

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

Factors associated with perceptions of colon cancer among patients
in Mancha Khiri hospital, Khon Kaen province

สุภาวดี ทารส วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)*

ชนัญญา จิระพรกุล ประ.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)**

เนาวรัตน์ มณีนิล วท.ม. (ปรสิตวิทยา)**

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Supawadee Tarote B.Sc. (Public Health)*

Chananya Jirapornkul Ph.D. (Public Health)**

Naowarat Maneenin M.Sc. (Parasitology)**

*Nong Khai Provincial Public Health office

**Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Received : August 8, 2018

Revised : November 1, 2018

Accepted : January 10, 2019

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ (Cross-sectional analytical study) เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่นจำนวน 230 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression)

ผลการศึกษา ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 60.9 มีอายุระหว่าง 30-49 ปีร้อยละ 57.0 อายุเฉลี่ย 36.3 ปี (SD=9.2) ซึ่งผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมัญจาคีรีมีการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 14.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มิฉะนั้นสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรในสมการ คือ การมีประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ($OR_{adj} = 5.42, 95\%CI = 1.93-15.24, p\text{-value} = 0.001$) และประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($OR_{adj} = 3.61, 95\%CI = 1.56-8.35, p\text{-value} = 0.003$)

ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล เพื่อให้มีการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้มีประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และผู้มีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันการโรค และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

คำสำคัญ: การรับรู้ มะเร็งลำไส้ใหญ่

Abstract

The cross-sectional analytical study was applied to investigate factors related to the perceptions of colorectal cancer among patients in Mancha Khiri hospital, Khon Kaen Province. The data was collected from 230 patients in out patient department of Mancha Khiri hospital, by conducting interviews. Descriptive statistics and multiple logistic regression were both used to analyze the data and to uncover the relationship of the factors that contribute to increasing perceptions about colorectal cancer.

The results of the study showed that the majority of patients in Mancha Khiri hospital had been female, which accounted for 60.9 percent. Most of the patients had been between 30 to 49 years old (57.0 percent) with an average age of 36.3 (SD=9.2). Only 14.4 percent of the patients in Mancha Khiri hospital had been perception of colorectal cancer. Having controlled the other variables, it was found that two key factors had been related to a perceptions of colorectal cancer with statistical significance of (p -value<0.05) 1) a family history of colorectal cancer (OR_{adj} =5.42, 95%CI=1.93-15.24, p -value=0.001) and 2) habits of alcohol consumption (OR_{adj} =3.61, 95%CI=1.56-8.35, p -value= 0.003).

In order to raise the perceptions of patients in the hospital of colorectal cancer, medical personnel and public health officers should, therefore, organize activities and promote the knowledge to have perceptions of colon cancer increase. This information should especially be passed on to those who have a family history of colorectal cancer and those who have habits of alcohol consumption. Moreover, there should be information to promote the spread of knowledge about preventive behaviors and the risks of colorectal cancer.

Keywords: perceptions, colon cancer

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ในปี 2555 มีอัตราการอุบัติการณ์ 17.2 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราตาย 8.4 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ ปี 2558 สถานการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศไทยพบเป็น 1 ใน 5 ของโรคมะเร็งที่มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตมากที่สุด ซึ่งมีอัตราการอุบัติการณ์ (Age-Standardized incidence Rates, ASR) ในเพศชายและหญิงเท่ากับ 15.2 และ 10.1 ต่อประชากรแสนคน^(2,3) และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี จังหวัดขอนแก่นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีอัตราการอุบัติการณ์ (ASR) ในเพศชายและหญิงเท่ากับ 13.1 และ 9.0 ต่อประชากรแสนคน⁽⁴⁾ ปี 2559 อำเภอมีชัยวาปี จังหวัดขอนแก่น พบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยปี 2558 มีอัตราการอุบัติการณ์ 18.1 ต่อประชากรแสนคนและมีอัตรา

อุบัติการณ์ 18.3 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2559 ซึ่งมีแนวโน้มที่จะพบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มมากขึ้น⁽⁵⁾

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีทฤษฎีชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่กับปัจจัยต่างๆ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยทางด้านพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยด้านพันธุกรรมคือการมีประวัติสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยเฉพาะเป็นญาติสายตรง (First degree relative) นอกจากนั้นผู้ป่วยที่เป็นโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น⁽⁶⁾ โดยร้อยละ 75 ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมดมีสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น อุปนิสัยการบริโภคอาหารประเภทไขมันสัตว์ เนื้อสัตว์ และการบริโภคอาหารที่มีเส้นใยไม่เพียงพอ⁽⁷⁾ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตประจำวันที่เร่งรีบ การแข่งขันที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้บุคคล

มีพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกาย⁽⁸⁾ เป็นต้น

พฤติกรรมเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำโดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อและการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกันอย่างเหมาะสม ซึ่งผ่านกระบวนการกลั่นกรองและตั้งใจเพื่อให้ผู้อื่นได้สัมผัสรับรู้⁽⁹⁾ พฤติกรรมเสี่ยงส่งผลกับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็ง ซึ่งบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจะมีการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น⁽¹⁰⁾ การรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นการประเมินตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รวมถึงการประเมินความรุนแรงที่มีผลต่อตนเองและการดำเนินชีวิต ตามแนวคิดการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพของเบคเกอร์ คือแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁽¹¹⁾ หากบุคคลมีพฤติกรรมและรับรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีแนวโน้มที่จะดำเนินการเพื่อป้องกัน หรือควบคุมภาวะสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์⁽¹²⁾ นอกจากนี้การมีพฤติกรรมและการรับรู้การเกิดโรคที่ถูกต้องจะช่วยให้บุคคลสามารถประเมินโอกาส หรือภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม⁽¹³⁾ เช่น ผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน หลีกเลี่ยงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ในทางตรงกันข้ามการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้⁽¹⁴⁾

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่⁽¹⁰⁾ โดยผู้มีอายุมากกว่า 30 ปีรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็น 2.2 เท่าของผู้มีอายุน้อยกว่า 30 ปี⁽¹⁵⁾ และระดับการศึกษาที่มีผลต่อการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ผู้มีประวัติสมาชิก

ครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่จะรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็น 1.76 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่⁽¹⁷⁾ ซึ่งผู้ป่วยเป็นลำไส้อักเสบเรื้อรังจะมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มสูงขึ้นจากคำแนะนำของแพทย์⁽¹⁸⁾ และผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงคือ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็น 3.9 เท่าของผู้ที่ไม่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽¹⁵⁾

เนื่องจากที่ผ่านมาจะพบการศึกษาในต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่^(15,17,19-20) อย่างไรก็ตามบริบทพื้นที่วัฒนธรรมจะมีความแตกต่างจากประเทศไทย และจากปัญหาความรุนแรงดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำข้อมูลไปใช้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมัญจาคีรี ระหว่างวันที่ 1-30 เมษายน 2561

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1-30 เมษายน 2561 โดยมีคุณสมบัติเป็นไปตามการคัดเลือกกลุ่มประชากรเข้าการศึกษา

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยที่มา
รับบริการที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ยินยอมเข้าร่วม
การศึกษาอย่างเต็มที่ ภายหลังจากได้รับฟังคำอธิบาย
และซักถามเกี่ยวกับการศึกษานี้อย่างละเอียด โดยการเซ็น
ชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 3) มีสติสัมปชัญญะสามารถ
ติดต่อสื่อสารได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือผู้ป่วยโรค
มะเร็งทุกชนิด

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์โดยใช้
แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากพื้นฐานแนวคิด
และองค์ความรู้ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การเกิดโรค
มะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งแบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการพิจารณา
จากผู้เชี่ยวชาญทางด้านเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน และได้ผ่าน
การทดลองใช้ (Try out) เพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำ
ไปสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างจริง ซึ่งแบบสัมภาษณ์

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1: ข้อมูลลักษณะส่วน
บุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ดัชนีมวลกาย ระดับการ
ศึกษา ประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ประวัติการป่วยด้วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง ส่วนที่ 2:
ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และการบริโภคผักและผล
ไม้ ส่วนที่ 3: ข้อมูลการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความ
รุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม
รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และแรงจูงใจ
ด้านสุขภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เวลาประมาณ
15-30 นาที/คน

คำนวณขนาดตัวอย่าง ซึ่งวิธีการทางสถิติที่ใช้ คือ
การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก จึงใช้สูตรการคำนวณ
ขนาดตัวอย่าง⁽²¹⁾ และกำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% ดังนี้

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2} [P(1-P)/B]^{1/2} + Z_{1-\beta} [P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)(1-B)]^{1/2}\}^2}{[(P_1 - P_2)^2(1-B)]}$$

