



## รายงานการวิจัย

### เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่  
และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย

โดย

อัญชลี สามงามมี

ถาวรรัฐ เรือนโรจน์รุ่ง

พัชยา โพธิ์ทอง

รัชนิวรรณ จันทร์สว่าง

วริศรา จีบไหว

คณะผู้วิจัยโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก  
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์

2565

**ชื่อเรื่อง :** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย

**ผู้วิจัย :** อัญชลี สามงามมี, ถาวรรัฐ เรือนโรจน์รุ่ง, พชยา โพธิ์ทอง, รัชนิวรรณ จันทร์สว่าง, วริศรา จีบไหว

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่จังหวัดสุโขทัยที่มีอายุตั้งแต่ 50 - 70 ปี ในปี 2565 จำนวน 400 คน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Cross-sectional Study) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ส่วนที่ 4 ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และส่วนที่ 5 พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistic) โดยหาความสัมพันธ์ปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยการทดสอบ Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน) การสูบบุหรี่/ยาเส้น การดื่มสุรา การรับประทานอาหาร การรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป (แฮม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาร้า/ปลาต้ม/ปลาจ่อม) และความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริม และเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงให้กับประชาชนอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป อีกทั้งควรมีสื่อ/เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารในรูปแบบต่างๆ เช่น Facebook, YouTube, Twitter, Infographic : โปสเตอร์/แผ่นพับ ฯลฯ ด้านสุขภาพให้มากขึ้น เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ตลอดจนควร

(2)

มีการรณรงค์คัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการ Fit-test รวมทั้งการส่งเสริมการรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการอยู่เสมอ

**คำสำคัญ:** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, พฤติกรรมการตรวจคัดกรอง, โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

## สารบัญ

|  | หน้า    |
|--|---------|
| บทคัดย่อภาษาไทย  | (1-2)   |
| สารบัญ   | (3 - 4) |
| สารบัญตาราง  | (5)     |
| สารบัญภาพ  | (6)     |
| บทที่ 1 บทนำ   | 1 - 4   |
| 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา                                   | 1 - 2   |
| 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย  | 3       |
| 1.3 ขอบเขตของการวิจัย  | 3 - 4   |
| 1.4 นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย  | 4       |
| บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง                             | 5 - 55  |
| 2.1 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง                                      | 5 - 11  |
| 2.2 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง              | 12 -36  |
| 2.3 ปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง | 37 - 49 |
| 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง  | 50 - 55 |
| บทที่ 3 วิธีการวิจัย   | 56 - 67 |
| 3.1 สถานที่ที่ใช้เก็บข้อมูล  | 56 - 57 |
| 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง  | 57 - 58 |
| 3.3 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา   | 59      |
| 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา                                       | 59 - 61 |
| 3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ                                       | 62 - 64 |
| 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล  | 64 - 65 |
| 3.7 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง                                     | 65 - 66 |
| 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติในงานวิจัย                             | 66 - 67 |

## สารบัญ

|   | หน้า      |
|---|-----------|
| บทที่ 4 ผลการศึกษา  | 68 - 87   |
| 4.1 ผลการวิจัย  | 68 - 70   |
| 4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง  | 70 - 74   |
| 4.1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง                                  | 74 - 76   |
| 4.1.3 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง  | 76 - 80   |
| 4.1.4 ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่<br>และไส้ตรง               | 80        |
| 4.1.5 พฤติกรรมการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนใน<br>จังหวัดสุโขทัย     | 80        |
| 4.1.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้<br>ใหญ่และไส้ตรง | 80 - 87   |
| บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ                                | 88 - 101  |
| 5.1 อภิปรายผลการวิจัย   | 88 - 93   |
| 5.2 สรุปผลการวิจัย  | 93        |
| 5.3 ข้อเสนอแนะ  | 94        |
| รายการอ้างอิง   | 95 - 101  |
| ภาคผนวก   | 102       |
| ภาคผนวก ก เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการ  | 103 - 106 |
| ภาคผนวก ข หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย                                | 107 - 108 |
| ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย  | 109 - 114 |
| ภาคผนวก ง สำเนาหนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์                        | 115       |
| ภาคผนวก จ รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบ<br>ความตรงตามเนื้อหา           | 116       |
| ภาคผนวก ฉ สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองเครื่องมือในการวิจัย                       | 117       |

## สารบัญตาราง

|   | หน้า    |
|---|---------|
| ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=400)   | 69 - 70 |
| ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (n=400)   | 71 - 72 |
| ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (n=400)  | 74 - 75 |
| ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (n=400)   | 76      |
| ตารางที่ 4.5 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง(n=400)  | 77 - 78 |
| ตารางที่ 4.6 ระดับความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (n=400)   | 79      |
| ตารางที่ 4.7 พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (n=400)  | 80      |
| ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)  | 81 - 82 |
| ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)                        | 83 - 84 |
| ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)                    | 86      |
| ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่าง (n=400) | 87      |

## สารบัญญภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 3.1 แผนที่จังหวัดสุโขทัย

57

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก มะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่สองของโลก โดยในปี 2020 มีรายงานจาก International agency for Research on cancer ที่พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั่วโลกกว่า 10 ล้านคน จากผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดกว่า 18 ล้านคน<sup>(1)</sup> และในทั่วโลกมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งที่สำคัญ ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงอย่างต่อเนื่อง<sup>(2)</sup> ซึ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับที่ 3 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของโลก และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

