

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ



ประนอม พรหมแดง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2556

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2556

.....
.....

นางประนอม พรหมแดง

ผู้วิจัย

.....
.....

รองศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี,

ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพร ดนัยคุณฎีกุล,

พ.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรพรรณ โตสิงห์,

พ.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ตีลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธีรนุช ห่านิรัตติสัย,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

อาจารย์ภควัฒน์ ระมาตร์,

พ.บ.,ว.ว. ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.,ว.ว. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประสบความสำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์และบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพร ดนัยคุชฎีกุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ โตสิงห์ และอาจารย์นายแพทย์ ภควัฒน์ ระมาตร์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางความรู้ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ สุวิมล กิมปี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห้านิรัตติชัย ผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอก รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาในการตรวจสอบเครื่องมือ พร้อมทั้งให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณคณาบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในหน่วยผ่าตัดและตรวจพิเศษระบบปัสสาวะ ตึกสยามินทร์ชั้น 5 ห้อง 517 หน่วยตรวจโรคศาสตร์ยูโร ตึก ผู้ป่วยนอกชั้น 3 หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 7 เหนือ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างยิ่งในการเก็บข้อมูล และขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณบิดา มารดา พี่ๆ น้องๆ และบุคคลที่รักที่คอยให้กำลังใจ ความรักความห่วงใยและให้การสนับสนุนเรื่อยมา ขอกราบขอบพระคุณบูรพาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดจนผู้ที่มีได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ด้วย คุณประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ขอบอบแต่ บูพการี คณาจารย์และทุกท่านที่เกี่ยวข้องและผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะทุกท่าน

ประนอม พรมแดง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

FACTORS RELATED TO TIME TO DEFINITE DIAGNOSIS IN BLADDER CANCER PATIENTS

ประนอม พรหมแดง 5337937 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุพร ดนัยคุณฤฎิกุล, พย.ค., อรพรรณ โตสิงห์, พย.ค.,
ภควัฒน์ ระมาตร์, พ.บ., ว.ว. (ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะกลุ่มตัวอย่างในการ ศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะทุกระยะของโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในทางศัลยศาสตร์ยูโร โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 90 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคม 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่ามัธยฐาน และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 85.6 อายุเฉลี่ย 63.1 ปี (S.D.= 9.32) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เซลล์มะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นชนิด low grade transitional cell carcinoma (ร้อยละ 60.9) และ high grade transitional cell carcinoma (ร้อยละ 39.1) ระยะเวลาการมารับการรักษา ตั้งแต่เริ่มเกิดอาการผิดปกติครั้งแรกจนมารับการรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร ระยะเวลาต่ำสุด 1 วัน สูงสุด 1,460 วัน ค่ามัธยฐาน 60 วัน ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 85.6 มีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระดับน้อยมากที่สุดร้อยละ 87.8 และ ร้อยละ 83.3 ตามลำดับผู้ป่วยมีความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระดับปานกลาง มากที่สุดร้อยละ 36.7 ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 86.7 และพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.486, p < 0.01$) ส่วนความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.423, p < 0.01$) แต่ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรมีการเผยแพร่ให้คำแนะนำความรุนแรงของโรคและความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะให้เป็นที่แพร่หลายเพื่อให้ประชาชนมารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาในระยะเวลาที่เร็วขึ้น

คำสำคัญ: การมารับการรักษาล่าช้า / มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ / การรับรู้ความรุนแรงของโรค / การสนับสนุนทางสังคม

**FACTORS RELATED TO TIME TO DEFINITE DIAGNOSIS IN BLADDER
CANCER PATIENTS**

PRANOM PHROMDEANG 5337937 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPORN DANAIDUTSADEEKUL, D.N.S.,
ORAPAN THOSINGHA, D.N.S., PATKAWAT RAMART, M.D.**ABSTRACT**

The present study was a correlational descriptive research which aimed at investigating the relationships between perceived severity of bladder cancer, knowledge of bladder cancer, fear caused by abnormal symptoms of bladder cancer, and social support and time to definite diagnosis in bladder cancer patients. The sample consisted of 90 bladder cancer patients at every stage of the disease, both males and females, who sought treatment at the urology outpatient and inpatient departments of Siriraj Hospital. Data were collected by means of interview between June and December, 2012 and were analyzed in terms of percentage, mean, standard deviation, median, and Spearman's Rank Correlation.

The study findings revealed that most of the patients (85.6%) were male, with the mean age of 63.1 years (SD=9.32). Close to two-thirds (60.9%) had low grade transitional cell carcinoma, while 39.1% had high grade transitional cell carcinoma. Time to definite diagnosis with urologists ranged from one day to 1,460 days, with the median of 60 days. Most of the patients (85.6%) had a moderate level of perceived severity of the disease, and 87.8% and 83.3% had knowledge of risk factors of bladder cancer and abnormal symptoms of bladder cancer at the lowest level, respectively. Moreover, 36.7% of the patients had a moderate fear of abnormal symptoms of bladder cancer, 86.7% had the highest level of social support, and perceived severity of bladder cancer was associated with time to definite diagnosis in bladder cancer patients with statistical significance ($r=-0.486, p<0.01$). Finally, knowledge of bladder cancer patients was negatively related to time to definite diagnosis with statistical significance ($r=-0.423, p<0.01$), but fear of abnormal symptoms of bladder cancer and social support were not related to time to definite diagnosis. Based on the study findings, it is recommended that nurses and healthcare personnel should widely disseminate knowledge and advice on bladder cancer and its severity to encourage shorter time to definite diagnosis and treatment.

**KEY WORDS: DELAYED OF TREATMENT / BLADDER CANCER
PERCEPTION OF DISEASE MORTALITY / SOCIAL SUPPORT**

156 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	11
นิยามตัวแปร	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	13
2.1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	14
2.1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	14
2.1.2 กลไกการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	14
2.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	16
2.1.4 ปัญหาและอุปสรรคการเข้ารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง กระเพาะปัสสาวะ	16

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.2 ระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	18
2.2.1 ระยะการมารับการรักษา	18
2.2.2 เกณฑ์การพิจารณาระยะเวลาการมารับการรักษา	19
2.2.3 กรอบแนวคิดทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลา การมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	20
2.2.4 ผลกระทบการมารับการรักษาล่าช้า	22
2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วย มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	23
2.3.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	23
2.3.2 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	25
2.3.3 ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	28
2.3.4 การสนับสนุนทางสังคม	30
2.4 สรุป	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	37
แหล่งเก็บข้อมูล	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	38
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	42
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	43
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	45
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	46
บทที่ 4 ผลการวิจัย	47
บทที่ 5 การอภิปรายผล	58
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	68

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	72
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	93
รายการอ้างอิง	115
ภาคผนวก	125
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	126
ภาคผนวก ข การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	127
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	128
ภาคผนวก ง หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล	132
ภาคผนวก จ เอกสารการขออนุญาตใช้เครื่องมือ	133
ภาคผนวก ฉ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	134
ภาคผนวก ช การเปรียบเทียบข้อมูลและตัวแปร	149
ประวัติผู้วิจัย	156

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	ข้อมูลส่วนบุคคล	48
4.2	ข้อมูลการเจ็บป่วย	51
4.3	ค่าต่ำสุด (min) ค่าสูงสุด (max) ค่ามัธยฐาน (median) ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาการมารับการรักษา	53
4.4	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	54
4.5	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและ อาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	55
4.6	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนความกลัวเมื่อเกิดอาการ ผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	55
4.7	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม	56
4.8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง กระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการ ผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลา การมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	57

สารบัญแนกมึ

แผนภูมิ	หน้า
1.1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องโรค ความกลัวและการสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาการมารับการรักษา ในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	10

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบมากเป็นอันดับที่ 9 ของมะเร็งทั่วโลก มีอัตราการเกิดโรคที่เป็นผู้ป่วยใหม่ จำนวน 330,000 รายต่อปี อัตราการตาย 130,000 รายต่อปี ซึ่งอัตราการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในเพศชายมากกว่าในเพศหญิง คิดเป็น 3.8 เท่า (Stenzl, Witjes, Cowan, Santis, Kuczyk, Lebet, et al. 2011) ส่วนใหญ่พบในเพศชายและเพศหญิงอายุ 50-70 ปี อายุเฉลี่ยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมากที่สุดอายุ 65 ปี (Turner, 2009) จากสถิติในประเทศไทยของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวบรวมข้อมูลจำนวนและอัตราการตายจำแนกตามโรคต่อประชากร 100,000 คนพบว่าโรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะมีอัตราการตายอยู่ในลำดับที่ 6 ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในประชากรของประเทศไทย มีอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คนตั้งแต่ในปี 2549-2553 ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีจำนวน 373, 361, 416, 454 และ 478 คน ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอัตราการตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะรายใหม่ส่วนใหญ่เป็นเซลล์มะเร็งชนิด transitional cell carcinoma มีจำนวนมากถึง 70% ซึ่งเป็นเซลล์มะเร็งในระยะเริ่มแรกแต่มีอัตราการเกิดเป็นซ้ำได้มากถึง 50-70 % เมื่อมีการเกิดซ้ำทำให้มีการลุกลามไปถึงชั้นของ muscularis propria ได้ถึง 10-20% ทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น แล้วเซลล์มะเร็งเกิดการลุกลามเป็นในระยะรุนแรงขึ้น (Kaufman, Shipley, & Feldman, 2009) ซึ่งเซลล์มะเร็งกระเพาะปัสสาวะชนิด transitional cell carcinoma มีการเจริญของเซลล์ที่ช้ากว่าเซลล์มะเร็งชนิดอื่น ผู้ป่วยที่มารับการตรวจหรือรับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาได้เร็วจะพบว่าเซลล์มะเร็งยังจำกัดอยู่ในชั้นของ superficial muscularis ซึ่งอยู่ในระยะเริ่มแรกของเซลล์มะเร็งและถ้าได้มีการติดตามอย่างใกล้ชิด และให้การักษาได้เร็วจะทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตนานถึง 10 ปีและไม่พบการลุกลามของเซลล์มะเร็งเกิดขึ้น (ชูศักดิ์ ปรพัฒนานนท์, วชิร คชการ, 2547) อาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการได้ด้วยตนเองคือปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะเป็นลิ่มเลือด ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะไม่พุ่ง ปัสสาวะกะปริดกะปรอยเหมือนปัสสาวะไม่สุด มีอาการปวดเอวหรือกระดูกอุ้งเชิงกราน และต้อง

ออกแรงในการเบ่งปัสสาวะมากขึ้น แต่ลักษณะอาการของผู้ป่วยที่มีปัสสาวะเป็นเลือด ที่พบในผู้ป่วย มะเร็งกระเพาะปัสสาวะจะไม่มีอาการปวดร่วมด้วย อาจมีอาการแสบขัดที่กระเพาะปัสสาวะ ปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะออกในทันทีที่ปวด ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจะเป็นๆหายๆ (Sharma, Ksheersagar, & Sharma, 2009) ซึ่งอาจเป็นอาการที่ผู้ป่วยคิดว่าเป็นอาการที่ปกติทำให้ไม่มาพบ แพทย์ ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ในระยะเวลาที่มีการลุกลามของเซลล์มะเร็งแล้วร่วมกับมีการอุดกั้นใน ทางเดินปัสสาวะ อีกทั้งการวินิจฉัยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะโดยการนำปัสสาวะไปตรวจไม่ สามารถบ่งชี้ได้ชัดเจนว่าเป็น โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็ง กระเพาะปัสสาวะมารับการรักษาในระยะเวลาที่โรคมะเร็งมีอาการที่รุนแรง ซึ่งถ้าผู้ป่วยตระหนักถึงอาการ ผิดปกติที่เกิดขึ้นและรีบมาพบแพทย์ เมื่อมีอาการผิดปกติที่เป็นอาการแสดงของ โรคมะเร็งกระเพาะ ปัสสาวะจะทำให้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและ ได้รับการรักษาที่เร็วขึ้น การรักษา ก็จะได้ผลลัพธ์ที่ดี ทำให้อัตรการตายของผู้ป่วยลดลง ซึ่งจากผลการศึกษาของ Wallace et al., (2002) ในผู้ป่วยที่มารับการตรวจและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระยะเวลาที่โรคมะเร็ง อาการที่รุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการตายจากโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะสูงถึงร้อยละ 75 ภายหลังได้รับการรักษา แต่ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของ โรคมะเร็งกระเพาะ ปัสสาวะ มีอัตราการตายภายหลังได้รับการรักษาน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาที่มารับการ รักษาที่เท่ากัน นอกจากนี้ Wallace et al., (2002) ยังได้ทำการศึกษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยใน ระยะเวลา 5 ปี กับระยะเวลาการมาการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ระยะเวลาตั้งแต่ เริ่มมีอาการผิดปกติครั้งแรกแล้วไปรับการรักษาที่แพทย์ทั่วไป แล้วมีการส่งตัวไปรับการรักษาที่ แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 วัน ผู้ป่วย มีอัตราการรอดชีวิต 5 ปีคิดเป็น 64% แต่ถ้าผู้ป่วยที่มีระยะเวลามากกว่า 14 วัน ผู้ป่วยมีอัตราการรอด ชีวิต 5 ปี ลดลงเหลือเพียง 59%

จากผลการศึกษาในครั้งนี้แล้วยังมีการศึกษาของ Hollenbeck et al., (2010) ที่ศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่เริ่มมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดแล้วมารับการตรวจวินิจฉัย และรับการรักษาในระยะเวลาที่นานมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยการตัดกระเพาะ ปัสสาวะออกและทำทางระบายน้ำปัสสาวะใหม่ รวมทั้งต้องได้รับการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสง ดังนี้คือ ผู้ป่วยที่มารับการตรวจแล้วได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระยะเวลาที่น้อยกว่า 3 เดือนตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการปัสสาวะเป็น เลือด ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการตัดกระเพาะปัสสาวะออก 5.8 % และได้รับการรักษาอย่างอื่น ร่วมด้วย 8.6% มีอัตราการรอดชีวิต 70.9 เดือนภายหลังได้รับการรักษา ส่วนผู้ป่วยที่มารับการตรวจ แล้วได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในช่วงระยะเวลา 3-6 เดือนตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่ม

เกิดอาการปัสสาวะเป็นเลือด จะได้รับการรักษาโดยการตัดกระเพาะปัสสาวะออก 6.3% และได้รับการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย 9.2% มีอัตราการรอดชีวิต 62.6 เดือนภายหลังได้รับการรักษา และในผู้ป่วยมารับการตรวจแล้วได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในช่วงระยะเวลา 9-12 เดือนตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการปัสสาวะเป็นเลือด จะได้รับการรักษาโดยการตัดกระเพาะปัสสาวะออก 6.2% และได้รับการรักษาอื่นร่วมด้วยคิดเป็น 10.1% มีอัตราการรอดชีวิต 59.9 เดือนภายหลังการรักษา ซึ่งจากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีระยะเวลาการมารับการรักษาที่นานมากขึ้นผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่ยุ้งยากและซ้ำซ้อนมากขึ้น และส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลงตามไปด้วย

สรุปได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีระยะเวลาการมารับการรักษานานขึ้นจะส่งผลกับการรักษาที่ผู้ป่วยต้องได้รับ ซึ่งจะได้รับการรักษาที่ซ้ำซ้อนมากขึ้น ทำให้ระยะของโรคเป็นมากขึ้น มีการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปในอวัยวะใกล้เคียง อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะลดลงและทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้น จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆ พบว่าระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านความคิด และด้านอารมณ์ ที่จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีระยะเวลาการมารับการรักษาที่นานมากขึ้นหรือน้อยลง ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยจะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคในเรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้พยาบาลได้เข้าใจถึงระยะเวลาการมารับการรักษาและปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรค คือ ความรู้สึกและความตระหนักของบุคคลต่อความรุนแรงที่เกิดจากความผิดปกติของโรค รวมถึงอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง จากผลการศึกษาวิจัยของ Mahony & Hegarty (2009) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระยะเวลาการรักษาล่าช้า เกิดจากผู้ป่วยรู้สึกว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราวไม่ได้มีความรุนแรง อาการที่เกิดขึ้นไม่มีผลกับการดำเนินชีวิตของตนเอง และนอกจากนี้มีการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมของ Almuammar & Burr (2010) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งล่าช้า ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็ง เกิดเนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่ไม่ได้มีความรุนแรงเป็นอาการที่สามารถหายเองได้ไม่ต้องไปรับการ

รักษาจากแพทย์ก็ได้ ซึ่งเป็นผลทำให้โรคมะเร็งมีการลุกลามและเป็นในระยะที่รุนแรงมากขึ้น เช่นเดียวกับในการศึกษาของ Cockburn et al., (2003) ซึ่งได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ไปพบแพทย์เมื่อเกิดอาการผิดปกติเนื่องจากคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่ไม่ได้มีความรุนแรงถึงร้อยละ 44.8 ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการมารับการรักษาที่ล่าช้า

ความรู้เรื่องโรค คือ ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต และเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งมากขึ้น จากการศึกษาของ Tod, Craven, & Allmark (2007) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดมารับการรักษาล่าช้าก็คือ ขาดความรู้เรื่องโรคและขาดความรู้เรื่องการรักษาโรคมะเร็งปอด ขาดการตระหนักในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นโรคมะเร็งปอด และในการศึกษาของ Mahony & Hegarty (2009) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของโรคในระดับที่น้อยจะส่งผลให้ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งในการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องโรคมมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nooijer, Lechner, & Vries (2001) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งผิวหนัง มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลูกอัณฑะ พบว่าปัจจัยที่ทำให้ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งล่าช้า เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ในอาการของโรคมะเร็งจึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาเมื่อมีอาการผิดปกติเพราะคิดว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่ใช่อาการของโรคมะเร็งนั้นๆ

ความกลัว คือ ความรู้สึถึงอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของตนเอง การศึกษาของ Tod, Craven, & Allmark (2007) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดพบว่า ผู้ป่วยเกิดความกลัวว่าเมื่อไปพบแพทย์แล้วจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง เป็นผลให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการมารับการรักษาที่ล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Arndt et al., (2002) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้าคือ ผู้ป่วยกลัวการวินิจฉัยโรคและกลัวการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ho, Johnston, & Keane (1988) ในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้าเมื่อเกิดอาการผิดปกติจากการปัสสาวะเป็นเลือด เนื่องจาก ผู้ป่วยกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจึงไม่ไปรับการรักษาจากแพทย์

การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือในการติดตามอาการของโรคและพามาพบแพทย์ การที่บุคคลมีผู้ช่วยเหลือที่ดีหรือมีผู้ที่คอยห่วงใยพามาับการรักษาเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถผ่านเหตุการณ์ที่วิกฤต

และเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ในการศึกษาของ Macleod, Mitchell, Burgess, Macdonald, & Ramirez (2009) ที่ได้มีการศึกษาโดยการรวบรวมงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมารับการรักษาล่าช้า ซึ่งผลจากการรวบรวมงานวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mitchell, Macdonald, Caampbell, Weller, & Macleod (2008) ได้ทำการศึกษาและรวบรวมงานวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตั้งแต่ในปี 1970-2003 พบว่าปัจจัยในด้านการสนับสนุนทางสังคมมีผลในลดระยะเวลาในการมารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีผลทำให้ลดระยะเวลาในการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งได้ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็ง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้มารับการรักษาที่เร็วขึ้น รวมถึงลดระยะเวลาการมารับการรักษาที่ล่าช้าลง แต่ในผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยส่งผลให้ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้าได้ เนื่องจากไม่ได้มีการปรึกษาหรือบอกเล่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นให้รับรู้ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า

จากที่ได้กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งยังขาดการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการที่มีความรุนแรง รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการของโรคมะเร็ง ซึ่งต้องมารับการตรวจรักษาจากแพทย์โดยเร็ว เมื่อเกิดอาการไม่ควรปล่อยให้อาการที่เกิดขึ้นนานเกินไป ควรต้องมารับการตรวจรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกที่เกิดอาการผิดปกติ และยังเกิดความกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นอาการของมะเร็งทำให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกที่เกิดอาการผิดปกติ กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะรักษาไม่หาย กลัวการตรวจและวินิจฉัย และกลัวตาย ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยล่าช้า และอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมารับการรักษาล่าช้า คือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติขึ้นช่วยลดระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็ง แต่ในผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยก็ส่งผลให้ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยล่าช้าได้ ในส่วนของผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่นก็ยังมีระยะเวลาการมารับการรักษาที่ไม่เหมาะสมและมารับการรักษาล่าช้า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวนน้อยที่มารับการรักษาในระยะเริ่มต้นของการเป็นโรค จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะก็สามารถมีระยะเวลาในการมารับการรักษาที่ล่าช้าหรือไม่เหมาะสมได้เช่นเดียวกับมะเร็งชนิดอื่นๆ ซึ่งจะมีผลทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง ได้รับการรักษาที่ช้าช้อนมากขึ้นรวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษามากขึ้นด้วย และจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะน้อย ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งในระบบ

ศัลยศาสตร์ยูโร จึงสนใจที่จะศึกษาให้เกิดความเข้าใจว่าระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นอย่างไร มีปัจจัยใดที่เป็นสาเหตุให้ระยะเวลาการมารับการรักษานานขึ้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาแก้ไข ปรับปรุงการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะให้ถูกต้องและเหมาะสม และนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นที่มีอาการของโรค เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเหมาะสมกับระยะของโรค ช่วยในการชะลอการลุกลามของโรคในระยะต่อไป เพิ่มอัตราการรอดชีวิต ช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะดีขึ้นตามไปด้วย

คำถามการวิจัย

1. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งมารับการรักษา กับแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโรมีระยะเวลานานเท่าไร
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตั้งแต่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งมาไปรับการรักษา กับแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
2. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
3. ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

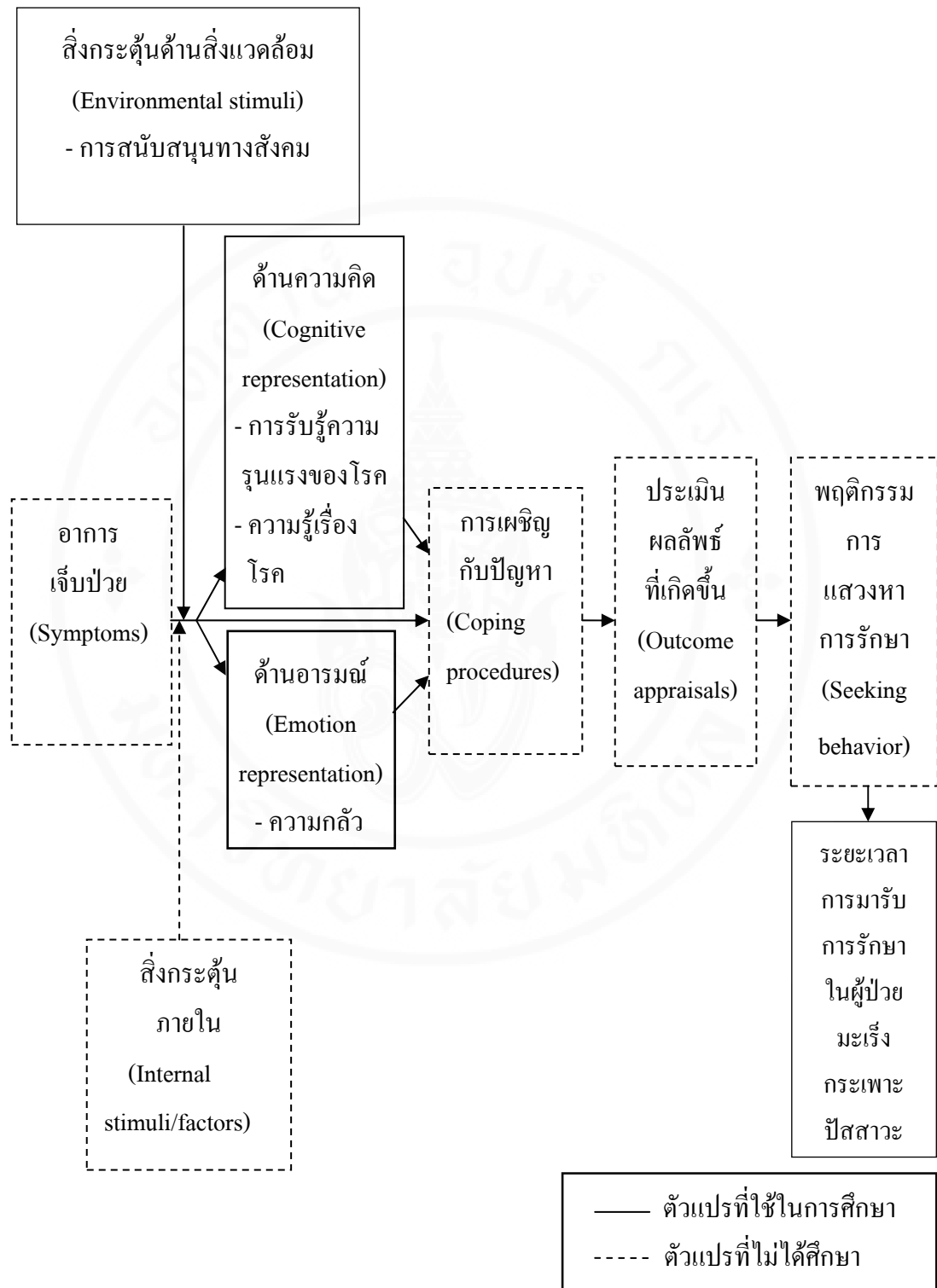
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ กรอบแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของ ดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003) มาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003) กล่าวว่า พฤติกรรมแสวงหาการรักษาเป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคลในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น หรือหาวิธีในการแก้ไขปัญหา เมื่อรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นซึ่งการตัดสินใจของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน บางคนขอคำปรึกษาจากคนในครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน หรือบางคนหาวิธีในการจัดการด้วยตนเองในทันทีที่เกิดอาการผิดปกติ บางคนรอดูอาการก่อนแล้วจึงเกิดการตัดสินใจจัดการกับอาการที่ผิดปกติที่เกิดขึ้น การที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษาขึ้นอยู่กับด้านต่างๆของบุคคล คือ ด้านการรับรู้ ด้านอารมณ์ ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Dracup et al., 1995; Dempsey et al., 1995; Bank & Dracup, 2006)ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษา (Dracup et al., 2003; Mckinley et al., 2009) อาการเจ็บป่วย (symptoms) คือ การรับรู้ของบุคคลเมื่อเกิดอาการผิดปกติเกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่มีการคุกคามต่อชีวิต จะกระตุ้นให้มารับการรักษาแต่ถ้าบุคคลรับรู้ว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นไม่สำคัญหรือไม่มีความหมายก็จะดูแลตนเองก่อน (self treatment) ไม่เกิดพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษา (Dempsey et al., 1995) สิ่งกระตุ้นภายใน (internal stimuli/factors) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (sociodemographic) ลักษณะอาการทางคลินิก (clinical characteristics) บทบาททางวัฒนธรรม ความคาดหวัง ในส่วนสิ่งกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อม (environmental stimuli/factor) ประกอบด้วย ครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน (family and coworkers) ทีมสุขภาพ (health care providers) เพื่อนและสื่อต่างๆที่บุคคลได้รับฟังและเห็นมา (the media)

ด้านการรับรู้ (cognitive representation) คือ การรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่เจ็บป่วยเป็นอาการที่มีความรุนแรงต้องได้รับการรักษา มีการประเมินอาการที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นภายใต้อิทธิพลของความรู้ เจตคติ และความเชื่อของแต่ละบุคคล (Dracup et al., 2003 ; 2006) ด้านอารมณ์ (emotional representation) ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิดขึ้นรวมถึงความอายและความลำบากในการมารับการรักษา (Dracup et al., 2003 ; 2006) เมื่อบุคคลมีการรับรู้ภาวะจากสิ่งคุกคามหรือจากสิ่งกระตุ้นต่างๆที่เกิดขึ้นบุคคลเริ่มแสดงการวางแผนและจัดการกับอาการหรือปัญหา และเผชิญกับสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้น (coping procedures) เกิดการตอบสนองด้วยวิธีการต่างๆกัน ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลเหล่านั้นรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นอย่างไร สาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดมาจากสาเหตุใด (Dracup et al., 2003; Mckinley et al., 2009) เมื่อมีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วบุคคลจะมีการประเมินผลลัพธ์จากการกระทำจากวิธีการต่างๆ (outcome appraisals) ในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น ถ้าปัญหาเหล่านั้นยังไม่สามารถแก้ไขได้สำเร็จบุคคลเริ่มให้ความหมายกับความเจ็บป่วยเหล่านั้นใหม่และหาวิธีการในการจัดการกับปัญหาใหม่อีกครั้ง แต่ถ้าหากบุคคลที่มีการประเมินและให้ความหมายกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงเป็นอาการที่สำคัญและเป็นภาวะคุกคามเป็นอาการที่ไม่สามารถหายเองได้ บุคคลเหล่านั้นจะเกิดพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษาและตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พฤติกรรมแสวงหาการรักษาจากกรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003) นอกจากให้ความหมายดังกล่าวข้างต้นแล้วยังใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจว่าบุคคลนั้นมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่เหมาะสมหรือล่าช้า โดยพิจารณาจากระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติจนกระทั่งผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาการมารับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะของ Wallace et al., (2002) ในการศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้าประกอบด้วย 5 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 เป็นระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติครั้งแรกแล้วไปรับการรักษากับแพทย์ทั่วไป, ระยะที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการรักษาจากแพทย์ทั่วไปแล้วส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาจากแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโรในโรงพยาบาล, ระยะที่ 3 เป็นระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโรในโรงพยาบาลจนถึงได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง, ระยะที่ 4 ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการรักษาจากแพทย์ทั่วไปแล้วส่งตัวไปรับการรักษาจากแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโรจนผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดโดยการส่องกล้องในครั้งแรก ซึ่งเป็นระยะเวลาตั้งแต่ระยะที่ 2 รวมกับระยะที่ 3 และระยะที่ 5 ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติในครั้งแรกจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดจากแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโรในครั้งแรก ซึ่งเป็นระยะเวลารวมทั้งหมดของการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติในครั้งแรก

แรกแล้วไปรับการรักษากับแพทย์ทั่วไป แล้วแพทย์ส่งตัวไปรับการรักษากับแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร มีค่ามัธยฐาน (median) ระยะเวลาเท่ากับ 14 วัน ซึ่งถ้าระยะเวลาไม่ถึง 14 วัน ถือว่าการมารับการรักษา นั้นไม่ล่าช้า แต่ถ้าระยะเวลาดังกล่าวมากกว่า 14 วัน ถือว่ามีระยะเวลาการมารับการรักษาที่ล่าช้า และในการศึกษานี้ยังพบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวจากแพทย์ทั่วไปจนผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร มีค่ามัธยฐาน (median) ของระยะเวลาในระบะนี้เท่ากับ 28 วัน ซึ่งถ้าระยะเวลาน้อยกว่า 28 วัน ถือว่าระยะเวลาการมารับการรักษาในระบะนี้ไม่ล่าช้า แต่ถ้าระยะเวลาดังกล่าวมากกว่า 28 วัน ถือว่าระยะเวลาการมารับการรักษาในระบะนี้ล่าช้า ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจะศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติในครั้งแรกจนกระทั่งได้มารับการรักษาด้วยแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร ซึ่งก็คือระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ตามเกณฑ์ที่ Wallace et al., (2002) ได้ทำการศึกษาไว้

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะนั้นนับตั้งแต่ผู้ป่วยพบว่ามีอาการผิดปกติในครั้งแรกจนกระทั่งได้มารับการรักษาด้วยแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโรเป็นอย่างไร ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตัดสินใจมารับการรักษา จากกรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity of disease) และความรู้เรื่องโรค (knowledge of disease) ซึ่งวิเคราะห์ได้มาจากส่วนของปัจจัยด้านความคิด (cognitive representation) ความกลัว (fear) ได้มาจากส่วนของปัจจัยด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (emotion representation) และการสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งได้มาจากสิ่งกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อม (environmental stimuli) ปัจจัยทั้ง 4 เป็นปัจจัยที่มีผลนำไปสู่ระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แสดงดังแผนภูมิที่ 1.1



แผนภูมิที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องโรค ความกลัวและการสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงบรรยายประเภทศึกษาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง กระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และการสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วย มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ กลุ่มประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ยูโร คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการศัลยศาสตร์ยูโร หน่วย ผ่าตัดและตรวจพิเศษศัลยศาสตร์ยูโร ดิคสยามินทร์ ชั้น 5 ห้อง 517 หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 7 เหนือ แผนกผู้ป่วยในทางด้านศัลยศาสตร์ยูโร โรงพยาบาลศิริราช ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2555 ถึง เมษายน 2556

นิยามตัวแปร

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity of disease) หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก ความนึกคิด ความเข้าใจ ของบุคคลที่ประเมินว่า ระดับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นมีความ รุนแรงเป็นอย่างไร ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การรับรู้และการ ประเมินถึงระดับความรุนแรงของอาการผิดปกติที่เกิดจากโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ประเมินโดย แบบสัมภาษณ์ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้น ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ของ กนกวรรณ บุญสังข์ (2552) ประกอบด้วย อาการ ผิดปกติที่เกิดจากโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบ ประมาณค่า 5 ระดับ

ความรู้เรื่องโรค (knowledge of disease) หมายถึง ความเข้าใจ ความนึกคิด ของผู้ป่วย เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ประเมินโดยใช้แบบ สัมภาษณ์ซึ่งดัดแปลงมาจาก แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของ กนกวรรณ บุญสังข์ (2552) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จำนวน 10 ข้อ และอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ ให้เลือกตอบโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 2 ระดับ คือ ใช่ และไม่ใช่

ความกลัว (fear) หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่ออันตราย หรือสิ่งคุกคามที่ เกิดขึ้นในขณะนั้น ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ความกลัว หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่เกิดความกลัวเมื่อมี อาการผิดปกติจากโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิด

อาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของ คนกวรรณ บุญสังข์ (2552) มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบไปด้วย กล่าวว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะไม่สามารถหายได้เอง กล่าวว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะรักษาไม่ได้ กล่าวว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นอาการของโรคมะเร็ง กล่าวว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ กล่าวว่าการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจะทำให้เสียเวลามาก กล่าวว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะต้องทำให้หยุดงาน กล่าวว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจทำให้เป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว กล่าวว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง กล่าวว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัว กล่าวว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อการต้องไปพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น คำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ

การสนับสนุนทางสังคม (social support) หมายถึง ปริมาณความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคคลใกล้ชิด กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งให้ความช่วยเหลือในด้านอารมณ์ และการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ โดยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบ็ค (Norbeck, 1981) แปลเป็นภาษาไทยโดย Phumonsakul, (2000)

ระยะเวลาการมารับการรักษา (time to definite diagnosis) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งผู้ป่วยได้มารับการรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโรครั้งแรก ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้เกณฑ์ ระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามเกณฑ์ของ Wallace et al., (2002) ซึ่งจะศึกษาใน 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติครั้งแรกและไปรับการรักษาที่แพทย์ทั่วไปซึ่งระยะเวลาไม่เกิน 14 วัน

