

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอน้ำพอง
จังหวัดขอนแก่นคณยศ ชัยอาจ⁽¹⁾, ชนัญญา จิระพรกุล^{(2)*}, เนาวรัตน์ มณีนิล⁽²⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 10 พฤษภาคม 2562

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 15 กรกฎาคม 2562

บทคัดย่อ

* ผู้รับผิดชอบบทความ

(1) นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาการระบาด

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

(2) สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colorectal Cancer; CRC) เป็นโรคที่พบบ่อย 1 ใน 5 อันดับแรกของโรคมะเร็งของประชากรทั่วโลก ในประเทศไทยเพศชายพบอุบัติการณ์ (Age Standardized Rate; ASR) 14.4 ต่อประชากรแสนคน และเพศหญิง ASR 11.2 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดขอนแก่น พบ ASR ในเพศชาย 13.1 ต่อประชากรแสนคน เพศหญิง 9.0 ต่อประชากรแสนคน ทั้งนี้สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงอาจมีหลายปัจจัย แต่ที่สำคัญความรู้ที่เกี่ยวข้องอาจช่วยให้ประชาชนมีความตระหนักในการป้องกันตนเองได้ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ลำไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระโดยวิธีอิมมูโนเคมีคอล (iFOBT) ในประชากรไทยอายุ 45-74 ปี: การวิจัยเชิงทดลองในระดับชุมชน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 310 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เมื่อได้ครบตามจำนวนแล้วหยุดทันที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) กรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงปกตินำเสนอความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และกรณีที่ข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด โดยคะแนนความรู้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของบลูม ได้แก่ ความรู้ระดับต่ำ ความรู้ระดับปานกลาง และความรู้ระดับสูง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 58.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.8 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 5,359.3 บาท ไม่มีประวัติครอบครัวป่วยเป็นมะเร็ง ร้อยละ 85.5 มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 78.4 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.7 คะแนน (S.D.±1.5) จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน มีความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 50.6 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.5 คะแนน (S.D.±2.1) จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน มีความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 83.2 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.3 คะแนน (S.D.±1.0) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน และมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงระดับอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 85.5 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.9 คะแนน (S.D.±0.7) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคและความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมความรู้เรื่องสาเหตุการเกิดและความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และเล็งเห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง, ความรู้

Original Article

Knowledge of Colorectal Cancer of risk population at Namphong District,
Khon Kaen ProvinceKanayod Chaiarch⁽¹⁾, Chananya Jirapomkul^{(2)*}, Naowarat Maneenin⁽²⁾

Received Date: 10 May 2019

Accepted Date: 15 July 2019

Abstract

Colorectal Cancer (CRC) is one fifth most common cancer diseases in the world. In Thailand, the incidence of CRC of Age Standardized Rate (ASR) in male 14.4 per 100,000 populations and female ASR 11.2 per 100,000 populations. Khon Kaen ASR in male 13.1 per 100,000 populations female 9.0 per 100,000 populations. The cause of colorectal cancer may be many factors. But more importantly, relevant knowledge may help people to be aware of self-protection. The aims of this study was the knowledge of colorectal cancer of risk population at Namphong district, Khon Kaen province.

The Descriptive study, The sample group was the people who sign the consent form to Participation in Colorectal Cancer Screening Using Immunochemical Fecal Occult Blood Test (iFOBT) in Thai Population Aged 45-74 years: Experimental research at community level, Namphong District, Khon Kaen Province, a total of all 310 subject. Use a Purposive sampling. Collect data by interview once the amount has been reach and stop immediately. Analyzed by using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation in the case of normal standard distribution, and the median is the maximum, the minimum in cause of data is not standard distribution). The knowledge level is divided into 3 levels according to Bloom's criteria: low level of knowledge, moderate level of knowledge and high level of knowledge.

