

Factors Predicting Time before Treatment of Colorectal Cancer Patients

Suvimol Kimpee, RN, MEd¹, Suporn Danaidutsadeekul, RN, DNS¹,
Kanokwan Boonsung, RN, MNS², Wiroon Boonnuch, MD³

Abstract:

Purpose: To investigate time before treatment of colorectal cancer patients and the predictive power of age, knowledge of colorectal cancer and fear of abnormal symptoms in predicting time before treatment of colorectal cancer patients

Design: Secondary analysis with predictive design.

Methods: The sample consisted of 80 colorectal cancer patients at every stage of the disease who sought the treatment at the outpatient and inpatient clinics of the surgical-medical department, at a government hospital in Bangkok. Data were collected by interview with questionnaires of demographic data, health history, time before treatment, knowledge of colorectal cancer, and fear of abnormal symptoms. Descriptive statistics and logistic regression analysis were used in data analysis.

Main findings: The median time before treatment of colorectal cancer patients was 60 days. Fear can decrease the delay time before treatment 0.4 times in colorectal cancer patients at the level of significance .05

Conclusion and recommendations: Nurses should be aware that general cancer information may not enough to raise attention in patients with colorectal cancer. The progress of cancer warning signs to be a major threat for their health should be emphasized. Perceived fear or threat of the warning signs could bring the patients to visit the doctor sooner. Research should be done to explore other factors influencing time before treatment in colorectal cancer patients.

Keywords: colorectal cancer, fear, patient delay, time before treatment

J Nurs Sci. 2013;31(2):16-25

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

² Department of Nursing, Siriraj Hospital

³ Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

ปัจจัยทำนายระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก

สุวิมล กิมปี, ค.ม.¹ สุพร ดนัยดุขฎีกุล, พย.ด.¹
กนกวรรณ บุณยสังข์, พย.ม.² วิรุณ บุณยบุษ, พ.บ.³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาระยะเวลาก่อนการรักษา และการทำนายของอายุ ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง ความกลัวอาการผิดปกติ ต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

รูปแบบการวิจัย: การวิเคราะห์หัตถ์นิยม โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกระยะของโรค ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน แผนกศัลยกรรมและอายุรศาสตร์ ที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 80 คน เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไป ประวัติความเจ็บป่วย ระยะเวลาก่อนการรักษา ความรู้โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความกลัวอาการผิดปกติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: ระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีค่ามัธยฐาน 60 วัน ความกลัวสามารถลดระยะเวลาก่อนการรักษาที่ล่าช้าได้ 0.4 เท่าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุปและข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรตระหนักว่าข้อมูลมะเร็งทั่วไปไม่เพียงพอที่จะเพิ่มความเข้าใจของผู้ป่วย ควรเน้นถึงความก้าวหน้าของอาการเตือนสำคัญที่คุกคามต่อสุขภาพ การรับรู้ถึงความกลัว หรือ การคุกคามจากอาการเตือนจะทำให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์เร็วขึ้น และควรศึกษาปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความกลัว ความล่าช้าของผู้ป่วย ระยะเวลาก่อนการรักษา

J Nurs Sci. 2013;31(2):16-25

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพร ดนัยดุขฎีกุล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: suporn.dan@mahidol.ac.th