สำหรับในประเทศไทย โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal cancer: CRC) นับเป็น 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบมากที่สุด โดยมีรายงานที่พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทั้งในเพศชายและหญิงเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยพบ อัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นอันดับที่ 3 ในเพศชายและพบเป็นอันดับที่ 4 ในเพศหญิง<sup>(3)</sup> ซึ่งอายุที่พบส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-64 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 15.27) รองลงมา คือ อายุ 55-59 ปี (ร้อยละ 15.12) และอายุ 65-69 ปี (ร้อยละ 13.05) ตามลำดับ อย่างไรก็ตามยังพบว่า มีแนวโน้มการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในคนที่มีอายุน้อย โดยพบในระยะที่ 4 มากที่สุด (ร้อยละ 31.41) และไม่ทราบระยะ (ร้อยละ 28.94)<sup>(4)</sup> ซึ่งสาเหตุการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น พันธุกรรม พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป การขาดการออกกำลังกาย ดัชนีมวลกายไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ การมีโรคประจำตัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่-ดื่มสุรา ตลอดจนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หากได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็วและได้รับการรักษาที่เหมาะสม ตั้งแต่ระยะแรกผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีถึงร้อยละ 90 แต่ถ้าเป็นระยะท้าย ซึ่งมีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่นๆ อัตราการรอดชีวิตลดลงเหลือเพียงร้อยละ 10<sup>(5)</sup> เท่านั้น โดยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมักจะไม่มีอาการในระยะเริ่มแรกของโรค จะมีอาการก็ต่อเมื่อโรคลุกลามมากขึ้นจนถึงระยะสุดท้าย ส่งผลทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ซึ่งอาการของโรคที่พบบ่อย ได้แก่ การถ่ายอุจจาระผิดปกติ มีอาการท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง ถ่ายไม่สุด ถ่ายเป็นมูกหรือ เป็นมูกปนเลือด หรืออาจถ่ายเป็นเลือดสด ขนาดลำอุจจาระเล็กลง และมีอาการปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด จุกเสียด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง



เป็นมะเร็งที่สามารถตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาหามะเร็ง ในระยะเริ่มแรกได้ โดยวิธีการตรวจค้นหา และคัดกรองผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และได้ตรงหลายวิธี เช่น ตรวจอุจจาระหาเลือดที่มองไม่เห็น ด้วยตาเปล่า (Fecal Occult Blood Test), ตรวจหาปฏิกิริยาทางอิมมูโนเคมีคอลที่จำเพาะอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test), การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) และการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ด้วยภาพเสมือนจริง(Computed tomography colonoscopy) เป็นต้น ซึ่งการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นวิธีการมาตรฐานที่ละเอียดแม่นยำ และสามารถดำเนินการรักษาผ่านวิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ เช่น การตัดชิ้นเนื้อ หรือก้อนที่ผิดปกติ, การเก็บชิ้นเนื้อ ตัวอย่าง วิเคราะห์ผลทางพยาธิวิทยา, การหยุดเลือดในลำไส้ และการตรวจนี้สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งได้ ด้วยการ กำจัดติ่งเนื้อออก (polyps) อันเป็นจุดเริ่มของมะเร็ง<sup>(6)</sup> ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็ง (Service plan) ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระปีละครั้ง (เกณฑ์ร้อยละ 80) หากพบว่า ผลผิดปกติควรได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ กรณีพบติ่งเนื้อหรือความผิดปกติในลำไส้ใหญ่ แพทย์จะทำการตัดชิ้นเนื้อบริเวณดังกล่าวเพื่อวินิจฉัยต่อไป ซึ่งการตรวจคัดกรองจะทำให้พบการเป็นมะเร็งในระยะต้นๆ สามารถทำการรักษาได้ทันที ทำให้เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษามะเร็งในระยะลุกลาม อีกทั้งการตรวจพบในระยะที่ยังไม่เป็นมะเร็งหรือเป็นเนื้องอกธรรมดา เมื่อทำการรักษาโดยการตัดทิ้งแล้วจะช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้<sup>(7)</sup>

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาล ที่ให้บริการเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 จากการตรวจราชการระดับกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 ในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า ประเด็นการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 80) โดยเฉพาะจังหวัดสุโขทัยมีการคัดกรองได้เพียงร้อยละ 64.07 ซึ่งลดลงจากเดิมเมื่อเทียบกับปี 2563 โดยดำเนินการคัดกรองได้เกินเป้าหมาย ร้อยละ 103.38<sup>(8)</sup> ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชน ในจังหวัดสุโขทัย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย โดยผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญที่จะนำมาใช้ในการวางแผนการเข้าถึงการรับบริการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง นำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายช่วยเหลือประชาชนในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ลดการลุกลามของโรค และช่วยลดโอกาสเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย

1.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย

## 1.3 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Cross-sectional Study) โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566 โดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ดังนี้

### 1.3.1 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่จังหวัดสุโขทัยที่มีอายุตั้งแต่ 50 - 70 ปี ในปี 2565 จำนวน 16,778 คน<sup>(8)</sup>

### 1.3.2 ขอบเขตด้านกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่จังหวัดสุโขทัยที่มีอายุตั้งแต่ 50 - 70 ปี ในปี 2565 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน และกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 10% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และมีความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า 5% ซึ่งสามารถคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตร ซึ่งได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 347 ราย กำหนด Non-response rate 10% ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ จำนวน 382 ราย ทั้งนี้ ประมาณขนาดตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 400 ราย

### 1.3.3 ขอบเขตด้านตัวแปร

#### 1) ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคมะเร็ง ประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรารับประทานอาหาร วิธีการปรุงอาหาร การรับประทานอาหารแปรรูป การขับถ่าย อาการแสดงอื่นๆ ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ (Fit-test) ที่ผ่านมา

1.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

1.4 ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

#### 2) ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

### 1.4 นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัย

1.4.1 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง มะเร็งที่เกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งในลำไส้ใหญ่ โดยเริ่มตั้งแต่ส่วนที่ต่อจากลำไส้เล็กไปจนถึงส่วนปลายที่ติดกับทวารหนัก การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนมากจะเริ่มจากการเกิดติ่งเนื้อขนาดเล็กภายในลำไส้ใหญ่จนเกิดการพัฒนามาเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่

