

Factors Related to Time to Definite Diagnosis in Bladder Cancer Patients

Pranom Phromdeang, RN, MNS¹, Suporn Danaidutsadeekul, RN, DNS¹,
Orapan Thosingha, RN, DNS¹, Patkawat Ramart, MD²

Abstract

Purpose: The present study was aimed at investigating the relationships between perceived severity of bladder cancer, knowledge of bladder cancer, fear caused by abnormal symptoms of bladder cancer, social support and time to definite diagnosis in bladder cancer patients.

Design: A descriptive correlational study design.

Methods: 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 a hospital. Data were collected using the demographic characteristics interview, illness data, time to definite diagnosis, perceived severity of bladder cancer, knowledge of bladder cancer, fear of abnormal symptoms of bladder cancer, and social support. The data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation.

Main findings: Time to definite diagnosis with urologists ranged from one day to 1,460 days, with the mean of 183.72 days (SD = 281.99), and the median of 60 days. Perceived severity of bladder cancer was associated with time to definite diagnosis in bladder cancer patients with statistical significance ($r_s = -.49, p < .01$). Finally, knowledge of bladder cancer patients was negatively related to time to definite diagnosis with statistical significance ($r_s = -.42, p < .01$), but fear of abnormal symptoms of bladder cancer and social support were not related to time to definite diagnosis.

Conclusion and recommendations: 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.

Keywords: bladder cancer, perceived severity, social support, time to diagnosis

J Nurs Sci. 2013;31(3):76-85

Corresponding Author: Assistant Professor Suporn Danaidutsadeekul, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: suporn.dan@mahidol.ac.th

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วย มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ประนอม พรหมแดง, พย.ม.¹ สุพร ดนัยคุชฎิกุล, พย.ด.¹ อสวรรณ โตสิงห์, พย.ด.¹
ภกวัฒน์ รัตมาตร์, พว.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การสนับสนุนทางสังคม กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการตรวจและรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 90 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย ระยะเวลาการมารับการรักษา การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย: ระยะเวลาการมารับการรักษา ตั้งแต่เริ่มเกิดอาการผิดปกติครั้งแรกจนมารับการรักษาด้วยแพทย์ศาสตร์ยูโร ระยะเวลาต่ำสุด 1 วัน สูงสุด 1,460 วัน ค่าเฉลี่ย 183.72 วัน (SD = 281.99) ค่ามัธยฐาน 60 วัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีความสัมพันธ์ทางลบ กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.49, p < .01$) ความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.42, p < .01$) แต่ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรค และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ: พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรมีการเผยแพร่ให้คำแนะนำ ความรุนแรงของโรค และความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะให้เป็นที่แพร่หลาย เพื่อให้ประชาชนมารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาในระยะเวลาที่เร็วขึ้น

J Nurs Sci. 2013;31(3):76-85

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพร ดนัยคุชฎิกุล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700; e-mail: suporn.dan@mahidol.ac.th