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

³ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นโรคที่มีการดำเนินโรคช้า อาจใช้เวลา 5-15 ปี หรือมากกว่านั้นในการเปลี่ยนเซลล์ปกติจนกลายเป็นเซลล์มะเร็ง¹⁻³ รวมทั้งเป็นโรคที่สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะต้นของโรค ถ้ามาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาทันทีที่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น การขับถ่ายอุจจาระที่เปลี่ยนไป ท้องอืด น้ำหนักลด⁴ ทำให้มีโอกาสนในการรักษาให้หายขาด และมีการพยากรณ์โรคดีจากการศึกษาของ กนกวรรณ บุญสังข์ และคณะ⁵ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 57.5 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมาพบแพทย์ครั้งแรกเพื่อรับการรักษ อยู่ในระยะ 3 ของโรคซึ่งอาการค่อนข้างรุนแรง และร้อยละ 15 อยู่ในระยะที่ 4 ซึ่งอาการรุนแรงมากเป็นระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งมีการกระจายของโรคไปที่ตับมากที่สุดคือ ร้อยละ 83.3 ของผู้ป่วยระยะที่ 4 ทั้งหมด แต่พบว่ามีผู้ป่วยในระยะที่ 2 ซึ่งมีอาการรุนแรงน้อยกว่าเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น ผลการศึกษาดังกล่าวไม่แตกต่างจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี ค.ศ. 2006 ซึ่งพบเช่นเดียวกันคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมาพบแพทย์เพื่อการรักษาเป็นผู้ป่วยระยะที่ 3 และ 4 ร้อยละ 26.25 และ 23.75 ตามลำดับ แต่ผู้ป่วยระยะที่ 1 และ 2 พบร้อยละ 7.25 และ 9.15 เท่านั้น⁶ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเสียชีวิตมากเป็นอันดับ 5 ของโรคมะเร็งทั้งหมด คิดเป็นอัตรา 2.7 ต่อประชากรแสนคน⁷ จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเมื่อเกิดอาการผิดปกติ พบว่า ร้อยละ 58.5 ผู้ป่วยฯ ไม่แสวงหาการรักษา โดยในผู้ป่วยที่ไม่แสวงหาการรักษานี้ร้อยละ 87.2 รอลังเกดอาการและรอให้อาการหายไปเองในที่สุด⁸⁻⁹ ทั้งนี้ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องอาการเริ่มแรกของโรคมะเร็ง เชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง หายเองได้¹⁰ ส่วนผู้ป่วยที่แสวงหาการรักษามีร้อยละ 41.3 ซึ่งเป็นการซื้อยาจากร้านขายยารักษาตนเองมากที่สุดร้อยละ 63.6⁸ ดังนั้นกว่าที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์คือเริ่มมีอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ร่วมกับอาการอื่นๆ จึงพบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อรักษาใช้เวลาโดยเฉลี่ย นับตั้งแต่มีอาการคือ 60 วัน ระยะเวลาที่น้อยที่สุดคือ 1 วัน และระยะเวลานานที่สุดคือ 366 วัน⁵ ย่อมทำให้การดำเนินของโรคมามากขึ้น และเข้าสู่ระยะท้ายของโรคที่รุนแรงขึ้น

ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจในการค้นหาแนวทางเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมารับการรักษาได้โดยเร็วเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าระยะเวลาก่อนการรักษา ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มพบอาการผิดปกติของโรคจนถึงได้มาพบแพทย์ครั้งแรกเพื่อรับการรักษ เป็นช่วงเวลาที่เกิดความล่าช้าของการจัดการจากตัวผู้ป่วยเอง (patient delay) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากผู้ป่วยได้พบแพทย์เร็ว นั่นคือระยะเวลาก่อนการรักษาสั้น การพยากรณ์โรคจะดี มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ แต่ในทางกลับกัน ระยะเวลาก่อนการรักษายาวนานขึ้น การพยากรณ์โรคจะเลวลง ผลการรักษาอาจได้ผลไม่เต็มที่ รวมทั้งศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลแก่บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยได้นำไปใช้ประโยชน์ เพื่อลดระยะเวลาก่อนการรักษาที่ล่าช้าให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ตรงประเด็นและเกิดประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการตัดสินใจที่ล่าช้า (judgment to delay model) พัฒนาโดย Facione และคณะ¹¹⁻¹² อธิบายถึงกระบวนการตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหา 2 แบบ คือ การตัดสินใจที่จะเข้ารับการตรวจวินิจฉัย และรักษา หรือตัดสินใจที่จะปล่อยเวลาทำให้เกิดความล่าช้าในการรับการรักษา ดังนั้นกรอบแนวคิดนี้สามารถสะท้อนถึงการตัดสินใจกระทำสิ่งใดๆ ของผู้ป่วยและแพทย์ผู้ดูแลในกระบวนการเจ็บป่วยและการรักษา โดยพิจารณาจากระยะเวลาที่ได้ใช้ในแต่ละช่วงของการเจ็บป่วยรวมทั้งกรอบแนวคิดนี้อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจ ทั้ง 2 แบบ ประกอบด้วย ความเชื่อและความรู้ (beliefs and knowledge) สุขนิสัย (health habits) อารมณ์ตอบสนองต่ออาการและการรักษาที่คาดว่าจะได้รับ (affective responses) ความจำกัดจากสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น (relationship constraints) และระบบการบริการสุขภาพ (health service system) ซึ่งทั้งหมดอยู่ภายใต้บุคลิกภาพและลักษณะส่วนบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาอิทธิพลของความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในปัจจัยความเชื่อและความรู้ ความกลัวซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในปัจจัยอารมณ์ตอบสนองต่ออาการฯ และอายุอยู่ในลักษณะส่วนบุคคล ต่อระยะเวลาก่อนการรักษา โดย Anderson, Cacioppo และ Roberts อธิบายไว้ในกรอบแนวคิดความล่าช้าของผู้ป่วยทั้งหมด (model of total

patient delay) ว่าระยะเวลาของผู้ป่วยทั้งหมดตั้งแต่มี
อาการผิดปกติจนกระทั่งพบแพทย์เพื่อรักษา แบ่งเป็น 5
ระยะคือ^{11,13}

