

# ประสบการณ์ชีวิตสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม\*

## LIVED EXPERIENCE OF THAI WOMEN WITH BREAST CANCER



กนกนุช ชื่นเลิศสกุล\*\* Kanoknuch Chunlestskul

ดร.ทัศนาศ บุญทอง\*\*\* Tassana Boontong

ดร.ศิริพร จิรวัดน์กุล\*\*\* Siriporn Jirawatkul

ดร.ศิริอร สินธุ\*\*\* Siriorn Sindhu

ธนา นิลชัยโกวิท\*\*\* Tana Nilchaikovit

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมตามการรับรู้ของสตรีที่มีประสบการณ์ตรง โดยประยุกต์ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานับจำนวนผู้ให้ข้อมูลได้รวมทั้งสิ้น 22 คน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นกระบวนการอยู่ร่วมกับมะเร็งเต้านมของสตรีไทย ที่มีการเปลี่ยนแปลงเริ่มต้นจากการรับรู้ความผิดปกติของเต้านมอย่างบังเอิญ และต่อเนื่องไปจนกระทั่งถึงช่วงใกล้ความตาย จำแนกได้ 3 ระยะ คือ ระยะก่อนจะพบโรค ระยะเมื่อพบโรค และระยะอยู่กับความเจ็บป่วย ในระยะก่อนจะพบโรคนั้นสตรีให้ความหมายของก้อนความผิดปกติ 3 ความหมาย ได้แก่ เป็นเพียงความผิดปกติ เป็นเนื้องอก และเป็นมะเร็ง ส่วนการตอบสนองต่อการรับรู้ความผิดปกติในขั้นต้นจำแนกเป็น 2 แบบ ได้แก่ การปล่อยปละละเลย กับการแสวงหาคำตอบ ซึ่งเมื่อพบโรคมะเร็งเต้านมแล้ว สตรีมีความคิดความรู้สึก 2 แบบ ได้แก่ ความคิดความรู้สึกเฉย..เฉย กับความคิดความรู้สึกทางลบ โดยมีการตอบสนองต่อความคิดความรู้สึกทางลบ 2 วิธี ได้แก่ การปลดปล่อย

ความกดดันและแสวงหาทางแก้ไข กับการปรับเปลี่ยนความคิด ส่วนในระยะอยู่กับความเจ็บป่วย พบว่าชีวิตประจำวันของสตรีเปลี่ยนแปลงไป ตามผลกระทบของการรักษาแต่ละวิธี ซึ่งอาจเป็นการผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด ตลอดจนการดำเนินของโรคภายหลังการรักษา ซึ่งครอบคลุมทั้งภาวะปลอดอาการ กับการกลับเป็นซ้ำ แสดงให้เห็นว่าประสบการณ์ชีวิตสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม มีความหลากหลายขึ้นกับการรับรู้ของสตรี และการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเสนอแนะให้บุคลากรในวิชาชีพการพยาบาล ให้ความรู้กับสตรีไทยเพื่อสร้างความตระหนักในการตรวจหาความผิดปกติของเต้านมด้วยตนเองให้มากขึ้น ครอบคลุมการป้องกันและวิธีการปฏิบัติตนต่าง ๆ ในผู้ที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมแล้ว ตลอดจนการประชาสัมพันธ์แหล่งบริการที่จะให้การวินิจฉัย-การรักษา ขยายและพัฒนาระบบการตรวจวินิจฉัย การแจ้งผลการวินิจฉัย ให้การบำบัดความคิดและการรับรู้ เพื่อพัฒนาความสามารถในการจัดการกับความคิดทางลบที่เกิดขึ้น จัดหามาตรการป้องกันมิให้มีการหนีหาย ออกจากระบบการบริการในระหว่างที่การรักษายังไม่สิ้นสุด ปรับปรุงวิธีการติดตามการดำเนินของโรคเพื่อให้การเฝ้าระวังและการวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำได้ตั้งแต่แรกเริ่ม

**คำสำคัญ :** ประสบการณ์ชีวิตสตรีไทย มะเร็งเต้านม การวิจัยเชิงคุณภาพ ทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน

\*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\*\*กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

**Abstract :**

The purpose of this research was to explain the process of living of breast cancer by applying qualitative research (Grounded theory). There were 22 informants in this study. The finding of this study was the Changing Process of Living with Breast Cancer starting at the accidental perceptions of the breast abnormality and continuing until near death. The process was divided into three periods, before the disease was found, when the disease was found, and living with the illness. Before the disease was found, meaning of breast abnormality were abnormality, benign tumor and cancer. The women's responses to the primary perception of the abnormality were let it be and seek out the answer. When the disease was found, their thinking-feeling responses were no reaction and negative reaction. Living with illness, their daily living were changed due to the treatments; surgery, radiation and chemotherapy effects; and the progression of the disease after treatment were no symptoms and recurrent of symptoms. The finding showed that the variety of lived experience of Thai women with breast cancer depended on women's perceptions and their situational managements. The suggestion from this research findings to nursing personnel is to provide knowledge to Thai women to increase their awareness about breast self examination and to therapeutic their negative thinking-feeling as well as to improve abilities about illness situational managements of patients who

had breast cancer. In addition, to give information about diagnostic services and treatment settings, to improve the diagnostic system for early detection, to improve ways of telling diagnostic results, to prevent patients who were not cure losing from medical treatment and follow up and to improve disease progression monitoring strategies to early diagnosis in recurrent cases are also be provided.

**Keyword :** Lived experience of Thai women, Breast cancer, Qualitative research, Grounded theory

**ความเป็นมาและความสำคัญ**

นโยบายการดูแลสุขภาพสตรีไทยที่ผ่านมาได้รับอิทธิพลจากแนวคิดหลักที่ว่า สุขภาพสตรีที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์เป็นปัญหาสำคัญที่สุดที่ต้องการการดูแล ได้ทำให้บริการสุขภาพในด้านอื่นๆ นอกเหนือจากการบริการทางสูติศาสตร์ ไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร ทั้ง ๆ ที่สตรีมีความต้องการบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคทั่วไปเช่นกัน (รุจา ภูโพนุลย์, 2534)

มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่ตรวจพบมากเป็นอันดับที่สองของการเจ็บป่วยมะเร็งที่พบในสตรี (National Cancer Institute, 1990) และด้วยความหมายของคำว่า "มะเร็ง" โดยทั่วไปจะหมายถึงความเจ็บปวด ซึ่งมักจะจบลงด้วยความตายภายในเวลาอันรวดเร็ว คนที่ป่วยด้วยโรคนี้นึกไม่รู้ว่าช่วยตนเองได้อย่างไร วิธีการบำบัดรักษาก็เป็นเรื่องยากลำบากและอาจใช้ไม่ได้ผล มีโอกาสเกิดซ้ำหรือแพร่กระจายสูง ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการดำเนินของโรคได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาการรักษาอย่างต่อเนื่องในสถานบริการสุขภาพที่มีระดับศักยภาพสูง ซึ่ง

มีอยู่ไม่กี่แห่ง สภาพความเจ็บป่วยจะมีทั้งวิกฤติและเรื้อรัง ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับการปรับตัวต่อความทุกข์ทรมาน อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่คุกคามอย่างต่อเนื่องยาวนาน และมีแต่แนวโน้มที่จะรุนแรงขึ้นอย่างสัมพันธ์กับระยะเวลาของความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้จะมียางานวิจัยเพื่อสร้างและขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสตรีไทยที่เจ็บป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ปรากฏอยู่จำนวนมากพอสมควร แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในลักษณะของการเก็บสถิติอุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค และการติดตามเพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาทางชีวการแพทย์ด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน โดยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของไทยนั้น ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นและทั้งหมดเป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ ที่เลือกเฉพาะตัวแปรที่ผู้วิจัยสนใจหรือมีข้อมูลสนับสนุน ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ งานวิจัยกลุ่มแรกเป็นการศึกษาในเชิงบรรยาย เปรียบเทียบความแตกต่างและทำนายความสัมพันธ์ของตัวแปร ส่วนงานวิจัยกลุ่มหลังจะเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการจัดกระทำต่อตัวแปร องค์ความรู้ที่มีอยู่จึงยังไม่สามารถแสดงถึงกระบวนการการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม นับเป็นความจำกัดและไม่เพียงพอแก่การนำไปเป็นพื้นฐานเพื่อการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการดูแลสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ได้อย่างเป็นกระบวนการแบบองค์รวม

ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับมะเร็งเต้านมของสตรีไทยในบริบทของการบริการสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรมไทย โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded theory) (Strauss &

