

บทความวิจัย (Research article)

ความตระหนักในการดูแลสุขภาพและผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Health Care Awareness and Colorectal Cancer Screening Result,

Ampher Koh Samui, Suratthani Province

สายพิรุณ เจริญจิตต์^{1*}

Saipirun Charoenchit^{1*}

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: surg_hpt@hotmail.com) โทรศัพท์ 081-5361975

(Received: February 22, 2020; Revised: April 2, 2020; Accepted: April 15, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลการคัดกรองและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ความพึงพอใจต่อการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และเปรียบเทียบความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจำแนกตามระดับการศึกษา รายได้และอาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่เข้าร่วมโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 172 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แบบสอบถามความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว ผลการวิจัยปรากฏ ดังนี้

1. ผลการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่าง พบผิดปกติ ร้อยละ 21.51 ซึ่งเป็นตึงเนื้ออก ร้อยละ 19.19 และพบก้อนเนื้อ ร้อยละ 2.32 ตามลำดับ และมีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 12.79 มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.46 ดื่มสุรา ร้อยละ 13.37 รับประทานผักผลไม้ไม่น้อยกว่าเนื้อสัตว์ ร้อยละ 44.19 และมีประวัติการขับถ่ายที่ผิดปกติ ร้อยละ 29.49 และมีความพึงพอใจต่อการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยรวมในระดับสูง ($M = 2.64$, $SD = .38$)
2. มีความความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยรวมในระดับสูง ($M = 2.17$, $SD = .29$)
3. ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแตกต่างกันตามระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Registered nurse (Professional level), Koh Samui hospital, Suratthani province

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ในการส่งเสริมความตระหนักในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนั้น ควรคำนึงถึงความแตกต่างทางลักษณะประชากรทั้งระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงต่อไป

คำสำคัญ: ความตระหนัก, การดูแลสุขภาพ, การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

Abstract

This survey research aimed to study the screening and risk factors of colorectal cancer, colorectal cancer screening satisfaction, and health care awareness and to compare health care awareness between aspects of education, income, and occupation. The samples were 172 people who participate in colorectal cancer screening program at Koh Samui, Suratthani province. The research tools were colorectal cancer screening documents, health care awareness, and colorectal cancer screening satisfaction questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics, and One-way ANOVA test. The results were as follows:

1. The colorectal cancer screening result abnormalities were at 21.51%, which are 19.19% with the polyp, and 2.32% with the lump. The risk factors linked with colorectal cancer were family history of colorectal cancer (12.79%), smoking (13.37%), and drinking alcohol (10.46%). Nearly half of the participants reported ate fruits and vegetables less than meat (44.19%) and 29.49% had abnormal bowel history. The overall satisfaction of the participants were at good level ($M = 2.64$, $SD = .38$).

2. The overall health care awareness of colorectal cancer was at a good level ($M = 2.17$, $SD = .29$).

3. Significant differences were found in the level of education, occupation, and income with health care awareness for colorectal cancer ($p < .05$).

This study highlights in promoting colorectal cancer screening that should be considering the differences in the characteristics of the population such as educational level, occupation, and income in order to achieve a positive outcome and reduce the risk of colorectal cancer.

