) ซึ่งได้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และมีการกำหนดระยะเวลาของการแสวงหาการรักษา โดยพิจารณาตามลักษณะอาการผิดปกติที่พบเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

2.4 วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแสวงหาในระยะก่อนมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบอื่นๆแสวงหาก่อนการได้รับการวินิจฉัย มีดังนี้ (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550; รุจิเรจ ขันมัน, 2549; วไลพรณ ชลสุข, 2540)

2.4.1 การแพทย์แผนปัจจุบัน (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550; แม้นมนา จิระจรัส, 2539; วไลพรณ ชลสุข, 2540)

1. ผู้ป่วยเลือกแสวงหาการรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและสถานีนามัย (วไลพรณ ชลสุข, 2540)

2. โรงพยาบาลชุมชน (วไลพรณ ชลสุข, 2540)

3. โรงพยาบาลทั่วไป (วไลพรณ ชลสุข, 2540)

4. โรงพยาบาลศูนย์ (วไลพรณ ชลสุข, 2540)

5. คลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน (วไลพรณ ชลสุข, 2540)

6. โรงพยาบาลเอกชน (วไลพรณ ชลสุข, 2540)

2.4.2 การแพทย์พื้นบ้าน (แม้นมนา จิระจรัส, 2539) ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของการแพทย์พื้นบ้าน (Folk medicine) หรือการแพทย์แผนโบราณ (Traditional medicine) ไว้ว่า เป็นวิธีการดูแลรักษาโรคอย่างโบราณ และรักษาโรคตามวัฒนธรรมของกลุ่มชนต่างๆที่มีมาก่อนที่จะมีการนำวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในทางสาธารณสุข ในระบบการแพทย์สมัยใหม่ หรือการแพทย์แผนปัจจุบัน (กรณิการ์ พรหมเสาร์ และ สรรสิริ อินจัน, 2547) เป็นการแพทย์ที่มีอยู่ดั้งเดิมในชุมชนท้องถิ่น เกิดจากประสบการณ์ในการดูแลความเจ็บป่วยของคนในชุมชนนั้น ทำให้เกิดการส่งสมความรู้และความเชื่อ ซึ่งถ่ายทอดไปยังคนรุ่นหลังจนกลายเป็นวิถีชีวิตของชุมชน (สุณี ธนาเลิศกุล, 2544)

2.4.3 หมอสมุนไพร (วไลพรณ ชลสุข, 2540)

2.4.4 หมอผีดยา (วไลพรณ ชลสุข, 2540)

2.4.5 การอยู่เฉยๆรอคูอาการ/การรอสังเกตอาการ (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550; รุจิเรจ ขันมัน, 2549; วไลพรณ ชลสุข, 2540)

2.4.6 การขอคำแนะนำ คำปรึกษาจากบุคคลอื่น (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550; รุจิเรจ ขันมัน, 2549; วไลพรณ ชลสุข, 2540)

2.4.7 การทดลองรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550; รุจิเรจ ขันมัน, 2549; วไลพรณ ชลสุข, 2540) เช่น การซื้อยาใช้เอง

2.4.8 การแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทย เป็นองค์ความรู้จากภูมิปัญญาที่ถ่ายทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2550) เกิดจากการผสมผสานระหว่างการแพทย์พื้นบ้านที่มีการจัดระบบองค์ความรู้กับการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย และมีการบันทึกความรู้เป็นตำราใช้สืบทอดกันมานาน ที่ตกทอดมาถึงปัจจุบันส่วนใหญ่ อาศัยหลักการปรับสมดุลของธาตุในร่างกาย โดยอาศัยยาตำรับซึ่งปรุงมาจากสมุนไพรหลายชนิด การนวด รวมถึงการแนะนำเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม และการกินอาหารที่เหมาะสมกับธาตุเจ้าเรือนและความเจ็บป่วย ปัจจุบันมีการสอนการแพทย์แผนไทยแบบกำหนดหลักสูตรชัดเจน และมีการควบคุมทางวิชาชีพตามกฎหมาย (สุณี ธนาเลิศกุล, 2544) แม้ว่าผู้ป่วยจำนวนมากจะให้ความสนใจ และมีความตื่นตัวที่จะนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่สำหรับโรคมะเร็งแล้ว ยังต้องมีการศึกษารวบรวมข้อมูล วิเคราะห์วิจัยด้วยกระบวนการที่พิสูจน์และวัดผลได้ จึงจะบริการให้กับประชาชนควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้ (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2550) การแพทย์แผนไทยที่นำมาใช้ซึ่งนำมาใช้ในการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2550)

2.4.8.1 การเลือกรับประทานอาหารตามธาตุ

2.4.8.2 การใช้ยาสมุนไพรบำบัดอาการ

2.4.8.3 การนวดแผนไทย

2.4.8.4 การทำสมาธิบำบัด (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2550)

ในส่วนของผู้ป่วยโรคมะเร็ง การนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ มักเป็นการบำบัดโรคมะเร็งด้วยสมุนไพรไทย ซึ่งสมุนไพรบางชนิดที่เชื่อว่าออกฤทธิ์ยับยั้งเซลล์มะเร็ง ได้แก่ (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2550)

โสม มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Panax ginseng* C.A. Meyer อยู่ในวงศ์ Araliaceae เชื่อว่า โสมจะช่วยรักษามะเร็งได้ เนื่องจากโสมจะช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันต้านโรค แต่ผลการวิจัยยังต้องค้นคว้าวิจัยต่อไป (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2550)

เห็ดหลินจือ ซึ่งมีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Ganoderma lucidum* (Fr.) Karst. อยู่ในวงศ์ Polyporaceae มีฤทธิ์กระตุ้นภูมิคุ้มกันในร่างกายจากกลัยโคโปรตีน และกลัยโคโพลีแซคคาไรด์ บางชนิดในเห็ดหลินจือ ช่วยชะลอการลุกลามของเซลล์มะเร็ง (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2550) ยับยั้งเซลล์เนื้องอก มะเร็ง (กันทิมา สิทธิชัยกิจ และ พรทิพย์ เดิมวิเศษ, 2547)

บัวบก ซึ่งมีชื่อวิทยาศาสตร์เรียกว่า *Centella asiatica* (Linn.) Urban อยู่ในวงศ์ Umbelliferae มีฤทธิ์และประโยชน์ทางยาในการยับยั้งมะเร็ง (เพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ, 2550)

หญ้าปักกิ่ง ลำต้นมีสารกลุ่มกลัยโคสฟิงโกไลปิดส์ เป็นสารต้านมะเร็งระยะต้น ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกายที่จะเกิดโรค เช่น โรคมะเร็งในลำคอ ดับ มดลูก ลำไส้ ผิวหนัง และเม็ดเลือด

แม้ว่าผู้ป่วยจำนวนมากจะให้ความสนใจ และมีความตื่นตัวที่จะนำการแพทย์แผนไทยมาใช้ผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่สำหรับโรคมะเร็งแล้ว ยังต้องมีการศึกษารวบรวมข้อมูล วิเคราะห์วิจัยด้วยกระบวนการที่พิสูจน์และวัดผลได้ จึงจะให้บริการกับผู้ป่วยควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้ (เพ็ญภา ทพยเจริญ, 2550) ดังนั้น เพื่อความปลอดภัย ก่อนที่ผู้ป่วยจะพิจารณาเลือกใช้ ควรสอบถามข้อมูล ขอคำปรึกษากับแพทย์ก่อนพิจารณาใช้ทุกครั้ง

2.4.9 การแพทย์ทางเลือก (Jennifer et al., 2005; Molassiotis et al., 2005)

วิธีการรักษาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแสวงหาการรักษากันอย่างแพร่หลาย คือ การแพทย์ทางเลือก (Complementary and alternative medicine) ซึ่งหมายถึงการรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยด้วยวิธีการอื่นๆ ที่มีขั้นตอนการปฏิบัตินอกเหนือไปจากที่ได้รับการยอมรับในวงการวิทยาศาสตร์การแพทย์ การแพทย์ทางเลือกเริ่มอยู่ในกระแสความต้องการเมื่อมีคนจำนวนมากที่ไปรักษาด้วยวิธีการของการแพทย์แบบแผน (Orthodox medicine) หรือการแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว อาการเจ็บป่วยกลับไม่ทุเลาลง องค์การอนามัยโลกเสนอความเห็นว่ ทักษะความรู้ของการแพทย์ทางเลือก น่าจะช่วยเสริมการแพทย์แผนปัจจุบันให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น เรียกได้ว่า “การแพทย์เสริม” (Complementary medicine) โดยเน้นไปที่การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic) ซึ่งเชื่อว่าสุขภาพเป็นเรื่องของความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (สุณี ธนาเลิศกุล, 2544)

The National Center for Complementary and Alternative Medicine ได้แบ่งการแพทย์ทางเลือกออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ (Jennifer et al., 2005; Molassiotis et al., 2005)

1. กลุ่มระบบการแพทย์ทางเลือก (Alternative medical systems) เช่น โฮมีโอพาธิค (Homeopathic medicine) ธรรมชาติบำบัด (Naturopathy medicine) การแพทย์แผนจีน (Traditional Chinese Medicine) และการแพทย์อายุรเวท (Ayurveda)
2. กลุ่มที่เน้นความสัมพันธ์ของกายกับจิต (Mind-body interventions) เช่น สมาธิบำบัด กวานาบำบัด
3. กลุ่มที่ใช้สารชีวภาพธรรมชาติในการบำบัดรักษา (Biologically basedt) เช่น การบำบัดด้วยอาหารเสริม (Diet supplement) สมุนไพร (Herbal products) วิตามิน
4. กลุ่มการนวดและดัดดึงร่างกาย (Manipulative and body-based Methods) เช่น การดัดกระดูกแบบไคโรแพรคเตอร์ และการนวดในแบบต่างๆ

5. กลุ่มพลังบำบัด (Energy therapies) เช่น เรกิ (Reiki) สัมผัสบำบัด (Therapeutic touch) ชีกง (Qi Gong)

การแพทย์ทางเลือกที่ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มีการแสวงหามีดังนี้ (Jennifer et al., 2005; Molassiotis et al., 2005)

1. กลุ่มระบบการแพทย์ทางเลือก (Alternative medical systems) ได้แก่
 - 1.1 โฮมีโอพาธิค (Homeopathic medicine)
 - 1.2 การแพทย์แผนจีน (Traditional Chinese Medicine)
 - 1.3 การฝังเข็ม (Acupuncture)
 - 1.4 การแพทย์อายุรเวท (Ayurveda)
 - 1.5 ธรรมชาติบำบัด (Naturopathy medicine)
2. กลุ่มที่เน้นความสัมพันธ์ของกายกับจิต (Mind-body interventions) ได้แก่
 - 2.1 การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation)
 - 2.2 โยคะ (Yoga)
 - 2.3 ศิลปะบำบัด (Art therapy)
3. กลุ่มที่ใช้สารชีวภาพธรรมชาติในการบำบัดรักษา (Biologically basedt)
 - 3.1 การใช้สมุนไพร (Herbal products)
 - 3.2 การบำบัดด้วยอาหารเสริม (Diet supplement)
 - 3.3 วิตามินบำบัด (Vitamins/Minerals)
 - 3.4 การดื่มชา (Teas)
 - 3.5 โภชนบำบัด (Diets) ได้แก่ สูตรอาหารต่างๆ เช่น แมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics diet) การฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยน้ำผัก/ผลไม้ (Juicing) การอดอาหาร (Fasting therapy)
 - 3.6 การบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหย (Aromatherapy) โดยใช้น้ำมันหอมของดอกไม้ และสมุนไพร
 - 3.7 การบำบัดด้วยออกซิเจน (Oxygen therapy)
4. กลุ่มการนวดและดัดดึงร่างกาย (Manipulative and body-based Methods) ได้แก่
 - 4.1 การนวด (Massage)
 - 4.2 Chiropractic การจับกระดูกสันหลัง
 - 4.3 การกดจุดสะท้อน (Reflexology)

5. กลุ่มพลังบำบัด (Energy therapies) ได้แก่

5.1 ไทเก๊ก (Tai Chi)

5.2 ชี่กง (Qi Gong)

5.3 เรกิ (Reiki) การส่งผ่านพลังธรรมชาติทางมือไปสัมผัสผู้ป่วย ทั้งทางร่างกาย ความคิด และจิตวิญญาณ

5.4 Electromagnetic therapy การใช้สนามพลังแม่เหล็กไฟฟ้า

แม้ว่า การแพทย์ทางเลือก จะได้รับความนิยมในทวีปอเมริกา ยุโรป และเอเชีย แต่ก็มี ข้อมูลหรือรายงานการวิจัยสนับสนุนน้อยมาก ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ หรือคำอธิบายเกี่ยวกับกลไกในการบำบัดรักษา ดังนั้น การเลือกวิธีการบำบัดรักษา กลุ่มใด ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลักซึ่งผู้ป่วยควรขอคำปรึกษาจากแพทย์ก่อนพิจารณา เลือกใช้

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีกระบวนการ แสวงหาการรักษา/การแสวงหาบริการสุขภาพก่อนการวินิจฉัย เป็นลำดับขั้นดังนี้ (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550; รุจิเรจ ชันมัน, 2549; วไลพรณ ชลสุข, 2540;)

1. ผู้ป่วยจะมีการรับรู้อาการผิดปกติ และการให้ความหมายต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งแตกต่างกันตามความรู้ หรือประสบการณ์ของแต่ละคน หลังจากนั้นจึงเข้าสู่ ขั้นตอนของการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

2. การจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

2.1 การอยู่เฉยๆรอดูอาการ หากอาการไม่ดีขึ้น จึงมาพบแพทย์

2.2 การขอคำแนะนำ คำปรึกษา จากบุคคลอื่น

2.3 การทดลองรักษาตนเอง เช่น การซื้อยารักษาตนเอง การซื้อยา รับประทานเอง การเหน็บยา

3. การเลือกแหล่งบริการและเข้ารับบริการ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

3.1 การแพทย์แผนปัจจุบัน

3.2 การแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนโบราณ

เมื่อผู้ป่วยมีแรงผลักดันให้ใหญ่และทราหนัก และผู้ป่วยมีแรงระบบอื่นๆ มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีการรับรู้อาการและการให้ความหมายต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น แตกต่างกันตามความรู้หรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคล หลังจากนั้นผู้ป่วยจะมีการจัดการกับอาการผิดปกติ ซึ่งมีทั้งการที่ผู้ป่วยอยู่เฉยๆรอดูอาการ การหาคำปรึกษาจากบุคคลต่างๆ การทดลองรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง การซื้อยารักษาตนเอง เช่น ยารับประทาน ยาเหน็บ และการไปพบแพทย์ตาม

สถานบริการต่างๆ (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550; รุจิเรจ ชันมัน, 2549; วไลพรณ ชลสุข, 2540) แพทย์ในสถานบริการต่างๆที่ผู้ป่วยไปหาเพื่อขอรับการรักษา สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ การเลือกรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน และการเลือกรักษากับแพทย์พื้นบ้าน การเลือกรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ การไปพบแพทย์ที่คลินิก ศูนย์บริการสาธารณสุขและสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ส่วนการเลือกรักษากับแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่ การรักษาด้วยสมุนไพร (วไลพรณ ชลสุข, 2540)

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

3.1 การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Perceived seriousness of symptom)

จากกรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003) สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา คือ อาการเจ็บป่วย (Symptoms) ซึ่งผู้ป่วยต้องรับรู้ว่าเป็นภาวะคุกคาม เป็นอาการที่มีความรุนแรง จึงจะเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาขึ้น (Dempsey, Dracup & Debra, 1995) จากการศึกษาของ Oh & Park (2004) ซึ่งได้ศึกษารูปแบบการตัดสินใจแสวงหาการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบของการตัดสินใจสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) การแสวงหาการรักษาโดยการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น และ 2) มีการผสมผสานระหว่างการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลกับการรักษาแบบการแพทย์ทางเลือก (Alternative therapies) ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยทันทีภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน ไม่เกิดความล่าช้า คือ การรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรง ส่วนการศึกษาของ Pikkasame (2004) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสวงหาการรักษาล่าช้าในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสวงหาการรักษา คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการมะเร็งเต้านม โดยรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นเหตุการณ์ปกติทั่วไปในชีวิต รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่สามารถหายได้เอง อาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง เป็นอาการของโรคมะเร็ง ส่วนการศึกษาของ รุจิเรจ ชันมัน (2549) ซึ่งได้ศึกษาความเชื่อและการรับรู้ความรุนแรงของโรค กับกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพรูปแบบต่างๆของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า กระบวนการในการแสวงหาบริการสุขภาพเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมีการรับรู้และให้ความหมายต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นตามความรู้หรือประสบการณ์ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น แล้วจึงเข้าสู่ขั้นตอนการเลือกแหล่งบริการและเข้ารับบริการ ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละแหล่งขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความเจ็บป่วยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่รับรู้

ความรุนแรงของอาการระดับสูง ร้อยละ 20 กลุ่มนี้มีความเชื่อว่า โรคมะเร็งเป็นโรคร้ายแรง ไม่สามารถรักษาได้และต้องตาย ระยะเวลาในการรักษาใช้เวลานาน 2) กลุ่มที่รับรู้ความรุนแรงของอาการระดับปานกลาง ร้อยละ 53.33 กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่า โรคมะเร็งเหมือนกับโรคนิโคติน สามารถรักษาให้หายได้เมื่อได้มีการตรวจพบตั้งแต่ระยะแรก และโรคยอมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน 3) กลุ่มที่รับรู้ความรุนแรงของอาการระดับต่ำ ร้อยละ 26.67 กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่า โรคมะเร็งเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ ไม่เจ็บปวด การรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้นอยู่กับระยะของโรค หากเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะแรก การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง รับรู้ว่าจะสามารถรักษาให้หายได้ หากเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะท้าย การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง รับรู้ว่าจะต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากโรค

3.2 ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Fear related to symptoms)

ความกลัวเป็นส่วนที่มาจาก ด้านอารมณ์ (Emotional representation) ซึ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา (Dracup et al., 2003) จากการศึกษาของ Nooijer, Lechner & Vries (2001) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความกลัว และการตัดสินใจแสวงหาการรักษาโดยการไปปรึกษากับแพทย์เมื่อมีอาการของโรคมะเร็ง โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งหลายระบบ มีทั้งผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งผิวหนัง มะเร็งเต้านม และมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศชาย ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่เหมาะสมและล่าช้า ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาล่าช้า เนื่องจาก กลัวการได้รับการยืนยันจากแพทย์ว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งแน่นอน ส่วนกลุ่มที่มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเหมาะสม เนื่องจาก คาดหวังว่า แพทย์จะสามารถช่วยทำให้ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นกับตนเองหายไปและเกิดการส่งต่อเพื่อรับการรักษากับแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญต่อไป ความกลัวที่เกิดขึ้นบางครั้งเกิดจากความวิตกกังวลที่มากเกินไปจากปัจจัยภายนอกต่างๆ เช่น สื่อโทรทัศน์ กำบอกล่าจากบุคคลที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมาก่อนหน้านี้ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาล่าช้า เนื่องจากไม่ต้องการได้รับการยืนยันว่าร้ายว่าตนเองเป็นมะเร็งจากแพทย์ ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการนำหนักลด คิดว่าตนเองต้องเป็นโรคมะเร็งแน่นอน จึงหลีกเลี่ยงการไปพบแพทย์ ทำให้มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาล่าช้า ผลจากการวิจัยสรุปได้ว่า ความกลัวจากอาการที่ผิดปกติ และตีความอาการว่ามีความรุนแรง หรือเป็นอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการแสวงหาการรักษาจากแพทย์มากกว่าการเพิกเฉยต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Pikkasame (2004) โดยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสวงหาการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสวงหาการรักษา คือ ความกลัวเมื่อเกิดอาการเริ่มแรกของโรคมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้มีผู้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระบบต่างๆ พบว่า ความรู้สึกกลัวของผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการเริ่มแรกโรคมะเร็งมีได้หลากหลาย สามารถสรุปได้ดังนี้ (Nooijer, Lechner & Vries, 2001; Pikkasame, 2004; Smith, Pope & Botha, 2005)

3.2.1 ความกลัวจากอาการที่รุนแรง (Nooijer, Lechner & Vries, 2001; Smith, Pope & Botha, 2005)

3.2.2 กลัวว่าอาการที่เกิดขึ้นจะเป็นอาการของโรคมะเร็ง (Nooijer, Lechner & Vries, 2001; Pikkasame, 2004)

3.2.3 กลัวรักษาไม่หาย

3.2.4 กลัวว่าอาการที่เกิดขึ้นจะเป็นสาเหตุให้ตนเองเสียชีวิตได้ (Nooijer, Lechner & Vries, 2001; Pikkasame, 2004)

3.2.5 กลัวเรื่องค่ารักษา (Pikkasame, 2004)

3.2.6 กลัวการรักษาที่ตนเองคาดว่าจะได้รับ เช่น การผ่าตัด ทำให้ตนเองต้องสูญเสียอวัยวะ การรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษา ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดอาการข้างเคียงต่างๆ ตามมา เช่น ผมร่วง คลื่นไส้ และอาเจียน (Pikkasame, 2004; Smith, Pope & Botha, 2005)

3.2.7 กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นสาเหตุให้ตนเองถูกทอดทิ้ง (Nooijer, Lechner & Vries, 2001) กลัวว่าอาการที่เกิดขึ้นจะมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่ครอง (Pikkasame, 2004) กลัวการสูญเสียความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์ (Smith, Pope & Botha, 2005)

3.2.8 กลัวว่าอาการที่เกิดขึ้นจะทำให้เกิดความรู้สึกปวดเพิ่มมากขึ้น (Smith, Pope & Botha, 2005)

3.2.9 กลัวความยุ่งยากต่างๆ ได้แก่ กลัวสิ้นเปลืองเวลา (Smith, Pope & Botha, 2005)

3.2.10 กลัวว่าบุคคลอื่นจะมองว่าตนเองมีปัญหาด้านจิตใจ วิตกกังวลเกินไป (Smith, Pope & Botha, 2005)

3.3 ความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Knowledge of colorectal cancer)

ความรู้เป็นส่วนที่มาจากความคิด (Cognitive representation) ซึ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาขึ้น ความรู้มีผลต่อการประเมินและการให้ความหมายอาการที่เกิดขึ้น และการจำแนกอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเจ็บป่วย (Dempsey, Dracup & Moser, 1995; Dracup et al., 2006; McKinley, Moser & Dracup, 2000) ทำให้ผู้ป่วยตีความอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็ง หรือตีความอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรง ทำให้เกิด

พฤติกรรมแสวงหาการรักษาขึ้น (Nooijer, Lechner & Vries, 2001) จากการศึกษาของ Sheikh & Ogden (1998) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคเมเร็งกับพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วย ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคเมเร็งสูง มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาโดยการไปปรึกษาแพทย์สูง และจากการศึกษาของ Nooijer, Lechner & Vries (2001) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการตีความอาการ ต่อการตัดสินใจแสวงหาการรักษาเมื่อมีอาการของโรคเมเร็ง โดยเลือกศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเมเร็งทั้งหมด 4 ชนิด คือ เมเร็งลำไส้ใหญ่ เมเร็งผิวหนัง เมเร็งเต้านม เมเร็งระบบสืบพันธุ์เพศชาย ผลการศึกษา พบว่า ความรู้และความถูกต้องของการตีความอาการเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถพบอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และนำไปสู่พฤติกรรมแสวงหาการรักษาโดยการไปปรึกษาแพทย์ จากการศึกษาครั้งนี้ ความรู้เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเมเร็งมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่เหมาะสมและล่าช้า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยรู้ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคเมเร็ง จึงรีบไปพบแพทย์ทันทีทันใด ส่วนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาล่าช้า เนื่องจากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่ชัดเจน ประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Nooijer, Lechner & Vries (2003) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความสนใจกับอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคเมเร็ง จะเป็นผู้ที่มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคเมเร็งสูง และยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาการรักษาด้วย

4. สรุป

โรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นชนิดของโรคเมเร็งที่มีการดำเนินโรคค่อนข้างช้าในการเปลี่ยนเซลล์ปกติให้กลายเป็นเซลล์เมเร็ง และยังเป็นชนิดของโรคเมเร็งที่สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะต้นหากผู้ป่วยตระหนักถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและรีบมาพบแพทย์ ไม่รื้อให้อาการผิดปกติหายไปเอง ไม่ทดลองรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่เหมาะสม ไม่ล่าช้า ซึ่งจากกรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003) สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษานั้น ผู้วิจัยเลือกศึกษาทั้งหมด 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งเป็นตัวแปรที่มาจากส่วนของอาการเจ็บป่วย (Symptoms) ตัวแปรต่อมา คือ ความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งเป็นตัวแปรที่เป็นส่วนหนึ่งด้านความคิด (Cognitive representation) และตัวแปรสุดท้าย คือ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งเป็นตัวแปรที่เป็นส่วนหนึ่งด้านอารมณ์ (Emotional representation)

จากการทบทวนรายงานการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีรายงานการวิจัยที่สนับสนุนว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปรดังกล่าวข้างต้น เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาแต่ยังไม่สามารถมีข้อสรุปที่ชัดเจนที่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก นอกจากนี้ ยังไม่พบรายงานการวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยเป็นตัวแปรทำนายในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอำนาจการทำนาย (Predictive research) ต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกระยะของโรค ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในทางด้านศัลยศาสตร์ และอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

คุณสมบัติที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ

1. ผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. ผู้ป่วยอยู่ในระหว่างการรักษาไม่เกิน 6 เดือน
3. ระดับความรู้สึบดี สามารถให้ข้อมูลกับผู้วิจัยได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power analysis ตามการวิเคราะห์ Regression analysis (Polit & Beck, 2008) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบ ที่ระดับแอลฟา .05 ($\alpha = .05$) และขนาดอิทธิพลปานกลาง (Moderate effect size) เท่ากับ .13 ($R^2 = .13$) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด เท่ากับ 77 คน ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 80 คน

แหล่งเก็บข้อมูล

1. แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งมีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในทุก ระยะของโรคมารับบริการทุกวัน ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ หยุดทุกวันเสาร์ อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ดังนี้

1.1 แผนกผู้ป่วยนอกศัลยศาสตร์ ประกอบด้วย

1.1.1 หน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ ตึกตรวจรักษาผู้ป่วยนอกชั้น 3 เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดี ตั้งแต่เวลา 09.00 น. - 12.00 น.

1.2 แผนกผู้ป่วยนอกอายุรศาสตร์ ประกอบด้วย

1.2.1 หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ ตึกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ชั้น 2 เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ ตั้งแต่เวลา 09.00 น. - 16.00 น. และทุกวันอังคารถึงวันศุกร์ เวลา 09.00 น. - 12.00 น.

1.2.2 หน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด ตึกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ชั้น 7 เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 07.00 น. - 15.00 น.

2. แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศิริราช เป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเข้าพักรักษาทั้งเพศชายและเพศหญิง ในทุกระยะของโรค ทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด มีการให้ความรู้ถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

2.1 แผนกผู้ป่วยในศัลยศาสตร์ ประกอบด้วย หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 7 ชาย เหนือและใต้ หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 7 หญิง เหนือและใต้ หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 5 ตะวันออกและตะวันตก หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 6 ตะวันออกและตะวันตก หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 7 ตะวันออกและตะวันตก

2.2 แผนกผู้ป่วยในอายุรศาสตร์ ประกอบด้วย หอผู้ป่วยมหิตลวราณุสรณ์-วิบูลย์ 2 (ม.ว. 2) หอผู้ป่วยวิบูลย์-ธนาคารไทยพาณิชย์ 3 (ว.ช. 3) หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 9 ตะวันออก หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 9 ตะวันออก ชายและหญิง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ให้ผู้ป่วยเลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่าง มีจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ที่อยู่ปัจจุบัน ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ประจำ รายได้เสริม ความพอเพียงของรายได้ วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และโรคประจำตัวอื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ผลพยาธิวิทยาคลินิก ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แบ่งตามระบบ TNM Classification (Primary Tumor, Regional Lymph Nodes, Distant Metastasis) ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบ่งตาม Staging และวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Treatment Seeking Behavior of Colorectal Cancer Patients Questionnaire) ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแนวคิดทางทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสัมภาษณ์ให้เลือกตอบและเติมคำตอบในช่องว่าง มีทั้งหมด 4 ข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และวิธีการต่างๆที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติในการรักษาอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักนับตั้งแต่ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกิดขึ้นครั้งแรกจนกระทั่งผู้ป่วยมาขอรับการรักษาจากแพทย์ครั้งแรก

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยนับตั้งแต่ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นครั้งแรกจนกระทั่งผู้ป่วยมาขอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ครั้งแรก ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแนวคิดทางทฤษฎีและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสัมภาษณ์ให้เติมคำตอบในช่องว่าง มีทั้งหมด 2 ข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยพบอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักครั้งแรก และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาขอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ครั้งแรก และใช้เกณฑ์ของ Nooijer, Lechner & Vries (2001) เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีระยะเวลาแสวงหาการรักษาเหมาะสมหรือล่าช้า

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Perceived Seriousness of Colorectal Cancer Symptoms Scale) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ป่วยเลือกคำตอบ เพื่อยืนยันความรู้สึกถึงความรุนแรงของอาการเริ่มแรกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 10 อาการ คือ 1) การถ่ายอุจจาระมีเลือดหรือมูกปนเลือด 2) การมีเลือดออกทางทวารหนัก 3) พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง โดยมีอาการท้องผูกบ่อยครั้ง ท้องเสียบ่อยครั้ง ท้องผูกสลับท้องเสีย 4) อุจจาระลำเล็กลง 5) อาการปวดท้อง/ปวดเกร็งภายในช่องท้อง 6) อาการปวดเบ่งอยากถ่ายอุจจาระตลอดเวลา 7) อาการท้องอืด/แน่นท้องบ่อยครั้ง 8) การคลำพบบก้อนในท้อง 9) น้ำหนักลด 10) อาการซีด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อคำถาม ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ไม่มีอาการ	=	0
รุนแรงน้อย	=	1
รุนแรงปานกลาง	=	2
รุนแรงมาก	=	3

การแปลผล เป็นการแปลตามสเกลการให้คะแนนของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับน้อย คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เท่ากับ 1.0-1.4 คะแนน

ระดับปานกลาง คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เท่ากับ 1.5-2.4 คะแนน

ระดับมาก คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เท่ากับ 2.5-3.0 คะแนน

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal Cancer Symptom Fear Scale) ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากกรอบทฤษฎีความรู้ที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Nooijer, Lechner & Vries, 2001; Pikkasame, 2004; Smith, Pope & Botha, 2005) เป็นแบบสัมภาษณ์ให้เลือกตอบตามความรู้สึกของผู้ป่วย ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ คือ

ไม่กลัว	=	0
กลัวเล็กน้อย	=	1
กลัวปานกลาง	=	2
กลัวมาก	=	3

การแปลผล เป็นการแปลตามสเกลการให้คะแนนของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 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

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Knowledge of Colorectal Cancer Questionnaire) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Ellis & Saddler, 2000; Libutti, Saltz, Rustgi & Tepper, 2005; Mumber, 2006; Rogers, 2005; Roll, 1999) เป็นแบบสัมภาษณ์ให้เลือกตอบ มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อคำถาม แบ่งค่าคะแนนเป็น 2 ระดับ 1 หมายถึง ใช่ 0 หมายถึง ไม่ใช่

การแปลผล

ความรู้น้อย หมายถึง คะแนน $<$ ร้อยละ 60 คือ คะแนนความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เท่ากับ 0-7.1 คะแนน

ความรู้ปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 79 คือ คะแนนความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เท่ากับ 7.2-9.5 คะแนน

ความรู้มาก หมายถึง คะแนน $\geq$ ร้อยละ 80 คือ คะแนนความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เท่ากับ 9.6-12.0 คะแนน

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Griffin-Sobel, 2001; Haskell, 2001; Libutti, Saltz, Rustgi & Tepper, 2005; Rodriguez-Bigas, Lin & Crane, 2003; Shaheen & Edelstein, 2000; Sweed & Meropol, 2001) เป็นแบบสัมภาษณ์ให้เลือกตอบ แบ่งค่าคะแนนเป็น 2 ระดับ 1 หมายถึง ใช่ 0 หมายถึง ไม่ใช่ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 10 อาการ มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อคำถาม ดังนี้

อาการที่ 1 การถ่ายอุจจาระมีเลือดหรือมูกปนเลือด คือ ข้อคำถามที่ 1-2

อาการที่ 2 การมีเลือดออกทางทวารหนัก คือ ข้อคำถามที่ 3

อาการที่ 3 พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง โดยมีอาการท้องผูกบ่อยครั้งเป็นระยะเวลานาน ท้องเสียบ่อยครั้งเป็นระยะเวลานาน ท้องผูกสลับท้องเสีย คือ ข้อคำถามที่ 4-6

อาการที่ 4 อุจจาระลำเล็กลง คือ ข้อคำถามที่ 7

อาการที่ 5 อาการปวดท้อง/ปวดเกร็งภายในช่องท้อง คือ ข้อคำถามที่ 8

อาการที่ 6 อาการปวดเบ่งอยากถ่ายอุจจาระตลอดเวลา คือ ข้อคำถามที่ 9

อาการที่ 7 อาการท้องอืด/แน่นท้องบ่อยครั้ง คือ ข้อคำถามที่ 10-11

อาการที่ 8 การคลำพบบก้อนในท้อง คือ ข้อคำถามที่ 12

อาการที่ 9 น้ำหนักลด คือ ข้อคำถามที่ 13

อาการที่ 10 อาการซีด คือ ข้อคำถามที่ 14

การแปลผล

ความรู้น้อย หมายถึง คะแนน $<$ ร้อยละ 60 คือ คะแนนความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เท่ากับ 0-8.3 คะแนน

ความรู้ปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 79 คือ คะแนนความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เท่ากับ 8.4-11.1 คะแนน

ความรู้น่าเชื่อถือ หมายถึง คะแนน $\geq$ ร้อยละ 80 คือ คะแนนความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เท่ากับ 11.2-14.0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ประกอบด้วย

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 2 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1 ท่าน

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 2 ท่าน

หลังจากให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไปใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

นำข้อมูลของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และแบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มาคำนวณหาความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ส่วนแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คำนวณโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 21 (Kuder-Richardson 21) ได้ค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ ดังนี้

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.82

แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.85

แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.94

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองและหนังสือขอเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก หัวหน้างานการพยาบาลศัลยศาสตร์ และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ หัวหน้าหน่วยและหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วย หน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ หน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 7 ชาย เหนือและใต้ หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 7 หญิง เหนือและใต้ หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 5 ตะวันออกและตะวันตก หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 6 ตะวันออกและตะวันตก หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 7 ตะวันออกและตะวันตก หอผู้ป่วยมหิดลวราณสูตรณ์-วิบูลย์รักษ์ 2 (ม.ว. 2) หอผู้ป่วยวิบูลย์รักษ์-ธนาคารไทยพาณิชย์ 3 (ว.ธ. 3) หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 9 ตะวันออก หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 9 ตะวันออก ชายและหญิง โรงพยาบาลศิริราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของโครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยในแต่ละสถานที่ทำการวิจัยของโรงพยาบาลศิริราช ดังนี้
วันจันทร์

เวลา 09.00 น. - 12.00 น. คือ หน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ หน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด

เวลา 13.00 น. - 16.00 น. คือ หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ หน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด

เวลา 16.00 น. - 20.00 น. คือ หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 7 ชาย เหนือและใต้ หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 7 หญิง เหนือและใต้ หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 5 ตะวันออกและตะวันตก หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 6 ตะวันออกและตะวันตก หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 7 ตะวันออกและตะวันตก หอผู้ป่วยมหิดลวรา

นุสสรณ์-วิบูลย์ 2 (ม.ว. 2) หอผู้ป่วยวิบูลย์-ธนาคารไทยพาณิชย์ 3 (ว.ธ. 3) หอผู้ป่วย 84 ปี
ชั้น 9 ตะวันออก หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 9 ตะวันออก ชายและหญิง

วันอังคาร-วันพฤหัสบดี

เวลา 09.00 น. - 12.00 น. คือ หน่วยตรวจโรคศาสตร์ หน่วยตรวจโรค
อายุศาสตร์ หน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด

เวลา 13.00 น. - 20.00 น. คือ หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 7 ชาย เหนือและใต้ หอ
ผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 7 หญิง เหนือและใต้ หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 5 ตะวันออกและตะวันตก หอผู้ป่วย 84 ปี
ชั้น 6 ตะวันออกและตะวันตก หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 7 ตะวันออกและตะวันตก หอผู้ป่วยมหิดล
นุสสรณ์-วิบูลย์ 2 (ม.ว. 2) หอผู้ป่วยวิบูลย์-ธนาคารไทยพาณิชย์ 3 (ว.ธ. 3) หอผู้ป่วย 84 ปี
ชั้น 9 ตะวันออก หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 9 ตะวันออก ชายและหญิง

วันศุกร์

เวลา 09.00 น. - 16.00 น. คือ หน่วยตรวจโรคอายุศาสตร์ หน่วยเคมีบำบัด
และให้เลือด

เวลา 13.00 น. - 20.00 น. คือ หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 7 ชาย เหนือและใต้ หอ
ผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 7 หญิง เหนือและใต้ หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 5 ตะวันออกและตะวันตก หอผู้ป่วย 84 ปี
ชั้น 6 ตะวันออกและตะวันตก หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 7 ตะวันออกและตะวันตก หอผู้ป่วยมหิดล
นุสสรณ์-วิบูลย์ 2 (ม.ว. 2) หอผู้ป่วยวิบูลย์-ธนาคารไทยพาณิชย์ 3 (ว.ธ. 3) หอผู้ป่วย 84 ปี
ชั้น 9 ตะวันออก หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 9 ตะวันออก ชายและหญิง

วันเสาร์-วันอาทิตย์

เวลา 09.00 น. - 20.00 น. คือ หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 7 ชาย เหนือและใต้ หอ
ผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 7 หญิง เหนือและใต้ หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 5 ตะวันออกและตะวันตก หอผู้ป่วย 84 ปี
ชั้น 6 ตะวันออกและตะวันตก หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 7 ตะวันออกและตะวันตก หอผู้ป่วยมหิดล
นุสสรณ์-วิบูลย์ 2 (ม.ว. 2) หอผู้ป่วยวิบูลย์-ธนาคารไทยพาณิชย์ 3 (ว.ธ. 3) หอผู้ป่วย 84 ปี
ชั้น 9 ตะวันออก หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 9 ตะวันออก ชายและหญิง

5. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลของแต่ละหน่วยและแต่ละหอผู้ป่วยที่ทำการวิจัย เป็น
ผู้คัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และแนะนำผู้วิจัยให้รู้จักกับผู้ป่วย หากเป็น
แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยศาสตร์และอายุศาสตร์ ผู้วิจัยจะไปพบผู้ป่วยขณะกำลังรอรับการตรวจจาก
แพทย์ หรือภายหลังจากการได้รับการตรวจจากแพทย์แล้ว ส่วนแผนกผู้ป่วยใน ศัลยศาสตร์และอายุ
ศาสตร์ ผู้วิจัยจะไปพบผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยเข้าพักในหอผู้ป่วยแล้ว และต้องเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ใน

ระยะวิกฤตที่ต้องสังเกตอาการใกล้ชิด ในกรณีเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องพับนาระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกไปแล้ว

6. ผู้วิจัยชี้แจงกับผู้ป่วยด้วยตนเองถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดและขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงของโครงการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และลงชื่อในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

7. ผู้วิจัยเริ่มขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ชุดที่ 1 ส่วนที่ 2: ข้อมูลการเจ็บป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ทั้ง 5 ชุด เรียงตามลำดับ ดังนี้

ชุดที่ 1 ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามตามแบบสัมภาษณ์ทั้ง 6 ชุด ให้ผู้ป่วยฟังและให้ผู้ผู้ป่วยบอกคำตอบ หลังจากนั้นผู้วิจัยเขียนคำตอบที่ผู้ป่วยบอกลงในแบบสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ทั้ง 6 ชุด ประมาณ 30 - 45 นาที ในกรณีที่เป็นการพบผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยกำลังรอรับการตรวจจากแพทย์ หากถึงเวลาเข้าห้องตรวจจะให้ผู้ผู้ป่วยเข้าห้องตรวจก่อน หลังจากที่ถูกผู้ป่วยตรวจเสร็จเรียบร้อยแล้วจึงถามผู้ป่วยต่อ เพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยต่อการเข้าตรวจรักษา และการบริการของทีมสุขภาพที่จะให้กับผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่ต้องการตอบคำถามในข้อคำถามใด ผู้วิจัยก็จะเว้นข้อคำถามนั้นไว้ และในขณะที่ผู้วิจัยกำลังสัมภาษณ์ ผู้ป่วยสามารถยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ สามารถยุติได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไขและไม่จำเป็นต้องให้เหตุผล การยุติการตอบคำถามของผู้ป่วยไม่มีผลกระทบใดๆ ผู้ป่วยยังได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งจากการที่ผู้วิจัยขอสัมภาษณ์ผู้ป่วยทั้ง 80 ราย ไม่มีผู้ป่วยรายใดปฏิเสธในการให้สัมภาษณ์ และไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ยุติการตอบคำถามระหว่างการสัมภาษณ์

8. เมื่อเสร็จสิ้นการตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

9. ผู้วิจัยพิจารณาความใกล้เคียงของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับช่วงเวลา que ผู้ป่วยพบความผิดปกติครั้งแรกเทียบกับบันทึกของแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาที่ได้บันทึกไว้ในเวชระเบียน ซึ่งเป็นข้อมูลที่อยู่ในชุดที่ 3: ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ซึ่งคำตอบที่ได้จะเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยพบอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งผู้ป่วยมาขอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ครั้งแรก เหตุผลที่จำเป็นต้องมีข้อมูลจาก 2 แหล่งที่แตกต่างกันเนื่องจากจะช่วยให้อ้างอิงข้อมูลที่ได้นั้นเป็นข้อมูลที่มีความเที่ยงมากยิ่งขึ้น หากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบันทึกของแพทย์มีความแตกต่างกันมาก เกี่ยวกับช่วงเวลา ให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยอีกครั้งว่า คำตอบยังคงเดิมหรือไม่

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการตามขั้นตอน การขอรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยยึดหลัก

1. จริยธรรมสากลของการทำวิจัยในคน โดยเฉพาะการเคารพในความเป็นบุคคล (Respect for person) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ตัดสินใจอย่างอิสระปราศจากความกดดันให้ต้องจำยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. กระบวนการขอความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยโดยละเอียด ครบถ้วน เพียงพอ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่มีการปกปิดข้อมูลใดๆ ที่ผู้ป่วยต้องทราบ แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิ่ง que ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ ประโยชน์ และความเสี่ยงและวิธีการแก้ไข การรักษาความลับ และการเสนอผลการวิจัยให้ผู้ป่วยทราบ เมื่อผู้ป่วยลงชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเขียนชื่อตนเองได้ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยประทับลายนิ้วมือห้วแม่มือขวาแทนการเขียนชื่อตนเอง และในกรณีที่ผู้ป่วยอ่าน-เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะให้มีพยานซึ่งเป็นบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยอ่านข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน หากผู้ป่วยไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้ป่วยก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

3. ความเสี่ยงของโครงการวิจัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการขอเชิญให้ผู้ป่วยตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ที่ได้มีการกำหนดข้อคำถามและเรียงลำดับข้อคำถามไว้แล้ว ไม่มีการปฏิบัติใดๆ (Intervention) ต่อผู้ป่วย จึงมีผลข้างเคียงน้อยมาก อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าการรบกวนเวลาส่วนตัวในขณะที่กำลังรอรับการตรวจ หรือขณะพักรักษาในโรงพยาบาล อาจทำให้เกิด

ความรู้สึกเบื่อ เสียเวลา หรือรู้สึกไม่สบายใจที่จะตอบคำถามบางข้อ ผู้ป่วยสามารถยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ สามารถยุติได้ตลอดเวลา หรือจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ตามความสมัครใจของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติใดๆขณะที่ตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะประเมินอาการเบื้องต้น และรายงานให้แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหน่วยและหอผู้ป่วย ร่วมประเมินอาการผิดปกติเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที

3.1 แหล่งเก็บข้อมูลที่เป็นแผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะช่วงเวลาเปิดให้บริการเท่านั้น ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มิบุคลากรทีมสุขภาพปฏิบัติงาน และในกรณีที่เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในขณะที่ผู้ป่วยกำลังรอรับการตรวจจากแพทย์ หากถึงเวลาเข้าห้องตรวจ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยเข้าห้องตรวจก่อน หลังจากที่ผู้ป่วยตรวจเสร็จเรียบร้อยแล้วจึงจะสัมภาษณ์ผู้ป่วยต่อ เพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยต่อการเข้าตรวจรักษา และการบริการของทีมสุขภาพที่จะให้กับผู้ป่วย

3.2 แหล่งเก็บข้อมูลที่เป็นแผนกผู้ป่วยใน ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะช่วงเวลาที่ยอนุญาตให้เยี่ยม คือ ตั้งแต่เวลา 11.00น.-20.00น. และผู้ป่วยต้องพ้นระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกไปแล้ว ไม่อยู่ในระยะวิกฤตที่ต้องดูแลอาการใกล้ชิด

4. ผู้วิจัยจะทำการยุติการวิจัยเมื่อผู้ป่วยมีความประสงค์ที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ซึ่งผู้ป่วยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีเงื่อนไข ไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลในการถอนตัว และการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการบริการและการรักษาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสมควรจะได้รับ

5. การรายงานผลการวิจัยจะไม่มีการระบุชื่อของผู้ป่วย และจะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

2. แจกแจงความถี่ คำนวณค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Min.) ค่าสูงสุด (Max.) ของข้อมูลระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

3. คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

คะแนนความกลัวเมื่อเกิดอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

4. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis ซึ่งได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

4.1 ตรวจสอบข้อมูลที่วิเคราะห์ว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) (Camilleri-Brennan & Steele, 1999)

4.1.1 ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรเชิงปริมาณหรือตัวแปรเชิงคุณภาพ ส่วนตัวแปรตามต้องเป็นตัวแปรเชิงคุณภาพที่มีค่าได้เพียง 2 ค่า (Dichotomy or binary variable) (กัลยา วาณิชยบัญชา, 2549; 2550) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรตามที่น่าสนใจวิเคราะห์ คือ พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กำหนด $Y = 1$ คือ แสวงหาการรักษาอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และ $Y = 0$ คือ ไม่แสวงหาการรักษาอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

4.1.2 ตัวแปรต้นแต่ละตัวไม่ควรมีความสัมพันธ์กัน หรือไม่ควรมีความสัมพันธ์กันสูงมาก (Multicollinearity) (กัลยา วาณิชยบัญชา, 2549; 2550) สามารถพิจารณาได้จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (r) ไม่เกิน 0.65 (Burn & Grove, 1993 อ้างในเพชรน้อยสิงห์ชัย, 2549; บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) ผลจากการวิเคราะห์ ค่า r มีค่าระหว่าง 0.04-0.51 สามารถสรุปได้ว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity

4.1.3 ค่าคาดหวังของค่าคลาดเคลื่อนต้องเท่ากับ 0 หรือ $E(e) = 0$ (กัลยา วาณิชยบัญชา, 2549; 2550) ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล $E(e) = 0$

4.2 วิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกครั้งที่ 1 แบบเข้าพร้อมๆกัน (Enter Regression) ทั้ง 3 ตัวแปร ตรวจสอบตัวแปรต้นแต่ละตัวว่ามีอิทธิพลต่อโอกาสในการเกิดเหตุการณ์หรือไม่ โดยใช้สถิติทดสอบวอลด์ (Wald test) ผลจากการทดสอบ พบว่า ตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือ ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

4.3 วิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก ครั้งที่ 2 โดยคัดเลือกเฉพาะตัวแปรต้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือ ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

4.4 ตรวจสอบ Goodness of fit ของสมการถดถอยโลจิสติก โดยใช้สถิติทดสอบของ Hosmer และ Lemeshow (Hosmer and Lemeshow's goodness of fit test) ค่าไคสแควร์จากการทดสอบต้องไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการทดสอบ พบว่า ค่าไคสแควร์ (Chi-square) เท่ากับ 0.328 ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกระยะของโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ และแผนกผู้ป่วยในศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 80 คน ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามวัตถุประสงค์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ตารางที่ 1-2

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตารางที่ 3

ส่วนที่ 3 ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตารางที่ 4

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตารางที่ 5-10

ส่วนที่ 5 ความสามารถในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตารางที่ 11-13

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=80)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	55.0
หญิง	36	45.0
อายุ (ปี)		
< 50 ปี	20	25.0
50-60 ปี	30	37.5
> 60 ปี	30	37.5
อายุน้อยสุด 25 ปี อายุมากที่สุด 82 ปี อายุเฉลี่ย = 56 ปี S.D. = 11.2		
ศาสนาพุทธ	80	100.0
เชื้อชาติ		
ไทย	79	98.7
จีน	1	1.3
สัญชาติไทย	80	100.0
สถานภาพสมรส		
โสด	6	7.50
คู่	71	88.7
หม้าย/หย่า	3	3.8
ภูมิลำเนา		
กรุงเทพมหานคร	30	37.5
ภาคกลาง	31	38.7
ภาคตะวันออก	5	6.3
ภาคเหนือ	4	5.0
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	5	6.3
ภาคใต้	5	6.3

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ที่อยู่ปัจจุบัน		
กรุงเทพมหานคร	33	41.2
ภาคกลาง	34	42.5
ภาคตะวันออก	4	5.0
ภาคเหนือ	2	2.5
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	5	6.3
ภาคใต้	2	2.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	4	5.0
ประถมศึกษา	31	38.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	5.0
มัธยมศึกษาศึกษาตอนปลาย	18	22.5
อนุปริญญา	3	3.8
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	16	20.0
ปริญญาโท	4	5.00
อาชีพ		
รับราชการ/พนักงานของรัฐ/พนักงาน		
รัฐวิสาหกิจ	19	23.8
พนักงานบริษัท	11	13.7
ค้าขาย	17	21.3
ธุรกิจส่วนตัว	2	2.5
เกษตรกรรม	8	10.0
ไม่ได้ทำงาน	23	28.7

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ประจำ (บาทต่อเดือน)		
ไม่มี	20	25.0
มี	60	75.0
1-19,999 บาท	30	50.0
≥ 20,000 บาท	30	50.0
รายได้น้อยสุด 1,000 บาท รายได้มากที่สุด 150,000 บาท		
รายได้ประจำเฉลี่ย = 19,209 บาท S.D. = 25,065		
รายได้เสริม (บาทต่อเดือน)		
ไม่มี	74	92.5
มี	6	7.5
รายได้น้อยสุด 4,100 บาท รายได้มากที่สุด 80,000 บาท		
รายได้เสริมเฉลี่ย = 1,976 บาท S.D. = 10,032		
ความพอเพียงของรายได้		
พอเพียง	61	76.2
ไม่พอเพียง	19	23.8
วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
สิทธิเบิกจ่ายตรง/ต้นสังกัด	32	40.0
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	30	37.5
ประกันสังคม	8	10.0
ประกันชีวิต	1	1.3
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	9	11.3

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มี	41	51.2
มี*	39	48.8
โรคความดันโลหิตสูง	29	74.4
โรคเบาหวาน	12	30.8
โรคหัวใจ	9	23.1
ภาวะไขมันในเลือดสูง	5	12.8
หืด (Asthma)	1	2.6
เกาต์	1	2.6
ปวดศีรษะไมเกรน	1	2.6
ไทรอยด์	1	2.6
ภาวะโลหิตจาง	1	2.6
แผลที่กระเพาะอาหาร	2	5.1
ไวรัสตับอักเสบบี	1	2.6
มะเร็งเต้านม	1	2.6
เนื้องอกมดลูก	1	2.6
ต่อมลูกหมากโต	1	2.6
ดื้อหิน	2	5.1
ต่อกระจก	1	2.6

* หมายถึง กลุ่มตัวอย่าง 1 คน มีได้มากกว่า 1 โรค

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 55.0 และ 45.0 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยทั้งเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 56 ปี อายุมากที่สุด 82 ปีอายุน้อยสุด 25 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย มีกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 1.3 ที่มีเชื้อชาติจีน สถานภาพสมรสกลุ่มมากที่สุด ร้อยละ 88.7 รองลงมาสถานภาพโสด ร้อยละ 7.5 ภูมิลำเนาภาคกลางและกรุงเทพมหานครใกล้เคียงกัน ร้อยละ 38.7 และ 37.5 ตามลำดับ ที่อยู่ปัจจุบันอยู่ในภาคกลางและกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 42.5 และ 41.2 ตามลำดับ การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด

ร้อยละ 38.8 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 22.5 และ 22.0 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 28.7 รองลงมาคือ รับราชการ/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 23.8 ส่วนใหญ่มีรายได้ประจำ ร้อยละ 60 รายได้ประจำน้อยสุดคือ 1,000 บาท รายได้ประจำมากที่สุด 150,000 บาท รายได้ประจำเฉลี่ย 19,209 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เสริม ร้อยละ 92.5 รายได้เสริมน้อยสุด 4,100 บาท รายได้เสริมมากที่สุด 80,000 บาท รายได้เสริมเฉลี่ย 1,976 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รายได้พอเพียงต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 76.2 โดยมีสิทธิการรักษาเป็นเบิกจ่ายตรง/ต้นสังกัด มากที่สุด ร้อยละ 40 รองลงมา สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 37.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.2 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 48.8 โรคประจำตัวมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 74.4

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย (n=80)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
Colon cancer	31	38.8
Cecum	2	6.5
Ascending colon	8	25.8
Transverse colon	1	3.2
Descending colon	3	9.7
Sigmoid colon	17	54.8
Rectal cancer	49	61.3
ผลพยาธิวิทยาคลินิก		
Adenocarcinoma	55	68.8
Mucinous adenocarcinoma	24	30.0
Signet ring cell carcinoma	1	1.3
ผลพยาธิวิทยาคลินิกแบ่งตามเกรด (Grading)		
Well differentiated	11	13.8
Moderately differentiated	64	80
Poorly differentiated	5	6.3

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะของโรคแบ่งตามระบบ TNM		
T: T ₂	3	3.8
T ₃	50	62.5
T ₄	12	15.0
ไม่พบรายงาน	15	18.8
N: N ₀	17	21.3
N ₁	23	28.8
N ₂	27	33.8
ไม่พบรายงาน	13	16.3
M: M ₀	66	82.5
M ₁	14	17.5
ระยะของโรคแบ่งตาม Staging		
Stage 2	16	20.0
Stage 3	46	57.5
Stage 4	12	15.0
กระจายไปตับ	10	83.3
กระจายไปปอด	2	16.7
ไม่พบรายงาน	6	7.5
วิธีการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน		
การผ่าตัด	39	48.8
การผ่าตัดและเคมีบำบัด	20	25.0
การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด	17	21.3
เคมีบำบัดและรังสีรักษา	1	1.3
เคมีบำบัด	3	3.8

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นโรคมะเร็งทวารหนักมากกว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 61.3 และ 38.8 ตามลำดับ ผลพยาธิวิทยาคลินิกเป็น Adenocarcinoma มากที่สุด ร้อยละ 68.8 รองลงมาคือ Mucinous adenocarcinoma ร้อยละ 30.3 เมื่อแบ่งระยะของโรคตามระบบ TNM พบว่าอยู่ในระยะ T₃ มากที่สุด ร้อยละ 62.5 อยู่ในระยะ N₂ มากที่สุด ร้อยละ 33.8 ตามลำดับ และอยู่ในระยะ M₀ มากที่สุด ร้อยละ 82.5 แต่ก็มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นซึ่งตรงกับระยะ M₁ ถึงร้อยละ 17.5 โดยมีการกระจายไปตับมากที่สุด ร้อยละ 83.3 เมื่อแบ่งระยะของโรคตาม Staging พบว่า อยู่ในระยะที่ 3 มากที่สุด ร้อยละ 57.5 รองลงมาคือ ระยะที่ 2 ร้อยละ 20.0 สำหรับวิธีการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมากที่สุด ร้อยละ 48.8 รองลงมาได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด ร้อยละ 25.0

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการรักษาอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (n=80)

พฤติกรรมการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่แสวงหาการรักษา	47	58.8
รอสังเกตอาการ/รอให้อาการหายไปเอง	41	87.2
ปรึกษานักชโลภ	6	12.8
แสวงหาการรักษา	33	41.3
ซื้อยาจากร้านขายยาของตนเอง	21	63.6
รับประทานยาแผนโบราณ/ยาพื้นบ้าน	11	33.3
รับประทานยาจีน	1	3.0