Corbin, 1990) มาเป็นระเบียบวิธีการวิจัย เพื่อเอื้อให้วิเคราะห์ถึงกระบวนการ เงื่อนไข กลยุทธ์การจัดการ รวมทั้งผลลัพธ์การจัดการ ตลอดจนความหมายที่เกี่ยวข้อง ในประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม โดยคาดว่าผลการวิจัยดังกล่าวนี้ จะช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มาจากประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมในปัจจุบัน ที่กว้างครอบคลุม และตรงประเด็น สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานชี้นำแนวทางการสังเคราะห์บริการพยาบาลเพื่อการยกระดับชีวิตและสุขภาพสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ได้สอดคล้องตรงตามความต้องการ และปัญหาเฉพาะเจาะจงของสตรีที่ป่วยเป็นโรคนี้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการ และเป็นจุดเริ่มต้นของมิติใหม่ ด้านการดูแลสุขภาพสตรีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พร้อมทั้งเป็นแนวทางหนึ่งของการวิจัยสตรีเพื่อสตรี แก่วิชาชีพโดยรวมต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ บรรยายการรับรู้ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับมะเร็งเต้านมของสตรีไทย นับตั้งแต่เริ่มรับรู้ว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นกับเต้านม โดยผ่านจากมุมมองของสตรีที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยมะเร็งเต้านมโดยตรง

**คำถามการวิจัย**

ประสบการณ์การมีชีวิตร่วมอยู่กับมะเร็งเต้านมของสตรีไทย นับตั้งแต่เริ่มรับรู้ว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นกับเต้านม โดยผ่านจากมุมมองของสตรีที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยมะเร็งเต้านมโดยตรงเป็นอย่างไร

**ระเบียบวิธีวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

แบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน (Grounded theory) ที่อธิบายโดยสเตรสและคอร์บิน ใช้แนวคิดมุมมองทางการแพทย์ แนวคิดสตรีนิยม และแนวคิดปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ เป็นฐานการเก็บและการวิเคราะห์ข้อมูล คัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (theoretical sampling) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยทำการบันทึกเสียงการสนทนา ถอดความข้อมูลจากแถบเสียงเป็นภาษาเขียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการให้รหัสข้อมูล และเขียนบันทึก จากนั้นสร้างแนวคำถามสำหรับการเก็บข้อมูลในลักษณะวงจรก้าวหน้าจนกว่าจะได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัวเชิงทฤษฎี (theoretical saturation) จึงยุติการเก็บข้อมูล โดยในกระบวนการเก็บและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจ ตรวจสอบข้อมูลไปพร้อมกัน

#### ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการรับรู้ประสบการณ์ตรงของสตรีไทยที่เจ็บป่วยเป็นมะเร็งเต้านม นับตั้งแต่เริ่มรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับเต้านม จนถึงวันที่สิ้นสุดการเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นวิธีการหลักในการเก็บข้อมูล และทำการคัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี ตามหลักการของระเบียบวิธีวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมาน โดยกำหนดคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นสตรีสัญชาติไทย รับรู้การวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมและมีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการเล่าประสบการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้น ในระหว่างการเจ็บป่วยเป็นมะเร็งเต้านมที่ผ่านมา ตามแนวทางแบบฟอร์มการขอความร่วมมือ เป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2539 - ธันวาคม 2539 พร้อม

กับนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำร่องในเรื่องเดียวกัน ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2537 - ธันวาคม 2537 มาเสริมประกอบผลการศึกษาในภายหลัง นับจำนวนผู้ให้ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัยได้รวมทั้งหมด 22 คน (ขอไม่ระบุสถานที่เก็บข้อมูล เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลและสถานบริการสุขภาพ)

#### สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในชีวิตสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมว่า มีหลากหลายลักษณะ เพราะแต่ละคนมีปฏิภพการต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ในลักษณะที่แตกต่างกัน ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีความไวสูง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่จุดใดจุดหนึ่ง ก็สามารถส่งผลกระทบต่อให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งชีวิตที่เหลือ เพราะไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเริ่มต้นแบบใด ก็ล้วนยังมีการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องต่อไป โดยขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างเหตุปัจจัยที่มากกระทบ การจัดการ และผลลัพธ์การจัดการ ซึ่งมีอารมณ์ความรู้สึกมาเกี่ยวข้องด้วย ดังเนื้อหาที่สรุปจากผลการวิจัย 3 ระยะ คือ ระยะก่อนจะพบโรค เมื่อพบโรค และอยู่กับความเจ็บป่วย

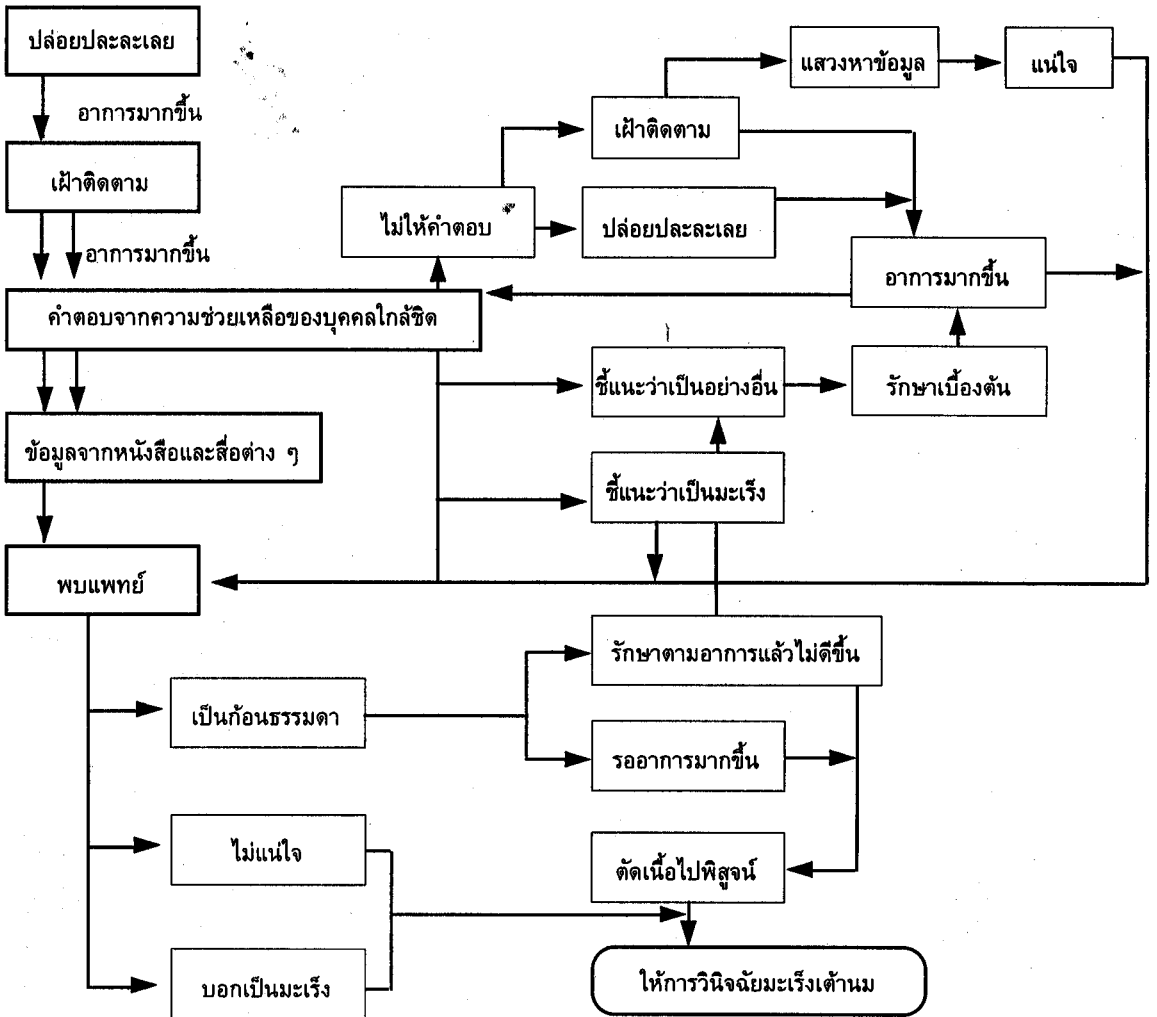
เนื่องจากผลการวิจัยมีรายละเอียดค่อนข้างมาก ไม่สามารถนำเสนอเนื้อหาทั้งหมดได้ในที่นี้ ผู้วิจัยจึงใคร่ขอแนะนำเฉพาะระยะก่อนจะพบโรค (โปรดติดตามผลการวิจัยระยะเมื่อพบโรค และอยู่กับความเจ็บป่วยในฉบับถัดไป)

#### ตอนที่ 1 : ระยะก่อนจะพบโรค : กระบวนการแสวงหาคำตอบและสุขภาพ

ระยะก่อนจะพบโรค เป็นระยะที่สตรีพบก้อนผิดปกติที่เต้านม และทำการแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นจนกระทั่งพบโรค ซึ่งสามารถวิเคราะห์และเขียนผลการวิเคราะห์ เป็นแผนภาพแสดง