ระยะที่ 1 คือ ระยะความล่าช้าในการประเมินความ
สำคัญ (appraisal delay) เป็นช่วงเวลาจากการเริ่มต้นพบ
ความผิดปกติเป็นครั้งแรก และยังไม่สามารถอธิบายลักษณะ
ได้ชัดเจนว่า เป็นมะเร็งจนถึงเวลาที่ผู้ป่วยสรุปว่า ต้องมี
ความผิดปกติเกิดขึ้น อาจเกี่ยวข้องกับมะเร็ง โดยระยะนี้เป็น
ระยะที่ยาวนานที่สุดของระยะทั้งหมดคือ ประมาณร้อยละ
60

ระยะที่ 2 คือ ระยะความล่าช้าจากอาการเจ็บป่วย
(illness delay) เป็นช่วงเวลาที่บุคคลตระหนักถึงความ
จำเป็นต้องจัดการ หรือดูแลสิ่งผิดปกติที่พบ และใช้เวลาใน
การตัดสินใจว่า จะรักษาตนเองหรือ ไปพบแพทย์เพื่อรับการ
วินิจฉัยและรักษา

ระยะที่ 3 คือ ระยะความล่าช้าจากพฤติกรรมของ
ผู้ป่วย (behavioral delay) เป็นช่วงเวลาตั้งแต่บุคคลเริ่ม
ตระหนักว่าอาการที่เกิดขึ้น จะเป็นมะเร็งไม่หายไปเอง และ
ตัดสินใจที่จะพบแพทย์จนถึงการนัดเวลาไปพบแพทย์

ระยะที่ 4 คือ ระยะความล่าช้าในการกำหนดเวลา
เพื่อการตรวจ (scheduling delay) เป็นช่วงเวลาตั้งแต่การ
นัดพบแพทย์จนถึงได้พบแพทย์รับการตรวจครั้งแรก

ระยะที่ 5 คือ ระยะความล่าช้าในการรักษา
(treatment delay) เป็นช่วงเวลาที่ได้รับ การตรวจถึงระยะ
เวลาที่ได้รับการรักษา

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ระยะเวลาก่อนการรักษาเป็น
ระยะเวลาที่เกิดความล่าช้าจากตัวผู้ป่วยเอง จึงครอบคลุม
ระยะเวลาที่ 1-4 ซึ่งระยะเวลาที่ 5 ความล่าช้าส่วนหนึ่งเกิด
จากระบบ (system delay) งานวิจัยต่างๆ จึงไม่ได้นำรวมใน
ระยะเวลาที่เกิดความล่าช้าจากตัวผู้ป่วย เกณฑ์การพิจารณา
ระยะเวลาที่ล่าช้าที่เกิดจากผู้ป่วยนับตั้งแต่เริ่มพบอาการ
ผิดปกติของโรคจนถึงระยะเวลาไปพบแพทย์ครั้งแรกมีความ
แตกต่างกันในแต่ละโรค ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะเวลาดังแต่มีอาการผิดปกติจนมา
ถึงโรงพยาบาลภายใน 1 ชั่วโมง ถือว่าไม่ล่าช้า¹⁴ กลุ่ม
ผู้ป่วยมะเร็ง (ไม่ระบุชนิดของมะเร็ง) หากผู้ป่วยไปพบแพทย์
ครั้งแรก ภายใน 1 เดือนนับจากที่พบอาการผิดปกติ ถือว่า
ไม่ล่าช้า¹⁵ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหากไปพบแพทย์ ภายใน
3 เดือนนับจากพบอาการผิดปกติ ถือว่าไม่ล่าช้าเช่นกัน¹⁶

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีเกณฑ์พิจารณาของ Dutch
Cancer Society และ American Cancer Society เพื่อ
ตัดสินระยะเวลาการไปพบแพทย์ล่าช้า มีรายละเอียดดังนี้^{4,17}

1. ภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ (7 วัน) เมื่อพบ
ว่าตนเองมีอาการแสดงที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่ดังต่อไปนี้ ถ่ายอุจจาระมีเลือดปน หรือมีเลือดออก
ผิดปกติ ต้องไปพบแพทย์เพื่อขอรับคำปรึกษา ถือว่า
มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่เหมาะสมหากเกินกว่า
1 สัปดาห์ถือว่าล่าช้า

2. ภายในระยะเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์ (28 วัน) เมื่อ
พบว่าตนเองมีอาการแสดงที่เป็นสัญญาณเตือนของโรคมะเร็ง
ลำไส้ใหญ่ นอกเหนือจากข้อที่ 1 ดังต่อไปนี้ พฤติกรรม
การถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง น้ำหนักลด ต้องไปพบแพทย์
เพื่อขอรับคำปรึกษา ถือว่า มีระยะเวลาในการแสวงหาการ
รักษาที่เหมาะสมหากเกินกว่า 4 สัปดาห์ถือว่าล่าช้า

สำหรับปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ความรู้ และความ
กลัว พบว่า มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนรักษาในผู้ป่วย
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังนี้ อายุ จากการทบทวน
งานวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า ความล่าช้าที่เกิดจาก
ตัวผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุของผู้ป่วย ยิ่งอายุ
มากขึ้นระยะเวลาความล่าช้าที่มาตรวจจะนานขึ้น¹⁸ ส่วน
ความรู้ที่ศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ เรื่องอาการผิดปกติในระยะต้นของ
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพราะความรู้เป็นองค์
ประกอบแรกที่จำเป็นของบุคคลเพื่อใช้ในการแปลผลอาการ
ที่เกิดขึ้นรวมถึงความจำเป็น ต้องรับการรักษาจากแพทย์
ถ้าไม่มีความรู้ หรือมีความรู้ไม่เพียงพอ หรือไม่ถูกต้อง ก็จะ
ไม่สามารถแปลผลอาการได้ถูกต้อง ความล่าช้าในการรักษา
ก็ย่อมเกิดตามมา¹⁷ จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วย
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักขาดความรู้เรื่องอาการเริ่ม
แรกของโรคมะเร็ง¹⁰ และค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคน้อยกว่า
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งต่อมลูกหมาก¹⁹ ผลการศึกษา
ของ Nooijer และคณะ¹⁷ พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการ
แสวงหาการรักษาล่าช้ามี 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 คือขาด
ความรู้ทำให้แปลผลอาการไม่ถูกต้อง กลุ่มที่ 2 คือ กลัว ซึ่ง
จากการศึกษาของ Smith และคณะ²⁰ ได้รวบรวมงานวิจัย
ต่างๆ พบว่า ความกลัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีมากมาย ได้แก่
กลัวความยุ่งยากจากการเสียเวลา กลัวคนอื่นมองว่าเป็น
โรคจิต กลัวผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง กลัวรักษาไม่หาย
กลัวความเจ็บปวดหรืออาการต่างๆ ของโรคและการรักษา

จากผลการศึกษาข้างต้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การขาดความรู้และความกลัวเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ไปพบแพทย์ตั้งแต่เริ่มแรก เพราะคิดว่าแพทย์จะบอกว่า “ไม่เป็นไร คุณกังวลมากเกินไป” ทำให้ผู้ป่วยล่าช้าที่จะไปรักษา²¹ ดังนั้นจะเห็นว่าทั้งอายุ ความรู้ และความกลัว ล้วนเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษา หรือจะไม่นำไปพบแพทย์ ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งขณะรักษา และหลังการรักษา สุดท้ายย่อมส่งผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ ความรู้ และความกลัว ต่อระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สมมุติฐานการวิจัย

อายุ ความรู้ และความกลัว สามารถรวมทำนายระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive study) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ทุติยภูมิ (secondary analysis) โดยข้อมูลปฐมภูมิมานจากงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก⁶

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักทุกระยะของโรคที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยในทางด้านศัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เกณฑ์การคัดเลือกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยทราบว่าตนเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอยู่ในการรักษาไม่เกิน 6 เดือน ระดับความรู้สึกตัวดี สามารถให้ข้อมูลกับผู้วิจัยได้ และไม่ได้อยู่ในระยะวิกฤตที่ต้องสังเกตอาการใกล้ชิด จำนวน 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เชื้อชาติ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ได้แก่ ประวัติการเป็นโรคมะเร็งในครอบครัว การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประวัติการรับประทานผัก และเนื้อสัตว์ การออกกำลังกาย ดื่มแอลกอฮอล์