จากตารางที่ 3 พบว่า เมื่อมีอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่แสวงหาการรักษา ร้อยละ 58.8 โดยรอสังเกตอาการ/รอให้อาการหายไปเอง มากที่สุด ร้อยละ 87.2 และแสวงหาการรักษา ร้อยละ 41.3 วิธีแสวงหาการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างเลือกรักษา มากที่สุด คือ ซื้อยาจากร้านขายยาของตนเอง ร้อยละ 63.6

ส่วนที่ 3 ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าต่ำสุด (Min.) ค่าสูงสุด (Max.) ค่ามัธยฐาน (Median) ของระยะเวลาแสวงหาการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n=80)

ระยะเวลาแสวงหาการรักษา	n	Min. (วัน)	Max. (วัน)	Median (วัน)
ผู้ป่วยทั้งหมด	80	1	366	60
กลุ่มอาการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือด/มีเลือดออกทางทวารหนัก ร่วมกับอาการอื่นๆ	51	1	366	60
ไม่ล่าช้า (≤ 7 วัน)	12	1	7	7
ล่าช้า (> 7 วัน)	39	10	366	83
กลุ่มอาการอื่นๆ ยกเว้นอาการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือด/มีเลือดออกทางทวารหนัก	29	7	361	61
ไม่ล่าช้า (≤ 28 วัน)	6	7	23	14
ล่าช้า (> 28 วัน)	23	30	361	61

จากตารางที่ 4 พบว่า ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างมาขอรับการรักษาจากแพทย์ครั้งแรก มีระยะเวลาแสวงหาการรักษาน้อยที่สุด 1 วัน มากที่สุด 366 วัน ค่ามัธยฐาน (Median) 60 วัน เมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มอาการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือด/มีเลือดออกทางทวารหนัก ร่วมกับอาการอื่นๆ มีทั้งหมด 51 คน มีระยะเวลาแสวงหาการรักษาน้อยที่สุด 1 วัน มากที่สุด 366 วัน ค่ามัธยฐาน (Median) 60 วัน ไม่ล่าช้า 12 คน ล่าช้า 39 คน ในขณะที่กลุ่มอาการอื่นๆ ยกเว้นอาการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือด/มีเลือดออกทางทวารหนัก มีทั้งหมด 29 คน พบว่า มีระยะเวลาแสวงหาการรักษาน้อยที่สุด 7 วัน มากที่สุด 361 วัน ค่ามัธยฐาน (Median) 61 วัน ไม่ล่าช้า 6 คน ล่าช้า 23 คน

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และ
ความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของผู้ป่วย
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตารางที่ 5-10

ตารางที่ 5 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของ
 อาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของกลุ่มตัวอย่าง
 จำแนกตามอาการ (n=80)

การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติ	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปล ผล
1. การถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือดปน	50	1.38	0.74	น้อย
2. การมีเลือดออกทางทวารหนัก	15	1.93	0.80	ปานกลาง
3. พฤติกรรมขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง	58	1.12	0.68	น้อย
4. อุจจาระลำเล็กลง	53	1.74	0.71	ปานกลาง
5. อาการปวดท้อง/ปวดเกร็งภายในช่องท้อง	38	1.97	0.75	ปานกลาง
6. อาการปวดเบ่งอยากถ่ายอุจจาระ ตลอดเวลา	49	1.90	0.71	ปานกลาง
7. อาการท้องอืดบ่อยครั้ง	39	1.35	0.71	น้อย
8. การคลำพบก้อนในท้อง	11	2.00	0.89	ปานกลาง
9. น้ำหนักลด	37	1.70	0.74	ปานกลาง
10. อาการซีด	21	1.90	0.77	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของพฤติกรรมขับถ่ายอุจจาระ
 เปลี่ยนแปลงมากที่สุด จำนวน 58 คน ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.12 รับรู้ความรุนแรงน้อย รองลงมา รับรู้
 ความรุนแรงของอาการอุจจาระลำเล็กลง จำนวน 53 คน ค่าเฉลี่ย 1.74 รับรู้ความรุนแรงปานกลาง
 ส่วนอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงน้อยที่สุด คือ การคลำพบก้อนในท้อง จำนวน 11
 คน ค่าเฉลี่ย 2.00 รับรู้ความรุนแรงปานกลาง

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้อาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (n=80)

การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รับรู้ 1 อาการ	7	8.8
รับรู้ 2 อาการ	8	10.0
รับรู้ 3 อาการ	3	3.8
รับรู้ 4 อาการ	22	27.5
รับรู้ 5 อาการ	14	17.5
รับรู้ 6 อาการ	10	12.5
รับรู้ 7 อาการ	11	13.8
รับรู้ 8 อาการ	2	2.5
รับรู้ 9 อาการ	2	2.5
รับรู้ 10 อาการ	1	1.3

จากตารางที่ 6 พบว่า จำนวนของกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 4 อาการ มากที่สุด ร้อยละ 27.5 รองลงมา รับรู้ 5 อาการ ร้อยละ 17.5 และน้อยที่สุด คือ รับรู้ 10 อาการ พบเพียง ร้อยละ 1.3

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติ
ในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายชื่อ
(n=80)

ความกลัว	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปล ผล
1. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จะไม่สามารถหายได้เอง	42	2.10	0.82	ปานกลาง
2. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะรักษาไม่ได้	34	2.03	0.87	ปานกลาง
3. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จะเป็นอาการของโรคมะเร็ง	29	2.07	0.70	ปานกลาง
4. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้	30	2.13	0.73	ปานกลาง
5. กลัวว่าการต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล จะทำให้เสียเวลามาก	26	1.62	0.75	ปานกลาง
6. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จะต้องทำให้หยุดงาน	33	1.91	0.84	ปานกลาง
7. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจทำให้ต้องเป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว	52	2.10	0.80	ปานกลาง
8. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง	41	2.37	0.83	ปานกลาง
9. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัว	60	1.99	0.79	ปานกลาง
10. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จะมีผลต่อการต้องไปพบปะ สังสรรค์ กับบุคคลอื่น	32	1.97	0.86	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัวมากที่สุด มีจำนวนถึง 60 คน ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.99 กลัwpานกลาง รองลงมา คือ กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจทำให้ต้องเป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว จำนวน 52 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.10 กลัwpานกลาง และกลัวว่าการต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล จะทำให้เสียเวลามาก เป็นความกลัวที่กลุ่มตัวอย่างกลัวน้อยที่สุด จำนวน 26 คน ค่าเฉลี่ย 1.62 กลัwpานกลาง

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม (n=80)

	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	S.D.
ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง				
รู้น้อย (0-7.1 คะแนน)	70	87.5	0.74	1.82
รู้ปานกลาง (7.2-9.5 คะแนน)	5	6.3	8.20	0.45
รู้มาก (9.6-12.0)	5	6.3	10.40	0.55
ความรู้เรื่องอาการผิดปกติ				
รู้น้อย (0-8.3 คะแนน)	69	86.3	0.71	1.77
รู้ปานกลาง (8.4-11.1 คะแนน)	4	5.0	9.75	0.96
รู้มาก (11.2-14.0 คะแนน)	7	8.8	12.86	1.07

จากตารางที่ 8 พบว่า ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้น้อย พบเป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 87.5 และร้อยละ 86.3 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0.74 คะแนน และ 0.71 คะแนน ตามลำดับ

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำแนกตามรายชื่อ (n=80)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การถ่ายทอดทางพันธุกรรม		
1.1 มีประวัติเป็นโรคตั้งเนื้อภายในลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	11	13.8
1.2 มีพ่อหรือแม่ พี่น้อง และญาติสายตรง เป็นโรคตั้งเนื้อภายในลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	11	13.8
1.3 เคยมีประวัติเป็นโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง	14	17.5
1.4 มีพ่อแม่ พี่น้อง และญาติสายตรง เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	14	17.5
1.5 เคยเป็นมะเร็งชนิดอื่น ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่	8	10.0
1.6 มีพ่อแม่ พี่น้อง และญาติสายตรง เป็นโรคมะเร็ง	16	20.0
2. อายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป	17	21.3
3. การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	11	13.8
4. การสูบบุหรี่	8	10.0
5. การรับประทานอาหารที่มีไขมันจากสัตว์สูง	16	20.0
6. การรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย	14	17.5
7. การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมน้อย	5	6.3

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องในเรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำแนกตามรายชื่อ (n=80)

อาการผิดปกติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน	17	21.3
2. ถ่ายอุจจาระมีมูกปนเลือด	15	18.8
3. มีเลือดออกทางทวารหนัก	11	13.8
4. มีอาการท้องผูกบ่อยครั้ง	13	16.3
5. มีอาการท้องเสียบ่อยครั้ง	13	16.3
6. มีอาการท้องผูกสลับกับท้องเสีย	12	15.0
7. อุจจาระลำเล็กลง	17	21.3
8. มีอาการปวดเกร็งภายในช่องท้อง	12	15.0
9. มีอาการปวดเบ่งอยากถ่ายอุจจาระตลอดเวลา	10	12.5
10. มีอาการท้องอืดบ่อยครั้ง	10	12.5
11. มีอาการแน่นท้องบ่อยครั้ง	7	8.8
12. คลำพบก้อนในท้อง	14	17.5
13. น้ำหนักลด	16	20.0
14. อาการซีด	11	13.8

จากตารางที่ 9-10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 21.25 รู้ว่า อายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รองลงมา คือ มีพ่อแม่ พี่น้อง และญาติสายตรงเป็นโรคมะเร็ง และการรับประทานอาหารที่มีไขมันจากสัตว์สูง ร้อยละ 20 เท่ากัน ส่วนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งที่กลุ่มตัวอย่างรู้น้อยที่สุด คือ การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม น้อย มีกลุ่มตัวอย่างรู้เพียง ร้อยละ 6.25 ในส่วนของความรู้เรื่องอาการผิดปกติของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า อาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างรู้มากที่สุด คือ ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน และอุจจาระลำเล็กลง ร้อยละ 21.25 เท่ากัน รองลงมา คือ อาการน้ำหนักลด ร้อยละ 20 และอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างรู้น้อยที่สุด คือ อาการแน่นท้องบ่อยครั้ง ร้อยละ 8.8

ส่วนที่ 5 ความสามารถในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตารางที่ 11-13

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความรู้เรื่องอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (n=80)

ตัวแปร	การรับรู้ความรุนแรง	ความกลัว	ความรู้
การรับรู้ความรุนแรง	-	-	-
ความกลัว	0.51**	-	-
ความรู้	-0.05	0.08	-
พฤติกรรมแสวงหาการรักษา	0.30**	0.13	0.02

**p<0.01

จากตารางที่ 11 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กับตัวแปรพฤติกรรมแสวงหาการรักษา เท่ากับ 0.30 โดยมีความสัมพันธ์กันทางบวก และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p<0.01$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิปกติเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างจะแสวงหาการรักษาเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์โลจิสติกของตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความรู้เรื่องอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (n=80)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp.(B)	95%C.I.
วิเคราะห์ ครั้งที่ 1 แบบเข้าพร้อมกันทั้ง 3 ตัวแปร (Enter Regression)							
การรับรู้	0.106	0.045	5.435	1	0.020*	1.112	1.017-1.215
ความกลัว	-0.011	0.035	0.091	1	0.763	0.989	0.924-1.060
ความรู้	0.011	0.033	0.105	1	0.746	1.011	0.948-1.077
Constant = -1.443		Nagelkerke R ² = 0.117			Overall Percentage = 65.0		
วิเคราะห์ ครั้งที่ 2 เฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)							
การรับรู้	0.098	0.039	6.416	1	0.011*	1.103	1.022-1.193
Constant = -1.424		Nagelkerke R ² = 0.114			Overall Percentage = 63.8		

* $p < .05$

จากตารางที่ 12 เมื่อวิเคราะห์ครั้งที่ 1 ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบเข้าพร้อมๆ กันทั้ง 3 ตัวแปร พบว่า ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มี 1 ตัวแปร คือ ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และเมื่อวิเคราะห์ครั้งที่ 2 ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก เฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พบว่า ค่า Exp(B) หรือ Odd Ratio เท่ากับ 1.103 ซึ่งมีค่ามากกว่า 1 สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิปกติเพิ่มขึ้น 1 หน่วย (คะแนน) จะทำให้โอกาสที่จะแสวงหาการรักษาเพิ่มขึ้น 1.103 เท่า ของผู้ที่มิคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิปกติน้อยกว่า นั่นคือ หากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิปกติเพิ่มขึ้น จะทำให้มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเพิ่มขึ้น และการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักสามารถอธิบายความผันแปรของการแสวงหาการรักษา/ไม่แสวงหาการรักษาได้ร้อยละ 11 (Nagelkerke $R^2 = 0.114$) ร้อยละของการทำนายถูกต้องเท่ากับ 63.8 (Overall Percentage = 63.8)

บทที่ 5

การอภิปรายผล

ในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่า เมื่อมีอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่แสวงหาการรักษา (ร้อยละ 58.8) กลุ่มตัวอย่างจะรอสังเกตอาการ/รอให้อาการหายไปเองมากที่สุด (ร้อยละ 87.2) ส่วนกลุ่มที่มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษา (ร้อยละ 41.3) กลุ่มตัวอย่างจะ ซื้อยาจากร้านขายยามารักษาตนเองมากที่สุด (ร้อยละ 63.6) (ตารางที่ 3) จากการสัมภาษณ์ เหตุผลที่ผู้ป่วยยังไม่แสวงหาการรักษา เนื่องจาก เชื่อว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น อาการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือดปน เป็นอาการของโรคริดสีดวงทวาร พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง มีสาเหตุมาจากอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งมักมีปัญหาเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ เช่น อาการท้องผูกบ่อยครั้ง หรือมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่า เป็นอาการที่ไม่รุนแรงและสามารถหายได้เอง นอกจากนี้จากลักษณะของอาการผิดปกติที่มีลักษณะเป็นๆ หายๆ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่รอสังเกตอาการ/รอให้อาการหายไปเองมากกว่าแสวงหาการรักษา สอดคล้องกับผลศึกษาของ Byles, Redman, Hennrikus, Sanson-Fisher & Dickinson (1992) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทวารหนัก พบว่า เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่ไปพบแพทย์ เนื่องจาก เชื่อว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง และสามารถหายไปได้เอง พบถึงร้อยละ 52 เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Cockburn, Paul, Tzelepis, McElduff & Byles (2003) ซึ่งพบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นจำนวนถึงร้อยละ 72.4 ที่ไม่แสวงหาการรักษาใดๆ เนื่องจากเชื่อว่าอาการของโรคไม่รุนแรง หรือสามารถหายได้เอง และผลการศึกษาของ Ristvedt, Birnbaum, Dietz, Fleshman, Kodner & Read (2005) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งทวารหนักส่วนใหญ่เชื่อว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เป็นอาการของโรคริดสีดวงทวาร พบถึงร้อยละ 51.9 และเชื่อว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง พบถึงร้อยละ 52.8 เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ McCaffery, Wardle & Waller (2003) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

และทวารหนัก พบว่า เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรอสังเกตอาการ รอดูอาการ หรือรอให้อาการหายไปเอง ส่วนรายงานการศึกษาในประเทศไทย จากการศึกษาของเม้นมนา จิระจรัส (2539) ที่ได้มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 23.5 แสวงหาการรักษาด้วยการซื้อยาระบาย ยาแก้ท้องผูก ยาแก้ท้องเสีย ยาเหน็บเอง เนื่องจากเชื่อว่าเป็นอาการของโรคริดสีดวงทวาร เป็นอาการท้องผูก/ท้องเสียธรรมดาทั่วไป

ส่วนที่ 2 ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จากผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างมาขอรับการรักษาจากแพทย์ครั้งแรก มีระยะเวลาแสวงหาการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 77 วัน และเมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มอาการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือด/มีเลือดออกทางทวารหนัก ร่วมกับอาการอื่นๆ ซึ่งมีทั้งหมด 51 คน มีระยะเวลาแสวงหาการรักษาเฉลี่ย 78 วัน ไม่ล่าช้า 12 คน ล่าช้า 39 คน ในขณะที่กลุ่มอาการอื่นๆ ยกเว้นอาการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือด/มีเลือดออกทางทวารหนัก ซึ่งมีทั้งหมด 29 คน พบว่า มีระยะเวลาแสวงหาการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 76 วัน ไม่ล่าช้า 6 คน ล่าช้า 23 คน (ตารางที่ 5) จากผลการศึกษา จะเห็นได้ว่า จำนวนของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาแสวงหาการรักษาล่าช้ามากกว่าไม่ล่าช้าเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาพบแพทย์ครั้งแรกเมื่อระยะของโรคลุกลามแล้ว คือ ระยะที่ 3 พบเป็นจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 57.5) และยังมีกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนอีกร้อยละ 15.0 ที่มาพบแพทย์ครั้งแรกเมื่อโรคลุกลามอยู่ในระยะที่ 4 (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มาพบแพทย์ครั้งแรกเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.25 และ 23.75 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งหมด ส่วนผู้ป่วยระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 พบเพียงร้อยละ 7.25 และ 9.15 (National Cancer Institute, 2007) และรายงานการวิจัยของ ภรภัทร เตชะตานนท์ (2548) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 เป็นจำนวนมากที่สุดเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 31.71 และ 35.89 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งหมด ส่วนระยะที่ 1 และ 2 พบร้อยละ 2.44 และ 29.96

เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาแสวงหาการรักษาล่าช้ากว่าไม่ล่าช้า ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะปฏิบัติตัวต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยยังไม่แสวงหาการรักษา (ร้อยละ 58.8) แต่จะรอสังเกตอาการ/รอให้อาการหายไปเอง (ร้อยละ 87.2) ส่วนในกลุ่มที่มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษา (ร้อยละ 41.2) กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มี

พฤติกรรมแสวงหาการรักษาด้วยการมาพบแพทย์แผนปัจจุบันทันทีที่มีอาการผิดปกติ แต่จะทดลองรักษาตัวเอง ด้วยการซื้อยาจากร้านขายยารักษาตัวเอง (ร้อยละ 63.6) (ตารางที่ 3) จึงอาจเป็นเหตุผลส่วนหนึ่งที่ทำให้มีระยะเวลาแสวงหาการรักษาล่าช้า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ McCaffery, Wardle & Waller (2003) พบว่า เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนใหญ่ยังไม่แสวงหาการรักษา แต่จะรอสังเกตอาการ รอคอยการ หรือรอให้อาการหายไปเอง นอกจากนี้ในการศึกษารั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นถึงร้อยละ 48.8 (ตารางที่ 1) จึงอาจเป็นเหตุผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมุ่งเน้นเฉพาะโรคที่ตนเองกำลังเป็น ไม่คิดว่าอาการผิดปกติอื่นๆ ที่เกิดขึ้นจะเป็นอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และทำให้มีระยะเวลาแสวงหาการรักษาล่าช้า ผลจากการศึกษารั้งนี้ยังพบอีกว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงาน (อายุเฉลี่ย 56 ปี S.D. = 11.2) มีภาระหน้าที่ที่ยังต้องปฏิบัติ มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงานเพียงร้อยละ 28.7 (ตารางที่ 1) จึงอาจเป็นเหตุผลทำให้ยังไม่สะดวกในการมาขอรับการตรวจวินิจฉัยหรือตรวจรักษา ร่วมกับการที่กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ทำให้ไม่ต้องการใช้เวลาในการมาขอรับการรักษาเพิ่มเติม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lauver, Coyle & Panchmatin (1995) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของการเข้ารักษาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้มาพบแพทย์ตั้งแต่ระยะต้น คือ การมีภาระหน้าที่ที่ยังต้องปฏิบัติ เช่น การต้องทำงานเกือบตลอดเวลา มีหน้าที่รับผิดชอบอื่นที่ทำให้ไม่มีเวลามาพบแพทย์

เหตุผลที่ผู้ป่วยมีระยะเวลาแสวงหาการรักษาล่าช้า อาจมีเหตุผลคล้ายคลึงกับที่ผู้ป่วยไม่แสวงหาการรักษา จากผลการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และหรือมะเร็งทวารหนัก พบว่า เหตุผลที่ผู้ป่วยมีระยะเวลาแสวงหาการรักษาล่าช้า สามารถสรุปได้ดังนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่า เป็นอาการปกติทั่วไป (Mitchell, Macdonald, Campbell, Weller & Macleod, 2008) เป็นอาการที่ไม่รุนแรง (Byles, Redman, Hennrikus, Sanson-Fisher & Dickinson, 1992; Cockburn, Paul, Tzelepis, McElduff & Byles, 2003; Ristvedt, Birnbaum, Dietz, Fleshman, Kodner & Read, 2005; Roncoroni, Pietra, Violi, Sarli, Choua & Peracchia, 1999; Young, Sweeney & Hunter, 2000) หรือสามารถหายได้เอง (Byles, Redman, Hennrikus, Sanson-Fisher & Dickinson, 1992; Cockburn, Paul, Tzelepis, McElduff & Byles, 2003; Langenbach, Schmidt, Neumann & Zirngibl, 2003; Mor, Masterson-Allen, Goldberg, Guadagnoli & Wool, 1990) และเชื่อว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคริดสีดวงทวาร (Cockburn, Paul, Tzelepis, McElduff & Byles, 2003; Ristvedt, Birnbaum, Dietz, Fleshman, Kodner & Read, 2005; Roncoroni, Pietra, Violi, Sarli, Choua & Peracchia, 1999; Young, Sweeney & Hunter, 2000) ดังนั้น เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรอสังเกตอาการ รอคอยการ หรือรอให้อาการหายไปเอง (McCaffery, Wardle &

Waller, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Roncoroni, Pietra, Violi, Sarli, Choua & Peracchia (1999) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีระยะเวลาแสวงหาการรักษาล่าช้า เท่ากับ 11 สัปดาห์ หรือ 77 วัน เหตุผลที่ผู้ป่วยมีระยะเวลาแสวงหาการรักษาล่าช้า เนื่องจาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคริดสีดวงทวาร (26 คน) รองลงมา คือ รับรู้ว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง (22 คน) นอกจากนี้ ยังเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของตนเอง (Roncoroni, Pietra, Violi, Sarli, Choua & Peracchia, 1999) หรือ ลักษณะแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง (Roncoroni, Pietra, Violi, Sarli, Choua & Peracchia, 1999) และจากการศึกษาของ Mitchell, Macdonald, Campbell, Weller & Macleod (2008) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาแสวงหาการรักษาล่าช้า นอกจากจะเกี่ยวข้องกับการประเมินและการให้ความหมายอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น (Patient's interpretation) ว่าเป็นอาการทั่วไป เป็นอาการที่ไม่รุนแรงแล้ว (Non-recognition of the seriousness of symptoms) ยังเกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเอง (Self-diagnosed) การทดลองรักษาตัวเอง (Self-treatment) ผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย และยังสัมพันธ์กับการวินิจฉัยโรคและลักษณะอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาแสวงหาการรักษาล่าช้า มักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติ คือ พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง และผู้ป่วยมะเร็งทวารหนัก

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

3.1 การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง เป็นอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติมากที่สุด มีจำนวนถึง 58 คน รองลงมา คือ อุจจาระลำเล็กลง มีจำนวน 53 คน และการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือดปน มีจำนวน 50 คน (ตารางที่ 8) เหตุผลที่สามารถอธิบายได้ คือ พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง เป็นอาการผิดปกติที่พบได้บ่อยทั้งมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งทวารหนัก (Langenbach, Schmidt, Neumann & Zirngibl, 2003) ส่วนอาการอุจจาระลำเล็กลง และการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือดปน เป็นอาการผิดปกติที่พบได้บ่อยของมะเร็งทวารหนัก (Ellis & Saddler, 2000; Haskell, 2001; Griffin-Sobel, 2001; Libutti, Saltz, Rustgi & Tepper, 2005; Liu & Crawford, 2005; Rodriguez-Bigas, Lin & Crane, 2003; Roll,

1999; Roger, 2005; Schlesselman, 1999) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีผู้ป่วยมะเร็งทวารหนักถึงร้อยละ 61.3 (ตารางที่ 2) ตรงกับอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งทวารหนักที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติ

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติทั้ง 10 อาการพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงระดับน้อยถึงปานกลาง โดยพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง อาการท้องอืดบ่อยครั้ง การถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือดปน ระดับการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย การคลำพบก้อนในท้อง อาการปวดท้อง/ปวดเกร็งภายในช่องท้อง การมีเลือดออกทางทวารหนัก อาการปวดเบ่งอยากถ่ายอุจจาระตลอดเวลา อาการซิด อุจจาระลำเล็กลง น้ำหนักลด มีระดับการรับรู้ความรุนแรงปานกลาง (ตารางที่ 5) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในการศึกษานี้ เป็นการประเมินอาการผิดปกติตั้งแต่ในระยะต้นของโรค ซึ่งอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นยังไม่มีมีความรุนแรงมากนัก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ristvedt, Birnbaum, Dietz, Fleshman, Kodner & Read (2005) พบว่า ระดับการรับรู้ความรุนแรงต่ออาการผิดปกติของโรคมะเร็งทวารหนัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง พบถึงร้อยละ 52.8 รองลงมา คือ รับรู้ความรุนแรงระดับน้อย และปานกลาง พบร้อยละ 24.5 และ 16.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ อาจเนื่องจากการผิดปกติที่พบบ่อยของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เช่น พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง เป็นอาการที่สามารถเกิดจากสาเหตุอื่น นอกเหนือจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (McCaffery, Wardle & Waller, 2003) จึงมีผลต่อการประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าไม่ใช่อาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Ristvedt, Birnbaum, Dietz, Fleshman, Kodner & Read (2005) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทวารหนัก พบว่า เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง รุนแรงน้อย และรุนแรงปานกลาง เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่า เกิดจากความผิดปกติของกระเพาะอาหาร มีสาเหตุมาจากประเภทของอาหารที่รับประทาน และความเครียด นอกจากนี้ พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง และอุจจาระลำเล็กลง ซึ่งเป็นอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงเป็นจำนวนมากที่สุด ยังสามารถมีสาเหตุมาจาก การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของระบบขับถ่ายในผู้สูงอายุ ซึ่งมักพบอาการท้องผูก ภาวะอุจจาระติดแข็ง (Impactation) นुरुคทวารหนักหดตัวไม่ดีทำให้กลั้นอุจจาระไม่ได้ ก็อาจเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการผิดปกติว่าเกิดจากสาเหตุอื่น ทำให้ระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติมีระดับน้อยถึงปานกลาง

จากที่กล่าวมาข้างต้น เหตุผลที่พอจะอธิบายได้ในการศึกษานี้ ระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติจึงขึ้นอยู่กับว่ากลุ่มตัวอย่างมีการประเมิน ให้ความหมาย หรือตีความ

อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร มีการตระหนักต่ออาการที่เกิดขึ้นหรือไม่ หากกลุ่มตัวอย่างให้ความหมายอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงตามวัย เป็นผลมาจากลักษณะของอาหารที่รับประทาน ความเครียด หรือสาเหตุอื่นๆ ไม่ได้ให้ความหมายว่าเป็นอาการผิดปกติที่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยตนเอง เป็นภาวะคุกคาม หรือมีความรุนแรง ไม่ได้ตีความอาการว่าเป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็ง ระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติจึงอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง

3.2 ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จากผลการศึกษา จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัวมากที่สุด มีจำนวนถึง 60 คน รองลงมา คือ กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจทำให้ต้องเป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว จำนวน 52 คน (ตารางที่ 7) เหตุผลอาจเนื่องจาก จำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.0 (ตารางที่ 1) ซึ่งในสังคมไทย มักจะให้เพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว มีหน้าที่ดำรงความมั่นคงและความอยู่รอดของครอบครัว มีหน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 88.7) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวของสังคมไทย จะมีความผูกพันใกล้ชิด และเมื่อพิจารณาอายุของกลุ่มตัวอย่าง จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงาน มีอายุไม่เกิน 60 ปี เป็นจำนวนถึงร้อยละ 62.5 (ตารางที่ 1) ดังนั้น เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น จึงกลัวว่าจะมีผลต่อบุคคลในครอบครัว เช่น ทำให้บุคคลในครอบครัววิตกกังวล กลัวว่าจะเป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว เป็นต้น นอกจากนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่น (ร้อยละ 48.8) จึงกลัวว่าตนเองจะเป็นภาระกับบุคคลในครอบครัวเพิ่มขึ้น ส่วนความกลัวที่จำนวนของกลุ่มตัวอย่างกลัวน้อยที่สุด คือ กลัวว่าการต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล จะทำให้เสียเวลามาก จำนวน 26 คน (ตารางที่ 7) ทั้งนี้เนื่องจาก ในการศึกษานี้ มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 48.8 มีโรคประจำตัวต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ (ตารางที่ 1) และต้องมีการมาตรวจตามนัดเป็นระยะ จึงสามารถเกิดความคุ้นเคยกับการต้องมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

เมื่อพิจารณาระดับความกลัวของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 ข้อคำถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกลัวระดับปานกลาง ทั้ง 10 ข้อคำถาม (ตารางที่ 7) เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างมีความกลัวระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เท่ากับ 56 ปี (S.D.=11.2) เมื่อเทียบกับระยะพัฒนาการของครอบครัวที่มีทั้งหมด 8 ระยะ จะตรงกับระยะที่ 7 คือ ระยะครอบครัววัยกลางคน เป็นช่วงเตรียมเกษียณจากตำแหน่งงานที่ดำรงอยู่ ซึ่งเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น เป้าหมายของชีวิตเปลี่ยนไป ระดับความกลัวจะลดลง ในขณะที่เมื่ออายุน้อย เมื่อมีสิ่งใดที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

มักจะกลัวและกังวลมาก (Greiner, Born Nollen & Ahluwalia, 2005) นอกจากนี้ จากการที่จำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.0 (ตารางที่ 1) ซึ่งในสังคมไทยเพศชายต้องรับบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว มีภาพลักษณ์ของความเข้มแข็ง จึงอาจมีผลต่อระดับความกลัว ทำให้ระดับของความกลัว ไม่อยู่ในระดับกลัวมาก นอกจากนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างประเมินระดับความรุนแรงของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง (ตารางที่ 5) ประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการของโรคจิตสวิตดงทวาร เป็นผลมาจากพฤติกรรมกรับประทานอาหาร เกิดจากอายุที่เพิ่มขึ้น และอาการสามารถหายได้เอง จึงอาจมีผลต่อระดับความกลัวของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ระดับความกลัวอยู่ในระดับปานกลาง ไม่อยู่ในระดับกลัวมาก

3.3 ความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ อายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป (17 คน) ตอบถูกรองลงมา คือ มีพ่อแม่ พี่น้อง และญาติสายตรงเป็นโรคมะเร็งและ การรับประทานอาหารที่มีไขมันจากสัตว์สูง (16 คน) ตอบถูกน้อยที่สุด คือ การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมน้อย (5 คน) ในส่วนของความรู้เรื่องอาการผิดปกติของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า อาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน และอุจจาระลำเล็กลง (17 คน) และอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือ อาการแน่นท้องบ่อยครั้ง (7 คน) (ตารางที่ 9-10) และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 87.5 และ ร้อยละ 86.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 8) ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา พบเป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 38.8 (ตารางที่ 1) และหากจำแนกระดับการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี และเท่ากับหรือมากกว่าระดับปริญญาตรี พบว่า ระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี มีจำนวนถึงร้อยละ 75.0 ซึ่งอาจเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับน้อย

นอกจากนี้ เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอยู่ในระดับน้อย รู้ไม่ครอบคลุมทุกประเด็น อาจเป็นจากการรณรงค์เผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีการรณรงค์น้อยกว่ามะเร็งชนิดอื่น เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด มะเร็งตับและท่อน้ำดี สังเกตได้จากข้อมูลสถิติสาธารณสุขระดับประเทศ จะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลสาเหตุการป่วยของประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเพียง 4 ชนิด ดังกล่าวเท่านั้น ผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Busch (2003) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ร้อยละ 61.5 ไม่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลจากการศึกษา ผู้ป่วยบอกว่า “ทราบเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่” “เคยได้รับการตรวจแมมโมแกรม (Mammogram) และได้รับการสอบถามเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก แต่ไม่เคยได้รับการพูดคุยเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่” “ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จากแพทย์หรือนุเคราะห์สุขภาพ” “ทราบข้อมูลเฉพาะโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งมดลูก” ผลจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า “เชื่อว่าตนเองมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เนื่องจากมีบุคคลภายในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งเต้านม” “ผู้ชายมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่าผู้หญิง” เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ McCaffery, Wardle & Waller (2003) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 58.3 ไม่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผลการศึกษาของ Camilleri-Brennan & Steele (1999) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมมากกว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เนื่องจากการเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนเรื่องโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) ($OR = 1.103$, 95% $CI = 1.022-1.193$) (ตารางที่ 13) แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีโอกาสทำให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา สามารถอธิบายโดยใช้กรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup et al, 2003) ที่ได้กล่าวไว้ว่า สิ่งหนึ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา คือ อาการเจ็บป่วย (Symptoms) ซึ่งบุคคลนั้นต้องมีการรับรู้อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่า เป็นอาการผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยตนเอง เป็นภาวะคุกคามหรือมีความรุนแรง บุคคลนั้นจึงจะเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา หากบุคคลนั้นรับรู้อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าไม่สำคัญ หรือไม่มีความหมาย (Perceived insignificant) บุคคลนั้นจะดูแลรักษา

ตัวเอง (Self treatment) ไม่เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา (Dempsey, Dracup & Debra, 1995) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Oh & Park (2004) และ Mitchell, Macdonald, Campbell, Weller & Macleod (2008) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาการรักษา คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักสามารถทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจัยอื่นๆที่ผู้วิจัยมิได้นำมาศึกษา ดังนั้นสมมติฐานการวิจัยของการศึกษาครั้งนี้จึงได้รับการสนับสนุนบางส่วน

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอำนาจการทำนาย (Predictive research) ต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกระยะของโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในทางด้านศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 80 คน ซึ่งไม่ได้เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต หรือระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกที่ต้องให้การดูแลใกล้ชิด ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2551 ถึงเดือนกรกฎาคม 2552 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 6 ชุด ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) มัธยฐาน (Median) และวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) ผลการศึกษาพบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย

1.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.0) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 56 ปี (S.D. 11.2) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 คน ที่มีเชื้อชาติจีน (ร้อยละ 1.3) สถานภาพสมรสกลุ่มมากที่สุด (ร้อยละ 88.7) ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบันอยู่ในภาคกลางและกรุงเทพมหานครใกล้เคียงกัน การศึกษาระดับประถมศึกษาศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 38.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 28.7) มีรายได้ประจำ (ร้อยละ 75.0) รายได้ประจำเฉลี่ย 19,209 บาท ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เสริม (ร้อยละ 92.5) รายได้เสริมเฉลี่ย 1,976 บาท ส่วนใหญ่รายได้พอเพียงต่อการใช้จ่าย (ร้อยละ 76.2) โดยมีสิทธิการรักษาเป็นเบิกจ่ายตรง/ต้นสังกัดมากที่สุด (ร้อยละ 40.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 51.2) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวโรคประจำตัวมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง

2.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งทวารหนัก (ร้อยละ 61.3) ผลพยาธิวิทยาคลินิกเป็น Adenocarcinoma มากที่สุด (ร้อยละ 68.8) ระยะของโรคตามระบบ TNM อยู่ในระยะ T₃ (ร้อยละ 62.5) ระยะ N₂ (ร้อยละ 33.8) และระยะ M₀ มากที่สุด (ร้อยละ 82.5) โดยมีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังตับมากที่สุด (ร้อยละ 83.3) กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ครั้งแรกเมื่ออยู่ใน ระยะที่ 3 มากที่สุด (ร้อยละ 57.5) วิธีการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมากที่สุด (ร้อยละ 48.8) รองลงมาได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด (ร้อยละ 25.0)

2. พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะก่อนมาพบแพทย์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่แสวงหาการรักษา (ร้อยละ 58.8) แต่จะรอสังเกตอาการ/รอให้อาการหายไปเอง (ร้อยละ 87.2) ส่วนในกลุ่มที่มีการแสวงหาการรักษา (ร้อยละ 41.3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะซื้อยาจากร้านขายยามารักษาตนเอง (ร้อยละ 63.6)

3. ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างมาขอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ครั้งแรก พบว่า ระยะเวลาแสวงหาการรักษา มีค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 60 วัน น้อยที่สุด 1 วัน มากที่สุด 366 วัน และเมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มอาการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือด/มีเลือดออกทางทวารหนัก ร่วมกับอาการอื่นๆ มีทั้งหมด 51 คน ระยะเวลาแสวงหาการรักษา มีค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 60 วัน ไม่ล่าช้า 12 คน ล่าช้า 39 คน ในขณะที่กลุ่มอาการอื่นๆ ยกเว้นอาการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือด/มีเลือดออกทางทวารหนัก มีทั้งหมด 29 คน ระยะเวลาแสวงหาการรักษา มีค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 61 วัน ไม่ล่าช้า 6 คน ล่าช้า 23 คน

4. การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

4.1 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง มากที่สุด (58 คน) รองลงมา คือ รับรู้ความรุนแรงของอาการอุจจาระดำเล็กลง (53 คน) ส่วนอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงน้อยที่สุด คือ การคลำพบก้อนในท้อง (11 คน) ส่วนระดับการรับรู้ความรุนแรงในแต่ละอาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติอยู่ในระดับปานกลางทุกอาการ ยกเว้น พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง อาการท้องอืดบ่อยครั้ง และการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือดปน ที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติน้อย นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 4 อาการมากที่สุด และน้อยที่สุด คือ รับรู้ 10 อาการ

4.2 กลุ่มตัวอย่าง กล่าวว่า อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัวมากที่สุด (60 คน) รองลงมา คือ กล่าวว่า อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจทำให้ต้องเป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว (52 คน) ส่วนความกลัวที่จำนวนของกลุ่มตัวอย่างกลัวน้อยที่สุด คือ กล่าวว่า การต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล จะทำให้เสียเวลามาก (26 คน) และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกลัวระดับปานกลาง ทั้ง 10 ข้อคำถาม

4.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับน้อยทั้งความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ร้อยละ 87.5 และร้อยละ 86.3) ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ อายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป (17 คน) ตอบถูกน้อยที่สุด คือ การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมน้อย (5 คน) ในส่วนของความรู้เรื่องอาการผิดปกติของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า อาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน และอุจจาระลำเล็กลง (17 คน) และอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือ อาการแน่นท้องบ่อยครั้ง (7 คน)

5. ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Odd Ratio = 1.103, 95% C.I. = 1.022-1.193) ร้อยละของการทำนายถูกต้องเท่ากับ 63.8 (Overall Percentage = 63.8)

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ต่ำ พบถึงร้อยละ 87.5 และ 86.3 ตามลำดับ ดังนั้น พยาบาลรวมถึงบุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรมีการเผยแพร่ข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้เป็นที่แพร่หลาย เนื่องจากเป็นชนิดของโรคมะเร็งที่มีอุบัติการณ์การเกิดอยู่ใน 3-5 อันดับแรกของประเทศไทย โดยให้ข้อมูลทั้งเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและอาการผิดปกติที่สามารถเป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อให้ประชาชนทั่วไปมารับตรวจวินิจฉัยเพื่อการคัดกรองตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

2. ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติเพิ่มขึ้น จะทำให้มีโอกาสแสวงหาการรักษาด้วยวิธีต่างๆเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการศึกษา ผู้ป่วยเลือกรักษาด้วยวิธีต่างๆที่ไม่ใช่การมาพบแพทย์แผนปัจจุบัน ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีการรณรงค์ เผยแพร่ ให้คำแนะนำกับประชาชนทั่วไปรวมถึงผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยแนะนำให้มารับการรักษาหรือตรวจวินิจฉัยเพื่อการคัดกรองตั้งแต่ระยะเริ่มแรกในขณะที่โรคมะเร็งยังไม่มีอาการลุกลาม ไม่ควรรอสังเกตอาการหรือรอให้อาการหายไปเอง หรือการรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาเรื่องพฤติกรรมแสวงหาการรักษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยยังไม่มาพบแพทย์ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่มีอาการผิดปกติ เช่น การไม่ทราบว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การมีโรคประจำตัวอื่นที่ทำให้มุ่งเน้นเฉพาะโรคนั้น อายุน้อยไม่คิดว่าจะเป็นโรคมะเร็ง รายได้ วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล การอาศัยในเขตเมืองหรือเขตชนบท เป็นต้น

2. การศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาแสวงหาการรักษาครั้งต่อไป ควรศึกษาว่าผู้ป่วยมีความล่าช้าในช่วงระยะเวลาใด รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการมารับการรักษา

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

FACTORS PREDICTING TREATMENT SEEKING BEHAVIOR OF COLORECTAL CANCER PATIENTS

กนกวรรณ บุญสังข์ 4936751 NSAN/M

พย. ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุวิมล กิมปี, ค.ม. (วิจัยการศึกษา), สุพร ดนัยดุขฎีกุล, พย.ค., วิรุณ บุญนุช, พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป, อ.ว. ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบมากเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย และพบมากเป็นอันดับ 5 ในเพศหญิง จากรายงานสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทย ปี ค.ศ. 2000 พบเป็นจำนวนร้อยละ 8.8 และ 7.6 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด มีอุบัติการณ์การเกิดในเพศชาย: เพศหญิง เท่ากับ 1:1 - 1.2:1 (Srisukho, Srivatanakul & Sumitsawan, 2007: 34) ปี พ.ศ. 2550 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมดในประเทศไทย รองมาจาก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 1,718 คน คิดเป็นอัตราเท่ากับ 2.7 (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) สำหรับสถิติของสถานวิทยามะเร็งโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี ค.ศ. 2004-2006 พบผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งในเพศชายและเพศหญิง เป็นจำนวน 447, 486 และ 594 คน คิดเป็นร้อยละ 7.81, 7.62 และ 8.26 ของผู้ป่วยใหม่โรคมะเร็งทุกระบบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช (Tumour Registry Siriraj Cancer Center, 2005; 2006; 2007) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นชนิดของโรคมะเร็งที่มีการดำเนินโรคค่อนข้างช้า ใช้เวลา 5-15 ปี หรือมากกว่านั้นในการเปลี่ยนเซลล์ปกติให้กลายเป็นเซลล์มะเร็ง (Langenbach, Schmidt, Neumann & Zirngibl, 2003; Lemone & Burke, 2004; Rogers, 2005) และยังเป็นโรคที่สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่

ระยะต้นหากผู้ป่วยตระหนักถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและรีบมาพบแพทย์ ซึ่งอาการผิดปกติที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผู้ป่วยสามารถสังเกตได้ด้วยตนเอง คือ การถ่ายอุจจาระมีเลือดปน พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง โดยมีอาการท้องผูกบ่อยครั้ง ท้องเสียบ่อยครั้ง ท้องผูกสลับท้องเสีย ท้องอืดบ่อยครั้ง น้ำหนักลด (Nooijer, Lechner & Vries, 2002) ดังนั้น โอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจและได้รับการวินิจฉัยในขณะที่โรคลังอยู่ในระยะต้นจึงเป็นไปได้มาก แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาและได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตั้งแต่ในระยะต้นมีเพียงร้อยละ 15-37 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งหมด เท่านั้น (Lemone & Burke, 2004; Rogers, 2005) เช่นเดียวกับรายงานสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มาพบแพทย์เพื่อรับการรักษา เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.25 และ 23.75 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งหมด ส่วนผู้ป่วยระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 พบเพียงร้อยละ 7.25 และ 9.15 (National Cancer Institute, 2007) ส่วนรายงานการวิจัยของ ภรภัทร เตชะตานนท์ (2548) ซึ่งศึกษาอัตราการรอดชีพและปัจจัยพยากรณ์โรคของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 เป็นจำนวนมากที่สุดเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 31.71 และ 35.89 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งหมด ส่วนระยะที่ 1 และ 2 พบร้อยละ 2.44 และ 29.96 ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมักมาพบแพทย์ครั้งแรกเมื่อระยะของโรคอยู่ในระยะท้าย มีการลุกลามหรือแพร่กระจายแล้ว (Langenbach, Schmidt, Neumann & Zirngibl, 2003; Lemone & Burke, 2004) ซึ่งระยะของโรคที่ตรวจพบมีผลต่อการพยากรณ์โรคและโอกาสในการรักษาให้หายขาด หากผู้ป่วยได้รับการรักษาตั้งแต่ในระยะต้น คือ ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคดี มีโอกาสรักษาให้หายขาดด้วยการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งบริเวณลำไส้ และต่อมน้ำเหลืองบริเวณนั้นออก อาจจะจำเป็นหรือไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเสริมหลังผ่าตัดขึ้นกับระยะของโรคที่แพทย์จะให้การวินิจฉัยอีกครั้ง หากผู้ป่วยมาพบแพทย์ในขณะที่โรคอยู่ในระยะท้าย คือ ระยะที่ 3 และ ระยะที่ 4 แล้ว การพยากรณ์โรคจะเลวลง และจำเป็นต้องได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา เพื่อให้ผลการรักษาดีขึ้น ในขณะเดียวกันผลข้างเคียงก็มากขึ้นด้วย (ชนวิรัตน์ เทสะวิบูล, 2544; Yarbro, Frogge, Goodman & Groenwald, 2004)

จากการศึกษาของ Mor, Masterson-Allen, Goldberg, Guadagnoli & Wool (1990) พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศอังกฤษ เป็นจำนวนถึงร้อยละ 62 ที่มาพบแพทย์ครั้งแรกเพื่อรับการรักษาเมื่อระยะเวลาผ่านไปเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน หลังจากเริ่มมีอาการผิดปกติที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็ง เหตุผลที่ผู้ป่วยยังไม่มารับการรักษาจนกระทั่งระยะของโรคอยู่ในระยะท้าย

เนื่องจากเชื่อว่าอาการผิปกติจะหายไปเอง มีความกลัว วิตกกังวล ไม่มีเวลา และจากรายงานการวิจัยของ Cockburn, Paul, Tzelepis, McElduff & Blles (2003) พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นจำนวนถึงร้อยละ 31.9 ที่ไม่แสวงหาการรักษาใดๆ เนื่องจาก เชื่อว่าอาการของโรคไม่รุนแรง (ร้อยละ 44.8) และอาการสามารถหายไปได้เอง (ร้อยละ 27.6) เชื่อว่าการมีเลือดออกทางทวารหนักเป็นอาการของโรคริดสีดวงทวารมากกว่าเป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ร้อยละ 13.8) ส่วนรายงานการศึกษาในประเทศไทย จากการศึกษาของ แม้นมนา จิระจรัส (2539) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกือบทั้งหมดที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะของโรคที่ได้มีการลุกลามมากแล้ว พบเป็นจำนวนถึงร้อยละ 82.3 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะเวลาที่รับรู้ว่าคุณเองมีอาการผิปกติจนกระทั่งแสวงหาวิธีการรักษาในรูปแบบต่างๆ ใช้ระยะเวลานานถึง 1-3 เดือน พบเป็นจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 24 ไม่ได้แสวงหาวิธีการรักษาใดๆ เนื่องจากคิดว่าเป็นอาการท้องผูก ท้องเสียธรรมดาทั่วไป หรือเป็นอาการของโรคริดสีดวงทวาร จึงไม่ได้รักษา การแสวงหาวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยปฏิบัติ ได้แก่ การซื้อยาระบาย ยาแก้ท้องผูก ยาแก้ท้องเสีย ยาเหน็บเอง การรักษากับหมอพื้นบ้านด้วยสมุนไพรแก้ท้องผูก มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 12-24 ที่แสวงหาวิธีการรักษาโดยการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล และจากรายงานการวิจัยที่ได้มีผู้ศึกษาไว้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบอื่น คือ โรคมะเร็งปากมดลูก โรคมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นชนิดของโรคมะเร็งที่สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะต้นก็พบว่ามีการศึกษาในการเข้ารับการรักษาในทิศทางเดียวกันกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังจากที่มีผู้ป่วยพบอาการผิปกติ สิ่งที่มีผู้ป่วยจะปฏิบัติเริ่มแรกคือการรอสังเกตอาการ (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550) ผู้ป่วยยังไม่มี การแสวงหาการรักษา เนื่องจากไม่มีอาการเจ็บหรืออาการปวด ยังสามารถทำงานได้ตามปกติ ไม่แน่ใจว่าเป็นอาการผิปกติจริงหรือไม่ รอดูให้อาการมากกว่าที่เป็นก่อนจึงจะไปพบแพทย์ และจากการที่มีผู้ป่วยไม่มีเวลาไปพบแพทย์ หลังจากนั้นจึงมีเริ่มหาคำปรึกษาจากบุคคลอื่นหรือบุคคลใกล้ชิด การทดลองรักษาอาการผิปกติด้วยตนเอง (วไลพรรณ ชลสุข, 2540) และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 4.8 ที่ไปพบแพทย์แผนปัจจุบันในสถานบริการต่างๆทันทีเมื่อพบอาการผิปกติ (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550) แหล่งบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยแสวงหาการรักษามีทั้ง หมอสมุนไพร ร้านขายยาและหมอฉีดยา คลินิก และโรงพยาบาลระดับต่างๆ และยังพบว่า มีผู้ป่วยที่เลือกใช้บริการหมอสมุนไพรก่อนมาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยเป็นระยะเวลานานเฉลี่ย เท่ากับ 1-6 เดือน การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ คือ ยาสมุนไพร ยาสมุนไพรลงอาคม (วไลพรรณ ชลสุข, 2540) ส่วนระยะเวลาดังแต่กลุ่มตัวอย่างพบอาการผิปกติจนกระทั่งผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งแรก มีระยะเวลาเฉลี่ยถึง 113 วัน (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิปกติเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่เลือกกระทำ แต่ยังคงรอสังเกต

อาการ และแสวงหาคำปรึกษาจากบุคคลอื่น ก่อนตัดสินใจไปพบแพทย์ (วไลพรธน์ ชลสุข, 2540; นกนิศ รัตนภาสูร, 2550) จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาไม่เหมาะสมเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบอื่น มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่เริ่มต้นด้วยการมาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาล ให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จึงควรมีความเข้าใจต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ชัดเจน เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้ถูกต้องและเหมาะสม นำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำ ส่งเสริม ให้ผู้ป่วยมารับการรักษาตั้งแต่ระยะต้นที่มีอาการของโรค เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเหมาะสมกับระยะของโรค ช่วยในการชะลอการดำเนินของโรคในระยะต่อไป เพิ่มอัตราการรอดชีวิต และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้ว ยังสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะก่อนมาพบแพทย์
2. เพื่อศึกษาระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตั้งแต่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจนกระทั่งมาพบแพทย์
3. เพื่ออธิบายการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
4. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่อง

อาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

กรอบทฤษฎี/กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ กรอบแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของดราคัพและคณะ (Dracup et al, 2003) ซึ่งได้พัฒนากรอบแนวคิดนี้มาจากพฤติกรรมในการควบคุมตนเอง (The Self-Regulation of Health and Illness Behavior) (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Leventhal & Cameron, 1987 อ้างใน Dracup et al, 2003) กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมแสวงหาการรักษา เป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคลในการจัดการ หรือหาวิธีในการแก้ไข เมื่อรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนรอสังเกตอาการให้อาการหายไปเอง บางคนรีบไปพบแพทย์เพื่อขอรับคำปรึกษาและตรวจวินิจฉัย บางคนเริ่มด้วยการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ โดยการปรึกษากับบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือผู้ร่วมงาน บางคนไม่แสวงหาการรักษาใดๆ เนื่องจาก ไม่ทราบว่าเป็นอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ หรืออาการผิดปกตินั้นมีอาการเป็นๆหายๆ การไม่ต้องการรบกวนผู้อื่น การมีความรู้สึกลัวต่อผลลัพธ์ที่ตามมาจากการแสวงหาการรักษา (McKinley, Moser & Dracup, 2000; McKinley et al.; 2004) สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา คือ (Dracup et al., 2003)

1. อาการเจ็บป่วย (Symptoms) ซึ่งบุคคลนั้นต้องมีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่มีความสำคัญ มีความหมาย (Perceived significant) เป็นอาการผิดปกติที่ไม่สามารถหายได้เอง ไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยตนเอง เป็นภาวะคุกคาม หรือมีความรุนแรง บุคคลนั้นจะเกิดการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากบุคคลนั้นรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่สำคัญ หรือไม่มีความหมาย (Perceived insignificant) บุคคลนั้นจะดูแลรักษาตัวเอง (Self treatment) ไม่เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา (Dempsey, Dracup & Debra, 1995)

2. สิ่งกระตุ้นภายใน (Internal stimuli/factors) และสิ่งกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental stimuli/factors) (Dracup et al., 2003)

2.1 สิ่งกระตุ้นภายใน (Internal stimuli/factors) ประกอบด้วย

2.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (Sociodemographic) เช่น อายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status) เชื้อชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส แหล่งของที่อยู่อาศัย เช่น การอาศัยอยู่ในเมืองหรือชนบท

2.1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก (Clinical characteristics Clinical history)

2.1.3 บทบาททางวัฒนธรรม (Cultural roles)

2.1.4 ความคาดหวัง (Expectations)

2.2 สิ่งกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental stimuli/factors) ประกอบด้วย

2.2.1 ครอบครัวและผู้ร่วมงาน (Family and coworkers)

2.2.2 เพื่อน (Friends)

2.2.3 ทีมสุขภาพ (Health care providers)

2.2.4 สื่อต่างๆ (The media)

3. ด้านความคิด (Cognitive representation) (Dracup et al., 2003) เช่น การประเมินและการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น การตระหนักต่ออาการที่เกิดขึ้น (Aware of the symptoms) การประเมินสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น และ การจำแนกอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเจ็บป่วย (Dempsey, Dracup & Moser, 1995; McKinley, Moser & Dracup, 2000; Dracup et al., 2006) ซึ่งความคิดของแต่ละบุคคลนั้นอยู่ภายใต้อิทธิพลของ ความรู้ ทักษะ และ ความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคหรืออาการที่เกิดขึ้น (Dracup et al., 2006)

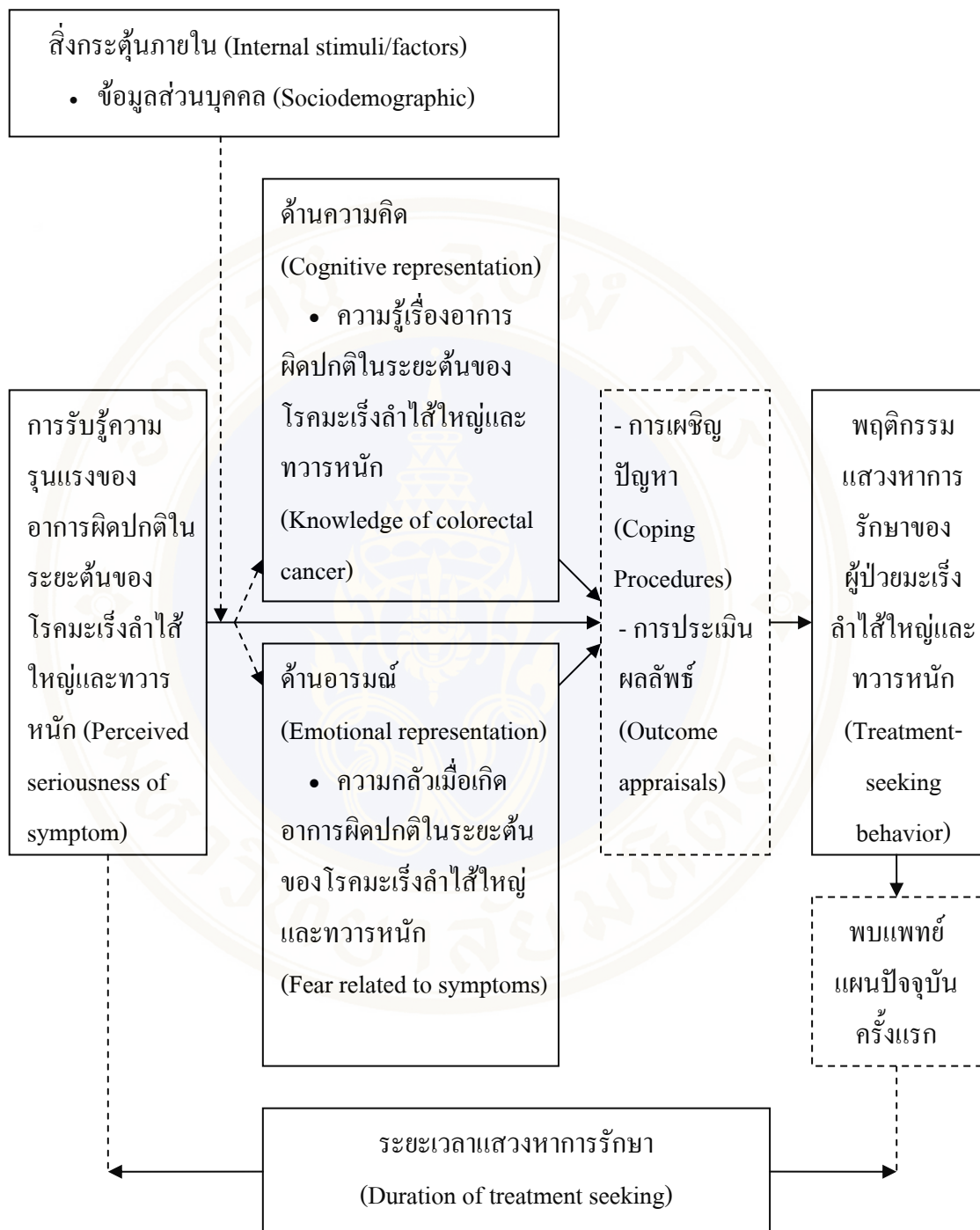
4. ด้านอารมณ์ (Emotional representation) (Dracup et al., 2003) เช่น ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล (Dracup et al., 2006)