เส้นทางการแสวงหาคำตอบ ที่หลากหลายซับซ้อน และกระทบต่อการพบโรค ได้รวดเร็วหรือล่าช้าแตกต่างกันอย่างมาก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่ง

สามารถเชื่อมโยงการตอบสนองต่อการรับรู้ความผิดปกติทั้งหมดเข้าด้วยกันได้ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กระบวนการแสวงหาคำตอบและสุขภาพในช่วงก่อนจะพบโรคของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม

ดังรายละเอียดและข้อค้นพบเชิงประจักษ์ คือ ในระยะก่อนจะพบโรค พบว่า สตรีรับรู้ความผิดปกติที่เต้านมด้วยความบังเอิญ โดยสตรีให้ความหมายของก้อนผิดปกติ และตอบสนองต่อการรับรู้ความผิดปกติแตกต่างกันตามภูมิหลังที่ต่างกัน

**การรับรู้ความผิดปกติที่เต้านม**  
: สตรีเป็นคนแรกที่พบความผิดปกติโดยบังเอิญ  
จากผลการวิจัยพบว่า สตรีเป็นคนแรกที่พบความผิดปกติของเต้านมตนเองอย่างบังเอิญ เช่น ความ

บังเอิญขณะทำกิจกรรมประจำวัน หรือความบังเอิญ จากความคิดสะกิดใจหรือความกลัว ที่เกิดขึ้นจากการ รับรู้การเจ็บป่วยมะเร็งเต้านมของผู้อื่น หรือความ บังเอิญจากอาการปวดแบบร้าวคล้ายช่วงมีประจำ เดือน ที่กระตุ้นให้คลำและพบก้อนผิดปกติ หรือแม้แต่ ความบังเอิญจากการเอามือไปเกาบริเวณเต้านม เนื่องจากถูกยุงกัด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“อาบน้ำทุกวันก็คลำเจอก้อนเนื้อข้างหนึ่ง ข้าง ขวา มันแข็ง”

“คนข้างบ้านเป็น เค้าไปตัดออก เรานึก เอะใจกลัว ก็ลองคลำดูบ้าง ก็คลำเจอก้อนผิดปกติ”

“แรกๆ ก็ปวด ปวดแบบร้าวคาญ ตอนแรกเรา คิดว่าแบบจะเป็นเมเนส์ แต่พอลำก็เจอก้อน”

“เป็นก้อนขึ้นมา ทีแรกก็ไม่รู้ ยุงมันกัดก็เกา ก็ถึงได้รู้ว่ามันก้อน”

**เงื่อนไขการรับรู้ความผิดปกติที่เต้านม**

**: ความสามารถและความไวในการ จำแนกความผิดปกติ**

เป็นที่น่าสนใจว่า การรับรู้ความผิดปกติที่เต้านม ขึ้นอยู่กับความสามารถและความไวของสตรี ในการจำแนกความผิดปกติออกจากความปกติ กล่าวคือ ความแข็งและขนาดของก้อนต้องมากพอที่สตรีจะสัมผัสพบและรับรู้ได้ด้วยมือ โดยพบว่าทำนอนจะเป็น ทำที่เอื้อให้สามารถคลำพบความผิดปกติได้ง่าย ส่วน สตรีที่ไม่สนใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพราะ เห็นว่าวิธีการตรวจเต้านมที่แนะนำในแผ่นโปสเตอร์ มีความยุ่งยากเกินความจำเป็นและรู้สึกต่อต้าน หรือมี ความเข้าใจผิด คิดว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็น ลักษณะธรรมชาติ ของอาการก่อนมีรอบเดือน ก็จะทำให้โอกาสการพบโรคล่าช้าได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ข้างหนึ่งแข็ง ข้างหนึ่งนุ่ม รู้แล้วว่าความผิด

ผิดปกติที่เต้านม... จะรู้เมื่อก่อน มันไม่ใหญ่เหมือนคนอื่น... ก็เลยไม่สนใจ

“...ของลูกสาว... ของแม่จนถึงสุด”

“เรื่องการตรวจก็เคย... (แต่ก็ตรวจเต้านมด้วยตนเอง) นี่นะ รู้อีกว่าทำไมไม่ทำ เห็นไม่สนใจตั้งแต่ตั้งแต่วัยสาว ก็เลยไม่คลำ”

“ก่อนหน้านี้จริง ๆ แล้วไม่ได้สนใจเลย คิดว่าเป็นเพราะช่วงที่เรามีรอบเดือน มันก็จะแข็งขึ้นทั้งสองข้าง มันก็อยู่ใกล้ ๆ เต้านม มันก็แข็งเหมือนกัน เราก็คิดว่าเต้านมเราคืดเอง เราไม่ได้จับว่าเรามีก้อนเนื้อ”

**การให้ความหมายขั้นต้น “ความผิดปกติที่เต้านม”**

**: ขึ้นอยู่กับภูมิหลังประสบการณ์ที่ต่างกัน**

ภายหลังการพบความผิดปกติของเต้านม พบว่าสตรีให้ความหมาย “ความผิดปกติที่เต้านม” ในขั้นต้นด้วยตนเอง แตกต่างกันตามภูมิหลังประสบการณ์ความรู้ที่ต่างกัน จำแนกได้ 3 ความหมายคือ ความหมายที่ 1 เป็นเพียงความผิดปกติ แต่ไม่สามารถบอกได้อย่างเฉพาะเจาะจงว่าเป็นอะไร เนื่องจากไม่มีความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติของเต้านมมาก่อน ความหมายที่ 2 เป็นเนื้องอกธรรมดา เนื่องจากเคยเป็นซิส (cyst) มาก่อนหน้านี้ หรือเป็นความนึกคิดแบบคนทั่ว ๆ ไป และความหมายที่ 3 เป็นมะเร็ง เนื่องจากมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมจากสื่อต่าง ๆ หรือเคยรับรู้การเป็นมะเร็งเต้านมของผู้อื่น โดยการอ่านพบหรือมีประสบการณ์ความรู้จากการประกอบวิชาชีพ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เจอว่ามันผิดปกติ เป็นก้อน ไม่รู้ว่าเป็นอะไร เป็นคนบ้านนอก ไม่มีใครเคยเป็น ไม่รู้มาก่อน อนามัยก็ไม่เคยออกมาบอกให้ชาวบ้านรู้ แล้วทางโรงพยาบาลก็ไม่เคยออกมาให้ชาวบ้านรู้ ชาวบ้านก็ไม่รู้”

“ก่อนที่จะรู้มันประมาณ ๕-๖ ปี เป็นซิส กลิ้ง

ได้ ไปให้หมอมือที่เพชรบูรณ์ดู เขาตัดออกไป ก็อยู่มาหลายปี จนมีลูกคนที่สอง ก็เป็นก้อนขึ้นมาอีก ก็คิดว่า เป็นเนื้องอกธรรมดา”

“ก็คิดแบบคนทั่วไป ก็นึกว่าเป็นซิส”

“ก็อ่านหนังสือ ดูทีวี ก็รู้อยู่แล้วนะคะ ก็มี ความรู้อยู่แล้ว ก็รู้ว่ามันต้องเป็นมะเร็งแน่”

“มีก้อน..ทำงานทางด้านนี้ (พยาบาล)...เห็นเขาเป็นกัน...คลำดูก้อนก็ติดแน่น ไม่ขยับ ก็สงสัยว่าตัวเองน่าจะใช่”

**การตอบสนองต่อการรับรู้ความผิดปกติ**

**: ปล่อยปลະละเลย กับแสวงหาคำตอบ**

ภายหลังที่แน่ใจว่ามีความผิดปกติของเต้านมเกิดขึ้นจริง สตรีตอบสนองต่อการรับรู้ความผิดปกติในขั้นต้น 2 แบบคือ แบบที่ 1 ปล่อยปลະละเลย และแบบที่ 2 แสวงหาคำตอบ ซึ่งมีจำนวน 4 วิธี ได้แก่ ฝ่าฝืนติดตาม แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด แสวงหาข้อมูลจากหนังสือและสื่อต่าง ๆ และพบแพทย์

โดยสตรีแต่ละคนมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อการรับรู้ความผิดปกติในขั้นต้นเพียงแบบใดแบบหนึ่ง และอาจมีการปรับเปลี่ยนไปจนครบทุกแบบทุกวิธี โดยอาจย้อนกลับมาซ้ำวิธีการใดวิธีการหนึ่งเพียงรอบเดียวหรือหลายรอบเป็นชุดที่หลากหลายแตกต่างกัน เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนการให้ความหมายของความผิดปกติทั้งจากตัวสตรีเอง จากคำแนะนำที่ได้รับจากบุคคลใกล้ชิด และจากแพทย์ โดยอาการที่ผิดปกติเปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้น จะเป็นตัวเร่งให้เปลี่ยนความหมายของก้อนผิดปกติ และเปลี่ยนวิธีการแสวงหาคำตอบจนกระทั่งพบโรค ซึ่งพอจะจำแนกได้เป็นกรณีต่อไปนี้