$Z_{1-\alpha/2}$ คือ ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ (α)=0.05 และเป็นการทดสอบ
แบบสองทาง ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ คือ ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 (β = 0.20) ซึ่ง
เท่ากับ 0.84

P คือ ค่าสัดส่วนของตัวแปรหาได้จาก $(1-B)P_1 + BP_2$ มีค่าเท่ากับ 0.21

P_1 คือ ค่าสัดส่วนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และการไม่ดื่มเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ มีค่าเท่ากับ 0.16⁽¹⁵⁾

P_2 คือ ค่าสัดส่วนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
มีค่าเท่ากับ 0.43⁽¹⁵⁾

B คือ สัดส่วนของคนที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมดมีค่าเท่ากับ 0.17⁽¹⁵⁾

และทำการปรับขนาดตัวอย่างตามวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก จากสูตร⁽²¹⁾ ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{(1 - \rho_{1.2.3 \dots p}^2)}$$

ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 134 คน แต่เพื่อความน่าเชื่อถือในการทำวิจัยและป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 230 คน

การศึกษาใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) สุ่มจากลำดับบัตรคิวของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี ระหว่างวันที่ 1-30 เมษายน 2561 ที่เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จำนวนทั้งสิ้น 230 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางประชากร ซึ่งกรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องจะนำเสนอค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด กรณีข้อมูลแจกแจงนับ นำเสนอด้วยตารางแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ข้อมูลหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) นำเสนอผล Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}) ค่า 95 % CI และค่า p-value

การศึกษาวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น รหัสโครงการเลขที่ HE612064

ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.9 มีอายุระหว่าง 30-49 ปีร้อยละ 57.0 อายุเฉลี่ย 36.3 ปี ดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 39.6 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 31.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 39.1 มีประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และมีประวัติการป่วยด้วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรังร้อยละ 9.6 และ 3.5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น (n = 230)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	90	39.1
หญิง	140	60.9
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30 ปี	73	31.7
30 - 49 ปี	131	57.0
50 ปีขึ้นไป	26	11.3
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	36.3 (9.2)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	34 (23 : 59)	
ดัชนีมวลกาย		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 18.5 กก./ม. ²)	23	10.0
ปกติ (18.5 - 22.9 กก./ม. ²)	116	50.4
สูงกว่าเกณฑ์ (มากกว่าหรือเท่ากับ 23.0 กก./ม. ²)	91	39.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น (n = 230)(ต่อ)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	22.4 (3.6)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	21.8 (15.1 : 34.4)	
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	4	1.7
ประถมศึกษา	40	17.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	73	31.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	61	26.5
ประกาศนียบัตร	30	13.1
ปริญญาตรี	22	9.6
อาชีพ		
ว่างงาน	19	8.3
เกษตรกรกรรม	90	39.1
รับจ้าง	83	36.1
ธุรกิจส่วนตัว	24	10.4
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	6.1
ประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่		
มี	22	9.6
ไม่มี	202	87.8
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	6	2.6
ประวัติการป่วยด้วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง		
มี	8	3.5
ไม่มี	222	96.5

ลักษณะพฤติกรรมเสี่ยงของผู้มารับบริการต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
พฤติกรรมของผู้ป่วยที่มารับบริการสูบบุหรี่ร้อยละ

29.1 มีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 47.0
ออกกำลังกายเป็นประจำร้อยละ 29.1 มีพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้เป็นประจำร้อยละ 42.6 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยที่มาใช้บริการต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (n = 230)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบ/เคยสูบ	67	29.1
ไม่สูบ	163	70.9
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่ม/เคยดื่ม	108	47.0
ไม่ดื่ม	122	53.0
ประวัติการออกกำลังกาย		
ออกกำลังกายเป็นประจำ	67	29.1
ออกกำลังกายเป็นบางวัน/ไม่ออกกำลังกาย	163	70.9
ประวัติการบริโภคผักและผลไม้		
บริโภคเป็นประจำ	98	42.6
บริโภคเป็นบางวัน/ไม่บริโภค	132	57.4

ข้อมูลการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 23.5 รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เมื่อพิจารณาการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 17.8 และ 13.5 ซึ่งผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมัญจาคีรีรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 14.4 (ตารางที่ 3)

จำแนกตามรายด้าน พบว่ามีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพร้อยละ 100 รองลงมาคือรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม

ตารางที่ 3 การรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จำแนกตามรายด้าน (n = 230)

การรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่	ค่าเฉลี่ยของคะแนน (คะแนนเต็ม)	การรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่	
		จำนวน	ร้อยละ
		รับรู้	ไม่รับรู้
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่	22.3 (30)	41 (17.8)	189 (82.2)
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่	11.4 (15)	31 (13.5)	199 (86.5)
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม	11.4 (15)	54 (23.5)	176 (76.5)
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม	9.6 (12)	230 (100)	-
5. การรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ	7.1 (9)	230 (100)	-
รวมการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่	61.8 (81)	33 (14.4)	197 (85.6)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยไม่คำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ได้แก่ อายุ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 30–49 ปี มีการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็น 2.90 เท่าของผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ($OR=2.90$, 95% $CI= 1.05-7.98$, p -value = 0.040) ประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มีการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็น 4.18 เท่าของผู้ไม่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็ง

ลำไส้ใหญ่ ($OR=4.18$, 95% $CI=1.60-10.97$, p -value = 0.004) ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่ดื่มและเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็น 3.03 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($OR=3.03$, 95% $CI=1.37-6.71$, p -value=0.006) ส่วนปัจจัยเพศ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการป่วยด้วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง ประวัติการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการบริโภคผักและผลไม้ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value > 0.05) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยไม่คำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่น

ปัจจัย	การรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่		Crude		
	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n = 230)	รับรู้ จำนวน (ร้อยละ)	OR	95%CI	p-value
เพศ					0.973
ชาย	90	13 (14.4)	1		
หญิง	140	20 (13.6)	1.01	0.48–2.15	
อายุ (ปี)					
น้อยกว่า 30 ปี	73	5 (6.8)	1		
30 – 49 ปี	131	23 (17.6)	2.90	1.05–7.98	0.040
50 ปีขึ้นไป	26	5 (19.2)	3.24	0.85–12.28	0.084
ดัชนีมวลกาย					0.061
23.0 กก./ม. ² ขึ้นไป	91	18 (19.8)	1		
น้อยกว่า 23.0 กก./ม. ²	139	15 (10.8)	2.04	0.97–4.29	
ระดับการศึกษา					0.203
ไม่ได้รับการศึกษาหรือประถมศึกษา	44	9 (20.4)	1		
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	186	24 (12.9)	1.74	0.74 – 4.06	
อาชีพ					0.169
ว่างงาน/เกษตรกร/รับจ้าง	192	23 (12.0)	1		
ธุรกิจส่วนตัว/ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/อื่นๆ	38	10 (26.3)	2.62	0.77–4.54	

ตารางที่ 4 ปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยไม่คำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่น (ต่อ)

ปัจจัย	การรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่		Crude OR	95 %CI	p-value
	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n = 230)	รับรู้ จำนวน (ร้อยละ)			
ประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่					0.004
ไม่มี	208	25 (12.0)	1		
มี	22	8 (36.4)	4.18	1.60-10.97	
ประวัติการป่วยด้วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง					0.880
มี	8	1 (12.5)	1		
ไม่มี	222	32 (14.4)	1.18	0.14-9.91	
ประวัติการสูบบุหรี่					0.873
สูบ/เคยสูบ	67	10 (14.9)	1		
ไม่สูบ	163	23 (14.1)	1.07	0.47-2.38	
ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					0.006
ไม่ดื่ม	122	10 (8.2)	1		
ดื่ม/เคยดื่ม	108	23 (21.3)	3.03	1.37-6.71	
ประวัติการออกกำลังกาย					0.873
ออกกำลังกายเป็นบางวัน/ไม่ ออกกำลังกาย	163	23 (14.1)	1		
ออกกำลังกายเป็นประจำ	67	10 (14.9)	1.06	0.48-2.38	
ประวัติการบริโภคผักและผลไม้					0.266
บริโภคเป็นประจำ	98	17 (17.4)	1		
บริโภคเป็นบางวัน/ไม่บริโภค	132	16 (12.1)	1.52	0.73-3.19	

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) โดยการขจัดออกทีละตัวแปร จากการคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลเริ่มต้น (Initial Model) โดยเลือกตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มี 2 ปัจจัย คือ ประวัติสมาชิก

ครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ คือผู้มีประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่รับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็น 5.42 เท่าของผู้ไม่มีประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ($OR_{adj} = 5.42$, $95\%CI = 1.93-15.24$, $p\text{-value} = 0.001$) ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือผู้ที่ดื่มและเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็น 3.61 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($OR_{adj} = 3.61$, $95\%CI = 1.56-8.35$, $p\text{-value} = 0.003$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง (n=33)