1.4.2 พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง พฤติกรรมการเข้ารับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ เป็นการตรวจเพื่อทำการค้นหามะเร็งตั้งแต่ระยะแรกๆ โดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ปีละ 1 ครั้ง

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- 2.2 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- 2.3 ปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

##### 2.1.1 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง<sup>(9-10)</sup>

ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นส่วนหนึ่งของระบบทางเดินอาหารมีลักษณะเป็นท่อยาว มีผนังประกอบด้วยกล้ามเนื้อ มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 5-8 เซนติเมตร ความยาวประมาณ 6 ฟุต มีหน้าที่ดูดซึมน้ำจากอาหารที่รับประทานเข้าไป และยังเป็นທີ່เก็บกากอาหารก่อนที่จะขับถ่ายออกจากร่างกายทางทวารหนัก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งเป็นโรคที่เกิดจากการผิดปกติของเซลล์ที่แบ่งตัวต่อเนื่อง โดยไม่สามารถควบคุมได้จนกลายเป็นก้อนขนาดใหญ่ เรียกว่า “เนื้องอกมะเร็ง” เมื่อมะเร็งเข้าสู่กระแสเลือด หรือทางเดินน้ำเหลืองและไปปรากฏยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกายเรียกว่า มะเร็งแพร่กระจาย (Metastasis) มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นเซลล์มะเร็งของเนื้อเยื่อลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ซึ่งชนิดที่พบบ่อยเกิดจากเซลล์เยื่อบุผนังลำไส้มีการเปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโตผิดปกติ กลายเป็นติ่งเนื้อเล็กๆ เรียกว่า โพลิป (Polyp) จากนั้นติ่งเนื้อจะใช้เวลาหนึ่งในการพัฒนา กลายเป็นมะเร็ง การตัดติ่งเนื้องอก (Polyp) ออก สามารถป้องกันไม่ให้ติ่งเนื้อพัฒนาเป็นมะเร็งได้ มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ไม่ได้รับการรักษาอาจลุกลามทะลุผนังลำไส้หรือแพร่กระจายต่อไปยังตับ ปอด เยื่อช่องท้อง สมอง หรือกระดูกได้ ทั้งนี้ การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ : ไม่ว่าจะเป็นส่วนลำไส้ช่วงต้น หรือช่วงปลายล้วนเรียกว่า “มะเร็งลำไส้ใหญ่” (Colorectal Cancer) โดยทั่วไป มะเร็งลำไส้ใหญ่พบมากเป็น อันดับ 4 ของสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก นับเป็นอันดับ 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย โดยพบมากเป็นอันดับ 3 ในชายไทยพบมากเป็นอันดับ 4 ในหญิงไทย ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ป่วยรายใหม่วันละ 12,467 คน (เพศชาย 6,874 คน และเพศหญิง

5,593 คน) พบมากที่สุดในช่วงอายุ 50-70 ปี และพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ครอบครัวที่มีประวัติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ จะมีความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่กับบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย ผู้ที่มีปัญหาการอักเสบของลำไส้ใหญ่เรื้อรัง มีแนวโน้มสูงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ การบริโภคอาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้

ด้านอัตราการรอดชีวิต

- มะเร็งอยู่เฉพาะที่ เยื่อผนังลำไส้ : อัตรารอดชีวิตที่ 5 ปี สูงถึง 70-90%
  - มะเร็งกระจายไปที่ ต่อมน้ำเหลือง : อัตรารอดชีวิตที่ 5 ปี สูงถึง 53-72%
  - มะเร็งกระจายสู่อวัยวะที่ห่างไกลออกไป : อัตรารอดชีวิตที่ 5 ปี สูงถึง 10%
- ดังนั้น การตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ระยะแรกๆ สามารถรักษาให้หายขาดได้

## 2.1.2 สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

### (1) สาเหตุและปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

1. กินอาหารประเภทแปรรูปและเนื้อแดง
2. ภาวะอ้วนน้ำหนักเกิน
3. ขาดการออกกำลังกาย
4. สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
5. มีประวัติครอบครัวหรือตนเองเป็นติ่งเนื้อในลำไส้

## 2.1.3 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่<sup>(10)</sup>

### (1) วิธีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือ การตรวจในประชาชนทั่วไปที่ไม่มีอาการที่สงสัยว่าเป็นโรคมะเร็ง โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะตรวจหาโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้น เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ตั้งแต่การตรวจคัดกรอง การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถตรวจได้หลายวิธี ดังนี้

#### 1. การตรวจอุจจาระ (Stool-based Test) ตรวจได้ 2 วิธี ได้แก่

A. การตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Fecal Occult Blood Test: FOBT)  
การตรวจอุจจาระเพื่อหาเม็ดเลือดแดงที่อาจมีแอบซ่อนอยู่ หรือเป็นการตรวจหาเลือด ปริมาณน้อยๆ ที่ปนอยู่ในอุจจาระ (Occult Blood) ซึ่งมองไม่เห็นได้ด้วยตาเปล่า

B. การตรวจหาดีเอ็นเอของเซลล์มะเร็งหรือติ่งเนื้อ (Fecal DNA Testing)  
เนื้องอกลำไส้ใหญ่จะมีการหลุดลอก ทำให้สามารถตรวจพบดีเอ็นเอที่ผิดปกติในอุจจาระได้ การตรวจด้วยภาพ

## 2. การตรวจด้วยภาพ

A. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ด้วยภาพเสมือนจริง (Computed tomographic (CT) Colonography) เป็นเทคนิคการตรวจที่ทันสมัย ทำได้โดยการใส่ลมเข้าไปในลำไส้ใหญ่ ทำให้ลำไส้ขยายเห็นรายละเอียดมากที่สุดเท่าที่ทำได้ แล้วเอกซเรย์ภาพในลักษณะภาพตัดขวาง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสร้างภาพสามมิติให้เป็นภาพเสมือนจริงของลักษณะภายในลำไส้ใหญ่เพื่อใช้ดูความผิดปกติ เช่น ตังเนื้อ (Polyp) รอยโรคอื่นๆ ที่ปรากฏในลำไส้ใหญ่ เป็นต้น

B. การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Flexible Sigmoidoscopy) การส่องกล้องเข้าไปทางทวารหนักเพื่อตรวจความผิดปกติของลำไส้ตรง (Rectum) และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Flexible Colon) ถ้าเห็นรอยโรค วิธีการนี้สามารถตัดชิ้นเนื้อออกมาตรวจสอบต่อได้

C. การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นการส่องกล้องเข้าไปทางทวารหนัก เพื่อให้เห็นภาพภายในลำไส้ตรงและลำไส้ใหญ่ทั้งหมดวิธีนี้สามารถตัดชิ้นเนื้อที่สงสัยส่งตรวจทางพยาธิวิทยาได้ เป็นวิธีการตรวจที่มีความแม่นยำมากที่สุด

### 2.1.4 การรักษาและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

#### (1) อาการ อาการแสดง

**สัญญาณอันตราย :** อาการที่บ่งบอกมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อาการที่จะบอกต่อไปนี้เป็นกลุ่มอาการที่บ่งบอกว่าอาจจะเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่

1. พฤติกรรมในการขับถ่ายอุจจาระ พฤติกรรมในการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลงไปจากปกติของคุณโดยอาจจะถ่ายบ่อยครั้งขึ้น หรือท้องผูกมากขึ้น นอกจากนี้จะมีถ่ายไม่สุดหรือปวดเบ่งได้

2. มีอาการท้องเสียสลับกับท้องผูก

3. มีเลือดสดๆ หรือเลือดแดงคล้ำปนออกมากับอุจจาระ

4. อุจจาระมีลักษณะผิดปกติจากเดิม ลักษณะก้อนเปลี่ยนเป็นเส้นแบนคล้าย

ตั้งเม

5. มีท้องอืด ปวดท้องแน่นท้อง จุกเสียด มีลมในลำไส้มาก (Abdominal Discomfort)

6. น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

7. เหนื่อย อ่อนเพลียไม่สามารถทำงานที่เคยทำตามปกติได้

### ข้อแนะนำ

- ถ้ามีอาการดังกล่าวควรรีบไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายหาสาเหตุของอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่อไป

- คนที่มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป ควรได้รับการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระปีละครั้ง หากผิดปกติควรได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

### (2) ระยะของโรค มะเร็งลำไส้ใหญ่ และวิธีการรักษา

**1. ระยะ 1 ลักษณะของโรค** ก้อนมะเร็งเติบโตขึ้นมากกว่าระยะศูนย์ และฝังในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยไม่กระจายไปสู่เนื้อเยื่อข้างเคียง หรือต่อมน้ำเหลือง ไม่ทะลุชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่

การรักษา: ผ่าตัดเออลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งออก

**2. ระยะ 2 ลักษณะของโรค** ก้อนมะเร็งกระจายออกมาสู่ผนัง

ลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนนอกหรือเนื้อเยื่อใกล้เคียง แต่ยังไม่แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

การรักษา: ผ่าตัดลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งออก บางรายอาจต้องให้เคมีบำบัด หลังผ่าตัดร่วมด้วย ในมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายจะมีการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสงก่อนหรือหลังผ่าตัด

**3. ระยะ 3 ลักษณะของโรค** มะเร็งแพร่กระจายออกจากลำไส้เข้าไปยังต่อมน้ำเหลืองที่อยู่บริเวณรอบ ๆ ลำไส้ใหญ่ แต่ยังไม่แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

การรักษา: ผ่าตัดเออลำไส้ส่วนที่เป็นมะเร็งออก ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด หลังผ่าตัดในมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายจะมีการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสงก่อนหรือหลังผ่าตัด

**4. ระยะ 4 ลักษณะของโรค** มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ของร่างกายส่วนใหญ่มักกระจายไปสู่ตับและปอด

การรักษา: ให้ยาเคมีบำบัด และพิจารณาใช้ยามุ่งเป้าร่วมด้วยเพื่อประสิทธิภาพในการรักษาที่ดี ในผู้ป่วยบางรายอาจมีการผ่าตัดร่วมด้วย

### (3) แนวทางการรักษา

#### 1. การผ่าตัด (Surgery)

วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgery) มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อเอาก้อนมะเร็งออกจากร่างกายไป โดยศัลยแพทย์จะทำการผ่าตัดเออลำไส้ที่เป็นมะเร็งออกพร้อมต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้เคียง หลังจากนั้นแพทย์จะทำการต่อลำไส้ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกันใหม่ ถ้าไม่สามารถต่อลำไส้ส่วนที่เหลือเข้าด้วยกันอาจจะเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางผนังหน้าท้อง เพื่อขับถ่าย อุจจาระเป็น

การชั่วคราวหรือแบบถาวร ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วยและก้อนมะเร็งมีการลุกลามไปมากน้อยแค่ไหน การเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางผนังหน้าท้องเป็นการเปลี่ยนทิศทางของ ทางเดินอาหารที่ถูกขับถ่ายออกจากร่างกาย ซึ่งการเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องนี้ เรียกว่า ทวารเทียม (Colostomy)

## 2. การฉายแสง (Radiation Therapy)

เป็นการใช้รังสีพลังงานสูงในการกำจัดเซลล์มะเร็งปกติจะใช้การฉายแสงในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ช่วงก่อนการผ่าตัด เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งทำให้การผ่าตัดง่ายขึ้น และหลังการผ่าตัด เพื่อไปทำลายเซลล์มะเร็งที่ยังคงเหลืออยู่ และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ นิยมให้เคมีบำบัดร่วมกับการฉายแสง เพื่อทำให้การรักษาดีขึ้น ปัจจุบันพบว่า การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย สามารถลดการเกิดโรคขึ้นมาใหม่ และลดอัตราการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ที่หน้าท้อง