**1. กรณีที่เริ่มต้นด้วยการปล่อยปลະละเลย**

พบว่า สตรีกลุ่มนี้ปล่อยให้อาการที่เป็นก้าวหน้าเพิ่มมากขึ้น โดยไม่ได้ดำเนินการแต่อย่างใด จนกระทั่ง

ก้อนความผิดปกติ มีอาการเปลี่ยนแปลงถึงจุดที่ไม่สามารถวางเฉยได้แล้ว จึงจะเปลี่ยนไปสู่วิธีการแสวงหาความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด และวิธีการไปแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ก็ไม่สนใจ...ปีแล้วปีเล่า ประมาณ 3 ปีนะ ก็โตขึ้น...มันแดง ๆ แดงขึ้น ๆ โตขึ้น ก็ถามพ่อเด็ก (สามี) ว่าทำไงดี คนข้างบ้านก็บอกว่า ขอนแก่นเขามีอะไรของสมเด็จย่า ก็ขับรถกันไป (พบแพทย์)”

“ตอนที่คลำเป็นก้อน แรก ๆ เลยนะคะ เป็นก้อนเล็กไม่เจ็บไม่อะไร ก็ว่ามันไม่เจ็บ ก็ไม่ต้องไปตรวจ คิดว่ามันไม่เจ็บ คงไม่เป็นไร ปล่อยนาน 5 เดือน ก็ใหญ่ขึ้น ๆ ได้ขนาดอย่างนมเด็กที่เพิ่มขึ้นอย่างนั้น มาเจ็บอยู่สองครั้ง เจ็บแปล็บเลย ลูกสาวก็ว่าแม่ ก้อนเนื้อมันออกแดง ๆ ยังไงไม่รู้ละ สีชมพู ๆ ไปหาหมอเถอะ ก็ไปหาหมอ”

อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสนใจว่า ทิศทางการแสวงหาคำตอบไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียว แต่มีการย้อนกลับได้ด้วย กล่าวคือแม้ว่าสตรีจะได้คำตอบจากบุคคลใกล้ชิด แต่ก็ยังย้อนกลับไปปล่อยปลະละเลยต่อไป และรอให้มีอาการเพิ่มมากขึ้นจึงไปพบแพทย์ ซึ่งในการไปพบแพทย์ สตรีต้องอาศัยความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด อันเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของอาการผิดปกติที่เพิ่มมากขึ้น และความช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิดว่า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเร่งไปสู่วิธีการพบแพทย์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ก็ปล่อยทิ้งไว้นานเหมือนกัน ก็ไม่มีใครรู้ คนแถวบ้านก็ไม่มีใครเป็น ที่นี้ลูกมา ก็บอกลูกว่า นี่แม่เป็นอะไรนี่ ลูกก็มาลองจับดูมั้ง ลูกสาวก็ว่าเป็นเนื้องอกมั้งแม่ ก็รู้สึกเฉย ๆ ไม่รู้สึกยังไร ก็ปล่อยมันไปเรื่อย ๆ แล้วก็ปวดขึ้นมา ลูก (ลูกเขย) ก็พาไปหาหมอ”

**2. กรณีที่เริ่มต้นด้วยวิธีการฝ่าฝืนติดตาม** พบ

ว่า สตรีจะรอให้มีอาการมากขึ้น จนไม่สามารถเฝ้าติดตามด้วยตนเองต่อไปได้แล้ว และ/หรือได้รับข้อมูลเพิ่มทำให้ปรับเปลี่ยนความหมายก่อนผิดปกติ เกิดความกังวลในระดับที่ไม่สามารถจะเฝ้าติดตามแบบเดิมต่อไปได้ แต่ไม่รู้จะทำอะไร จึงเปลี่ยนไปแสวงหาความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด และไปแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของอาการผิดปกติที่เพิ่มมากขึ้น และความช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิดว่า มีอิทธิพลเร่งไปสู่วิธีการพบแพทย์เช่นกัน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ก็โตขึ้นเรื่อย คลำทุกวัน คลำตลอดเวลามันกังวลใจ จับอยู่คนเดียว บอกไม่ถูก ไม่รู้แหละอาบน้ำหรือไม่...ปล่อยไว้ 6 เดือน มันนาน มันไม่หาย มันก็แข็งขึ้นๆ ทุกวัน ก็อ่านหนังสือ ดูทีวี ก็รู้อยู่แล้วนะคะ ก็รู้ว่ามันต้องเป็นมะเร็งแน่ กังวลใจ ความรู้สึกของตัวเองไม่รู้ว่าจะทำยังไง ปรึกษาพี่สาว ก็ว่าต้องไปให้หมอดู ก็ตัดสินใจอยู่นาน ไปก็ไป”

“ไม่บอกแฟน คลำดูรู้สึกผิดปกติในตัวเอง รู้สึกแขนจะหนักไปข้างหนึ่ง ก็มาทำงานนะ ช่วยน้องทำงาน หุงข้าว หิวน้ำก็รู้สึกปวด ปวดมาก ก็ตัดสินใจบอกแฟน ว่าฉันไม่รู้เป็นอะไรนะ จับดูซิ แฟนจับดูก็บอกว่าคงไม่เป็นอะไรนะ เดี่ยวพรุ่งนี้ไปหาหมอ ก็ชวนกันไปหาหมอ”

**3. กรณีที่เริ่มต้นด้วยวิธีการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดก่อน** พบว่า ความหมาย-คำแนะนำ ความช่วยเหลือของบุคคลใกล้ชิดจะเป็นสาเหตุนำไปสู่การปรับเปลี่ยนไป เป็นการแสวงหาคำตอบวิธีอื่น ๆ ในลำดับต่อไป และเพิ่มความซับซ้อนมากขึ้นก่อนการไปแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ในที่สุด ด้วยคำตอบเริ่มต้น 3 ลักษณะ คือ ลักษณะที่ 1 สตรีได้รับการชี้แนะจากผู้ใกล้ชิดว่า อาจเป็นมะเร็งได้ เป็นผลให้สตรีเกิดความกลัวจึงไป

พบแพทย์ ลักษณะที่ 2 สตรีได้รับการชี้แนะจากผู้ใกล้ชิดว่าเป็นโรคร้าย และได้รับคำแนะนำที่สตรีปฏิบัติตามแล้วไม่เกิดผลดี เมื่อมีอาการมากขึ้นสตรีย้อนกลับไปขอคำแนะนำจากผู้ใกล้ชิดอีก จึงได้รับคำตอบให้ไปพบแพทย์ และลักษณะที่ 3 สตรีไม่ได้รับคำตอบหรือคำแนะนำจากผู้ใกล้ชิด สตรีจะปล่อยปละละเลยให้อาการเปลี่ยนแปลงมีมากขึ้น จนแน่ใจจึงไปพบแพทย์ หรืออาจจะไปแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง และรอให้แน่ใจว่าความผิดปกติยังคงเป็นอยู่จริงจึงไปพบแพทย์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เพื่อน ๆ ว่า เฮ้ย เจ็บนมอย่างจี้ เป็นมะเร็งได้นะเว้ย กลัว ก็ไปหาหมอ”

“เขาว่าเป็นกลัมน้ำเนื้ออีกเสบ หายาให้กิน ก็ไม่หาย เขาก็ว่าให้ไปปรึกษาหมอ”

“ก็ไปบอกพี่สาว พี่สาวเป็นพยาบาล เคื่อบอกว่าคิดมากนะ ก็เก็บไว้ คอยคลำเองทุกคืน อยู่ 2-3 อาทิตย์ ก็หวังว่ามันคงจะหายไป ช่วงนั้นก็เข้าห้องสมุดหาหนังสือเกี่ยวกับเนื้องอกที่ด้านมมาอ่าน แล้วก็อธิษฐาน ให้มันหายไป คิดว่ามันจะเป็นแมนส์หรือเปล่า แต่มันก็ไม่หาย พอสัปดาห์ที่ 4 ก็เริ่มกลัวว่าจะเป็นมะเร็ง ก็ไปหาหมอ”

“ก็ให้หลายคนดู ถามเขา (ญาติ-สามี) ก็ไม่มีใครว่าเป็นอะไร ระยะ 3 เดือน ก็เริ่มแข็งขึ้น พอแข็งขึ้น แม่กับพ่อก็ไปหาญาติมาให้กิน แต่ไม่ดีขึ้น ยิ่งกินยิ่งทรุด ไม่รู้จะทำยังไง แฟนก็เลยเอามา”