ระยะที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่แพทย์ทั่วไปจนกระทั่งผู้ป่วยได้มารับการรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโรครั้งแรก ระยะเวลาไม่เกิน 28 วัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. โรงพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มีระยะเวลาในการมารับการรักษาที่รวดเร็ว เพื่อให้การรักษาที่ได้รับมีผลดี
2. เพื่อให้โรงพยาบาลใช้ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลสำหรับการวิจัยเพื่อลดระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของการเกิดโรค

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อตามลำดับดังนี้คือ

2.1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

- 2.1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
- 2.1.2 กลไกการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
- 2.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
- 2.1.4 ปัญหาและอุปสรรคการเข้ารับการรักษา

2.2 ระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

- 2.2.1 การแบ่งระยะการมารับการรักษา
- 2.2.2 เกณฑ์การพิจารณาระยะเวลาการมารับการรักษา
- 2.2.3 กรอบแนวคิดทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมารับการรักษา

ในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

2.2.4 ผลกระทบที่เกิดจากการมารับรักษาล่าช้า

2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

- 2.3.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
- 2.3.2 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
- 2.3.3 ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
- 2.3.4 การสนับสนุนทางสังคม

2.4 สรุป

2.1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (bladder cancer patients)

โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นโรคที่พบบ่อยในเพศชายอัตราการเกิดโรคเพศชายต่อเพศหญิง อัตราส่วนเป็น 4:1 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้แก่การสูบบุหรี่ การทำงานที่ต้องมีการสัมผัสสารเคมี การได้รับรังสี การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะบ่อยๆ การบริโภคอาหารประเภทผักผลไม้ไม่เพียงพอ (Stenzl et al., 2011) และการดื่มน้ำที่ไม่สะอาดมีสารเคมีปนเปื้อนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้มาก (Turner, 2008)

2.1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับที่ 9 ของโลก มีการวินิจฉัยผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะปีละประมาณ 300,000 ราย พบว่ามีอัตราการตายจำนวน 130,000 รายต่อปี (Stenzl et al., 2011) โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบมากเป็นอันดับที่ 4 ในโรคมะเร็งที่พบในเพศชายและเป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับที่ 8 ในเพศหญิงในทวีปอเมริกาเหนือ อัตราการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในชาวผิวขาวมีอัตราการเกิดมากเป็นอันดับ 1 ของโลก ในชาวเอเชียมีการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นอันดับที่ 3 ของโลก (Legg, 2008) ชนิดของเซลล์มะเร็งที่พบบ่อยละ 90 เป็นเซลล์ชนิด urothelial or transitional cell carcinoma ร้อยละ 4-5 เป็นเซลล์ชนิด squamous cell carcinoma และร้อยละ 1-2 % เป็นเซลล์ชนิด adenocarcinomas ชนิดของเซลล์มะเร็งที่เป็น squamous cell carcinoma และ adenocarcinomas เป็นเซลล์มะเร็งที่มีความรุนแรง การที่ชนิดของเซลล์มะเร็งที่เกิดขึ้นมีแตกต่างกันซึ่งจะมีผลกับการรักษาที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะเซลล์มะเร็งที่เป็นชนิด squamous cell carcinoma และ adenocarcinomas ซึ่งมีการเจริญเติบโตที่เร็วมากตอบสนองต่อการรักษาและการผ่าตัดได้น้อยกว่าเซลล์มะเร็งชนิด urothelial carcinoma จากการรวบรวมข้อมูลของ US National Cancer database (NCDB) และ The Eindhoven Cancer Registry ในปี 2003 พบว่าการเกิดโรคส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีอายุ 65-85 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุด ในเพศชายคือ 75-79 ปี ส่วนในเพศหญิงอายุที่พบมากที่สุดคืออายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป (Turner, 2008) อัตราการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในเพศชาย 37.5:100,000 รายในเพศหญิงเกิด 9.6:100,000 ราย (Legg, 2008)

2.1.2 กลไกการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

กระเพาะปัสสาวะประกอบด้วยเนื้อเยื่อที่เป็นองค์ประกอบ 3 ชั้นซึ่งประกอบด้วยชั้น urothelium ชั้น lamina propria และชั้น muscularis propria (detrusor muscle) ในระบบทางเดินปัสสาวะมีเนื้อเยื่อชนิด urothelium เป็นองค์ประกอบของอวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะทั้งหมด

และพบมากที่กระเพาะปัสสาวะ ในภาวะที่เซลล์ปกติจะมีการพัฒนาไปเป็นเซลล์มะเร็ง และเกิดการลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของยีนส์และโปรตีนในแต่ละโมเลกุล เมื่อ DNA ของเซลล์มีความผิดปกติในการแบ่งเซลล์เกิดขึ้นซึ่งสาเหตุมาจากการได้รับสารพิษแล้วไปส่งผลกระทบต่อกระเพาะปัสสาวะและผนังของเยื่อบุผิวของกระเพาะปัสสาวะทำให้บทบาทของ tumor suppressor ในยีนส์ที่ P53 และ retinoblastoma ทำให้เกิดขบวนการเปลี่ยนแปลงกับ DNA ที่ทำหน้าที่ในการซ่อมแซมเซลล์ต่างๆในการป้องกันเซลล์ ทำให้เกิดกลายเป็นเซลล์มะเร็งเกิดขึ้นการสูญเสียในการทำหน้าที่ tumor suppressor และการสร้าง oncogenes ทำให้เกิดความผิดปกติในการแบ่งตัวและการเจริญของเซลล์ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดการเจริญของเซลล์ที่ผิดปกติแล้วยังก่อให้เกิดความผิดปกติของ angiogenic factor ซึ่งมีผลทำให้เกิดการเจริญของเซลล์มะเร็งในกระเพาะปัสสาวะได้ (Turner, 2008) ชนิดของเซลล์มะเร็งกระเพาะปัสสาวะแบ่งได้ 2 ชนิดคือ epithelial neoplasma และ nonepithelial neoplasma (Legc, 2008) และได้มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นชนิด epithelial neoplasma และมีการกลับเป็นซ้ำได้มาก (ชูศักดิ์ ปรพัฒนานนท์, วชิร ชชการ, 2547)

การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งกระเพาะปัสสาวะแบ่งการแพร่กระจายได้ 4 วิธี คือ (ชูศักดิ์ ปรพัฒนานนท์, วชิร ชชการ, 2547)

1. การกระจายโดยตรง (direct extension) เซลล์มะเร็งจะมีการกระจายไปชั้นต่างๆของกระเพาะปัสสาวะ โดยตรงพบได้ร้อยละ 60 ทำให้เกิดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะหรือว่ามีการเพิ่มขนาดของเซลล์มะเร็งพบได้ร้อยละ 25 และอีกร้อยละ 10 มีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปด้านข้างโดยมีการเซาะไปตามส่วนของเยื่อบุผิวกระเพาะปัสสาวะแล้วเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อทำให้เซลล์มะเร็งมีลักษณะฐานกว้างมากขึ้น

2. การฝังตัวใหม่ (implantation) พบได้ในผู้ป่วยที่มีระยะของโรคที่เป็นมากเป็นผลจากการหลุดลอกของเซลล์มะเร็งจากการผ่าตัดซึ่งเกิดที่ท่อปัสสาวะหรือเป็นผลจากการส่องกล้องเนื้องอกจะมีการฝังตัวใหม่ซึ่งจะเกิดกับเนื้อเยื่อในส่วนของ prostatic fossa ได้มากที่สุด

3. การกระจายจากต้นกำเนิดหลายตำแหน่ง (multicentric origin) ซึ่งลักษณะเซลล์ที่ผิดปกติในกระเพาะปัสสาวะมีลักษณะ field change disease คือ มีการพบเนื้องอกในตำแหน่งอื่นๆ ของ urothelium ไปพร้อมกับตำแหน่งต้นกำเนิดและพบภาวะ dysplasia ของเนื้อเยื่อกระเพาะปัสสาวะในส่วนอื่นๆด้วย

4. การกระจายไปในอวัยวะอื่นๆ (metastasis spread) ซึ่งเป็นการกระจายไปในระบบน้ำเหลืองและระบบหลอดเลือดซึ่งพบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีการลุกลามเข้าชั้นกล้ามเนื้อแล้วทำให้เกิดการลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 2 ปี

2.1.3 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (signs and symptoms of bladder cancer)

โดยทั่วไปอาการแสดงเริ่มต้นของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจะแสดงด้วยอาการปัสสาวะเป็นเลือด และสีปัสสาวะเข้มขึ้น แต่ไม่มีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย ซึ่งมีอัตราการเกิดประมาณ 85% หรือถ้ามีการนำปัสสาวะไปตรวจแล้วพบ microhematuria ในปัสสาวะซึ่งคาดว่าจะมีอัตราการเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในเกณฑ์ที่ต่ำ ส่วนอาการที่พบได้บ่อยๆในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้แก่ (Sharma et al., 2009; American Cancer Society, 2012)

1. gross hematuria ซึ่งจะมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดโดยไม่มีอาการปวดร่วมด้วยเป็นอาการที่พบได้บ่อยและมีอัตราการเกิดในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้มากถึง 80-90%
2. มีอาการปัสสาวะออกกะปริบกะปรอยร่วมกับอาการถ่ายปัสสาวะบ่อย ซึ่งมีอัตราการเกิดในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะประมาณ 30%
3. มีอาการปวดบั้นเอวเนื่องจากภาวะ hydronephosis เมื่อมีการอุดตันในส่วนของ ureteric
4. มีอาการปวดบริเวณช่องท้อง กระดูกลงและอุ้งเชิงกราน อันเนื่องจากการลุกลามของเซลล์มะเร็ง
5. น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ผอมแห้ง และมีอาการขาบวม
6. คลำพบก้อนบริเวณหัวเหน่า
7. ซีด

2.1.4 ปัญหาและอุปสรรคการเข้ารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีระยะเวลาในการมารับการรักษาล่าช้า เนื่องจากโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นโรคที่มีอาการปัสสาวะลำบากเป็นๆหายๆ ปัสสาวะเป็นเลือด แต่ไม่มีอาการเจ็บปวด มีอาการที่แสดงที่ไม่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยขาดการสังเกตอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่ผิดปกติ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยประมาณ 80% ที่มีอาการปัสสาวะเป็นเลือดแล้วจึงมาพบแพทย์ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะแล้วมีอาการเจ็บปวดมีประมาณ 30% เท่านั้นที่มาพบแพทย์ (Turner, 2009) ซึ่งผู้ป่วยที่จะมารับการรักษาในโรงพยาบาลมักจะมาด้วยอาการปัสสาวะเป็นเลือด ออกเป็นระยะๆแต่ครั้งอาจจะห่างกัน 1-2 สัปดาห์ แต่สำหรับผู้ป่วยในประเทศไทยจะมาพบแพทย์เมื่อปัสสาวะมีเลือดปนติดกันหลายวัน และร่วมกับมีอาการซีดจากการเสียเลือด จึงมารับการรักษาในโรงพยาบาล (ชูศักดิ์ ปริพัฒนานนท์, วชิร คชการ, 2547) จากการทบทวนงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นๆ ร่วมกับผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบว่าปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งไม่มารับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นเมื่อมีอาการผิดปกติสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีเจตคติในด้านลบในการรักษาโรคมะเร็งซึ่งเชื่อว่าโรคมะเร็งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Norsa'adah et al., 2011)
2. ไม่ให้ความสนใจที่จะซักถามอาการจากใครและไม่สนใจในอาการที่เกิดขึ้น (Simon, Waller, Robb, & Wardle, 2010)
3. ผู้ป่วยขาดความตระหนักเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่ไม่เป็นอันตรายไม่คิดว่าจะเป็นอาการของโรคมะเร็ง ไม่สนใจในการที่จะไปรับการรักษา เชื่อว่าอาการเกิดขึ้นเองก็คงหายไปเองไม่ต้องไปรับการรักษาจากแพทย์ (Keeney, Mckenna, Fleming, & McIlfatrick, 2011; Ott, Ullrich, & Miller, 2009)
4. กังวลว่าแพทย์ไม่สนใจในอาการที่แจ้งให้แพทย์ทราบและแพทย์ไม่มีเวลาในการตรวจมาก ซึ่งพบว่าเป็นอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งถึง 40.3% (Simon, Waller, Robb, & Wardle, 2010)
5. แพทย์วินิจฉัยอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแตกต่างกัน คิดเป็น 17.8% (Simon, Waller, Robb, & Wardle, 2010)
6. ผู้ป่วยไม่มีเวลาในการไปพบแพทย์เพราะยุ่งกับการทำงาน คิดเป็น 31.1% (Simon, Waller, Robb, & Wardle, 2010)
7. มีความลำบากในการเดินทางเป็นอุปสรรคในผู้ป่วยมะเร็งถึง 2.8 % (Simon, Waller, Robb, & Wardle, 2010)
8. ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจในอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติว่าเป็นอาการของโรคมะเร็ง ซึ่งในการศึกษาพบว่าผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคมะเร็งถึง 44.8% (Harirchi et al., 2005; Maree & Wright, 2010)
9. ผู้ป่วยมีความอายและกลัวว่าจะเป็นมะเร็ง เมื่อไปรับการตรวจรักษากับแพทย์ (George & Fleming, 2004)
10. ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของชะตากรรมหรือเวรกรรมที่ทำให้เกิดขึ้น (Harirchi et al., 2005)
11. ขาดการเข้าถึงแหล่งบริการทางสาธารณสุขและไม่สามารถที่เข้าถึงแพทย์ผู้ให้การรักษาได้ (Harirchi et al., 2005)
12. ผู้ป่วยมีฐานะที่ยากจนไม่สามารถมารับการรักษาจากแพทย์ได้ (Harirchi et al., 2005)
13. ผู้ป่วยมีความไม่แน่ใจตั้งแต่ในการรักษา การไปพบแพทย์ มีความรู้สึกลัวในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ (Bish, Ramirez, Burgess, & Hunter, 2005)

2.2 ระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

2.2.1 ระยะเวลาการมารับการรักษา (time to definite diagnosis)

จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาล่าช้า ได้มีการศึกษา ระยะเวลาการมารับการรักษา ดังนี้

ระยะการมารับการรักษาที่ล่าช้าแบ่งได้ 3 ระยะดังนี้ (Hansen, Vedsted, Sokolowski, Sondergaard, & Ollesen, 2011)

ระยะที่ 1 ความล่าช้าที่เกิดจากผู้ป่วย (patient delay) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์

ระยะที่ 2 ความล่าช้าที่เกิดจากแพทย์ผู้ให้การรักษา (general practitioners) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจหรือได้รับตรวจโดยการส่องกล้อง

ระยะที่ 3 ความล่าช้าที่เกิดจากระบบในการรักษาผู้ป่วย (system delay) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยจนกระทั่งผู้ป่วยเริ่มได้รับการรักษาครั้งแรก

ในการศึกษาของ Harirchi, Ghaemmaghami, Karbakhsh, Moghimi, & Mazaherie (2005) ได้ศึกษาและได้ให้ความหมาย ระยะเวลาของการมารับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ไว้ 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ความล่าช้าที่เกิดจากผู้ป่วย (patient delay) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติในครั้งแรกและได้ไปพบแพทย์

ระยะที่ 2 ความล่าช้าที่เกิดจากผู้ให้การรักษา (provider delay) หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาปรึกษาแพทย์จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคแล้วได้รับการรักษา

ในการศึกษาของ Wallace et al., (2002) ซึ่งได้ศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งประกอบด้วย 5 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติครั้งแรกแล้วไปพบแพทย์ทั่วไปแล้วแพทย์ส่งตัวไปรับการรักษาต่อกับแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร

ระยะที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวจากแพทย์ทั่วไปจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลจากแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร

ระยะที่ 3 ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดในระบบทางเดินปัสสาวะครั้งแรก

ระยะที่ 4 ความล่าช้าที่เกิดจากระบบของโรงพยาบาล หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อจากแพทย์ทั่วไปมารับการรักษา กับแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโรจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการรักษาในครั้งแรกซึ่งเป็นระยะเวลาในระยะเวลาที่ 2 รวมกับระยะที่ 3

ระยะที่ 5 ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติในครั้งแรกจนถึงผู้ป่วยได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดในครั้งแรกซึ่งเป็นระยะเวลาการมารับการรักษาที่ล่าช้าทั้งหมด

ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจะศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามเกณฑ์การศึกษาของ Wallace et al., (2002) ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยจะศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระยะที่ 1 และ 2 คือ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยพบอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งได้มารับการรักษา กับแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโรในครั้งแรก

2.2.2 เกณฑ์การพิจารณาระยะเวลาการมารับการรักษา

ระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้า ได้มีการพิจารณาจากระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นครั้งแรกจนกระทั่งผู้ป่วยมารับการรักษาจากแพทย์ครั้งแรก การกำหนดระยะเวลาของการมารับการรักษาล่าช้าว่ามีระยะเวลาเท่าใด นั้นย่อมมีความแตกต่างกันตามลักษณะอาการหรือลักษณะของโรคที่เกิดขึ้น จากการทบทวนรายงานการวิจัยพบว่ามีผู้ศึกษาและกำหนดเกณฑ์ในการตัดสินระยะเวลาการมารับการรักษาที่เหมาะสมและการมารับการรักษาล่าช้าไว้ดังนี้

จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมของ Arndt et al., (2002) ได้แบ่งระยะเวลาที่ผู้ป่วยมารับการรักษาไว้ดังนี้ ระยะเวลา น้อยกว่า 1 เดือน, 1-3 เดือน และนานมากกว่า 3 เดือน เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติในครั้งแรกแล้วผู้ป่วยมารับการรักษาใช้เวลานานมากกว่า 3 เดือนถือว่าผู้ป่วยมารับการรักษาที่ล่าช้า

การศึกษาของ Harirchi, Ghaemmaghami, Karbakhsh, Moghimi, & Mazaherie (2005) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะลุกลาม ได้ใช้ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติครั้งแรกจนผู้ป่วยมาพบแพทย์ถ้าใช้เวลานานมากกว่า 1 เดือน ถือว่า ผู้ป่วยมารับการรักษาที่ล่าช้า

จากการศึกษาของ Oh & Park (2004) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งในรายงานวิจัยไม่ได้ระบุชนิดของมะเร็ง ซึ่งได้กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้าไว้คือ ผู้ป่วยที่พบอาการผิดปกติครั้งแรกแล้วผู้ป่วยไปพบแพทย์ภายในระยะเวลา 1 เดือน ถือว่าผู้ป่วยมารับการรักษาไม่ล่าช้า แต่ถ้าผู้ป่วยที่พบอาการผิดปกติครั้งแรกแล้วมาพบแพทย์ใช้เวลานานมากกว่า 1 เดือน ถือว่า ผู้ป่วยมารับการรักษาที่ล่าช้า

จากการศึกษาของ Wallace et al., (2002) ซึ่งได้ทำการศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะไว้ 5 ระยะ ซึ่งระยะที่ 1 คือ ระยะที่ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติในครั้งแรกแล้วมาพบแพทย์ทั่วไปแล้วแพทย์มีการส่งตัวไปรับการรักษาต่อกับแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโรใช้ระยะเวลา นานมากกว่า 14 วัน ถือว่าระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้า และถ้าใช้ระยะเวลา น้อยกว่า 14 วัน ถือว่าระยะเวลาการมารับการรักษาไม่ล่าช้า ระยะที่ 2 ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวจากแพทย์ทั่วไปจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลจากแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร มีระยะเวลา 28 วัน แต่ถ้าระยะเวลา มากกว่า 28 วันถือว่าระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้า, ระยะที่ 3 ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดในระบบทางเดินปัสสาวะครั้งแรก มีระยะเวลา 20 วัน ซึ่งถ้าระยะเวลา มากกว่า 20 วันถือว่าระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้า, ระยะที่ 4 ความล่าช้าที่เกิดขึ้นจากระบบของโรงพยาบาล หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อจากแพทย์ทั่วไปมารับการรักษา กับแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโรจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการรักษาในครั้งแรก ซึ่งเป็นระยะเวลาใน ระยะที่ 2 รวมกับระยะที่ 3 รวมระยะเวลา 68 วัน, ระยะที่ 5 ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติในครั้งแรกจนถึงผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดในครั้งแรก ซึ่งเป็นระยะเวลาการมารับการรักษาที่ล่าช้าทั้งหมดรวมระยะเวลา 110 วัน

สรุปจากการวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าเกณฑ์ในการกำหนดระยะเวลาในการมารับการรักษา มีค่อนข้างหลากหลาย หากว่าผู้ป่วยมีระยะเวลาในการมารับการรักษาที่น้อย ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยและการตรวจรักษาอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้นและการรักษาที่ได้รับไม่ซ้ำซ้อน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ดังนั้นการเลือกใช้เกณฑ์ในการกำหนดระยะเวลาในการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เกณฑ์ระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะของ Wallace et al., (2002) ในระยะที่ 1และระยะที่ 2 ซึ่งก็คือ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้มารับการรักษา กับแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโรในครั้งแรก

2.2.3 กรอบแนวคิดทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

กรอบแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่ดราคัพและคณะ(Dracup et al., 2003) ได้พัฒนามาจากโมเดล 3 โมเดลคือ 1. the health belief model, 2. the self regulation model of illness cognition and behavior, 3.the interactionist role theory หรือ symbolic interactionism ซึ่งดราคัพและคณะ (Dracup et al., 1995) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมแสวงหาการรักษา ว่าเป็นกระบวนการตัดสินใจของแต่ละบุคคลในการจัดการ หรือหาวิธีแก้ไขความเจ็บป่วยของตนเอง เมื่อมีปัจจัยหรือมีสิ่ง

กระตุ้นเกิดขึ้นเป็นพฤติกรรมที่บุคคลตัดสินใจ ไปพบแพทย์ เพื่อรับการรักษาดังแต่เริ่มมีอาการผิดปกติ ดังนั้นพฤติกรรมแสวงหาการรักษา ตามกรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาแล้วยังได้กล่าวถึงเรื่องของระยะเวลาที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งระยะเวลาที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณา คือ ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการผิดปกติในครั้งแรกจนกระทั่งมารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยและสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษาและตัดสินใจในการมารับการรักษามีดังนี้

1. อาการเจ็บป่วย (symptoms) เป็นอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และมีการประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่สำคัญ เป็นอาการที่รุนแรง ที่ต้องได้รับการรักษา (Dracup et al., 1995) ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้มากน้อยเพียงไร

2. สิ่งกระตุ้นภายในและสิ่งกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อม (internal & environmental stimuli)

2.1 สิ่งกระตุ้นภายใน (internal stimuli / factor) ประกอบด้วย

2.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (sociodemographic) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพทางสังคม การศึกษา ลักษณะบุคลิกภาพและสถานะภาพทางสังคม

2.1.2 ลักษณะอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้น (clinical characteristics)

2.1.3 บทบาททางสังคม (cultural roles)

2.1.4 ความคาดหวัง (expectation)

2.2 สิ่งกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อม (environmental stimuli/factors)

2.2.1 บุคคลในครอบครัวและผู้ร่วมงาน (family and coworkers)

2.2.2 เพื่อน (friends)

2.2.3 ทีมสุขภาพ (health care providers)

2.2.4 สื่อต่างๆ (the media)

ได้แก่ การให้คำปรึกษาจากบุคคลสำคัญต่างๆข้างต้น เมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยขึ้น การได้รับข้อมูล คำแนะนำจากบุคคลที่อยู่ในครอบครัวหรือสนิทสนมกันเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการตัดสินใจในการมารับการรักษาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

3. ด้านความคิด (cognitive representation) การรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น รวมถึงมีการประเมินอาการที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้อาการที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นอยู่ภายใต้อิทธิพลของ ความรู้ เจตคติและความเชื่อของแต่ละบุคคล (Dracup et al., 2003 ; 2006) ซึ่งเมื่อบุคคลมีการประเมินถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย

ที่เกิดขึ้นว่ารุนแรงตามที่รับรู้ จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นส่งผลให้เกิดการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วย

4. ด้านอารมณ์ (emotional representation) ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดงที่เกิดขึ้นรวมถึงความอายและความลำบากในการแสวงหาการรักษา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล

ระยะเวลาในการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะขึ้นอยู่กับบุคคลว่ามีการรับรู้สภาวะที่เกิดขึ้นที่คุกคามชีวิต จากสิ่งที่กระตุ้น จากภายในตัวบุคคล จากสิ่งแวดล้อม ด้านความคิด และด้านอารมณ์ ทำให้บุคคลเกิดขบวนการในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการวางแผนของแต่ละบุคคล เมื่อมีการจัดการปัญหาแล้วจะมีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น เมื่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นยังไม่ประสบความสำเร็จหรือไม่สามารถจัดการได้บุคคลจะหาวิธีในการจัดการกับอาการเหล่านั้นใหม่ หรือเมื่อมีการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่สำคัญและเป็นอันตรายที่จะเกิดการคุกคามต่อชีวิต รวมทั้งเกิดความกลัว ความวิตกกังวลว่าเป็นอาการที่รุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยหาวิธีการในการจัดการกับปัญหาโดยวิธีอื่นที่จะทำให้อาการของโรคดีขึ้น ซึ่งเป็นระยะเวลาในการตัดสินใจในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล (Dracup et al., 2003) การศึกษาในครั้งนี้จะนับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งมีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจนผู้ป่วยได้มารับการรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร เป็นระยะเวลาในการมารับรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

2.2.4 ผลกระทบจากการรักษาล่าช้า

จากการได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับรักษาล่าช้า พบว่าสิ่งที่เป็นผลกระทบจากการรักษาล่าช้าส่วนใหญ่ ส่งผลกระทบในเรื่องอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยซึ่งถ้าผู้ป่วยรักษาล่าช้าทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลงรวมถึงระยะของโรคและอาการของโรคที่เป็นมากขึ้น มีการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่นๆ ที่อยู่ใกล้เคียงมากขึ้น การศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะของ Hollenbeck et al., (2010) พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มารับรักษาล่าช้านานมากกว่า 9 เดือนจะเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่มารับรักษาภายใน 3 เดือนถึง 1.34 เท่า และระยะของโรคที่เป็นรุนแรงมากกว่าผู้ที่มารักษาภายใน 3 เดือน 2.11 เท่า ในการศึกษายังพบว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มารับรักษาในระยะเวลาที่มากกว่า 9 เดือนมีอัตราการรอดชีวิตเพียง 50.9 เดือนในขณะที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มารับรักษาภายใน 3 เดือนมีอัตราการรอดชีวิต 70.9 เดือน

ซึ่งจากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าการมารับการรักษาที่ล่าช้าส่งผลกระทบต่อทั้งอัตราการรอดชีวิตที่ลดลง อัตราการตายที่เพิ่มขึ้น และการมารับการรักษาที่ล่าช้ายังส่งผลกระทบต่อระยะของโรคที่รุนแรงขึ้นด้วย มีการลุกลามของโรคไปในอวัยวะใกล้เคียงได้มาก มีการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปในต่อมน้ำเหลือง ผลลัพธ์จากการรักษาเป็นไปในทางที่ไม่ดี การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษามีความยุ่งยากและ สลับซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น การใช้อุปกรณ์และบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นตามไปด้วย (Norsa'adah et al., 2011) ซึ่งจะส่งผลกับการรักษาที่ผู้ป่วยต้องได้ รับการรักษาในหลายๆวิธีร่วมกัน เช่น การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสง และต้องได้รับการ ทำทางระบายน้ำปัสสาวะใหม่ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการตัดกระเพาะออกบางส่วนหรือ ตัดกระเพาะออกทั้งหมด (Fahmy et al., 2009) และยังคงส่งผลต่อการดำเนินชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลง ไป ทั้งในชีวิตการทำงาน ชีวิตในครอบครัว และการใช้ชีวิตในสังคมที่เกิดขึ้นจากการมีทางระบายน้ำ ปัสสาวะที่ไม่เหมือนเดิม สรุปได้ว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ล่าช้า ส่งผลกระทบต่อระยะของโรคที่จะมีการ ลุกลามและเป็นมากขึ้น แล้วยังส่งผลกับการรักษาที่จะได้รับที่มีความซับซ้อนและใช้เวลาในการ รักษาที่นานมากขึ้น รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้นทั้งในส่วนของทรัพยากรบุคคลและ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มากขึ้น สุดท้ายที่สำคัญทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลงและมีอัตรา การตายที่เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย

2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะ ปัสสาวะ

2.3.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

Becker (1974) ได้ให้คำจำกัดความของ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) ไว้ว่า เป็นความเชื่อของบุคคล ซึ่งประเมินความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อด้านร่างกาย จิตใจ และ ด้านอารมณ์ จากกรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003) สิ่งที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิด พฤติกรรมในการแสวงหาการรักษาและระยะเวลาในการตัดสินใจในการมารับการรักษา คือ อาการ เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่มีความรุนแรงและคุกคามชีวิต ของตนเองก็จะทำให้ผู้ป่วยรีบมารับการรักษาตั้งแต่มีอาการผิดปกติครั้งแรก ในการศึกษาของ Ristvedt et al., (2005) พบว่าบุคคลที่เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อยจะทำให้บุคคลไม่สนใจ ในอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่รุนแรงต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ ไม่คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็น อาการของโรคมะเร็ง ส่งผลให้ระยะเวลาในการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยยาวนาน ขึ้น ทำให้การดำเนินของโรคแย่งตามไปด้วยระยะของโรคเป็นมากขึ้น ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของ

โรคเป็นส่วนหนึ่งที่เกิดจากด้านความคิด (cognitive representation) ตามกรอบแนวคิดของดราคัพ และคณะ (Dracup et al., 2003)

2.3.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่มีวรรณกรรมใดกล่าวถึงการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะโดยตรง ผู้วิจัยจึงได้ค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในระบบต่างๆของร่างกาย กล่าวคือ จากการศึกษาของ Phisaiaphanth, (2002) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาที่ล่าช้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีการรับรู้การคุกคามของโรคต่ำจะมารับการรักษาล่าช้าเป็น 3.96 เท่า ของผู้ที่มีการรับรู้การคุกคามโรคสูง (Adjusted OR=3.96,95%CI= 1.70-7.64,p < .01) และในการศึกษาของ กนกวรรณ บุญตั้งซ์ (2552) ซึ่งศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถทำนายพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ก็คือผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติเพิ่มขึ้นจะทำให้มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจในการมารับการรักษาได้เร็ว ทำให้ไม่เกิดความล่าช้าในการมารับการรักษา นั่นก็แสดงให้เห็นว่าในผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับที่น้อย จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษาและตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมและล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Byles et al., (1992) ซึ่งได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติจากการมีเลือดออกทางทวารหนักแล้วไม่ไปรับการรักษาจากแพทย์ ผลการศึกษาพบว่าเหตุผลที่ไม่ไปพบแพทย์ เพราะคิดว่าอาการที่เกิดขึ้น ไม่ได้เป็นอาการที่มีความรุนแรงอาการคงจะดีขึ้นเองในภายหลัง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Young et al., (2000) ซึ่งได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นในระดับที่น้อย ซึ่งคิดว่าอาการที่มีเลือดออกจากทวารหนักเป็นอาการของ ริดสีดวงทวารหนัก รอคักระยะอาการคงหายไปเอง ไม่ใช่อาการของโรคมะเร็ง ซึ่งจะรอนจนอาการเป็นมากขึ้นจึงมารับการรักษา คือ มีอาการปวดท้อง อุจจาระเป็นเลือดมากขึ้น เกิดภาวะซีด ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาที่ล่าช้า และในการศึกษาวิจัยของ Cockbur, Paul, Tzelepis, Mcelduff, & Byles (2003) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้พบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 31.9% ที่มีอาการอุจจาระเป็นเลือดแล้วไม่ไปพบแพทย์ เหตุผลที่ไม่ไปพบแพทย์เพราะคิดว่าเป็นอาการที่ไม่มีความรุนแรงร้อยละ 44.8 คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นจะหายไปเองได้ร้อยละ 27.6 ส่วนในการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมของ Mitchell et al., (2008) ซึ่งได้ทำการรวบรวมงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มี

อิทธิพลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมารับการรักษาล่าช้า ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมักทำให้ระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยล่าช้ามากที่สุดซึ่งพบในรายงานการวิจัยที่ศึกษาถึง 75%

2.3.1.2 เครื่องมือประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค

การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีการนำมาใช้ในการประเมินในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆอย่างแพร่หลาย และปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและถูกต้องตามเนื้อหาของแต่ละโรคเช่น

1. แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนของผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนาโดย ลัญญา จำปาทอง (2545) โดยใช้แนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพ มีทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วย ผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และภาวะของผู้สูงอายุ มีลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ เป็นไปในทางบวกทั้งหมด

2. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งพัฒนาโดย ยุพาพร ศรีจันทร์ (2548) มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ให้เลือกตอบ 2 ระดับคือ เห็นด้วย กับ ไม่เห็นด้วย ซึ่งประกอบด้วยอาการของโรค ผลที่เกิดจากโรคและการรักษา

3. แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งพัฒนาโดย ธนิญา น้อยเปียง (2545) ข้อคำถามครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ลักษณะข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ มีทั้งหมด 18 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ

4. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งพัฒนาโดย กนกวรรณ บุญสังข์ (2552) ส่วนประกอบของแบบสัมภาษณ์เป็น อาการเริ่มต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 14 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (rating scale) ให้เลือกตอบ 4 ระดับ

ผู้วิจัยเลือกประยุกต์ใช้เครื่องมือกับกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เพื่อประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคของ กนกวรรณ บุญสังข์ (2552) ซึ่งได้มีการนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.82

2.3.2 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (knowledge of disease)

ความรู้ คือ ความรอบรู้ ความคุ้นเคย ซึ่งเป็นสภาพของการรับรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง ความชัดเจนและความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในข้อเท็จจริงนั้น ได้แบ่งระดับของพฤติกรรมที่อยู่ในกลุ่ม

ของความรู้ เป็น 6 ระดับ จากระดับที่ง่ายไปหายาก ดังนี้ (Green, & Simons-Morton, 1984 อ้างใน เรณู กาวิละ, 2537)

1. ความรู้ (knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้หรือระลึกได้ จากประสบการณ์ต่างๆในชีวิตที่ได้รับรู้มา
2. ความเข้าใจ (comprehension) คือ พฤติกรรมที่ต่อเนื่องจากความรู้ ต้องมีความรู้ก่อน จึงจะทำให้เกิดความเข้าใจ ความเข้าใจจะมีการเปลือออกมาในรูปของการแปลความหมาย ทำให้เกิดการคาดคะเนกับสิ่งที่เกิดขึ้น
3. การนำไปใช้ (application) คือ การนำเอาทฤษฎี แนวคิด และความรู้ไปประยุกต์ใช้
4. การวิเคราะห์ (analysis) คือ การที่บุคคลมีความสามารถในการแยกแยะองค์ประกอบของปัญหาหรือประสบการณ์ออกเป็นส่วนย่อยๆ และสามารถผสมผสานองค์ประกอบย่อยๆนั้นได้
5. การสังเคราะห์ (synthesis) คือ ความสามารถของบุคคลในการนำเอาส่วนประกอบย่อย หลายๆส่วนมารวมกันเป็นโครงสร้างที่ชัดเจน แล้วสร้างเป็นแบบแผนหรือหลักในการปฏิบัติ ได้อย่างมีระเบียบแบบแผน
6. การประเมินค่า (evaluation) คือ ความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัย โดยมีกฎเกณฑ์และมาตรฐานเป็นเครื่องในการช่วยในการวินิจฉัย อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่มีอยู่แล้วหรือมีการสร้างขึ้นใหม่