## 3. เคมีบำบัด (Chemotherapy)

ปัจจุบันพบว่า การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย สามารถลดการเกิดโรคขึ้นมาใหม่ และลดอัตราการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ที่หน้าท้อง ในผู้ป่วยที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่มาก หรือมีมะเร็งแพร่กระจายสู่ออมน้ำเหลืองผู้ป่วยมักจะต้องได้รับยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด เรียกว่า การรักษาเสริมหลังการผ่าตัดเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่ยังหลงเหลืออยู่ กรณีนี้เป็นการรักษาเพื่อลดโอกาสของการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำ รวมถึงช่วยเพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วย เรียกรักษาแบบนี้ว่า การรักษาแบบหวังผลหายขาด

นอกจากนี้พบว่า การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย สามารถลดการเกิดโรคขึ้นมาใหม่ และลดอัตราการผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดไว้ที่หน้าท้อง นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดยังใช้ในการรักษาหลักในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจายหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ การใช้ยาเคมีบำบัดจึงใช้เพื่อหยุดการกระจายตัวของมะเร็งไม่ให้ลุกลามต่อรวมทั้ง บรรเทาอาการหรือความทรมาณจากมะเร็ง เพื่อให้คุณภาพในการดำเนินชีวิตที่ดีที่สุดและเพิ่มอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยได้นานขึ้น เรียกรักษาแบบนี้ว่า การรักษาแบบประคับประคอง

### 3.1) การบริหารยาเคมีบำบัดมี 2 วิธี

#### 3.1.1) ชนิดฉีดเข้าหลอดเลือด (Intravenous Chemotherapy)

การให้ยาเคมีบำบัดแบบฉีด เป็นวิธีการรักษามาตรฐานในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในปัจจุบันปกติแล้วการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะใช้ยามากกว่าหนึ่งชนิดขึ้นไปร่วมกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาการให้ยาจะให้ป็นรอบๆ โดยแต่ละรอบของการรักษามีระยะพักโดยระยะพักและจำนวนรอบจะขึ้นอยู่กับสูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้ ส่วนการให้ยาสูตรใดนั้นแพทย์ จะเป็นผู้พิจารณาเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนมากที่สุด



**3.1.2) ชนิดรับประทาน (Oral Chemotherapy)** มีประสิทธิภาพในการรักษาไม่แตกต่างจากยาเคมีบำบัดแบบฉีด ซึ่งเป็นรูปแบบยาเคมีบำบัดที่พัฒนาขึ้นมาช่วยเพิ่มความสะดวกต่อการรักษาให้กับผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ เพราะในบางครั้งการให้ยาเคมีบำบัดแบบฉีดอาจส่งผลก่อให้เกิดการเจ็บปวดต่อผู้ป่วยและเสียเวลาการให้ยาโดยที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องคอยดูแลที่โรงพยาบาล

### 3.2) การใช้ยามุ่งเป้า (Targeted Therapy)

**3.2.1) เป็นการรักษาใหม่เพื่อยับยั้งมะเร็งโดยตรงเป้าหมาย** เช่น ยายับยั้งกระบวนการสร้างเส้นเลือดใหม่ (Anti-Angiogenesis Therapy) และยายับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง (Anti-epidermal growth factor receptor) เป็นต้น

**3.2.2) การใช้ยากลุ่มนี้มักให้รวมกับการให้เคมีบำบัด** เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการรักษามากขึ้น โดยพบว่าสามารถช่วยยืดระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ช่วยระยะเวลาของการอยู่โดยปราศจากโรค และเพิ่มอัตราการตอบสนองของก้อนมะเร็งได้มากกว่าการให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียว โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะเป็นผู้แนะนำว่าผู้ป่วยคนใดจะเหมาะสมกับยาชนิดไหน สิ่งสำคัญที่ต้องทราบคือ การเลือกยาในการรักษามะเร็งนั้น อาจมีความแตกต่างกันในคนไข้แต่ละคน เพราะถึงแม้ว่าคนไข้จะเป็นมะเร็งชนิดเดียวกันแต่ลักษณะการกลายพันธุ์ของเซลล์มะเร็งอาจมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการตรวจหาการกลายพันธุ์ในเซลล์มะเร็งของคนไข้ด้วย การตรวจยีนมะเร็งอย่างครอบคลุม (Comprehensive Genomic Profiling) จะช่วยให้แพทย์และคนไข้สามารถร่วมกันวางแผนการรักษาและเลือกยาที่เหมาะสมที่สุดกับคนไข้ได้อย่างเหมาะสม

### 3.3) สำหรับอาการข้างเคียงที่สามารถพบได้บ่อยจากยามุ่งเป้า มีดังนี้

**3.3.1) ยายับยั้งกระบวนการสร้างเส้นเลือดใหม่** เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะลิ้มเลือดอุดตัน เลือดออกง่าย แผลแยกไม่ติดกระเพาะอาหารและลำไส้ทะลุ การมีโปรตีนในปัสสาวะ เป็นต้น

**3.3.2) ยายับยั้งการเจริญเติบโตของมะเร็ง** เช่น ท้องเสีย ผื่น ผิวแห้ง ลอก ผิวไวต่อแสงแดด เป็นต้น

### 2.1.5 การติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วยหลังการรักษาจะได้รับการติดตามโดยแพทย์ผู้รักษา เพื่อดูแลสุขภาพต่อไป การตรวจติดตามผล โดยปกติแล้วหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะพบแพทย์ 3-6 เดือน ในช่วง 2 ปีแรกและทุก 6 เดือน ไปจนถึง 5 ปี การตรวจตามผลจะใช้การตรวจร่างกาย ตรวจเลือดเพื่อหาสารติดตามผลมะเร็ง และอื่นๆ เช่น การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และการตรวจวินิจฉัยทางรังสี ซึ่งแพทย์จะพิจารณาระยะเวลาตามความเหมาะสม

### 2.1.6 วิธีการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ : ทำได้โดยการมี 5 พฤติกรรมที่ช่วยป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่