**4. กรณีที่เริ่มต้นด้วยการแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์** พบว่า ประสพการณ์ที่สตรีได้รับการวินิจฉัย จำแนกตามความหมาย คำแนะนำ ความช่วยเหลือที่ได้รับจากแพทย์แยกเป็น 3 ลักษณะ คือ ลักษณะที่ 1 สตรีรับรู้จากแพทย์ว่าไม่เป็นมะเร็งและยอมรับการรักษาตามอาการจากแพทย์ เมื่ออาการไม่ดีขึ้นหรือรอให้อาการมากขึ้น จึงตัดสินใจไปพิสูจน์ ซึ่ง



แพทย์ได้ให้เหตุผลปฏิเสธการตัดก้อนเนื้อไปตรวจ ตั้งแต่แรกพบ เพราะคำนึงถึงความคุ้มค่าในการผ่าตัด สติของอุบัติการณ์การพบมะเร็งตามตำแหน่งลักษณะ ของก้อนเนื้อ ภูมิหลังของสตรี ลักษณะที่ 2 สตรีรับรู้ จากแพทย์ว่ายังไม่แน่ใจ แต่ให้ตัดชิ้นเนื้อไปพิสูจน์ และ ลักษณะที่ 3 สตรีรับรู้จากแพทย์ว่าเป็นมะเร็ง แต่ก็ยัง ให้มีการตัดชิ้นเนื้อไปพิสูจน์ให้แน่ใจ ดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

“เค้า (หมอ) ก็ว่า ไม่เป็น (มะเร็ง) หรือมั้ง เพราะคุณมีลูกแล้ว ถ้าเป็นมะเร็ง จะเป็นได้จ๊กแร้ว หมอ ก็เอายาให้กิน บอกว่า ถ้าไม่หายปวด ก็กลับมาเอายา ใหม่ก็ไม่หายก็กลับไปหาหมอใหม่ หมอตัดเนื้อไปตรวจ”

“ไปหาหมอทั้งโรงพยาบาลและคลินิก เทียว เข้าเทียวออกอยู่หลายหน หมอบอกว่าไม่เป็นอะไร ทีนี้ ก็เจ็บ (เต้านม) ก็ไปหาหมออีก หมอนัดผ่าเอาชิ้นเนื้อ มาตรวจ พอถึงวันนัดก็ไปโรงพยาบาล นอนเรียบร้อย จนปิดตาแล้ว หมอไม่ยอมผ่าให้ ก็เลยบอกว่าคุณหมอ ตัดเถอะ ไหน ๆ ก็ขึ้นมานอนแล้ว ถ้าเป็นก็จะได้รับการ ถ้าไม่เป็น ก็จะได้สบายใจ สรุปก็ว่าเป็น”

“หมอดตรวจ พูดว่าเอ๊ะ มันเป็นอะไรนะ สงสัย ต้องผ่าออกมาดูแล้ว ก็นอนอยู่ที่โรงพยาบาลหนองคาย เขาให้นอนคืนหนึ่ง แล้วผ่าเอาก้อนเนื้อออกมา”

“ก็ไปหาหมอ เขาก็ว่าโอ้เป็นมะเร็งนะนี่...ก็ว่า เอ้า วันอังคารนะ มาเจาะเนื้อไปตรวจ”

### เงื่อนไขในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม

พบว่า การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ของ สตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ต่อไปนี้

#### 1. ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการผิดปกติ

ทำให้ขาดความเอาใจใส่ต่อก้อนความผิดปกติของเต้านม ประกอบกับมีความเห็นว่า ก้อนยังมีขนาดเล็กไม่มี

อาการปวดเจ็บ มีความสนใจกิจกรรมอื่นในชีวิตมากกว่า ไม่มีความคิดว่าตนเองจะเป็นมะเร็ง เพราะไม่อยู่ใน ชายที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่มีประสบการณ์การรับรู้ เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม เห็นก้อนเนื้อที่เป็นมีลักษณะ เป็นเพียงก้อนเนื้อธรรมดา ไม่น่าจะเป็นลักษณะของ มะเร็ง ก็จะมีพฤติกรรมปล่อยปละละเลย ส่วนสตรีที่มีความอายหรือต้องการรอให้มีความแน่ใจก่อน ก็จะ แสวงหาคำตอบของก้อนความผิดปกติที่เต้านม ใน ขั้นต้นด้วยการผ่าตัดติดตาม ซึ่งล้วนมีส่วนทำให้การค้น พบโรคล่าช้าได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“อยู่ ๆ มีก้อนขึ้นมา ขนาดเท่าหัวแม่มือ ก็ ไม่สนใจแบบคนบ้านนอก ก็ทำมาหากินไปปีแล้วปีเล่า”

“ตอนแรก ๆ คลำเป็นก้อนเล็ก ไม่เจ็บไม่ อะไรคะ บ้าก็ว่ามันไม่เจ็บก็ไม่ต้องไปตรวจ คิดว่ามัน ไม่เจ็บ คงไม่เป็นอะไร สมัยก่อนยังไม่ได้คิดว่าจะเป็น มะเร็ง ไม่เคยคิด ปล่อยทิ้งไว้นานเหมือนกัน”

“เจอก้อน ไม่ได้หาหมอ เพราะความที่ว่า เรา ก็ไม่มีครอบครัว แล้วก็อายุ ทำให้ไม่ไปตรวจ ทั้งไว้ตั้ง 6 เดือน ปล่อยนานเกิน ระหว่างนั้นก็คลำ คลำทุกวัน คลำตลอดเวลา มันกังวลใจ จับอยู่คนเดียว บอกไม่ถูก ไม่รู้แหละอาบน้ำหรือไม่อาบน้ำ ก็คลำ ๆ ๆ”

“คอยคลำเองทุกคืนอยู่ 2-3 อาทิตย์ ก็หวัง ว่ามันคงจะหายไป ก็อธิษฐานให้มันหายไป ตอนนั้น ก็คิดเหมือนกันว่าอาจเป็นเพราะเป็นเม็นส์หรือเปล่า”

2. คุณสมบัตินของแพทย์ที่ต้องการ พบว่า แม้ สตรีจะมีความอาย แต่ในการไปพบแพทย์สตรีที่มี โอกาสเลือกคุณสมบัติของแพทย์ จะพิจารณาที่ความ สามารถในเชิงการรักษา และอุปนิสัยของแพทย์เป็น ประเด็นสำคัญ มากกว่าการพิจารณาที่คุณลักษณะอื่น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ส่วนหนึ่งก็อายหมอ ก็มีแต่หมอผู้ชาย หมอ หนุ่ม ๆ ทั้งนั้น แต่เวลาที่เลือกตรวจกับหมอ ก็จะเลือก

หมอมือที่เก่งแล้วก็อิชยาศัยดี ไม่ว่าจะแก่หรือหนุ่ม ไม่ได้เลือกว่าเป็นผู้หญิงผู้ชาย”

3. ความสะดวกรวดเร็ว พบว่า สตรีเลือกวิถีทางการวินิจฉัยที่สะดวกรวดเร็ว เช่น ไปพบแพทย์ที่สถานบริการเอกชน เพื่อขอใบส่งตัวให้ได้รับบริการรวดเร็วขึ้น (ลัดขั้นตอนปกติ) หรือเลือกไปพบแพทย์ที่รู้จักเป็นการส่วนตัว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“พอมีก่อน ก็ไปหาคุณหมอ...ที่คลินิก เพราะถ้ามาที่นี่ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ) จะช้า เพราะเราเป็นคนไข้ใหม่ คุณหมอ...(ที่คลินิก) ก็เขียนจดหมายถึงคุณหมอ...(ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ)”

“บ้านอยู่กรุงเทพฯคะ แต่ไปผ่านนครสวรรค์ เพราะรู้จักกับหมอ ผ่านวันนั้น กลับบ้านเลย แล้วไม่ถึงอาทิตย์ ก็ทราบเรื่องว่าเป็นมะเร็ง”

4. ค่าบริการที่พอจะจ่ายได้ พบว่า สตรีที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจยากจน และไปรับบริการจากสถานบริการเอกชนในระยะแรก จะย้ายการรับบริการไปเป็นสถานบริการรัฐบาล เมื่อแพทย์บอกว่าจะผ่าเอาชิ้นเนื้อไปตรวจ เนื่องจากต้องการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่น้อยกว่า ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...แล้วจะนัดผ่า (ชิ้นเนื้อส่งตรวจที่สถานบริการเอกชน) ที่นั่นมันแพงใช่ไหม...ก็จน ๆ ด้วย...เราก็ไม่ไปหาเขา ไปโรงพยาบาลหลวงแทน”

5. ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งบริการและการให้บริการ พบว่า การขาดแคลนข้อมูลและการได้รับข้อมูลที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับแหล่งบริการและการให้บริการ เป็นอุปสรรคในการแสวงหาคำตอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีที่มีความยากลำบากในการเดินทาง เนื่องจากอยู่ห่างไกล จะพบว่ามีการตะเวนไปพบแพทย์หลายแห่งก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัย อีกทั้งยังพบว่ามี การไปหาแพทย์ไม่ตรงกับวันที่แพทย์ออกตรวจผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม ดัง

ตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“คนข้างบ้านเขาว่า ขอนแก่นมีอะไรของสมเด็จย่า ก็ขับรถกันไป ไปถึง ก็ไปผิดโรงพยาบาล ไปเข้าโรงพยาบาลจังหวัด หมอที่นั่นเขาบอกว่า (บ้าน) อยู่โคราช ไปมหาสารดีกว่า กลับมา เอ ทำไง...คนข้างบ้านบอกว่าไปสถาบันดีกว่า ก็มาสถาบัน”

“เราจะไปเร่งรัดเอาตามอำเภอใจเราไม่ได้ เราเป็นคนไข้จะไปเร่งรัดอะไรละ เรามาวันศุกร์ ค่าไม่ได้ตรวจเต้านม แล้วเราจะไปให้เค้าตรวจได้ยังไง เรายังต้องมาวันพุธ วันที่เค้าตรวจ”

แม้ว่าสตรีจะเข้าถึงบริการทางการแพทย์ แต่ก็ยังพบเงื่อนไขที่ทำให้สตรีได้รับความช่วยเหลือล่าช้าหรือรวดเร็ว ดังนี้

1. การตัดสินใจยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พบว่า การตัดสินใจผ่าตัดชิ้นเนื้อไปตรวจนั้น เป็นเรื่องที่ต้องการเวลาในการตัดสินใจและต้องการการสนับสนุนการตัดสินใจจากผู้ใกล้ชิดร่วมด้วย อีกทั้งการใช้คำพูดที่ฟังไม่น่ากลัว เช่น “เจาะ” แทน “ผ่า” ก็จะช่วยให้การตัดสินใจได้ง่ายขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เค้า (หมอ) บอกลูกว่าจะผ่าไม้ เราก็กลัว (ผ่าตัด) ก็ไม่เคยนะ นั่งนี้ก็นานเหมือนกัน ลูกก็ว่าแม่ผ่าเถอะจะได้รู้...ตอนหลังหมอบอกว่าเจาะ ค่าไม่ว่าผ่าแล้ว ก็ว่าเจาะก็เจาะ”

2. การแจ้งผลล่าช้าจากความขัดข้องของการประสานงาน พบว่า สถานบริการที่ไม่สามารถทำการตรวจวินิจฉัยภายในหน่วยงานของตนเอง และต้องส่งชิ้นเนื้อไปตรวจยังสถาบันอื่นนั้น อาจเกิดปัญหาที่กระทบต่อการแจ้งผลการวินิจฉัย ทำให้สตรีได้รับการแจ้งผลล่าช้า หรือต้องติดตามผลชิ้นเนื้อด้วยตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ก็ไป (หาหมอมือที่โรงพยาบาล) พระบาท...

เจาะเอาเนื้อไปตรวจ ส่งไปที่พระมงกุฎ 2 เดือนผลถึง  
ขึ้นไป”

“ไปฟังผลตามนัด แต่ผลยังไม่มา เขา (เจ้า  
หน้าที) บอกว่าถ้าอยากได้ (ผล) เร็ว ก็ต้องไปเอาเอง  
ก็นั่งรถจากศรีราชา ไปเอาผลที่ชลบุรี”

“ก็ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ผ่าตัดเสร็จแล้ว ปรากฏ  
ว่าหนึ่งเดือนไปแล้ว ผลยังไม่รู้เรื่องเลย หมอที่ผ่าตัด  
เขายกบอกว่า ก่อนเนื้อหาย ส่งมากรุงเทพไม่ได้รับ แต่มี  
รายชื่อที่ทะเบียนส่งมาของโรงพยาบาล ความผิดของ  
ไปรษณีย์ เราก็ไม่รู้จะว่าไง จนเราต้องไปบอกผู้อำนวยการ  
การว่าก่อนเนื้อหายหาย เรื่องก็เลยได้ดำเนินการ หนึ่ง  
อาทิตย์ก็เลยได้รู้ว่าเป็นมะเร็ง ... มีหลายคนนะที่เป็น  
อย่างนี้ ที่สุรินทร์นะเป็นเดือนกว่าจะรู้ผล”

3. ความใส่ใจในการติดตามผลการวินิจฉัย  
พบว่า มีสตรีที่ขาดการติดตามผลการวินิจฉัยทางชิ้นเนื้อ  
เนื่องจากมีความสนใจในหน้าที่การงานมากกว่า หรือ  
ไม่คิดว่าตนเองจะเป็นมะเร็ง จะละเลยต่อการติดตาม  
ผลการวินิจฉัย และกว่าจะเกิดความสะกิดใจกลับไป  
ติดตามผล ก็ปรากฏว่าปล่อยปละละเลยไปเป็นระยะ  
เวลานาน มีอาการลุกลามของโรคไปยังส่วนอื่นแล้ว ดัง  
ตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“โรงพยาบาลเค้าว่าต้องมาติดตามผลเอง ก็  
ไม่ได้ไปฟังผลหรอก เพราะติดไปอบรม (เป็นครู) อบรม  
ไปเรื่อยเลย ครั้งสุดท้ายมาที่บางเขน ขึ้นรถเมล์มันแน่น  
โทนทุกวัน ก็บวมขึ้น มันเจ็บมันปวดแต่เราไม่ได้สนใจ  
เพราะจิตเราไม่ได้อยู่ตรงนี้ มันมีงานตลอด...อีกอย่างก็  
ไม่คิดว่าตัวเองจะเป็น คิดว่าไม่เป็น (มะเร็ง) เราก็ไม่  
ได้ไป (ฟังผลชิ้นเนื้อ) ก่อนเนื้อที่ผ่าก็ไปนอนอก ถ้าใส่  
เสื้อยืด ก็จะหนุ่ยขึ้นมาเลย เจ็บปวดได้รักแร้ แล้วก็  
ปวดหัวข้างเดียวแบบไมเกรน ก็ว่า ถ้าจะไม่ดีนะเรา  
อยู่ ๆ ไปมันเริ่มแดง ก็ตัดสินใจ กลับไปหาคุณหมอ...”

**สรุปและอภิปรายผลการวิจัย :** ประสบการณ์ชีวิต

สตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม

**ตอนที่ 1 : ระยะก่อนจะพบโรค : กระบวนการ  
แสวงหาการดูแลสุขภาพ**

จากข้อค้นพบที่ว่า สตรีรับรู้ความผิดปกติ  
ของเต้านมด้วยตนเองอย่างบังเอิญ จากกิจกรรมใน  
ชีวิตประจำวันของตัวเองที่ตัวเองบังเอิญ จากกิจกรรมใน  
ชีวิตประจำวันของตัวเองที่ตัวเองบังเอิญ ทำให้คลำพบความผิด  
ปกติ โดยมีเงื่อนไขอยู่ที่ความสามารถในการจำแนก  
ความผิดปกติออกจากความปกติ และความสนใจที่มี  
ต่อความผิดปกตินั้น สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า เมื่อ  
บุคคลมีความรู้สึกว่าร่างกายกำลังผิดปกติแตกต่างไป  
จากเดิม หรือไม่เคยเป็นมาก่อน บุคคลจะเริ่มค้น  
สำรวจและวินิจฉัยตนเองว่าป่วยหรือไม่ และบุคคลจะ  
สามารถจำแนกความเจ็บป่วยได้ โดยอาศัยความรู้ของ  
ตนหรือเรียนรู้จากคนอื่น (ปรีชา อุปโยคิน, 2534)

อย่างไรก็ตามพบว่า มีสตรีที่ขาดแคลนความ  
สนใจที่จะตรวจหาความผิดปกติของเต้านม และมีสตรี  
ที่รู้สึกต่อต้านวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่แนะนำ  
ในแผ่นโปสเตอร์เพราะเห็นว่ายุ่งยากเกินความจำเป็นนั้น  
ก็สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กริช โพธิสุวรรณ ที่  
พบว่า เกือบร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมคลำ  
พบก้อนได้โดยบังเอิญ ก่อนมักจะมีขนาดค่อนข้างใหญ่  
เพราะว่าตัวผู้ป่วยเองนั้น ไม่ค่อยจะสนใจตรวจเต้านม  
ของตนเอง (กริช โพธิสุวรรณ, 2531)

สำหรับการให้ความหมายก่อนความผิดปกติ  
ที่สตรีคลำพบใน 3 ความหมาย ได้แก่ เป็นเพียงความ  
ผิดปกติ เป็นเนื้องอกธรรมดา และสงสัยเป็นมะเร็ง ขึ้น  
อยู่กับประสบการณ์การรับรู้เดิมของสตรีเอง เช่น การ  
ได้รู้ได้เห็นการเจ็บป่วยมะเร็งเต้านมของผู้ใกล้ชิดอื่น ๆ  
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมจากสื่อต่าง ๆ การอ่าน  
และประสบการณ์จากการประกอบอาชีพ สะท้อนให้  
เห็นว่าประสบการณ์เดิมจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ และ  
การแปลความหมายของบุคคล (พวงสร้อย วรกุล,

มปป.)