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัณหา

โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบมากเป็นอันดับที่ 9 ของมะเร็งทั่วโลก มีอัตราการเกิดโรคที่เป็นผู้ป่วยใหม่จำนวน 330,000 รายต่อปี อัตราการตาย 130,000 รายต่อปี ซึ่งอัตราการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในเพศชายมากกว่าในเพศหญิง คิดเป็น 3.8 เท่า¹ ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ยที่เกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะคือ 73 ปี² ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะรายใหม่ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 70 เป็นเซลล์มะเร็งชนิด transitional cell carcinoma โดยมีอัตราการเกิดเป็นซ้ำได้มากถึงร้อยละ 50-70 เมื่อมีการเกิดซ้ำทำให้มีการลุกลามไปถึงชั้นของ muscularis propria ได้ถึงร้อยละ 10-20 ทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น แล้วเซลล์มะเร็งเกิดการลุกลามเป็นในระยะรุนแรงขึ้น³ ซึ่งเซลล์มะเร็งกระเพาะปัสสาวะชนิด transitional cell carcinoma มีการเจริญของเซลล์ที่ช้ากว่าเซลล์มะเร็งชนิดอื่น ผู้ป่วยที่มารับการตรวจหรือรับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาได้เร็วจะพบว่าเซลล์มะเร็งยังจำกัดอยู่ในชั้นของ superficial muscularis ซึ่งอยู่ในระยะไม่ลุกลามของเซลล์มะเร็ง⁴ จากการศึกษาของ Hollenbeck และคณะ⁵ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่เริ่มมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดแล้วมารับการตรวจวินิจฉัยและรับการรักษาในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการปัสสาวะเป็นเลือดผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการตัดกระเพาะปัสสาวะออก ร้อยละ 5.8 และได้รับการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วยร้อยละ 8.6 มีอัตราการรอดชีวิต 70.9 เดือนภายหลังได้รับการรักษา ส่วนผู้ป่วยที่มารับการตรวจแล้วได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในช่วงระยะเวลา 3-6 เดือนตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการปัสสาวะเป็นเลือดจะได้รับการรักษาโดยการตัดกระเพาะปัสสาวะออกร้อยละ 6.3 และได้รับการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วยร้อยละ 9.2 มีอัตราการรอดชีวิต 62.6 เดือนภายหลังได้รับการรักษา และในผู้ป่วยมารับการตรวจแล้วได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในช่วงระยะเวลา 9-12 เดือนตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการปัสสาวะเป็นเลือดจะได้รับการรักษาโดยการตัดกระเพาะปัสสาวะออกร้อยละ 6.2 และได้รับการรักษาอื่นร่วมด้วยคิดเป็นร้อยละ 10.1 มีอัตราการรอดชีวิต 59.9 เดือนภายหลังการรักษา ซึ่งจากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีระยะเวลามารับการรักษาที่

นานมากขึ้นผู้ป่วยก็จะต้องได้รับการรักษาที่ยุ้งยากและซ้ำซ้อนมากขึ้น และส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลงตามไปด้วย ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่มีระยะเวลามารับการรักษายาวนานจะส่งผลกับการรักษาที่ผู้ป่วยต้องได้รับ เนื่องจากระยะของโรคจะเป็นมากขึ้นและมีการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปในอวัยวะใกล้เคียง อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยลดลงและทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้น

ระยะเวลาการมาการรักษา หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งได้มาได้รับการรักษากับแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโรครั้งแรก ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้เกณฑ์ระยะเวลาการมาการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามเกณฑ์ของ Wallace และคณะ⁶ ซึ่งจะศึกษาในสองระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติครั้งแรกและไปรับการรักษาที่แพทย์ทั่วไป ระยะที่ 2 หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่แพทย์ทั่วไปจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการรักษากับแพทย์ศัลยศาสตร์ยูโรในครั้งแรก

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจมาการรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านความคิดและด้านอารมณ์ ที่จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีระยะเวลามาการรักษาที่นานมากขึ้นหรือน้อยลง ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยจะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมาการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ⁷ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ⁸ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ⁹ และการสนับสนุนทางสังคม¹⁰ ผลการศึกษาที่ได้รับจะเป็นประโยชน์ช่วยให้พยาบาลได้เข้าใจถึงระยะเวลาการมาการรักษาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการมาการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และการสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาการมาการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

สมมติฐานการวิจัย

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

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงพรรณนา (descriptive correlational study design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะทุกระยะของโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 30 ปีขึ้นไปที่มีมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทางด้านศัลยศาสตร์ยูโร โรงพยาบาลศิริราช เลือกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาค้างนี้ 1) ผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ 2) ระดับความรู้สึกตัวดีสามารถให้ข้อมูลกับผู้อยู่วิจัยได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) เมื่อใช้สถิติ correlation analysis กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) = .8 ค่า α (alpha) = .05 ใช้ขนาดอิทธิพลปานกลาง (medium effect size) เท่ากับ .3 จากการคำนวณโดยการเปิดตารางของ Polit และ Beck¹¹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 88 คน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้อยู่วิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การนับถือศาสนา เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ที่อยู่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา และโรคประจำตัว ในส่วนข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็ง

กระเพาะปัสสาวะ ประกอบด้วย พยาธิวิทยาคลินิกของโรค ตำแหน่งของการเกิดโรคที่กระเพาะปัสสาวะ วิธีการรักษา

2. แบบสัมภาษณ์ระยะเวลากการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ผู้อยู่วิจัยพัฒนาจากระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตามเกณฑ์ของ Wallace และคณะ⁶ มีข้อคำถาม 3 ข้อ

3. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ผู้อยู่วิจัยได้พัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินแบบประมาณค่า 5 ระดับ (ตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน) มีเกณฑ์แบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรง ดังนี้ คะแนน 0 - 16 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะระดับน้อย คะแนน 17 - 32 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะระดับปานกลาง และคะแนน 33 - 48 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะระดับมาก

4. แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ผู้อยู่วิจัยได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ ใช่ (1 คะแนน) และ ไม่ใช่ (0 คะแนน) การแปลผล คะแนน 0 - 5.9 หมายถึง มีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะน้อย คะแนน 6 - 7.9 หมายถึง มีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะปานกลาง คะแนน 8-10 หมายถึง มีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมาก ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ ใช่ (1 คะแนน) และ ไม่ใช่ (0 คะแนน) การแปลผล คะแนน 0 - 7.1 หมายถึง มีความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะน้อย คะแนน 7.2 - 9.48 หมายถึง มีความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะปานกลาง คะแนน 9.49 - 12 หมายถึง มีความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมาก

5. แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ผู้อยู่วิจัยนำมาจากแบบสัมภาษณ์ของ กนกวรรณ บุญสังข์¹² เป็นแบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ

ทวารหนัก ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อคำถาม โดยมีเกณฑ์การประเมินแบบประมาณค่า 4 ระดับ (ตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน) มีเกณฑ์แบ่งระดับความกลัว ดังนี้ คะแนน 0 - 10 หมายถึง มีความกลัวต่ออาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะน้อย คะแนน 11 - 20 หมายถึง มีความกลัวต่ออาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะปานกลาง และคะแนน 21 - 30 หมายถึง มีความกลัวต่ออาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมาก

6. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมสร้างโดย Norbeck และคณะ¹³ แปลเป็นภาษาไทยโดย Phumonsakul¹⁴ มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ 4 ข้อ ด้านสิ่งของ 2 ข้อ ส่วนอีกจำนวน 2 ข้อ คือ ระยะเวลาที่รู้จักกับบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางสังคม และความบ่อยที่มีการติดต่อสื่อสารกันของบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางสังคม การคิดคะแนนรวมในการวิจัยครั้งนี้คิดเฉพาะในข้อคำถามข้อ 1 - 6 โดยมีเกณฑ์การประเมินแบบประมาณค่า 5 ระดับ (ตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน) มีเกณฑ์แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้ คะแนน 0 - 8 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนน 9 - 17 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และคะแนน 18 - 24 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์ 3 ชุดที่ได้พัฒนาขึ้นใหม่โดยผู้วิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ในส่วนของแบบสัมภาษณ์ความกลัว และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมเป็นเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาแล้ว

2. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมได้นำไปทดสอบความเชื่อ

มั่นของเครื่องมือ โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80, .86, .86 และ .75 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (รพส 282/2555 (EC1))

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับหอผู้ป่วยที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล และผู้วิจัยทำการคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ป่วยและอธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีแบบสัมภาษณ์จำนวน 6 ชุด ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีในการสัมภาษณ์ และปฏิบัติตามรายละเอียดในแบบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่ผู้ป่วยยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยจะให้ลงลายมือชื่อในแบบแสดงเจตนาเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย และระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และปัจจัยที่ศึกษา วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ส่วนความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และการสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ วิเคราะห์โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.6 เพศหญิง 14.4 อายุเฉลี่ยทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอายุเท่ากับ 63.11 ปี (SD = 9.32) อายุมากที่สุด 80 ปี อายุน้อยที่สุด 30 ปี กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.9 ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 1.1 เชื้อชาติไทยร้อยละ 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 การศึกษาในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 38.9 รองลงมาที่มีค่าใกล้เคียงกันคืออยู่ในระดับมัธยมปลาย และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 22.2 และ ร้อยละ 20 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างและรับราชการ/ข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 31.1 และ 28.9 ตามลำดับ รายได้ในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 1,000 บาท รายได้ในครอบครัวสูงที่สุด 200,000 บาท รายได้เฉลี่ยในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง 21,005.56 บาท (SD = 23,446.29) สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิในการเบิกจ่ายตรง/ตนสังกัด ร้อยละ 44.4 รองลงมาเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 38.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.3 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 18