เมื่อบุคคลนั้นรับรู้ภาวะคุกคามจากสิ่งกระตุ้นดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น หลังจากนั้นจะเกิดตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นโดยการหาวิธีต่างๆ ในการจัดการกับความเจ็บป่วยซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นประเมินความเจ็บป่วยและให้ความหมายความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไร ประเมินสาเหตุของความเจ็บป่วยว่าเกิดจากสาเหตุใด (McKinley, Moser & Dracup, 2000; McKinley et al., 2004) หลังจากนั้น บุคคลจะมีการประเมินผลลัพธ์จากการจัดการด้วยวิธีต่างๆ (Outcome appraisal) หากความเจ็บป่วยนั้นยังไม่สามารถแก้ไขได้สำเร็จ บุคคลจะมีการประเมินและให้ความหมายกับความเจ็บป่วยนั้นอีกครั้ง และหาวิธีเผชิญกับปัญหานั้นด้วยวิธีการใหม่ หากบุคคลนั้นมีการประเมินและให้ความหมายความผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่มีความสำคัญ มีความหมาย (Perceived significant) เป็นอาการผิดปกติที่ไม่สามารถหายได้เอง ไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยตนเอง เป็นภาวะคุกคาม หรือมีความรุนแรง บุคคลนั้นจะเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาและตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Dracup et al., 2003)

พฤติกรรมแสวงหาการรักษาจากกรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003) นอกจากมีการให้ความหมายดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีการพิจารณาว่าบุคคลนั้นมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเหมาะสมหรือล่าช้า โดยพิจารณาจากระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติจนกระทั่งผู้ป่วยมาพบแพทย์ จากการศึกษาของ Nooijer, Lechner & Vries (2001; 2002) ซึ่งได้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด 4 ชนิด คือ โรคมะเร็งผิวหนัง มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม

นม มะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศชาย พบว่า ระยะเวลาที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะพิจารณาตามลักษณะอาการที่เกิดขึ้น แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ หากผู้ป่วยมีอาการถ่ายอุจจาระแล้วมีเลือดปน ผู้ป่วยจะต้องมาพบแพทย์ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ หากผู้ป่วยมีอาการท้องอืดบ่อยครั้ง พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง ได้แก่ อาการท้องผูกเป็นระยะเวลานาน อาการท้องเสียเป็นระยะเวลานาน อาการท้องผูกสลับท้องเสีย และอาการน้ำหนักลด ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ หากผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังกล่าวข้างต้นถือว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม (Nooijer, Lechner & Vries, 2001; 2002) เกณฑ์ที่ Nooijer, Lechner & Vries, (2001; 2002) กำหนดสัมพันธ์กับคำแนะนำตามเกณฑ์ของ The Dutch Cancer Society และ American Cancer Society (Nooijer, Lechner & Vries, 2001; 2002) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เกณฑ์ของ Nooijer, Lechner & Vries (2001; 2002) เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีระยะเวลาแสวงหาการรักษาเหมาะสมหรือล่าช้า

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งผู้วิจัยต้องการศึกษาว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาอย่างไร ระยะเวลาแสวงหาการรักษาตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ จนกระทั่งผู้ป่วยมาพบแพทย์ใช้เวลานานเท่าไร ซึ่งตัวกระตุ้นที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาจากกรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003) นั้น ประกอบด้วย อาการเจ็บป่วย (Symptoms) สิ่งกระตุ้นภายใน (Internal stimuli/factors) ด้านความคิด (Cognitive representation) และด้านอารมณ์ (Emotional representation) ดังนั้น ในส่วนของตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาซึ่งเป็นปัจจัยทำนายนั้น ผู้วิจัยเลือกศึกษาทั้งหมด 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Perceived seriousness of symptom) ซึ่งเป็นตัวแปรที่มาจากส่วนของอาการเจ็บป่วย (Symptoms) ตัวแปรต่อมาคือ ความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Knowledge of colorectal cancer) ซึ่งเป็นตัวแปรที่เป็นส่วนหนึ่งด้านความคิด (Cognitive representation) และตัวแปรสุดท้าย คือ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Fear related to symptoms) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งด้านอารมณ์ (Emotional representation) จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น ตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร เป็นสิ่งกระตุ้นนำไปสู่พฤติกรรมแสวงหาการรักษาทั้งสิ้น สามารถแสดงดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ดัดแปลงมาจากดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอำนาจการทำนาย (Predictive research) ต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกระยะของโรคทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในทางด้านศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 80 คน

คุณสมบัติที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ

1. ผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. ผู้ป่วยอยู่ในระหว่างการรักษาไม่เกิน 6 เดือน
3. ระดับความรู้สึกตัวดี สามารถให้ข้อมูลกับผู้วิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1-6 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้ง 6 ชุด มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 4-6 ไปใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 4 และชุดที่ 5 นำข้อมูลมาคำนวณค่าความสอดคล้อง

ภายใน (Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ส่วนแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 6 คำนวณโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 21 (Kuder-Richardson 21) ได้ค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ ดังนี้

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.82

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.85

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.94

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลของแต่ละหน่วยและแต่ละหอผู้ป่วยที่ทำการวิจัย เป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และแนะนำผู้วิจัยให้รู้จักกับผู้ป่วย หากเป็นแผนกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยนอกศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ ผู้วิจัยจะไปพบผู้ป่วยขณะกำลังรอรับการตรวจจากแพทย์ หรือภายหลังจากการได้รับการตรวจจากแพทย์แล้ว ส่วนแผนกผู้ป่วยในศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ ผู้วิจัยจะไปพบผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยเข้าพักในหอผู้ป่วยแล้ว

3. ผู้วิจัยชี้แจงกับผู้ป่วยด้วยตนเองถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดและขั้นตอนของการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงของโครงการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมด้วยความสมัครใจ และลงลายมือชื่อในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยเริ่มขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ชุดที่ 1 ส่วนที่ 2: ข้อมูลการเจ็บป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ทั้ง 5 ชุด เรียงตามลำดับ ดังนี้

ชุดที่ 1 ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ระยะเวลา

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามตามแบบสัมภาษณ์ทั้ง 6 ชุด ให้ผู้ป่วยฟังและให้ผู้ป่วยเป็นผู้บอกคำตอบ หลังจากนั้นผู้วิจัยเขียนคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ทั้ง 6 ชุด ประมาณ 30-45 นาที ในกรณีที่เป็นการพบผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยกำลังรอรับการตรวจจากแพทย์ หากถึงเวลาเข้าห้องตรวจจะให้ผู้ป่วยเข้าห้องตรวจก่อน หลังจากที่ผู้ป่วยตรวจเสร็จเรียบร้อยแล้วจึงถามผู้ป่วยต่อ เพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยต่อการเข้าตรวจรักษา และการบริการของทีมสุขภาพที่จะให้กับผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่ต้องการตอบคำถามในข้อคำถามใด ผู้วิจัยก็จะเว้นข้อคำถามนั้นไว้ ผู้ป่วยสามารถยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ สามารถยุติได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไขและไม่จำเป็นต้องให้เหตุผล การยุติการตอบคำถามของผู้ป่วยไม่มีผลกระทบใดๆ ผู้ป่วยยังได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งจากการที่ผู้วิจัยขอสัมภาษณ์ผู้ป่วยทั้ง 80 ราย ไม่มีผู้ป่วยรายใดปฏิเสธในการให้สัมภาษณ์ และไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ยุติการตอบคำถามระหว่างการสัมภาษณ์

5. เมื่อเสร็จสิ้นการตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

6. ผู้วิจัยพิจารณาความใกล้เคียงของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับช่วงเวลาที่ผู้ป่วยพบความผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งผู้ป่วยมาขอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ครั้งแรก เทียบเคียงกับบันทึกของแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาที่ได้บันทึกไว้ในเวชระเบียน ซึ่งเป็นข้อมูลที่อยู่ในชุดที่ 3 ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เหตุผลที่จำเป็นต้องมีข้อมูลจาก 2 แหล่ง เนื่องจากจะช่วยให้ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่มีความเที่ยงมากยิ่งขึ้น

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1. แจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

2. แจกแจงความถี่ จำนวนค่าต่ำสุด (Min.) ค่าสูงสุด (Max.) มัชฐาน (Median) ของข้อมูลระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

3. จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ทวารหนัก และคะแนนความและทวารหนัก คะแนนความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

4. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.0) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 56 ปี (S.D. 11.2) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 คน ที่มีเชื้อชาติจีน (ร้อยละ 1.3) สถานภาพสมรสกลุ่มมากที่สุด (ร้อยละ 88.7) ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบันอยู่ในภาคกลางและกรุงเทพมหานครใกล้เคียงกัน การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 38.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 28.7) มีรายได้ประจำ (ร้อยละ 75.0) รายได้ประจำเฉลี่ย 19,209 บาท ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เสริม (ร้อยละ 92.5) รายได้เสริมเฉลี่ย 1,976 บาท ส่วนใหญ่รายได้พอเพียงต่อการใช้จ่าย (ร้อยละ 76.2) โดยมีสิทธิการรักษาเป็นเบิกจ่ายตรง/ต้นสังกัดมากที่สุด (ร้อยละ 40.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 51.2) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวโรคประจำตัวมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งทวารหนัก (ร้อยละ 61.3) ผลพยาธิวิทยาคลินิกเป็น Adenocarcinoma มากที่สุด (ร้อยละ 68.8) ระยะของโรคตามระบบ TNM อยู่ในระยะ T₃ (ร้อยละ 62.5) ระยะ N₂ (ร้อยละ 33.8) และระยะ M₀ มากที่สุด (ร้อยละ 82.5) โดยมีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปยังตับมากที่สุด (ร้อยละ 83.3) กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ครั้งแรกเมื่ออยู่ใน ระยะที่ 3 มากที่สุด (ร้อยละ 57.5) วิธีการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมากที่สุด (ร้อยละ 48.8) รองลงมาได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด (ร้อยละ 25.0)

พฤติกรรมแสวงหาการรักษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่แสวงหาการรักษา (ร้อยละ 58.8) แต่จะรอสังเกตอาการ/รอให้อาการหายไปเอง (ร้อยละ 87.2) ส่วนในกลุ่มที่มีการแสวงหาการรักษา (ร้อยละ 41.3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะซื้อยาจากร้านขายยามารักษาตนเอง (ร้อยละ 63.6)

ระยะเวลาแสวงหาการรักษา

ระยะเวลาแสวงหาการรักษาตั้งแต่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างมาขอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ครั้งแรก พบว่า ค่ามัธยฐาน (Median) ของระยะเวลาแสวงหาการรักษา เท่ากับ 60 วัน ระยะเวลาแสวงหาการรักษาน้อยที่สุด 1 วัน มากที่สุด 366 วัน และเมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มอาการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือด/มีเลือดออกทางทวารหนัก ร่วมกับอาการอื่นๆ มีทั้งหมด 51 คน ระยะเวลาแสวงหาการรักษามีค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 60 วัน ไม่ล่าช้า 12 คน ล่าช้า 39 คน ในขณะที่กลุ่มอาการอื่นๆ ยกเว้นอาการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือด/มีเลือดออกทางทวารหนัก มีทั้งหมด 29 คน ระยะเวลาแสวงหาการรักษามีค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 61 วัน ไม่ล่าช้า 6 คน ล่าช้า 23 คน

การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลงมากที่สุด (58 คน) รองลงมา คือ รับรู้ความรุนแรงของอาการอุจจาระดำเล็กลง (53 คน) ส่วนอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงน้อยที่สุด คือ การคลำพบบก้อนในท้อง (11 คน) ส่วนระดับการรับรู้ความรุนแรงในแต่ละอาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติอยู่ในระดับปานกลางทุกอาการ ยกเว้น พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง อาการท้องอืดบ่อยครั้ง และการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือดปน ที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติน้อย นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 4 อาการมากที่สุด และน้อยที่สุด คือ รับรู้ 10 อาการ

ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

กลุ่มตัวอย่าง กลัวว่า อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัวมากที่สุด (60 คน) รองลงมา คือ กลัวว่า อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจทำให้ต้องเป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว (52 คน) ส่วนความกลัวที่จำนวนของกลุ่มตัวอย่างกลัวน้อยที่สุด คือ กลัวว่า การต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล จะทำให้เสียเวลามาก (26 คน) และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกลัวระดับปานกลาง ทั้ง 10 ข้อคำถาม

ความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับน้อยทั้งความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ร้อยละ 87.5 และร้อยละ 86.3) ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ อายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป (17 คน) ตอบถูกน้อยที่สุด คือ การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมน้อย (5 คน) ในส่วนของความรู้เรื่องอาการผิดปกติของการเกิด

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า อาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน และอุจจาระลำเล็กลง (17 คน) และอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือ อาการแน่นท้องบ่อยครั้ง (7 คน)

ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Odd Ratio = 1.103, 95%C.I. = 1.022-1.193) ร้อยละของการทำนายถูกต้องเท่ากับ 63.8 (Overall Percentage = 63.8)

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่แสวงหาการรักษามากกว่าแสวงหาการรักษา กลุ่มที่ไม่แสวงหาการรักษา กลุ่มตัวอย่างจะรอสังเกตอาการ/รอให้อาการหายไปเอง ส่วนกลุ่มที่มีการแสวงหาการรักษา กลุ่มตัวอย่างจะซื้อยาจากร้านขายยาของตนเองมากที่สุด ระยะเวลาแสวงหาการรักษามีค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 60 วัน กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มอาการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือด/มีเลือดออกทางทวารหนัก ร่วมกับอาการอื่นๆ มีค่ามัธยฐาน (Median) ระยะเวลาแสวงหาการรักษาเฉลี่ย 78 วัน ไม่ล่าช้า 12 คน ล่าช้า 39 คน กลุ่มอาการอื่นๆ ยกเว้นอาการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือด/มีเลือดออกทางทวารหนัก มีระยะเวลาแสวงหาการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 76 วัน ไม่ล่าช้า 6 คน ล่าช้า 23 คน กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลงมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัวมากที่สุด ระดับความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ต่ำ กลุ่มตัวอย่าง รู้ว่า อายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากที่สุด การถ่ายอุจจาระมีเลือดปนและอุจจาระลำเล็กลง เป็นอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่กลุ่มตัวอย่างรู้มากที่สุด ความสามารถในการทำนาย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะก่อนมาพบแพทย์

จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่า เมื่อมีอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่แสวงหาการรักษา (ร้อยละ 58.8) กลุ่มตัวอย่างจะรอสังเกตอาการ/รอให้อาการหายไปเองมากที่สุด (ร้อยละ 87.2) ส่วนกลุ่มที่มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษา (ร้อยละ 41.3) กลุ่มตัวอย่างจะซื้อยาจากร้านขายยามารักษาตนเองมากที่สุด (ร้อยละ 63.6) (ตารางที่ 3) จากการสัมภาษณ์ เหตุผลที่ผู้ป่วยยังไม่แสวงหาการรักษา เนื่องจาก เชื่อว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น อาการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือดปน เป็นอาการของโรคริดสีดวงทวาร พฤติกรรม การขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง มีสาเหตุมาจากอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งมักมีปัญหาเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ เช่น อาการท้องผูกบ่อยครั้ง หรือมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่า เป็นอาการที่ไม่รุนแรงและสามารถหายได้เอง นอกจากนี้จากลักษณะของอาการผิดปกติที่มีลักษณะเป็นๆ หายๆ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่รอสังเกตอาการ/รอให้อาการหายไปเองมากกว่าแสวงหาการรักษา สอดคล้องกับผลศึกษาของ Byles, Redman, Hennrikus, Sanson-Fisher & Dickinson (1992) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทวารหนัก พบว่า เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่ไปพบแพทย์ เนื่องจาก เชื่อว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง และสามารถหายไปได้เอง พบถึงร้อยละ 52 เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Cockburn, Paul, Tzelepis & McElduff (2003) ซึ่งพบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นจำนวนถึงร้อยละ 72.4 ที่ไม่แสวงหาการรักษาใดๆ เนื่องจากเชื่อว่าอาการของโรคไม่รุนแรง หรือสามารถหายได้เอง และผลการศึกษาของ Ristvedt, Birnbaum, Dietz, Fleshman, Kodner & Read (2005) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งทวารหนักส่วนใหญ่เชื่อว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เป็นอาการของโรคริดสีดวงทวาร พบถึงร้อยละ 51.9 และเชื่อว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง พบถึงร้อยละ 52.8 เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ McCaffery, Wardle & Waller (2003) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรอสังเกตอาการ รอคูอาการ หรือรอให้อาการหายไปเอง ส่วนรายงานการศึกษาในประเทศไทย จากการศึกษาของแมนมนา จิระจรัส (2539) ที่ได้มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 23.5 แสวงหาการรักษาด้วยการซื้อยาระบาย ยาแก้ท้องผูก ยาแก้ท้องเสีย ยาเหน็บเอง เนื่องจากเชื่อว่าเป็นอาการของโรคริดสีดวงทวาร เป็นอาการท้องผูก/ท้องเสียธรรมดาทั่วไป

ส่วนที่ 2 ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะก่อนมาพบแพทย์

จากผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างมาขอรับการรักษาจากแพทย์ครั้งแรก มีระยะเวลาแสวงหาการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 77 วัน และเมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มอาการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือด/มีเลือดออกทางทวารหนัก ร่วมกับอาการอื่นๆ ซึ่งมีทั้งหมด 51 คน มีระยะเวลาแสวงหาการรักษาเฉลี่ย 78 วัน ไม่ล่าช้า 12 คน ล่าช้า 39 คน ในขณะที่กลุ่มอาการอื่นๆ ยกเว้นอาการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือด/มีเลือดออกทางทวารหนัก ซึ่งมีทั้งหมด 29 คน พบว่า มีระยะเวลาแสวงหาการรักษาเฉลี่ยเท่ากับ 76 วัน ไม่ล่าช้า 6 คน ล่าช้า 23 คน (ตารางที่ 5) เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาแสวงหาการรักษาล่าช้ามากกว่าไม่ล่าช้า ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะปฏิบัติตัวต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยยังไม่แสวงหาการรักษา (ร้อยละ 58.8) แต่จะรอสังเกตอาการ/รอให้อาการหายไปเอง (ร้อยละ 87.2) ส่วนในกลุ่มที่มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษา (ร้อยละ 41.2) กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาด้วยการมาพบแพทย์แผนปัจจุบันทันทีที่มีอาการผิดปกติ แต่จะทดลองรักษาตัวเอง ด้วยการซื้อยาจากร้านขายยามารักษาตัวเอง (ร้อยละ 63.6) (ตารางที่ 3) จึงอาจเป็นเหตุผลส่วนหนึ่งที่ทำให้มีระยะเวลาแสวงหาการรักษาล่าช้า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ McCaffery, Wardle & Waller (2003) พบว่า เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนใหญ่ยังไม่แสวงหาการรักษา แต่จะรอสังเกตอาการ รอดูอาการ หรือรอให้อาการหายไปเอง นอกจากนี้ในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นถึงร้อยละ 48.8 (ตารางที่ 1) จึงอาจเป็นเหตุผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมุ่งเน้นเฉพาะโรคที่ตนเองกำลังเป็น ไม่คิดว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และทำให้มีระยะเวลาแสวงหาการรักษาล่าช้า ผลจากการศึกษานี้ยังพบอีกว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงาน (อายุเฉลี่ย 56 ปี S.D. = 11.2) มีภาระหน้าที่ที่ยังต้องปฏิบัติ มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงานเพียงร้อยละ 28.7 (ตารางที่ 1) จึงอาจเป็นเหตุผลทำให้ยังไม่สะดวกในการมาขอรับการตรวจวินิจฉัยหรือตรวจรักษา ร่วมกับการมีโรคประจำตัวอื่น ทำให้ไม่ต้องการใช้เวลาในการมาขอรับการรักษาเพิ่มเติม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lauver, Coyle & Panchmatin (1995) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของการเข้ารักษาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้มาพบแพทย์ตั้งแต่ระยะต้น คือ การมีภาระหน้าที่ที่ยังต้องปฏิบัติ เช่น การต้องทำงานเกือบตลอดเวลา มีหน้าที่รับผิดชอบอื่นที่ทำให้ไม่มีเวลามาพบแพทย์

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

3.1 การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง เป็นอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติมากที่สุด มีจำนวนถึง 58 คน รองลงมา คือ อุจจาระลำเล็กลง มีจำนวน 53 คน และการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือดปน มีจำนวน 50 คน (ตารางที่ 8) เหตุผลที่สามารถอธิบายได้ คือ พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง เป็นอาการผิดปกติที่พบได้บ่อยทั้งมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งทวารหนัก (Langenbach, Schmidt, Neumann & Zirngibl, 2003) ส่วนอาการอุจจาระลำเล็กลง และการถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือดปน เป็นอาการผิดปกติที่พบได้บ่อยของมะเร็งทวารหนัก (Ellis & Saddler, 2000; Haskell, 2001; Libutti, Saltz, Rustgi & Tepper, 2005; Lin & Crane, 2003; Liu & Crawford, 2005; Rodriguez-Bigas, Griffin-Sobel, 2001; Roger, 2005; Roll, 1999; Schlesselman, 1999) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีผู้ป่วยมะเร็งทวารหนักถึงร้อยละ 61.3 (ตารางที่ 2) ตรงกับอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งทวารหนักที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติ

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติ ทั้ง 10 อาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงระดับน้อยถึงปานกลาง โดยพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง อาการท้องอืดบ่อยครั้ง การถ่ายอุจจาระมีเลือด/มูกเลือดปน ระดับการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย การคลำพบก้อนในท้อง อาการปวดท้อง/ปวดเกร็งภายในช่องท้อง การมีเลือดออกทางทวารหนัก อาการปวดเบ่งอยากถ่ายอุจจาระตลอดเวลา อาการซีด อุจจาระลำเล็กลง น้ำหนักลด มีระดับการรับรู้ความรุนแรงปานกลาง (ตารางที่ 5) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในการศึกษานี้ เป็นการประเมินอาการผิดปกติตั้งแต่ในระยะต้นของโรค ซึ่งอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นยังไม่มีมีความรุนแรงมากนัก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ristvedt, Birnbaum, Dietz, Fleshman, Kodner & Read (2005) พบว่า ระดับการรับรู้ความรุนแรงต่ออาการผิดปกติของโรคมะเร็งทวารหนัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้การผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง พบถึงร้อยละ 52.8 รองลงมา คือ รับรู้ความรุนแรงระดับน้อย และปานกลาง พบร้อยละ 24.5 และ 16.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ อาจเนื่องมาจากอาการผิดปกติที่พบบ่อยของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เช่น พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง เป็นอาการที่สามารถเกิดจากสาเหตุอื่น

นอกเหนือจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (McCaffery, Wardle & Waller, 2003) จึงมีผลต่อการประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าไม่ใช่อาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะเห็นได้จาก ผลการศึกษาของ Ristvedt, Birnbaum, Dietz, Fleshman, Kodner & Read (2005) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทวารหนัก พบว่า เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง รุนแรงน้อย และรุนแรงปานกลาง เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่า เกิดจากความผิดปกติของกระเพาะอาหาร มีสาเหตุมาจากประเภทของอาหารที่รับประทาน และความเครียด นอกจากนี้ พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง และอุจจาระลำเล็กลง ซึ่งเป็นอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงเป็นจำนวนมากที่สุด ยังสามารถมีสาเหตุมาจาก การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของระบบขับถ่ายในผู้สูงอายุ ซึ่งมักพบอาการท้องผูก ภาวะอุจจาระติดแข็ง (Impaction) หรือทวารหนักหดตัวไม่ดีทำให้กลั้นอุจจาระไม่ได้ ก็อาจเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการผิดปกติว่าเกิดจากสาเหตุอื่น ทำให้ระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติมีระดับน้อยถึงปานกลาง

3.2 ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จากผลการศึกษา จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัวมากที่สุด มีจำนวนถึง 60 คน รองลงมา คือ กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจทำให้ต้องเป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว จำนวน 52 คน (ตารางที่ 7) เหตุผลอาจเนื่องจาก จำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.0 (ตารางที่ 1) ซึ่งในสังคมไทย มักจะให้เพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว มีหน้าที่ดำรงความมั่นคงและความอยู่รอดของครอบครัว มีหน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 88.7) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวของสังคมไทย จะมีความผูกพันใกล้ชิด และเมื่อพิจารณาอายุของกลุ่มตัวอย่าง จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงาน มีอายุไม่เกิน 60 ปี เป็นจำนวนถึงร้อยละ 62.5 (ตารางที่ 1) ดังนั้น เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น จึงกลัวว่าจะมีผลต่อบุคคลในครอบครัว เช่น ทำให้บุคคลในครอบครัววิตกกังวล กลัวว่าจะเป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว เป็นต้น นอกจากนี้ อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่น (ร้อยละ 48.8) จึงกลัวว่าตนเองจะเป็นภาระกับบุคคลในครอบครัวเพิ่มขึ้น ส่วนความกลัวที่จำนวนของกลุ่มตัวอย่างกลัวน้อยที่สุด คือ กลัวว่าการต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล จะทำให้เสียเวลามาก จำนวน 26 คน (ตารางที่ 7) ทั้งนี้เนื่องจาก ในการศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 48.8 มีโรคประจำตัวต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ (ตารางที่ 1) และต้องมีการมาตรวจตามนัดเป็นระยะ จึงสามารถเกิดความคุ้นเคยกับการต้องมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

เมื่อพิจารณาระดับความกลัวของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 ข้อคำถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกลัวระดับปานกลาง ทั้ง 10 ข้อคำถาม เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างมีความกลัวระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เท่ากับ 56 ปี (S.D.=11.2) เมื่อเทียบกับระยะพัฒนาการของครอบครัวที่มีทั้งหมด 8 ระยะ จะตรงกับระยะที่ 7 คือ ระยะครอบครัววัยกลางคน เป็นช่วงเตรียมเกษียณจากตำแหน่งงานที่ดำรงอยู่ ซึ่งเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น เป้าหมายของชีวิตเปลี่ยนไป ระดับความกลัวจะลดลง ในขณะที่เมื่ออายุน้อย เมื่อมีสิ่งใดที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มักจะกลัวและกังวลมาก (Greiner, Born Nollen & Ahluwalia, 2005) นอกจากนี้ จากการที่จำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.0 (ตารางที่ 1) ซึ่งในสังคมไทย เพศชายต้องรับบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว มีภาพลักษณ์ของความเข้มแข็ง จึงอาจมีผลต่อระดับความกลัว ทำให้ระดับของความกลัว ไม่อยู่ในระดับมาก