ส่วนการตอบสนองต่อการรับรู้ความผิดปกติในขั้นต้น 2 ลักษณะ ได้แก่ ปลดปล่อยและแสวงหาคำตอบ ด้วยวิธีการต่าง ๆ 4 วิธี เช่น การเฝ้าติดตาม การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด การแสวงหาข้อมูลจากหนังสือและสื่อต่าง ๆ และการแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ โดยอาจมีการปรับเปลี่ยนไปจนครบทุกวิธี หรืออาจย้อนกลับมาซ้ำวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เพียงรอบเดียวหรือหลายรอบ เป็นชุดของรูปแบบที่หลากหลายแตกต่างกัน โดยมีอาการผิดปกติที่เพิ่มมากขึ้นและคำแนะนำของบุคคลใกล้ชิดเป็นตัวเร่งให้เปลี่ยนความหมายของก่อนผิดปกติ อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนวิธีการแสวงหาคำตอบอีกต่อหนึ่งนั้นเป็นข้อค้นพบที่มีความคล้ายคลึงกับข้อเขียน เกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาด้านสุขภาพที่ว่า พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ เป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลที่เป็นผลมาจากการเรียนรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม โดยไม่มีรูปแบบที่ตายตัว แต่มีการยืดหยุ่น ผันแปรไปตามระดับความรุนแรงของโรคตามที่บุคคลรับรู้ ฉะนั้นแต่ละบุคคลอาจมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน แม้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคอย่างเดียวกัน กล่าวคือ บางคนอาจปล่อยทิ้งไว้เฉย ๆ เพื่อชะลอดูอาการต่อไป บางคนก็ไปปรึกษาญาติหรือเพื่อน บางคนไปหาซื้อยากินเอง บางคนไปหาหมอเถื่อน บางคนไปพบแพทย์ ขึ้นอยู่กับการตีความและการให้ความหมายภาวะสุขภาพของแต่ละคนตามความรู้ความเชื่อที่ได้รับรู้มาจากสังคม โดยทุกขั้นตอนของความเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการเกื้อหนุนเพื่อตัดสินใจ และมีการสนับสนุนจากกลุ่มญาติและบุคคลทั่วไป (ปรีชา อุปโยคิน, 2534)

อนึ่ง ผลการวิจัยยังสามารถอธิบายเพิ่มเติมอีกลักษณะหนึ่งได้ด้วยแนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกัน และการส่งเสริมสุข

ภาพที่ว่าบุคคลรับรู้ความเสี่ยงในเชิงอัตวิสัยแตกต่างกัน โดยที่ข้อหนึ่งอาจเป็นว่าบุคคลเพิกเฉย ไม่รับรู้ว่ามีโอกาสที่จะเป็นโรคนั้น ในขณะที่คนบางคนก็อาจรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงบ้าง แต่ก็ไม่อยากจะเกิดขึ้นกับตนไปจนถึงชั่วกลุ่มคนที่รับรู้ว่าคุณมีโอกาสสูงมากที่จะเป็นอันตรายจากโรคนั้น นอกจากนี้เมื่อบุคคลประเมินว่าโรคที่คุกคามสุขภาพมีความรุนแรง การรับรู้ความรุนแรงจะเป็นตัวผลักดันให้เกิดการกระทำบางสิ่งบางอย่างขึ้นด้วยเช่นกัน

ลักษณะการตอบสนองต่อการรับรู้ความผิดปกติของเด้านมที่แตกต่างกัน ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติที่ต่างกันในการวิจัยครั้งนี้ สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ด้วยข้อความที่ว่า สถานการณ์จะมีความหมายก็ต่อเมื่อผ่านการตีความ และการนิยามของบุคคลนั้นต่อสิ่งนั้น (Bogan & Taylor, 1975) โดยมนุษย์จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม พร้อมกับเลือกตัวกระตุ้นที่มีความหมายบนพื้นฐานการตัดสินใจของตนเอง ในลักษณะของการสร้างและการตีความในสิ่งแวดล้อมของแต่ละคน ด้วยการเลือกรับรู้เฉพาะสิ่งที่มีความหมายกับบุคคลในขณะนั้น เพราะปกติสิ่งเร้าไม่ได้เข้ามาที่ละสิ่ง แต่จะเข้ามาพร้อม ๆ กันหลายประเภทในเวลาเดียวกัน (วิณา ศิริสุข, 2543)

ที่สำคัญข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนให้เห็นว่าการให้ความหมายของก่อนผิดปกติที่เด้านม สามารถปรับเปลี่ยนได้เมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป เช่น ข้อมูลความเจ็บปวด ขนาดของก้อนที่โตขึ้น หรือเมื่อมีคนให้ข้อมูลเพิ่มขึ้น ก็ทำให้การตีความเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะมีผลทำให้การกระทำเปลี่ยนตามไปด้วย ตัวอย่างเช่น เปลี่ยนจากการให้ความหมายเป็นเพียงก่อนผิดปกติ ไปเป็นการเป็นผี และไปเป็นมะเร็งนั้น สามารถอธิบายเพิ่มได้ด้วยแนวคิดของ “ตัวชี้แนะ” 2 ประเภท ได้แก่ ตัวชี้แนะภายใน เช่น การรับรู้สภาวะร่างกาย กับตัว

ชี้แนะภายนอก เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผลกระทบจากสิ่งต่าง ๆ ในการสื่อสาร โดยความเข้มของตัวชี้แนะ (ขนาดของก้อน ความผิดปกติอื่น) จะต้องมีระดับมากเพียงพอที่จะเหนี่ยวนำให้เกิดพฤติกรรม กล่าวคือ ถ้าบุคคลคิดว่าตนเองมีโอกาสเป็นโรคนั้นค่อนข้างต่ำ หรือโรคไม่มีความรุนแรงตามความรู้สึกของตนเองแล้ว ความเข้มของสิ่งเร้าที่เป็นตัวชี้แนะก็จำเป็นต้องมีมาก ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคสูง แม้มีสิ่งเร้าเป็นตัวชี้แนะเพียงจำนวนเล็กน้อย ก็เพียงพอแล้วแก่การทำให้เกิดพฤติกรรม (วีณา ศิริสุข, 2543)

จากความสำคัญที่ว่า พฤติกรรมการแสวงหาบริการทางสุขภาพของสตรี ที่มีความผิดปกติของเต้านมจะขึ้นกับการรับรู้ความหมายที่เปลี่ยนไป โดยถ้าข้อมูลคลาดเคลื่อนหรือไม่ถูกต้อง ก็จะมีผลให้การปฏิบัติไม่ถูกต้องตามไปด้วย ซึ่งทำให้มีโอกาสพบโรคในระยะลุกลามได้นั้น จะตรงกับข้อความที่กล่าวถึงการรับรู้ว่าการที่คนเราจะมียุติกรรมอะไรออกไปได้นั้นมนุษย์จะต้องมีการแปลความหมาย สิ่งที่ได้รับเข้ามาเสียก่อนแล้วจึงตอบสนองเป็นพฤติกรรม ถ้ามีการแปลความหมายของสิ่งเร้าได้ถูกต้อง พฤติกรรมที่ตอบได้ออกไปก็จะเหมาะสมกว่าในกรณีที่เรแปลความหมายผิด ๆ (นวลศิริ เปาโลहितย์, 2532) โดยในบางรายความคลาดเคลื่อนบิดเบือนอาจจะไม่รุนแรงมาก แต่ในบางรายก็มีความคลาดเคลื่อนบิดเบือนที่ผิดพลาดรุนแรงมากได้ (Glassman, 1999)

นอกจากนั้นเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรค ต่อการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การพบโรคของสตรี ยังมีอีกหลายประการ เช่น การขาดข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งบริการและการให้บริการ ค่าบริการในการวินิจฉัยโรค ความยากลำบากในการเดินทาง การตัดสินใจยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ตลอดจนความแม่นยำใน