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาก่อนการรักษาทั้งหมด ที่ผู้ป่วยเริ่มรับรู้อาการผิดปกติจนมาพบแพทย์ เพื่อรับการรักษาตามกรอบแนวคิดของ Anderson, Cacioppo และ Roberts^{11,13} แบ่งเป็น 5 ระยะคือ ระยะที่ 1 ความล่าช้าในการประเมินความสำคัญของอาการ ระยะที่ 2 ความล่าช้าจากอาการเจ็บป่วย ระยะที่ 3 ความล่าช้าจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ระยะที่ 4 ความล่าช้าในการกำหนดเวลาเพื่อการตรวจ และระยะที่ 5 ความล่าช้าในการรักษา โดยให้ผู้ป่วยระบุเดือน และ พ.ศ. ที่เกิดเหตุการณ์ตามระยะต่าง ๆ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มี 12 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องอาการผิดปกติของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มี 14 ข้อ ทั้ง 2 ส่วน ลักษณะคำตอบคือ ใช่ คือ 1 คะแนน และไม่ใช่คือ 0 คะแนน

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนกรอบทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง^{17,19,21} ประกอบด้วย 10 ข้อคำถามให้ผู้ผู้ป่วยตอบตามความรู้สึก 4 ระดับ ไม่กลัวคือ 0 คะแนน จนถึงกลัวมากที่สุด 3 คะแนน

แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 3 และ 4 ได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 3 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ .94 จากสูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 21 ส่วนแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 4 มีค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .85 จากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการยกเว้นการรับรองเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2554 เนื่องจากเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary analysis) จากงานวิจัยที่ได้รับการพิจารณาของ

คณะกรรมการจริยธรรมในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล (ชุดสายพยาบาลศาสตร์) รหัสโครงการ MU-IRB (NS) 2011/38.2311

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่แผนกผู้ป่วยนอกและใน ทั้งศัลยศาสตร์ และอายุรศาสตร์ และดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลชุดที่ 1 ส่วนที่ 1 จากเวชระเบียน และสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 ส่วนที่ 2, ชุดที่ 2-4 ตามลำดับ ใช้เวลาสัมภาษณ์ทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย และระยะเวลาก่อนการรักษา วิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่ามัธยฐาน ส่วนอำนาจการทำนายของอายุ ความรู้ และความกลัวต่อระยะเวลาก่อนการรักษา (ระยะเวลาที่ 1-4) วิเคราะห์ด้วย logistic regression analysis โดยแบ่งผู้ป่วยที่มีระยะเวลาก่อนการรักษาลำไส้ 62 คน และไม่ลำไส้ 18 คน ตามเกณฑ์ของ American Cancer Society^{4,17}

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นเพศชาย

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่ามัธยฐานของระยะเวลาก่อนมารับการรักษา (n = 80)

ระยะเวลาก่อนมารับการรักษาทั้งหมด	ค่าต่ำสุด (วัน)	ค่าสูงสุด (วัน)	ค่ามัธยฐาน (วัน)
ระยะที่ 1 ความล่าช้าในการประเมิน	1	364	29
ระยะที่ 2 ความล่าช้าของการเจ็บป่วย	0	153	1
ระยะที่ 3-4 ความล่าช้าจากพฤติกรรมของผู้ป่วยและความล่าช้าในการกำหนดเวลาเพื่อตรวจ	0	31	1
ระยะที่ 1-4	1	366	60
ระยะที่ 5 ความล่าช้าทางการรักษา	2	427	48
ระยะที่ 1-5	6	522	124

4. อายุและความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไม่สามารถทำนายระยะเวลาก่อนมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถ

ร้อยละ 55 อายุเฉลี่ย 56 ปี (SD = 11.2) ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.8 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 51.2 โรคประจำตัวที่มากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 74.4 ของกลุ่มมีโรคประจำตัว)

2. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในพ่อแม่ พี่ น้องสายตรง (ร้อยละ 92.5) และมะเร็งที่อวัยวะอื่นๆ (ร้อยละ 72.5) สำหรับกลุ่มที่มีประวัติเป็นมะเร็งฯ ในครอบครัวพบมากที่สุดคือ พ่อ แม่ (ร้อยละ 77.27) ผู้ป่วยไม่เคยรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ร้อยละ 100) ตี๋มแอลกอฮอล์เป็นประจำก่อนเจ็บป่วย (ร้อยละ 33.75) ออกกำลังกายโดยเดินอย่างน้อย 30 นาที ต่อครั้งรวมแล้วอย่างน้อย 3 ชั่วโมงในสัปดาห์ (ร้อยละ 23.75) รับประทานผักวันละ 3 ถ้วยตวงหรือมากกว่า (ร้อยละ 70) รับประทานเนื้อสัตว์ (เนื้อแดง) สัปดาห์ละ 2-3 ครั้งๆ ละขนาดเท่าฝ่ามือ 1 สำหรับ (ร้อยละ 62.5)