กลุ่มตัวอย่างมีผลพยาธิวิทยาคลินิกเป็นเซลล์ชนิด transitional cell carcinoma ร้อยละ 96.7 ตำแหน่งในการเกิดเนื้องอกในกระเพาะปัสสาวะพบมากที่สุดตำแหน่ง posterolateral wall of bladder ร้อยละ 20 รองลงมาพบในตำแหน่ง lateral wall of bladder ร้อยละ 11.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องเข้าไปตัดชิ้นเนื้อในกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 100 และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดแล้วใส่วัคซีน BCG ในกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 61.1 จำนวนครั้งที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องตัดชิ้นเนื้อในกระเพาะปัสสาวะมากที่สุด 1 ครั้ง ร้อยละ 51.1 ได้รับการผ่าตัดจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 25.6

ระยะเวลาการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่พบอาการผิดปกติครั้งแรกจนกระทั่งไปรับการรักษากับแพทย์ทั่วไป มีระยะเวลาดำสุด 1 วัน สูงสุด 1,430 วัน ค่าเฉลี่ย 119.58 วัน (SD = 266.74) ค่ามัธยฐาน 30 วัน ในส่วนของระยะเวลาดำตั้งแต่ไปรับการรักษากับแพทย์ทั่วไปจนกระทั่งได้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์โร ระยะ

เวลาดำสุด 1 วัน สูงสุด 1,080 วัน ค่าเฉลี่ย 63.96 วัน (SD = 140.54) ค่ามัธยฐาน 30 วัน และระยะเวลาดำตั้งแต่กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีอาการผิดปกติครั้งแรก จนกระทั่งได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์โร มีระยะเวลาดำสุด 1 วัน ระยะเวลาดำสูงสุด 1,460 วัน ค่าเฉลี่ย 183.72 วัน (SD = 281.99) ค่ามัธยฐาน 60 วัน

กลุ่มตัวอย่างมีพิสัยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะระหว่าง 14 ถึง 45 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 27.96 (SD = 4.56) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 85.6 รองลงมาคือคะแนนอยู่ในระดับมากร้อยละ 13.3 และมีคะแนนอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 1.1

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.3 มีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 3.76 (SD = 1.61) และร้อยละ 87.8 มีความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 4.2 (SD = 2.59)

กลุ่มตัวอย่างมีพิสัยคะแนนความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ระหว่าง 0 ถึง 30 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 14.87 (SD = 7.73) โดยมีความกลัวอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36.7 รองลงมาคือมีความกลัวในระดับน้อยร้อยละ 34.4 และมีความกลัวในระดับมากร้อยละ 28.9 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีพิสัยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมระหว่าง 12 ถึง 24 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 20.78 (SD = 20.78) โดยร้อยละ 86.7 มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 13.3 แต่ไม่พบว่ามีความสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และการสนับสนุนทางสังคม กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้ ผลการวิจัยดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 90)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	1.00				
2. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ	.53*	1.00			
3. ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติ	.07	.10	1.00		
4. การสนับสนุนทางสังคม	.07	-.02	-.15	1.00	
5. ระยะเวลาการมารับการรักษา	-.49*	-.42*	.02	.01	1.00

* p < .01

จากผลการศึกษาพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (r_s) ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับระยะเวลาการมารับการรักษาเท่ากับ $-.49$ โดยมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และระหว่างความรู้เรื่องโรคกับระยะเวลาการมารับการรักษาเท่ากับ $-.42$ โดยมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะน้อย ระยะเวลาในการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจะเพิ่มมากขึ้น และจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ($p > .05$)

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 85.6 มีช่วงอายุที่พบมากที่สุด 61 - 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.1 อายุเฉลี่ย 63.1 ปี ($SD = 9.32$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า เพศชายมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมากกว่าเพศหญิง โดยพบว่ามีอัตราส่วนการเกิดโรค เพศชายต่อเพศหญิงเป็น 5:2^{4,6} การเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะยังมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบมากที่สุดในช่วงระหว่างอายุ 65 - 85 ปี¹⁵ การพบโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีอายุมากอธิบายได้ว่าเป็นผลจากการสัมผัสกับสารเคมีที่เป็นสารก่อมะเร็งที่มากับปัสสาวะเป็นเวลานาน แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของยีนดี เซลล์เยื่อบุผิวของกระเพาะปัสสาวะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งเกิดขึ้นโดยเฉพาะ