การให้การวินิจฉัยของแพทย์ ก็เป็นเงื่อนไขสำคัญส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการพบโรคมะเร็งเต้านมได้รวดเร็วหรือล่าช้าต่างกัน กล่าวคือ ประสิทธิภาพของแหล่งบริการตลอดจนอุปกรณ์ องค์กรประกอบอื่น ๆ ทางด้านการแพทย์ เช่น ความทันสมัยทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ จะมีผลต่อพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพได้ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม (ปรีชา อุปโยคิน, 2534) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการที่กรีซ โพรสิสุวรรณ ได้กล่าวไว้ว่า การชักประวัติและการตรวจร่างกาย ของสตรีที่มีมะเร็งเต้านมโดยไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ จะให้ผลถูกต้องในการวินิจฉัยเพียงร้อยละ 70 ส่วนที่เหลือจำเป็นต้องอาศัยการตรวจพิเศษเพิ่มเติมอีก ได้แก่ แมมโมกราฟี (mamography) ซีโรกราฟี (serography) อัลตราโซโนกราฟี (ultrasonography) เป็นต้น โดยวิธีการวินิจฉัยที่จะให้ผลการวินิจฉัยที่ถูกต้องแน่นอนร้อยละ 100 ต้องอาศัยการตรวจขั้นตอนสุดท้าย ด้วยการตัดชิ้นเนื้อจากก้อนที่สงสัยนั้นส่งตรวจทางกล้องจุลทรรศน์ (กรีซ โพรสิสุวรรณ, 2531) ซึ่งตรงกับผลการวิจัยครั้งนี้ว่า สตรีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม จากผลการตรวจชิ้นเนื้อนั่นเอง

ที่น่าสนใจ ประสิทธิภาพการตัดสินใจตัดสินใจตัดชิ้นเนื้อเต้านมส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของแพทย์ เป็นเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการพบโรคมะเร็งเต้านมของสตรีไทยเร็วช้าต่างกันได้ ซึ่งอธิบายด้วยแนวคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจของแพทย์ ที่ให้การดูแลสุขภาพของสตรีที่มีก้อนผิดปกติที่เต้านมได้ว่า แพทย์บางท่านใช้หลักการคำนวณทางสถิติ และภูมิหลังของสตรีแต่ละบุคคลมาประกอบการตัดสินใจ แต่แพทย์บางท่านก็ตัดสินใจตามลำดับการทำงาน (work order calculation) คือรักษาตามอาการไปก่อน ถ้าไม่ดีขึ้นจึงจะปรับเปลี่ยนเป็นการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ แพทย์

บางท่านก็ตัดสินใจด้วยการรอดูอาการไปก่อน (wait-and-see decisions) จนกว่าอาการจะชัดเจน ในขณะที่แพทย์บางท่านก็ตัดสินใจแบบกลับไปกลับมา (waffling) (Matteson & Hawkins, 1990) จนถึงขั้นที่สตรีได้รับการเตรียมร่างกายในห้องผ่าตัดให้พร้อมที่จะรับการผ่าตัดชิ้นเนื้อแล้ว แพทย์ก็ยังคง躊躇และลังเลที่จะตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ จนกระทั่งต้องได้รับการคะยั้นคะยอจากผู้ป่วยจึงยินยอมทำการตัดชิ้นเนื้อ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับการวินิจฉัยล่าช้า

อนึ่ง ในการวิจัยครั้งนี้พบเงื่อนไข ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การพบโรคมะเร็งเต้านม ที่แตกต่างจากงานวิจัยอื่น 2 ประการ คือ ความใส่ใจในการติดตามผลการวินิจฉัยของตัวเอง กับ ความล่าช้าของการแจ้งผลการวินิจฉัย และความพร้อมของแหล่งบริการในการให้การตรวจวินิจฉัยได้ภายในหน่วยงาน อีกทั้งข้อค้นพบจากการวิจัยสะท้อนถึงระบบเครือข่ายสังคมไทย ในลักษณะญาติมิตรที่มีอิทธิพลสูงต่อการแสวงหาคำตอบให้รวดเร็วถูกต้องหรือนำไปสู่ความล่าช้าผิดพลาด ทั้งนี้เพราะสตรีส่วนหนึ่งมีวิถีชีวิตอยู่ในวงแคบ (อยู่แต่บ้าน ไม่เคยไปไหนเลย) ขาดความรู้และไม่สามารถเข้าถึงแหล่งบริการที่ต้องการ ขาดการเรียนรู้ทักษะการคิดการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม สตรีจึงมีวิธีคิดและวิธีปฏิบัติในการแสวงหาคำตอบของตัวเอง ด้วยการพึ่งพาวิธีคิดของผู้อื่น

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จัดกิจกรรมกระตุ้นให้สตรีทุกกลุ่ม สนใจและตระหนักในหน้าที่ต่อตนเอง ในการตรวจหาความผิดปกติของเต้านม ให้เป็นนิสัยตั้งแต่ยังไม่มีอาการผิดปกติ พัฒนาและใช้สื่อต่าง ๆ ที่ง่ายแก่การทำ ความ

เข้าใจและสะดวกแก่การนำไปปฏิบัติ พร้อมกับปลูกเจตคติใหม่ให้กับสตรีไทย ไปพบแพทย์เพื่อการตรวจเต้านมว่า เป็นเรื่องปกติของการดูแลสุขภาพที่ไม่ควรถือเป็นเรื่องอาย

2. เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการดำเนินของโรค จัดโครงการให้ความรู้-ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความผิดปกติของเต้านม ประชาสัมพันธ์แหล่งที่จะให้การวินิจฉัย-รักษา ให้ประชาชนทั่วไปทั้งเพศหญิงและเพศชายได้ทราบ และมีโอกาสเลือกมากขึ้น เมื่อต้องให้คำแนะนำหรือมีส่วนร่วม ในการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีที่มีความผิดปกติของเต้านม ในการแสวงหาคำตอบของความผิดปกติ

3. ขยายหน่วยบริการให้กระจายมากเพียงพอและสะดวกแก่การเข้าถึง พัฒนาการตรวจวินิจฉัยให้สามารถทำการวินิจฉัย ด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ได้ภายในสถานบริการ และในกรณีที่ยังมีความจำเป็น ต้องพึงวิธีการวินิจฉัยจากหน่วยงานอื่น ก็ควรมีการตรวจสอบระบบ พร้อมกับปรับการประสานงานของระบบให้มีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น อาจจะทำโทรสาร ซึ่งเป็นบริการการสื่อสารที่ทันสมัย มาใช้ในการแจ้งผลระหว่างหน่วยงาน

4. การแจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ควรใช้หลายวิธีประกอบกันให้เหมาะสมกับบริบทที่เป็นข้อจำกัดในการมารับฟังผลของสตรีแต่ละคน

### ข้อคิดเห็นของผู้วิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผลการวิจัยในระดับการบรรยาย กระบวนการที่เป็นประสบการณ์ชีวิตอยู่กับมะเร็งเต้านมของสตรีไทย เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาไปสู่ระดับทฤษฎีต่อไป



### เอกสารอ้างอิง

กรีซ โพธิสุวรรณ. (2531). การรักษามะเร็งเต้านม. ใน สุภาภรณ์ พงศกร และคณะ (บรรณาธิการ). **การใช้ยาในโรคติดเชื้อไวรัสและโรคมะเร็ง** (หน้า 290-302). กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต.

นวลศิริ เปาโลहितย์. (2532). **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพฯ : กิ่งจันทร์การพิมพ์.

ปรีชา อุปโยคิน. (2534). พฤติกรรมแสงหาด้านสุขภาพ. ใน มัลลิกา มัติโก (บรรณาธิการ). **คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ** (หน้า 47-68). โครงการข่างานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และการสาธารณสุข นครปฐม.

พวงสร้อย วรกุล. (ม.ป.ป.). **เอกสารประกอบการสอนวิชา 467-101 Behavioral Science**. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา).

รุจา ภูไพบูลย์. (2535). พยาบาลกับการพัฒนาสุขภาพสตรี. **เอกสารการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ เนื่องพยาบาลกับการพัฒนาสุขภาพสตรี**. วันที่ 2-4 กันยายน ณ ห้องประชุมพลอากาศเอกประพันธ์ ฐปะเตมีย์ อาคารคุ้มเกล้าฯ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม.

วีณา ศิริสุข. (2534). แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ. ใน มัลลิกา มัติโก (บรรณาธิการ). **คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ** (หน้า 70-114). โครงการข่างานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และการสาธารณสุข นครปฐม.

Borgan, R. and Taylor, S. (1975). **Introduction to Qualitative Research Methods : A Phenomenological Approach to the Social Science**. New York : John Wiley & Sons.

Glassman, E. W. (1999). **Approaches to Psychology**. Philadelphia : Open University Press.

Matteson, P. & Hawkins, W.J. (1990). Concept Analysis of Decision Making. **Nursing Forum**, 25 (2), 4-10.

National Cancer Institute. (1990). **Thailand Cancer Incidence**. (อัดสำเนา).

Strauss, A. & Corbin, J. (1990). **Basic of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Techniques**. California : SAGE Publications.