3.3 ความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ อายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป (17 คน) ตอบถูกรองลงมา คือ มีพ่อแม่ พี่น้อง และญาติสายตรงเป็นโรคมะเร็งและ การรับประทานอาหารที่มีไขมันจากสัตว์สูง (16 คน) ตอบถูกน้อยที่สุด คือ การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมน้อย (5 คน) ในส่วนของความรู้เรื่องอาการผิดปกติของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า อาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน และอุจจาระลำเล็กลง (17 คน) และอาการผิดปกติที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือ อาการแน่นท้องบ่อยครั้ง (7 คน) (ตารางที่ 9-10) และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 87.5 และ ร้อยละ 86.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 8) ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา พบเป็นจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 38.8 (ตารางที่ 1) และหากจำแนกระดับการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี และเท่ากับหรือมากกว่าระดับปริญญาตรี พบว่า ระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี มีจำนวนถึงร้อยละ 75.0 ซึ่งอาจเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับน้อย

นอกจากนี้ เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอยู่ในระดับน้อย รู้ไม่ครอบคลุมทุกประเด็น อาจเป็นจากการรณรงค์เผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีการรณรงค์น้อยกว่ามะเร็งชนิดอื่น เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด มะเร็งตับและท่อน้ำดี สังเกตได้จากข้อมูลสถิติสาธารณสุขระดับประเทศ จะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลสาเหตุการป่วยของ

ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเพียง 4 ชนิด ดังกล่าวเท่านั้น ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Busch (2003) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 61.5 ไม่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และผลการศึกษาของ Camilleri-Brennan & Steele (1999) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมมากกว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เนื่องจาก มีการเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนเรื่องโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) ($OR = 1.103$, 95% $CI = 1.022-1.193$) (ตารางที่ 13) แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีโอกาสทำให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา สามารถอธิบายโดยใช้กรอบแนวคิดของคราฟฟ์และคณะ (Dracup et al, 2003) ที่ได้กล่าวไว้ว่า สิ่งหนึ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา คือ อาการเจ็บป่วย (Symptoms) ซึ่งบุคคลนั้นต้องมีการรับรู้อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่า เป็นอาการผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยตนเอง เป็นภาวะคุกคาม หรือมีความรุนแรง บุคคลนั้นจึงจะเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา หากบุคคลนั้นรับรู้อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าไม่สำคัญ หรือไม่มีความหมาย (Perceived insignificant) บุคคลนั้นจะดูแลรักษาตัวเอง (Self treatment) ไม่เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา (Dempsey, Dracup & Debra, 1995) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Oh & Park (2004) และ Mitchell, Macdonald, Campbell, Weller & Macleod (2008) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาการรักษา คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ

ทวารหนักยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาค้นคว้า ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจัยอื่นๆที่ผู้วิจัยมิได้นำมาศึกษา ดังนั้นสมมติฐานการวิจัยของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงได้รับการสนับสนุนบางส่วน

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ต่ำ พบถึงร้อยละ 87.5 และ 86.3 ตามลำดับ ดังนั้น พยาบาลรวมถึงบุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรมีการเผยแพร่ข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้เป็นที่แพร่หลาย เนื่องจากเป็นชนิดของโรคมะเร็งที่มีอุบัติการณ์การเกิดอยู่ใน 3-5 อันดับแรกของประเทศไทย โดยให้ข้อมูลทั้งเรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและอาการผิดปกติที่สามารถเป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อให้ประชาชนทั่วไปมารับตรวจวินิจฉัยเพื่อการคัดกรองตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

2. ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติเพิ่มขึ้น จะทำให้มีโอกาสแสวงหาการรักษาด้วยวิธีต่างๆเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการศึกษา ผู้ป่วยเลือกรักษาด้วยวิธีต่างๆที่ไม่ใช่การมาพบแพทย์แผนปัจจุบัน ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีการณรงค์ เผยแพร่ ให้คำแนะนำกับประชาชนทั่วไปรวมถึงผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยแนะนำให้มารับการรักษาหรือตรวจวินิจฉัยเพื่อการคัดกรองตั้งแต่ระยะเริ่มแรกในขณะที่โรคมะเร็งยังไม่มีอาการลุกลาม ไม่ควรรอสังเกตอาการหรือรอให้อาการหายไปเองหรือการรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาเรื่องพฤติกรรมแสวงหาการรักษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยยังไม่มาพบแพทย์ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่มีอาการผิดปกติ เช่น การไม่ทราบว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การมีโรคประจำตัวอื่นที่ทำให้มุ่งเน้นเฉพาะโรคนั้น อายุยังไม่คิดว่าจะเป็นโรคมะเร็ง รายได้ วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล การอาศัยในเขตเมืองหรือเขตชนบท เป็นต้น

2. การศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาแสวงหาการรักษาครั้งต่อไป ควรศึกษาว่าผู้ป่วยมีความล่าช้าในช่วงระยะเวลาใด รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการมารับการรักษา

FACTORS PREDICTING TREATMENT SEEKING BEHAVIOR OF COLORECTAL CANCER PATIENTS

KANOKWAN BOONSUNG 4936751 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUVIMOL KIMPEE, M.Ed. (RESEARCH),
SUPORN DANAIDUTSADEEKUL, D.N.S., WIROON BOONNUCH, M.D.**EXTENDED SUMMARY****Background and Significance of the Problem**

Colorectal cancer ranked third in male and fifth in female patients. According to the cancer statistics in Thailand, in 2000, colorectal cancer accounted for 8.8% and 7.6% of male and female cancer patients, respectively. The incidence of colorectal cancer patients in male and female patients was between 1:1 and 1.2: 1 (Srisukho, Srivatanakul, & Sumitsawan, 2007: 34). In 2007, colorectal cancer was the fifth cause of death in cancer patients after liver cancer, lung cancer, breast cancer, and cervical cancer. The mortality rate was 1,718 in 100,000 people, or 2.7% (Health Policy and Strategy, 2550). As for the statistics of Siriraj Cancer Center, between 2005 and 2007, there were 447, 486, and 594 new cases of colorectal cancer, respectively, making up 7.81%, 7.62%, and 8.26% of new cancer patients who sought treatment at Siriraj Hospital, respectively (Tumor Registry, Siriraj Cancer Center, 2005, 2006, 2007). Colorectal cancer is a type of cancer with a rather slow prognosis, taking up as much as five to 15 years or more to convert regular cells to cancerous cells (Langenbach, Neumann, & Zirngibl, 2003; Lemone & Burke, 2004; Rogers, 2005). It can be detected at an early stage if the patients seek medical attention as soon as they experience abnormal signs and symptoms. Warning signs of colorectal cancer which can be detected by patients themselves include having blood in the stool, frequent

constipation, frequent diarrhea, having constipation alternately with diarrhea, frequent indigestion and bloated stomach, and weight loss (Nooijer, Lechner, & Vries, 2002). Thus, it is possible that patients will be diagnosed at an early stage of the disease. However, in general, only 15 to 37 percent of colorectal cancer patients have early diagnosis at an early stage (Lemone & Burke, 2004; Rogers, 2005). Likewise, according to the statistics of National Cancer Institute, 26.25% and 23.75% of colorectal cancer patients who sought treatment are those with stage 3 and stage 4 of the disease, respectively. On the other hand, only 7.25% and 9.15% of the patients with stage 1 and stage 2 of the disease sought treatment from the doctors (National Cancer Institute, 2007). Similarly, Parapat Techatanol (2548) studied the survival rate and predictive factors of colorectal cancer patients who sought treatment at Rajavithi Hospital and found that 31.71% and 35.89% of colorectal cancer patients who sought treatment were at stages 3 and 4, respectively, whereas only 2.44% and 29.96% were at stages 1 and 2, respectively. As such, it can be seen that most of colorectal cancer patients started to seek treatment only when the disease enters its final stage or after it has already spread (Langenbach, Schmidt, Neumann, & Zirngibl, 2003; Lemone & Burke, 2004). The stage when the patients are first diagnosed with colorectal cancer has an effect on the prognosis and chances of successful treatment. That is, if the patients are treated during initial phases, stages 1 or 2, they are more likely to be completely cured after removing the tumor in the colon and connecting lymph nodes. They may not need supplementary treatment after the surgery, depending on the stage of the disease and the decision of the physicians. However, if the patients begin to seek medical treatment after the disease has entered stages 3 or 4, the prognosis will be worse, and they will need chemotherapy and/or radiotherapy to increase the effectiveness of the treatment, and this results in more side effects of the treatment as well (Chonnawat Tesavibul, 2544; Yarbrow, Frogge, Goodman, & Groenwald, 2004).

A study conducted by Mor, Masterson-Allen, Goldberg, Guadagnoli, & Wool (1990) has revealed that as many as 62% of colorectal cancer patients in England started to seek treatment more than three months after they had experienced warning signs of cancer. The reasons why they waited until the disease had entered its terminal stages were that they believed that the abnormal signs and symptoms would disappear on their own, they were worried and scared, and they did not have time. Likewise,

Cockburn, Paul, Tzelepis, McElduff & Byles (2003) have found that 31.9% of the patients did not seek any treatment because they believed that the symptoms were not severe and they would eventually disappear, and 14% of them believed that bleeding was a symptom of hemorrhoid rather than a warning sign of colorectal cancer. In Thailand, Manmana Jirajarus (2539) found that most of the patients with colorectal cancer, or 82.3%, who were treated as outpatients were those whose disease had already spread. Moreover, the duration when more than half of the patients first experienced abnormal signs and symptoms and when they started to seek treatment ranged from one to three months. Also, almost one-fourth, or 24%, did not seek any treatment as they thought they had regular constipation or diarrhea, or they had hemorrhoid. The treatments these patients had included using self-prescribed medications or using herbal medicines. Only 12 to 24% of the patients went to the hospital to see the doctor. Studies carried out with patients with other types of cancer such as breast cancer and cervical cancer which can be detected at an early stage have also shown that after the patients began to detect abnormal signs, they waited to observe their condition (Naphanit Rattanaphasura, 2550). They did not immediately seek treatment as they experience no pain and they were still able to function normally, so they waited to make sure that there was something wrong with them before they sought medical treatment. In some patients who did not have time, they may ask around for advice from close persons, or they may start to treat the abnormal signs and symptoms by themselves (Walaipan Cholsuk, 2540). Only 4.8% of patients sought medical treatment as soon as they detected abnormal signs and symptoms (Naphanit Rattanaphasura, 2550). Furthermore, healthcare service providers these patients went to to seek advice and treatment included local traditional healers, drugstores, clinics, and different types of hospitals. It was also discovered that some patients spent one to six months on average seeking treatment from traditional healers before they came to the physician for diagnosis (Walaipan Cholsuk, 2540). The average length of time from first warning sign to seeking medical treatment was 113 days (Naphanit Rattanaphasura, 2550). Such findings clearly indicate that patients generally do not choose to see medical doctors immediately after experiencing abnormal signs and symptoms. Instead, they wait to observe their symptoms and ask for advice from other people before finally deciding to see a medical doctor. Thus, it

can be seen that patients with colorectal cancer have inappropriate treatment seeking behavior like patients with other types of cancer. Only a small number of them seek medical treatment as soon as they develop abnormal signs and symptoms. As a nurse who is responsible for providing care to patients with colorectal cancer, the researcher was interested in studying treatment seeking behavior of colorectal cancer patients so as to use the findings of the study to develop, change, and improve treatment seeking behavior of colorectal cancer patients. The findings of the study could also be used as a guideline in offering advice to promote early treatment seeking behavior to ensure timely treatment and care to prolong the prognosis of the disease, to increase the rate of survival, and to ensure quality of life of colorectal cancer patients. The findings can be utilized to promote continuous treatment seeking behavior of colorectal cancer patients as well.

Objectives of the Study

1. To investigate treatment seeking behavior of colorectal cancer patients before they seek medical treatment
2. To study the duration from the time when the patients first experience abnormal signs and symptoms to the time when they finally decide to seek medical treatment
3. To explain perceived seriousness of symptoms of colorectal cancer, fear related to symptoms of colorectal cancer, and knowledge of colorectal cancer
4. To determine the predictive power of perceived seriousness of symptoms of colorectal cancer, fear related to symptoms of colorectal cancer, and knowledge of colorectal cancer to predict treatment seeking behavior of colorectal cancer patients

Research Hypothesis

Perceived seriousness of symptoms of colorectal cancer, fear related to symptoms of colorectal cancer, and knowledge of colorectal cancer can predict treatment seeking behavior of colorectal cancer patients.

Conceptual Framework of the Study

The conceptual framework used in this study was the treatment seeking behavior framework of Dracup et al. (2003) which was developed based on the concept of Self-Regulation of Health and Illness Behavior (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984; Leventhal & Cameron, 1987, cited in Dracup et al., 2003). According to this conceptual framework, treatment seeking behavior is individuals' decision to manage or seek for solutions when they perceive that there is an abnormality, and such behavior varies in individuals. Some individuals may wait and observe the symptoms, hoping that the symptoms will disappear on their own, whereas others immediately see the doctor for examination and diagnosis. Some individuals may begin by searching for information from different sources by consulting their family members, friends, or peers, while others do not do anything at all as they do not realize that they are having abnormal symptoms that warrant medical attention, or they feel that such abnormal symptoms come and go, so they do not need to bother others. Some individuals may be scared of the outcomes of the treatment as well (McKinley, Moser, & Dracup, 2000; McKinley et al., 2004). The factors that stimulate individuals' treatment seeking behavior are as follows (Dracup et al., 2003):

1. Symptoms: Individuals have to perceive that the symptoms have perceived significance. They are abnormal symptoms that will not go away or disappear by themselves. Also, they cannot be controlled, are seen as a threat, and have seriousness. These will make individuals decide to seek medical treatment at a hospital. On the other hands, if individuals perceive that the symptoms have perceived insignificant, they will conduct self-treatment and do not develop treatment seeking behavior (Dempsey, Dracup, & Debra, 1995).

2. Internal stimuli/factors and environmental stimuli/factors can be divided into the following (Dracup et al., 2003):

- 2.1 Internal stimuli/factors including:

- 2.1.1 Sociodemographic factors such as age, gender, socioeconomic status, ethnicity, educational background, occupation, family income, marital status, and residency (living in the city or in a rural area), etc.

- 2.1.2 Clinical characteristics and clinical history

- 2.1.3 Cultural roles

2.1.4 Expectations

2.2 Environmental stimuli/factors including:

2.2.1 Family and coworkers

2.2.2 Friends

2.2.3 Healthcare providers

2.2.4 The media

3. Cognitive representation (Dracup et al., 2003) includes assessing and giving meaning to the symptoms, being aware of the symptoms, assessing the cause of the symptoms, and determining that the symptoms are a sickness (Dempsey, Dracup, & Moser, 1995; Dracup et al., 2006; McKinley, Moser, & Dracup, 2000). Individuals' cognitive representation is under the influence of knowledge, attitude, and beliefs about the nature of the disease or the symptoms (Dracup et al., 2006).

4. Emotional representation (Dracup et al., 2003) includes fear and anxiety (Dracup et al., 2006).

After individuals receive the aforementioned stimuli, the process in which they face abnormal symptoms or health threats will take place (Dracup et al., 2003). Some patients decide to wait and observe the symptoms, while others decide to immediately seek help from medical team members (Dempsey, Dracup, & Moser, 1995). After that, individuals will assess the outcomes of the problems they are facing and develop treatment seeking behaviors (Dracup et al., 2003).

According to the conceptual framework of treatment seeking behavior of Dracup et al. (2003), whether individuals have appropriate or prolonged treatment seeking behavior needs to be taken into consideration, beginning from the time when the patients start to experience abnormal symptoms until the time when they decide to see the doctor. A study of Nooijer, Lechner, & Vries (2001, 2002) which was conducted with four groups of cancer patients - skin cancer patients, colon cancer patients, breast cancer patients, and male reproductive system cancer patients has revealed that the appropriate duration in colon cancer patients is considered according to the characteristics of the symptoms, which are divided into two groups. If the patients had blood in their stool, they would seek medical treatment within one week. However, if patients suffered from frequent bloated stomach, changes in bowel movement behavior, including frequent constipation, frequent diarrhea, and

constipation alternating with diarrhea, and weight loss, they would see the doctor within four weeks. If the patients sought medical treatment within such durations, it could be concluded that they had appropriate treatment seeking behavior (Nooijer, Lechner, & Vries, 2001, 2002). The criteria specified by Nooijer, Lechner, & Vries (2001, 2002) were in relation to the recommendations of The Dutch Cancer Society and the American Cancer Society (Nooijer, Lechner, & Vries, 2001, 2002). Therefore, in the present study, the criteria proposed by Nooijer, Lechner, & Vries (2001, 2002) were used to determine if colorectal cancer patients had appropriate duration of treatment seeking behavior or not.

In the present study, the factors that could predict treatment seeking behaviors of colorectal cancer patients were investigated. The researcher was interested in studying how colorectal cancer patients developed treatment seeking behavior, as well as the duration of treatment seeking behavior since the patients first noticed the abnormal signs and symptoms until the time they sought treatment from medical doctors. According to the conceptual framework on treatment seeking behavior of Dracup et al. (2003), the factors that stimulate patients to develop treatment seeking behavior consist of symptoms, internal stimuli/factors, cognitive representation, and emotional representation. Therefore, in the present study, three factors were selected as stimuli of treatment seeking behavior. They were perceived seriousness of symptoms, a factor derived from symptoms, knowledge of colorectal cancer, a factor derived from cognitive representation, and fear related to symptoms, a factor derived from emotional representation. As previously mentioned, these three factors were stimuli of treatment seeking behavior of colorectal cancer patients, as illustrated in Figure 1 below.

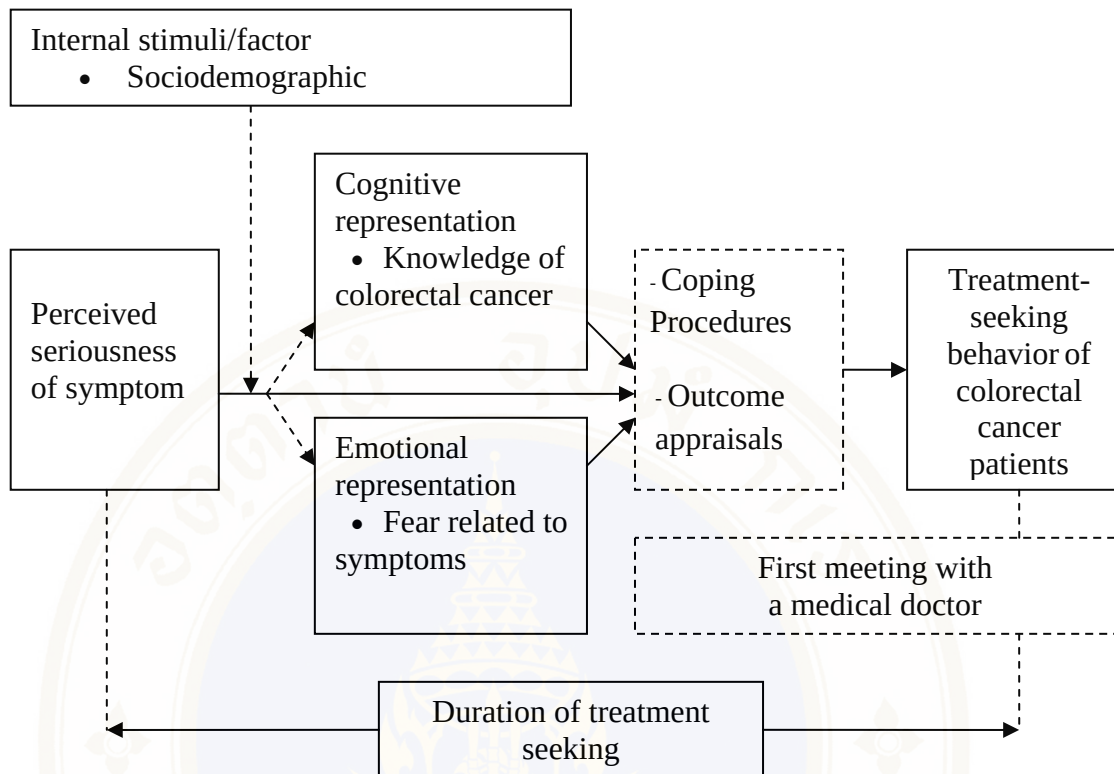


Figure 1 The conceptual framework of treatment seeking behavior of colorectal cancer patients adopted from Dracup et al. (2003)

Research Methodology

Research design

The present study was predictive research which aimed at investigating factors predicting treatment seeking behavior of colorectal cancer patients.

Population and sample

The population of the present study was colorectal cancer patients at every stage of the disease, males and females, who sought treatment at the outpatient department and the inpatient surgical medical department at Siriraj Hospital. The study sample consisted of 80 colorectal cancer patients who sought treatment at Siriraj Hospital and who were recruited based on the following inclusion criteria:

1. They were diagnosed with colorectal cancer.
2. They had received the treatment for less than six months.

3. They had a good level of consciousness and were able to share information with the researcher.

Research instruments

Instrument 1: Sociodemographic and medical history questionnaire

Instrument 2: Treatment seeking behavior of colorectal cancer patient questionnaire

Instrument 3: Duration of treatment seeking behavior of colorectal cancer patient interview protocol

Instrument 4: Perceived seriousness of colorectal cancer symptom scale

Instrument 5: Colorectal cancer symptom fear scale

Instrument 6: Knowledge of colorectal cancer questionnaire

Validation of instruments

1. Content validity

The six instruments were submitted to a panel of five experts for examination and validation to ensure content validity and language appropriateness. After that, the six instruments were revised based on the experts' comments and suggestions before they were tried out with a group of pilot subjects whose sociodemographic characteristics were similar to those of the subjects in the main study.

2. Reliability

Instruments 4-6 were tried out with 30 pilot subjects whose sociodemographic characteristics were similar to those of the subjects in the main study. Cronbach's alpha correlation coefficient and Kuder-Richardson 21 were then calculated, with the results as follows:

Instrument 4: Perceived seriousness of colorectal cancer symptom scale, the reliability of this part was equal to 0.82.

Instrument 5: Colorectal cancer symptom fear scale, the reliability of this part was equal to 0.85.

Instrument 6: Knowledge of colorectal cancer questionnaire, the reliability of this part was equal to 0.94.

Data collection

1. The researcher began data collection after permission was granted by the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects of Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University.

2. The researcher asked for cooperation from the nurses working in each of the departments where data collection was conducted. The nurses helped screen patients who met the inclusion criteria previously set and introduced the researcher to the patients. If data were collected at the outpatient department, the researcher would approach the patients while they were waiting to see the doctor. If data were collected at the inpatient surgical medical department, the researcher approached the patients after they had been admitted into the ward.

3. The researcher explained the objectives of the study, data collection procedures, and benefits and risks of participation in the study to the would-be subjects. After they agreed to participate in the study on a voluntary basis, the researcher asked them to sign the informed consent form and began collecting data from them.

4. The researcher collected data in the following procedures:

Instrument 4, Part 2: Medical history of patients: The researcher recorded data from the medical file of the subjects. After that, the researcher asked the subjects to fill out five instruments in the following order:

Instrument 1, Part 1: Sociodemographic data

Instrument 2: Treatment seeking behavior of colorectal cancer patient questionnaire

Instrument 3: Duration of treatment seeking behavior of colorectal cancer patient interview protocol

Instrument 6: Knowledge of colorectal cancer questionnaire

Instrument 4: Perceived seriousness of colorectal cancer symptom scale

Instrument 5: Colorectal cancer symptom fear scale

The researcher read the items in all six questionnaires to the subjects, and the subjects were then asked to respond to the items orally. The researcher then recorded the subjects' response in writing onto the questionnaires. This process took

approximately 30 to 45 minutes. If the subjects were waiting to see the doctor at the outpatient department, the researcher would let the subjects see the doctor when their name was called before continuing data collection after the subjects had already seen the doctor so as not to disrupt their examination and treatment. During data collection, if the subjects indicated that they were not willing to answer some items in the questionnaires, but they wanted to continue their participation in the study, the researcher would skip those items. The subjects were also informed that they were able to stop responding to the questionnaires at anytime if they wished without having to give reasons or without any effects on the treatment and care they would receive from the hospital.

5. After data collection was completed, the researcher gave the subjects the opportunity to ask questions.

6. The researcher then considered the similarity between the data collected through the interview of the subjects using the third instrument - the duration of treatment seeking behavior of colorectal cancer patient interview protocol - regarding the time when they first noticed their abnormal symptoms and the recorded data in the medical registry. Two sources of information were used so as to triangulate the data and increase their credibility and validity.

Statistical analysis

1. Sociodemographic data, medical history data, and data on treatment seeking behavior of colorectal cancer patients were analyzed by means of frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation.

2. Data on duration of treatment seeking behavior of colorectal cancer patients were analyzed by means of frequency, median, minimum, and maximum.

3. Percentage, mean, and standard deviation were also used to calculate scores of perceived seriousness of symptoms of colorectal cancer, fear related to symptoms of colorectal cancer, and knowledge of colorectal cancer.

4. Logistic regression analysis was employed to analyze the predictive power of perceived seriousness of symptoms of colorectal cancer, fear related to symptoms of colorectal cancer, and knowledge of colorectal cancer to predict treatment seeking behavior of colorectal cancer patients.

Research Findings

Sociodemographic data

The findings revealed that there were more male than female subjects. Their mean age was 56 years. All of the subjects were Thai citizens and were Buddhists, with only one of them who had a Chinese line of ancestry. Most of the subjects were married, and they resided in Bangkok or in the central region of the country. In addition, the largest group of the subjects completed elementary education, and most did not work. They had an average income of 19,209 baht per month, and most did not have any other source of income. For those who had an additional source of income, they earned about 1,976 baht more on average. Moreover, most of the subjects indicated that they had sufficient income, and most had the right to medical reimbursement from their workplace. Finally, most of the subjects did not have any chronic illness, and for those who did, the largest group had hypertension.

Medical history

According to the study findings, more subjects had anal cancer than colon cancer. As for clinical pathological results, most of them had Adenocarcinoma. With regard to the prognosis of the disease based on the TNM system, most of the patients had the disease at the phases T₃, N₂, and M₀. When considering the staging of the disease, most of the patients had the disease in stage 3. Finally, most of the subjects underwent surgery, and the second largest group had both surgery and chemotherapy.

Treatment seeking behavior

The findings suggested that the number of subjects who did not have treatment seeking behavior was larger than that of the subjects who had treatment seeking behavior. As for the former, they waited and observed the symptoms, hoping that the symptoms would disappear by themselves. On the other hands, the largest group of subjects who had treatment seeking behavior used self-prescribed medications to treat their symptoms.

Duration of treatment seeking behavior

The findings showed that the mean duration of treatment seeking behavior was 77 days. When the subjects were divided into two groups according to the symptoms they experienced, there were 51 subjects who had blood in their stool or

had bleeding when having bowel movement, and these subjects had the mean duration of treatment seeking behavior of 78 days, with 12 subjects having timely treatment seeking behavior and 39 subjects having late treatment seeking behavior. In the other group of subjects who had other symptoms except having blood in their stool or when having bowel movement, there were 29 of them. Their mean duration of treatment seeking behavior was 76 days, with six subjects having timely treatment seeking behavior and 23 subjects having late treatment seeking behavior.

Perceived seriousness of abnormal symptoms of colorectal cancer

The largest group of subjects perceived that they were experiencing changes in their bowel movement, followed by those who felt that the diameters of their stool were smaller. The symptom that the subjects perceived as least serious was feeling a lump in their abdomen. Regarding the level of perceived seriousness of each symptom, it was found that the subjects had perceived seriousness of all symptoms at a moderate level, except for change in bowel movement habit, frequent bloated stomach, and having blood in their stool that the subjects had perceived seriousness of the symptoms at a low level. In addition, it was found that the subjects had perceived seriousness of four initial signs of colorectal cancer at a high level and ten initial signs of colorectal cancer at a low level.

Fear related to symptoms of colorectal cancer

It was discovered that 60 subjects felt that their abnormal symptoms may cause anxiety to their family, and 52 subjects were afraid that the abnormal symptoms would cause burdens to their family. On the other hand, the subjects feared that going to see the doctor at the hospital would waste their time at a low level. The interpretation of mean scores showed that the subjects had fear at a moderate level for all of the items in the questionnaire.

Knowledge of symptoms of colorectal cancer

The findings revealed that most of the subjects knew that being older than 50 years of age was one risk factor of colorectal cancer. The risk factor that most of the subjects had knowledge of at the lowest level was having low calcium intake. As for knowledge about abnormal symptoms of colorectal cancer, the abnormal symptoms that most of the subjects knew of were having blood in their stool and

reduced size of the stool. The abnormal symptom that least subjects knew of was having frequent bloated stomach.

Predictive power

According to the study findings, perceived abnormal symptoms of colorectal cancer could predict treatment seeking behaviors of colorectal cancer patients by 63.8% (Overall percentage = 63.8).