Keywords: Awareness, Health care, Colorectal cancer screening

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal cancer: CRC) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก ถ้าวินิจฉัยได้เร็วและได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ถึงร้อยละ 90 แต่ถ้าเป็นระยะท้ายซึ่งมีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นๆ อัตราการรอดชีวิตลดลงเหลือเพียงร้อยละ 10 (O'Connell, Maggard, & Ko, 2004) มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของมะเร็งทั้งหมด สำหรับประเทศไทยพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเพิ่มขึ้นทุกปี เป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย และเป็นอันดับ 5 ในเพศหญิง (วิชญ์ ปานจันทร์, เสาวคนธ์ ศุภโรยอิน, อาคม ชัยวิระวัฒน์, และวีรฤติ อิมสำราญ, 2558) มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสามารถทำการตรวจหาได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก โดยการคัดกรองด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ซึ่งถือว่าการตรวจที่มีความไวสูงในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งได้ผลแม่นยำกว่าวิธีการตรวจหาเลือดตกค้างในอุจจาระ (Fecal Occult Blood Test: FOBT) และการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Sigmoidoscopy) (Sung et al., 2003) เพราะมองเห็นรอยโรคได้โดยตรงและตลอดทั้งลำไส้ใหญ่ รวมทั้งการเก็บตัวอย่างชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจและทำการรักษาโดยตัดติ่งเนื้อที่พบออก โดยเฉพาะในเพศหญิงและผู้สูงอายุ ซึ่งมักทนต่อการตรวจด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ได้น้อยกว่า (Khalid-de Bakker et al., 2011) ทั้งนี้ การตรวจคัดกรองพบการเป็นมะเร็งในระยะต้นๆ แล้วทำการรักษา ทำให้เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษามะเร็งในระยะลุกลาม นอกจากนี้ การตรวจพบในระยะที่ยังไม่เป็นมะเร็งหรือเป็นเนื้องอกธรรมดา เมื่อทำการรักษาโดยการตัดทิ้งแล้ว จะช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

โรงพยาบาลเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ร่วมกับเทศบาลเกาะสมุยทำการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยได้ดำเนินการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในปี 2560 จำนวน 393 คน พบติ่งเนื้อ (Polyp) ร้อยละ 33.60 ถุงที่ผนังลำไส้ (Diverticulum) ร้อยละ 6.40 ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (Chronic colitis) ร้อยละ 0.80 ริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid) ร้อยละ 1.50 และมะเร็งลำไส้ใหญ่ชนิด Adenocarcinoma ร้อยละ 1.00 ในปี 2561 ส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ จำนวน 208 คน พบติ่งเนื้อ (Polyp) ร้อยละ 20.60 ถุงที่ผนังลำไส้ (Diverticulum) ร้อยละ 5.30 ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (Chronic colitis) ร้อยละ 1.40 ริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid) ร้อยละ 3.80 และมะเร็งลำไส้ใหญ่ชนิด Adenocarcinoma ร้อยละ 1.00 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเกาะสมุย, 2562) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการพบติ่งเนื้อ (Polyp) ซึ่งสามารถพัฒนาไปเป็นลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้ ดังนั้น ในปี 2562 โรงพยาบาลเกาะสมุย จึงได้ร่วมกับเทศบาลเกาะสมุยทำการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงต่อ ด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ โดยมีเป้าหมายการตรวจคัดกรองจำนวน 300 คน

การดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นกระบวนการเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพของตนเองไม่เกิดการเจ็บป่วย ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพให้กับครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชน (ชาลินี พรตเจริญ, 2556) การให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองให้ห่างไกลจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนั้น จำเป็นต้องอาศัย

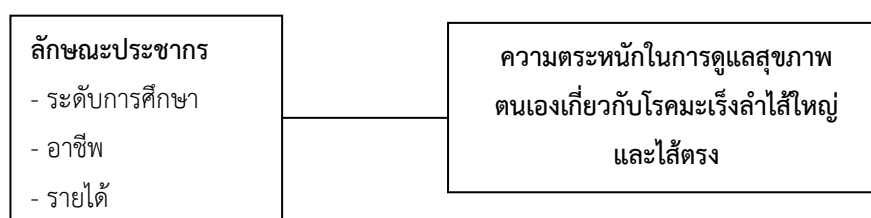
ความรู้และประสบการณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีความรับผิดชอบตนเอง เข้าใจและรู้จักตนเอง จะส่งผลให้บุคคลมีความตระหนักและพฤติกรรมกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพ การเป็นโรค ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการให้ความรู้ สร้างความตระหนักถึงการตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะเริ่มแรก จึงได้ทำการศึกษาความตระหนักในการดูแลสุขภาพต่อการเกิด โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ความพึงพอใจต่อการคัดกรองและผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผน และพัฒนาระบบการให้บริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงให้เกิดประสิทธิภาพที่ดี ตลอดจนการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมระบบคัดกรองตั้งแต่แรกและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเพื่อสามารถลดอุบัติการณ์ และอัตราการตายจาก โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการคัดกรองและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และความพึงพอใจต่อการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาระดับของความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
3. เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงตามอาชีพ ระดับการศึกษาและรายได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาระดับความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ความพึงพอใจต่อการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมทั้งศึกษาระดับของความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และเปรียบเทียบความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงตามอาชีพ ระดับการศึกษาและรายได้ ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี อายุ 50 – 70 ปี ที่มีญาติสายตรงเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หรือมีประวัติขับถ่ายผิดปกติ (ถ่ายอุจจาระมีมูกปน มีเลือดออกทางทวารหนัก มีขนาดอุจจาระที่ลีบลง หรือมีท้องผูกเป็นประจำ) และสมัครใจมาตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง จำนวน 300 คน