จากการสูบบุหรี่ การอักเสบเรื้อรังในทางเดินปัสสาวะ หรือเกิดมีการเปลี่ยนแปลงของยีนดีและโคโมโซมทำให้เกิดความผิดปกติเป็นเซลล์มะเร็งขึ้น³ 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^{4,18} และปัญหาของหลักของการเกิดมะเร็งเยื่อบุผิวในกระเพาะปัสสาวะคือการเกิดเป็นซ้ำ ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเกิดเป็นซ้ำของเซลล์โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ที่ได้รับการผ่าตัดโดยการส่องกล้องตัดชิ้นเนื้อในกระเพาะปัสสาวะตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 48.9

ระยะเวลาในการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างใช้เวลานานซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ลักษณะอาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เมื่อมีอาการผิดปกติในครั้งแรกๆ จะมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดเป็นส่วนมาก แล้วอาการจะเป็นๆ หายๆ ไม่มีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย³ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้สงสัยหรือไม่แน่ใจว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ไม่ไปรับการรักษากับแพทย์ โดยการรอดูอาการก่อนที่จะไปรับการรักษากับแพทย์ จะไปรับการรักษาเมื่อมีอาการปัสสาวะเป็นเลือดมากขึ้น และมีอาการอื่นๆ ที่รุนแรงร่วมด้วย เช่น การปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะไม่ออก มีอาการซีดร่วมด้วย เนื่องจากการเสียเลือด² และอีกเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างไม่ไปรับการรักษากับแพทย์ เนื่องจากรอสังเกตอาการคิดว่าจะหายไปเองเพราะไม่มีอาการเจ็บปวด

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะ

ปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และแนวคิดทางทฤษฎีของ Dracup และคณะ¹⁷ ที่เชื่อว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่รุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษา จะตัดสินใจในการมารับการรักษาเร็วขึ้น ซึ่งส่งผลให้ระยะเวลาในการมารับการรักษาลดลง และถ้ามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย จะส่งผลให้ระยะเวลาดังแต่เป็นโรคจนกระทั่งมารับการรักษาด้วยแพทย์ศาสตร์โยโรใช้ระยะเวลานานขึ้น ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงอาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เหตุผลที่อธิบายได้จากการศึกษาในครั้งนี้ คือ อาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ เป็นอาการที่เป็นๆ หายๆ ไม่ได้มีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย ถ้าไม่ได้มีการสังเกตอย่างใกล้ชิดทำให้ไม่แน่ใจว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในครั้งแรก โดยการรอดูอาการก่อนเพราะเป็นอาการที่เกิดขึ้นแล้วหายไปเองไม่ได้คิดว่าเป็นอาการผิดปกติที่รุนแรง มีการไปซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานเอง หรือซื้อยาสมุนไพรมารับประทานเองจากการบอกเล่าของเพื่อนบ้านหรือคนที่รู้จักกัน ก่อนที่จะมารับการรักษาจากแพทย์ศาสตร์โยโร รวมทั้งคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นอาจเป็นอาการที่แสดงถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นในอวัยวะอื่นๆ หรือสาเหตุอื่น เช่น เป็นนิ่วกระเพาะปัสสาวะอักเสบได้รับการกระทบกระเทือนที่กระเพาะปัสสาวะ¹⁸

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อาจอธิบายได้ว่า เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติของการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 83.3 และร้อยละ 87.8 ตามลำดับ) อีกทั้งส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 38.9) ร่วมกับโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะยังเป็นโรคมะเร็งที่มีการเผยแพร่และการประชาสัมพันธ์น้อยกว่าโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ ในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและวิธีการตรวจคัดกรองโรค รวมทั้งแพทย์เฉพาะทางที่จะให้ความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังอยู่ในโรงพยาบาลระดับ