- (1) ถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา อย่าปล่อยให้อุจจาระเก่าตกค้างเป็นมลพิษ
- (2) รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เส้นใยสูง และเน้นอาหารสุขภาพ “น้ำตาลต่ำ เกลือต่ำ ไขมันต่ำ และเส้นใยสูง” ลดไขมันสู่ลำไส้ใหญ่ จะช่วยลดการเกิดสารพิษในลำไส้ ควรรับประทานผัก เช่น แครอท ผักใบเขียว ฟักทอง ให้มากขึ้น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไหม้เกรียมซึ่งมีสารก่อมะเร็ง
- (3) รักษาน้ำหนักตัว และหมั่นออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ซึ่งควรจะต้องเดินเร็วขึ้น ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจควรเป็น  $(220 - \text{อายุ}) \times 80\%$  และต้องออกกำลังกายต่อเนื่อง 20-40 นาที เพราะดัชนีมวลกาย (BMI) ที่เพิ่มขึ้นทุกๆ  $5\text{kg}/\text{m}^2$  จะทำให้อัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้เพิ่มขึ้นร้อยละ 25
- (4) ควรเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นประจำทุกปี โดยไม่ต้องรอให้มีอาการผิดปกติ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้
- (5) หมั่นสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของสุขภาพ โดยเฉพาะระบบทางเดินอาหาร และระบบลำไส้ เช่น อุจจาระมีมูกเลือด ท้องผูกติดต่อกันบ่อยๆ ท้องเสียสลับท้องผูกบ่อยๆ ท้องอืดปวดท้อง เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด มีอาการโลหิตจาง ควรไปตรวจมะเร็งลำไส้ทันที

## 2.2 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบบ่อยมาก 1 ใน 3 ของโรคมะเร็งที่คนไทยเป็นมากที่สุด โดยอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ของทั้งเพศชายและหญิงอยู่ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน แต่เดิมพบบ่อยในกลุ่มคนอายุ 50 ปีขึ้นไป แต่ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในช่วงอายุน้อยลง คือตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป โดยเริ่มต้นจากการเป็นติ่งเนื้อขนาดเล็กในลำไส้ใหญ่ และต้องใช้เวลาอย่างน้อย 3 – 5 ปี กว่าติ่งเนื้อจะกลายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ นอกจากนี้ มะเร็งลำไส้ใหญ่ยังเปรียบเหมือนภัยเงียบที่คุกคามร่างกาย เนื่องจากระยะแรกของโรคมักไม่แสดงอาการ แต่จะมีอาการก็ต่อเมื่อลุกลามรุนแรงแล้ว โดยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีดังนี้

### 2.2.1 พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร (11-16)

ปัจจุบันพฤติกรรมเสี่ยงที่เห็นได้ชัด ที่เป็นปัจจัยนำไปสู่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คือ “การรับประทานอาหาร” โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง อาหารพาสต์ฟู้ด กากใยน้อย อาหารประเภทแป้งอย่างที่ไม่หมักเกี๊ยม และของหมักดอง ทั้งนี้ เราสามารถหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนี้อาจได้ โดยการปรับพฤติกรรมของตนเอง ด้วยการรับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คือ การรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ดังนี้

1. รับประทานแต่คาร์โบไฮเดรต เช่น การกินบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป จะได้แต่แป้ง ทำให้ขาดสารอาหารประเภทวิตามิน โปรตีน และแร่ธาตุ นำพาไปสู่โรคอ้วนได้

2. รับประทานแต่ข้าวขัดขาว ทำให้ได้รับไฟเบอร์ หรือ ใยอาหารน้อย ควรรับประทานข้าวกล้อง หรือขนมปังโฮลวีทร่วมด้วย

3. รับประทานเฉพาะเนื้อสัตว์ใหญ่ๆ เป็นประจำ เช่น เนื้อวัว เนื้อหมู เนื้อเป็ด เนื้อไก่ เป็นอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เพราะโปรตีนจากเนื้อสัตว์ถ้าใช้ไม่หมด ร่างกายจะแปรรูปเป็นไขมัน และเก็บสะสมไว้ในร่างกาย การบริโภคเนื้อสัตว์สีแดงเป็นประจำอาจทำให้มีความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งลำไส้และทวารหนัก มะเร็งเต้านม และโรคอ้วน ตามมา จึงควรจำกัดการรับประทานเนื้อดังกล่าวให้เหลือเพียงสัปดาห์ละ 500 กรัม เพื่อลดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็ง

4. การรับประทานที่มีรสหวาน มัน เค็ม ซึ่งการกินหวาน หรือกินน้ำตาล ในปริมาณมากเกินไป ส่งผลทำให้เป็นโรคอ้วนได้ง่าย เพราะน้ำตาลถ้ากินเกินความต้องการของร่างกาย ก็จะกลายเป็นไขมันสะสมในร่างกายจนเกิดเป็นโรคอ้วน นอกจากนี้การกินอาหารมัน จะทำให้ไขมันไปสะสมในร่างกายนำไปสู่โรคอ้วนเช่นกัน สำหรับกินเค็มก็จะนำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูง และโรคไต

**5. การรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย** เนื่องจากใยอาหารมีผลทำให้อาหารที่รับประทานเข้าไป ผ่านจากกระเพาะอาหารไปยังลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ และทวารหนักได้อย่างรวดเร็วขึ้น ดังนั้น เวลาของการสัมผัสระหว่างสารพิษ หรือสารที่ก่อมะเร็งที่ปนเปื้อนในอาหารที่รับประทานเข้าไป กับเยื่อบุลำไส้จะน้อยลง ทำให้พบมะเร็งลำไส้ใหญ่ลดลงไปด้วย จากสถิติการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่พบว่า ผู้ที่ไม่ค่อยชอบรับประทานอาหารที่มีใยอาหาร จะเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้มากกว่า

**6. การรับประทานอาหารประเภทแป้งอย่างใหม่** หารับประทานเป็นประจำ จะมีความเสี่ยงต่อการได้รับสารอันตราย 3 ชนิดด้วยกัน ได้แก่