The samples were 58.5 years old, 67.7% were female, 75.5% had marital status, 74.8% had the highest level of primary education, average family income was 5,359.3 baht, Most of them had no family history of cancer 85.5%. Knowledge of the causes for colorectal cancer is low 78.4%, with an average of 4.7 points (S.D.±1.5) from the full score of 9 points, knowledge of sign for colorectal cancer is high 50.6%, with an average of 4.5 points (S.D.± 2.1) from the full score of 7 points, knowledge of screening for colorectal cancer is low 83.2%, with an averaged 1.3 points (S.D.±1.0) from the full score of 4 points, and knowledge about how to prevent colorectal cancer is high 85.5%, with an averaged 3.9 points (S.D.± 0.7) from the full score of 5 points.

Risk groups have low knowledge about the cause of the disease and the knowledge of colorectal and colon cancer screening. Therefore, knowledge about the causes and knowledge about colorectal cancer screening should be promoted. In order that education the public and to recognize the importance of colorectal cancer screening.

Keywords: Colorectal Cancer, Knowledge

* Corresponding author

(1) Master of Public Health Student in
Epidemiology, Faculty of Public Health,
Khon Kaen University

(2) Department of Department of
Epidemiology and Biostatistics,
Faculty of Public Health,
Khon Kaen University

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Colorectal Cancer; CRC) เป็นโรคที่พบบ่อย 1 ใน 5 อันดับแรกของโรคมะเร็งของประชากรทั่วโลก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556) ประเทศไทย ในเพศชายพบอุบัติการณ์ (Age Standardized Rate; ASR) 14.4 ต่อประชากรแสนคน และเพศหญิง ASR เท่ากับ 11.2 ต่อประชากรแสนคน (Cancer Registry Unit, National Cancer Institute Thailand, 2015) จังหวัดขอนแก่น พบ ASR ในเพศชาย เท่ากับ 13.1 ต่อประชากรแสนคน เพศหญิง เท่ากับ 9.0 ต่อประชากรแสนคน (Sarakan et al., 2017) อำเภอน้ำพอง มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงรายใหม่ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2549-2558 โดยในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยรายใหม่ 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.1 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด ซึ่งในปี พ.ศ. 2549 พบผู้ป่วยรายใหม่เพียง 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.98 (ทะเบียนมะเร็งประชากรจังหวัดขอนแก่น, 2560)

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จัดเป็นโรคของผู้ใหญ่ เพราะมักพบในช่วงอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีการเจริญเติบโตมาจากหูดที่เป็นเยื่ออยู่ด้านในของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเรียกว่า ตัง (Polyp) ซึ่งผู้ที่มีการเจริญเติบโตหรือขยายตัวของตังมากขึ้นเรียกว่า เนื้องอก (adenomas) และส่วนใหญ่ต้องใช้เวลามากกว่า 10 ปี ถึงพัฒนามาเป็นมะเร็ง แต่ถ้าตรวจวินิจฉัยและรักษาได้เร็วก็มีโอกาสที่จะหายขาดได้ และช่วยลดภาระค่าใช้จ่าย โดยหลังการผ่าตัดมีโอกาสรอดชีวิตเกิน 5 ปี ร้อยละ 90 แต่ถ้าตรวจพบล่าช้ามะเร็งลามไปถึงต่อมน้ำเหลือง อัตรารอดชีวิตที่ 5 ปี จะลดลงเหลือ ร้อยละ 65 (Douglas & Liangpunsakul, 2007; สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ้ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2560, ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ประชาชนตำบลกุดน้ำใส อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงระดับต่ำ (ประสพสุข จุฑา., 2559) ประชาชนที่อาศัยอยู่เมืองริยาร์ดประเทศซาอุดีอาระเบีย จะมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหากได้รับฟังข้อมูลเกี่ยวกับโรค มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Almadi et al., 2015) ชาวจีนที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Fecal Occult Blood Test (FOBT) จะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้

ใหญ่และลำไส้ตรงเพิ่มสูงขึ้น (Ng et al., 2007) ซึ่งการศึกษาในต่างประเทศส่วนใหญ่พบว่า ถ้าหากต้องการให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเพิ่มขึ้น ประชาชนต้องได้รับฟังข้อมูลข่าวสารต่างๆ หรือได้รับการตรวจคัดกรองก่อน แต่ในประเทศไทยพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โดยเฉพาะการศึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงยังมีค่อนข้างน้อย ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงอาจมีหลายปัจจัย แต่ที่สำคัญความรู้ที่เกี่ยวข้องอาจช่วยให้ประชาชนมีความตระหนักในการป้องกันตนเองได้ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงต้องการศึกษาความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ความรู้แก่ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และเล็งเห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