ความรู้เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ แสดงออกมาในรูปของ ความจำ ความเข้าใจและการปฏิบัติ ซึ่งถ้ามีความรู้เรื่องใน โโรคนั้นมากเท่าไร ก็จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการแสดงออกของบุคคลในการมารับการรักษาของบุคคลมากเท่านั้น ความรู้ก็เป็นปัจจัยหนึ่งในด้านความคิด (cognitive representation) ตามกรอบแนวคิดของ Dracup et al., (2003) ซึ่งจะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และมีผลถึงระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะด้วย ความรู้มีผลต่อการประเมินอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่ผิดปกติ ซึ่งต้องมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นรวมทั้งทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการผิดปกติเกิดขึ้น

2.3.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่มีวรรณกรรมใดกล่าวถึงความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะโดยตรง ผู้วิจัยจึงได้ค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งในระบบต่างๆของร่างกาย ดังกล่าวคือ ในการศึกษาของ Nooijer et al., (2001) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง

ผิวหนัง มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลูกอัณฑะ พบว่าผู้ป่วยที่ขาดความรู้เรื่องโรคเป็นปัจจัยที่กระตุ้นและทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการมารับการรักษาที่มากขึ้น และเช่นเดียวกับการศึกษาจากการศึกษาของ McCaffery et al., (2003) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักกับพฤติกรรมในการสังเกตอาการที่ผิดปกติในระยะเริ่มต้นของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระดับที่น้อย คิดเป็น 58% ไม่สามารถบอกปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ และไม่สามารถบ่งชี้ได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักถึง 24% ซึ่งเป็นผลให้ไม่มารับการตรวจคัดกรองในระยะเริ่มต้นที่มีอาการผิดปกติ ส่วนในการศึกษาของ Harirchi et al., (2004) ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อยู่ในระยะ 2, 3 และ 4 ได้ศึกษาถึงปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมารับการรักษาล่าช้า ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยล่าช้า เนื่องจาก การขาดความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการของโรคมะเร็ง ซึ่งจะต้องไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษา และในการศึกษาของ Simon et al., (2010) ในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งศึกษาปัจจัยที่เป็นผลที่ทำให้ระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งล่าช้าเมื่อเกิดอาการผิดปกติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในระดับมาก ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการแสดงของโรคมะเร็งจะเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้ไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ในทันทีเมื่อเกิดอาการผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 75 และจะไปรับการตรวจรักษาในทันทีที่มีอาการผิดปกติมากกว่าผู้ที่มีความรู้ในระดับที่น้อยถึง 1.09 เท่า (OR=1.09, CI: 1.01-1.17) ซึ่งผู้ที่มีความรู้ในระดับที่น้อยเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ก็ส่งผลทำให้ระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการตรวจรักษาล่าช้ามากขึ้น จากการศึกษาของ James et al., (2011) เรื่องปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักกับการไปรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เรื่องโรคและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระดับที่น้อย เป็นผลทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากถึงร้อยละ 65.7 ดังนั้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคน้อย จะส่งผลให้ระยะเวลาในการมารับรักษามากขึ้น

2.3.2.2 เครื่องมือประเมินความรู้เรื่องโรค

แบบประเมินที่ใช้วัดความรู้เรื่องโรคมีการศึกษาและพัฒนาไว้มีดังนี้

1. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งพัฒนาโดย เรณู กาวิละ (2537) มีข้อคำถามมีทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับความหมายของโรคมะเร็งปากมดลูก สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการของโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาโรค การพยากรณ์โรค และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรค เป็นแบบสอบถามที่ให้เลือกตอบ 4 ข้อ โดยมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว

2. แบบสัมภาษณ์ด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งพัฒนาโดย เจตนา ศรีใส (2540) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย ความหมายของโรคมะเร็งปากมดลูก สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการ การวินิจฉัย การรักษา ประโยชน์ของการตรวจหา มะเร็งปากมดลูก และวิธีป้องกันการเป็นมะเร็งปากมดลูก ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ระดับ ว่าใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ

3. แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่ง พัฒนาโดย กนกวรรณ บุญสังข์ (2552) ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ 2 ระดับ คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ และในส่วนที่ 2 เป็นความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ 2 ระดับ คือ ใช่ กับ ไม่ใช่

ผู้วิจัยเลือกประยุกต์ใช้เครื่องมือการประเมิน ความรู้เรื่อง โรคในกลุ่ม ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ของ กนกวรรณ บุญสังข์ (2552) ซึ่งได้มีการนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้ กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.94

2.3.3 ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ความกลัว หมายถึง ความรู้สึกไม่อยากประสบสิ่งที่ไม่ดีแก่ตัว หรือความรู้สึกหวาดกลัว เพราะคาดว่าจะประสบภัย (พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

ความกลัว หมายถึง อาการเตือนว่าสิ่งที่คุกคามหรืออันตรายเข้ามาใกล้ ความกลัวอาจ ถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าภายนอกหรือภายใน สิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ ความกลัวในสิ่งที่สามารถเห็นได้ ได้ยิน ได้รู้สึก สิ่งเร้าภายใน ได้แก่ ประสบการณ์ครั้งแรก หรือสิ่งที่แต่ละคนได้รับการบอกเล่าหรือ จินตนาการเอาเอง (Davies & Janosik, 1991)

ความกลัว เป็นภาวะความกดดันทางอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น โดยความเจ็บปวด อันตราย หรืออาจเกิดจากจินตนาการที่สร้างขึ้นมาเอง (Hart & Bossert, 1994)

ความกลัว เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่คุกคามหรืออันตรายทั้งที่มีอยู่จริงและไม่มีจริง เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่ออันตรายที่บุคคลประเมินว่าตนมีความสามารถน้อยกว่าสิ่งนั้น (Wong, 1995)

ความกลัว คือ การตอบสนองตามปกติต่อสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ที่มาคุกคาม เป็น การปรับตัวของแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์ที่อาจเป็นอันตรายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความกลัวที่ รุนแรงเป็นพื้นฐานที่ก่อให้เกิดความกังวลได้ (Wener & Kerig, 2000)

ความกลัว เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่ยอมรับรู้ว่าคุกคามหรืออันตราย รวมถึงความรู้สึกไม่สบายใจ ปั่นป่วน ไม่แน่ใจ หวาดกลัว โดยการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและพฤติกรรมกรหลีกเลียง (วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2543)

ซึ่งพอสรุปได้ว่า ความกลัว เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่รับรู้มาว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่คุกคาม หรือเป็นอันตรายต่อตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ทั้งที่มีอยู่จริงและเกิดจากการจินตนาการ ซึ่งก่อให้เกิดการตอบสนองโดยการแสดงพฤติกรรมออกมา ซึ่งความกลัวเป็นส่วนหนึ่งที่มาจากด้านอารมณ์ (emotional representation) ตามกรอบทฤษฎี ของดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003) ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีการตัดสินใจในการมารับการรักษา เมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรค

2.3.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

จากการศึกษาโดยการทบทวนงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบทางเดินอาหารของ Macdonald, Macleod, Campbell, Weller, & Mitchell (2006) จากการศึกษาพบว่าความกลัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีระยะเวลาในการมารับการรักษาล่าช้า ซึ่งผู้ป่วยกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคมะเร็ง ทำให้ไม่มารับการรักษาส่งผลให้ระยะเวลาการรักษาล่าช้ามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nooijer, Lechner, & Vries (2001) ซึ่งได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งผิวหนัง มะเร็งเต้านม และมะเร็งลูกอัณฑะ ผลจากการศึกษาพบว่าความกลัวเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมารับการรักษาอย่างเร่งด่วนและมารับการรักษาตั้งแต่ผู้ป่วยพบอาการผิดปกติในครั้งแรก พบในกลุ่มตัวอย่างที่มีความกลัวและวิตกกังวลมากๆ แต่ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรักษามากขึ้นเพราะผู้ป่วยกลัวว่าจะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคมะเร็ง ผู้ป่วยไม่ต้องการได้รับการยืนยันว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งจากแพทย์ ทำให้ไม่มารับการรักษา และกลัวว่าอาการที่เกิดขึ้นจะทำให้ตนเองเสียชีวิต ในการศึกษาของ Smith, Pope, & Botha (2005) พบว่าความกลัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า เนื่องจากผู้ป่วยกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความยุ่งยากกับคนในครอบครัว กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นมีผลกับความสัมพันธ์ในเรื่องเพศสัมพันธ์ กลัวว่าอาการที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความเจ็บปวด กลัวว่าการรักษาทำให้ตนเองสูญเสียอวัยวะ และในการศึกษาของ Farooqui, Hassali, Shatar, Seang, & Farooqui (2011) พบว่าปัจจัยในด้านความกลัวเป็นปัจจัยที่มีผลทำให้ระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมล่าช้า เนื่องจากผู้ป่วยกลัวผลข้างเคียงจากการรักษาโรคมะเร็งเต้านม

2.3.3.2 เครื่องมือประเมินความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่พัฒนาโดย กนกวรรณ บุญสังข์ (2552) เป็นแบบสัมภาษณ์ให้เลือกตอบตามความรู้สึกของผู้ป่วย มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ใช้มาตราวัดแบบประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ซึ่งมีการนำเครื่องมือใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.85

2.3.4 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental stimuli) การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคม สามารถคาดการณ์ได้ รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคม ยังมีผลต่อการบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ช่วยให้ผู้คลประเมินสถานการณ์ที่คุกคาม มีขวัญและกำลังใจในการเผชิญกับปัญหาและสามารถที่จะปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen & Wills, 1985) ซึ่งสอดคล้องกับคอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกลางในการลดความเครียด ช่วยในการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการช่วยลดความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ในชีวิตตลอดจนความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

2.3.4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่มีผู้กล่าวไว้มากมายและให้ความหมายที่แตกต่างกันส่วนใหญ่จะใช้เฉพาะงานวิจัยนั้นๆ จึงมีความหมายที่แตกต่างกันและคล้ายคลึงกัน

แบรนด์ท์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ ความรู้สึกพึงพอใจต่อความต้องการที่เกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม

คอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนสนใจดูแลเอาใจใส่และได้รับความรัก เชื่อว่ามีบุคคลคอยช่วยเหลือ ทำให้รู้สึกมีคุณค่า เห็นคุณค่าในตนเองและรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม

คานท์ (Kahn, 1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล จะทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง เป็นการยอมรับหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกบุคคลหนึ่ง ตลอดจนการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในด้านการเงิน สิ่งของ หรืออื่นๆ

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคมในด้านต่างๆ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูล คำแนะนำในการแก้ปัญหา สิ่งของหรือเงินทอง รับรู้ถึงความรักใคร่ผูกพัน รู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้เกิดขวัญ กำลังใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Norbeck (1982) ได้กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลง จากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้า ที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลงสามารถป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

House & Kahn (1985) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ประเมินตนเอง

2.3.4.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีผู้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันออกไปหลายแนวคิด ดังนี้

Norbeck et al., (1981) ได้นำแนวคิดของ Kahn (1979) มาอธิบายการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้านคือ

1. ความผูกพันทางอารมณ์และความคิด (affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ในรูปของความรักใคร่ผูกพัน การเคารพยกย่อง การยอมรับ

2. การยืนยันและการรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความต้องถูกต้องเหมาะสม ทั้งการกระทำและความคิดของบุคคลอื่น

3. การให้ความช่วยเหลือ (aid) เป็นการให้วัตถุสิ่งของ เงินข้อมูลข่าวสาร หรือเวลา

Cobb (1976) แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) คือ การให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่ มีความสัมพันธ์อันใกล้ชิดและมีความรักใคร่ผูกพันไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านการให้การยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นการช่วยเหลือให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นคนมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น
3. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social support or network) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรับรู้ และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นเจ้าของในสังคมมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง ความผูกพันใกล้ชิด การได้รับความไว้วางใจ ทำให้บุคคลได้รับความรัก หรือได้รับการดูแล
2. การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร (informational support) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ปัญหา หรือข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้พฤติกรรมและการปฏิบัติตน
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (tangible support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ เงิน และการบริการต่างๆที่จำเป็น

House (1985) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การสนับสนุน การยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ
2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง และการเรียนรู้ตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ การสนับสนุนด้านนี้จึงเป็นการเสริมแรงทางสังคม (social reinforcement)
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะและการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrument support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องการเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

จากความหมายและชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ทั้งความรักและการนับถือ การสนับสนุนทางด้านสิ่งของการเงิน ข้อมูลข่าวสารและเวลา และการช่วยเหลือโดยตรงตามความจำเป็นที่เกิดขึ้น การสนับสนุนทางด้านความคิดและการกระทำ ระยะเวลาความผูกพันและความถี่ในการมีปฏิสัมพันธ์

2.3.4.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เป็นสิ่งที่แสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ บทบาทและความรักใคร่มากกว่าสิ่งๆ ที่ให้ในการช่วยเหลือ แหล่งการสนับสนุนทางสังคมแบ่งได้ดังนี้

ตามแนวคิดของ Kaplan, Cassel, & Gore (1997) จำแนกกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ประกอบด้วยบุคคล 2 กลุ่ม คือ บุคคลในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ยา ตา ยาย พ่อแม่ ลูกหลาน กับอีกกลุ่ม คือ ครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย
2. องค์กรและสมาคมที่ให้การสนับสนุน ได้แก่ ชมรมหรือสมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดอยู่ในกลุ่มวิชาชีพสุขภาพ
3. กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Professional health care workers) หมายถึง ผู้ที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู

2.3.4.4 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคม

1. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) ของ Norbeck (1981) เป็นแบบวัดโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวหรือการจัดการกับตนเองแบบสั้นๆ ได้มีการประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ 1. การประเมินด้านอารมณ์หรือการทำหน้าที่ ซึ่งประเมินการสนับสนุน 2 ส่วน ได้แก่ ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด ความเห็นพ้องยืนยันพฤติกรรมของบุคคล 2. การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และการช่วยเหลือด้านสิ่งของ 3. ด้านเครือข่าย (network) คือ เป็นจำนวนเครือข่าย ระยะเวลาความผูกพัน และความถี่ในการมีปฏิสัมพันธ์ แบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม personal resource questionnaire (PQR) เป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดย แบรินท์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981) เป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้าน

การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับการช่วยเหลือแนะนำต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต 1 ระดับโดยข้อความด้านบวกจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 7 คะแนน

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เป็นการประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินหรือแรงงาน และการสนับสนุนด้านการประมาณค่า ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามในเชิงบวก 17 ข้อ และเป็นข้อคำถามในเชิงลบ 3 ข้อ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบ็ค (Norbeck, 1981) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้การประเมินการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะประเมินใน 2 ด้าน ได้แก่ 1. การประเมินหน้าที่หรือการทำหน้าที่ จะประเมินการสนับสนุน 3 ส่วน ได้แก่ ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด ความเห็นพ้องยืนยันพฤติกรรมของบุคคล และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 2. ด้านเครือข่าย (network) คือ เป็นจำนวนเครือข่าย ระยะเวลาความผูกพัน และความถี่ในการมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Phumonsakul, (2000) มีค่าการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) เท่ากับ .85 ซึ่งมีการนำแบบสอบถามไปใช้ในการศึกษาของ Lapchem, (2007) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการตั้งครรภ์ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความกลัวการคลอดบุตรของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเสี่ยงสูง มีค่าการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) เท่ากับ .97 ซึ่งในการมารับการตรวจและรับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเมื่อเริ่มเกิดอาการผิดปกติในครั้งแรก ถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์และความคิด การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระยะเวลาความผูกพัน และความถี่ในการมีปฏิสัมพันธ์จะเป็นผลในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการและเผชิญกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ลดระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาโดยการรวบรวมงานวิจัยในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ถึงปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วย ในการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาในระยะเริ่มแรกของโรคเมื่อเกิดอาการผิดปกติในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เมื่อผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจในการจัดการกับอาการผิดปกติได้อย่างเหมาะสม ทำให้ระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยลดลง (Mitchell, Macdonald,

Campbell, Weller, & Macleod, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Macleod, Mitchell, Burgess, Macdonald, & Ramirez (2009) จากการรวบรวมงานวิจัยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ถึงปัจจัยที่มีผลกับระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้นเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเมื่อพบอาการผิดปกติในครั้งแรกเร็วขึ้น ซึ่งทำให้ลดระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งได้ ผลการศึกษาที่ชัดเจนพบในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และโรคมะเร็งทางนรีเวช จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะยังไม่มีการศึกษา เรื่องการสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษา การสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในครั้งนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพในการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหรือเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต การสนับสนุนทางสังคมก็จะช่วยในการบรรเทาความเครียดและทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะเวลาที่เหมาะสม และได้รับการส่งเสริมหรือช่วยเหลือในการตรวจรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการมีอาการของโรค

2.4 สรุป

จากการทบทวนรายงานการวิจัยพบว่าโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นโรคมะเร็งที่พบมากในระบบทางเดินปัสสาวะ ประมาณร้อยละ 75-85% ของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจะไม่ถูกตามถิ่นชั้นเยื่อผิวส่วนบนจึงอยู่ในระยะเริ่มแรกของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (วิสูตร คงเจริญสมบัติ, 2552) อาการแสดงที่ปรากฏ คือ อาการปัสสาวะเป็นเลือดหรือร่วมกับอาการแสบขัดในทางเดินปัสสาวะ ซึ่งอาจจะไม่มีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย หากผู้ป่วยมีความรู้และตระหนักในอาการที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นและรีบมาพบแพทย์โดยไม่รอให้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหายไปเอง มีพฤติกรรมในการแสวงการรักษาที่เหมาะสมไม่ล่าช้าจะทำให้การรักษาได้ผลและมีประสิทธิภาพ จากกรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษา รวมทั้งระยะเวลาในการตัดสินใจในการมารับการรักษาเมื่อเกิดอาการผิดปกติด้วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาทั้งหมด 4 ตัวแปรคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (perceived severity of disease) ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (knowledge of disease) จากการวิเคราะห์แล้วพบว่าเป็นตัวแปรที่มาจากในส่วนของด้านความคิด (cognitive representation) ตัวแปรต่อมาเป็นตัวแปร ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (fear) จากการวิเคราะห์แล้วพบว่าเป็นตัวแปรในด้าน

ของอารมณ์ (emotion representation) และตัวแปรสุดท้าย การสนับสนุนทางสังคม (social support) จากการวิเคราะห์แล้วพบว่าเป็นตัวแปรในส่วนหนึ่งจากด้านสิ่งแวดล้อม (environmental stimuli) จากการทบทวนรายงานการวิจัยที่ผ่านมามีรายงานการวิจัยที่สนับสนุนว่าตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรดังกล่าวข้างต้น เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นๆ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนที่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ นอกจากนี้ รายงานการวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในประเทศไทยมีอยู่น้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมารับการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสมไม่เกิดการล่าช้าในการมารับการรักษา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะทุกระยะของโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 30 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทางด้าน ศัลยศาสตร์ยูโร โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะทุกระยะของโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 30 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทางด้าน ศัลยศาสตร์ยูโร โรงพยาบาลศิริราช

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
2. ระดับความรู้สึกรู้สึกตัวดี สามารถให้ข้อมูลกับผู้วิจัยได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ power analysis ตามการวิเคราะห์ correlation analysis (Polit & Beck, 2008) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา.05 ($\alpha=.05$) และกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 ขนาดอิทธิพลปานกลาง (moderate effect size) เท่ากับ 0.3 ดังนั้นได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เท่ากับ 90 ราย

แหล่งเก็บข้อมูล (settings)

1. แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งมีผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมารับบริการ ดังนี้

1.1 หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ยูโร ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 3 เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.00 -12.00 น

1.2 คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ศัลยศาสตร์ยูโร เปิดให้บริการตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ 16.00 - 20.00 น และวันเสาร์ เวลา 08.00 - 16.00 น

2. หน่วยผ่าตัดและตรวจพิเศษศัลยศาสตร์ยูโร ตึกสยามินทร์ชั้น 5 ห้อง 517 เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น

3. แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศิริราช เป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ที่เข้ารับการรักษาทันทีเพศชายและเพศหญิงในทุกระยะของโรค ก่อนการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด แผนกผู้ป่วยในศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 7 เหนือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นให้ผู้ป่วยเลือกตอบและเติมคำในช่องว่างมีจำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ที่อยู่ ปัจจุบัน ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล โรคประจำตัวอื่นๆ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย

เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกมีจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ผลพยาธิวิทยาทางคลินิก, ระยะของโรคแบ่งตามระบบ TNM, ตำแหน่งและขนาดของก้อนเนื้อออก, วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน, จำนวนครั้งในการได้รับการผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดทางทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสัมภาษณ์ให้เติมคำในช่องว่างมีทั้งหมด 3 ข้อคำถาม ประกอบด้วยข้อคำถาม ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการผิดปกติ ระยะเวลาที่มีอาการผิดปกติแล้วมาพบแพทย์ในครั้งแรก ระยะเวลาที่มีการส่งตัวให้มารับการรักษาที่แพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งพัฒนาโดย กนกวรรณ บุญสังข์ (2552) ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับข้อคำถามจากผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งเป็นข้อคำถามอาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ การถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด การถ่ายปัสสาวะลำบาก หลังถ่ายปัสสาวะแล้วมีอาการแสบขัด การถ่ายปัสสาวะกะปริบกะปรอย ถ่ายปัสสาวะบ่อยและออกทันที มีอาการปวดขณะถ่ายปัสสาวะ มีอาการบริเวณบั้นเอว คลำพบบก้อนบริเวณหัวเหน่า มีอาการปวดบริเวณอุ้งเชิงกราน มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมากกว่า 5 กิโลกรัมในระยะเวลา 1 เดือน อาการซีดหรือมีคนที่กว่าซีด คำถามใช้มาตราวัดแบบประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ คะแนนน้อย หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมก

ไม่มีอาการ	=	0
รุนแรงน้อยที่สุด	=	1
รุนแรงน้อย	=	2
รุนแรงมาก	=	3
รุนแรงมากที่สุด	=	4

การแปลผล เป็นการแปลตามสเกลการให้คะแนนของผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับน้อย คือ ค่าของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เท่ากับ 0 - 16 คะแนน

ระดับปานกลาง คือ ค่าของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เท่ากับ 17 - 32 คะแนน

ระดับมาก คือ ค่าของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เท่ากับ 33 - 48 คะแนน

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งพัฒนาโดย กนกวรรณ บุญสังข์ (2552) ผู้วิจัยนำมาปรับข้อความจากผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

เป็นแบบสัมภาษณ์ให้เลือกตอบมีข้อความทั้งหมด 10 ข้อ เป็นข้อความที่ถามถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ คำถามแบ่งคะแนนเป็น 2 ระดับ คือ 1 หมายถึง ใช่ 0 หมายถึง ไม่ใช่ ถ้าตอบแล้วได้คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมาก ถ้าตอบแล้วได้คะแนนน้อย หมายถึง มีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะน้อย

การแปลผล

ความรู้น้อย หมายถึง คะแนน < ร้อยละ 60 คือ คะแนนความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเท่ากับ 0-5.9 คะแนน

ความรู้ปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79 คือ คะแนนความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเท่ากับ 6-7.9 คะแนน

ความรู้มาก หมายถึง คะแนน \geq ร้อยละ 80 คือ คะแนนความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเท่ากับ 8-10 คะแนน

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

เป็นแบบสอบถามสัมภาษณ์ให้เลือกตอบมีข้อความทั้งหมด 12 ข้อ ซึ่งข้อความถามเรื่อง อาการผิดปกติที่เป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ คำถามแบ่งคะแนนเป็น 2 ระดับ คือ 1 หมายถึง ใช่ 0 หมายถึง ไม่ใช่ ถ้าตอบแล้วได้คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมาก ถ้าตอบแล้วได้คะแนนน้อย หมายถึง มีความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะน้อย

การแปลผล

ความรู้น้อย หมายถึง คะแนน < ร้อยละ 60 คือ คะแนนความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เท่ากับ 0-7.1 คะแนน

ความรู้ปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79 คือ คะแนนความรู้เรื่อง อาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เท่ากับ 7.2-9.48 คะแนน

ความรู้มาก หมายถึง คะแนน \geq ร้อยละ 80 คือ คะแนนความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเท่ากับ 9.49-12 คะแนน

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ผู้วิจัยนำมาจากแบบสัมภาษณ์ของ กนกวรรณ บุญสังข์ (2552) เป็นแบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นแบบสัมภาษณ์ให้เลือกตอบตามความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อคำถาม ประกอบด้วยกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะไม่สามารถหายได้เอง กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะรักษาไม่ได้ กลัวว่าอาการผิดปกติจะเป็นอาการของโรคมะเร็ง กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ กลัวว่าการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจะทำให้เสียเวลามาก กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะต้องหยุดงาน กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจทำให้เป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัว กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อการต้องไปพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ถ้าตอบแล้วได้คะแนนมาก หมายถึง มีความกลัวมาก ถ้าตอบแล้วได้คะแนนน้อย หมายถึง มีความกลัวน้อย

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

การแปลผล เป็นการแปลตามสเกลการให้คะแนนของผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับน้อย คือ ค่าคะแนนความกลัวต่ออาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเท่ากับ 0-10 คะแนน

ระดับปานกลาง คือ ค่าคะแนนความกลัวต่ออาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเท่ากับ 11-20 คะแนน

ระดับมาก คือ ค่าคะแนนความกลัวต่ออาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเท่ากับ 21-30 คะแนน

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

เป็นแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบ็ค (Norbeck, 1981) เนื้อหาประกอบไปด้วยการสนับสนุนทางอารมณ์ในด้านความรัก 2 ข้อ การให้ความเคารพนับถือ 2 ข้อ การสนับสนุนด้านสิ่งของและการได้รับบริการจำนวน 2 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจำนวน 2 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยโดย Phumonsakul, (2000) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ 4 ข้อ ด้านสิ่งของ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) แต่ละข้อจะมีให้เลือก 5

ระดับ ระดับ 0-4 , 0 หมายถึง ไม่เลย, 4 หมายถึง มากที่สุด และอีก 2 ข้อเป็นระยะเวลาที่รู้จักกับบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางสังคมและความบอภัยที่มีการติดต่อสื่อสารกัน ซึ่งใช้มาตราวัดแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ 1-5, 1 หมายถึง ติดต่อกันปีละครั้ง, 5 หมายถึง ติดต่อกันทุกวัน ถ้าตอบแล้วได้คะแนนมาก หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมมาก ถ้าตอบแล้วได้คะแนนน้อย หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

การแปลผล เป็นการแปลตามสเกลการให้คะแนนของกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับน้อย คือ ค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคม 0-8 คะแนน

ระดับปานกลาง คือ ค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคม 9-17 คะแนน

ระดับมาก คือ ค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคม 18-24 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านประกอบด้วย

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ยูโร 2 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ยูโร 1 ท่าน

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยศัลยศาสตร์ยูโร 2 ท่าน

หลังจากผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ในส่วนของแบบสัมภาษณ์ความกลัวและการสนับสนุนทางสังคมไม่ได้ไปหาค่าความตรงของเนื้อหา เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีพัฒนาด้านเนื้อหาที่มีมาตรฐานแล้ว

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

แล้วนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) คำนวณ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient)

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรู้แรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	มีค่าความเชื่อมั่น=.80
แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	มีค่าความเชื่อมั่น=.86
แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	มีค่าความเชื่อมั่น=.86
แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม	มีค่าความเชื่อมั่น=.75

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองและหนังสือขอเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก หัวหน้างานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ หัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด หัวหน้างานคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ หัวหน้าหน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอกศัลยศาสตร์ หัวหน้าหน่วยผ่าตัดและตรวจพิเศษศัลยศาสตร์ยูโรและหัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 7 เหนือ โรงพยาบาลศิริราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดโครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยในแต่ละสถานที่ที่ทำการวิจัยของโรงพยาบาลศิริราช ดังนี้
วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอกศัลยศาสตร์ยูโร หน่วยผ่าตัดและตรวจพิเศษศัลยศาสตร์ยูโร สยามินทร์ ชั้น 5 ห้อง 517, เวลา 13.00-16.00 หน่วยผ่าตัดและตรวจพิเศษศัลยศาสตร์ยูโร สยามินทร์ ชั้น 5 ห้อง 517 และหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 7 เหนือ, คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ศัลยศาสตร์ยูโร เวลา 16.00-20.00น และวันเสาร์เวลา 08.00-16.00 น คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ศัลยศาสตร์ยูโร

5. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลของแต่ละหน่วยและหอผู้ป่วยที่จะทำการวิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เอง ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ป่วยในหน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยศัลยศาสตร์ยูโร หน่วยผ่าตัดและตรวจพิเศษศัลยศาสตร์ยูโร สยามินทร์ ชั้น 5 ห้อง 517 คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ศัลยศาสตร์ยูโร ผู้วิจัยจะไปพบผู้ป่วยขณะกำลังรอตรวจ

จากแพทย์ หรือภายหลังจากรับการตรวจจากแพทย์แล้ว ส่วนในหอผู้ป่วยศัลยศาสตร์ยูโร ผู้วิจัยจะไปพบผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยเข้าพักในหอผู้ป่วยแล้วและต้องเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในระยะวิกฤติที่ต้องคอยสังเกตอาการใกล้ชิด ในกรณีที่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผู้ป่วยต้องพ้นระยะหลัง 24 ชั่วโมงแรกไปแล้ว

6. ผู้วิจัยชี้แจงกับผู้ป่วยด้วยตนเองถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดและขั้นตอนของการวิจัยประโยชน์และความเสี่ยงของโครงการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและลงชื่อในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

7. ผู้วิจัยเริ่มขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 6 ชุด เรียงลำดับ ดังนี้

ชุดที่ 1 ส่วนที่ 1: แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2: แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน

ชุดที่ 2: แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ชุดที่ 3: แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ชุดที่ 4: แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ชุดที่ 5: แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ชุดที่ 6: แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามตามแบบสัมภาษณ์ทั้ง 6 ชุด ให้ผู้ป่วยฟังและให้ผู้ผู้ป่วยบอกคำตอบหลังจากนั้นผู้วิจัยเขียนคำตอบที่ผู้ป่วยบอกลงในแบบสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ ประมาณ 30-45 นาที ในกรณีที่เป็นการพบผู้ป่วยในขณะที่กำลังรอรับการตรวจจากแพทย์ หากผู้ป่วยถึงเวลาที่ต้องเข้ารับการตรวจจะให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการตรวจก่อน หลังจากผู้ป่วยตรวจเสร็จเรียบร้อยแล้วจึงสัมภาษณ์ผู้ป่วยต่อ และในขณะที่ผู้วิจัยกำลังสัมภาษณ์ ผู้ป่วยสามารถยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไขและไม่จำเป็นต้องให้เหตุผล การยุติการตอบคำถามของผู้ป่วยไม่มีผลกระทบใดๆกับการตรวจและการรักษา ผู้ป่วยยังได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งในการนี้ผู้วิจัยขอสัมภาษณ์ผู้ป่วยทั้งหมด 90 ราย

8. เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสัมภาษณ์แล้วผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถาม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการตามขั้นตอน การขอรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคนของ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยยึดหลัก

1. จริยธรรมสากลในการทำวิจัยในคน โดยการเคารพในความเป็นบุคคล (respect for person) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พิจารณาอย่างรอบครอบ ตัดสินใจอย่างอิสระปราศจากความกดดันให้ต้องจำยอมในการเข้าร่วม โครงการวิจัย

2. การขอความยินยอมโดยการบอกกล่าว ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยโดยละเอียด ครบถ้วน เพียงพอ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่มีการปกปิดข้อมูลใดๆ ที่ผู้ป่วยต้องการทราบ แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิ่งที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ ประโยชน์ ความเสี่ยงและวิธีการแก้ไข การรักษา ความลับ และการเสนอผลการวิจัยให้ผู้ป่วยทราบ เมื่อผู้ป่วยลงชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรใน หนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเขียนชื่อตนเองได้ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยประทับลายนิ้วมือหัวแม่มือขวาแทนการเขียนชื่อตนเอง และในกรณีที่ผู้ป่วยอ่าน-เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะให้มิพยานซึ่งเป็นบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยอ่านข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน หากผู้ป่วยไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้ป่วยก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

3. ความเสี่ยงของโครงการวิจัย เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการขอเชิญให้ผู้ป่วยตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ที่ได้มีการกำหนดข้อคำถามและเรียงลำดับข้อคำถามไว้แล้ว ไม่มีการปฏิบัติใดๆ ต่อผู้ป่วย จึงไม่มีผลข้างเคียง ใดๆ ก็ตาม ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าเป็นการรบกวนเวลาส่วนตัว ในขณะที่กำลังรอรับการตรวจหรือขณะพักรักษาในโรงพยาบาลอาจทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อ เสียดเวลาหรือรู้สึกไม่สบายใจที่จะตอบคำถามบางข้อ ผู้ป่วยสามารถยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ ตลอดเวลาหรือไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ตามความสมัครใจของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติใดๆ ในขณะที่ตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะประเมินอาการเบื้องต้นและรายงานให้ แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหน่วยตรวจและหอผู้ป่วย ร่วมประเมินอาการผิดปกติเพื่อให้ ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่

3.1 แหล่งเก็บข้อมูลที่เป็นแผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูล เฉพาะช่วงเวลาที่เปิดให้บริการในการตรวจรักษาเท่านั้น ซึ่งเป็นช่วงที่มีบุคลากรทีมสุขภาพปฏิบัติงาน และในกรณีที่เป็นกรณีเก็บรวบรวมข้อมูลในขณะที่ผู้ป่วยกำลังรอรับการตรวจจากแพทย์ เมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยต้องเข้าห้องตรวจ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยเข้าห้องตรวจก่อนหลังจากที่ผู้ป่วยตรวจเสร็จเรียบร้อยแล้วจึง จะสัมภาษณ์ผู้ป่วยต่อ เพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยต่อการเข้าตรวจรักษาและการบริการของทีม สุขภาพที่จะให้กับผู้ป่วย

3.2 แหล่งเก็บข้อมูลที่เป็นแผนกผู้ป่วยใน ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะช่วงเวลาที่เหมาะสมให้เยี่ยม คือ ตั้งแต่เวลา 11.00–20.00น และผู้ป่วยต้องพ้นระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกไปแล้วไม่อยู่ในระยะวิกฤตที่ต้องดูแลอาการอย่างใกล้ชิด

4. ผู้วิจัยจะทำการยุติการวิจัยเมื่อผู้ป่วยมีความประสงค์ที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ซึ่งผู้ป่วยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลในการถอนตัว และการถอนตัวไม่มีผลกระทบใดๆกับการตรวจและการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับตามมาตรฐาน

5. การรายงานผลการวิจัยจะไม่มีการระบุชื่อของผู้ป่วยและจะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลโดยรวม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะวิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ
3. ข้อมูลระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ วิเคราะห์โดยค่าต่ำสุด (min) ค่าสูงสุด (max) มัชยฐาน (median)
4. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และการสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation)

ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ผลการทดสอบพบว่า การกระจายของตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องโรค ความกลัว และการสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะเป็นโค้งปกติ แต่ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะไม่เป็นโค้งปกติ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะทุกระยะของโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยศาสตร์ยูโร หน่วยผ่าตัดและตรวจพิเศษระบบทางเดินปัสสาวะ และแผนกผู้ป่วยในศัลยศาสตร์ยูโร โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 90 ราย ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตาม วัตถุประสงค์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การสนับสนุนทางสังคม กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=90)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	77	85.6
หญิง	13	14.4
อายุ		
< 50 ปี	7	7.8
50-60 ปี	25	27.8
61-70 ปี	37	41.1
> 70 ปี	21	23.3
(min=30, max=80, mean=63.11, S.D.=9.32)		
ศาสนา		
พุทธ	89	98.9
อิสลาม	1	1.1
เชื้อชาติ		
ไทย	89	98.9
จีน	1	1.1
สถานภาพสมรส		
คู่	61	67.8
หม้าย/หย่า	17	18.9
โสด	12	13.3
ภูมิลำเนา		
ภาคกลาง	32	35.6
กรุงเทพมหานคร	25	27.8
ภาคใต้	15	16.7
ภาคตะวันตก	14	15.5
ภาคตะวันออก	2	2.2
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2	2.2

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=90) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ที่อยู่ปัจจุบัน		
กรุงเทพมหานคร	34	37.8
ภาคกลาง	32	35.6
ภาคตะวันตก	12	13.3
ภาคใต้	6	6.7
ภาคตะวันออก	5	5.5
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1	1.1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	35	38.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย	20	22.2
ปริญญาตรี	18	20.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	7.8
ปริญญาโท	5	5.6
ไม่ได้เรียน	4	4.4
อนุปริญญา	1	1.1
อาชีพ		
รับจ้าง	28	31.1
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	26	28.9
เกษตรกร	14	15.6
ค้าขาย	12	13.3
ธุรกิจส่วนตัว	10	11.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=90) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
< 10,000	23	25.6
10,000-20,000	35	38.9
20,001-30,000	17	18.9
30,001-40,000	10	11.1
> 40,000	5	5.5
(min=1,000,max=200,000,mean=21,005.56,S.D.= 23,446.29)		
วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
เบิกจ่ายตรง/ต้นสังกัด	40	44.4
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	35	38.9
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	12	13.3
ประกันสังคม	3	3.3
โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มี	39	43.3
มี*	51	56.7
โรคความดันโลหิตสูง	36	40
โรคเบาหวาน	18	20
โรคหัวใจ	9	10
ภาวะไขมันในเลือดสูง	2	2.2
ไตวายเรื้อรัง	2	2.2
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	2	2.2
โรคเกาต์	1	1.1
ไทรอยด์	1	1.1
ข้ออักเสบ	1	1.1

* หมายถึง กลุ่มตัวอย่าง 1 คน มีได้มากกว่า 1 โรค

จากตารางที่ 4.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 85.6 และ 14.4 ตามลำดับอายุเฉลี่ยทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอายุเท่ากับ 63.11 ปี อายุมากที่สุด 80 ปี อายุน้อยที่สุด 30 ปี กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 98.9 ศาสนาอิสลามร้อยละ 1.1 เชื้อชาติไทยร้อยละ 98.9 เชื้อชาติจีน ร้อยละ 1.1 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสกลุ่มมากที่สุด ร้อยละ 67.8 รองลงมาสถานภาพ หม้ายหย่า ร้อยละ 18.9 มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลางและกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 35.6 และ 27.8 ตามลำดับ ที่อยู่ปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลางใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 37.8 และ 35.4 ตามลำดับ การศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 38.9 รองลงมาที่มีค่าใกล้เคียงกันคืออยู่ในระดับมัธยมปลายและระดับปริญญาตรี ร้อยละ 22.2 และ ร้อยละ 20 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างและรับราชการ/ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 31.1 และ 28.9 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 1,000 บาท รายได้เฉลี่ยในครอบครัวสูงที่สุด 200,000 บาท รายได้เฉลี่ยในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง 21,005.56 บาท สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิในการเบิกจ่ายตรง/ต้นสังกัด ร้อยละ 44.4 รองลงมาเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 38.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.3 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 18

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย (n=90)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ผลพยาธิวิทยาคลินิก		
Transitional cell carcinoma	87	96.7
- low grade	53	60.9
- high grade	34	39.1
Squamous cell carcinoma	2	2.2
Adenocarcinoma	1	1.1
ตำแหน่งของก้อนเนื้ออกในกระเพาะปัสสาวะ		
Posterolateral wall of bladder	18	20
Lateral wall of bladder	10	11.1
Ureteric orifice	9	10
Anterior of bladder	4	4.5
Trigone	3	3.3
Bladder neck	3	3.3
Anterior wall of bladder	2	2.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย (n=90) (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการรักษาที่ได้รับ*		
ผ่าตัด TUR-BT	90	100
ผ่าตัด radical cystectomy with ileal conduit	17	18.9
ผ่าตัด radical cystectomy with neobladder	3	3.3
ผ่าตัด radical cystectomy with cutaneous uretostomy	1	1.1
ผ่าตัดและให้ BCG	55	61.1
ยาเคมีบำบัด	1	1.1
ผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัดในกระเพาะปัสสาวะ	15	16.7
จำนวนครั้งที่ได้รับการผ่าตัด TUR-BT		
1 ครั้ง	46	51.1
2 ครั้ง	23	25.6
3 ครั้ง	11	12.2
4 ครั้ง	4	4.4
> 4 ครั้ง	6	6.7

* วิธีการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมีมากกว่า 1 วิธี

จากตารางที่ 4.2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลพยาธิวิทยาคลินิกเป็นเซลล์ชนิด transitional cell carcinoma ร้อยละ 96.7 ตำแหน่งในการเกิดเนื้องอกในกระเพาะปัสสาวะ พบมากที่สุด ในตำแหน่ง posterolateral wall of bladder ร้อยละ 20 รองลงมาพบในตำแหน่ง lateral wall of bladder ร้อยละ 11.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องเข้าไปตัดชิ้นเนื้อในกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 100 แล้วรองลงมาได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแล้วให้ BCG ใส่เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 61.1 จำนวนครั้งที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องตัดชิ้นเนื้อในกระเพาะปัสสาวะมากที่สุด 1 ครั้ง ร้อยละ 51.1 รองลงมาจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 25.6

ส่วนที่ 2 ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ตารางที่ 4.3 ค่าต่ำสุด (min), ค่าสูงสุด (max), ค่ามัธยฐาน (median) ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาการมารับการรักษา (n=90)

ระยะเวลาการมารับการรักษา	min (วัน)	max (วัน)	median (วัน)
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติครั้งแรกจนถึงไปรับ การรักษาที่แพทย์ทั่วไป	1	1430	30
ระยะเวลาตั้งแต่ไปรับการรักษาที่แพทย์ทั่วไปจน กระทั่งได้รับการรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร	1	1080	30
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเกิดอาการผิดปกติครั้งแรก จนกระทั่งได้รับการรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร	1	1460	60

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ระยะเวลาการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่พบอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งไปรับการรักษาที่แพทย์ทั่วไป มีระยะเวลาดำสุด 1 วัน สูงสุด 1,430 วัน ค่ามัธยฐาน 30 วัน ในส่วนของระยะเวลาตั้งแต่ไปรับการรักษาที่แพทย์ทั่วไปจนกระทั่งได้รับการรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร ระยะเวลาดำสุด 1 วัน, สูงสุด 1,080 วัน, ค่ามัธยฐาน 30 วัน และระยะเวลาตั้งแต่กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งได้รับการรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร มีระยะเวลาดำสุด 1 วัน, ระยะเวลาสูงสุด 1,460 วัน, ค่ามัธยฐาน 60 วัน

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และการสนับสนุนทางสังคม

3.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (n=90)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	ช่วงคะแนน		จำนวน	ร้อยละ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง		
ระดับน้อย	0-16	14	1	1.1
ระดับปานกลาง	17-32	17-32	77	85.6
ระดับมาก	33-48	33-45	12	13.3
min=14 , max=45, mean=27.96, S.D.= 4.56				

จากตารางที่ 4.4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะคะแนนต่ำสุด 14 คะแนน คะแนนสูงสุด 45 คะแนน ค่าเฉลี่ย 27.96 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.6 รองลงมามีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 13.3

3.2 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของคะแนนความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง และอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (n=90)

ความรู้เรื่องโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัจจัยเสี่ยง		
รู้น้อย (0-5.9)	75	83.3
รู้นปานกลาง (6-7.9)	13	14.4
รู้นมาก (8-10)	2	2.2
min=1, max=8, mean=3.75, S.D.=1.61		
อาการผิดปกติ		
รู้น้อย (0-7.1)	79	87.8
รู้นปานกลาง (7.2-9.4)	8	8.9
รู้นมาก (9.5-12)	3	3.3
min=0, max=12, mean=4.2, S.D.=2.59		

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระดับน้อย ร้อยละ 83.3 และร้อยละ 87.8 ตามลำดับ

4.3 ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (n=90)

ความกลัว	ช่วงคะแนน		จำนวน (คน)	ร้อยละ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง		
ระดับน้อย	0-10	0-10	31	34.4
ระดับปานกลาง	11-20	11-20	33	36.7
ระดับมาก	21-30	21-30	26	28.9
min=0, max=30, mean=.87, S.D.=7.73				

จากตารางที่ 4.6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคเมเร็งกระเพาะปัสสาวะคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 30 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความกลัวอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 36.7 รองลงมา มีระดับคะแนนความกลัวในระดับน้อย ร้อยละ 34.4 และมีระดับคะแนนความกลัวในระดับมาก น้อยที่สุด ร้อยละ 28.9

4.4 การสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 4.7 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม (n=90)

การแปลผล	ช่วงคะแนน		จำนวน	ร้อยละ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง		
ระดับน้อย	0-8	-	-	-
ระดับปานกลาง	9-17	12-17	12	13.3
ระดับมาก	18-24	18-24	78	86.7

min=12, max=24, mean=20.78, S.D.= 2.72

จากตารางที่ 4.7 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3 แต่ไม่พบว่ามีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การสนับสนุนทางสังคม กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วย มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (n=90)

ตารางที่ 4.8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (n=90)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	1.000				
2. ความรู้เรื่องโรค	.532**	1.000			
3. ความกลัว	.074	.095	1.000		
4. การสนับสนุนทางสังคม	.074	-.020	-.146	1.000	
5. ระยะเวลาการมารับการรักษา	-.486**	-.423**	.017	.004	1.000

**p-value < .01

จากตารางที่ 4.8 พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับระยะเวลาการมารับการรักษาเท่ากับ 0.486 โดยมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$) และระหว่างตัวแปรความรู้เรื่องโรคกับระยะเวลาการมารับการรักษามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.423 โดยมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะน้อย ระยะเวลาในการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจะเพิ่มมากขึ้น และจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การอภิปรายผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.6 มี ช่วงอายุที่พบมากที่สุด 61-70 ปี อายุเฉลี่ย 63.1 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนักวิชาการหลายท่าน ที่พบว่า เพศชายมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมากกว่าเพศหญิง ซึ่งพบว่ามีอัตราส่วนการเกิดโรค เพศชายต่อเพศหญิงเป็น 5:2 (Turner, 2008; Wallace, Bryan, Dunn, Begum, & Bathers, 2002) การเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะยังมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบมากที่สุดในช่วงระหว่างอายุ 65-85 ปี (Sangar, Ragavan, Matanhelia, Watson, & Blades, 2004) การพบโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีอายุมากอธิบายได้ว่าเป็นผลจากการสัมผัสกับสารเคมีที่เป็นสารก่อมะเร็งที่มากับปัสสาวะเป็นเวลานาน แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของยีนต์ เซลล์เยื่อผิวของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งเกิดขึ้น โดยเฉพาะจากการสูบบุหรี่ การอักเสบเรื้อรังในทางเดินปัสสาวะ หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของยีนต์และ โครโมโซมทำให้เกิดความผิดปกติเป็นเซลล์มะเร็งขึ้น (Kaufman, Shipley, & Feldman, 2009; ชูศักดิ์ ปรพัฒนานันท์ และ วชิร คชการ, 2547) ภูมิลำเนาปัจจุบันส่วนใหญ่ อยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 37.8 กลุ่มตัวอย่างจึงเลือกมารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนกลาง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ใหญ่และมีเครื่องมือที่ทันสมัย ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.9 ซึ่งเกี่ยวข้องกับระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รู้ว่าจะควรมารับการรักษาตั้งแต่อาการเริ่มเป็นในระยะต้น และไม่ทราบว่าอาการเริ่มต้นของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นอย่างไรจึงทำให้ไม่มารับการรักษาเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างมี

โรคร่วมคิดเป็น ร้อยละ 56.7 โรคร่วมส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ตามลำดับ สำหรับผลพยาธิวิทยาคลินิกส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเซลล์มะเร็งชนิด transitional cell carcinoma ร้อยละ 96.7 เป็นชนิดเซลล์ low grade ร้อยละ 58.9 เป็นเซลล์ชนิด high grade ร้อยละ 37.8 การที่พบเซลล์มะเร็งชนิดนี้มากที่สุด อธิบายได้ว่า เซลล์มะเร็งชนิด transitional cell carcinoma เป็นมะเร็งเยื่อบุผิวที่เกิดในกระเพาะปัสสาวะได้มากที่สุด (ชูศักดิ์ ปรพัฒนานนท์ และวชิร ชชการ, 2547; Creel, 2007; Turner, 2008) และปัญหาของหลักของการเกิดมะเร็งเยื่อบุผิวในกระเพาะปัสสาวะคือการเกิดเป็นซ้ำ ซึ่งจะเกิดได้ถึงร้อยละ 70 ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง(TUR-BT) (ชูศักดิ์ ปรพัฒนานนท์ และ วชิร ชชการ, 2547) ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเกิดเป็นซ้ำของเซลล์โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องตัดชิ้นเนื้อในกระเพาะปัสสาวะตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 48.9 ส่วนการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคือการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง ร้อยละ 100 และได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องแล้วให้ภูมิคุ้มกัน bacillus calmette guerin ร้อยละ 61.1 ซึ่งการให้ภูมิคุ้มกันจะช่วยให้ในผู้ป่วยที่พบเซลล์มะเร็งชนิดที่ยังไม่มีการลุกลาม จะช่วยในการป้องกันการเกิดซ้ำของมะเร็ง และป้องกันการลุกลามของโรคด้วย (วิสูตร คงเจริญสมบัติ, 2552; Turner, 2009)

ส่วนที่ 2 ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

จากผลการศึกษา ระยะเวลาในการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (จากตารางที่ 4.3) พบว่า ระยะเวลาการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่พบอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งไปรับการรักษาที่แพทย์ทั่วไป มีระยะเวลาน้อยที่สุด 1 วัน มากที่สุด 1,430 วัน ค่ามัธยฐาน 30 วัน ระยะเวลาตั้งแต่ไปรับการรักษาที่แพทย์ทั่วไปจนกระทั่งได้มารับการรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร มีระยะเวลาน้อยที่สุด 1 วัน มากที่สุด 1,080 วัน ค่ามัธยฐาน 30 วัน และรวมระยะเวลาดังแต่กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งได้รับการรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโรมีระยะเวลาน้อยที่สุด 1 วัน ระยะเวลา มากที่สุด 1,460 วัน ค่ามัธยฐาน 60 วัน จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการมารับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งได้มารับการรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร ที่นาน เหตุผลอาจเนื่องมาจากลักษณะอาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เมื่อมีอาการผิดปกติในครั้งแรกๆ จะมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดเป็นส่วนมาก ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบ ร้อยละ 60 แล้วอาการจะเป็นๆหายๆ ไม่มีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้สงสัยหรือไม่แน่ใจว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ไม่ไปรับการรักษาที่แพทย์ โดยการรอดูอาการก่อนที่จะไปรับการรักษาที่แพทย์ จะไปรับการรักษาต่อเมื่อมีอาการปัสสาวะ

เป็นเลือดมากขึ้น และมีอาการอื่นๆที่รุนแรงร่วมด้วย เช่น การปีสสาวะลำบาก ปีสสาวะไม่ออก มีอาการซีดร่วมด้วย เนื่องจากการเสียเลือดและอีกเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างไม่ไปรับการรักษากับแพทย์ (ตารางที่ 2 ในภาคผนวก) เนื่องจากรอสังเกตอาการคิดว่าหายไปเองเพราะไม่มีอาการเจ็บปวด ร้อยละ 36.6 ไปรับการรักษากับแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลและคลินิกแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็งกระเพาะปีสสาวะ ร้อยละ 33.3 เมื่อมีอาการปีสสาวะเป็นเลือดซื้อยาแก้แสบมา รับประทานเองไม่ได้ไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ ร้อยละ 7.7 ซื้อยาสมุนไพรมารับประทานเมื่อมีอาการปีสสาวะเป็นเลือด ร้อยละ 4.4 ซึ่งอาจเป็นเหตุผลส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้ระยะเวลาในการมารับ การรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปีสสาวะมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ บุญสังข์ (2552) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ถึงเหตุผลของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมในการ แสวงหาการรักษาที่ล่าช้าเนื่องจาก เมื่อเกิดอาการผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างจะรอสังเกตอาการ/รอให้ อาการหายไปเองพบในการศึกษา ร้อยละ 87.2 ทำให้เกิดความล่าช้าของระยะเวลาในการแสวง หาการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ McCaffery, Wardle & Waller (2003) ในกลุ่มผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนใหญ่มากที่ไม่ไปรับการรักษาเมื่อเกิดอาการผิดปกติในครั้งแรก เนื่องจาก รอสังเกตอาการ รอคูอาการ หรือรอให้อาการหายไปเอง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปีสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปีสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็ง กระเพาะปีสสาวะ และการสนับสนุนทางสังคม กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วย มะเร็งกระเพาะปีสสาวะ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปีสสาวะกับ ระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปีสสาวะ

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลา การมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปีสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.01$) ซึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีของดราคัพและคณะ (Dracup et al. 2003) ที่เชื่อว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่รุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษา จะตัดสินใจในการมารับการรักษา เร็วขึ้น ซึ่งส่งผลให้ระยะเวลาในการมารับการรักษาลดลง และถ้ามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย จะส่งผลให้ระยะเวลาตั้งแต่เป็น โรคจนกระทั่งมารับการรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร นั้นใช้ระยะเวลา นานขึ้น ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงอาการ

ของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.6 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 13.3 (ตารางที่ 4.4) เหตุผลที่อธิบายได้จากการศึกษาในครั้งนี้ คือ อาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ เป็นอาการที่เป็นๆหายๆ ไม่ได้มีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย ถ้าไม่ได้มีการสังเกตอย่างใกล้ชิดทำให้ไม่แน่ใจว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในครั้งแรก โดย การรอดูอาการก่อนเพราะเป็นอาการที่เกิดแล้วหายไปเอง ไม่ได้คิดว่าเป็นอาการผิดปกติที่รุนแรง มีการไปซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเอง หรือมีการซื้อยาสมุนไพรมารับประทานจากการบอกเล่าของเพื่อนบ้านหรือคนที่รู้จักกัน ก่อนที่จะมารับการรักษาจากแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร รวมทั้งคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นอาจเป็นอาการที่แสดงถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นในอวัยวะอื่นหรือสาเหตุอื่น เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยในอาการทั้ง 12 อาการ (ตารางที่ 3 ในภาคผนวก) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระดับ ปานกลางถึงระดับสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ อาการน้ำหนักลดมากกว่า 5 กิโลกรัม ในระยะเวลา 1 เดือน การคลำพบก้อนที่บริเวณเหนือหัวเหน่า (mean= 2.7) รองลงมาเป็นอาการชีดหรือคนทักว่าชีด (mean = 2.6) อธิบายได้ว่า อาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีการรับรู้ว่าเป็นอาการที่มีความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมาก เป็นอาการที่พบได้ชัดเจน รวมทั้งเป็นอาการที่แสดงถึงความผิดปกติที่มีมากขึ้นและอาจเป็นการรับรู้ว่าเป็นอาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่จะเป็นอันตรายถึงชีวิต ส่วนลักษณะอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง คือ การถ่ายปัสสาวะมีเลือดปน การปัสสาวะลำบาก หลังถ่ายปัสสาวะแล้วมีอาการแสบขัด การถ่ายปัสสาวะกะปริบกะปรอย ถ่ายปัสสาวะบ่อยและออกทันที มีอาการปวดขณะถ่ายปัสสาวะ มีอาการปวดบริเวณบั้นเอว มีอาการปวดบริเวณอุ้งเชิงกราน มีอาการเบื่ออาหาร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีการรับรู้ว่าเป็นอาการผิดปกติที่สามารถเกิดจากสาเหตุอื่นนอกเหนือจากโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ อาการที่เกิดขึ้นเป็นๆหายๆ (Kirkali et al., 2005; Turner, 2008) หรือการประเมินอาการผิดปกติตั้งแต่ในระยะต้นของโรคว่าเป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นยังไม่มีความรุนแรงมาก (Macleod, Mitchell, Burgess, Macdonald, & Ramirez, 2009) จึงส่งผลให้เกิดการประเมินความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง

จากที่กล่าวมาข้างต้น เหตุผลที่พอจะอธิบายได้ในการศึกษาครั้งนี้ ตามกรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup et al. 2003) ได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่าง ที่จะให้ความหมายหรือตีความว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร มีการตระหนักต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหรือไม่ หากว่ากลุ่มตัวอย่างตีความและรับรู้ว่าเป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการผิดปกติของ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ นิ้ว ต่อมลูกหมากโต หรือได้รับ

การกระทบกระเทือนที่กระเพาะปัสสาวะทำให้เกิดอาการผิดปกติเกิดขึ้น และเป็นผลจากความผิดปกติด้วยสาเหตุอื่นๆ จึงทำให้เกิดการตีความและรับรู้ระดับความรุนแรงของโรครอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการตีความและรับรู้ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่มีความรุนแรงคุกคามชีวิต เป็นสัญญาณเตือนว่าเป็นอาการของโรคมะเร็ง ระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติอยู่ในระดับที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phisaiphanth, (2002) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งเต้านมที่รับรู้ภาวะคุกคามของโรคต่ำจะมารับการรักษาล่าช้ามากกว่า ผู้ที่มีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคสูงถึง 3.6 เท่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติที่เกิดจากโรคมะเร็งมากขึ้น ว่าเป็นอาการผิดปกติที่อันตรายต้องมารับการตรวจรักษาจากแพทย์ จะทำให้ระยะเวลาการมารับการรักษาลดลง ส่งผลถึงการรักษาที่จะได้รับ ไม่เกิดการลุกลามของโรคไปยังอวัยวะอื่น ๆ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาที่ล่าช้าในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่ไม่มีความรุนแรง ร้อยละ 40 และในการศึกษารุ่นนี้ ยังรายงานผลพยาธิวิทยาว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษามีระยะเวลาเวลานานมากกว่า 1 เดือนทำให้ระยะของโรครอยู่ใน stage ที่ 3 ร้อยละ 32 (Tomlinson, Wong, Au, & Schiller, 2012) แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่มีความรุนแรงจะทำให้ระยะเวลาในการมารับการรักษาเร็วขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

จากการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระดับน้อย ร้อยละ 83.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.4 และระดับมาก ร้อยละ 2.2 (ตารางที่ 4.5) เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษา ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะรายชื่อพบว่า (ตารางที่ 4 ในภาคผนวก) ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคในกลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ การประกอบอาชีพที่สัมผัสสารเคมี ได้แก่ โรงงานย้อมผ้า, ช่างทาสี, โรงงานผลิตรถยนต์ มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 57.8 รองลงมาการสูบบุหรี่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 ในส่วนของความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับน้อย มากที่สุด ร้อยละ 87.8 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 8.9 และในระดับสูง ร้อยละ

3.3 (ตารางที่ 4.5) ผลการศึกษาความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในรายข้อ (ตารางที่ 5 ในภาคผนวก) พบว่าอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่กลุ่มตัวอย่างตอบ ถูกมากที่สุด คือ การถ่ายปัสสาวะมีเลือดปนเป็นอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 65.5 รองลงมา คือ มีอาการปวดอุ้งเชิงกรานเป็นอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 42.2 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 38.9 กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.1 ร่วมกับโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะยังเป็นโรคมะเร็งที่มีการเผยแพร่และการประชาสัมพันธ์น้อยกว่าโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ ในเรื่องของ ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค และวิธีการตรวจคัดกรองโรค รวมทั้งแพทย์เฉพาะทางที่จะให้ความรู้ในกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มนี้ยังอยู่ในระดับโรงพยาบาลใหญ่ๆ หรือส่วนกลาง ทำให้การเข้าถึงข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะของประชาชนมีน้อย อาจเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องโรคในระดับที่น้อย นอกจากนี้ การเข้าถึงข้อมูลของประชาชนก็มีน้อย ซึ่งโรคมะเร็งในระบบทางเดินปัสสาวะที่มีการรณรงค์เผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชนอย่างแพร่หลาย คือ มะเร็งต่อมลูกหมาก และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติที่เป็น โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นเพศชายจะทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติและการตรวจคัดกรองและรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากมากกว่าโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เนื่องจากมีเพื่อนร่วมงานและบุคคลที่รู้จักเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก และได้รับความรู้จากการรณรงค์เผยแพร่ความรู้จากสื่อต่างๆ ร่วมด้วย จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคในระดับน้อย ส่งผลให้ระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดทางทฤษฎีของดราคัพและคณะ (Dracup et al. 2003) ที่พบว่าความรู้เรื่องโรคเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการตัดสินใจในการมารับการรักษาเมื่อเกิดอาการผิดปกติกับตนเอง ซึ่งมีผลให้ระยะเวลาที่มารับการรักษาน้อยลง แต่ในผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องโรคน้อยมีผลกับระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาน้อยลง ส่งผลให้ระยะเวลาในการมารับการรักษานานมากขึ้น ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ บุญสังข์ (2552) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอยู่ในระดับน้อย ส่งผลให้ระยะเวลาในการแสวงหาการรักษาของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งทวารหนัก จำนวน 106 คน พบว่า ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างไม่รู้ว่อาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคมะเร็งทวารหนักคิดว่าเป็น hemorrhoids ทำให้ระยะเวลาในการมารับการตรวจรักษาล่าช้ามากขึ้น มีผลทำให้โรคมะเร็งทวารหนักมีความรุนแรงมากขึ้น การดำเนิน ไปของโรคแย่ลงไปด้วย

(Ristvedt et al., 2005) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเพื่อถามความรู้เรื่อง โรคและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของโรค ในการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้น้อย มีความสัมพันธ์กับการไปรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.0001$ (McCaffery, Wardle, & Waller, 2003) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อก่อนมีความรู้เรื่องโรคในระดับมาก เมื่อพบอาการผิดปกติเกิดขึ้นก็จะไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ในทันทีที่เกิดอาการผิดปกติ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เรื่องโรคในระดับที่น้อย ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคมะเร็ง ทำให้ไม่ไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ ส่งผลให้ระยะเวลาการมารับการรักษามากขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

จากการศึกษาพบว่า ความกลัวไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ($r = .017, p > .01$) ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดทางทฤษฎีของดราคัพและคณะ (Dracup et al. 2003) ที่พบว่าความกลัวเป็นตัวแปรหนึ่งที่อยู่ในด้านของอารมณ์ที่จะมีการตอบสนอง และส่งผลต่อการตัดสินใจในการมารับการรักษาจากแพทย์ ซึ่งถ้าผู้ป่วยที่กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นโรคที่ร้ายแรงไม่ยอมรับทราบหรือรับรู้ จะส่งผลให้มารับการรักษาที่ช้ากว่าผู้ป่วยที่มีความกลัวน้อยกว่า การศึกษาในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าความกลัวมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาที่ล่าช้า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปัสสาวะเป็นเลือดที่เป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เป็นเพราะเกิดความกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นอาการของโรคมะเร็ง ทำให้ไม่กล้าที่จะมารับการตรวจรักษา รอสั่งเกตอาการมากกว่า 1 เดือนจึงมารับการรักษาจากแพทย์ (Ho, Johnston, & Keane, 1998) ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ความกลัวไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.7 รองลงมากลัวในระดับน้อย ร้อยละ 34.4 ค่าเฉลี่ยของความกลัว 14.87 (ตารางที่ 4.6) แต่ระยะเวลาในการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างมาก แต่จากผลการศึกษารายข้อ (ตารางที่ 6 ในภาคผนวก) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความกลัวมาก คือ กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัว รองลงมากลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นอาการของโรคมะเร็ง ค่าเฉลี่ย 2.09 และ 2.02 ตามลำดับ ซึ่งจากผลการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัวในระดับมาก เหตุผล อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 64.4 (ตารางที่ 4.1) เป็นผู้

ที่เกษียณอายุราชการแล้วอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งจะต้องมารับการรักษาจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และด้วยพยาธิสภาพของร่างกายที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย ร้อยละ 56.7 (ตารางที่ 4.1) ทำให้กลัวว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะเป็นภาระกับคนในครอบครัว และทำให้คนในครอบครัววิตกกังวล อีกเหตุผลเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 67.8 (ตารางที่ 4.1) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว จะมีความผูกพันใกล้ชิดกัน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ก็กลัวว่าจะทำให้บุคคลในครอบครัววิตกกังวล เพิ่มภาระให้กับคนในครอบครัวในการดูแลมากขึ้น ส่วนของความกลัวที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความกลัวน้อยที่สุด คือ กลัวว่าการต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจะทำให้เสีย เวลามาก ค่าเฉลี่ย 0.67 รองลงมา กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อการต้องไปพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น ค่าเฉลี่ย 0.86 (ตารางที่ 6 ในภาคผนวก) เหตุผลที่กลัวน้อย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ไม่ได้ทำงานแล้วเป็นผู้เกษียณ ทำให้ไม่ต้องลงงานมาเพื่อมารับการรักษาในแต่ละครั้ง และการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ต้องมารับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ จึงเกิดความคุ้นเคยกับการมารับการตรวจรักษาจากแพทย์ จึงทำให้ไม่กลัวว่าการมารับการรักษาจากแพทย์ทำให้เสียเวลาและส่งผลกระทบต่อการทำงาน และจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความกลัวอยู่ในระดับมาก น้อยที่สุด ร้อยละ 28.9 (ตารางที่ 4.6) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 63.1 และเป็นเพศชายเป็นส่วนใหญ่ ความรู้สึกกลัวต่อการเป็นโรคมะเร็งลดลง ซึ่งถ้าเมื่อเทียบกับระยะพัฒนาการของครอบครัว ตรงกับระยะครอบครัววัยกลางคน เมื่ออายุที่เพิ่มมากขึ้นเป้าหมายของชีวิตเปลี่ยนไประดับความกลัวลดลง ในขณะที่ผู้ที่มีอายุน้อย เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มักจะมีความกังวลและกลัวมาก (Greiner, Born, Nollen, & Ahluwalia, 2005) ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจในการมารับการรักษาได้เร็วขึ้น และด้วยอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระยะเริ่มต้นของโรคอาการแสดงจะเป็นอาการที่มีความรุนแรงน้อย เป็นลักษณะอาการที่เป็นๆ หายๆ ร่วมกับไม่มีอาการเจ็บปวด จึงอาจเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างไม่เกิดความกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคมะเร็ง อาจจะเป็นการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ เป็นอาการที่เกิดจากความผิดปกติในอวัยวะอื่น หรืออาจจะเคยมีอาการผิดปกติมาแล้วแต่ไม่พบอาการผิดปกติซ้ำอีก ทำให้ไม่มารับการตรวจรักษาจากแพทย์ ซึ่งจะมารับการตรวจรักษาเมื่ออาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากขึ้น อาจจะเป็นผลจากความรู้ในอาการของโรคและการรับรู้ความรุนแรงที่อยู่ในระดับที่น้อยมากกว่าความกลัวที่ทำให้ระยะเวลาการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างล่าช้ามากขึ้น ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ บุญสังข์ (2552) ที่ทำการศึกษาความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความกลัวในระดับ

ปานกลาง โดยที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัวมากที่สุด และก็พบว่ากลุ่มตัวอย่าง กล่าวน้อยที่สุด คือ กล่าวว่าการมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจะทำให้เสียเวลามาก และมีการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความกลัวน้อยมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาต่ำซ้ำในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.05$) (Burgess, Ramirez, Richards, & Love, 1998)

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ($r = .004, p>.01$) จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.7 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ($mean=20.78, S.D.=2.72$) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3 (ตารางที่ 4.7) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.8 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร มีการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจและมีการรับฟังปัญหาจากบุคคลในครอบครัว กลุ่มบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางสังคมเป็นกลุ่มคนในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตรหลาน เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมีความสนิทสนมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คู่สมรสและบุตรหลานเป็นบุคคลที่ให้คำปรึกษาเรื่องโรคที่เป็น การรักษาที่ได้รับ และยังมีการดูแลเอาใจใส่มีความห่วงใย คอยสอบถามอาการและการรักษา หรือพามารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการสนับสนุนในด้านสิ่งของจากบุคคลเหล่านี้มาก ซึ่งการสนับสนุนในด้านสิ่งของประกอบด้วย การให้ความช่วยเหลือด้านการเงินและการต้องการความช่วยเหลือในเวลาเร่งด่วน รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องมาพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวอยู่แล้วจึงส่งผลให้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร จงประกอบกิจ (2551) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้แรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่มีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง มะเร็งปอด มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งในระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาซ้ำซ้ำของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มดังกล่าว (Macleod, Mitchell, Burgess, Macdonald, & Ramirez, 2009) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า ด้วยลักษณะของสังคมไทยที่บุคคลในครอบครัวให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกันและมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมาก่อนการเจ็บป่วยเกิดขึ้นทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการ

สนับสนุนทางสังคมในระดับสูงอยู่แล้ว ซึ่งไม่มีผลหรือเกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมารับการรักษาในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนกรอบแนวคิดของ Dracup et al., (2001) ถึงพฤติกรรม การแสวงหาการรักษาที่กล่าวว่า อาการของความผิดปกติที่เกิดขึ้นมีผลกับ ด้านความคิดของบุคคล ในการตัดสินใจของบุคคลที่จะไปรับการรักษาเมื่อเกิดอาการผิดปกติหรือเกิดการเจ็บป่วย ภายใต้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความรู้ของบุคคลแต่ละคน ผลการศึกษาทำให้ได้ข้อสรุปว่า ปัจจัย ที่มีผลกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ คือ การรับรู้ความรุนแรง ของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ คือ ความรู้เรื่องปัจจัย เสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ดังนั้นการส่งเสริมในการให้ประชาชนทั่วไปได้รับรู้ถึงความรุนแรง และความรู้เรื่องโรคมะเร็ง กระเพาะปัสสาวะ เป็นสิ่งที่จะทำให้ระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะ ปัสสาวะตั้งแต่เกิดอาการผิดปกติในครั้งแรกจนกระทั่งได้รับการรักษาจากแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร ลอดลง และได้รับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ ในการรักษาที่ดีขึ้น