ตติยภูมิ ทำให้การเข้าถึงข้อมูลความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะของประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีน้อย อาจเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคในระดับที่น้อย ซึ่งโรคมะเร็งในระบบทางเดินปัสสาวะที่มีการรณรงค์เผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชนอย่างแพร่หลายคือ มะเร็งต่อมลูกหมาก และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติที่เป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นเพศชายจะทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติและการตรวจคัดกรองและรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากมากกว่าโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เนื่องจากมีเพื่อนร่วมงานและบุคคลที่รู้จักเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก และได้รับความรู้จากการรณรงค์เผยแพร่ความรู้จากสื่อต่างๆ ร่วมด้วย จากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทวารหนักที่พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยไม่รู้ว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคมะเร็งทวารหนัก คิดว่าเป็นริดสีดวงทวารทำให้ระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น¹⁹ และเมื่อผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะน้อย ก็ย่อมทำให้ระยะเวลาการมารับการรักษาจึงยาวนานมากขึ้น

ความกลัวไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ($p > .05$) การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติของโรคในระดับปานกลางร้อยละ 36.7 รองลงมาแล้วในระดับน้อยร้อยละ 34.4 ค่าเฉลี่ยของความกลัว 14.87 ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่จากผลการศึกษารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความกลัวในระดับมากในเรื่อง “กลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัว” ค่าเฉลี่ย 2.09 ซึ่งจากผลการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นอาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัวในระดับมาก เหตุผลอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 64.4 เป็นผู้ที่ไม่เคยมีอายุราชการแล้วอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งจะต้องมารับการรักษาจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอและด้วยพยาธิสภาพของร่างกายที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย (ร้อยละ 56.7) ทำให้กลัวว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะเป็นภาระกับคนในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น และทำให้คนในครอบครัววิตกกังวล และในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความกลัวในระดับมาก

น้อยที่สุดร้อยละ 28.9 เหตุผลเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอายุเฉลี่ย 63.1 และเป็นเพศชายเป็นส่วนใหญ่ และจากคำพูดของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการสัมภาษณ์ มีความรู้สึกกลัวว่าเมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็งแล้วตนเองจะเป็นภาระของคนในครอบครัวมากกว่ารู้ว่าตนเองเป็นมะเร็ง ถ้าเป็นแล้วก็ต้องรับการรักษา แต่การที่ระยะเวลาในการมารับการรักษามากขึ้นอาจเป็นเพราะอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในระยะเริ่มต้นของโรค อาการแสดงจะเป็นอาการที่มีความรุนแรงน้อยเป็นลักษณะอาการที่เป็นๆ หายๆ ร่วมกับไม่มีอาการเจ็บปวด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่รู้และไม่คิดว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคมะเร็ง จึงไม่ได้มารับการรักษาจากแพทย์ตั้งแต่มีอาการผิดปกติในระยะเริ่มต้น ซึ่งมีผลการวิจัยในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีระดับความกลัวน้อยทำให้ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากไม่รู้ว่าการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคมะเร็ง²⁰ ด้วยเช่นกัน

การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ($p > .05$) จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 86.7 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.8 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร มีการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจและมีการรับฟังปัญหาจากบุคคลในครอบครัว กลุ่มบุคคลที่จะให้การสนับสนุนทางสังคมเป็นกลุ่มคนในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตรหลาน เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมีความสนิทสนมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คู่สมรสและบุตรหลานเป็นบุคคลที่ให้คำปรึกษาเรื่องโรคที่เป็น การรักษาที่ได้รับ และยังมีการดูแลเอาใจใส่มีความห่วงใย คอยสอบถามอาการและการรักษาหรือพามารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ²¹ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการสนับสนุนในด้านสิ่งของจากบุคคลเหล่านี้มาก ซึ่งการสนับสนุนในด้านสิ่งของประกอบด้วยการให้ความช่วยเหลือด้านการเงินและการต้องการความช่วยเหลือในเวลาเร่งด่วน รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องมาพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวอยู่แล้ว จึงส่งผลให้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง จากการที่กลุ่มตัวอย่าง

เกือบทั้งหมดมีระดับการสนับสนุนทางสังคมที่สูง ทำให้ความแปรปรวนของตัวแปรนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้น้อยมาก (homogeneous) จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้กับระยะเวลาการมารับการรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลควรมีการรณรงค์ เผยแพร่ ให้คำแนะนำกับประชาชนทั่วไป รวมไปถึงผู้ป่วยและญาติที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปให้มีความรู้เรื่องโรค อาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการผิดปกติของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โดยแนะนำให้มารับการตรวจหรือรักษาเพื่อคัดกรองตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ในขณะที่โรคมะเร็งยังไม่เกิดอาการรุนแรงขึ้น และยังไม่มีอาการลุกลาม ไม่ควรรอสังเกตอาการหรือรอให้อาการหายไปเอง ควรต้องไปรับการรักษาจากแพทย์ที่มีความรู้ในระบบศัลยศาสตร์ยูโรในทันที

2. ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยบางประการ ตามกรอบแนวคิดของ Dracup และคณะ¹⁷ ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าในการทำการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติม ตามกรอบแนวคิดดังกล่าวคือ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสวงหาการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เพื่อเป็นข้อมูลและแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะให้มารับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Stenzl A, Cowan NC, Santis MD, Kuczyk MA, Merseburger AS, Ribab, MJ. Treatment of muscle-invasive and metastatic bladder cancer update of the EAU guideline. Eur Urol. 2011;59(6):1009-18.
2. American Cancer Society. Bladder Cancer [Internet]. [updated 2012 May 1; cited 2012 June 23]. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003085-pdf.pdf>.
3. Kaufman DS, Shipley WU, Feldman AS. Bladder cancer. Lancet. 2009;374(9685):239-49.

4. Turner B. Bladder cancer an update. *Int J Urol*. 2008;2(3):91-102.
5. Hollenbeck BK, Dunn RL, Ye Z, Hollingsworth JM, Skolarrus TA, Kim SP, et al. Delay in diagnosis and bladder cancer mortality. *Cancer*. 2010;116(22):5235-42.
6. Wallace DM, Bryan RT, Dunn JA, Begum G, Bathers S. Delay and survival in bladder cancer. *BJU int*. 2002;89(9):868-78.
7. Mitchell E, Macdonald S, Campbell NC, Weller D, Macleod U. Influences on pre-hospital delay in the diagnosis of colorectal cancer: a systematic review. *Br J Cancer*. 2008;98(1):60-70.
8. Noolijer JD, Lechner L, Vries HD. Help-seeking behaviour for cancer symptoms: Perception of patients and general practitioner. *Psychooncology*. 2001;10(6):469-478.
9. Macdonald S, Macleod U, Campbell NC, Weller D, Mitchell E. Systematic review of factors influencing patient and practitioner delay in diagnosis of upper gastrointestinal cancer. *Br J Cancer*. 2006;94(9):1272-80.
10. Macleod U, Mitchell ED, Burgess C, Macdonald S, Ramirez AJ. Risk factor for delay presentation and referral of symptomatic cancer: Evidence for common cancer. *Br J Cancer*. 2009;101 suppl 2:S92-101.
11. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams; 2008.
12. Boonsung K. Factors predicting treatment seeking behavior of colorectal cancer patients [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2009. 172 p. (in Thai).
13. Norbeck JS, Lindey MA, Cafrieri VL. The development of an instrument to measure social support. *Nurs Res*. 1981;30(5):264-9.
14. Phumonsakul S. A structural equation model of maternal role attainment among working primiparous mothers [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2000. 213 p. (in Thai).
15. Sanger VK, Ragavan N, Matanhelia SS, Wattson MW, Blades RA. The economic consequences of prostate and bladder cancer in the UK. *BJU Int*. 2005;95(1):59-63.
16. Creel P. Bladder Cancer: Epidemiology, disease, and treatment. *Semin oncol Nurs*. 2007;23(4):3-10.
17. Dracup K, Moser KD, McKinley S, Ball C, Yamasaki K, Kim, JC, et al. An International perspective on the time to treatment for acute myocardial infarction. *J Nurs Scholarsh*. 2003;35(4):317-23.
18. Ho ETS, Johnston SR, Keane PF. The haematuria clinic – referral patterns in Northern Ireland. *Ulster Me J*. 1998;67(1):25-8.
19. Ristvedt SL, Birnbaum EH, Dietz DW, Fleshman JW, Kodner IJ, Read TE. Delayed treatment for rectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2005;48(9):1736-41.
20. Burgess CC, Ramirez AJ, Richards MA, Love SB. Who and what influences delayed presentation in breast cancer. *Br J Cancer*. 1998;77(8):1343-8.
21. Chongprakkobkit S. Stress, coping, and social support of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2008. 171 p. (in Thai).