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณจากสูตรของ Yamane (1967) ค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 172 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยใช้ตารางเลขสุ่มจากทะเบียนข้อมูลการมาตรวจคัดกรอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด คือ

1. แบบคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นแบบเลือกตอบเกี่ยวกับ ประวัติครอบครัว ในการป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ความสัมพันธ์กันในเครือญาติอย่างไร ประวัติส่วนตัวเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การรับประทานอาหาร การขับถ่าย อาการผิดปกติ ได้แก่ น้ำหนักลด อาการปวดท้องบ่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ประวัติเคยเป็นมะเร็งลำไส้หรือมีติ่งเนื้อที่ทวารหนัก และผลการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

2. แบบสอบถามความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองและความพึงพอใจต่อการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำแนกออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และช่องทางการรับทราบว่ามี การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งเป็นแบบตรวจสอบรายการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 0 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน เห็นด้วยให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 3 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 9 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่พอใจ ให้ 0 คะแนน น้อย ให้ 1 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน และมาก ให้ 3 คะแนน

โดยที่มีเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงความพึงพอใจต่อการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ออกเป็น 3 ระดับ (Best & James, 1986) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.01 – 2.00 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0 – 1.00 หมายถึง ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อดูความถูกต้อง เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และวิเคราะห์ค่ามีดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence: IOC) มีค่าระหว่าง 0.60 – 1.00 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนที่ตรวจคัดกรองฯ โดยมีใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เท่ากับ .73 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เท่ากับ .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือนสิงหาคม – ตุลาคม พ.ศ.2562 โดยได้มีการประชุมชี้แจงทีมงานผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถาม ตลอดจนสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น โดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างและทำลายแบบสอบถาม หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากแบบคัดกรอง ปัญหาอุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรคโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และความพึงพอใจต่อการคัดกรองโรคโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงตามลักษณะประชากรโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ 32/2562 ลงวันที่ 24 กันยายน พ.ศ.2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 50 - 59 ปี ร้อยละ 59.30 โดยมีอายุเฉลี่ย 57.90 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.90 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 31.97 รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ระดับอนุปริญญา/ปวส. และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 27.33, 23.26, 9.88 และ 7.56 ตามลำดับ มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 33.72 รองลงมาคือ ทำงานบ้าน/ช่วยเหลืองานในครอบครัว อาชีพรับ

ราชการ/รัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย เกษตรกรรม และข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 16.28, 14.53, 12.79, 9.88, 8.15 และ 4.65 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ ตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 57.56 โดยมีรายได้เฉลี่ย 21,819.50 บาท/เดือน และส่วนใหญ่ทราบว่ามีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 91.90

2. ผลการคัดกรองและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และความพึงพอใจต่อการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่าง มีประวัติครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 12.79 มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.46 ดื่มสุรา ร้อยละ 13.37 รับประทานผักผลไม้ไม่น้อยกว่าเนื้อสัตว์ ร้อยละ 44.19 รับประทานอาหารโดยการทอด ร้อยละ 33.14 มีการขับถ่ายผิดปกติ ร้อยละ 29.49 ซึ่งพบว่ามีอาการท้องผูกถึงร้อยละ 19.19 ผลการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบความผิดปกติ ร้อยละ 21.51 ซึ่งเป็นติ่งเนื้อออก ร้อยละ 19.19 และพบก้อนเนื้อ ร้อยละ 2.32 รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (n = 172)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติครอบครัว			ประวัติการขับถ่าย		
ไม่เป็น/ไม่ทราบ	150	87.21	ปกติ	123	71.51
เป็น	22	12.79	ผิดปกติ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	49	29.49
- ญาติ	13	7.56	- ท้องผูก	33	19.19
- พ่อ/แม่	7	4.07	- ท้องผูกสลับท้องเสีย	11	6.40
- พี่/น้อง	2	1.16	- ขนาดอุจจาระที่ลีบลง	8	4.65
การสูบบุหรี่			- ปวดบิดบริเวณท้องน้อย	7	4.07
ไม่สูบ	142	82.56	- มีมูกปน/เลือดออกทางทวารหนัก	5	2.91
สูบ	18	10.46	ประวัติอื่นๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	12	6.98	น้ำหนักลด	16	9.30
การดื่มสุรา			อ่อนเพลีย	16	9.30
ไม่ดื่ม	137	79.65	มีติ่งเนื้อที่ทวารหนัก	15	8.72
ดื่ม	23	13.37	ปวดท้องบ่อย	14	8.14
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	12	6.98	เบื่ออาหาร	11	6.40
การรับประทานอาหาร			เคยเป็นมะเร็งลำไส้	2	1.16
ผักผลไม้ไม่น้อยกว่าเนื้อสัตว์	76	44.19	ผลการตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง		
ผักผลไม้มากกว่าเนื้อสัตว์	96	55.81	ปกติ	135	78.49
วิธีการประกอบอาหาร			ผิดปกติ	37	21.51
นึ่ง/ต้ม	115	66.86	- พบติ่งเนื้อ	33	19.19
ทอด	57	33.14	- พบก้อน	4	2.32

ความพึงพอใจต่อการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับสูง ($M = 2.64, SD = .38$) เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการ รองลงมาคือ สถานที่ที่ให้บริการตรวจคัดกรอง และการแจ้งผลการตรวจคัดกรอง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($M = 2.74, SD = .45, .48, .49$ ตามลำดับ) และต่ำสุดในรายข้อระยะเวลาในการตรวจคัดกรอง ($M = 2.41, SD = .64$) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความพึงพอใจต่อการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกโดยรวมและรายข้อ ($n = 172$)

รายการ	M	SD	ระดับ
เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการ	2.74	.45	สูง
สถานที่ที่ให้บริการตรวจคัดกรอง	2.74	.48	สูง
การแจ้งผลการตรวจคัดกรอง	2.74	.49	สูง
เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการตรวจคัดกรอง	2.73	.48	สูง
คำแนะนำ/ การดำเนินการหลังจากการแจ้งผลการตรวจคัดกรอง	2.72	.51	สูง
วิธีการดำเนินการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	2.67	.52	สูง
กิจกรรมในการตรวจคัดกรอง	2.58	.56	สูง
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับ	2.49	.55	สูง
ระยะเวลาในการตรวจคัดกรอง	2.41	.64	สูง
โดยรวม	2.64	.38	สูง

2. ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับการตรวจคัดกรองฯ มีความความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยรวมในระดับสูง ($M = 2.17, SD = .29$) เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในข้อ การตรวจค้นหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นสิ่งที่ควรทำอย่างยิ่ง รองลงมาคือ ความเต็มใจรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และการป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจะทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากและยาวนาน ($M = 2.41, 2.38, 2.38; SD = .49, .52, .59$ ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในรายข้อควรรอให้เกิดอาการผิดปกติก่อน จึงค่อยไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และการมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นการเสียเวลา ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ($M = 0.78, 0.99; SD = .59, .66$ ตามลำดับ) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม ($n = 172$)

รายการ	M	SD	ระดับ
การตรวจค้นหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นสิ่งที่ควรทำอย่างยิ่ง	2.41	.49	สูง
เต็มใจรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	2.38	.52	สูง
การป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจะทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากและยาวนาน	2.38	.59	สูง
ยินดีที่จะเข้าร่วมตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	2.36	.49	สูง
ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นผู้ที่น่าสงสารและน่าเห็นใจ	2.30	.69	สูง
การรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ควรทำเป็นประจำ	2.23	.52	สูง
มีการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง	2.19	.49	สูง
ให้ความสนใจ ติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอยู่เป็นประจำ	2.16	.46	สูง
ไม่เคยคิดว่าเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	1.42	.77	ปานกลาง
รู้สึกเบื่อหน่ายการรอคอยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	1.16	.69	ปานกลาง
การมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นการเสียเวลา	0.99	.66	ต่ำ
ควรรอให้เกิดอาการผิดปกติก่อน จึงค่อยไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	0.78	.59	ต่ำ
โดยรวม	2.17	.29	สูง

3. การเปรียบเทียบความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำแนกตามลักษณะประชากร ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษาและรายได้

จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของแต่ละกลุ่มพบว่าไม่เท่ากัน ($p < .05$) จึงใช้ค่าสถิติจาก Brown-Forsythe พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($F_{2, 166.857} = 7.031, p = .001$) โดยกลุ่มที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่ามีค่าเฉลี่ยความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ($M = 2.26, SD = .33$) สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ($M = 2.11, SD = .24$) และระดับประถมศึกษา ($M = 2.09, SD = .25$) เมื่อทำการทดสอบรายคู่โดยวิธี Scheffe พบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า แตกต่างกับกลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (*SE*) ความเชื่อมั่น (*CI*) และผลต่างของค่าเฉลี่ยความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจำแนกตามระดับการศึกษา และผลการทดสอบรายคู่ (*n* = 172)

กลุ่ม	<i>n</i>	<i>M(SD)</i>	<i>SE</i>	95%CI	ผลต่างของค่าเฉลี่ย	
					มัธยมศึกษา	อนุปริญญาหรือสูงกว่า
ประถมศึกษา	47	2.09 (.25)	.037	2.024 – 2.174	.0123	.1657*
มัธยมศึกษา	53	2.11 (.24)	.033	2.045 – 2.178		.1534*
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	72	2.26 (.33)	.038	2.187 – 2.342		

* *p* < .05

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจำแนกตามอาชีพ พบว่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน (*p* < .05) จึงใช้ค่าสถิติจาก Brown-Forsythe ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($F_{4, 125, 141} = 3.794, p = .006$) โดยกลุ่มที่มีอาชีพรับราชการ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ มีความตระหนักในการจัดการและการดูแลสุขภาพตนเองต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (*M* = 2.32, *SD* = .34) มากกว่าผู้ที่มีอาชีพเกษตรกร (*M* = 2.13, *SD* = .24) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (*M* = 2.20, *SD* = .32) งานบ้าน/ช่วยเหลืองานครอบครัว (*M* = 2.10, *SD* = .24) และรับจ้าง (*M* = 2.10, *SD* = .23) เมื่อทำการทดสอบรายคู่โดยวิธี Scheffe พบว่า กลุ่มอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีค่าเฉลี่ยตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแตกต่างกับกลุ่มอาชีพรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p* < .05) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว งานบ้าน และเกษตรกร รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (*SE*) ความเชื่อมั่น (*CI*) และผลต่างของค่าเฉลี่ยความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจำแนกตามอาชีพ และผลการทดสอบรายคู่ (*n* = 172)

กลุ่ม	<i>n</i>	<i>M(SD)</i>	<i>SE</i>	95%CI	ผลต่างของค่าเฉลี่ย			
					ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	งานบ้าน	รับจ้าง	เกษตรกร
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	33	2.32 (.34)	.060	2.204–2.451	.1274	.2270	.2205*	.1913
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	39	2.20 (.32)	.052	2.094–2.307		.0996	.0931	.0639
งานบ้าน	28	2.10 (.24)	.046	2.006–2.195			.0065	.0357
รับจ้าง	58	2.10 (.23)	.031	2.045–2.170				.0291
เกษตรกร	14	2.13 (.24)	.066	1.993–2.280				