- **รูปแบบการวิจัย**

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

- **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชาชนที่ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ลำไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระโดยวิธีอิมมูโนเคมีคอล (iFOBT) ในประชากรไทยอายุ 45-74 ปี: การวิจัยเชิงทดลองในระดับชุมชน อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 310 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เมื่อได้ครบตามจำนวนแล้วหยุดทันที

- **เครื่องมือการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครอบคลุมวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านประชากร ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ครอบครัวต่อเดือน ประวัติครอบครัวป่วยเป็นมะเร็ง การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้ประกอบด้วยข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จำนวน 9 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จำนวน 7 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จำนวน 4 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นข้อมูลแจกแจง 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่และไม่แน่ใจ โดยให้ค่าข้อมูล 1=ใช่ 0=ไม่ใช่และไม่แน่ใจ โดยนำเกณฑ์การประเมินที่ได้ประยุกต์แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971 อ้างถึงใน ศักดิ์ชัย กามโร, 2558) ดังนี้

ระดับความรู้	เกณฑ์คะแนน
-ต่ำ	คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60
-ปานกลาง	คือ คะแนนระหว่างร้อยละ 61-79.99
-สูง	คือ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

● การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูลภายใต้โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ลำไส้ตรง ด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระโดยวิธีอิมมูโนเคมีคอล (iFOBT) ในประชากรไทยอายุ 45-74 ปี: การวิจัยเชิงทดลองในระดัชมัชชน อำเภอโนนสูง จังหวัดขอนแก่น จากหัวหน้าโครงการวิจัยฯ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยผู้วิจัยประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน และผู้ช่วยนักวิจัยระดับการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง 2 คน ซึ่งได้ผ่านการอบรมก่อนการเก็บข้อมูลทำการสัมภาษณ์ จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นจึงเริ่มทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาในการ

สัมภาษณ์ 30 นาทีต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 คน และรวบรวมแบบสัมภาษณ์ส่งคืนผู้วิจัย ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 26-28 มีนาคม 2561

● ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE612032

● การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 11 (ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น) โดยสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

- สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) นำเสนอความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกรณีที่มีข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ในกรณีที่ข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ด้านประชากร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 55-64 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 58.5 ปี (S.D.±8.1) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.7 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75.5 ระดับการศึกษาสูงสุดจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 74.8 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 2,000-6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 48.0 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติครอบครัวป่วยเป็นมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 85.5 และได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง คิดเป็นร้อยละ 55.2 รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

2. ด้านความรู้ พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 78.4 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.7 คะแนน (S.D.±1.5) จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน มีความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 50.6 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.5 คะแนน (S.D.±2.1) จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน มีความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 83.2 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.3 คะแนน (S.D.±1.0) จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน และมีความรู้

เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ระดับอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 85.5 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.9 คะแนน (S.D.±0.7) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

บทสรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีอายุอยู่ในช่วง 55-64 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ประชาชนที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีโอกาสเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเพิ่มขึ้น (Suh et al., 2015) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้น จะเกิดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เพิ่มขึ้น ดังที่ O'Donnell (2002) ได้กล่าวไว้ว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ นั้นขึ้นอยู่กับความรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นๆ ก่อน สอดคล้องกับบทความวิชาการที่กล่าวไว้ว่าผู้ที่มีอายุ 50-70 ปี ถือเป็นวัยทอง ซึ่งเป็นวัยที่ร่างกายถดถอย และมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้บ่อยกว่าวัยอื่นๆ จึงทำให้มีความตระหนักในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพต่างๆ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี และการเข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพอื่นๆ ในชุมชน (ณัฐพิริยชมรภทพรรณ, 2560) ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้หญิงชาวอังกฤษ มีโอกาสเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมากกว่าผู้ชาย (Kobayashi, Wardle, & von Wagner, 2014) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเพศหญิงเป็นเพศที่มีธรรมชาติของความละเอียดอ่อนใส่ใจตัวเองมากกว่าเพศชาย ดังนั้นจึงดูแลสุขภาพได้ดีกว่าเพศชาย และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพต่างๆ มากกว่าเพศชาย (สุพาพร เทพยสุวรรณ, 2560) ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ประชาชนในประเทศเกาหลีที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีโอกาสเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (Myong et al., 2012) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าประชาชนที่มีสถานภาพสมรสคู่อาจได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับ PRECEDE Framework ที่ว่าปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคล และแหล่งที่มาส่วนใหญ่คือ มาจากครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทาง

การแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงสื่อมวลชน (Green et al., 1980 อ้างถึงใน นันทิดา จันต๊ะวงศ์ และคณะ, 2017)

ปัจจัยด้านความรู้มีทั้งหมด 4 ด้าน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงยังมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง และความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ประชาชนตำบลกุดน้ำใส อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงระดับต่ำ (ประสพสุข จุฑา., 2559) เมื่อพิจารณารายละเอียดแล้วกลับพบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับอาการแสดง และวิธีการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงอยู่ในระดับสูง จึงอาจกล่าวได้ว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังขาดความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ลำไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระโดยวิธีอิมมูโนเคมีคอล (iFOBT) ดังนั้นหากมีการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและวิธีการตรวจคัดกรองโรค และความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมากขึ้น อาจจะทำให้ระดับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและวิธีการตรวจคัดกรองโรคของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ PRECEDE Framework ที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย และความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เสมอไป ต้องมีการเพิ่มปัจจัยด้านอื่นๆ ประกอบด้วย (Green et al., 1980 อ้างถึงใน นันทิดา จันต๊ะวงศ์ และคณะ, 2017)

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

1. ควรมีการส่งเสริมความรู้เรื่องการตรวจคัดกรอง และสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเพิ่มมากขึ้น
2. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรใช้โปรแกรมสุขศึกษามาช่วยในการส่งเสริมความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

- ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช. (2560). มะเร็งลำไส้ใหญ่. ค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2560, จาก <http://charuwat.tripod.com>
- ณัฐพรชัย มรกตพรรณ. (2560). ตรวจสุขภาพประจำปีสำคัญอย่างไร. ค้นเมื่อ 30 ตุลาคม 2560, จาก <https://www.phyathai.com>
- ทะเบียนมะเร็งประชากรจังหวัดขอนแก่น. (2560). ระบุตำแหน่งโรคตามคู่มือของ International code disease-oncology 3 edition (ICD-O-3rd): ข้อมูล ณ วันที่ 21 กันยายน 2560. ขอนแก่น: ทะเบียนมะเร็งประชากรจังหวัดขอนแก่น.
- นันทิดา จันทะวงศ์ และคณะ. (2017). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 28(1), 63-79.
- ประสพสุข จรูฑา. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของประชากรอายุ 50-70 ปี ตำบลกุดน้ำใส อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศักดิ์ชัย กามโร. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดีของญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2556). แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2556-2560. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาธารณสุขศึกษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2560). การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่. ค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2560, จาก <http://www.chulacancer.net>
- สุภาพร เทพยสุวรรณ. (2560). บทเรียนที่ผู้ชายเรียนรู้จากผู้หญิง. ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2560, จาก <https://mgronline.com>
- Almadi, M. A., Mosli, M. H., Bohlega, M. S., Al Essa, M. A., AlDohan, M. S., Alabdallatif, T. A., et al. (2015). Effect of public knowledge, attitudes, and behavior on willingness to undergo colorectal cancer screening using the health belief model. *Saudi Journal of Gastroenterology*, 21(2), 71-77.
- Cancer Registry Unit, National Cancer Institute Thailand. (2015). *Cancer in Thailand volume 8, 2011-2012*. Bangkok: New Thammasa Press (Thailand) Co., Ltd.
- Douglas, K. R., & Liangpunsakul, S. (2007). *Colorectal cancer screening*. Bethesda, MD: The American College of Gastroenterology.
- Fatima, A. H., & Robin, P. B. (2009). Colorectal cancer epidemiology: Incidence, mortality, survival, and risk factors. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 22(4), 191-197.
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., & von Wagner, C. (2014). Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Preventive Medicine*, 61, 100-105.
- Myong, J. P., Shin, J. Y., & Kim, S. J. (2012). Factors associated with participation in colorectal cancer screening in Korea: The Fourth Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES IV). *International Journal of Colorectal Disease*, 27(8), 1061-1069.
- Ng, E. S. T., Tan, C. H., Teo, D. C. L., Seah, C. Y. E., & Phua, K. H. (2007). Knowledge and perceptions regarding colorectal cancer screening among Chinese: A community-based survey in Singapore. *Preventive Medicine*, 45(5), 332-335.
- O'Donnell, M. P. (Ed.). (2002). *Health promotion in the workplace* (3rd ed.). Albany, NY: Delmar.
- Sarakarn, P., Suwanrungruang, K., Vatanasapt, P., Wiangnon, S., Promthet, S., Jenwitheesuk, K., et al. (2017). Join point analysis trends in the incidence of colorectal cancer in Khon Kaen, Thailand (1989-2012). *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(4), 1039-1043.
- Suh, M., Choi, K. S., Lee, H. Y., Hahm, M. I., Lee, Y. Y., Jun, J. K., et al. (2015). Socioeconomic disparities in colorectal cancer screening in Korea: A nationwide cross-sectional study. *Medicine*, 94(39), e1368.