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การสนับสนุนทางสังคมและระยะ เวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โดยใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมกรรมกรแสวงหาการรักษาของดราคัพและคณะ (Dracup et al., 2003) ในการศึกษาวิจัย กลุ่มประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะทุกระยะของโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในทางศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 90 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต หรือระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกที่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง เดือนธันวาคม 2555

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 6 ชุดประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ในการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.80, 0.86, 0.86 และ 0.75 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) มัชฐาน (median) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) ผลการศึกษาพบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 85.6) มีอายุระหว่าง 61-70 ปี (ร้อยละ 41.1) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.9) สถานภาพสมรสคู่

มากที่สุด (ร้อยละ 67.8) ภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ (ร้อยละ 35.6) ที่อยู่ปัจจุบัน กรุงเทพมหานครและภาคกลางใกล้เคียงกัน การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 38.9) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 31.1) มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,000-20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 38.9) ค่าเฉลี่ย 21,005 บาทต่อเดือน โดยมีสิทธิการรักษาเบิกจ่ายตรง/ต้นสังกัดมากที่สุด (ร้อยละ 44.4) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 56.7) โรคประจำตัวที่กลุ่มตัวอย่างเป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 40)

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะชนิด transitional cell carcinoma มากที่สุด (ร้อยละ 96.7) เป็นเซลล์ชนิด low grade มากที่สุด (60.9) ตำแหน่งที่พบเนื้องอกในกระเพาะปัสสาวะที่มีรายงานมากที่สุด คือ posterior lateral wall of bladder (ร้อยละ 20) วิธีการรักษาที่ได้รับทุกคนคือ TUR-BT (ร้อยละ 100) ได้รับการผ่าตัดและให้ BCG พบร้อยละ 61.1 ได้รับการผ่าตัดแล้วให้ยาเคมีบำบัดเป็น MMC ร้อยละ 16.7 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด radical cystectomy with ileal conduit ร้อยละ 18.9 จำนวนครั้งที่ได้รับการผ่าตัด TUR-BT 1 ครั้ง มากที่สุด (ร้อยละ 51.1) รองลงมาเป็นการได้รับการผ่าตัดทำ TUR-BT 2 ครั้ง (ร้อยละ 25.6)

3. ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบว่า ระยะเวลาการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่พบอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งไปรับการรักษาทั้งหมด มีระยะเวลาดำสุด 1 วัน สูงสุด 1,430 วัน ค่ามัธยฐาน 30 วัน ในส่วนของระยะตั้งแต่ไปรับการรักษาทั้งหมดไปจนกระทั่งได้มารับการรักษาทั้งหมดมีระยะเวลาดำสุด 1 วัน, สูงสุด 1,080 วัน, ค่ามัธยฐาน 30 วัน และระยะเวลาดำสุดกลุ่มตัวอย่างเริ่มมีอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งได้รับการรักษาทั้งหมดมีระยะเวลาดำสุด 1 วัน, ระยะเวลาสูงสุด 1,460 วัน, ค่ามัธยฐาน 60 วัน

4. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 85.6 รองลงมาในระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมากร้อยละ 13.3 และมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อยที่สุดร้อยละ 1.1

5. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับน้อย ร้อยละ 83.3 รองลงมาที่มีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.4 และมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับมาก ร้อยละ 2.2 ส่วนความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับน้อยมากที่สุด ร้อยละ 87.8 รองลงมาในระดับความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 8.9 และมีระดับความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 3.3

6. ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความกลัว อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.7 รองลงมา มีระดับความกลัวน้อย ร้อยละ 34.4 และมีระดับความกลัวมากที่สุด ร้อยละ 28.9

7. การสนับสนุนทางสังคมพบว่าในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 86.7 รองลงมา มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3

8. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.486, p<0.01$) แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อยส่งผลให้ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น

9. ความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.423, p<0.01$) แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะน้อย มีผลให้ระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น

10. ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ($r=.017, p>.01$)

11. การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ($r=.004, p>.01$)

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติพยาบาล

1. พยาบาลควรมีการณรงค์ เผยแพร่ ให้คำแนะนำกับประชาชนทั่วไป รวมไปถึงผู้ป่วย และญาติที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และประชาชนที่อยู่ในส่วนภูมิภาคให้มีความรู้เรื่องโรค อาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โดยแนะนำให้มารับการตรวจหรือรักษาเพื่อคัดกรองตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ในขณะที่โรคมะเร็งยังไม่เกิดอาการรุนแรงขึ้น และยังไม่มีการลุกลาม ไม่ควรรอสังเกตอาการหรือรอให้อาการหายไปเอง ควรต้องไปรับการรักษาจากแพทย์ที่มีความรู้ในระบบศัลยศาสตร์ยูโรในทันที

2. เป็นแนวทางให้กับบุคลากรทางสุขภาพได้ร่วมกันทำงานเป็นทีมสหสาขาในการจัดระบบการตรวจคัดกรองโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้ประชาชนได้มารับการตรวจวินิจฉัยและรับการรักษาในระยะเวลาที่เร็วขึ้น

ด้านการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยบางประการ ตามกรอบแนวคิดของ ดราคัพ และคณะ (Dracup et al. 2003) ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าในการทำการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยอื่นๆเพิ่มเติมตามกรอบแนวคิดดังกล่าว คือ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสวงหาการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เพื่อเป็นข้อมูลและแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะให้มารับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
 FACTORS RELATED TO TIME TO DEFINITE DIAGNOSIS IN BLADDER CANCER
 PATIENTS

ประนอม พรหมแดง 5337937 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุพร ดนัยคุชฎีกุล, พย.ค., อรพรรณ โตสิงห์, พย.ค.
 ภกวัฒน์ ระมาตร, พ.บ., ว.ว. (ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบมากเป็นอันดับที่ 9 ของมะเร็งทั่วโลก มีอัตราการเกิดโรคที่เป็นผู้ป่วยใหม่ จำนวน 330,000 รายต่อปี อัตราการตาย 130,000 รายต่อปี ซึ่งอัตราการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในเพศชายมากกว่าในเพศหญิง คิดเป็น 3.8 เท่า (Stenzl, Witjes, Cowan, Santis, Kuczyk, Lebet, et al. 2011) ส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นอายุเฉลี่ยที่เกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะคือ 73 ปี (American Urological Association Foundation, 2012) จากสถิติในประเทศไทยของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวบรวมข้อมูลจำนวนและอัตราการตายจำแนกตามโรคต่อประชากร 100,000 คนพบว่าโรคของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะมีอัตราการตายอยู่ในลำดับที่ 6 ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในประชากรของประเทศไทย มีอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คนตั้งแต่ในปี 2549-2553 ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีจำนวน 373, 361, 416, 454 และ 478 คน ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอัตราการตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะรายใหม่ส่วนใหญ่เป็นเซลล์มะเร็งชนิด transitional cell carcinoma มีจำนวนมากถึง 70% ซึ่งเป็นเซลล์มะเร็งในระยะเริ่มแรกแต่มีอัตราการเกิดเป็นซ้ำได้มากถึง 50-70 % เมื่อมีการเกิดซ้ำทำให้มีการลุกลามไปถึงชั้นของ muscularis propria ได้ถึง 10-20% ทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น แล้วเซลล์มะเร็งเกิดการลุกลามเป็นในระยะรุนแรงขึ้น(Kaufman, Shipley, & Feldman,

2009) ซึ่งเซลล์มะเร็งกระเพาะปัสสาวะชนิด transitional cell carcinoma มีการเจริญของเซลล์ที่ช้ากว่าเซลล์มะเร็งชนิดอื่น ผู้ป่วยที่มารับการตรวจหรือรับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาได้เร็ว จะพบว่าเซลล์มะเร็งยังจำกัดอยู่ในชั้นของ superficial muscularis ซึ่งอยู่ในระยะเริ่มแรกของเซลล์มะเร็งและถ้าได้มีการติดตามอย่างใกล้ชิด และให้การรักษาได้เร็วจะทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตนานถึง 10 ปี และไม่พบการลุกลามของเซลล์มะเร็งเกิดขึ้น (ชูศักดิ์ ปรพัฒนานนท์, วชิร ษชการ, 2547) อาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการได้ด้วยตนเอง คือ ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะเป็นลิ่มเลือด ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะไม่พุ่ง ปัสสาวะกะปริบกะปรอยเหมือนปัสสาวะไม่สุด มีอาการปวดเอวหรือกระดูกอุ้งเชิงกราน และต้องออกแรงในการเบ่งปัสสาวะมากขึ้น แต่ลักษณะอาการของผู้ป่วยที่มีปัสสาวะเป็นเลือด ที่พบในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจะไม่มีอาการปวดร่วมด้วย อาจมีอาการแสบขัดที่กระเพาะปัสสาวะ ปัสสาวะบ่อย และปัสสาวะออกในทันทีที่ปวด ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจะเป็นๆหายๆ (Sharma, Ksheersagar, & Sharma, 2009) ซึ่งอาจเป็นอาการที่ผู้ป่วยคิดว่าเป็นอาการที่ปกติทำให้ไม่มาพบแพทย์ ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ในระยะเวลาที่มีการลุกลามของเซลล์มะเร็งแล้วร่วมกับมีการอุดกั้นในทางเดินปัสสาวะ อีกทั้งการวินิจฉัยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะโดยการนำปัสสาวะไปตรวจไม่สามารถบ่งชี้ได้ชัดเจนว่าเป็น โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมารับการรักษาในระยะที่โรคมะเร็งมีที่รุนแรง ซึ่งถ้าผู้ป่วยตระหนักถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและรีบมาพบแพทย์ เมื่อมีอาการผิดปกติที่เป็นอาการแสดงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจะทำให้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่เร็วขึ้น การรักษาก็จะได้ผลลัพธ์ที่ดี ทำให้อัตราการตายของผู้ป่วยลดลง

ซึ่งจากผลการศึกษาของ Wallace et al., (2002) ในผู้ป่วยที่มารับการตรวจและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระยะที่โรคมะเร็งมีที่รุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการตายจากโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะสูงถึงร้อยละ 75 ภายหลังจากได้รับการรักษา แต่ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มีอัตราการตายภายหลังจากได้รับการรักษาต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาที่มารับการรักษาที่เท่ากัน นอกจากนี้ Wallace et al., (2002) ยังได้ทำการศึกษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยในระยะเวลา 5 ปี กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติครั้งแรกแล้วไปรับการรักษาที่แพทย์ทั่วไปแล้วมีการส่งตัวไปรับการรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 วัน ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิต 5 ปี คิดเป็น 64% แต่ถ้าผู้ป่วยที่มีระยะเวลา มากกว่า 14 วัน ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิต 5 ปี ลดลงเหลือเพียง 59%

จากผลการศึกษาแล้วยังมีการศึกษาของ Hollennbeck et al., (2010) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่เริ่มมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดแล้วมารับการตรวจวินิจฉัย และรับการรักษาในระยะเวลาที่นานมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยการตัดกระเพาะปัสสาวะออกและทำทางระบายน้ำปัสสาวะใหม่ รวมทั้งต้องได้รับการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสง ส่วนผู้ป่วยที่มารับการตรวจแล้วได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระยะเวลาสั้นกว่า 3 เดือนตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการปัสสาวะเป็นเลือดผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการตัดกระเพาะปัสสาวะออก 5.8 % และได้รับการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย 8.6% มีอัตราการรอดชีวิต 70.9 เดือนภายหลังได้รับการรักษา ส่วนผู้ป่วยที่มารับการตรวจแล้วได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในช่วงระยะเวลา 3-6 เดือนตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการปัสสาวะเป็นเลือดจะได้รับการรักษาโดยการตัดกระเพาะปัสสาวะออก 6.3% และได้รับการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย 9.2% มีอัตราการรอดชีวิต 62.6 เดือนภายหลังได้รับการรักษา และในผู้ป่วยมารับการตรวจแล้วได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในช่วงระยะเวลา 9-12 เดือนตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการปัสสาวะเป็นเลือดจะได้รับการรักษาโดยการตัดกระเพาะปัสสาวะออก 6.2% และได้รับการรักษาอื่นร่วมด้วยคิดเป็น 10.1% มีอัตราการรอดชีวิต 59.9 เดือนภายหลังการรักษา ซึ่งจากผลการศึกษาแล้วแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีระยะเวลาการมารับการรักษาที่นานมากขึ้นผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่ยุ่งยากและซ้ำซ้อนมากขึ้น และส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลงตามไปด้วย

สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีระยะเวลาการมารับการรักษานานขึ้นจะส่งผลกับการรักษา ที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่ซ้ำซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้ระยะของโรคเป็นมากขึ้นมีการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปในอวัยวะใกล้เคียง อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะลดลงและทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้น จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆพบว่าระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านความคิด และด้านอารมณ์ ที่จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีระยะเวลาการมารับการรักษาที่นานมากขึ้นหรือน้อยลง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคในเรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้พยาบาลได้เข้าใจถึงระยะเวลาการมารับการรักษาและปัจจัยที่ส่งผลต่อระยะเวลาการตัดสินใจในการมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรค คือ ความรู้สึกและความตระหนักของบุคคลต่อความรุนแรงที่เกิดจากความผิดปกติของโรค รวมถึงอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง จากผลการศึกษาวิจัยของ Mahony & Hegarty (2009) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระยะเวลาการรับรักษาล่าช้า เกิดจากผู้ป่วยรู้สึกว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราวไม่ได้มีความรุนแรง อาการที่เกิดขึ้นไม่มีผลกับการดำเนินชีวิตของตนเอง และนอกจากนี้มีการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมของ Almuammar & Burr (2010) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งล่าช้า ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาการรับรักษาล่าช้าของผู้ป่วย เกิดเนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่ไม่ได้มีความรุนแรงเป็นอาการที่สามารถหายเองได้ไม่ต้องไปรับการรักษาจากแพทย์ก็ได้ ซึ่งเป็นผลทำให้โรคมะเร็งมีการลุกลามและเป็นในระยะที่รุนแรงมากขึ้น เช่นเดียวกับในการศึกษาของ Cockburn et al., (2003) ซึ่งได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้พบว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ไปพบแพทย์เมื่อเกิดอาการผิดปกติเนื่องจากคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่ไม่ได้มีความรุนแรงถึงร้อยละ 44.8 ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการรับรักษาล่าช้า

ความรู้เรื่องโรค คือ ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นซึ่งจะเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ Tod, Craven, & Allmark (2007) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดมารับรักษาล่าช้าก็คือ ขาดความรู้เรื่องโรคและขาดความรู้เรื่องการรักษาโรคมะเร็งปอด ขาดการตระหนักในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นโรคมะเร็งปอด และในการศึกษาของ Mahony & Hegarty (2009) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของโรคในระดับที่น้อยจะส่งผลให้ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งในการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการรับรักษาล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nooijer, Lechner, & Vries (2001) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งผิวหนัง มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลูกอัมตะ พบว่าปัจจัยที่ทำให้ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ในอาการของโรคมะเร็งจึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาเมื่อมีอาการผิดปกติเพราะคิดว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นไม่ใช่อาการของโรคมะเร็ง

ความกลัว คือ ความรู้สึกถึงอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของตนเอง การศึกษาของ Tod, Craven, & Allmark (2007) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปอดพบว่าผู้ป่วยเกิดความกลัวว่าเมื่อไปพบแพทย์แล้วจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง เป็นผลให้ผู้ป่วยมารับรักษาล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Arndt et al., (2002) ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าสาเหตุที่ทำให้

ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า คือ ผู้ป่วยกลัวการวินิจฉัยโรคและกลัวการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ho, Johnston, & Keane (1988) ในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาล่าช้าเมื่อเกิดอาการผิดปกติจากการปัสสาวะเป็นเลือดเนื่องจาก ผู้ป่วยกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจึงไม่ไปรับการรักษาจากแพทย์

การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือในการติดตามอาการของโรคและพามาพบแพทย์ การที่บุคคลมีผู้ช่วยเหลือที่ดีหรือมีผู้ที่คอยห่วงใยพามาับการรักษาเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถผ่านเหตุการณ์ที่วิกฤตและเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ในการศึกษาของ Macleod, Mitchell, Burgess, Macdonald, & Ramirez (2009) ที่ได้มีการศึกษาโดยการรวบรวมงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมารับการรักษาล่าช้า ซึ่งผลจากการรวบรวมงานวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mitchell, Macdonald, Caampbell, Weller, & Macleod (2008) ได้ทำการศึกษาและรวบรวมงานวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตั้งแต่ในปี 1970-2003 พบว่าปัจจัยในด้านการสนับสนุนทางสังคมมีผลในการลดระยะเวลาในการมารับการรักษาล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งในผู้ป่วยมะเร็งที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีผลทำให้ลดระยะเวลาในการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งได้ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของมะเร็ง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เร็วขึ้นรวมถึงลดระยะเวลาการมารับการรักษาที่ล่าช้าลง แต่ในผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยส่งผลให้ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้าได้ เนื่องจากไม่ได้มีการปรึกษาหรือบอกเล่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นให้รับรู้ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า (Saldana & Castaneda, 2009)

จากที่ได้กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งยังขาดการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการที่มีความรุนแรง รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการของโรคมะเร็งซึ่งต้องมารับการตรวจรักษาจากแพทย์โดยเร็ว เมื่อเกิดอาการไม่ควรปล่อยให้อาการที่เกิดขึ้นนานเกินไป ควรต้องมารับการตรวจรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกที่เกิดอาการผิดปกติ และยังคงเกิดความกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นอาการของมะเร็งทำให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกที่เกิดอาการผิดปกติ กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะรักษาไม่หาย กลัวการตรวจและวินิจฉัย และกลัวตาย ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยล่าช้า และอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมารับการรักษาล่าช้า คือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติขึ้นช่วยลดระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็ง แต่ในผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยก็ส่งผลให้ระยะเวลา

การมารับการรักษาของผู้ป่วยล่าช้าได้ ในส่วนของผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่นก็ยังมีระยะเวลาการมารับการรักษาที่ไม่เหมาะสมและมารับการรักษาล่าช้า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวนน้อยที่มารับการรักษาในระยะเริ่มต้นของการเป็นโรค จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะก็สามารถมีระยะเวลาในการมารับการรักษาที่ล่าช้าหรือไม่เหมาะสมได้เช่นเดียวกับมะเร็งชนิดอื่นๆ ซึ่งจะมีผลทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลง ได้รับการรักษาที่ซ้ำซ้อนมากขึ้นรวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษามากขึ้นด้วย และจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะน้อย ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งในระบบศัลยศาสตร์ยูโร จึงสนใจที่จะศึกษาให้เกิดความเข้าใจว่าระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นอย่างไร มีปัจจัยใดที่เป็นสาเหตุให้ระยะเวลาการมารับการรักษานานขึ้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาแก้ไข ปรับปรุงการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะให้ถูกต้องและเหมาะสม และนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นที่มีอาการของโรค เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเหมาะสมกับระยะของโรค ช่วยในการชะลอการลุกลามของโรคในระยะต่อไป เพิ่มอัตราการรอดชีวิต ช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะดีขึ้นตามไปด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตั้งแต่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งมาไปรับการรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะทุกระยะของโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 30 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทางด้าน ศัลยศาสตร์ยูโรโรโรงพยาบาลศิริราช

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ระดับความรู้สึกตัวดี สามารถให้ข้อมูลกับผู้วิจัยได้ อาการสำคัญมาด้วยอาการ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำหนังสือขอความ อนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อคณบดีคณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งเสนอ โครงการวิจัยเพื่อขอรับ การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว และได้รับ อนุมัติในการเก็บข้อมูล ได้ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยตรวจและหอผู้ป่วยที่จะเก็บ รวบรวมข้อมูล ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการในขณะที่ผู้ป่วยมารับการตรวจและรับ การรักษาจากแพทย์ ณ หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอกศัลยศาสตร์ยูโร หน่วยผ่าตัดและตรวจพิเศษ ศัลยศาสตร์ยูโร ตึก สยามินทร์ชั้น 5 ห้อง 517 และหอผู้ป่วยศัลยศาสตร์ยูโรโดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง พுகุศลสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย จากนั้นชี้แจงและอธิบาย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และ ข้อความร่วมมือผู้ป่วยในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลตามลำดับดังนี้ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย ระยะเวลาการมารับการรักษาของ ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคของ ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

การสนับสนุนทางสังคม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วย คำนวณ การแจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ คำนวณค่าต่ำสุด (min) ค่าสูงสุด (max) มัชฌิม (median) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และการสนับสนุนทางสังคม คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตามด้วย สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการตามขั้นตอน การขอรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในคนของ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยยึดหลักจริยธรรมสากลในการทำวิจัยในคน โดยการเคารพในความเป็นบุคคล (respect for person) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณาอย่างรอบครอบ ตัดสินใจอย่างอิสระปราศจากความกดดันให้ต้องจำยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย การขอความยินยอมโดยการบอกกล่าว ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โครงการวิจัยโดยละเอียด ครอบคลุมเพียงพอ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายไม่มีการปกปิดข้อมูลใดๆที่ผู้ป่วยต้องการทราบ แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิ่งที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ ประโยชน์ ความเสี่ยงและวิธีการแก้ไข การรักษาความลับ และการเสนอผลการวิจัยให้ผู้ป่วยทราบ เมื่อผู้ป่วยลงชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือเจตนา ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเขียนชื่อตนเองได้ ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยประทับลายนิ้วมือห้วแม่มือขวาแทนการเขียนชื่อตนเอง และในกรณีที่ผู้ป่วยอ่าน-เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะให้มิพยานซึ่งเป็นบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยอ่านข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน หากผู้ป่วยไม่เข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ ผู้ป่วยก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน ด้านความเสี่ยงของโครงการวิจัย เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการขอเชิญให้ผู้ป่วยตอบคำถามตามแบบสัมภาษณ์ที่ได้มีการกำหนดข้อคำถามและเรียงลำดับข้อคำถามไว้แล้วไม่มีการปฏิบัติใดๆต่อผู้ป่วย จึงไม่มีผลข้างเคียง

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 85.6 และ 14.4 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอายุเท่ากับ 63.11 ปี อายุมากที่สุด 80 ปี อายุน้อยที่สุด 30 ปี กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.9 ศาสนาอิสลามร้อยละ 1.1 เชื้อชาติไทย ร้อยละ 98.9 เชื้อชาติจีน ร้อยละ 1.1 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 67.8 รองลงมาสถานภาพ หม้าย/หย่า ร้อยละ 18.9 มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลางและกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 35.6 และ 27.8 ตามลำดับ ที่อยู่ปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลางใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 37.8 และ 35.4 ตามลำดับ การศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 38.9 รองลงมาที่มีค่าใกล้เคียงกันคืออยู่ในระดับมัธยมปลายและระดับปริญญาตรี ร้อยละ 22.2 และร้อยละ 20 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างและรับราชการ/ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 31.1 และ 28.9 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 1,000 บาท รายได้เฉลี่ยในครอบครัวสูงที่สุด 200,000 บาท รายได้เฉลี่ยในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง 21,005.56 บาท สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิในการเบิกจ่ายตรง/ต้นสังกัด ร้อยละ 44.4 รองลงมาเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 38.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.3 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 18

ข้อมูลการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างมีผลพยาธิวิทยาคลินิกเป็นเซลล์ชนิด transitional cell carcinoma ร้อยละ 96.7 ตำแหน่งในการเกิดเนื้องอกในกระเพาะปัสสาวะ พบมากที่สุดในตำแหน่ง postero lateral wall of bladder ร้อยละ 20 รองลงมาพบในตำแหน่ง lateral wall of bladder ร้อยละ 11.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องเข้าไปตัดชิ้นเนื้อในกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 100 แล้วรองลงมาได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแล้วให้ BCG ใส่อเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 61.1 จำนวนครั้งที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องตัดชิ้นเนื้อในกระเพาะปัสสาวะมากที่สุด 1 ครั้ง ร้อยละ 51.1 รองลงมาจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 25.6

ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ระยะเวลาการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่พบอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งไปรับการรักษาที่แพทย์ทั่วไป มีระยะเวลาดำสุด 1 วัน สูงสุด 1,430 วัน ค่ามัธยฐาน 30 วัน ในส่วนของระยะเวลาดำสุดไปรับการรักษาที่แพทย์ทั่วไปจนกระทั่งได้มารับการรักษาที่แพทย์ศัลยกรรมโร

ระยะเวลาต่ำสุด 1 วัน, สูงสุด 1,080 วัน, ค่ามัธยฐาน 30 วัน และระยะเวลาตั้งแต่กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งได้รับการรักษาด้วยแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร มีระยะเวลาต่ำสุด 1 วัน, ระยะเวลาสูงสุด 1,460 วัน, ค่ามัธยฐาน 60 วัน

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะคะแนนต่ำสุด 14 คะแนน คะแนนสูงสุด 45 คะแนน ค่าเฉลี่ย 27.96 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.6 รองลงมา มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 13.3

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระดับน้อย ร้อยละ 83.3 และร้อยละ 87.8 ตามลำดับ

ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 30 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความกลัวอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 36.7 รองลงมา มีระดับคะแนนความกลัวในระดับน้อย ร้อยละ 34.4 และมีระดับคะแนนความกลัวในระดับมาก น้อยที่สุด ร้อยละ 28.9

การสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3 แต่ไม่พบว่า มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การสนับสนุนทางสังคม กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับระยะเวลาการมารับการรักษาเท่ากับ 0.486 โดยมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$) และระหว่างตัวแปรความรู้เรื่องโรคกับระยะเวลาการมารับการรักษามีค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.423 โดยมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะน้อย ระยะเวลาในการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจะเพิ่มมากขึ้น และจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

การอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.6 มีช่วงอายุที่พบมากที่สุด 61-70 ปี อายุเฉลี่ย 63.1 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนักวิชาการหลายท่าน ที่พบว่า เพศชายมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมากกว่าเพศหญิง ซึ่งพบว่ามีอัตราส่วนการเกิดโรค เพศชายต่อเพศหญิงเป็น 5:2 (Turner, 2008; Wallace, Bryan, Dunn, Begum, & Bathers, 2002) การเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะยังมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบมากที่สุดในช่วงระหว่างอายุ 65-85 ปี (Sangar, Ragavan, Matanhelia, Watson, & Blades, 2004) การพบโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีอายุมาก อธิบายได้ว่าเป็นผลจากการสัมผัสกับสารเคมีที่เป็นสารก่อมะเร็งที่มากับปัสสาวะเป็นเวลานาน แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของยีนดี เซลล์เยื่อบุผิวของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งเกิดขึ้น โดยเฉพาะจากการสูบบุหรี่ การอักเสบเรื้อรังในทางเดินปัสสาวะ หรือเกิดมีการเปลี่ยนแปลงของยีนดีและโคโมโซมทำให้เกิดความผิดปกติเป็นเซลล์มะเร็งขึ้น (Kaufman, Shipley, & Feldman, 2009; ชูศักดิ์ ปริพัฒนานนท์ และวชิร คชการ, 2547) ภูมิถิ่นปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 37.8 กลุ่มตัวอย่างจึงเลือกรับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนกลาง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ใหญ่และมีเครื่องมือที่ทันสมัย ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.9 ซึ่งเกี่ยวข้องกับระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รู้ว่าควรมารับการรักษาตั้งแต่อาการเริ่มเป็นในระยะต้น และไม่ทราบว่าการเริ่มต้นของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นอย่างไรจึงทำให้ไม่มารับการรักษาเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 56.7 โรคร่วมส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ตามลำดับ สำหรับผลพยาธิวิทยาคลินิกส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็น

เซลล์มะเร็งชนิด transitional cell carcinoma ร้อยละ 96.7 เป็นชนิดเซลล์ low grade ร้อยละ 58.9 เป็นเซลล์ชนิด high grade ร้อยละ 37.8 การที่พบเซลล์มะเร็งชนิดนี้มากที่สุด อธิบายได้ว่า เซลล์มะเร็งชนิด transitional cell carcinoma เป็นมะเร็งเยื่อเมือกที่เกิดในกระเพาะปัสสาวะได้มากที่สุด (ชูศักดิ์ ปริพัฒนานนท์ และ วชิร คชการ, 2547; Creel, 2007; Turner, 2008) และปัญหาของหลักของการเกิดมะเร็งเยื่อเมือกในกระเพาะปัสสาวะคือการเกิดเป็นซ้ำ ซึ่งจะเกิดได้ถึงร้อยละ 70 ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง (TUR-BT) (ชูศักดิ์ ปริพัฒนานนท์ และวชิร คชการ, 2547) ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเกิดเป็นซ้ำของเซลล์โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องตัดชิ้นเนื้อในกระเพาะปัสสาวะตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 48.9 ส่วนการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคือการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง ร้อยละ 100 และได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องแล้วให้ภูมิคุ้มกัน bacillus calmette guerin ร้อยละ 61.1 ซึ่งการให้ภูมิคุ้มกันจะช่วยให้ผู้ป่วยที่พบเซลล์มะเร็งชนิดที่ยังไม่มีการลุกลาม จะช่วยในการป้องกันการเกิดซ้ำของมะเร็ง และป้องกันการลุกลามของโรคด้วย (วิสูตร คงเจริญสมบัติ, 2552; Turner, 2009)

ส่วนที่ 2 ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

จากผลการศึกษา ระยะเวลาในการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (จากตารางที่ 4.3) พบว่า ระยะเวลาการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่พบอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งไปรับการรักษาที่แพทย์ทั่วไป มีระยะเวลาน้อยที่สุด 1 วัน มากที่สุด 1,430 วัน ค่ามัธยฐาน 30 วัน ระยะเวลาตั้งแต่ไปรับการรักษาที่แพทย์ทั่วไปจนกระทั่งได้มารับการรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร มีระยะเวลาน้อยที่สุด 1 วัน มากที่สุด 1,080 วัน ค่ามัธยฐาน 30 วัน และรวมระยะเวลาตั้งแต่กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งได้รับการรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร มีระยะเวลาน้อยที่สุด 1 วัน ระยะเวลา มากที่สุด 1,460 วัน ค่ามัธยฐาน 60 วัน จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการมารับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งได้มารับการรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร ที่นานเหตุผลอาจเนื่องมาจากลักษณะอาการของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เมื่อมีอาการผิดปกติในครั้งแรกๆ จะมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดเป็นส่วนมาก ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบร้อยละ 60 แล้วอาการจะเป็นๆหายๆ ไม่มีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้สงสัยหรือไม่แน่ใจว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ไม่ไปรับการรักษาที่แพทย์ โดยการรอดูอาการก่อนที่จะไปรับการรักษาที่แพทย์ จะไปรับการรักษาที่ต่อเมื่อมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดมากขึ้น และมีอาการอื่นๆที่รุนแรงร่วมด้วย เช่น การปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะไม่ออก มีอาการซีดร่วมด้วยเนื่องจากการเสียเลือด และอีกเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างไม่ไปรับการรักษาที่แพทย์ (ตารางที่ 2 ในภาคผนวก) เนื่องจาก รอสังเกตอาการคิดว่าหายไปเองเพราะไม่มีอาการเจ็บปวด

ร้อยละ 36.6 ไปรับการรักษาที่แพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลและคลินิก แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 33.3 เมื่อมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดซึ่งอย่าแก้แค้นเสบมารับประทานเองไม่ได้ไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ ร้อยละ 7.7 ซ้อย่าสมุนไพรมารับประทานเมื่อมีอาการปัสสาวะเป็นเลือด ร้อยละ 4.4 ซึ่งอาจเป็นเหตุผลส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้ระยะเวลาในการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ บุญสังข์ (2552) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ถึงเหตุผลของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษาที่ล่าช้าเนื่องจาก เมื่อเกิดอาการผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างจะรอสังเกตอาการ/รอให้อาการหายไปเองพบในการศึกษา ร้อยละ 87.2 ทำให้เกิดความล่าช้าของระยะเวลาในการแสวงหาการรักษาและสอดคล้องกับการศึกษาของ McCaffery, Wardle & Waller (2003) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนใหญ่ที่ไม่ไปรับการรักษาเมื่อเกิดอาการผิดปกติในครั้งแรกเนื่องจาก รอสังเกตอาการ รอดูอาการ หรือรอให้อาการหายไปเอง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และการสนับสนุนทางสังคม กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีของดราคัพและคณะ (Dracup et al. 2003) ที่เชื่อว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่รุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษา จะตัดสินใจในการมารับการรักษาเร็วขึ้น ซึ่งส่งผลให้ระยะเวลาในการมารับการรักษาลดลง และถ้ามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย จะส่งผลให้ระยะเวลาตั้งแต่เป็น โรคจนกระทั่งมารับการรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ยูโร นั้นใช้ระยะเวลานานขึ้น ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงอาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.6 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 13.3 (ตารางที่ 4.4) เหตุผลที่อธิบายได้จากการศึกษาในครั้งนี้ คือ อาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ เป็นอาการที่เป็นๆหายๆ ไม่ได้มีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย ถ้าไม่ได้มีการสังเกตอย่างใกล้ชิดทำให้ไม่แน่ใจว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคมะเร็ง

กระเพาะปัสสาวะ และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในครั้งแรก โดย การรอดูอาการก่อนเพราะเป็นอาการที่เกิดขึ้นแล้วหายไปเองไม่ได้คิดว่า เป็นอาการผิดปกติที่รุนแรง มีการไปซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเอง หรือมีการซื้อยาสมุนไพรมารับประทานจากการบอกเล่าของเพื่อนบ้านหรือคนที่รู้จักกัน ก่อนที่จะมารับการรักษาจากแพทย์ศาสตร์ยูโร รวมทั้งคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นอาจเป็นอาการที่แสดงถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นในอวัยวะอื่นๆหรือสาเหตุอื่น เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยในอาการทั้ง 12 อาการ (ตารางที่ 3 ในภาคผนวก) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระดับ ปานกลางถึงระดับสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ อาการน้ำหนักลดมากกว่า 5 กิโลกรัม ในระยะเวลา 1 เดือน การคลำพบก้อนที่บริเวณเหนือหัวหน่าว (mean= 2.7) รองลงมาเป็น อาการซิดหรือคนทักว่าซิด (mean= 2.6) อธิบายได้ว่า อาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีการรับรู้ว่าเป็นอาการที่มีความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมาก เป็นอาการที่พบได้ชัดเจน รวมทั้งเป็นอาการที่แสดงถึงความผิดปกติที่มีมากขึ้นและอาจเป็นการรับรู้ว่าเป็นอาการของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่จะเป็นอันตรายถึงชีวิต ส่วนลักษณะอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง คือ การถ่ายปัสสาวะมีเลือดปน การปัสสาวะลำบาก หลังถ่ายปัสสาวะแล้วมีอาการแสบขัด การถ่ายปัสสาวะกะปริบกะปรอย ถ่ายปัสสาวะบ่อยและออกทันที มีอาการปวดขณะถ่ายปัสสาวะ มีอาการปวดบริเวณบั้นเอว มีอาการปวดบริเวณอุ้งเชิงกราน มีอาการเบื่ออาหาร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีการรับรู้ว่าเป็นอาการผิดปกติที่สามารถเกิดจากสาเหตุอื่นนอกเหนือจากโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ อาการที่เกิดขึ้นเป็นๆหายๆ (Kirkali et al., 2005; Turner, 2008) หรือการประเมินอาการผิดปกติตั้งแต่ในระยะต้นของ โรคว่าเป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นยังไม่มี ความรุนแรงมาก (Macleod, Mitchell, Burgess, Macdonald, & Ramirez, 2009) จึงส่งผลให้เกิดการประเมินความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง

จากที่กล่าวมาข้างต้น เหตุผลที่พอจะอธิบายได้ในการศึกษาครั้งนี้ ตามกรอบแนวคิดของดราคัพและคณะ (Dracup et al. 2003) ได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่าง ที่จะให้ความหมายหรือตีความว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร มีการตระหนักต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหรือไม่ หากว่ากลุ่มตัวอย่างตีความและรับรู้ว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการผิดปกติของ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ นิ่ว ต่อมลูกหมากโต หรือได้รับการกระทบกระเทือนที่กระเพาะปัสสาวะทำให้เกิดอาการผิดปกติเกิดขึ้น และเป็นผลจากความผิดปกติด้วยสาเหตุอื่นๆ จึงทำให้เกิดการตีความและรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการตีความและรับรู้ว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่มีความรุนแรงคุกคามชีวิต เป็นสัญญาณเตือนว่าเป็นอาการของโรคมะเร็ง ระดับการรับรู้ความรุนแรงของอาการ

ผิดปกติอยู่ในระดับที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phisaisaphanth, (2002) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งเต้านมที่รับรู้ภาวะคุกคามของโรคต่ำจะมารับการรักษาล่าช้ามากกว่า ผู้ที่มีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคสูงถึง 3.6 เท่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติที่เกิดจากโรคมะเร็งมากขึ้น ว่าเป็นอาการผิดปกติที่อันตรายต้องมารับการตรวจรักษาจากแพทย์ จะทำให้ระยะเวลาการมารับการรักษาลดลง ส่งผลถึงการรักษาที่จะได้รับ ไม่เกิดการลุกลามของโรคไปยังอวัยวะอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาที่ล่าช้าในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่ไม่มีความรุนแรง ร้อยละ 40 และในการศึกษารั้งนี้ ยังรายงานผลพยาวิทายว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษามีระยะเวลานานมากกว่า 1 เดือนทำให้ระยะของโรคอยู่ใน stage ที่ 3 ร้อยละ 32 (Tomlinson, Wong, Au, & Schiller, 2012) แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่มีความรุนแรงจะทำให้ระยะเวลาในการมารับการรักษาเร็วขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

จากการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระดับน้อย ร้อยละ 83.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.4 และระดับมาก ร้อยละ 2.2 (ตารางที่ 4.5) เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษา ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะรายชื่อพบว่ามี (ตารางที่ 4 ในภาคผนวก) ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ การประกอบอาชีพที่สัมผัสสารเคมี ได้แก่ โรงงานย้อมผ้า, ช่างทาสี, โรงงานผลิตรถยนต์ มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 57.8 รองลงมา การสูบบุหรี่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 ในส่วนของความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับน้อยมากที่สุด ร้อยละ 87.8 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 8.9 และในระดับสูง ร้อยละ 3.3 (ตารางที่ 4.5) ผลการศึกษาความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในรายชื่อ (ตารางที่ 5 ในภาคผนวก) พบว่า อาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่กลุ่มตัวอย่างตอบ ถูกมากที่สุด คือ การถ่ายปัสสาวะมีเลือดปนเป็นอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 65.5 รองลงมา คือ มีอาการปวดอุ้งเชิงกรานเป็นอาการผิดปกติของโรคมะเร็ง

กระเพาะปัสสาวะ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 42.2 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 38.9 กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.1 ร่วมกับโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะยังเป็นโรคมะเร็งที่มีการเผยแพร่และการประชาสัมพันธ์น้อยกว่าโรคมะเร็งชนิดอื่นๆในเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค และวิธีการตรวจคัดกรองโรค รวมทั้งแพทย์เฉพาะทางที่จะให้ความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังอยู่ในระดับโรงพยาบาลใหญ่ๆหรือส่วนกลาง ทำให้การเข้าถึงข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะของประชาชนมีน้อย อาจเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องโรคในระดับที่น้อย นอกจากนี้ การเข้าถึงข้อมูลของประชาชนก็มีน้อย ซึ่งมะเร็งในระบบทางเดินปัสสาวะที่มีการรณรงค์เผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชนอย่างแพร่หลาย คือ มะเร็งต่อมลูกหมาก และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติที่เป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นเพศชาย จะทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติและการตรวจรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากมากกว่ามะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เนื่องจากมีเพื่อนร่วมงานและบุคคลที่รู้จักเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก และได้รับความรู้จากการรณรงค์เผยแพร่ความรู้จากสื่อต่างๆร่วมด้วย จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคในระดับน้อย ส่งผลให้ระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดทางทฤษฎีของดราคัพและคณะ (Dracup et al. 2003) ที่พบว่าความรู้เรื่องโรคเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการตัดสินใจในการมารับการรักษาเมื่อเกิดอาการผิดปกติกับตนเอง ซึ่งมีผลให้ระยะเวลาที่มารับการรักษาน้อยลง แต่ในผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องโรคน้อยมีผลกับระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษารักษาของผู้ป่วย ส่งผลให้ระยะเวลาในการมารับการรักษานานมากขึ้น

การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ บุญสังข์ (2552) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอยู่ในระดับน้อย ส่งผลให้ระยะเวลาในการแสวงหาการรักษาของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งทวารหนัก จำนวน 106 คน พบว่า ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของมะเร็งทวารหนักคิดว่าเป็น hemorrhoids ทำให้ระยะเวลาในการมารับการตรวจรักษาล่าช้ามากขึ้น มีผลทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้นการดำเนินไปของโรคแย่ลงไปด้วย (Ristvedt et al., 2005) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเพื่อถามความรู้เรื่องโรคและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของโรค ในการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้มีน้อย มีความสัมพันธ์กับการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.0001$ (McCaffery, Wardle, & Waller, 2003) ซึ่งแสดงให้เห็น

ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคในระดับสูง เมื่อพบอาการผิดปกติเกิดขึ้นก็จะไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ในทันทีที่เกิดอาการผิดปกติ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เรื่องโรคในระดับที่น้อย ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคมะเร็ง ทำให้ไม่ไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ ส่งผลให้ระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้า

ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

จากการศึกษาพบว่า ความกลัวไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ($r=.017, p>.01$) ซึ่งผลจากการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดทางทฤษฎีของดราคัพและคณะ (Dracup et al. 2003) ที่พบว่าความกลัวเป็นตัวแปรหนึ่งที่อยู่ในด้านของอารมณ์ที่จะมีการตอบสนอง และส่งผลต่อการตัดสินใจในการมารับการรักษาจากแพทย์ ซึ่งถ้าผู้ป่วยที่กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็น โรคร้ายแรงไม่ยอมรับทราบหรือรู้ จะส่งผลให้มารับการรักษาที่ช้ากว่าผู้ป่วยที่มีความกลัวน้อยกว่า การศึกษาในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าความกลัวมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาที่ล่าช้าของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปัสสาวะเป็นเลือดที่เป็น โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เป็นเพราะเกิดความกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นอาการของโรคมะเร็ง ทำให้ไม่กล้าที่จะมารับการตรวจรักษา รอสังเกตอาการมากกว่า 1 เดือนจึงมารับการรักษาจากแพทย์ (Ho, Johnston, & Keane, 1998) ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ความกลัวไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.7 รองลงมากลัวในระดับน้อย ร้อยละ 34.4 ค่าเฉลี่ยของความกลัว 14.87 (ตารางที่ 4.6) แต่ระยะเวลาในการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างมาก แต่จากผลการศึกษาวิจัย (ตารางที่ 6 ในภาคผนวก) พบว่ากลุ่มตัวอย่างความกลัวที่กลุ่มตัวอย่างกลัว คือ กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัว รองลงมากลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นอาการของโรคมะเร็ง ค่าเฉลี่ย 2.09 และ 2.02 ตามลำดับ ซึ่งจากผลการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัวในระดับมาก เหตุผลอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 64.4 (ตารางที่ 4.1) เป็นผู้ที่เกษียณอายุราชการแล้วอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งจะต้องมารับการรักษาจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และด้วยพยาธิสภาพของร่างกายที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย ร้อยละ 56.7 (ตารางที่ 4.1) ทำให้กลัวว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะเป็นภาระกับคนในครอบครัว และทำให้คนในครอบครัววิตกกังวล

อีกเหตุผลเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 67.8 (ตารางที่ 4.1) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว จะมีความผูกพันใกล้ชิดกัน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ก็กลัวว่าจะทำให้บุคคลในครอบครัววิตกกังวล เพิ่มภาระให้กับคนในครอบครัวในการดูแลมากขึ้น ส่วนของความกลัวที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความกลัวน้อยที่สุด คือ กลัวว่าการต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจะทำให้เสียเวลามาก ค่าเฉลี่ย 0.67 รองลงมา กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อการต้องไปพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น ค่าเฉลี่ย 0.86 (ตารางที่ 6 ในภาคผนวก) เหตุผลที่กลัวน้อยอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ไม่ได้ทำงานแล้วเป็นผู้เกษียณ ทำให้ไม่ต้องลงนามมาเพื่อมารับการรักษาในแต่ละครั้ง และการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างต้องมารับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ จึงเกิดความคุ้นเคยกับการมารับการตรวจรักษาจากแพทย์จึงทำให้ ไม่กลัวว่าการมารับการรักษาจากแพทย์ทำให้เสียเวลาและส่งผลกระทบต่อการทำงาน และจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความกลัวอยู่ในระดับมาก น้อยที่สุด ร้อยละ 28.9 (ตารางที่ 4.6) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 63.1 และเป็นเพศชาย เป็นส่วนใหญ่ ความรู้สึกกลัวต่อการเป็นโรคมะเร็งลดลง ซึ่งถ้าเมื่อเทียบกับระยะพัฒนาการของครอบครัวตรงกับระยะครอบครัววัยกลางคน เมื่ออายุที่เพิ่มมากขึ้นเป้าหมายของชีวิตเปลี่ยนไประดับความกลัวลดลง ในขณะที่ผู้ที่มีอายุน้อยเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมักมีความกังวลและกลัวมาก (Greiner, Born, Nollen, & Ahluwalia, 2005) ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจในการมารับการรักษาได้เร็วขึ้น และด้วยอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระยะเริ่มต้นของโรค อาการแสดงจะเป็นอาการที่มีความรุนแรงน้อย เป็นลักษณะอาการที่เป็นๆหายๆร่วมกับไม่มีอาการเจ็บปวด จึงอาจเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างไม่เกิดความกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคมะเร็ง อาจจะคิดว่าเป็นการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ เป็นอาการที่เกิดจากความผิดปกติในอวัยวะอื่น หรืออาจจะเคยมีอาการผิดปกติมาแล้วแต่ไม่พบอาการผิดปกติซ้ำอีก ทำให้ไม่มารับการตรวจรักษาจากแพทย์ ซึ่งจะมารับการตรวจรักษาเมื่ออาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากขึ้น อาจจะเป็นผลจากความรู้อาการของโรคและการรับรู้ความรุนแรงที่อยู่ในระดับที่น้อย มากกว่าความกลัวที่ทำให้ระยะเวลาการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างล่าช้ามากขึ้น ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ บุญสังข์ (2552) ที่ทำการศึกษาความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความกลัวในระดับปานกลางโดยที่กลุ่มตัวอย่างกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัว มากที่สุด และที่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง กลัวน้อยที่สุด คือ กลัวว่าการมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจะทำให้เสียเวลามาก

และมีการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็น โรคมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความกลัวน้อยมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.05$) (Burgess, Ramirez, Richards, & Love, 1998)

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ($r = .004, p>.01$) จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.7 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ($mean=20.78, S.D.=2.72$) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3 (ตารางที่ 4.7) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.8 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร มีการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจและมีการรับฟังปัญหาจากบุคคลในครอบครัว กลุ่มบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางสังคมเป็นกลุ่มคนในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตรหลาน เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมีความสนิทสนมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คู่สมรสและบุตรหลานเป็นบุคคลที่ให้คำปรึกษาเรื่องโรคที่เป็น การรักษาที่ได้รับ และยังมีการดูแลเอาใจใส่มีความห่วงใย คอยสอบถามอาการและการรักษา หรือพามารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการสนับสนุนในด้านสิ่งของจากบุคคลเหล่านี้มาก ซึ่งการสนับสนุนในด้านสิ่งของประกอบด้วย การให้ความช่วยเหลือด้านการเงินและการต้องการความช่วยเหลือในเวลาเร่งด่วน รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องมาพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวอยู่แล้ว จึงส่งผลให้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร จงประกอบกิจ (2551) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็น โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้แรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่มีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง มะเร็งปอด มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งในระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาล่าช้าของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มดังกล่าว (Macleod, Mitchell, Burgess, Macdonald, & Ramirez, 2009) ซึ่งผลการศึกษานี้ขออธิบายได้ว่า ด้วยลักษณะของสังคมไทยที่บุคคลในครอบครัวให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกันและมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมาก่อนการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงอยู่แล้ว ซึ่งไม่มีผลหรือเกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมารับการรักษาในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนกรอบแนวคิดพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการรักษาของ Dracup et al., (2003) ที่กล่าวว่า อาการของความผิดปกติที่เกิดขึ้นมีผลกับด้านความคิดของบุคคลในการตัดสินใจของบุคคลที่จะไปรับการรักษาเมื่อเกิดอาการผิดปกติหรือเกิดการเจ็บป่วย ภายใต การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความรู้ของบุคคลแต่ละคน และผลการศึกษาทำให้ได้ข้อสรุปว่า ปัจจัยที่มีผลกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ คือ ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ดังนั้นการส่งเสริมในการให้ประชาชนทั่วไปได้รับรู้ถึงความรุนแรง และความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เป็นสิ่งที่จะทำให้ระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตั้งแต่เกิดอาการผิดปกติในครั้งแรกจนกระทั่งได้รับการรักษาจากแพทย์ศัลยศาสตร์ยโรลดลง และได้รับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติพยาบาล

1. พยาบาลควรมีการณรงค์ เผยแพร่ ให้คำแนะนำกับประชาชนทั่วไปรวมไปถึงผู้ป่วย และญาติที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และประชาชนที่อยู่ในส่วนภูมิภาคให้มีความรู้เรื่องโรค อาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โดยแนะนำให้มารับการตรวจหรือรักษาเพื่อคัดกรองตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ในขณะที่โรคมะเร็งยังไม่เกิดอาการรุนแรงขึ้น และยังไม่มีการลุกลาม ไม่ควรรอสังเกตอาการหรือรอให้อาการหายไปเอง ควรต้องไปรับการรักษาจากแพทย์ที่มีความรู้ในระบบศัลยศาสตร์ยูโรในทันที
2. เป็นแนวทางให้กับบุคลากรทางสุขภาพได้ร่วมกันทำงานเป็นทีมสหสาขาในการจัดระบบการตรวจคัดกรองโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้ประชาชนได้มารับการตรวจวินิจฉัยและรับการรักษาในระยะเวลาที่เร็วขึ้น

ด้านการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยบางประการ ตามกรอบแนวคิดของดราคัพ และคณะ (Dracup et al. 2003) ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าในการทำการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมตามกรอบแนวคิดดังกล่าว ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสวงหาการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เพื่อเป็นข้อมูลและแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะให้มารับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย



**FACTORS RELATED TO TIME TO DEFINITE DIAGNOSIS IN BLADDER
CANCER PATIENTS**

PRANOM PHROMDEANG 5337937 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUPORN DANAIDUTSADEEKUL, D.N.S.,
ORAPAN THOSINGHA, D.N.S., PATKAWAT RAMART, M.D.**EXTENDED SUMMARY****Background and Significance of the Problem**

Bladder cancer ranks ninth among all types of cancer all over the world. The incidence of newly diagnosed bladder cancer is 330,000 cases per year, and the mortality rate is 130,000 per year. Males are 3.8 times more susceptible to bladder cancer than females (Stenzl, Witjes, Cowan, Santis, Kuczyk, & Lebret, 2011). In general, bladder cancer is commonly found in patients older than 55 years of age, with the mean age of bladder cancer patients of 73 years (American Urological Association Foundation, 2012). In Thailand, according to the statistics of the Ministry of Public Health on numbers and rates of mortality in the population of 100,000, it was found that the diseases of the reproductive and urological systems rank sixth. In addition, the mortality rates of bladder cancer in the population of 100,000, both males and females, between 2006 and 2010 were 373, 361, 416, 454, and 478, respectively. Thus, it can be seen that the mortality rates of bladder cancer tend to increase (Office of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, B.E. 2553). As many as 70% of the newly diagnosed cases of bladder cancer have transitional cell carcinoma, which are initial cancer cells with a high rate of relapses of 50% to 70% and a high rate of metastasis to muscularis propria of 10% to 20%, hence more severe stages of bladder cancer (Kaufman, Shipley, & Feldman, 2009). In fact, the transitional cell carcinoma of

bladder cancer has a slower growth rate than other types of cancer cells. For patients with early diagnosis or treatment, their cancer cells are still restrained in the superficial muscularis, which is an initial stage of the cancer cells. If these patients receive early treatment and are closely monitored, their survival rate will be as long as ten years and there will be no metastasis (Choosak Paripatananon & Vajira Kajakarn, B.E. 2547). Symptoms of bladder cancer that can be observed by the patients are hematuria or blood in the urine, painful urination, frequent urination, urge incontinence, anuria, pain in the waist or pelvis, and forced urination. However, hematuria in bladder cancer patients is not accompanied by pain, but the patients may experience burning sensation in the bladder, frequent urination, and incontinence, which can be on and off (Sharma, Ksheersagar, & Sharma, 2009). These may make the patients feel that they do not need to seek medical assistance, and wait until the cancer cells have metastasized or when the urinary tract is blocked. Besides, bladder cancer cannot be diagnosed with a laboratory examination of urine, and this may be another reason why bladder cancer patients wait until their symptoms become severe before they start seeking medical attention. If the patients are aware of abnormal symptoms and immediately seek medical assistance, they will receive more timely diagnosis and treatment, which leads to more favorable treatment outcomes and fewer mortality rates.

According to Wallace et al. (2002), the mortality rates among bladder cancer patients who have delayed diagnosis after the symptoms have become severe is as high as 75%, which is higher than the mortality rate among bladder cancer patients who receive earlier diagnosis and treatment. Furthermore, Wallace et al. (2002) studied the relationship between five-year survival rates and time to definite diagnosis of patients with bladder cancer after the first sign of abnormal symptoms leading them to seeing general physicians before being referred to a urologist. They found that the five-year survival rate of patients whose time to definite diagnosis was fewer than or equal to 14 days was 64%, while that of patients whose time to definite diagnosis was more than 14 days decreased to 59%.

In addition, Hollenbeck et al. (2010) conducted a study and found that bladder cancer patients who had sought diagnosis after experiencing hematuria had to undergo cystectomy and urinary diversion, together with other treatments such as chemotherapy or radiotherapy. For patients who had been diagnosed with bladder

cancer within three months after hematuria, 5.8% underwent cystectomy, and 8.6% received cystectomy with other forms of therapy, and their survival rate was 70.9 months after the treatment. As for patients who had been diagnosed with bladder cancer within three to six months after experiencing hematuria, 6.3% underwent cystectomy, and 9.2% received cystectomy with other forms of therapy, and their survival rate was equal to 62.6 months after the treatment. Finally, for patients who had been diagnosed with bladder cancer within nine to 12 months after experiencing hematuria, 6.2% underwent cystectomy, and 10.1% received cystectomy with other forms of therapy, and their survival rate was equal to 59.9 months after the treatment. Such findings clearly indicate that bladder cancer patients who have delayed diagnosis have to undergo more complicated treatments and their survival rates will be decreased.

Therefore, it can be concluded that delayed diagnosis has an effect on treatment of bladder cancer. The patients will have to undergo more complicated treatments and since the cancer cell may have metastasized to nearby organs, the survival rates will be decreased and the mortality rates will be increased. A review of literature has shown that time to definite diagnosis of cancer patients are influenced by several factors that affect decisions to seek treatment of patients including personal factors, environmental factors, cognitive factors, and emotional factors, which shorten or prolong time to definite diagnosis. In the present study, the factors related to time to definite diagnosis of bladder cancer patients that were investigated included perceived severity of bladder cancer, knowledge of risk factors of bladder cancer and abnormal symptoms of bladder cancer, fear of abnormal symptoms of bladder cancer, and social support. It was anticipated that the findings of the study would shed light on factors affecting time to definite diagnosis in bladder cancer patients.

Perceived severity of the disease refers to individuals' feelings and awareness of the severity which results from abnormalities of the disease as well as harms caused by the illness. It is one of the factors that affect time to definite diagnosis in cancer patients. A study of Mahony & Hegarty (2009) conducted with breast cancer patients has revealed that breast cancer patients who had delayed time to definite diagnosis felt that their abnormal symptoms were temporary symptoms that were not severe and that did not considerably affect their ways of life. Furthermore,

Almuammar & Burr (2010) reviewed factors that delayed time to definite diagnosis in cancer patients and found that delayed time to definite diagnosis resulted from patients' misunderstanding that their symptoms were not severe and could disappear without medical treatment, which caused cancer to metastasize. Likewise, Cockburn et al. (2003) have reported that 44.8% of colon cancer patients did not to seek medical assistance when experiencing abnormal symptoms because they thought that the symptoms were not severe, hence delayed time to definite diagnosis.

Knowledge about the disease refers to individuals' understanding of risk factors and abnormal symptoms that threaten their life. It is also one of the factors that have an influence on time to definite diagnosis. Tod, Craven, & Allmark (2007) conducted a study with lung cancer patients and found that the factors that affected delayed time to definite diagnosis were lack of knowledge about lung cancer and its treatment, as well as lack of awareness that abnormal symptoms were symptoms of lung cancer. In addition, Mahony & Hegarty (2009) have reported that breast cancer patients who had a lower level of knowledge of abnormal symptoms of breast cancer were more likely to have delayed time to definite diagnosis. In other words, knowledge of the disease was associated with time to definite diagnosis in breast cancer patients with statistical significance ($p = 0.01$). Similarly, Nooijer, Lechner, & Vries (2001) conducted a study with patients with skin cancer, colon cancer, breast cancer, and testicular cancer and found that the factor that resulted in delayed time to definite diagnosis was lack of knowledge of symptoms of cancer, which prevented the patients from seeking medical treatment because they did not know that their symptoms were symptoms of cancer.

Fear refers to the feelings that the symptoms individuals are experiencing may cause harm to their life. Tod, Craven, & Allmark (2007) carried out a study with lung cancer patients and reported that patients were afraid that if they went to see the doctor, they would learn that they had cancer, hence delayed time to definite diagnosis. A similar finding was reported by Arndt et al. (2002) who found that a major cause that prevented breast cancer patients from seeking timely diagnosis was fear of diagnosis and fear of surgery. Likewise, Ho, Johnston, & Keane (1988) have discovered that bladder cancer patients who had delayed time to definite diagnosis

after experiencing hematuria were afraid of the diagnosis of bladder cancer, so they did not go to see the doctor.

Social support refers to individuals' reception of assistance in following up the symptoms of the disease and keeping medical appointments to see the doctor. Having assistance from others who make sure that the patients receive needed treatment results from having a good interaction with other people in society. Social support is considered one factor that enables patients to cope with and overcome a crisis. According to Macleod, Mitchell, Burgess, Macdonald, & Ramirez (2009) who reviewed research studies on delayed time to diagnosis in cancer patients, social support has an effect on time to definite diagnosis in cancer patients. Similarly, Mitchell, Macdonald, Caampbell, Weller, & Macleod (2008) conducted a meta-analysis of research in patients with colorectal cancer published between 1970 and 2003 and found that social support could decrease time to definite diagnosis in patients with colorectal cancer. Moreover, patients with colorectal cancer who had good social support had shorter time to definite diagnosis, which meant that they received treatment at the initial phase of colorectal cancer. On the other hand, patients with less social support tended to have more delayed time to definite diagnosis because they did not have a chance to share or consult their abnormal symptoms with other people (Saldana & Castaneda, 2009).

According to the aforementioned discussion, it can be seen that cancer patients tend to lack perception that their symptoms are severe symptoms. They also lack knowledge that the abnormal symptoms they are having are cancer symptoms that require immediate medical attention, as well as awareness that when they experience abnormal symptoms they should not wait but seek medical assistance as soon as possible. Besides, some patients have the fear that the abnormal symptoms are cancer symptoms, so they do not seek medical treatment as soon as the symptoms started. In addition, some patients are afraid that such abnormal symptoms are incurable, while others have the fear of examinations and diagnosis, as well as fear of death. All of these have affected their time to definite diagnosis. Another factor that influences time to definite diagnosis is social support. In general, social support enables patients to cope with and solve problems, and it also means that patients will receive advice and assistance when they have abnormal symptoms, hence shortened time to definite

diagnosis. Simply put, patients with a low level of social support tend to have delayed time to definite diagnosis. Generally, few cancer patients seek treatment during the initial phase of the disease. Like patients with other types of cancer, bladder cancer patients can have delayed time to definite diagnosis which can decrease their rates of survival, result in more complicated treatments, and increase their medical expenses. A review of literature has shown that in Thailand there are few studies conducted with bladder cancer patients. Therefore, the researcher who is a professional nurse working to provide care to patients with cancer of the urological system was interested in conducting a study to investigate time to definite diagnosis in bladder cancer patients and to determine the factors affecting time to definite diagnosis in bladder cancer patients. It was anticipated that the findings of this study could be used as baseline data to further develop provision of care for bladder cancer patients with an aim to ensure that bladder cancer patients seek medical treatment during the initial phase of the disease to prolong the metastasis of cancer, to increase survival rates, and to ensure good quality of life of bladder cancer patients.

Research Objectives

1. To investigate time to definite diagnosis in bladder cancer patients since first observation of abnormal symptoms until seeing a urologist
2. To explore the relationships between perceived severity of bladder cancer and time to definite diagnosis in bladder cancer patients
3. To explore the relationships between knowledge of bladder cancer and time to definite diagnosis in bladder cancer patients
4. To explore the relationships between fear of abnormal symptoms of bladder cancer and time to definite diagnosis in bladder cancer patients
5. To explore the relationships between social support and time to definite diagnosis in bladder cancer patients

Methodology

The present study was descriptive correlational research which aimed at investigating factors related to time to definite diagnosis in bladder cancer patients.

Population and sample

The population of the present study consisted of bladder cancer patients, both males and females, at any stage of the disease, aged 30 years old or older, who were seeking treatment at the outpatient and inpatient urological clinic at Siriraj Hospital.

Inclusion criteria

The patients knew their diagnosis of bladder cancer; they had a good level of consciousness; they were able to share the data with the researcher; and they came to the hospital because of symptoms of bladder cancer.

Data Collection

In this study, the researcher collected data by herself after submitting a letter from the Graduate School of Mahidol University to the Dean of Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, to ask for permission to collect data. The researcher proposal was also submitted to the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University. After approval was granted, the researcher asked for cooperation from the staffs at the examination unit and patients' ward. Data were collected while the patients were waiting to see the doctor at the outpatient urological unit and the special urological surgery and examination unit, room number 507, fifth floor, Syamindra Building. The researcher introduced herself and established rapport with the subjects before explaining study objectives and data collection procedures and asking for cooperation in data collection. Data were collected using the following instruments: the demographic characteristics interview protocol and the interview protocol to elicit data regarding illness, time to definite diagnosis of bladder cancer patients, perceived severity of bladder cancer, knowledge of bladder cancer patients, fear of abnormal symptoms of bladder cancer,

and social support. Data collection lasted approximately 30 to 45 minutes. After the interviews were completed, the researcher gave the patients opportunity to ask questions. The data collected from the patients were then analyzed with a computer program. To explain, descriptive statistics of frequency, percentage, mean, and standard deviation were used to analyze demographic characteristics data and illness data, while data regarding time to definite diagnosis were analyzed in terms of minimum, maximum, and median. Also, descriptive statistics of percentage, mean, and standard deviation were used to analyze perceived severity of bladder cancer, knowledge of bladder cancer, fear of abnormal symptoms of bladder cancer, and social support. Finally, Spearman's rank correlation was employed to determine the relationship between the independent variables and the dependent variable.

Protection of the Rights of Human Subjects

The present study was conducted with ethical issues taken into account. The proposal was approved by the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects by the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, and the international ethical codes of conduct, particularly respect for person, were taken into careful consideration. The researcher offered the patients opportunity to carefully consider whether they would like to participate in the study, without being pressured by the researcher. In addition, the researcher offered information about the study sufficiently and comprehensively in detail, using simple language that is easy to understand and without hiding any information from the patients. The researcher informed the patients of the study objectives, data collection procedures, benefits and risks of their participation, and solutions. The patients were assured confidentiality of the data collected from them, and they would be informed of the findings after the study was completed. After the patients signed the informed consent form, the researcher began collecting data from them. If the patients were unable to write their own name, the patients would use the print of their right thumb instead. In cases the patients were unable to read or write, the researcher would ask another person who was not related to the research study to be the witness who read the information sheet and the informed consent form to the patients. The witness was also asked to sign the

informed consent form. If the patients decided not to participate in the study, they would continue to receive standard diagnostic examinations and treatment. As regards the risks of the present research, as the researcher asked the patients to respond to the interview questions that were previously arranged in order and there was no practice conducted with the patients, so there was no side effect of the patients' participation in this study.

Findings

Data regarding demographic characteristics of the patients

There were more males and females in this study, making up 85.6% and 14.4%, respectively. The maximum age of the subjects was 80, while the minimum age was 30, with the mean age of 63.11 years. Almost all of the subjects, or 98.9%, were Buddhists, and 1.1% was Muslims. Also, 98.9% were Thai, and 1.1% was Chinese-Thai. Approximately two-thirds of the subjects, or 67.8%, were married, and 18.9% were widowed or divorced. In addition, 35.6% and 27.8% lived in the Central region and Bangkok, respectively. As regards current residence, 37.8% lived in Bangkok and 35.4% lived in the Central region. In terms of education, 38.9% completed elementary education, 22.2% graduated from high school, and 20% held a Bachelor's degree. Moreover, 31.1% and 28.9% were wage earners and government officials or retired government officials, respectively. When considering family income, it was found that the minimum income was 1,000 baht per month, whereas the maximum income was 200,000 baht per month. The mean family income was 21,005.56 baht per month. Close to half of the subjects, or 44.4%, had the right to medical reimbursements from their workplace, and 38.9% had the universal health coverage. Finally, more than half of the subjects, or 56.7%, had a chronic condition, while 43.3% did not. The most commonly found chronic condition among the subjects was hypertension, accounting for 40%, and this was followed by diabetes mellitus at 18%.

Data regarding the patients' illnesses

As regards the clinical pathological outcomes of the patients, nearly all of them, or 96.7%, had transitional cell carcinoma. The most commonly found position of the tumor in the bladder was the postero lateral wall of the bladder, making up 20%, followed by the lateral wall of the bladder at 11.1%. All of the patients, or 100%, had cystoscopic surgery, and 61.1% underwent a surgery to insert BCG into the bladder. A little more than half of the patients, or 51.1%, had one cystoscopic surgery, while one quarter, or 25.6%, had two operations.

Data regarding time to definite diagnosis in bladder cancer patients

The minimum time to definite diagnosis after noticing abnormal symptoms for the first time was one day, while the maximum was 1,430 days, with the median of 30 days. Furthermore, the minimum time between treatment with a general physician and treatment with urologist was one day, whereas the maximum was 1,080 days, with the median of 30 days. Finally, the minimum time to definite diagnosis by a urologist after first observation of abnormal symptoms was one day, while the maximum was 1,460 days, with the median of 60 days.

Data regarding perceived severity of bladder cancer

The minimum score of perceived severity of bladder cancer was 14 points, whereas the maximum score of perceived severity of bladder cancer was 45 points, with the mean of 27.96. Most of the patients, or 85.6%, had perceived severity of bladder cancer at a moderate level, and 13.3% had perceived severity of bladder cancer at a high level.

Data regarding knowledge of bladder cancer

Most of the patients, or 83.3%, had a low level of knowledge of risk factors of bladder cancer, and 87.8% also had a low level of knowledge of abnormal symptoms of bladder cancer.

Data regarding fear of abnormal symptoms of bladder cancer

The minimum score of fear of abnormal symptoms of bladder cancer was 0 point, and the maximum score was 30 points. In addition, 36.7% of the patients had fear of abnormal symptoms of bladder cancer at a moderate level, followed by a low level and a high level, at 34.4% and 28.9%, respectively.

Data regarding social support of the patients

Most of the patients, or 86.7%, had scores of social support at a high level, followed by those who had scores of social support at a moderate level at 13.3%. None of the patients had a low level of social support.

Data regarding relationship between perceived severity of bladder cancer, knowledge of bladder cancer, fear of abnormal symptoms of bladder cancer, and social support and time to definite diagnosis

The correlation coefficient (r) between perceived severity of bladder cancer and time to definite diagnosis was equal to 0.486, and there was a negative relationship between perceived severity of bladder cancer and time to definite diagnosis with statistical significance at the 0.01 level ($p < 0.01$). Also, the correlation coefficient (r) between knowledge of bladder cancer and time to definite diagnosis was equal to 0.423, and there was a negative relationship between knowledge of bladder cancer and time to definite diagnosis with statistical significance at the 0.01 level ($p < 0.01$). This means that when the patients had a low level of perceived severity of bladder cancer and knowledge of bladder cancer, their time to definite diagnosis increased. However, the study findings revealed that there were no relationships between fear of abnormal symptoms of bladder cancer and social support and time to definite diagnosis in bladder cancer patients.

Discussion

Part I: Demographic characteristics of bladder cancer patients

Most of the patients, or 85.6%, were male, and the largest group ranged in age from 61 to 70 years old, with the mean age of 63.1%. Such findings were consistent with previous studies which have revealed that the prevalence rate of bladder cancer is higher in males than in females, with the ratio of 5 to 2 (Turner, 2008; Wallace, Bryan, Dunn, Begum, & Bathers, 2002). Moreover, it has been documented that bladder cancer is associated with an increase in age. A previous study has revealed that bladder cancer is most commonly found in persons aged between 65 and 85 years (Sangar, Ragavan, Matanhelia, Watson, & Blades, 2004). Bladder cancer is common among older persons, and this may be due to a long period of exposure to carcinogenic chemicals that come with urine, leading to changes in cellular membranes of the bladder. Moreover, cigarette smoking, chronic inflammation in the urinary tract, and changes in the genes and chromosomes can also cause abnormalities of cells that cause cancer (Kaufman, Shipley, & Feldman, 2009; Chusak Paripattananon & Vajira Kajakarn, B.E. 2547). In addition, more than one-third of patients, or 37.8%, lived in Bangkok, so they chose to seek treatment at a major hospital, which is a large-sized hospital that is fully equipped with modern tools. Furthermore, 38.9% of the patients completed elementary education. It has been found that the level of education was associated with time to definite diagnosis. The patients who had a low level of education did not realize that they should have sought treatment in the initial phase, nor did they know what initial symptoms of bladder cancer were like. Therefore, they did not seek treatment when they started experiencing abnormal symptoms. Furthermore, more than half of the subjects, or 56.7%, had co-morbidities, including hypertension, diabetes mellitus, and heart disease, respectively, which are common diseases among Thai people. As for clinical pathological results, almost all of the patients, or 96.7%, had transitional cell carcinoma. Also, 58.9% had low grade cells, and 37.8% had high grade cells. This can be explained that transitional cell carcinoma is the most common type of cancer cells in patients with bladder cancer (Chusak Paripattananon & Vajira Kajakarn, B.E. 2547; Creel, 2007; Turner, 2008). The findings of the present study also showed that the

patients had relapses of bladder cancer, and almost half of them, or 48.9%, had at least two cystoscopic biopsies. All of the subjects, or 100%, underwent cystoscopic surgeries, and 61.1% had cystoscopic surgeries followed by administration of bacillus calmette guerin immunization. This treatment can be used with cancer patients whose cancer has not metastasized as it can prevent relapses and spread of cancer cell (Visut Kongsombatcharoen, B.E. 2552; Turner, 2009).