สรุปและวิจารณ์

จากผลการศึกษาทำให้ทราบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น คือ ประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้มีประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่รับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็น 5.42 เท่าของผู้ไม่มีประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่พบช่วงเชื่อมั่นไม่กระชับ เนื่องจากอัตราส่วนการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่อปัจจัยประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดน้อย ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่พบผู้ที่ไม่มีประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็น 3.2 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก⁽¹⁵⁾ และผู้ที่มีประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็น 1.76 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่⁽¹⁷⁾ เนื่องจากผู้ที่มีประวัติสมาชิกครอบครัวป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยเฉพาะญาติสายตรง เช่น พ่อแม่ พี่หรือน้องหรือบุตร มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น และความเสี่ยงจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นเมื่อ

ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนอายุ 45 ปี รวมทั้งเกิดความกลัวว่าตนเองจะป่วยด้วยโรคมะเร็งเหมือนคนในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง จึงมีการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นผ่านทางครอบครัวของตนเอง⁽¹⁷⁾ เมื่อคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ญาติจะทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จึงมีการปรึกษาแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยและได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยญาติ และสมาชิกในครอบครัวรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จากคำแนะนำของแพทย์⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้ยังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นจากทีมผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาล และรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งที่สามารถแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่นและถึงแก่ชีวิตได้ ทำให้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง⁽²²⁾ และผู้ที่มีพฤติกรรมดื่มและเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็น 3.61 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็น 3.9 เท่าของผู้ที่ไม่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽¹⁵⁾ และผู้ที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รับรู้ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปากอยู่ในระดับสูงร้อยละ 57.7 แต่มีพฤติกรรมในการดูแลช่อง

ปากอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 90.5⁽²³⁾ เนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อสุขภาพของผู้ดื่มโดยตรง พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากและยาวนานจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบต่างๆในร่างกาย ผู้ดื่มจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น โดยผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะมีการเข้าสังคม หรือพบปะสังสรรค์ทางสังคมในการดื่มแอลกอฮอล์ บุคคลเหล่านี้จะมีการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นจากเพื่อนในกลุ่มเดียวกัน⁽²⁴⁾ เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองจากคำแนะนำของพยาบาล เมื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล⁽²⁵⁾ ซึ่งผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มากขึ้น จะรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ผู้ที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นต้องมีปัจจัยอื่นๆ เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันโรค เช่น สื่อประชาสัมพันธ์ (โทรทัศน์/สื่อสิ่งพิมพ์) ที่แสดงให้เห็นถึงอาการและความรุนแรงของโรค⁽²⁶⁾ และผู้ที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์จะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นจากการตักเตือนของคนในครอบครัว เพื่อน และสถานศึกษา⁽²⁷⁾ ส่วนปัจจัยเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการป่วยด้วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง ประวัติการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการบริโภคผักและผลไม้ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ แต่การศึกษาอื่นมีนัยสำคัญ^(15,17,19,28)

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ให้แก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล เพื่อให้มีการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้มีประวัติสมาชิกครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรค และหลีกเลี่ยง

พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

2. การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเท่านั้น ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาในประชาชนทั่วไปจะทำให้การสรุปผลครอบคลุมประชากรมากยิ่งขึ้น และควรมีการศึกษาประเด็นอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น วัฒนธรรม ค่านิยมของสังคม ที่อาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อนำปัจจัยที่ค้นพบมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลมัญจาคีรีที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และขอขอบคุณ คุณฉลองพล สารทอง นักวิชาการเวชสถิติ ปฏิบัติการ หน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้คำแนะนำด้านสถิติและแนวทางที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญญา จิระพรกุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์เนาวรัตน์ มณีนิล ที่ช่วยให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). Globocan2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Retrieved August 17, 2016, from: <http://globocan.iarc.fr>.
2. Khuhaprema T, Srivatanakul P. Colon and rectum cancer in Thailand: an overview. Jpn J Clin Oncol 2008; 38(4): 237-43.
3. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer 2015; 136: 359-86.