Conclusion

More subjects did not have treatment seeking behavior. For those who did not have treatment seeking behavior, they waited to observe the symptoms and hoped that the symptoms would disappear on their own. For those who had treatment seeking behavior, they used self-prescribed medications to treat their symptoms. Furthermore, the mean duration of treatment seeking behavior was 77 days. There were 51 subjects who had blood in their stool or had bleeding when having bowel movement, and these subjects had the mean duration of treatment seeking behavior of 78 days, with 12 subjects having timely treatment seeking behavior and 39 subjects having late treatment seeking behavior. In contrast, there were 29 subjects who had other symptoms except for having blood in their stool or when having bowel movement. Their mean duration of treatment seeking behavior of this group of subjects was 76 days, with six subjects having timely treatment seeking behavior and 23 subjects having late treatment seeking behavior. The largest group of subjects perceived that they were experiencing changes in their bowel movement, and they were afraid that their abnormal symptoms may cause anxiety to their family. Moreover, as regards knowledge of colorectal cancer, most of the subjects had a low level of knowledge. They knew that being older than 50 years of age was one risk factor of colorectal cancer, and that having blood in their stool and reduced size of the stool were symptoms of colorectal cancer. Finally, when considering predictive power, it was found that perceived abnormal symptoms of colorectal cancer could predict treatment seeking behaviors of colorectal cancer patients.

Discussion of Findings

Part I: Treatment seeking behaviors of colorectal cancer patients before seeing the doctor

The findings showed that after noticing abnormal signs and symptoms of colorectal cancer, more than half of the subjects, or 58.8%, did not seek treatment. Instead, they decided to wait to observe the symptoms, hoping that the symptoms would eventually disappear (87.2%). On the other hand, the subjects who had treatment seeking behavior, or 41.2%, bought medicines from the drugstore to treat themselves (63.6%) (Table 3). According to the interview, the subjects explained that they did not immediately seek treatment because they thought that having blood in their stool was a sign of hemorrhoid and that changes in their bowel movement behaviors resulted from old age or from their food consumption habits. For this reason, most subjects assessed that their abnormal symptoms were not severe and they would eventually disappear. In addition, as the symptoms came and went, most of the subjects felt that they should wait and observe them further rather than seeking treatment. Likewise, Byles, Redman, Henrikus, Sanson-Fisher, and Dickinson (1992) conducted a study with anal cancer patients and reported that after experiencing abnormal symptoms, 52% of the patients did not go to the doctor because they believed that the symptoms were not serious and could disappear by themselves. This finding was consistent with the finding of Cockburn, Paul, Tzelepis, McElduff & Byles (2003) that close to three-fourths, or 72.4%, of colorectal cancer patients did not seek treatment because they did not think that the symptoms were serious and they thought that they would eventually disappear. In another study, Ristvedt, Birnbaum, Dietz, Fleshman, Kodner, and Read (2005) report that 51.9% of anal cancer patients believed that their abnormal symptoms resulted from hemorrhoid and 52.8% thought that such symptoms were not serious. Finally, a similar finding was reported by McCaffery, Wardle, and Waller (2003) who found that after experiencing abnormal symptoms, most of the colorectal cancer patients decided to wait to observe the symptoms or wait for the symptoms to disappear. In Thailand, Manmana Jirajarus (2539) conducted a study with colorectal cancer patients and found that 23.5% sought treatment by buying laxative, suppository, or anti-diarrhea medicines from the

drugstore by themselves as they believed that they had hemorrhoid or regular constipation/diarrhea.

Part 2: Duration of treatment seeking behaviors of colorectal cancer patients before seeing the doctor

According to the study findings, the mean duration of treatment seeking behavior since the time when the subjects first experienced the abnormal symptoms to the time when they sought medical treatment for the first time was 77 days. When the subjects were divided into two groups according to the symptoms they experienced, there were 51 subjects who had blood in their stool or had bleeding when having bowel movement, and these subjects had the mean duration of treatment seeking behavior of 78 days, with 12 subjects having timely treatment seeking behavior and 39 subjects having late treatment seeking behavior. In the other group of subjects who had other symptoms except having blood in their stool or when having bowel movement, there were 29 of them. Their mean duration of treatment seeking behavior was 76 days, with six subjects having timely treatment seeking behavior and 23 subjects having late treatment seeking behavior (Table 5). The reasons why these subjects had delayed treatment seeking behavior was that when they first noticed the abnormal symptoms, more than half of the subjects, or 58.8%, adjusted their self-care practice in accordance with the symptoms without seeking medical treatment, and most, or 87.2%, waited to observe the symptoms further or waited for the symptoms to disappear by themselves. On the other hand, 41.2% of the subjects had treatment seeking behavior, but they did not go to see the medical doctor as soon as they experienced abnormal signs and symptoms. Instead, they tried self-treatment by buying medicines from the drugstore to treat themselves (63.6%) (Table 3). Thus, they had delayed treatment seeking behavior. These findings were in congruence with the findings of McCaffery, Wardle, and Waller (2003) that after the onset of abnormal symptoms, most of the colorectal cancer patients did not seek treatment immediately, but they would wait to observe the symptoms further or wait for the symptoms to disappear on their own. In addition, in the present study, close to half, or 48.8%, of the subjects had other chronic illnesses (Table 1), so they may have concentrated more on the illnesses that they had and did not realize that the new symptoms they were experiencing were warning signs of colorectal cancer. As a result, they had delayed

treatment seeking behavior. Furthermore, the findings of this study also indicated that the subjects were still in their working age (mean age = 56 years, SD = 11.2), and they had duties and responsibilities to fulfill. Only a little more than one-fourth, or 28.7%, did not work (Table 1). This may have been one of the reasons why the subjects did not immediately seek medical treatment. The fact that they already had a chronic illness may have discouraged them from spending time on examination and treatment of more symptoms as well. Similarly, Lauver, Coyle, and Panchmatin (1995) found that problems and obstacles that prevented cancer patients from seeking medical attention from the very beginning was their duties and responsibilities that made them have no time to see the doctor.

Part 3: Perceived seriousness of symptoms of colorectal cancer, fear related to symptoms of colorectal cancer, and knowledge of colorectal cancer

3.1 Perceived seriousness of symptoms of colorectal cancer

The findings showed that most of the subjects, or 58 of them, perceived that they had changes in their bowel movement habit, 53 perceived that their stool was smaller in size, and 50 perceived that there was blood in their stool (Table 8). This could be explained that changes in bowel movement habit is an abnormal symptom that is commonly found in patients with colon cancer and anal cancer (Langenbach, Schmidt, Neumann, & Zirngibl, 2003), while smaller sizes of stool and blood in the stool are abnormal symptoms commonly found in anal cancer patients (Griffin-Sobel, 2001; Haskell, 2001; Libutti, Saltz, Rustgi, & Tepper, 2005; Lin & Crane, 2003; Liu & Crawford, 2005; Rodriguez-Bigaz, Ellis, & Saddler, 2000; Roger, 2005; Roll, 1999; Schlesselman, 1999). In the present study, 61.3% of the subjects were anal cancer patients (Table 2), and they had correct perception of abnormal signs and symptoms that colon cancer patients and anal cancer patients generally have.

When considering the mean score of perceived seriousness of all ten abnormal symptoms of colorectal cancer, it was found that the subjects had perceived seriousness of abnormal symptoms at a low to moderate level. They had a low level of perceived seriousness of changes in bowel movement habit, frequent bloated stomach, and having blood in their stool, and they had a moderate level of perceived seriousness of noticing a lump in the abdomen, having abdominal pain or spasm, having anal bleeding, feeling like having bowel movement all the times,

anemia, having smaller sizes of stool, and weight loss (Table 5). This may be because in the present study perceived seriousness of abnormal symptoms was assessed when the patients first experienced abnormal symptoms, and these symptoms were not yet serious. Similar findings have been reported by Ristvedt, Birnbaum, Dietz, Fleshman, Kodner, & Read (2005) that more than half of anal cancer patients, or 52.8%, perceived that the abnormal symptoms they were experiencing were not serious, whereas 24.5% and 16.0% perceived that their symptoms were slightly and moderately serious, respectively. One plausible explanation is that abnormal symptoms caused by colon cancer and anal cancer can also be caused by other diseases as well (McCaffery, Wardle, & Waller, 2003), so patients may assume that the symptoms they are experiencing are caused by reasons other than cancer. This is also evidenced in the study of Ristvedt, Birnbaum, Dietz, Fleshman, Kodner, & Read (2005) who found that anal cancer patients had no, a low level of, and a moderate level of perceived seriousness of abnormal symptoms because they assumed that they were experiencing abnormal symptoms of their stomach caused by the food they ate or stress. Moreover, changes in bowel movement habit and smaller sizes of stool, which were perceived as serious by the largest group of subjects in the present study, can also result from physiological changes due to aging together with other symptoms including constipation, impaction, and incontinence. Therefore, the subjects assessed that these symptoms resulted from causes other than cancer, hence a low to moderate level of perceived seriousness of symptoms of colorectal cancer only.

3.2 Fear related to symptoms of colorectal cancer

According to the study findings, 60 subjects were afraid that their abnormal symptoms would cause anxiety to their family, and 52 subjects were afraid that their abnormal symptoms would cause burdens to the family (Table 7). This may be because more than half of the subjects in this study, or 55%, were male (Table 1). In Thai society, males are the leader of the family. They are responsible for the security and survival of the family, and they have to establish the family's economic stability. Also, in this study, most of the subjects, or 88.7%, were married. In general, the Thai family is characterized with close relationship and attachment. When further considering the age of the subjects, it was found that 62.5% of them were younger than 60 years old and they were still in their working age (Table 1). Therefore, when

they experienced abnormal signs and symptoms, they were afraid that such symptoms would affect their family members. For example, they feared that their symptoms would cause concern and anxiety among their family members, or they feared that they would become their family's burden. Furthermore, almost half of the subjects, or 48.8%, had other chronic illnesses, so they were afraid that they would cause even more burdens to their family. On the other hand, the largest number of subjects, or 26 of them, feared that they had to see the doctor at the hospital which would be a waste of time (Table 7). One possible explanation is that in this study, nearly half of the subjects, or 48.8%, already had a chronic illness such as hypertension, diabetes mellitus, or heart disease (Table 1), which required them to see the doctor on a regular basis, so they were already familiar with having an appointment with the doctor at the hospital.

When considering the level of fear of the subjects in all ten items in the questionnaire, it was found that the subjects had a moderate level of fear in all ten items. This may be explained that the mean age of the subjects in this study was 56 years ($SD = 11.2$). When compared to the eight developmental stages of the family, it could be compared with the seventh developmental stage, which is a stage during which individuals in their middle-age are preparing for their retirement. Also at this stage, their goal in life has changed, and their level of fear reduces as a result of past experiences in life. On the contrary, when individuals are younger than this, when they experience changes, they are more likely to feel worried and scared (Greiner, Born, Nollen, & Ahulwalia, 2005). Moreover, more than half of the subjects in this study were male (55%) (Table 1). In Thai society, males have to play a role of the leader of the family, and they have to adhere to the image of a strong man, and this can have an effect on their level of fear. Thus, in this study, the subjects had a rather low level of fear.

3.3 Knowledge of colorectal cancer

As regards knowledge of risks factors of colorectal cancer, the largest group of subjects, or 17 of them, correctly answered that being older than 50 years of age was one risk factor of colorectal cancer, and 16 of the subjects correctly answered that having family history of cancer and eating food high in animal fats were risk factors of colorectal cancer. On the other hand, only five subjects could correctly

answer that having low calcium intake was a risk factor of colorectal cancer. With regard to knowledge about abnormal symptoms of colorectal cancer, 17 subjects could correctly answer that having blood in stool and having smaller sizes of stool were abnormal symptoms of colorectal cancer, whereas only seven subjects could correctly answer that having frequent bloated stomach was an abnormal symptom of colorectal cancer (Tables 9-10). When considering the mean scores of knowledge about risk factors of colorectal cancer and abnormal symptoms of colorectal cancer, it was found that 87.5% and 86.3% of the subjects had a low level of knowledge, respectively (Table 8). This may be explained that more than one-third of the subjects, or 38.8%, (Table 1) completed only elementary education. When dividing the subjects into two groups based on college education, it was found that three quarters of the subjects, or 75%, had an educational background lower than college education, while only one-fourth, or 25%, held a bachelor's degree or higher. This may help explain why the subjects in this study had a low level of knowledge about risk factors of colorectal cancer and abnormal symptoms of colorectal cancer.

Besides this, another reason why the subjects had a low level of knowledge about risk factors of colorectal cancer and abnormal symptoms of colorectal cancer and did not know many important issues of colorectal cancer is probably due to the fact that in Thailand the campaign to disseminate knowledge about colorectal cancer is not as widely and rigorously carried out as the campaign for other types of cancer such as breast cancer, cervical cancer, lung cancer, and liver cancer. According to the national public health statistics, the data on the causes of only these four types of cancer are recorded. Likewise, Busch (2003) found that 61.5% of colorectal cancer patients do not have knowledge about colorectal cancer. Also, Camilleri-Brennan and Steele (1999) compared the knowledge of breast cancer and colorectal cancer and found that patients had more knowledge of breast cancer as the knowledge of breast cancer was more widely disseminated.

Part 4: Predictive power of perceived seriousness of symptoms of colorectal cancer, fear related to symptoms of colorectal cancer, and knowledge of colorectal cancer to predict treatment seeking behavior of colorectal cancer patients

The findings revealed that perceived abnormal symptoms of colorectal cancer could predict treatment seeking behaviors of colorectal cancer patients with statistical significance at the 0.05 level ($p < .05$) (OR = 1.103, 95% CI = 1.022-1.193) (Table 13). This means that perceived abnormal symptoms of colorectal cancer can result in treatment seeking behavior. Such finding can be explained using the conceptual framework of Dracup et al. (2003) which states that one of the stimuli for treatment seeking behavior is symptoms. When individuals feel that the symptoms are abnormal and cannot be controlled by themselves, or that the symptoms are a threat or serious, they will develop treatment seeking behavior. On the other hand, if individuals perceive that such symptoms are not serious or threatening, or are insignificant, they may resort to self-treatment and do not develop treatment seeking behavior (Dempsey, Dracup, & Debra, 1995). Such findings were consistent with the findings of Oh and Park (2004) and Mitchell, Macdonald, Campbell, Weller, and Macleod (2008) who conducted studies with colorectal cancer patients and reported that the factor that affects treatment seeking behavior is perceived seriousness of symptoms.

The findings of the present study have led to a conclusion that perceived seriousness of symptoms of colorectal cancer can predict treatment seeking behavior of colorectal cancer patients. However, fear related to symptoms of colorectal cancer and knowledge of colorectal cancer could not predict treatment seeking behavior of colorectal cancer patients. This may be due to other factors which were not addressed in the present study. Thus, the research hypothesis was only partially supported.

Recommendations

For nursing practices

1. The findings of the study showed that the subjects had a low level of knowledge about risk factors and abnormal symptoms of colorectal cancer. Therefore, nurses who provide care to these patients should disseminate knowledge about

colorectal cancer including risk factors and abnormal symptoms that are warning signs of colorectal cancer among them.

2. The findings also revealed that perceived seriousness of symptoms of colorectal cancer could predict treatment seeking behavior of colorectal cancer patients. If patients have increased perceived seriousness of symptoms, they are more likely to seek more treatment options. In this study, it was found that the colorectal cancer patients sought other forms of treatment rather than seeking medical attention. Thus, nurses should disseminate knowledge and advice among the general public as well as the high-risk groups on what to do when they have noticed abnormal signs and symptoms of colorectal cancer. Nurses should advise them to seek medical examination and diagnosis since the initial stage when the cancer has not spread to other parts of the body. Also, nurses should offer advice to them that they should not wait for further observation, wait for the symptoms to disappear on their own, or try to treat the symptoms by themselves.

For further research

1. Further studies should be conducted to investigate problems and obstacles that prevent colorectal cancer patients from seeking medical treatment as soon as they notice their abnormal signs and symptoms such as lack of knowledge that such symptoms are warning signs of colorectal cancer, lack of accessibility to healthcare service systems, and having other chronic illnesses that they need to concentrate on, etc.

2. Research should also be carried out to explore duration of treatment seeking behavior to determine the stage during which the patients delay seeking treatment as well as factors that affect their delayed seeking treatment.

รายการอ้างอิง

- กวิญญู ลิละวัฒน์. (2546). (Leelawat, K., 2003). *กลไกการหลบหนีภูมิคุ้มกันของมะเร็งลำไส้ใหญ่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (กายวิภาคศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กันทิมา สิทธิชัยกิจ และ พรทิพย์ เดิมวิเศษ. (บรรณาธิการ). (2547). *คู่มือประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2549). *การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสาร.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2550). *การวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปร* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสาร.
- จันทร์คำ บุญมาก. (2549). Malignant colorectal polyps. ใน รัฐพลี ภาคอรอด (บรรณาธิการ). *Surgical reviews II* (หน้า 477-500). กรุงเทพฯ: หจก. ภาพพิมพ์.
- ชนวิรัตน์ เทสะวิบูล. (2544). Colorectal cancer. ใน วิชาญ หล่อวิทยา, ไพรัช เทพมงคล, ประมุข พรหมรัตนพงศ์ และ ชนวิรัตน์ เทสะวิบูล (บรรณาธิการ), *Manual of radiation oncology* (หน้า. 250-266). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนินทร์ ลิ้มวงศ์. (2548, มิถุนายน). *มะเร็งที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเพื่อเฉลิมพระเกียรติ ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี เนื่องในโอกาสทรงเจริญพระชันษาครบ 4 รอบ เรื่อง Advanced oncology care for nurses, ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพฯ.
- ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, วราภรณ์ เลิศพูนวิไลกุล, ลินจง โปธิบาล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และ กนกพร สุคำวัง. (2545). *พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. รายงานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภนิศ รัตนภาสูร. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในศูนย์มะเร็งภาคกลาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ปริญญา ทวีชัยการ. (2549). *แนวทฤษฎีปฏิบัติสำหรับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และเรคตัม*. กรุงเทพฯ: Pentsgon Advertising Limited Partnership.
- เพชรน้อย สิงห์ชัย. (2549). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ. (บรรณาธิการ). (2550). *คู่มือด้านมะเร็งด้วยการแพทย์แผนไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- ภรภัทร เตชะตานนท์. (2548). (Techatanol, P., 2005). *อัตราการรอดชีพ และปัจจัยพยากรณ์โรคของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แม่นมณา จิระจรัส. (2539). *รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชณี ภูริสสัย. (2545). *พฤติกรรมและการแสวงหาการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจิเรจ ขันมัน. (2549). (Khunmun, R., 2006). *การแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกหน่วยมะเร็งนรีเวชวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรมินทร์ เจริญสุวรรณ. (2545). Colorectal cancer: overviews. ใน วิไลพร โพธิ์สุวรรณ (บรรณาธิการ), *มะเร็ง มหันตภัยเกิดได้ทุกวัย* (หน้า. 83-92). กรุงเทพฯ.
- วไลพรพรรณ ชลสุข. (2540). *การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็งปากมดลูกในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิรุณ บุญนุช. (2545). Sugical treatment for colorectal cancer. ใน วิไลพร โพธิ์สุวรรณ (บรรณาธิการ), *มะเร็ง มหันตภัยเกิดได้ทุกวัย* (หน้า. 93-100). กรุงเทพฯ.
- วุฒิสิริ วีรสาร. (2545). *มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งทวารหนัก และรังสีรักษา*. ใน วิไลพร โพธิ์สุวรรณ (บรรณาธิการ), *มะเร็ง มหันตภัยเกิดได้ทุกวัย* (หน้า. 93-100). กรุงเทพฯ.

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2550). *สถิติสาธารณสุข*. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนี ฆนาเลิศกุล. (2544). *บำบัดโรคด้วยการแพทย์ทางเลือก*. กรุงเทพฯ: บริษัท รีเดอร์ส ไคเจสท์
(ประเทศไทย) จำกัด.
- Bannerman, R. H., Burton, J. & Wen-Chien, C. (2547). การแพทย์พื้นบ้านกับการดูแลสุขภาพ.
(แปลจาก Traditional medicine and health care coverage โดย กรรณิการ์ พรหมเสาร์
และ สรรสิริ อินจัน, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- Banks, A. D. & Dracup, K. (2006). Factors associated with prolonged prehospital delay of African
Americans with acute myocardial infarction. *American Journal of Critical care*,
15(2), 149-157.
- Beck, D. E. (2003). *Handbook of colorectal surgery* (2nd ed.). NY: Marcel Dekker.
- Berman, S. H. & Wanderman, A. (1990). Fear of cancer and knowledge of cancer: a review and
proposed relevance to hazardous waste sites. *Soc. Sci. Med*, 31(1), 81-90.
- Busch, S. (2003). Elderly African American woman's knowledge and belief about colorectal
cancer. *The ABNF Journal*, September/October.
- Byles, J. E., Redman, S., Hennrikus, D., Sanson-Fisher, R. W. & Dickinson, J. (1992). Delay in
consulting a medical practitioner about rectal bleeding. *Journal of Epidemiology and
Community Health*, 46, 241-244.
- Camilleri-Brennan, J. & Steele, R., J., C. (1999). A comparative study of knowledge and
awareness of colorectal and breast cancer. *European Journal of Surgical Oncology*,
25, 580-583.
- Cockburn, J., Paul, C., Tzelepis, F. & McElduff, P. (2003). Delay in seeking advice for symptoms
that potentially indicate bowel cancer. *American Journal of Health Behavior*, 27(4),
401-407.
- Dempsey, S. J., Dracup, K. & Moser, D. K. (1995). Women's decision to seek care for symptoms
of acute myocardial infarction, *Heart & Lung*, 24(6), 444-456.
- Dracup, K. et al. (1995). Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. *Soc. Sci.
Med.*, 40(3), 379-392.
- Dracup, K. et al. (2003). An international perspective on the time to treatment for acute
myocardial infarction. *Journal of Nursing of Scholarship*, 35(4), 317-323.

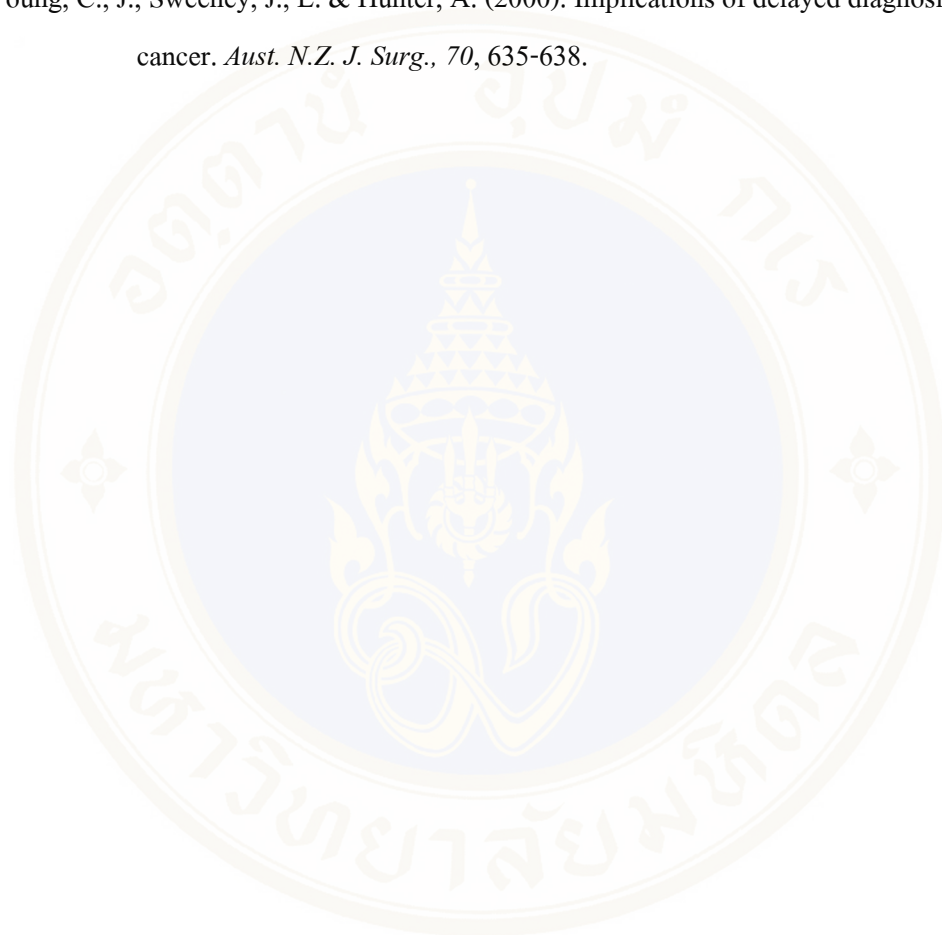
- Dracup, K. et al. (2006). A nursing intervention to reduce prehospital delay in acute coronary syndrome a randomized clinical trial. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(3), 186--193.
- Ellis, C. & Saddler, D. A. H. (2000). Colorectal cancer. In C. H. Yarbrow, M. H. Frogge, M. Goodman, S. Groenwald (Eds.), *Cancer nursing: principles and practice* (5th ed., pp. 1117-1137). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Facione, N. C. (1993). Delay versus help seeking for breast cancer symptoms a critical review of the literature on patient and provider delay. *Soc. Sci. Med.*, 36(12), 1521-1534.
- Gilliland, M. J., Phillips, M. M., Raczynski, J. M., Smith, D. E., Cornell, C. E. & Bittner, V. (1999). Health-care-seeking behaviors. In J. M. Raczynski & R. J. DiClemente (Eds.), *Handbook of health promotion and disease prevention* (pp. 95-122). NY: Plenum.
- Greiner, K. A., Born, W., Nollen, N. & Ahluwalia, J. S. (2005). Knowledge and perceptions of colorectal cancer screening among urban African Americans. *J Gen Intern Med*, 20, 977-983.
- Griffin-Sobel, J.P. (2001). Cellular characteristics, pathophysiology, and disease manifestations of colorectal cancer. In D. T. Berg (Eds.), *Contemporary issues in colorectal cancer a nursing perspective* (pp. 53-64). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Haskell, C. M. (2001). Colorectal cancer. In C. M. Haskell (Eds.), *Cancer treatment* (5th ed., pp. 703-714). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Haskell, C. M. (Eds.). (2001). *Cancer treatment* (5th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Haskell, C. M. & Break, J. S. (2001). *Cancer treatment* (5th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Jennifer et al. (2005). Prevalence of complementary and alternative medicine use in cancer patients during treatment. *Support Care Cancer*, 13, 806-811.
- Labianca, R., Beretta, G., Gatta, G., Braud, F. & Wils, J. (2004). Colon cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 51, 145-170.
- Langenbach, M. R., Schmidt, J., Neumann, J. & Zirngibl, H. (2003). Delay in treatment of colorectal cancer: multifactorial problem. *World Journal of Surgery*, 27(3), 304-308.
- Lauver, D., Coyle, M. & Panchmatin, B (1995). Women's reasons for and barriers to seeking care for breast cancer symptoms. *WHI*, 5(1), 27-35.

- Lemone, P. & Burke, K. (2004). *Medical-surgical nursing clinical thinking in client care*. (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Libutti, S. K., Saltz, L. B., Rustgi, A. K. & Tepper, J. E. (2005). Cancer of the colon. In *Cancer principles & practice of oncology* (7th ed., pp. 1061-1109). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Liu, C. & Crawford, J. M. (2005). The gastrointestinal tract. In V. Kumar, A. K. Abbas & N. Fausto, *Robbins and Cotran pathologic basis of disease* (7th ed., pp. 797-875). Philadelphia: Elsevier.
- Manly-Lampkin. S. D. (2003). *Understanding delay in breast cancer diagnosis and the breast cancer illness experience of culturally diverse young woman*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, San Francisco.
- McCaffery, K., Wardle, J. & Waller, J. (2003). Knowledge, attitudes, and behavioral intentions in relation to the early detection of colorectal cancer in the United Kingdom. *Preventive Medicine*, 36, 525-535.
- McKinley, S., Moser, D. K. & Dracup, K. (2000). Treatment-seeking behavior for acute myocardial infarction symptoms in North America and Australia. *Heart & Lung*, 29(4), 237-247.
- McKinley, S., Dracup, K., Moser, D. K., Ball, C., Yamasaki, K., Kim, C. J., et al. (2004). International comparison of factors associated with delay in presentation for AMI treatment. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, 225-230.
- Mitchell, E., Macdonald, S., Campbell, NC., Weller, D. & Macleod, U. (2008). Influences on pre-hospital delay in the diagnosis of colorectal cancer: a systematic review. *British Journal of Cancer*, 98, 60-70.
- Molassiotis et al. (2005). Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Annals of Oncology*, 16, 655-663.
- Mor, V., Masterson-Allen, S., Goldberg, R., Guadagnoli, E. & Wool, M. (1990). Pre-diagnostic symptom recognition and help seeking among cancer patients. *Journal of Community Health*, 15(4), 253-266.