Part II: Time to definite diagnosis of bladder cancer patients

With regard to time to definite diagnosis (Table 4.3), the study findings showed that the minimum time to definite diagnosis from the first observation of abnormal symptoms was one day, while the maximum was 1,430, with the median of 30 days. Furthermore, the minimum interval between treatments with general physicians and treatments with urologists was one day, whereas the maximum was 1,080 days, with the median of 30 days. Finally, the minimum time between first observation of abnormal symptoms and treatments with a urologist was one day, while the maximum was 1,460 days, with the median of 60 days. When the patients' symptoms were not persistent and there was no accompanying pain, they were not suspicious that their symptoms may be cancer symptoms. As a result, they did not seek medical assistance and decided to wait and see. They decided to see the doctors only when they experienced more hematuria and other severe symptoms such as difficulty urination and anemia due to blood loss. Another reason why the patients did not seek medical attention (Table 2 in the Appendix) was because they decided to wait to observe more symptoms, thinking that the symptoms would disappear as they did not have any pain (36.6%). Moreover, 33.3% sought treatment from a general physician at a general hospital or clinic, but they were not diagnosed with bladder cancer, 7.7% bought antibiotics from a drugstore without going to see the doctor, and 4.4% bought herbal medicines when they had hematuria. These may have explained why they prolonged seeking diagnosis from a physician. These findings were consistent with the findings of Kanokwan Boonsang (B.E. 2552) who conducted a study with colorectal cancer patients and found that the patients delayed diagnosis because most of them, or 87.2%, decided to wait and see if the symptoms would disappear by themselves. Likewise, McCaffery, Wardle, & Waller (2003) found that most of the colorectal

cancer patients decided to observe the symptoms more or wait for the symptoms to disappear.

Part III: Relationship between perceived severity of bladder cancer, knowledge of bladder cancer, fear of abnormal symptoms of bladder cancer, and social support and time to definite diagnosis in bladder cancer patients

Relationship between perceived severity of bladder cancer and time to definite diagnosis in bladder cancer patients

The study findings showed that perceived severity of bladder cancer was negatively related to time to definite diagnosis with statistical significance ($p < 0.01$). Such finding was consistent with the theoretical concept of Dracup et al. (2003) which contends that patients who have a perception that their symptoms are severe and need to be treated will make a decision to receive treatment sooner, which can decrease the duration of the treatment. On the contrary, if the patients have a low level of perceived severity of the disease, the time to definite diagnosis will be longer. In this study, most of the patients, or 85.6%, had a moderate level of overall perceived severity of bladder cancer, while 13.3% had a high level of perceived severity of bladder cancer (Table 4.4). This can be explained that mostly the symptoms of bladder cancer are intermittent and they are not accompanied with pain. If the patients do not closely observe the symptoms, they may not be certain that the abnormal symptoms they are experiencing are symptoms of bladder cancer. The interviews of the patients revealed that the management of the first symptoms of the patients was waiting to observe the symptoms because the symptoms simply disappeared after they appeared, so they did not think that the symptoms were serious. Some of the patients bought medication from a drugstore or used herbal medicines as told to them by their friends or neighbors before finally decided to seek treatment from a urologist. Some patients assumed that the symptoms they were experiencing indicated abnormalities of other organs. When considering the mean score of all 12 symptoms (Table 3 in the Appendix), it could be seen that the patients had perceived severity of bladder cancer at a moderate to high level. In particular, they had a high level of perceived severity of bladder cancer symptoms of weight loss of more than five kilograms in one month and finding a lump

above the pelvis (mean = 2.7). This was followed by anemia (mean = 2.6). One explanation is that these symptoms are obviously noticeable and the abnormality could be so severe that it could be life-threatening and could make the patients think of bladder cancer. The patients had a moderate level of perceived severity of symptoms including hematuria, difficulty urinating, burning sensation after urination, incontinence, and painful urination, as well as pain in the waist or pelvis and loss of appetite. This may be because the patients perceived that these abnormalities may have resulted from other causes, not bladder cancer. Intermittent symptoms (Kirkali et al., 2005; Turner, 2006) or appraisal of abnormal symptoms in the initial stage as something else not so serious (Macleod, Mitchell, Burgess, Macdonald, & Ramirez, 2009) can make patients have only a moderate level of perceived severity of disease.

Thus, the findings of the present study could be explained based on the conceptual framework of Dracup et al. (2003) that perceived severity of bladder cancer depends on how the patients give meaning to or interpret the abnormal symptoms they are experiencing and whether they realize that such abnormal symptoms are serious or not. If the patients give meaning to and interpret that the symptoms are symptoms of cystitis, vesicular stone, enlarged prostate, abnormal condition of the bladder, or other causes, they are likely to have a moderate level of perceived severity of the disease. On the other hand, the patients who have perceived that the symptoms are severe and can be life-threatening, or the symptoms are warning signs of cancer, their perceived severity of the disease can be at a high level. Similarly, Phisaiphant (2002) investigated the factors influencing delayed diagnosis in breast cancer patients and found that the patients with a lower level of perceived severity of breast cancer were 3.6 times more likely to delay their diagnosis and treatment when they were compared to those who had a higher level of perceived severity of breast cancer. This indicates that when individuals have a higher level of perceived severity of cancer that they are dangerous and require medical treatment, their time to definite diagnosis will be shorter, hence more favorable outcomes of their treatment and prevention of spread of the disease to other organs. Furthermore, Tomlinson, Wong, Au, & Schiller (2012) investigated the factors related to delayed diagnosis and treatment among colorectal cancer patients and reported that 40% of the patients believed that their abnormal symptoms were not serious. The pathological

results also showed that 32% of the patients who delayed their treatment for more than one month were in stage 3 of the disease. In contrast, if the subjects perceived that their abnormal symptoms were severe, their time to definite diagnosis would be shorter.

Relationship between knowledge of bladder cancer and time to definite diagnosis in bladder cancer patients

The study findings revealed that knowledge of bladder cancer was negatively related to time to definite diagnosis with statistical significance ($p < 0.01$). In this study, most of the patients, or 83.3%, had a low level of knowledge of risk factors of bladder cancer, 14.4% had a moderate level of knowledge, and 2.2% had a high level of knowledge (Table 4.5). When considering the study findings on each item of knowledge of risk factors of bladder cancer (Table 4 in the Appendix), it was found that the item on risk factors that received the highest mean score was having an occupation with exposure to chemicals such as textile dyeing factory workers, painters, and car manufacturing workers, accounting for 57.8% (52 patients). This was followed by cigarette smoking at 53.3% (48 patients). Furthermore, as regards knowledge of abnormal symptoms of bladder cancer, it was found that most of the subjects, or 87.8%, had the knowledge at a low level, 8.9% had the knowledge at a moderate level, and 3.3% had the knowledge at a high level (Table 4.5). When considering the study findings on each item of knowledge of abnormal symptoms of bladder cancer (Table 5 in the Appendix), it could be seen that the item on abnormal symptom of bladder cancer that received the highest mean score was hematuria was a symptom of bladder cancer, accounting for 65.6% (59 patients). This was followed by pain in the pelvis was a symptom of bladder cancer at 42.2% (38 patients). This may be explained that 38.9% of the patients completed only elementary education and 31.1% of them were wage earners. Besides, knowledge and information about cancer is not as widely publicized as that of other diseases, including knowledge about abnormal symptoms, risk factors, and screening methods. Furthermore, specialists who can share knowledge and information with patients mostly work at major hospitals in the central area, so the general public may have less access to knowledge and information about bladder cancer. Among other types of cancer, bladder cancer is

not as widely publicized as prostate cancer. The interviews of the patients regarding risk factors and abnormal symptoms of prostate cancer revealed that most of the male patients had more knowledge about abnormal symptoms and treatment of prostate cancer than that of bladder cancer because they knew someone such as a colleague who had prostate cancer and also received information from campaigns through various media. In this study, it could be seen that when the patients had a low level of knowledge of the disease, time to definite diagnosis would be increased, which is consistent with the theoretical concept of Dracup et al. (2003) that knowledge of the disease is a trigger that makes patients decide to seek treatment when they have abnormal symptoms, hence shorter time to definite diagnosis. On the contrary, patients who have a low level of knowledge have longer time to definite diagnosis, which in turn increases the duration of their treatment.

The findings of the present study are consistent with the findings of Kanokwan Boonsang (B.E. 2552) who conducted a study with colorectal cancer patients and found that the patients had a low level of knowledge about risk factors and abnormal symptoms of colorectal cancer, which increased their time to definite diagnosis. Similar findings are reported in a study by Ristvedt et al. (2005) that 50% of 106 anal cancer patients did not know that their symptoms were symptoms of anal cancer and misunderstood that they were caused by hemorrhoids, so they had delayed diagnosis that adversely affected the prognosis of the disease. Furthermore, McCaffery, Wardle, & Waller (2003) explored knowledge about colon cancer and its risk factors for early screening and reported that the patients with a low level of knowledge had less screening examination of colon cancer with statistical significance at $p < 0.0001$. This indicates that if the patients have a high level of knowledge about the disease, they will immediately seek medical examinations from a doctor after they have found abnormal symptoms, while those who have a low level of knowledge and do not suspect that their abnormal symptoms could be caused by cancer are less likely to seek medical treatment, hence delayed time to definite diagnosis.

Relationship between fear of abnormal symptoms of bladder cancer and time to definite diagnosis in bladder cancer patients

The study findings revealed that there was no relationship between fear of abnormal symptoms of bladder cancer and time to definite diagnosis in bladder cancer patients ($r = 0.017$, $p > 0.01$). This finding was inconsistent with the theoretical concept of Dracup et al. (2003) which maintains that fear is one of the factors of responsive emotions that affect individuals' decision to seek medical treatment. If the patients are afraid that their symptoms are caused by a severe disease that they want to accept, their time to definite diagnosis will be longer than that of the patients who have less fear. However, the findings of this study were different from the findings of a previous study that fear was related to time to definite diagnosis in bladder cancer patients with hematuria because they were afraid that their abnormal symptoms were symptoms of cancer, which made them afraid to seek diagnosis and wait for more than one month before seeing the doctor (Ho, Johnston, & Keane, 1998). The finding of this study showed that fear was not associated with time to definite diagnosis in bladder cancer patients. More than one-third of the subjects, or 36.7%, had fear of abnormal symptoms at a moderate level, while 34.4% had a low level of fear, with the mean score of 14.87 (Table 4.6), but their time to definite diagnosis was long. When considering each item of fear of abnormal symptoms of bladder cancer (Table 6 in the Appendix), it was found that the patients had the highest level of fear that abnormal symptoms may cause concern to their family, followed by fear that abnormal symptoms would be cancer symptoms, with the mean scores of 2.09 and 2.02, respectively. This may be explained that nearly two-thirds of the patients, or 64.4% (Table 4.1), were older than 60 years old. They were retired and lived with their children or grandchildren. Also, more than half, or 56.7%, had to see the doctor on a regular basis due to their pathological condition and co-morbidities (Table 4.1), so they were afraid that the illness would be the burden of the family and make them concerned. Another plausible explanation is that more than two-thirds of the patients, or 67.8% (Table 4.1), were married and had a close relationship with their family. Thus, they were afraid that when they became ill, their illness would be a cause of concern and an increased caregiving burden on their family. On the other hand, the lowest level of fear of the patients was fear that going to see the doctor at the hospital

would waste their time, with the mean score of 0.67, followed by fear that abnormal symptoms would affect their socialization with other people, with the mean score of 0.86 (Table 6 in the Appendix). This may be because the patients were older than 60 years of age. They were retired and no longer worked, so they did not need to ask for a leave of absence to see the doctor. Moreover, their illnesses required regular visits to the doctor's, and this made them become used to the examination. As a result, they did not have the fear that seeking medical treatment would waste their time and affect their work. Besides, more than one-fourth of the patients, or 28.9%, had fear at the high level, making up the smallest group of patients (Table 4.6). This could be explained that the patients who participated in this study were elderly persons with the mean age of 63.1 years, and most of them were male, so they had less fear of cancer. In fact, these individuals are in their middle age. When individuals become older, their life goals tend to change, and they tend to have more anxiety and fear. In contrast, younger individuals are likely to have more fear and anxiety when coping with changes (Greiner, Born, Nollen, & Ahluwalia, 2005). As such, they were able to make a decision to seek medical treatment sooner. Furthermore, abnormal symptoms of bladder cancer in the initial stage are not severe and are intermittent, and there is no accompanying pain. Consequently, the patients in this study did not fear that their abnormal symptoms were cancer symptoms. They may have assumed that they had cystitis or the symptoms resulted from abnormalities of other organs. It was also possible that some patients had experienced the symptoms before, and they never had relapses, so they did not see the need to seek medical examinations. They waited until the symptoms became more severe. It may have also been possible that the patients had a low level of knowledge about the disease and a low level of perceived severity of the disease, so they had delayed time to definite diagnosis.

The findings of this study were consistent with the findings of Kanokwan Boonsung (B.E. 2552) who investigated fear of abnormal symptoms of colorectal cancer and reported that the patients had fear at a moderate level. To further explain, the highest level of fear of the patients was fear that the abnormal symptoms would cause anxiety to their family. On the other hand, the lowest level of fear of the patients was fear that going to see the doctor at the hospital would be a waste of time. Finally, it was documented that fear of abnormal symptoms was related to time to diagnosis in

breast cancer patients with statistical significance as the patients who had a low level of fear were likely to have delayed diagnosis (Burgess, Ramirez, Richards, & Love, 1998).

Relationship between social support of bladder cancer and time to definite diagnosis in bladder cancer patients

It was found that there was no relationship between social support and time to definite diagnosis in bladder cancer patients ($r = 0.004$, $p > 0.01$). In this study, most of the patients, or 86.7%, received a high level of social support (mean = 20.78, SD = 2.72). This was followed by a moderate level at 13.3% (Table 4.7). One plausible explanation is that a little more than two-thirds of the patients who participated in this study, or 67.8%, lived with their spouse and children, so they had someone to take care of them, give them encouragement and moral support, and listen to their problems. Individuals who provided support to the patients were family members such as spouse, children, and grandchildren, who were closest to the patients. The spouse and children gave the patients advice on their illnesses and the treatment they received, and they also paid attention to the patients' symptoms or took the patients to see the doctor. As a result, the patients perceived that they had received a lot of emotional support and material support from these individuals. Material support included money and immediate assistance in time of need, as well as assistance when the patients had to be hospitalized. The patients always received such support from their family members, so they felt that they had a high level of social support. This finding was consistent with the findings of Supaporn Jongprakobkit (B.E. 2551) which reported that colon cancer patients undergoing chemotherapy received a high level of overall social support. However, another study has revealed that social support is not associated with delayed time to diagnosis in cancer patients with lung cancer, stomach cancer, and urinary tract cancer (Macleod, Mitchell, Burgess, Macdonald, & Ramirez, 2009). One plausible explanation for the findings of the present study is that in Thai society, family members always assist and support one another and provide one another with social support even before a member becomes sick, so Thai people generally have a high level of social support. Therefore, social support was not found to be associated with time to definite diagnosis in bladder cancer patients in this study.

The findings of this study yield support to the conceptual framework of Dracup et al. (2001) on treatment seeking behavior that abnormal symptoms that result have an effect on individuals' decision-making to seek treatment when they experience abnormal symptoms or an illness under perceived severity and knowledge of individuals. The study findings have led to a conclusion that the factors which affect time to definite diagnosis of bladder cancer patients are perceived severity of bladder cancer and knowledge of bladder cancer including knowledge of risk factors of bladder cancer and knowledge of abnormal symptoms of bladder cancer. Thus, promotion of perceived severity of bladder cancer and knowledge of bladder cancer is important as it can help shorten time to definite diagnosis since the first observation of abnormal symptoms and treatment by a urologist during the initial stage of the disease, which can lead to more positive treatment outcomes.

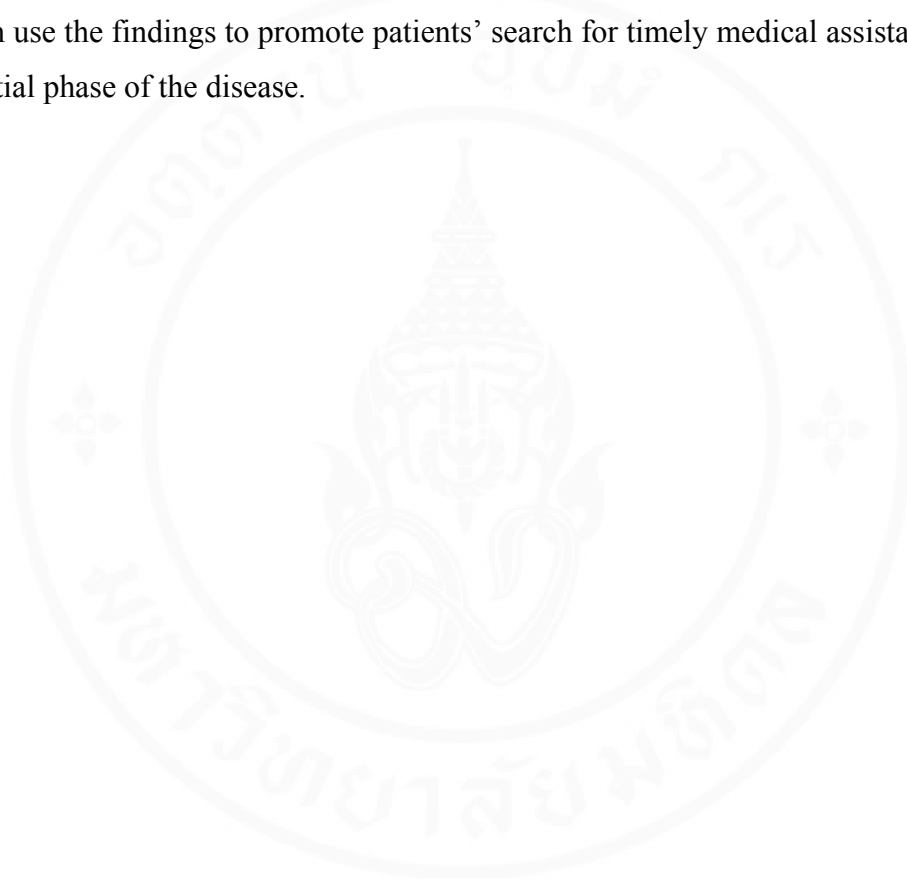
Recommendations and Implications of the Findings

For nursing practices

1. Nurses should organize an educational campaign for the patients and their family who are at-risk groups, as well as the general public and those in the rural areas to equip them with knowledge about abnormal symptoms of bladder cancer and what to do when experiencing abnormal symptoms of bladder cancer by immediately seeking medical examinations and treatments since the initial period when the disease has not yet metastasized. They should be informed that they should not wait to observe the symptoms or wait for the symptoms to disappear. Also, nurses should emphasize that they need to seek medical attention from a physician who is specialized in urology immediately.
2. The findings of this study should be used as a guideline for healthcare personnel who should work as a multidisciplinary team to establish a screening system for bladder cancer patients to decrease time to definite diagnosis.

For nursing research

In the present study, some selected factors were investigated based on the conceptual framework of Dracup et al. (2003). Further studies should explore other factors based on such conceptual framework. Studies should also be conducted to examine factors related to search of medical treatment of bladder cancer so that nurses can use the findings to promote patients' search for timely medical assistance since the initial phase of the disease.



รายการอ้างอิง

- กนกวรรณ บุญสังข์. (2552). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจตนา ศรีใส. (2540). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชูศักดิ์ ปริพัฒนานนท์ และ วชิร คชการ. (2547). *มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ. ใน วชิร คชการ (บรรณาธิการ), ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ชาย*.
- ธนิญา น้อยเปียง. (2545). *การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภนิศ รัตนภาสูร. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในศูนย์มะเร็ง ภาคกลาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชา เอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทนา ศรีเทพ. (2549). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลโดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความกลัวการได้รับยาพื้นแบบปล่อยละอองของเด็กวัยก่อนเรียน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูแอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.
- บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). *ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพรหม รุจิไพโรจน์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ยูพาพร ศรีจันทร์. (2548). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากลมดลูกของสตรี ตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจิเรศ ชันมัน. (2549). *การแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งเรื้องปากลมดลูกหน่วยมะเร็งนรีเวช วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.
- เรณู กาวิละ. (2537). *ความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งเรื้องปากลมดลูกและการมารับบริการตรวจหามะเร็งเรื้องปากลมดลูกในสตรี อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลัญจนา จำปาทอง. (2545). *ภาวะเสี่ยง การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคระยะคุกพรุนของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วารภรณ์ ชัยวัฒน์. (2543). Children's anxiety/fear: cross-cultural and difference. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 12(3), 19-24.
- วิสูตร คงเจริญสมบัติ. (2552). มะเร็งกระเพาะปัสสาวะชนิดไม่ลุกลาม Ta T1. ใน ภาณุวัฒน์ เลิศสิทธิชัย, เฉลิมพงษ์ ฉัตรดอกไม้ไพร, สมคิด มิ่งพฤติ, กิตติณัฐ กิจวิภัย และ วรภรณ์ ศรียอดเวียง.(บรรณาธิการ), *ตำราศัลยศาสตร์ประยุกต์ 5 ศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา* (หน้า 335-340). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- สายรุ้ง บัวระพา. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคหัวใจวายเรื้อรัง*. หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพร จงประกอบกิจ. (2551). *ความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2553). *สถิติสาธารณสุข*. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

- Almuammar, A., & Burr, D.J.A., (2010). Factors associated with late presentation of cancer : a limited literature review. *Journal of Radiotherapy in Practice*, 9, 117-123. doi: 10.1017/s146039690999029x.
- Arianayagam, R., Arianayagam, M., & Rashid, P. (2011). Bladder cancer current management. *Australian family physician*, 40(4).
- Arndt, V., Stürmer, T., Stegmaier, C., Ziegler, H., Dhom, G., & Brenner, H. (2002). Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany - a population based study. *The British Journal of Cancer*, 86(7), 1034.
- Bank, 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.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-473.
- Beaver, K., Campbell, M., Craven, O., Jones, D., Luker, K. A., & Susnerwala, S. S. (2009). Colorectal cancer patients' attitudes towards involvement in decision making. *Health Expectations*, 12(1), 27-37. doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00515.x
- Burgess, C. C., Ramirez, A. J., Richards, M. A., & Love, S. B. (1998). Who and what influences delayed presentation in breast cancer. *British Journal of Cancer*, 77(8), 1343-1348.
- Bish, A., Ramirez, A., Burgess, C., & Hunter, M. (2005). Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(4), 321-326. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.10.007
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ a social support measure. *Nursing Research*, 30, 277-280.
- Byles, J. B., Redman, S., Hennrikus, D., Fisher, R. W. S., & Dickinson, J. (1992). Delay in consulting a medical practitioner about rectal bleeding. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46, 241-244.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314
- Cockburn, J., Paul, C., Tzelepis, F., & McEllduff, P. (2003). Delay in seeking advice for symptoms that potentially indicate bowel cancer. *American Journal of Health Behavior*, 27(4), 401-407.

- Cohen, S., & Wills, T. S. (1985). Stress, social support, and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(9), 310-357.
- Creel, P. (2007). Bladder Cancer : Epidemiology , Disease, and Treatment. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(4), S3-S10. doi: 10.1016/j.soncn.2007.10.007.
- Davies, J. L., & Janosik, E. H. (1991). *Mental health and psychiatric nursing: A caring approach*. Boston: Jones and Bartler.
- Dempsey, J. S., Dracup, K., & Moser, K. D. (1995). Woman's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart & Lung*, 24(6), 444-456.
- Dracup, K., McKinley, S., Riegel, B., Moser, D. K., Meischke, H., & Doering, L. V. (2009). A Randomized clinical Trial to Reduce Patient Prehospital Delay to Treatment in Acute Coronary Syndrome. *Circ Cardiovasc Qual Outcome*, 2(6), 524-532. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.852608.
- Dracup, K., Moser, K. D., Eisenberg, M., Meischke, H., Alonzo, A. A., & Braslow, A. (1995). Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptom. *Soc.Sci. Med*, 40(3), 379-392.
- Dracup, K., Moser, K. D., McKinley, S., Ball, C., Yamasaki, K., & Kim, J. C., et al. (2003). An International perspective on the time to treatment for acute myocardial infarction. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(4), 317-323.
- Dubayova, T., Dijk, J. V., Nagyova, I., Rosenberger, J., Havlikova, E., Gdovinova, Z., et al. (2010). The impact of the intensity of fear on patient's delay regarding health care seeking behavior: a systematic review. *Int J Public Health*, 55, 459-468.
- Fahmy, N., Aprikian, A., Otaibi, M. A., Tanguay, S., Steinberg, J., Jeyaganth, S., et al. (2009). Impact of treatment delay in patient with bladder cancer managed with partial cystectomy in quebeca population based study. *Canadian Urology Association*, 3(2),131-135.
- Fahmy, N. M., Mahmud, S., & Aprikian, A. G. (2006). Delay in the Surgical Treatment of Bladder Cancer and Survival: Systematic Review of the Literature. *European Urology*, 50(6), 1176-1182. doi: 10.1016/j.eururo.2006.05.046
- Farooqui, M., Hassali, M. A., Shatar, A. K., Shafie, A. A., Seang, T. B., & Farooqui, M. A. (2011). A qualitative exploration of Malaysian cancer patients' perspectives on cancer and its treatment. *BoiMed Central Public Health*, 11.

- George, A., & Fleming, P. (2004). Factors affecting men's help-seeking in the early detection of prostate cancer: implications for health promotion. *JMHG, 1*(4), 345-352.
- Gore, L. J., Lai, J., Setodji, M. C., Litwin, S. M., & Saigal, S. C. (2009). Mortality increase when radical cystectomy is delayed more than 12 weeks results from a seek – medical analysis. *National institutes health of public access author manuscript, 115*(5), 988-996. doi: 10.1002/cncr.24052.
- Greiner, K. A., Born, W., Nollen, N., & Ahluwalia, J. S. (2005). Knowledge and perception of colorectal cancer screening among urban African American. *J Gen Intern Med, 20*, 977-983.
- Hansen, P., Vedsted, P., Sokolowski, I., Sonddergaard, J., & Olesen, F. (2011). Time intervals from fist symptom to treatment of cancer a cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients. *Biomed central, 284*(11).
- Hart, D., & Bossert, E. (1994). Self-reported fear of hospitalized school age children. *Journal of Pediatric Nursing, 9*(2), 83-90.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohan., & S.L. Syme (Eds.), *Social support and health*. Orlando: Academic Press.
- Harirchi, I., Ghaemmaghami, F., Karbakhsh, M., Moghimi, R., & Mazaherie, H. (2005). Patient delay in women presenting with advanced breast cancer: an Iranian study. *Public Health, 119*(10), 885-891. doi: 10.1016/j.puhe.2004.11.005
- Ho, E. T. S., Johnston, S. R., & Keane, P. F. (1998). The haematuria clinic – referral patterns in Northern Ireland. *The Ulster Medical Journal, 67*(1), 25-28.
- Hollenbeck, B. K., Dunn, R. L., Ye, Z., Hollingsworth, J. M., Skolarrus, T. A., Kim, S. P., et al. (2010). Delay in diagnosis and bladder cancer mortality. *Cancer, 5122-5*. doi: 10.1002/cncr.25310.
- Hollingsworth, J. M., Zhang, Y., Krein, S. L., Ye, Z., & Hollenbeck, B. K. (2010). Understanding the Variation in Treatment Intensity Among Patients With Early Stage Bladder Cancer. *Cancer Wiley Inter-Science, 3587-3593*.
- Jammes, A. S., Daley, C. M., & Greiner, K. A. (2011). Knowledge and Attitudes About Colon Cancer Screening Among African American. *Am J Health Behav, 35*(4), 393-401.

- Kahn, R. L. (1979). Aging and Social Support. In M. W. Riley (Eds), *Aging from birth to death interdisciplinary perspectives*. Colorado: Westview press.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1997). Social support and health. *Medical Care*, 15(5), 50-51.
- Kaufman, D. S., Shipley, W. U., & Feldman, A. S. (2009). Bladder cancer. *The Lancet*, 374(9685), 239-249. doi: 10.1016/s0140-6736(09)60491-8.
- Keeney, S., McKenna, H., Fleming, P., & McIlpatrick, S. (2010). Attitudes to cancer and cancer prevention: what do people aged 35-54 years think? *European Journal of Cancer Care*, 19(6), 769-777. doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01137.
- Kidanto, H. L., Kilewo, C. D., & Moshiro, C. (2002). Cancer of the cervix: knowledge and attitude of female patients admitted at Muhimbili National Hospital, Dar Es Salaam. *East African Medical Journal*, 79(9), 467-475.
- Kirkali, Z., Chan, T., Manoharan, M., Algaba, F., Busch, C., & Cheng, L. (2005). Bladder Cancer :Epidemiology, Stage and Grading, and Diagnosis. *Urology* 66, 4-34. doi: 10.1016/j.urology.2005.07.062.
- Korsgaard, M., Pedersen, L., & Laurberg, S. (2008). Delay of diagnosis and treatment of colorectal cancer--A population-based Danish Study. *Cancer Detection and Prevention*, 32(1), 45-51. doi: 10.1016/j.cdp.2008.01.001
- Lapchem, P. (2007). *Relationships between selected factors, uncertainty in illness and parturition, social support and fear of childbirth among high-risk primiparous women*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Legg, J. S. (2008). Bladder cancer Imaging. *Radiology Technology*, 79(4), 333-345.
- Macdonald, S., Macleod, U., Campbell, N. C., Weller, D., & Mitchell, E. (2006). Systematic review of factors influencing patient and practitioner delay in diagnosis of upper gastrointestinal cancer. *British Journal of Cancer*, 94, 1272-1280.
- Macleod, U., Mitchell, ED., Burgess, C., Macdonald, S., & Ramirez, AJ. (2009). Risk factor for delay presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancer. *British Journal of Cancer*, 101, S92-S101.
- Mahony, O. M., & Hegarty, J., (2009). Factors influencing women in seeking help from a health care professional on self discovery of a breast symptom, in an Irish context. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2020-2029. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02564.x.

- McCaffery, K., Wardle, J., & Waller, J. O. (2003). Knowledge, attitudes, and behavioral intentions in relation to the early detection of colorectal cancer in the United Kingdom. *Preventive Medicine, 36*(5), 525-535. doi: 10.1016/s0091-7435(03)00016-1
- McKinley, S., Dracup, K., Moser, D. K., Riegel, B., Doering, L. V., & Meischke, H., et al., (2009). The effect of a short one – on –one nursing intervention on knowledge, attitude and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease : a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud, 46*(8), 1037-1046. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.01.012.
- Maree, J. E., & Wright, S. C. D. (2010). How would early detection be possible? An enquiry into cancer related knowledge, understanding and health seeking behaviour of urban black women in Tshwane, South Africa. *European Journal of Oncology Nursing, 14*(3), 190-196. doi: 10.1016/j.ejon.2009.10.009.
- Mitchell, E., Macdonald, S., Campbell, N. C., 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.
- Nooijer, J. D., Lechner, L., & Vries, H. D. (2001). Help-seeking behaviour for cancer symptoms: perception of patients and general practitioners. *Psycho-Oncology, 10*, 469-478. doi: 10.1002/pon.535.
- Norbeck, J. S., Lindey, M. A., & Cafrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research, 30*(5), 264-269.
- Norbeck, K. (1982). The use of social support in clinical practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Science, 20*, 22-29.
- Norbeck, J. S. (1982). The use of social support in clinical practice. *JPNMHS, 20*, 22-28.
- Norbeck, J. S. (1995). Scoring Instructions for the Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ), University of California, San Francisco, Calif, USA.
- 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.
- Norsa'adah, B., Rampal, G. K., Rahmah, A. M., Naing, N. N., & Biswal, M. B. (2011). Diagnosis delay of breast cancer and its associated factor in Malaysian women. *Biomed central, 141*(11).

- Odetola, T. D. (2011). Knowledge, Attitude and Practice of Cervical Cancer Screening Among Women in Primary Health Care Centres in Ibadan South-East Local Government Area, Oyo- State. *West African Journal of Nursing*, 22(1), 2-12.
- Ott, J. J., Ullrich, A., & Miller, A. B. (2009). The importance of early symptom recognition in the context of early detection and cancer survival. *European Journal of Cancer* 45, 2743-2748.
- Oh, H., & Park, H. (2004). Decision tree model of the treatment-seeking behaviors among Korean cancer patients. *Cancer Nursing*, 27(4), 259-266.
- Pedersen, A. F., Olesen, F., Hansen, R. P., Zachariae, R., & Vedsted, P. (2011). Social support, gender and patient delay. *British Journal of Cancer*, 104, 1249-1255.
- Phisaiphanth, S. (2002). *Factors influencing delayed treatment in breast cancer patients*. Unpublished master's thesis in nursing science (Adult nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University
- Phumonsakul, S. (2000). *A structural equation model of maternal role attainment among working primiparous mothers*. Unpublished the degree of doctor of nursing science, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Polit, D. F., & Beck, C. T., (2008). *Nursing reseach: generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rastad, H., Khanjani, N., & Khandani, B. K. (2012). Causes of delay in seeking treatment in patients with breast cancer in Iran: a qualitative content analysis study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13, 4511-4515.
- Reed, D. E. A., Hince, D. A., Bulsara, M. K., Ngo, H., Eaton, M., Wright, A. R., et al. (2008). Knowledge and attitudes of men about prostate cancer. *MJA*, 189(6), 312-314.
- Ristvedt, S. L., Birnbaum, E. H., Dietz, D. W., Fleshman, J. W., Kodner, I. J., & Read, T. E. (2005). Delayed treatment for rectal cancer. *National Institutes Health*, 48(9), 1736-1741.
- Saldane, K. U., & Castaneda, C. I. (2009). Delay of medical care for symptomatic breast cancer: A literature review. *Salud publica de mexico*, 51(2), 270-285.
- Sanger, V. K., Ragavan, N., Matanhelia, S. S., Wattson, M. W., & Blades, R. A. (2004). The economic consequences of prostate and bladder cancer in the UK. *BJU International*, 95, 59-63.