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอโนนสูง จังหวัดขอนแก่น

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง (n=310)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ		
45-54 ปี	104	33.5
55-64 ปี	128	41.3
65 ปีขึ้นไป	78	25.2
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	58.5 (±8.1)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	59 (45:74)	
2. เพศ		
ชาย	100	32.3
หญิง	210	67.7
3. สถานภาพสมรส		
คู่	234	75.5
โสด	29	9.4
หม้าย	39	12.6
หย่า/แยกกันอยู่	8	2.5
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	232	74.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	44	14.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	18	5.8
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	8	2.6
ปริญญาตรี	8	2.6
5. รายได้ครอบครัวต่อเดือน		
< 2,000 บาท	72	23.0
2,000-6,000 บาท	148	48.0
6,000 บาทขึ้นไป	90	29.0
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	5,359.3 (±5,401.1)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	3,500 (600:30,000)	
6. ประวัติครอบครัวป่วยเป็นมะเร็ง (เช่น พ่อ แม่ และญาติสายตรง)		
ไม่มี	265	85.5
มี	45	14.5
7. การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง		
ไม่ได้รับ	139	44.8
ได้รับ	171	55.2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอโนนสูง จังหวัดขอนแก่น

ข้อความถามเกี่ยวกับความรู้	กลุ่มตัวอย่าง (n=310)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง		
ความรู้ระดับต่ำ (<ร้อยละ 60)	243	78.4
ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61-79.99)	63	20.3
ความรู้ระดับสูง (>ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	4	1.3
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	4.7 (±1.5)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	5 (0:8)	
2. ความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง		
ความรู้ระดับต่ำ (<ร้อยละ 60)	111	35.8
ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61-79.99)	42	13.6
ความรู้ระดับสูง (>ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	157	50.6

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

ข้อความถามเกี่ยวกับความรู้	กลุ่มตัวอย่าง (n=310)	
	จำนวน	ร้อยละ
2. ความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (ต่อ)		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		4.5 (± 2.1)
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)		6 (0:7)
3. ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง		
ความรู้ระดับต่ำ ($\leq$ ร้อยละ 60)	258	83.2
ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61-79.99)	44	14.2
ความรู้ระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	8	2.6
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		1.3 (± 1.0)
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)		1 (0:4)
4. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง		
ความรู้ระดับต่ำ ($\leq$ ร้อยละ 60)	16	5.2
ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61-79.99)	29	9.3
ความรู้ระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	265	85.5
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		3.9 (± 0.7)
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)		4 (0:5)