- Moser, D. K., Kimble, L. P., Alberts, M. J., Alonzo, A., Croft, J. B., Dracup, K., et al. (2006). Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke. *Circulation*, 114, 175-189.
- Mumber, M. P. (2006). Specific malignancies (d) colorectal cancer. In M. P. Mumber (Eds.) *Integrative oncology: principle and practice* (pp. 457-470). Wiltshire, United Kingdom: Antony Rowe.
- National Cancer Institute. (2007). *Cancer Registry 2006*. Bangkok: National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health.
- Nooijer, J. D., Lechner, L. & Vries, H. D. (2001). Help-seeking behaviour for cancer symptoms: perceptions of patients and general practitioners. *Psycho-Oncology*, 10, 469-478.
- Nooijer, J. D., Lechner, L. & Vries, H. D. (2002). Early detection of cancer: knowledge and behavior among Dutch adults. *Cancer Detection and Prevention*, 26, 362-369.
- Oh, H. & Park, H. (2004). Decision tree model of the treatment-seeking behaviors among Korean cancer patients. *Cancer Nursing*, 27(4), 259-266.
- Pikkasame, P. (2004). *Delay in seeking breast evaluations for the discovery of breast symptoms among Thai woman*. Unpublished doctoral dissertation, University of Illinois at Chicago, Illinois.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reifstein, K. A. (2001). *Care-seeking behaviors of African Women with breast cancer symptoms*. Unpublished doctoral dissertation, University of Rochester, Rochester, New York.
- Ristvedt, S. L., Birnbaum, E. H., Dietz, D. W., Fleshman, J. W., Kodner, I. J. & Read, T. E. (2005). Delayed treatment for rectal cancer. *Diseases of the Colon & Rectum*, 48(9), 1736-1741.
- Rodriguez-Bigas, M. A., Lin, E. H. & Crane, C. H. (2003). Adenocarcinoma of the colon and rectum. In American Cancer Society, *Cancer medicine* 6 (1635-1665). Ontario, Spain: BC Decker.
- Rogers, M. H. (2005). Management of clients with intestinal disorders. In J. M. Black & J. H. Hawks (Eds.), *Medical-surgical nursing clinical management for positive outcomes*

- (7th ed., pp. 807-855). Philadelphia: Elsevier.
- Roll, M. G. (1999). Colon cancer. In C. Miaskowski & P. Buchsel, *Oncology nursing assessment and clinical care* (pp. 863-888). St. Louis, MO: Maple-Vail Book Mfg. Group.
- Roncoroni, L., Pietra, N., Violi, V., Sarli, L., Choua, O. & Peracchia, A. (1999). Delay in the diagnosis and outcome of colorectal cancer : a prospective study. *European Journal of Surgical Oncology*, 25, 173-178.
- Schlesselman, S. M. (1999). Rectal cancer. In C. Miaskowski & P. Buchsel, *Oncology nursing assessment and clinical care* (pp. 841-861). St. Louis, MO: Maple-Vail Book Mfg. Group.
- Shaheen, R. M. & Edelstein, P. S. (2000). Presentation and pretreatment evaluation of patients with adenocarcinoma of the colon. In P. S. Edelstein (Vol. Ed.), *Colon and rectal cancer* (pp. 137-156). NY: Wiley-Liss.
- Sheikh, I. & Ogden, J. (1998). The role of knowledge and beliefs in help seeking behavior for cancer: a quantitative and qualitative approach. *Patient Education and Counseling*, 35, 35-42.
- Smith, L. K., Pope, K. & Botha, J. L. (2005). Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. *Lancet*, 366, 825-831.
- Srivatanakul, P & Attasara, P. (2007). Cancer incidence and leading sites. In T. Khuhaprema, et al., *Cancer in Thailand vol. IV, 1998-2000* (pp. 34-35). Bangkok: Ministry of Public Health & Ministry of Education.
- Srisukho, S., Srivatanakul, P. & Sumitsawan, Y. (2007). Colon and rectum. In T. Khuhaprema, et al., *Cancer in Thailand vol. IV, 1998-2000* (pp. 34-35). Bangkok: Ministry of Public Health & Ministry of Education.
- Sweed, M. R. & Meropol, N. J. (2001). Assessment, diagnosis and staging. In D. T. Berg (Eds.), *Contemporary issues in colorectal cancer a nursing perspective* (pp. 65-79). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Tumour Registry Siriraj Cancer Center. (2005). *Statistical report*. Bangkok: Faculty of medicine Siriraj hospital, Mahidol University.
- Tumour Registry Siriraj Cancer Center. (2006). *Statistical report*. Bangkok: Faculty of medicine Siriraj hospital, Mahidol University.

- Tumour Registry Siriraj Cancer Center. (2007). *Statistical report*. Bangkok: Faculty of medicine Siriraj hospital, Mahidol University.
- Yarbro, C., H., Frogge, M., H., Goodman, M. & Groenwald, S., L. (2000). *Cancer nursing: principles and practice* (5th ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Young, C., J., Sweeney, J., L. & Hunter, A. (2000). Implications of delayed diagnosis in colorectal cancer. *Aust. N.Z. J. Surg.*, 70, 635-638.





ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. วิเชียร ศรีมนินทร์นิมิต
หัวหน้าสาขาวิชาเคมีบำบัด ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ร้อยโท อาจารย์ นพ. นพดล โสภารัตนาไพศาล
สาขาวิชาเคมีบำบัด ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพา ต่อสกุลแก้ว
หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวสศไส เกตุไฉน
หน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
5. นางสาวสมพร ยาเกา
หอผู้ป่วยมหิดลวรานุสรณ์-วิบูลย์รักษ์ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ภาคผนวก ข
เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคน

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SI 510/2008

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปิ๊งจังทำนาขุดกิจกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

รหัสโครงการ : 496/2551(EC3)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวกนกวรรณ บุญสังข์ / ฝ่ายการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถาม
6. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 26 กันยายน 2551

วันหมดอายุ : 25 กันยายน 2552

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรรยา เลิศสุริยธรรมณี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

30 กันยายน 2551

วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ ภูมินานนท์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2 ตุลาคม 2551

วันที่

2 PRANNOK Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. (662) 4196405-6
FAX (662) 4196405

MAHIDOL UNIVERSITY
Since 1888

Siriraj Ethics Committee

Certificate of Approval

COA no.Si 510/2008

Protocol Title : Factors predicting treatment seeking behavior of colorectal cancer patients.

SiEC number : 496/2551(EC3)

Principal Investigator/Affiliation: Miss Kanokwan Boonsung / Nursing Department
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Approval includes :

1. EC Submission Form
2. Proposal
3. Participant Information Sheet
4. Informed Consent Form
5. Questionnaire
6. Principle Investigator's curriculum vitae

Approval date : September 26, 2008

Expired date : September 25, 2009

This is to certify that Siriraj Ethics Committee is in full Compliance with International Guidelines For Human Research Protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

Prof. Jariya Lertakyamane, M.D.

Chairperson

September 30, 2008

date

(Clin. Prof. Teerawat Kulthanan, M.D.)

Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

October 2, 2008

date

ภาคผนวก ก
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

เอกสารหมายเลข 3 ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่า จะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ชื่อผู้วิจัย

นางสาวกนกวรรณ บุญสังข์

สถานที่วิจัย

แผนกผู้ป่วยนอกด้านศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ แผนกผู้ป่วยในหอผู้ป่วยด้านศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ประกอบด้วยหน่วยและหอผู้ป่วย ดังนี้

หน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์

หน่วยเคมีบำบัดและให้เลือด

หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 7 ชาย เหนือและใต้

หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 7 หญิง เหนือและใต้

หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 5 ตะวันออกและตะวันตก

หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 6 ตะวันออกและตะวันตก

หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 7 ตะวันออกและตะวันตก

หอผู้ป่วยมหิตลวรานุสรณ์-วิบูลย์รักษ์ 2 (ม.ว. 2)

หอผู้ป่วยวิกฤตลัทธิ-ธนาคารไทยพาณิชย์ 3 (ว.ธ. 3)

หอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 9 ตะวันออก

หอผู้ป่วย 72 ปี ชั้น 9 ตะวันออก ชายและหญิง

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยมหิตลวรานุสรณ์-วิกฤตลัทธิ 2 (ม.ว. 2) โรงพยาบาลศิริราช

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งใน และนอกเวลาราชการ โทร. 089-6775672

ผู้ให้ทุน

ไม่มี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีการจัดการ การหาวิธีแก้ไขกับอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะก่อนมาโรงพยาบาลอย่างไร และศึกษาว่าใช้ระยะเวลาานเท่าใดในการจัดการ หาวิธีแก้ไขกับอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ไม่เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาล่าช้า ซึ่งอาจจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคนอื่นๆต่อไปในอนาคต จึงจำเป็นต้องขอเชิญท่านในการตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ โดยตรง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่สบายป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือมะเร็งทวารหนัก และอยู่ระหว่างการรักษาในระยะเวลา 6 เดือนแรก

จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 80 คน ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยทั้งสิ้น 6 เดือน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้ คือ

1. ผู้วิจัยจะขอบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจชิ้นเนื้อ และระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือมะเร็งทวารหนักจากเวชระเบียนของท่าน
2. ผู้วิจัยจะขอเชิญให้ท่านตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ที่ได้มีการกำหนดข้อคำถามไว้แล้วทั้งหมด 6 ชุด รวมทั้งหมด 66 ข้อ หากท่านไม่เข้าใจคำถามข้อใด ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ท่านซักถามได้ตลอดเวลาขณะที่ทำการสัมภาษณ์ท่าน

2.1 ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ

2.2 ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักจำนวน 4 ข้อ

2.3 ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 2 ข้อ

2.4 ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 14 ข้อ

2.5 ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 10 ข้อ

2.6 ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 21 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ทั้ง 6 ชุด ประมาณ 30-45 นาที

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

เนื่องจากการเป็นกรวิจัยที่ขอเชิญให้ท่านตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ที่ได้มีการกำหนดข้อคำถามไว้แล้ว ไม่มีการปฏิบัติใดๆต่อท่าน จึงมีผลข้างเคียงน้อยมาก อย่างไรก็ตาม ท่านอาจรู้สึกว่าเป็นการรบกวนเวลาส่วนตัวในขณะที่ท่านกำลังรอรับการตรวจ หรือขณะที่ท่านกำลังนอนพักรักษาในโรงพยาบาล อาจทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เสียเวลา หรือไม่สบายใจที่จะตอบคำถามบางข้อ ดังนั้น ท่านสามารถยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ สามารถยุติได้ตลอดเวลา หรือจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ตามความสมัครใจของท่าน และท่านสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีเงื่อนไข ไม่จำเป็นต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบใดๆ

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

หากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านจะได้รับการช่วยเหลือ ดังนี้

ขณะที่ท่านกำลังตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ หากท่านมีอาการผิดปกติใดๆ ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือโดยการประเมินอาการเบื้องต้น และรายงานให้แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหน่วยหรือหอผู้ป่วยทราบ เพื่อให้ท่านได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที และในส่วนของสถานที่ทำการวิจัยที่เป็นหน่วยตรวจโรค ผู้วิจัยจะให้ท่านตอบคำถามเฉพาะช่วงเวลาเปิดให้บริการเท่านั้น ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มิบุคลากรทีมสุขภาพปฏิบัติงาน ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาล รวมถึงมีเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์เพียงพอ พร้อมใช้ และได้มาตรฐาน

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือเมื่อบาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการวิจัย สามารถติดต่อ คุณกนกวรรณ บุญสังข์ (ผู้วิจัย) โทรศัพท์ 089-6775672 ได้ทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ

การเข้าร่วมการวิจัยนี้ ไม่มีค่าตอบแทนที่ท่านจะได้รับ

การเข้าร่วมการวิจัยนี้ ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบคณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้รับไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอศุขเวชวิกรม ชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช เบอร์โทรศัพท์ (02) 419-6405-6 โทรสาร (แฟกซ์) (02) 419-6405

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ...../วันที่.....
(.....)

ภาคผนวก ง

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารหมายเลข 3 ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ คุณกนกวรรณ บุญสังข์ ที่โทรศัพท์หมายเลข 089-6775672 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตึกอศุขเวชวิกรม ชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราช โทร. (02) 419-6405-6

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อ การบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูล ส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอ เป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอม นี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย
คือ.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน
ลงชื่อ..... พยาน/ วันที่.....
(.....)

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย จำนวน 5 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จำนวน 4 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จำนวน 2 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จำนวน 14 ข้อ

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 14 ข้อ

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ☐ หรือกรอกข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ

☐ เพศชาย

☐ เพศหญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา.....

4. เชื้อชาติ.....

5. สัญชาติ.....

6. สถานภาพสมรส

☐ โสด

☐ คู่

☐ หม้าย/หย่า

☐ แยกกันอยู่

7. ภูมิลำเนา จังหวัด.....

8. ที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัด.....

9. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ ไม่ได้ศึกษา

☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.

☐ อนุปริญญา/ปวส.

☐ ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

☐ ปริญญาโท

☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

10. อาชีพ โปรดระบุ.....

11. ท่านมีรายได้ประจำเดือนละ.....บาทต่อเดือน

12. ท่านมีรายได้เสริมหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี โดยเฉลี่ยเดือนละ.....บาทต่อเดือน

13. รายได้ของท่านพอเพียงของรายได้หรือไม่

☐ พอเพียง

☐ ไม่พอเพียง

14. ท่านจ่ายค่ารักษาพยาบาลอย่างไร

☐ เบิกค่ารักษาพยาบาลจากต้นสังกัดได้

☐ ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง

☐ ใช้สิทธิประกันสังคม

☐ ใช้สิทธิเบิกจากหน่วยงานโดยตรง

☐ ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง/30 บาท)

☐ สังคมสงเคราะห์

☐ ประกันชีวิต

☐ จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

15. ท่านมีโรคประจำตัวอื่นๆหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี

☐ โรคเบาหวาน

☐ โรคความดันโลหิตสูง

☐ โรคหัวใจ

☐ โปรดระบุ.....

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย: สำหรับผู้วิจัย

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ☐ หรือกรอกข้อความลงในช่องว่าง

1. การวินิจฉัยโรค

☐ มะเร็งลำไส้ใหญ่

☐ Cecum

☐ Ascending colon

☐ Transverse colon

☐ Descending colon

☐ Sigmoid colon

☐ มะเร็งทวารหนัก

2. ผลพยาธิวิทยาคลินิก

1.1 ☐ Adenocarcinoma

☐ Neoplasm, malignant

☐ Mucinous adenocarcinoma

☐ อื่นๆ ระบุ.....

1.2 ☐ Well differentiated

☐ Moderately differentiated

☐ Poorly differentiated

☐ Undifferentiated

3. ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่แบ่งตามระบบTNM:T.....N.....M.....

4. ระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่แบ่งตาม Staging

☐ Stage 1

☐ Stage 2

☐ Stage 3

☐ Stage4

5. วิธีการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ท่านได้รับในปัจจุบัน

- ☐ การผ่าตัด
- ☐ การผ่าตัด และรังสีรักษา
- ☐ การผ่าตัด และเคมีบำบัด
- ☐ การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด
- ☐ เคมีบำบัด และรังสีรักษา
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....



ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ และเติมข้อความในช่องว่าง

1. อาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ **ท่านมีอาการครั้งแรก** เป็นอย่างไร โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ)

- ☐ พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง
 - ☐ อาการท้องผูกบ่อยครั้ง
 - ☐ อาการท้องเสียบ่อยครั้ง
 - ☐ อาการท้องผูกสลับท้องเสีย
- ☐ การถ่ายอุจจาระเป็นเลือด
- ☐ การมีเลือดออกทางทวารหนัก
- ☐ อาการปวดท้อง
 - ☐ อาการปวดเกร็งภายในช่องท้อง
 - ☐ อาการปวดท้องลักษณะบีบๆ
 - ☐ อื่นๆ.....
- ☐ การคลำพบก้อนในช่องท้อง
- ☐ อุจจาระลำเล็กลง
- ☐ อาการปวดเบ่งอยากถ่ายอุจจาระตลอดเวลา หรือรู้สึกเหมือนถ่ายอุจจาระไม่หมด
- ☐ น้ำหนักลด
- ☐ อาการซีด
- ☐ อาการอ่อนล้า
- ☐ อาการท้องอืด/แน่นท้อง
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

2. ท่านปฏิบัติอย่างไร เป็นอันดับแรก เมื่อพบว่ามีอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักเกิดขึ้น

- ☐ รอดูอาการ
- ☐ รอให้อาการหายไปเอง
- ☐ ประเมินบุคคลใกล้ชิด
 - ☐ บิดา/มารดา
 - ☐ สามี/ภรรยา
 - ☐ บุตร
 - ☐ เพื่อน
 - ☐ เพื่อนที่ทำงาน
 - ☐ โปรดระบุ.....
- ☐ ซื้อยาจากร้านขายยามารักษาตนเอง
- ☐ หาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น
- ☐ ไปพบแพทย์แผนโบราณ/แพทย์พื้นบ้าน

โปรดระบุวิธีการรักษาที่ได้รับจากแพทย์แผนโบราณ/แพทย์พื้นบ้าน.....
- ☐ ไปพบแพทย์แผนไทย

โปรดระบุวิธีการรักษาที่ได้รับจากแพทย์แผนไทย.....
- ☐ ไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน
 - ☐ ที่โรงพยาบาลของรัฐ
 - ☐ ที่โรงพยาบาลเอกชน
 - ☐ ที่คลินิก
- ☐ ไปพบแพทย์ทางเลือก

โปรดระบุวิธีการรักษาที่ได้รับจากแพทย์ทางเลือก.....
- ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

3. ก่อนมาพบแพทย์แผนปัจจุบันท่านเคยไปรักษาอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักด้วยวิธีการอื่นๆ ก่อนมาพบแพทย์แผนปัจจุบันหรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย

หากตอบว่า “เคย” ให้ท่านทำข้อ 4. ด้วย

หากตอบว่า “ไม่เคย” ไม่ต้องทำข้อ 4.

4. ท่านเคยไปรักษาอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ รักษาด้วยแพทย์แผนโบราณ/แพทย์พื้นบ้าน

โปรดระบุ.....

☐ รักษาด้วยแพทย์แผนไทย

โปรดระบุ.....

☐ รักษาด้วยแพทย์ทางเลือก

โปรดระบุ.....

☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ และเติมข้อความในช่องว่าง

1. ท่านพบอาการผิดปกติครั้งแรกของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเมื่อ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หรือเมื่อ.....วัน/เดือน/ปี ก่อนมาโรงพยาบาล

2. ท่านมาขอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ครั้งแรกเมื่อ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หรือเมื่อ.....วัน/เดือน/ปี ก่อนมาโรงพยาบาล

สำหรับผู้วิจัย

รวมระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยพบอาการผิดปกติครั้งแรก จนกระทั่งผู้ป่วยมาขอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ครั้งแรก คิดเป็นจำนวน.....วัน/เดือน/ปี

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก

คำชี้แจง : ขอให้ท่านพิจารณาเลือกข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน เพื่อบอกถึงความรู้สึกในแต่ละอาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นความรู้สึก ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใส่เครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องด้านขวามือ การเลือกตอบในแต่ละช่องให้อธิบายดังนี้

ไม่มีอาการ (0)	หมายถึง	ท่านไม่มีอาการผิดปกติในข้อนั้น
รุนแรงน้อย (1)	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่าการที่กล่าวไว้ในข้อนั้นมี ความรุนแรงน้อย
รุนแรงปานกลาง (2)	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่าการที่กล่าวไว้ในข้อนั้นเหล่านั้นมี ความรุนแรงปานกลาง
รุนแรงมาก (3)	หมายถึง	ท่านรู้สึกว่าการที่กล่าวไว้ในข้อนั้นมี ความรุนแรงมาก

ข้อคำถาม	ไม่มี อาการ (0)	มีความรุนแรง		
		น้อย (1)	ปาน กลาง (2)	มาก (3)
ในขณะที่ท่านมีอาการผิดปกติต่างๆดังต่อไปนี้ ท่านรู้สึกว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด				
1. การถ่ายอุจจาระมีเลือดปน				
2. การถ่ายอุจจาระมีมูกปนเลือด				
3. การมีเลือดออกทางทวารหนัก				
4. อาการท้องผูกบ่อยครั้ง				
5. อาการท้องเสียบ่อยครั้ง				
6. อาการท้องผูกสลับท้องเสีย				
7. อุจจาระลำเล็กลง				
8. อาการปวดเกร็งภายในช่องท้อง				
9. อาการปวดเบ่งอยากถ่ายอุจจาระตลอดเวลา				

ข้อความ	ไม่มี อาการ (0)	มีความรุนแรง		
		น้อย (1)	ปาน กลาง (2)	มาก (3)
10. อาการท้องอืดบ่อยครั้ง				
11. อาการแน่นท้องบ่อยครั้ง				
12. การคลำพบก้อนในท้อง				
13. น้ำหนักลด				
14. อาการซีด				

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

คำชี้แจง: หลังจากที่ท่านพบว่ามีอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกิดขึ้น ท่านมีความรู้สึกอย่างไร ขอให้ท่านเลือกข้อความที่คิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด และทำเครื่องหมาย ถูก ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

ข้อคำถาม	ไม่กลัว (0)	กลัว		
		น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)
1. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น				
2. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น				
3. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นอาการของโรคมะเร็ง				
4. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้				
5. กลัวว่าการต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจะทำให้เสียเวลามาก				
6. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะต้องทำให้หยุดงาน				
7. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจทำให้ต้องเป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว				
8. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง				
9. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัว				
10. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อการต้องไปพบปะ สังสรรค์ กับบุคคลอื่น				

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

คำชี้แจง: “ในขณะที่ท่านเริ่มมีอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ท่านมีความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างไร” ขอให้ท่านเลือกคำตอบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่องด้านขวามือ

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. การถ่ายทอดทางพันธุกรรม		
1.1 มีประวัติเป็นโรคติ่งเนื้อภายในลำไส้ใหญ่		
1.2 มีพ่อหรือแม่ พี่น้อง และญาติสายตรง เป็นโรคติ่งเนื้อภายในลำไส้ใหญ่		
1.3 เคยมีประวัติเป็นโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง		
1.4 มี พ่อแม่ พี่น้อง และญาติสายตรง เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่		
1.5 เคยเป็นมะเร็งชนิดอื่น ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่		
1.6 มีพ่อแม่ พี่น้อง และญาติสายตรง เป็นโรคมะเร็ง		
2. อายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป		
3. การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์		
4. การสูบบุหรี่		
5. การรับประทานอาหารที่มีไขมันจากสัตว์สูง		
6. การรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย		
7. การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมน้อย		

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

คำชี้แจง: “ในขณะที่ท่านเริ่มมีอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ท่านมีความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างไร” ขอให้ท่านพิจารณาเลือกคำตอบอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน		
2. ถ่ายอุจจาระมีมูกปนเลือด		
3. มีเลือดออกทางทวารหนัก		
4. มีอาการท้องผูกบ่อยครั้ง		
5. มีอาการท้องเสียบ่อยครั้ง		
6. มีอาการท้องผูกสลับกับท้องเสีย		
7. อุจจาระลำเล็กลง		
8. มีอาการปวดเกร็งภายในช่องท้อง		
9. มีอาการปวดเบ่งอยากถ่ายอุจจาระตลอดเวลา		
10. มีอาการท้องอืดบ่อยครั้ง		
11. มีอาการแน่นท้องบ่อยครั้ง		
12. คลำพบก้อนในท้อง		
13. น้ำหนักลด		
14. อาการซีด		

ภาคผนวก จ
เอกสารขออนุญาตใช้กรอบแนวคิด

From: Kanokwan Boonsung <kanok.751@gmail.com>

Sent: Monday, July 27, 2009 4:57 PM

To: Kathleen.dracup@nursing.ucsf.edu

Subject: Ask for your permission to use "Theoretical framework"

Dear Professor Kathleen Dracup,

I'm Kanokwan Boonsung. I've graduated from Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand. My thesis' title is "Factors predicting treatment seeking behavior of colorectal cancer patients". I would like to ask for your permission to publish the theoretical framework that was published in Journal of Nursing Scholarship, 2003, 35:4, 317-323. This is because I used your concept in my literature review I would appreciate your kind permission very much. Please do not hesitate to contact if you need further information.

Attached is my abstract for the reference.

Sincerely yours,

Kanokwan Boonsung

Faculty of Nursing, Mahidol University,

Bangkok, Thailand. 10700

From: Dracup, Kathleen <kathleen.dracup@nursing.ucsf.edu>

Sent: Monday, July 27, 2009 9:16 PM

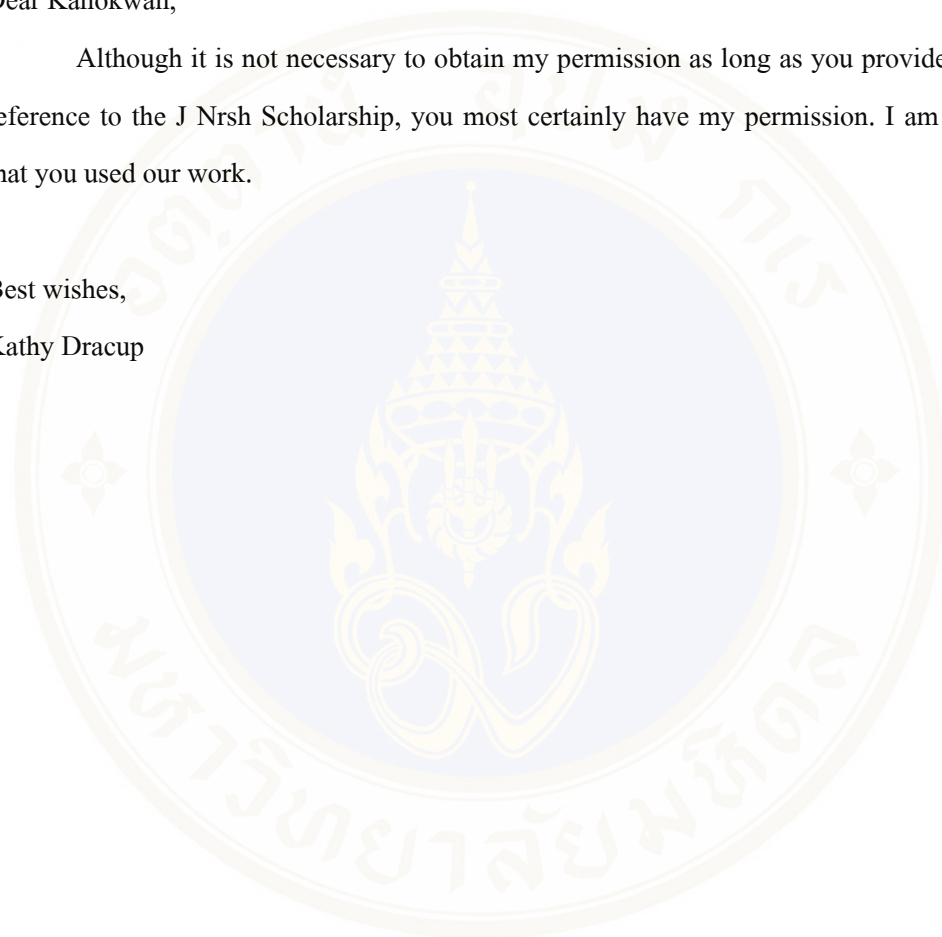
To: Kanokwan Boonsung <kanok.751@gmail.com>

Dear Kanokwan,

Although it is not necessary to obtain my permission as long as you provide the readers a reference to the J Nrsch Scholarship, you most certainly have my permission. I am most grateful that you used our work.

Best wishes,

Kathy Dracup



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	กนกวรรณ บุญสังข์
วัน เดือน ปี เกิด	10 ธันวาคม 2517
สถานที่เกิด	จังหวัดยะลา ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2536-2540 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2549-2552 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ทุนการศึกษา	ทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลระดับ 6 หอผู้ป่วยมหิดลวารานุสรณ์-วิบูลย์รักษ์ 2 (ม.ว. 2) โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์ 02-4197207, 02-4197487-8, 02-4198694 หมายเลขโทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ 089-6775672 E-mail: kanok.751@gmail.com
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	หอพักพยาบาล 3 โรงพยาบาลศิริราช ถ. พราณนก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700 1515/23 หมู่บ้านรติมา ถ.เพชรเกษม ต. หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110