4. Weerawut I, Arkom C, Surapon W, Donsuk P, Krittika S, Suleeporn S, et al. Cancer in Thailand VIII, 2010–2012. Bangkok: New Thammada Press(Thailand); 2015.
5. ทะเบียนมะเร็งประชากรจังหวัดขอนแก่น. ระบุตำแหน่งโรคตามคู่มือของ International code disease–oncology 3 edition (ICD–O–3rd). ข้อมูล ณ วันที่ 21 กันยายน 2560. (เอกสารอัดสำเนา)
6. Karvellas C J, Fedorak RN, Hanson J, Wong CK. Increased risk of colorectal cancer in ulcerative colitis patients diagnosed after 40 years of age. *Can J Gastroenterol* 2007; 21(7): 443–6.
7. Poomphakwaen K, Promthet S, Suwanrungruang K, Chopjitt P, Songserm N, Wiangnon S. XRCCgene polymorphism, diet and risk of Colorectal cancer in Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;13: 4017–23.
8. Huxley RR, Ansary–Moghaddam A, Clifton P, Czernichow S, Parr CL, Woodward M. The impact of dietary and lifestyle risk factors on risk of colorectal cancer: a quantitative overview of the epidemiological evidence. *Int J Cancer* 2009; 125: 171–80.
9. วิมลศรี อุทัยพัฒนาชีพ. แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2556.
10. Robb KA, Miles A, Wardle J. Perceived risk of colorectal cancer: sources of risk judgments. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prevent* 2007; 16(4): 694–702.
11. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinate of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care*1975; 13(1): 10–24.
12. Beaujean DJ, Bults M, van Steenberghe JE, Voeten HA. Study on public perceptions and protective behaviors regarding Lyme disease among the general public in the Netherlands: implications for prevention programs. *BMC Public Health* 2013; 13: 225.
13. นูร์มา แวบือชา. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอปามาระ จังหวัดปัตตานี. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี 2551; 19(2): 72–85.
14. นางเยาว์ ไบยา. ปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
15. Al–Dubai SA, Ganasegeran K, Alabsi AM, Shah SA, Razali FM, Arokiasamy JT. Exploration of risk taking behaviors and perceived susceptibility of colorectal cancer among Malaysian adults: a community based cross–sectional study. *BMC Public Health* 2013; 13: 930.
16. Bidouei F, Abdolhosseini S, Jafarzadeh N, Izanloo A, Ghaffarzadehgan K, Abdolhosseini A, et al. Knowledge and perception toward colorectal cancer screening in east of Iran. *IJHPM* 2014; 3(1): 11–5.
17. Cameron E, Rose S, Carey M. Assessment of family history of colorectal cancer in primary care: Perceptions of first degree relatives of people with colorectal cancer. *Patient Educ Couns* 2014; 94(3): 427–31.
18. Friedman S, Cheifetz AS, Farraye FA, Banks PA, Makrauer FL, Burakoff R et al. Doctor message can alter patients behavior and attitudes regarding inflammatory bowel disease and colon cancer. *Inflamm Bowel Dis* 2012; 18(8): 1531–9.

19. Bittner Fagan H, Sifri R, Wender R, Schumacher E, Reed JF. Weight status and perception of colorectal cancer risk. *J Am Board Fam Med* 2012; 25(6): 792-7.
20. Dear K, Scott L, Chambers S, Corbett MC, Taupin D. Perception of colorectal cancer risk does not enhance participation in screening. *Therap Adv Gastroenterol* 2008; 1(3): 157-67.
21. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med* 1998; 17(14): 1623-34.
22. กาญจนา อุบลพงษ์. การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม โรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารกองการพยาบาล* 2555; 39(3): 51-64.
23. กุลชญา ลอยหา. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปาก ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น* 2559; 23(2): 1-8.
24. วิจิตมา แสนเรือง. ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการไม่บริโภคอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการตรวจคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย และบริการจัดการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CASCAP). *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร* 2559; 19(1): 23-9.
25. ไศภินสิริ ยุทธวิสุทธิ. การปรับพฤติกรรมการดื่มสุราในชุมชน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี* 2559; 27(2): 160-8.
26. นิยะนันท์ สำเภาเงิน, ดวงกมลชาติประเสริฐ. อิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพ และแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเสี่ยง. *วารสารการประชาสัมพันธ์และการโฆษณา* 2557; 7(2): 38-58.
27. ชลธิชา อรุณพงษ์. พฤติกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดอุบลราชธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2552.
28. Wong MC, Hirai HW, Luk AK, Lam TY, Ching JY, Griffiths SM et al. The knowledge of colorectal cancer symptoms and risk factors among 10,078 screening participants: are high risk individuals more knowledgeable. *PLOS ONE* 2013;8(4): e60366.