3. ระยะเวลาก่อนมารับการรักษา ระยะเวลาที่ 1-4 (ตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้อาการผิดปกติจนถึงได้พบแพทย์ครั้งแรก) มีค่ามัธยฐาน 60 วัน ส่วนระยะเวลาที่ 1-5 (ตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้การผิดปกติจนถึงได้รับการรักษาครั้งแรก) มีค่ามัธยฐาน 124 วัน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ทำนายระยะเวลาก่อนมารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความกลัวสามารถลดระยะเวลาก่อนการรักษาลำไส้ได้ 0.4 เท่าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์โลจิสติกของตัวแปรอายุ ความกลัว ความรู้ และระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (n = 80)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp.(B)	95%C.I.
วิเคราะห์ ครั้งที่ 1 แบบเข้าพร้อมกันทั้ง 3 ตัวแปร (Enter Regression)							
อายุ	0.003	0.027	0.010	1	0.920	1.002	0.951-1.058
ความกลัว	-0.897	0.415	4.677	1	0.030*	0.408	0.181-1.919
ความรู้	-1.516	1.005	2.276	1	0.131	0.220	0.031-1.574
Constant = 3.028 Nagelkerke R ² = 0.147 Overall Percentage = 75.0							

* p < .05

การอภิปรายผล

1. ระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้ง 5 ระยะ อภิปรายได้ดังนี้

1.1 ระยะเวลาที่สั้นที่สุดใน 5 ระยะมี 2 ระยะโดยมีค่ามัธยฐาน 1 วันคือ ระยะที่ 2 หมายถึง ตั้งแต่ตระหนักถึงความจำเป็นต้องจัดการและได้จัดการบางอย่าง จนถึงตัดสินใจไปพบแพทย์ และระยะที่ 3-4 หมายถึง ตั้งแต่ตัดสินใจไปพบแพทย์จนถึงได้นัดหมาย และพบแพทย์รับการตรวจครั้งแรก จากการศึกษาของกนกวรรณ บุญสังข์ และคณะพบว่าผู้ป่วยฯ มีการแสวงหาการรักษาร้อยละ 41.3 และผู้ป่วยกลุ่มนี้จัดการอาการผิดปกติ โดยซื้อยารักษาตนเองร้อยละ 63.6 รับประทานยาแผนโบราณ/ ยาพื้นบ้านร้อยละ 33.3 และยารักษาร้อยละ 3 มีจำนวนน้อยที่พบแพทย์แผนปัจจุบันทันที แม้แต่ในผู้ป่วยที่ไม่แสวงหาการรักษาพบว่า ส่วนใหญ่รอสังเกตอาการ⁶ จนเมื่ออาการที่เป็นกลับรุนแรงขึ้นจึงตัดสินใจไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน โดยไม่มีการนัดหมายถึงแม้โรงพยาบาลมีระบบการนัดหมายก็ตาม แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการมากมาโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยสามารถคอยพบแพทย์ได้ อาจเสียเวลาในการคอยตรวจเท่านั้น จึงทำให้ระยะเวลาทั้ง 2 ระยะนี้ ผู้ป่วยใช้เวลาไม่นานนัก

1.2 ระยะเวลาที่นานที่สุดใน 5 ระยะคือ ระยะที่ 5 ตั้งแต่ผู้ป่วยได้พบแพทย์รับการตรวจครั้งแรก จนถึงเริ่มรับการรักษาครั้งแรกมีค่ามัธยฐาน 124 วัน เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยพบแพทย์แล้ว บางรายไม่ได้ติดตามต่อเนื่องเพราะต้องการยืนยันผลการวินิจฉัยจากแพทย์โรงพยาบาลอื่น หรือบางรายระบุว่าต้องเสียเวลาในการรอคิวการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องตรวจต่างๆ กว่าจะได้รับการรักษามะเร็ง มีงานวิจัยของโรงพยาบาลในประเทศเดนมาร์ก ได้จัดทำด่วนเพื่อรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Danish fast-track

recommendations) ระบุว่า หลังจากได้รับการวินิจฉัยโรค 14 วันผู้ป่วยต้องได้รับการรักษา แต่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อ้อยละ 29 และมะเร็งทวารหนักร้อยละ 53 ต้องคอยมากกว่า 14 วันจึงได้รับการรักษา²⁴