1. สารไนโตรซามีน (nitrosamines) พบในปลาหมึกย่าง ปลาทะเลย่าง และในเนื้อสัตว์ที่ใส่สารกันบูด เช่น แหนม ไส้กรอก เบคอน แฮม ที่มีสีแดงผิดปกติ ทำให้เสี่ยงเป็นสารก่อมะเร็งได้ ส่งผลให้เสี่ยงมะเร็งตับ มะเร็งหลอดอาหาร

2. สารพิลโรลีสเซต (Pyrolysates) พบมากในส่วนที่ไหม้เกรียมของอาหารปิ้งย่าง ซึ่งสารกลุ่มนี้บางชนิดมีฤทธิ์ร้ายแรงทางพันธุกรรมมากกว่าสารอะฟลาทอกซิน ตั้งแต่ 6-100 เท่า

3. สารพีเอเอช PAHs หรือสารกลุ่มโพลีไซคลิก อะโรมาติก ไฮโดรคาร์บอน (Polycyclic Aromatic Hydrocarbons) เป็นสารเริ่มต้นของสารกลายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดมะเร็ง ซึ่งเป็นสารชนิดเดียวกันกับที่เกิดในควันไฟไอเสียของเครื่องยนต์ ควันบุหรี่ และเตาเผาเชื้อเพลิงในโรงงานอุตสาหกรรม

สารพิษทั้ง 3 ชนิดนี้ จะพบในบริเวณที่ไหม้เกรียมของอาหารปิ้งย่างของเนื้อสัตว์ที่มีไขมันเยอะ เช่น หมูย่างติดมัน เนื้อย่างติดมัน ไก่ย่างส่วนติดมัน ชนัขย่าง ไขมันหรือน้ำมัน จะหยดไปบนเตาไฟ ทำให้เกิดการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ ก่อให้เกิดสารพีเอเอช ลอยขึ้นมาพร้อมเขม่าควันเกาะที่บริเวณผิวของอาหาร สารกลุ่มนี้จะมีมากในบริเวณที่ไหม้เกรียมของอาหารปิ้งย่าง หากรับประทานเข้าไปเป็นประจำจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โดยเฉพาะ มะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง มะเร็งตับ เป็นต้น

**7. การรับประทานอาหารหมักดอง** ซึ่งจากการศึกษาขององค์การวิจัยมะเร็งนานาชาติ (IARC) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบหลักฐานยืนยันว่า เนื้อสัตว์แปรรูป โดยการรมควัน อาหาร หมักดอง รวมถึงการถนอมอาหารแบบต่างๆ มีโอกาสปนเปื้อนสารก่อมะเร็ง โดยเฉพาะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เนื่องจากอาหารแปรรูปทั้งหลายเต็มไปด้วยสารกันบูด แต่งกลิ่น ใสสีให้ดูสดใหม่และน่ารับประทาน อีกทั้งยังมีโซเดียมไนเตรทและโซเดียมไนไตรท์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้สูง

สิ่งเหล่านี้ คือ การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อีกหนึ่งทางเลือก โดยการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คือ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีดังนี้

### (1) รับประทานผักหลากสีทุกวัน

สีส้มของผักนอกจากจะดูสวยงาม ผักแต่ละสี แต่ละชนิดยังมีประโยชน์ต่อร่างกายและให้คุณค่าที่แตกต่างกัน การรับประทานผักให้หลากหลายหรือรับประทานให้ครบทั้ง 5 สี จะมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อสุขภาพ

ตัวอย่างของผักและสารสีต่าง ๆ ได้แก่

1. **สารสีแดง** ได้แก่ มะเขือเทศ มีสารต้านอนุมูลอิสระที่เรียกว่า ไลโคปีน (Lycopene) ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งปอด
2. **สารสีเหลือง/ส้ม** ได้แก่ ฟักทอง แครอท มีสารต้านอนุมูลอิสระแคโรทีนอยด์ (Beta – Carotene) อุดมไปด้วยวิตามินที่สามารถต้านการเกิดสารอนุมูลอิสระในร่างกาย
3. **สารสีเขียว** ได้แก่ คะน้า บรอกโคลี อุดมไปด้วยวิตามินซี รวมถึงผักบุ้ง กวางตุ้ง ตำลึงที่มีวิตามินเอและฟิกเมนต์คลอโรฟิลล์
4. **สารสีม่วง** ได้แก่ กะหล่ำสีม่วง ชมพู่มะเหมี่ยว สีม่วงในดอกอัญชัน พืชผักสีม่วงเหล่านี้มีสารแอนโทไซยานิน (Anthocyanin) ซึ่งช่วยยับยั้งสารก่อมะเร็ง
5. **สารสีขาว** ได้แก่ มะเขือเปราะ ผักกาดขาว ดอกแค โดยเฉพาะยอดแค มีสารเบตาแคโรทีนสูง ซึ่งมีคุณสมบัติในการกำจัดสารอนุมูลอิสระ

### (2) รับประทานผลไม้เป็นประจำ

ผลไม้ประกอบด้วยวิตามินและแร่ธาตุหลากหลายชนิดที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย รวมทั้งยังมีเส้นใยอาหารที่ช่วยให้ระบบย่อยอาหารและระบบขับถ่ายทำงานได้อย่างปกติ

#### ประโยชน์ของผลไม้

1. **ส้ม** มีวิตามินเอและซี ซึ่งเป็นสารต้านอนุมูลอิสระที่ลดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็ง
2. **สับปะรด** มีวิตามินซี เบตาแคโรทีน และแมงกานีส ที่ช่วยป้องกันอันตรายจากอนุมูลอิสระ และยังมีความสำคัญต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย
3. **มะละกอ** มีวิตามินเอ บี และซี ช่วยลดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็ง ช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานเป็นปกติ

**4. มะม่วง** มีวิตามินเอและซี ซึ่งเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยในการป้องกันมะเร็ง อีกทั้งแก้อาการคลื่นไส้อาเจียนได้ด้วย