- Schaefer, C., Coyne, C. J., & Lazarus, R. S. (1981). The health – related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(19), 381-402.
- Sharma, S., Ksheersagar, P., & Sharma, P., (2009). Diagnosis and treatment of bladder cancer. *American Family Physician*, 80(7), 717-723.
- Simon, A. E., Waller, J., Robb, K., & Wardle, J. (2010). Patient delay in presentation of possible cancer symptoms the contribution of knowledge and attitudes in UK population sample. *Cancer epidemiol biomarkers prev*, 19(9), 2272-2277. doi 10.1158//1055-9965.EPI-10-0219.
- Smith, L. K., Pope, C., & Botha, J. L. (2005). Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. *Lancet*, 366, 825-831.
- Stapleton, J. M., Mullan, P. B., Dey, S., Hablas, A., Gaafar, R., & Seifeldin , I. A. (2011). Patient-mediated factors predicting early- and late stage presentation of breast cancer in Egypt. *Psycho-Oncology*, 20, 532-537.
- Stenzl, A., Cowan, N. C., Santis, M. D., Kuczyk, M. A., Merseburger, A. S., & Ribal, M. J. (2011). Treatment of Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer Update of the EAU Guideline. *European Urology* 59, 1009-1018.
- Stenzl, A., Witjes, J. A., Cowan, N. C., Santis, M. D., Kuczyk, M., & Lebet, T., et al. (2011). Guideline on Bladder Cancer Muscle-invasive and Metastatic. *European Association of Urology*.
- Tod, A. M., Craven, J., & Allmark, P. (2007). Diagnostic delay in lung cancer: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing Original Research*, 61(3), 336-343.
- Tomlinson, C., Wong, C., Au, H. J., & Schiiller, D. (2012). Factors associated with delays to medical assessment and diagnosis for patients with colorectal cancer. *Canadian Family Physician*, 58, e495-501.
- Turner, B. (2008). Bladder cancer : an update. *International Journal of Urological Nursing*, 2(3), 91-102.
- Turner, B. (2009). Nursing care and treatment of patient with bladder cancer. *Nursing Standard*, 23(37), 47-58.
- Tustin, N., (2011). Patient delayed : an experimental study in reducing time taken to seek medical help for cancer. *UMI Dissorlation Publishing*.

- Wallace, D. M., Bryan, R. T., Dunn, J. A., Begum, G., & Bathers, S., (2002). Delay and survival in bladder cancer. *BJU international*, 89, 868-878.
- Wenar, C., & Kerig, P. (2000). The anxiety disorder. In *Developmental psychopathology from infancy through adolescence* (4 th ed, pp 169-188). Boston: McGraw Hill.
- Wong, D. L. (1995). *Whaley & Wong's Nursing care of infant and children* (5 th ed.). St. Louis: Mosby.
- Wong, L. P., Wong, Y. L., Low, W. Y., Khoo, E. M., & Shuib, R. (2008). Cervical cancer screening attitudes and beliefs of Malaysian women who have never had a Pap smear: a qualitative study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(4), 289-292.
- Young, C. J., Sweeney, J. L., & Hunter, A. (2000). Implications of delayed diagnosis in colorectal cancer. *The Australian And New Zealand Journal Of Surgery*, 70(9), 635-638.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์

1. รองศาสตราจารย์ นพ. สิทธิพร ศรีนวลนัค
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา
อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อ.นพ. ภควัฒน์ ระมาตร์
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา
อาจารย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ยุวดี ชาติไทย
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญศัลยศาสตร์ยูโร
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางนิสากร อังกลมเกลียว
หัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ 7 เหนือ (พยาบาลผู้ชำนาญการ)
งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ดร.วรรณวิมล กงสุวรรณ
หน่วยผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ (พยาบาลผู้ชำนาญการ)
งานการพยาบาลผ่าตัด
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล



2 ถนนพหลโยธิน แขวงคลองตัน
กรุงเทพฯ 10700 โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SI 320/2012

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจฉัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

รหัสโครงการ : 282/2555(EC1)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : บางประนอน พรหมแดง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบบันทึกข้อมูล
6. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 18 มิถุนายน 2555

วันหมดอายุ : 17 มิถุนายน 2556

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 
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรัสทิพย์ สูงสว่าง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

18 มิถุนายน 2555
วันที่

ลงนาม 
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์อุดม สชินทร)
คณะที่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

21 ส.ค. 2555
วันที่

Page 1 of 2

ภาคผนวก ก เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

1

เอกสารหมายเลข 3 ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้
ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจ ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง
เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการรับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย

นางประนอม พรหมแดง

ผู้วิจัย

มศ.ดร. สุพร ตันยาศุภกุล

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

มศ.ดร. อรพรรณ ไตสิงห์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อ.นพ. ภควัฒน์ ะมาตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาส่วน



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
หนังสือโครงการ: 82/955 (E1)
วันที่รับรอง: 18 ต.ย. 2555

สถานที่วิจัย

หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก หน่วยผ่าตัดและตรวจพิเศษระบบปัสสาวะ คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ
หอผู้ป่วยศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลศิริราช ประกอบด้วยหน่วยตรวจและหอผู้ป่วยดังนี้
หน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ยูโร
คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ศัลยศาสตร์ยูโร
หน่วยผ่าตัดและตรวจพิเศษระบบปัสสาวะ ตยามินทร์ ชั้น 5 ห้อง 517
หอผู้ป่วยเอลิ.พระเกียรติ 7 เหนือ

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งภายในและนอกเวลาราชการ

โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โทรศัพท์ 02-419-6465-6

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งภายในและนอกเวลาราชการ โทรศัพท์ 086-3313892

E-mail address : pranom.phn@mahidol.ac.th

ผู้ให้ทุน

ไม่มี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ

ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่อง
โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และการสนับสนุน
ทางสังคมกับระยะเวลาการรับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โดยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจาก
การวิจัยคือ ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะ
เร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวต่ออาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและการสนับสนุนทางสังคมของ
ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และนำข้อมูลดังกล่าวใช้เป็นแนวทางในการในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วย
และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มีพฤติกรรมในการมารับการรักษาที่เหมาะสมไม่เกิด

การมารับการรักษาที่ล่าช้า ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
 คนอื่นๆต่อไปในอนาคต จึงจำเป็นต้องขอเชิญท่านในการเข้าร่วมวิจัยนี้ ในการตอบแบบสัมภาษณ์โดยตรง
ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจากท่าน

ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าท่านไม่สบายป่วยเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและอยู่ระหว่างการ
 การรักษา

การวิจัยจะมีผู้เข้าร่วมจำนวนทั้งสิ้น 90 ราย ระยะเวลาในการทำวิจัยทั้งสิ้น 6 เดือน

หากท่านตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้ คือ

1. ผู้วิจัยจะขอบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจชิ้นเนื้อและระยะของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
 จากเวชระเบียนของท่าน
2. ผู้วิจัยขอให้ท่านตอบคำถามจาก แบบสัมภาษณ์ซึ่งได้มีการกำหนดข้อคำถามไว้แล้วทั้งหมด 8
 ชุด รวมทั้งหมด 73 ข้อ หากท่านไม่เข้าใจคำถามข้อใด ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ท่านซักถามได้ตลอดเวลาขณะที่
 ท่านได้รับการสัมภาษณ์
- 2.1 ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย จำนวน 18 ข้อ
- 2.2 ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
 จำนวน 3 ข้อ
- 2.3 ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะจำนวน 12 ข้อ
- 2.4 ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จำนวน 22 ข้อ
- 2.5 ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
 จำนวน 10 ข้อ
- 2.6 ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม มีจำนวน 8 ข้อ

โดยใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 6 ชุด ประมาณ 30-45 นาที



โรงเรียน คณะกรรมการจัดการวิจัยใน
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 รหัสโครงการ 28219555 (EC)
 วันที่รับรอง... 1... 8... 2555

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

เนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นเพียง การให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบคำถามจากแบบสัมภาษณ์ที่ได้มี
 การกำหนดข้อคำถามไว้แล้ว ไม่มีการปฏิบัติใดๆต่อท่าน จึงมีผลข้างเคียงน้อย แต่อย่างไรก็ตามท่านอาจรู้สึก
 เป็นการรบกวนเวลาส่วนตัวในขณะที่ท่านรอรับการตรวจหรือขณะที่ท่านนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อาจทำ
 ให้ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย เสียเวลา หรือไม่สบายใจในการตอบคำถามบางคำถาม ดังนั้นท่านสามารถยุติการตอบ
 คำถามเมื่อใดก็ได้ซึ่งสามารถยุติได้ตลอดเวลาหรือไม่ตอบคำถามซักข้อก็ได้ตามความสมัครใจของท่าน และท่าน
 สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเหตุผลหรือเงื่อนไขใดๆและไม่มีผลกระทบใดๆ

**หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยท่านจะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่าน
 ตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน**

**หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับกรวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จาก
 การวิจัย ท่านสามารถติดต่อ คุณประนอม พรหมแดง (ผู้วิจัย) โทรศัพท์ 086-3313892 ได้ทั้งในเวลาราชการ
 และนอกเวลาราชการ หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติใดๆในขณะที่ตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะประเมินอาการ**

เบื้องต้นและรายงานให้แพทย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำหน่วยตรวจและหอผู้ป่วยร่วมประเมินอาการผิดปกติ เพื่อให้ได้รับอาวุธดูแลรักษาในพื้นที่และในส่วนของสถานที่ทำการวิจัยที่เป็นหน่วยตรวจโรค ผู้วิจัยจะให้ท่านตอบคำถามเฉพาะในช่วงเวลาเปิดให้บริการเท่านั้น ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มิบุคคลากรทีมสุขภาพปฏิบัติงานประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลรวมถึงมีเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์เพียงพอพร้อมใช้และได้มาตรฐาน

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเอง ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ท่านไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น และไม่มีค่าตอบแทนที่ท่านจะได้รับ

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทราบได้ที่ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 ห้อง 210 โทรศัพท์ 02 - 419-2667-72

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย/วันที่.....
(.....)

 รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วันที่โครงการ..... 28/1/2555 (EC)
วันที่รับรอง..... 18 ต.ค. 2555

เอกสารหมายเลข 3 ข

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Consent Form)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รัฐโปรเซเนีย.....
โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการ
รักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอน
ต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจาก
การเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยที่ข้าพเจ้าจะไม่ได้รับความเสียหายจากการ
เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยัง
ได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อสงสัยเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการ
วิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับคุณประนอม พรมแดง ที่เบอร์โทรศัพท์ 086-331-3892 ได้ตลอด 24
ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถ
ติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยร่วมการวิจัยใน
คน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 ห้อง 210 เบอร์โทรศัพท์ (02) 419-2667-72

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วม
การวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยจะไม่มีผลกระทบต่อกระบวนการรักษาและการ
รักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย
แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอด
แล้วจึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....
(.....)

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

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย
คือ.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....
(.....)

รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
คน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รหัสโครงการ 98219555 (EC)
18 ธ.ค. 2555
วันที่รับรอง.....

ภาคผนวก ง หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล



สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย สาขาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
อาคารรักรัถสังเวดล้อม ชั้น ๓ เลขที่ ๒ ถนนพหลโยธิน
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร. ๐-๒๕๕๑๑-๒๐๐๒ โทรสาร ๐-๒๕๕๑๙-๙๙๘๘

ที่ ศร ๐๕๑๗.๐๒ (ศร)/ ๒๕๖๑

วันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้มาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางประนอม พรหมแดง นักศึกษابัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (หลักสูตรภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ” อยู่ในความควบคุมของ ผศ.ดร.สุพร ดนัยดุขฎีกุล ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับการตรวจตามนัดและได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย ณ หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ศัลยศาสตร์ยูโร ดิกลผู้ป่วยนอก ชั้น ๓, หน่วยผ่าตัดและตรวจพิเศษระบบปัสสาวะ ตึกสยามินทร์ ชั้น ๕ ห้อง ๕๑๗, หอผู้ป่วยเฉลิมพระเกียรติ ๗ เหนือ และ คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ศัลยศาสตร์ยูโร ดิกลผู้ป่วยนอก ชั้น ๓ โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ใช้แบบสัมภาษณ์ตามผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและการสนับสนุนทางสังคม ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๕๕ ถึงวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๕

บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดอนุเคราะห์ให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อยุติการ
การทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(ศาสตราจารย์ น.พ.บรรจง มีหลวงวิริยะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ติดต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.สุพร ดนัยดุขฎีกุล
โทรศัพท์ ๐๘๑-๖๔๕-๖๘๔๕

ภาคผนวก จ เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือ



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๕/๒๕ ถนนพหลโยธินสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๖๑๗๐
โทร. ๐๒๔๕๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐๒-๔๕๑๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ / ๒๗๕๓
วันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๕๕
เรื่อง ขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย
เรียน คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

SSB
Dr. W. S. S.

ตามที่ นางประนอม พรหมแดง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ของ นางสาวพูนทรัพย์ ลากเนียม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. ๒๕๕๐ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการตั้งครครภ์แรกสนับสนุนทางสังคม กับความกลัวการคลอดบุตรของหญิง ตั้งครครภ์แรกที่มีภาวะเสี่ยงสูง (RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS, UNCERTAINTY IN ILLNESS AND PARTURITION, SOCIAL SUPPORT AND FEAR OF CHILDBIRTH AMONG HIGH-RISK PRIMIPAROUS WOMEN)" ซึ่งมี ผศ.ดร.ศรีลมร ภูมณสลกุล ทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย ได้พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องอนุญาตให้ นางประนอม พรหมแดง ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าว มาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และต้องปฏิบัติตามระเบียบของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งกำหนดให้ผู้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยต้องดำเนินการตามระเบียบการขอใช้เครื่องมือวิจัย (ตามแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้) และผู้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยต้องชำระค่าบริการการขอใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ฉบับ (หลักสูตรฯ จะถ่ายเอกสารส่งให้ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย) โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี ชื่อบัญชี "หลักสูตรการศึกษาพยาบาลปริญญาโทรามธิบดี" เลขที่บัญชี ๐๒๖ ๔ ๓๕๕๑๘๗ ๗ การติดต่อหลักสูตรฯ โทร. ๐๒-๒๐๑๒-๒๐๑๘ หรือ ๐๒-๒๐๑๑-๑๖๗๓ หรือ ๐๒-๔๕๑๑-๔๒๒๕-๔๓๓ ต่อ ๕๐๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

เชิญ คณบดี
 เพื่อโปรดทราบ

ส่งแนบเรื่อง เรียน.....

ต้องส่ง: อธิการบดีมหาวิทยาลัย

ต้องส่ง: หัวหน้าภาควิชา หัวหน้าคณะ คณบดีของเรื่อง
สาขา - ภาควิชา.....
วันที่ ๒๗ ๕๕ - ๕๖
๐. ๓๓๓
(นางอริยา ธีบุญพิช)
เลขาธิการคณะฯ

(รองศาสตราจารย์ ทพญ.ดร.อารยา พงษ์หาญยุทธ)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

- ทพ
- อ.วิมลภรณ์
Law
รองคณบดีฝ่ายงบประมาณและการคลัง
รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



ภาคผนวก ฉ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย จำนวน 5 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

จำนวน 3 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

จำนวน 12 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จำนวน 12 ข้อ

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

จำนวน 10 ข้อ

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

จำนวน 8 ข้อ

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ**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. ภูมิลำเนาจังหวัด.....
8. ที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัด
9. ระดับการศึกษาสูงสุด
 ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.
 อนุปริญญา / ปวส. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 ปริญญาโท อื่นๆ โปรดระบุ
10. อาชีพ โปรดระบุ.....
11. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท/เดือน
12. ท่านจ่ายค่ารักษาพยาบาลอย่างไร
 เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากต้นสังกัดได้
 ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง
 ใช้สิทธิประกันสังคม
 ใช้สิทธิเบิกจากหน่วยงานโดยตรง
 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง/ 30 บาท)

สังคมสงเคราะห์

ประกันชีวิต

จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

อื่นๆ โปรดระบุ.....

13. ท่านมีโรคประจำตัวอื่นๆหรือไม่

ไม่มี

มี

โรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง

โรคหัวใจ

อื่นๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย : สำหรับผู้วิจัย

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง หรือกรอกข้อความลงในช่องว่าง

1. ผลพยาธิวิทยาคลินิก

Transitional cell carcinoma

Squamous cell carcinoma

Adenocarcinomas

อื่นๆ ระบุ.....

2. ระยะของโรคแบ่งตามระบบ TNM :

T.....N.....M.....

3. ตำแหน่งและขนาดของก้อนเนื้ออกในกระเพาะปัสสาวะ

.....

4. วิธีการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ท่านได้รับในปัจจุบัน

การผ่าตัด : วิธีการผ่าตัด.....

เคมีบำบัด

รังสีรักษา

การผ่าตัดและรังสีรักษา

การผ่าตัดและเคมีบำบัด

เคมีบำบัดและรังสีรักษา

การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด

5. เคยได้รับการผ่าตัด.....ครั้ง

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

คำชี้แจง: กรุณาเติมข้อความในช่องว่าง

1. ท่านพบอาการผิดปกติครั้งแรกของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ท่านมีอาการอะไรบ้าง
 อาการ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้วทำอะไร.....
 อาการ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้วทำอะไร.....
 อาการ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้วทำอะไร.....
2. ท่านมารับการตรวจรักษาจากแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติครั้งแรกเมื่อ
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 อาการผิดปกติที่มาพบแพทย์.....
3. ท่านได้รับการส่งตัวมารับการรักษาที่แพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะครั้งแรกเมื่อ
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับผู้วิจัย

รวมระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยพบอาการผิดปกติครั้งแรก จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการส่งตัวมารับการ
 รักษาที่แพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน.....วัน.....เดือน.....ปี

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

คำชี้แจง : ขอให้ท่านพิจารณาเลือกข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในแต่ละอาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะว่า มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ตามความรู้สึกของท่าน ซึ่งเป็นความรู้สึก ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใส่เครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องด้านขวามือการเลือกตอบในแต่ละช่องให้ถือเกณฑ์ดังนี้

รุนแรงมากที่สุด (4) หมายถึง อาการที่กล่าวไว้ในข้อนี้มีความรุนแรงมากที่สุด

รุนแรงมาก (3) หมายถึง อาการที่กล่าวไว้ในข้อนี้มีความรุนแรงมาก

รุนแรงน้อย (2) หมายถึง อาการที่กล่าวไว้ในข้อนี้มีความรุนแรงน้อย

รุนแรงน้อยที่สุด (1) หมายถึง อาการที่กล่าวไว้ในข้อนี้มีความรุนแรงน้อยที่สุด

ไม่มีอาการ (0) หมายถึง ท่านไม่มีอาการผิดปกติในข้อนี้

ข้อคำถาม	ความรุนแรง				ไม่มีอาการ (0)
	มากที่สุด (4)	มาก (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	
ในขณะที่ท่านมีอาการผิดปกติต่างๆ ดังต่อไปนี้ท่านรู้สึกว่ามี ความรุนแรงมากน้อยเพียงใด					
1. การถ่ายปัสสาวะมีเลือดปน					
2. การถ่ายปัสสาวะลำบาก					
3. หลังถ่ายปัสสาวะแล้วมีอาการแสบขัด					
4. การถ่ายปัสสาวะกะปริบะปรอย					
5. ถ่ายปัสสาวะบ่อยและออกทันที					
6. มีอาการปวดขณะถ่ายปัสสาวะ					

ข้อคำถาม	ความรุนแรง				ไม่มี อาการ (0)
	มากที่สุด (4)	มาก (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)	
7. มีอาการปวดบริเวณข้อมือ					
8. คลำพบก้อนบริเวณเนื้อหุ้มหัวใจ					
9. มีอาการปวดบริเวณอุ้งเชิงกราน					
10. มีอาการเบื่ออาหาร					
11. น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 5 กิโลกรัมใน ระยะเวลา 1 เดือน					
12. อาการซีดหรือมีคนที่คิดว่าซีด					

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

คำชี้แจง: ในขณะที่ท่าน เริ่มมีอาการผิดปกติ ท่านมี ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ อย่างไรขอให้ท่านเลือกคำตอบปัจจัยเสี่ยงของการเกิด โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. การมีญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ พี่ และน้องเป็น โรคมะเร็งมีความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็ง		
2. เคยเป็นมะเร็งชนิดอื่น เช่น มะเร็งต่อมลูกหมาก , มะเร็งปากมดลูก มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		
3. การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะบ่อยๆมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		
4. การใส่สายระบายน้ำปัสสาวะนานมากกว่า 2 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		
5. การได้รับการรักษาโดยการฉายแสงในอุ้งเชิงกรานมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		
6. การประกอบอาชีพที่สัมผัสสารเคมี ได้แก่ โรงงานย้อมผ้า , ช่างทาสี , โรงงานผลิตรถยนต์ มีความเสี่ยงในการเกิด โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		
7. ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		
8. เพศชายมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมากกว่าเพศหญิง		
9. การสูบบุหรี่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		
10. การรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้สดมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็ง		

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่อง อาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

คำชี้แจง : ในขณะที่ท่าน เริ่มมีอาการผิดปกติ ท่านมี ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอย่างไร ขอให้ท่านพิจารณาเลือกคำตอบ อาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. การถ่ายปัสสาวะมีเลือดปนเป็นอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		
2. การถ่ายปัสสาวะลำบากเป็นอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		
3. ถ่ายปัสสาวะแล้วมีอาการแสบขัดเป็นอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		
4. การถ่ายปัสสาวะกะปริบะปรอยเป็นอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		
5. ถ่ายปัสสาวะบ่อยและออกทันทีเป็นอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		
6. มีอาการปวดขณะถ่ายปัสสาวะเป็นอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		
7. มีอาการปวดบริเวณบั้นเอวเป็นอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		
8. คลำพบก้อนบริเวณเหนือหัวเหน่าเป็นอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		
9. มีอาการปวดบริเวณอุ้งเชิงกรานเป็นอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		
10. มีอาการเบื่ออาหารเป็นอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		
11. น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 5 กิโลกรัมในระยะ 1 เดือนเป็นอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		
12. อาการซึดหรือมีคนทักว่าซึดเป็นอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ		

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

คำชี้แจง : หลังจากที่ท่านพบว่า มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ท่านมีความรู้สึกอย่างไร ขอให้ท่านเลือกข้อความที่คิดว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดและทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

ข้อคำถาม	กลัว			ไม่กลัว (0)
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	
1. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะไม่สามารถหายได้เอง				
2. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะรักษาไม่ได้				
3. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นอาการของโรคมะเร็ง				
4. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้				
5. กลัวว่าการต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจะทำให้เสียเวลามาก				
6. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะต้องทำให้หยุดงาน				
7. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจทำให้เป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว				
8. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง				
9. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัว				
10. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อการต้องไปพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น				

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำแนะนำ : โปรดระบุรายชื่อของบุคคลที่ท่านคิดว่ามีความสำคัญต่อตัวท่าน และให้การสนับสนุนท่าน ในที่ว่างด้านซ้ายมือเท่าที่ท่านเห็นว่าสำคัญจริง ๆ อาจใช้ชื่อเล่น หรือชื่อย่อ พร้อมทั้งบอกความสัมพันธ์กับท่าน ดังตัวอย่าง

ตัวอย่าง

ชื่อ หรือ ชื่อเล่น	ความสัมพันธ์
1. แมน	1. สามี
2. นาง แสง	2. แม่
3. กุ้ง	3. เพื่อน
4. คุณพร	4. พยาบาล
5. หลวงพ่อ	5. พระที่นับถือ

จากรายชื่อบุคคลด้านซ้ายมือ กรุณาตอบคำถาม
โดยเติมหมายเลขคำตอบด้านบนตามหมายเลขชื่อ
(กรุณาตอบทุกข้อ)

0 = ไม่เลย

1 = เล็กน้อย

2 = ปานกลาง

3 = มาก

4 = มากที่สุด

เครือข่ายสังคม

คำถามที่ 1

บุคคลเหล่านี้รู้สึกว่าคุณเป็นที่รักมากน้อยเพียงใด

คำถามที่ 2

บุคคลเหล่านี้รู้สึกว่าคุณเป็นที่ชื่นชมหรือนับถือท่านมากน้อยเพียงใด

ชื่อ หรือ ชื่อเล่น	ความสัมพันธ์
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	

1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.
11.	11.
12.	12.
13.	13.

(Emo1)

(Emo2)

กรุณาเปิดหน้าถัดไป

0 = ไม่เลย

1 = เล็กน้อย

2 = ปานกลาง

3 = มาก

4 = มากที่สุด

เครือข่ายสังคม

คำถามที่ 3

ท่านสามารถไว้วางใจ
บุคคลเหล่านี้ได้มาก
น้อย เพียงใด

คำถามที่ 4

บุคคลเหล่านี้เห็นด้วยหรือ
สนับสนุนการกระทำหรือ
ความคิดของท่านมากน้อย
เพียงใด

ชื่อ หรือ ชื่อเล่น	ความสัมพันธ์
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	

1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.
11.	11.
12.	12.
13.	13.

(Emo1)

(Emo2)

0 = ไม่เลย

1 = เล็กน้อย

2 = ปานกลาง

3 = มาก

4 = มากที่สุด

เครือข่ายสังคม

คำถามที่ 5

คำถามที่ 6

ถ้าท่านต้องการยืมเงิน 100 บาท หรือให้พาไปพบแพทย์ หรือต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน บุคคลเหล่านี้สามารถช่วยเหลือท่านได้มากน้อยเพียงใด

ถ้าท่านต้องนอนป่วยเป็นเวลาหลายอาทิตย์ บุคคลเหล่านี้สามารถช่วยเหลือท่านได้มากน้อยเพียงใด

ชื่อ หรือชื่อเล่น	ความสัมพันธ์
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	

1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.
11.	11.
12.	12.
13.	13.

(Aid 5)

(Aid 6)

กรุณาเปิดหน้าถัดไป

คำถามที่ 7

ท่านรู้จักบุคคลเหล่านี้มานานเพียงใด (กรุณาใส่ตัวเลข จำนวนวัน หรือเดือน หรือจำนวนปี โดยประมาณ)

คำถามที่ 8

ท่านติดต่อบุคคลเหล่านี้บ่อยแค่ไหน (โดยทางโทรศัพท์, เยี่ยมเยียน, จดหมาย หรือวิธีอื่น ๆ)

- 5 = ทุกวัน
- 4 = ทุกสัปดาห์
- 3 = ทุกเดือน
- 2 = 2-3 ครั้ง ใน 1 ปี
- 1 = ปีละครั้งหรือน้อยกว่า

เครือข่ายทางสังคม

		ชื่อ หรือ ชื่อเล่น	ความสัมพันธ์
1.	1.	1.	
2.	2.	2.	
3.	3.	3.	
4.	4.	4.	
5.	5.	5.	
6.	6.	6.	
7.	7.	7.	
8.	8.	8.	
9.	9.	9.	
10.	10.	10.	
11.	11.	11.	
12.	12.	12.	
13.	13.	13.	

(Duration)

(Freqcon)

ภาคผนวก ข

ตารางแสดง จำนวน ร้อยละ การเปรียบเทียบข้อมูลและตัวแปร

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาการผิดปกติครั้งแรกของ โรคมะเร็ง
กระเพาะปัสสาวะ (n=90)

อาการผิดปกติครั้งแรก	จำนวน	ร้อยละ
ปัสสาวะเป็นเลือดเป็นๆหายๆ ไม่มีอาการปวด	54	60.0
ปัสสาวะขุ่นและปัสสาวะกะปริดกะปรอย	14	15.5
ปัสสาวะลำบากไม่พุ่งร่วมกับมีปัสสาวะแสบขัด	11	12.2
มีอาการปวดท่อทางเดินปัสสาวะในขณะที่ถ่าย ปัสสาวะ	4	4.4
ปวดท้องน้อยร่วมกับปัสสาวะเป็นเลือด	3	3.3
ปัสสาวะบ่อยร่วมกับปวดลูกอัณฑะ	1	1.1
ปัสสาวะเป็นเลือดเก่าๆปน	1	1.1
ปัสสาวะมีเลือดสดๆหยด ในช่วงท้ายของปัสสาวะ	1	1.1
ปัสสาวะสีเหลืองเข้มขุ่น	1	1.1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกการแสดงพฤติกรรมเมื่อพบอาการผิดปกติ
ในครั้งแรกจาก โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

การแสดงพฤติกรรมเมื่อพบอาการผิดปกติในครั้งแรกจากโรค	จำนวน	ร้อยละ
รอสังเกตอาการคิดว่าจะหายเองเพราะไม่มีอาการเจ็บปวด	33	36.6
ไปรับการรักษาที่แพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลและคลินิก	30	33.3
เมื่อมีอาการผิดปกติไปพบแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ	12	13.3
ซื้อยาแก้แสบมารับประทาน	7	7.7
ซื้อยาสมุนไพรมารับประทาน	4	4.4
ตรวจร่างกายแล้วพบเนื้องอกในกระเพาะปัสสาวะส่งตัว ต่อไปรับการรักษาที่แพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ	2	2.2
ไปรับการรักษาที่คลินิกแล้วส่งตัวต่อไปรับการรักษาที่ แพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ	1	1.1
รับการตรวจรักษาที่แพทย์ศัลยศาสตร์ทั่วไปแล้วส่งตัว ไปรับการรักษาที่แพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ	1	1.1

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง
กระเพาะปัสสาวะจำแนกรายข้อ (n=90)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
1. การถ่ายปัสสาวะมีเลือดปน	2.5	0.76	ปานกลาง
2. การถ่ายปัสสาวะลำบาก	2.1	0.70	ปานกลาง
3. หลังถ่ายปัสสาวะแล้วมีอาการแสบขัด	2.0	0.73	ปานกลาง
4.การถ่ายปัสสาวะกะปริบกระปรอย	2.0	0.73	ปานกลาง
5.ถ่ายปัสสาวะบ่อยและออกทันที	2.1	0.81	ปานกลาง
6.มีอาการปวดขณะถ่ายปัสสาวะ	2.4	0.65	ปานกลาง
7.มีอาการปวดบริเวณบั้นเอว	2.1	0.65	ปานกลาง
8.คลำพบก้อนที่บริเวณเหนือหัวหน้า	2.7	0.72	สูง
9.มีอาการปวดบริเวณอุ้งเชิงกราน	2.5	0.64	ปานกลาง
10.มีอาการเบื่ออาหาร	2.1	0.68	ปานกลาง
11.น้ำหนักลดมากกว่า 5 กิโลกรัมในระยะเวลา 1 เดือน	2.7	0.71	สูง
12.อาการซีดหรือมีคนที่กว่าซีด	2.6	0.68	สูง

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องเรื่องของปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค
มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การมีญาติสายตรง เช่น พ่อ แม่ พี่ และน้องเป็นโรคมะเร็ง มีความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็ง	35	38.9
2. เคยเป็นมะเร็งชนิดอื่น เช่น มะเร็งต่อมลูกหมาก , มะเร็งปากมดลูกมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	41	45.6
3. การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะบ่อยๆมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	25	27.8
4. การใส่สายระบายน้ำปัสสาวะนานมากกว่า 2 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	20	22.2
5. การได้รับการรักษาโดยการฉายแสงในอุ้งเชิงกรานมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	18	20
6. การประกอบอาชีพที่สัมผัสสารเคมี ได้แก่ โรงงานย้อมผ้า , ช่างทาสี, โรงงานผลิตรถยนต์ มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	52	57.8
7. ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	39	43.3
8. เพศชายมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมากกว่าเพศหญิง	25	27.8
9. การสูบบุหรี่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	48	53.3
10. การรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ไม่บ่อยมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็ง	36	40

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องเรื่องอาการผิดปกติของ โรคมะเร็ง
กระเพาะปัสสาวะ

อาการผิดปกติของโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การถ่ายปัสสาวะมีเลือดปนเป็นอาการผิดปกติของโรคมะเร็ง กระเพาะปัสสาวะ	59	65.5
2. การถ่ายปัสสาวะลำบากเป็นอาการผิดปกติของโรคมะเร็ง กระเพาะปัสสาวะ	23	25.6
3. ถ่ายปัสสาวะแล้วมีอาการแสบขัดเป็นอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	23	25.6
4. การถ่ายปัสสาวะกะปริบกะปรอยเป็นอาการผิดปกติของโรค มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	23	25.6
5. ถ่ายปัสสาวะบ่อยและออกทันทีเป็นอาการผิดปกติของโรค มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	25	27.8
6. มีอาการปวดขณะถ่ายปัสสาวะเป็นอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	34	37.8
7. มีอาการปวดบริเวณบั้นเอวเป็นอาการผิดปกติของโรคมะเร็ง กระเพาะปัสสาวะ	25	27.8
8. คลำพบก้อนบริเวณเหนือหัวเหน่าเป็นอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	51	56.7
9. มีอาการปวดบริเวณอุ้งเชิงกรานเป็นอาการผิดปกติของ โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	38	42.2
10. มีอาการเบื่ออาหารเป็นอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะ ปัสสาวะ	10	11.1
11. น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 5 กิโลกรัมในระยะ 1 เดือนเป็น อาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	31	34.4
12. อาการซีดหรือมีคนที่กว่าซีดเป็นอาการผิดปกติของโรคมะเร็ง กระเพาะปัสสาวะ	36	40

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็ง
กระเพาะปัสสาวะจำแนกรายข้อ (n=90)

ความกลัว	ค่าเฉลี่ย	S.D	การแปลผล
1. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะไม่สามารถหายได้เอง	1.67	1.25	ปานกลาง
2. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะรักษาไม่ได้	1.43	1.29	ปานกลาง
3. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นอาการของโรคมะเร็ง	2.02	1.15	มาก
4. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะเป็นอันตรายถึงชีวิตได้	1.67	1.26	ปานกลาง
5. กลัวว่าการต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจะทำให้เสียเวลา มาก	0.67	1.10	น้อย
6. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะต้องทำให้หยุดงาน	1.07	1.29	ปานกลาง
7. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจทำให้เป็นภาระกับบุคคล ในครอบครัว	1.82	1.24	ปานกลาง
8. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจทำให้ต้องสูญเสีย ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง	1.58	1.32	ปานกลาง
9. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจสร้างความวิตกกังวล ให้กับครอบครัว	2.09	1.05	มาก
10. กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อการต้องไป พบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น	0.86	1.20	น้อย

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมจำแนกรายข้อ (n=90)

การสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	S.D	การแปลผล
1.บุคคลเหล่านี้รู้สึกว่าคุณเป็นที่รักมากน้อยเพียงใด	3.53	0.62	สูง
2.บุคคลเหล่านี้รู้สึกว่าคุณเป็นที่ชื่นชมหรือนับถือท่านมากน้อยเพียงใด	3.32	0.74	สูง
3.ท่านสามารถไว้วางใจบุคคลเหล่านี้ได้มากน้อย เพียงใด	3.59	0.59	สูง
4.บุคคลเหล่านี้เห็นด้วยหรือสนับสนุนการกระทำหรือความคิดของท่านมากน้อยเพียงใด	3.38	0.65	สูง
5.ถ้าท่านต้องการยืมเงิน 100 บาท หรือให้พาไปพบแพทย์หรือต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนบุคคลเหล่านี้สามารถช่วยเหลือท่านได้มากน้อยเพียงใด	3.55	0.66	สูง
6.ถ้าท่านต้องนอนป่วยเป็นเวลาหลายอาทิตย์บุคคลเหล่านี้สามารถช่วยเหลือท่านได้มากน้อยเพียงใด	3.42	0.70	สูง

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางประนอม พรหมแดง
วัน เดือน ปีเกิด	11 มิถุนายน พ.ศ. 2519
สถานที่เกิด	จังหวัดพิจิตร ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2537 - 2541 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2553 - 2556 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ทุนการศึกษา ที่อยู่ปัจจุบัน	ทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช 427/325 หมู่ที่ 2 ต. อ้อมน้อย อ.กระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร 74130 โทรศัพท์ 086-3313892 E-mail address: Pranom.phr@mahidol.ac.th
ตำแหน่งปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	พยาบาล โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 02-419-6465-6