ดังนั้น ระยะเวลาก่อนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหรือระยะเวลาที่เกิดความล่าช้าจากตัวผู้ป่วยเองคือระยะเวลาที่ 1-4 ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับรู้อาการผิดปกติ จนถึงได้พบแพทย์ครั้งแรกมีค่ามัธยฐาน 60 วัน ถือว่าเป็นระยะเวลาที่ล่าช้าเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ของ Dutch Cancer Society และ American Cancer Society 4,17 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยใช้เวลามากที่สุดคือระยะที่ 1 มีค่ามัธยฐาน 29 วัน (ตารางที่ 1) ซึ่งร้อยละ 87.2 ของผู้ป่วยที่ไม่แสวงหาการรักษามักรอสังเกตอาการและรอให้อาการหายไปเองในที่สุด²³ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยทุกคนไม่เคยรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ร้อยละ 100) รวมทั้งผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องอาการเริ่มแรกของโรคมะเร็ง เชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงหายเองได้¹⁰ สำหรับประเทศเดนมาร์กผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีการใช้เวลาในระยะก่อนการรักษาโดยเฉลี่ย 44 วัน 24 ผู้ป่วยมะเร็งในยุโรป พบว่าร้อยละ 20-25 ใช้เวลามากกว่า 3 เดือนจึงไปพบแพทย์²⁵ จึงทำให้มาพบแพทย์เมื่อมีระยะของโรครุนแรงมากแล้วคือระยะที่ 3,4⁶ เป็นเหตุให้ผลการรักษาไม่ดีนัก ทำให้มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของมะเร็งทั้งหมด⁷

2. อายุของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานมีภาระหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติจึงอาจเป็นเหตุผลทำให้ไม่สะดวกในการมาขอรับการตรวจวินิจฉัยหรือตรวจรักษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Lauver, Coyle และ Palchmatin³ ที่พบว่า

ปัญหาและอุปสรรคของการมารับการรักษาตั้งแต่ระยะต้น เนื่องจากมีภาระหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ สำหรับความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับความรู้จากการณรงค์เผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนเรื่อง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักน้อยกว่ามะเร็งชนิดอื่น ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสวงหาการรักษาล่าช้า

3. ความกลัวสามารถลดระยะเวลาก่อนการรักษาที่ล่าช้าได้ 0.4 เท่า ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 เนื่องจากความตื่นกลัวมาก หรือกลัวตายมีผลโดยตรงในการลดความล่าช้าของผู้ป่วย มะเร็งคือ²⁶⁻²⁷ ความกลัวนี้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจในการแสวงหาการรักษา²⁶ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความกลัวของผู้ป่วย คือ กลัวเป็นอันตรายถึงชีวิต⁶ จึงทำให้สามารถทำนายระยะเวลาก่อนการรักษาได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Norsarti²⁸ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Burgess พบว่า ความกลัวทำให้ความล่าช้าของผู้ป่วยมะเร็งนานออกไป²⁹

ข้อเสนอแนะ

1. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต้องมียุทธศาสตร์เชิงรุก ที่จะให้ประชาชนทราบถึงสัญญาณอันตรายที่เป็นอาการเตือนของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีความเข้าใจเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ช่วยให้มีการตัดสินใจที่เหมาะสม นอกจากนั้นต้องสร้างความตระหนักถึงอันตรายและการพัฒนาความรุนแรงของอาการเหล่านี้ให้เกิดความกลัว เพื่อลดความล่าช้าที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเองโดยตรง ทำให้ระยะเวลาก่อนการรักษาสั้นลงได้ แต่ต้องคำนึงถึงการสร้างความกลัวอย่างไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยตื่นตระหนกมากเกินไป เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ไปพบแพทย์ได้

2. ควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตใจในผู้ป่วยมะเร็งให้มากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการลดระยะเวลาที่ล่าช้าในการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งในระบบต่างๆ ได้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Langenbach MR, Schmidt J, Neumann JH, Zimigib H. Delay in treatment of colorectal cancer: multifactorial problem. *World J Surg.* 2003;27(3):304-8.
2. Lemone P, Burke K. Medical-surgical nursing clinical thinking in client care. 3rd ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education; 2004.

3. Lauver D, Coyle M, Panchmatin B. Women's reasons for and barriers to seeking care for breast cancer symptoms. *Woman Health Issues.* 1995;5(1):27-35.
4. Rogers MH. Management of clients with intestinal disorders. In JM Black, JH Hawks, editors. *Medical-surgical nursing clinical management for positive outcomes.* 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2005. p.807-55.
5. de Nooijer J, Lechner L, Vries HD. Early detection of cancer: knowledge and behavior among Dutch adults. *Cancer Detect Prev.* 2002;26(5):362-9
6. Boonsung K, Kimpee S, Danaidutsadeekul S, Boonnuch W. Factors predicting treatment seeking behavior of colorectal cancer patients [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2009. 172 p. (in Thai).
7. National Cancer Institute. *Cancer Registry* 2006. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2007.
8. Bureau of Policy and Strategy. *Public health statistics.* Bangkok: Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2007. (in Thai).
9. Boonsung K, Kimpee S, Danaidutsadeekul S, Boonnuch W. Factors predicting treatment seeking behavior of colorectal cancer patients. *J Nurse Sci* 2010;28 Suppl :37-45. (in Thai).
10. McCaffery K, Wardle J, Waller J. Knowledge, attitudes, and behavioral intentions in relation to the early detection of colorectal cancer in the United Kingdom. *Prev Med.* 2003;36(5): 525-35.
11. Cockburn J, Paul C, Tzelepis F, McElduff P, Byles J. Delay in seeking advice for symptoms that potentially indicate bowel cancer. *Am J Health Behav.* 2003;27(4):401-7.