* *p* < .05

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนในการดูแลสุขภาพตนเองต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจำแนกตามรายได้ พบว่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน ($p < .05$) จึงใช้ค่าสถิติจาก Brown-Forsythe ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($F_{3, 153.170} = 4.974, p = .003$) โดยกลุ่มที่มีรายได้ 30,000 บาทขึ้นไป มีความตระหนักในการจัดการและการดูแลสุขภาพตนเองต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ($M = 2.30, SD = .34$) มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ($M = 2.13, SD = .26$) กลุ่มที่มีรายได้ 10,000 – 19,999 บาท ($M = 2.08, SD = .26$) และกลุ่มที่มีรายได้ 20,000 – 29,999 บาท ($M = 2.13, SD = .24$) เมื่อทำการทดสอบรายคู่โดยวิธี Scheffe พบว่า กลุ่มที่มีรายได้ 30,000 บาทขึ้นไป แตกต่างกับกลุ่มที่มีรายได้ 20,000 – 29,999 บาท กลุ่มที่มีรายได้ 10,000 – 19,999 บาท และกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียด ดังตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) ความเชื่อมั่น (CI) และผลต่างของค่าเฉลี่ยความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจำแนกตามรายได้ และผลการทดสอบรายคู่ ($n = 172$)

กลุ่ม	n	$M(SD)$	SE	95%CI	ผลต่างของค่าเฉลี่ย		
					10,000 – 19,999 บาท	20,000 – 29,999 บาท	30,000 บาทขึ้นไป
น้อยกว่า 10,000 บาท	43	2.13 (.26)	.040	2.050–2.212	.0428	.0005	.1720*
10,000 – 19,999 บาท	30	2.08 (.26)	.047	1.990–2.186		.0434	.2149*
20,000 – 29,999 บาท	51	2.13 (.24)	.034	2.062–2.202			.1714*
30,000 บาทขึ้นไป	48	2.30 (.34)	.050	2.203–2.404			

* $p < .05$

อภิปรายผล

1. ผลการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) พบผิดปกติร้อยละ 21.5 โดยพบติ่งเนื้อออก ร้อยละ 19.2 และพบก้อนเนื้อ ร้อยละ 2.3 ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยของปิยะชัย ออคุณสวัสดิ์ (2557) ที่พบติ่งเนื้อออก ร้อยละ 48.0 และก้อนเนื้อ ร้อยละ 13.0 ทั้งนี้เนื่องจากการคัดกรองดังกล่าว ได้ทำการตรวจหาเลือดตกค้างในอุจจาระ (Fecal Occult Blood Test: FOBT) ให้ผลบวกก่อน จากนั้นจึงตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง ซึ่งเป็นการคัดกรองจากกลุ่มเสี่ยง แตกต่างจากการคัดกรองของโรงพยาบาลเกาะสมุย จึงทำให้ตรวจพบความผิดปกติได้น้อยกว่า อย่างไรก็ตามการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยการส่องกล้องถือเป็นวิธีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพสูงในการค้นหาการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ลดอัตราการเสียชีวิตได้ (Brenner, et al., 2013) ซึ่งในกรณีนี้หาก

ตรวจพบตึงเนื้อและทำการตัดตึงเนื้อดังกล่าวออก ในระยะก่อนเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ก็สามารถลดการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนที่มาตรวจคัดกรองพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงมากที่สุดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำรงชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหารผักผลไม้ไม่น้อยกว่าเนื้อสัตว์ และ 1 ใน 3 ชอบรับประทานอาหารทอด มีบางส่วนยังดื่มเหล้า/ สูบบุหรี่ ทั้งนี้การดำรงชีวิตในปัจจุบันส่วนใหญ่มีความเร่งรีบ มีร้านค้าต่างๆ อำนวยความสะดวกในการรับประทานอาหาร อาหารที่ทำขายส่วนใหญ่เป็นอาหารจำพวกไขมันสูงหรือมีแป้งมาก มีผักผลไม้ไม่เพียงพอ จึงทำให้ต้องรับประทานอาหารดังกล่าวและรับประทานเป็นประจำ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งลำไส้ (Oba et al., 2006; Gay et al., 2012) รวมทั้งอาจเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมของแต่ละบุคคล เช่น พฤติกรรมที่ทำซ้ำๆ เป็นประจำ การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ และอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งรวมถึงเนื้อแดงหรือแปรรูปจำนวนมากและอาหารที่มีเส้นใยผักและผลไม้ในปริมาณต่ำ (Khuhaprema et al., 2014) ทั้งนี้เป็นเพราะพื้นที่อำเภอเกาะสมุยเป็นแหล่งท่องเที่ยว มีนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่มีวัฒนธรรมในการรับประทานอาหาร เน้นเนื้อสัตว์และมีไขมันสูง นอกจากนี้ ยังมีสถานบันเทิงต่างๆ ทำให้มีการสูบบุหรี่ ดื่มสุรารายวันจำนวนมาก จึงทำให้ประชาชนบางส่วนมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งต้องให้ความรู้และคำแนะนำประชาชนในกลุ่มนี้ต่อไป

ความพึงพอใจในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผลการวิจัยพบว่า ผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมีความพึงพอใจในระดับสูง ($M = 2.64$, $SD = .38$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของสารภี แซ่ฮั่น และสายพิรุณ เจริญจิตต์ (2562) ที่ศึกษาการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ พบว่า ผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมีความพึงพอใจต่อการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระดับสูง ทั้งนี้เป็นเพราะได้มีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ สามารถตรวจหาความผิดปกติได้ แต่อย่างไรก็ตาม การตรวจดังกล่าวนี้ ต้องใช้เวลาในการตรวจนานพอสมควร เพราะมีผู้รับบริการจำนวนมากก็ต้องรอคอย การตรวจแต่ละคนก็ต้องใช้เวลาพอสมควร อีกทั้ง ในการให้บริการก็มีเจ้าหน้าที่จำกัด การให้ความรู้เกี่ยวกับที่เป็นก็อาจจะไม่ทั่วถึง และในการตรวจคัดกรองก็ต้องใช้เครื่องมือที่อาจทำให้เจ็บปวดได้ ผู้รับบริการบางส่วนก็อาจมีความพึงพอใจน้อยได้

2. ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจคัดกรองฯ มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับสูง ($M = 2.17$, $SD = .29$) ทั้งนี้ ความตระหนักเกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health consciousness) เป็นไปทฤษฎีความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health belief) ของ Rosenstock (1974) เป็นการประเมินสุขภาพและรับรู้ถึงความพร้อมในด้านสุขภาพของตนเอง เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ใฝ่หาความรู้ เรียนรู้อยู่ตลอดเวลาและสามารถดูแลตนเองได้อย่างเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงและพึ่งตนเองได้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ทั้งนี้โรงพยาบาลเกาะสมุย ได้ทำการรณรงค์ให้ความรู้และสร้างความตระหนักในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ปี ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ เข้าใจถึงโรคและ

อันตรายที่จะเกิดขึ้น และมีความตระหนักในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับสูง ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและลดปัจจัยความเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้

3. การเปรียบเทียบความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำแนกตามลักษณะอาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ที่แตกต่างกัน มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีการศึกษาที่สูงจะมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาที่ต่ำกว่า เพราะการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการแสวงหาความรู้และข่าวสารต่างๆ จากแหล่งที่เป็นประโยชน์และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้ ระดับการศึกษาจึงมีส่วนช่วยให้บุคคลได้รับทราบและเข้าใจข้อมูล ความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ ช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของภรณ์ ดังสุรัตน์ และวิมลฤดี พงษ์ศิริบุญ (2557) ที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาที่สูงกว่า จะมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาที่ต่ำกว่า

ส่วนตัวแปรด้านอาชีพ ผลการวิจัยพบว่า ผู้มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่าผู้มีอาชีพรับจ้างและอาชีพอื่นๆ ทั้งนี้ อาชีพและการศึกษาเป็นสิ่งที่ควบคู่กัน ทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้ดีกว่า ทำให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้มีอาชีพอื่นๆ และเป็นทิศทางเดียวกันกับรายได้ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีรายได้ 30,000 บาทขึ้นไป มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า ทั้งนี้เพราะการที่มีรายได้ที่สูงจะทำให้มีโอกาสต่างๆ เพิ่มขึ้น อาทิเช่น เข้าถึงบริการสุขภาพ รับรู้ข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ต่างๆ ได้มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของพูลศักดิ์ พุมวิเศษ (2558) ที่พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาระบบการติดตามประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเพื่อมารับการบริการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง
2. ปรับปรุงระบบการคัดกรองที่ครบวงจร ทั้งการประชาสัมพันธ์โครงการ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการคำปรึกษาเฉพาะรายกรณีในกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนการส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องในกลุ่มที่พบความผิดปกติ
3. ขยายเวลาในการให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนอกเวลาราชการ เพื่อให้กลุ่มคนทำงานสามารถเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาความต้องการและรูปแบบการให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่สอดคล้องกับบริบทของอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. ศึกษาปัจจัยที่มีส่งผลต่อความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
3. วิจัยและพัฒนาความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองไม่ให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