12. Wanitkun N. Delay in seeking a cancer diagnosis and treatment. *J Nurse Sci*. 2005;23(1):9-19. (in Thai).
13. Facione NC, Miaskowski C, Dodd MJ, Paul SM. The self-reported likelihood of patient delay in breast cancer: New thoughts for early detection. *Prev Med*. 2002;34(4):397-407.
13. Andersen BL, Cacioppo JT, Roberts DC. Delay in seeking a cancer diagnosis: delay in seeking a cancer diagnosis: delay stages and psychophysiological comparison processes. *Br J Soc Psycho*. 1995;34:33-52.
14. Dracup K. et al. A nursing intervention to reduce prehospital delay in acute coronary syndrome a randomized clinical trial. *J Cardiovas Nurs*. 2006;21(3):186-93.
15. Oh H, Park H. Decision tree model of the treatment seeking behaviors among Korean cancer patients. *Cancer Nurs*. 2004;24(3):186-93.
16. Manly-Lampkin S.D. Understanding delay in breast cancer diagnosis and the breast cancer illness experience of culturally diverse young woman [dissertation]. San Francisco: University of California; 2003.
17. de Noijer J, Lechner L, Vries HD. Help-seeking behaviour for cancer symptoms: perceptions of patients and general practitioners. *Psychooncology*. 2001; 10(6):469-78
18. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation off symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet*. 1999;353(9159):1127-31.
19. Nagler RH, Gray SW, Romantan A, Kelly BJ, De Michele A, et al. Differences in information seeking among breast, prostate and colorectal cancer patients: results from a population-based survey. *Patient Educ Couns*. 2010;81 Suppl:54-62.
20. Smitha LK, Popeb C, Bothac JL. Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. *Lancet*. 2005;366(9488):825-31.
21. Leydon GM, Bynoe SJ, Coleman MP. The journey towards a cancer diagnosis, the experiences of people with cancer, theirs family and carers. *Eur J Cancer Care*. 2003; 12(4):317-26.
22. Courtucy RJ, Paul CI, Sanson – Fisher RW., Macrae F, Attia J, Mc Evoy M. Current state of medical – advice – seeking behavior for symptoms of colorectal cancer: determinants of failure and delay in medical consultation. *Colorectal Dis*. 2012;14(5):222-9.
23. Eslick GD, Kalantar JS, Talley NJ. Rectal bleeding: epidemiology, associated risk factors, and health care seeking behavior: a population – based study. *Colorectal Dis*. 2009;11(9):921-6.
24. Koroagaarda M, Pedersenb L, Laurberga S. Delay of diagnosis and treatment of colorectal cancer: a population – based Danish study. *Cancer Detec Prevent*. 2008;32(1):45-51.
25. Andersen RS, Paarupb B, Vedsteda P, Broa F, Soender5gaarde J. "Containment" as an analytical framework for understanding patient delay: a qualitative study of cancer patients' symptom interpretation processes. *Soc Sci Med*. 2010;71(2):378-85.

26. Dubayova T, van Dijk JP., Nagyova I, Rosenberger J, Havlikova E, et al. The impact of the intensity of fear on patient's delay regarding health care seeking behavior: a systematic review. *Int J Public Health*. 2010;55(5):459-68.
27. de Nooijer J, Lechner L, de Vries H. A Qualitative study on detecting cancer symptoms and seeking medical help: an application of Andersen's Model of Total Delay. *Patient Educ Couns*. 2001;42(2):145-57.
28. Nosarti C, Gayford T, Roberts JV, Elias E, McKenzie K, et al. Delay in presentation of symptomatic referrals to a breast clinic : Patient and system factors. *Br J Cancer*. 2000;82(3):742-8.
29. Burgess CC, Hunter MS, Ramirez AJ. A Qualitative study of delay among women reporting symptoms of breast cancer. *Br J Gen Pract*. 2001;51(473):967-71.