เอกสารอ้างอิง

- ชาลินี พรตเจริญ. (2556). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี (ปัญหาพิเศษ ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ปิยะชัย ออคุณสวัสดิ์. (2557). การศึกษาอัตราการตรวจไม่พบเนื้องอกลำไส้ใหญ่ในการส่องกล้องครั้งแรก โดยวิธีส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 2 ครั้ง ในผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติและมาตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่ (วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ. (2558). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 38(2), 25-34.
- ภรณ์ ตั้งสุรัตน์, และ วิมลฤดี พงษ์ศิริบุญ. (2556). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัย*, 20(1), 57-69.
- โรงพยาบาลเกาะสมุย. (2562). รายงานผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ปี พ.ศ. 2560-2561. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลเกาะสมุย.
- วิชญ์ ปานจันทร์, เสาวคนธ์ ศุภโยธิน, อาคม ชัยวีระวัฒน์, และวีรฤติ อัมสำราญ (บ.ก.). (2558). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง*. กรุงเทพฯ: โฉมิตการพิมพ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการดำเนินงานและการบันทึกข้อมูล: โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยวิธี FIT test*. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สารภี แซ่ฮั่น, และสายพิรุณ เจริญจิตต์. (2562). การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ (รายงานวิจัยการวิจัย). สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลเกาะสมุย.
- Best, J. W., & James, V. K. (1986). *Research in education* (5th ed.) New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Brenner, H., Chang-Claude, J., Jansen, L., Knebel, P., Stock, C., & Hoffmeister, M. (2014). Reduced risk of colorectal cancer up to 10 years after screening, surveillance, or diagnostic colonoscopy. *Gastroenterology*, 146(3), 709-717.

- Gay, L. J., Mitrou, P. N., Keen, J., Bowman, R., Naguib, A., Cooke, J.,... Arends, M. J. (2012). Dietary, lifestyle and clinicopathological factors associated with APC mutations and promoter methylation in colorectal cancers from the EPIC-Norfolk study. *Journal of Pathology*, 228, 405-415.
- Khalid-de Bakker, C. A. J., Jonkers, D. M. A. E., Sanduleanu, S., de Bruijne, A. P., Meijer, G. A., Janssen, J. B. M. J.,... Masclee, A. A. M. (2011). Test performance of immunologic fecal occult blood testing and sigmoidoscopy compared with primary colonoscopy screening for colorectal advanced adenomas. *Cancer Prevention Research*, 4(10), 1563-1571.
- Khuhaprema, T., Sangrajrang, S., Lalitwongsa, S., Chokvanitphong, V., Raunroadroong, T., Ratanachu-ek, T.,... Sankaranarayananet, R. (2014). Organised colorectal cancer screening in Lampang Province, Thailand: Preliminary results from a pilot implementation programme. *BMJ Open*, 4(1), e003671.
- O'Connell, J. B., Maggard, M. A., & Ko, C. Y. (2004). Colon cancer survival rates with the New American Joint Committee on cancer sixth edition staging. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(19), 1420-1425.
- Oba, S., Shimizu, N., Nagata, C., Shimizu, H., Kametani, M., Takeyama, N.,... Matsushita, S. (2006). The relationship between the consumption of meat, fat, and coffee and the risk of colon cancer: a prospective study in Japan. *Cancer Letter*, 244(2), 260-267.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-386.
- Sung, J. J. Y., Chan, F. K.L., Leung, W. K., Wu, J. C. Y., Lau, J. Y. W., Ching, J., ...Chung, S. C. S. (2003). Screening for colorectal cancer in Chinese: Comparison of fecal occult blood test, flexible sigmoidoscopy, and colonoscopy. *Gastroenterology*, 124(3), 608-614.
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis*. London: John Weather Hill.