### (3) เน้นอาหารธัญพืชและเส้นใย

ธัญพืชเต็มเมล็ด คือ ธัญพืชที่ไม่ผ่านการขัดสีหรือขัดสีน้อยที่สุด ทำให้มีคุณค่าทางโภชนาการสูง เช่น วิตามิน แร่ธาตุ ไฟโตนิวเทรียนท์ เส้นใยอาหาร และสารต้านอนุมูลอิสระต่าง ๆ ตัวอย่างของธัญพืชเต็มเมล็ด ได้แก่ ข้าวกล้อง ข้าวสาลี ข้าวโพด ลูกเดือย เป็นต้น นอกจากนี้ใยอาหารในธัญพืชยังทำหน้าที่สำคัญในการพาสารต่าง ๆ ที่เป็นโทษต่อร่างกาย ซึ่งเกาะติดบริเวณลำไส้ให้ขับถ่ายออกไป จึงมีส่วนสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งในทางเดินอาหารและมะเร็งลำไส้ใหญ่

#### คุณค่าทางอาหารของธัญพืช

- 1. ข้าวกล้อง** ให้พลังงานแก่ร่างกาย มีเส้นใยอาหาร ช่วยป้องกันโรคเหน็บชา ปากนกกระจอก ลดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และช่วยป้องกันโรคโลหิตจาง
- 2. ลูกเดือย** มีวิตามินบี 1 วิตามินเอ โพแทสเซียม และใยอาหาร ช่วยแก้เหน็บชา แก้อ่อนใน บำรุงไต ปวด กระเพาะอาหาร
- 3. ถั่ว** ถั่วชนิดต่าง ๆ เช่น ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วดำ ถั่วแดง มีสารอาหาร โปรตีนและเส้นใยอาหาร ช่วยลดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งลำไส้

### (4) เติมเครื่องเทศเสริมรสชาติอาหาร

เครื่องเทศ หมายถึง ส่วนต่าง ๆ ของพืชที่นำมาเป็นเครื่องปรุงรสอาหารหรือเพื่อให้อาหารมีกลิ่นหอม สารประกอบอินทรีย์ที่เป็นกลิ่นหอมของเครื่องเทศมาจากส่วนที่เป็นน้ำมัน และน้ำมันหอมระเหย ส่วนรสชาติที่เผ็ดร้อนมาจากส่วนที่เป็นยาง

เครื่องเทศประกอบด้วยสารหลายชนิด เช่น แป้ง น้ำตาล แร่ธาตุ วิตามิน และสารประกอบอื่น ๆ ซึ่งมีสรรพคุณลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็ง รวมถึงกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันได้

#### คุณประโยชน์จากเครื่องเทศ

- 1. พริก** มีสาร Capsaicin ช่วยเพิ่มกระบวนการเผาผลาญในร่างกายและลดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็ง
- 2. ขมิ้น** มีสาร Curcuminoids ช่วยลดคอเลสเตอรอล ทำให้ลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งช่วยป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่

3. **กระเทียม** มีสาร Diallyl Sulphide ช่วยลดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็ง

4. **ขิง** มีสาร [6]-Gingerol ช่วยลดการดูดซึม LDL Cholesterol และช่วยป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่

#### (5) เพิ่มสารต้านอนุมูลอิสระ

เครื่องดื่มจากธรรมชาติมีสารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยแก้กระหาย ทำให้ร่างกายสดชื่น เครื่องดื่มนี้สามารถเตรียมจากส่วนต่าง ๆ ของพืช เช่น ใบ ผล เมล็ด ราก เป็นต้น

**ชาเขียว** มีสาร Epigallocatechin Gallate [EGCG] ซึ่งมีส่วนช่วยลดความเสี่ยง ในการเกิดเซลล์มะเร็ง การดื่มชาเขียวให้ได้ประโยชน์เต็มที่ควรดื่มทันทีหลังชงชาเสร็จ เนื่องจากหากทิ้งไว้ชาเขียวจะทำปฏิกิริยากับออกซิเจนในอากาศ ทำให้เสียคุณค่าไป นอกจากชาเขียวแล้วยังมีน้ำผักและผลไม้ รวมถึงสมุนไพรอีกหลายชนิดที่นิยมนำมาทำเป็นเครื่องดื่มกันอย่างแพร่หลาย เช่น น้ำแครอท น้ำดอกอัญชัน น้ำขิง น้ำส้ม น้ำเสาวรส เป็นต้น

#### (6) ประุงอาหารให้ถูกวิธี

วิธีการประุงอาหารที่ถูกต้องมีความสำคัญ ได้แก่

1. **ไม่ปิ้งย่างอาหารประเภทเนื้อสัตว์จนไหม้เกรียม** การปิ้งย่าง ร่มควันเนื้อสัตว์ จนไหม้เกรียมจะทำให้เกิดสารก่อมะเร็ง การนำอาหารไปทำให้สุกโดยไม่โครเวฟก่อนนำไปปิ้งย่าง และการนำส่วนที่ไหม้เกรียมทิ้งก่อนการรับประทานจะช่วยลดสารพิษดังกล่าวได้

2. **ไม่รับประทานอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ** โดยเฉพาะปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด การรับประทานอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและเกิดอาการอักเสบเรื้อรังส่งผลให้เป็นมะเร็งได้ ดังนั้นจึงควรประุงอาหารเหล่านี้ให้สุกก่อนการรับประทานเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรค

3. **ไม่ใช้น้ำมันทอดซ้ำหลาย ๆ ครั้ง** น้ำมันที่ผ่านการทอดซ้ำนานเกินไปจะมีคุณค่าทางโภชนาการลดลงและทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จึงควรหลีกเลี่ยงไม่รับประทานอาหารทอดจากร้านค้าที่ใช้น้ำมันมีกลิ่นเหม็นหืน สีดำคล้ำ ฟองมาก

#### (7) หลีกเลียงอาหารไขมัน

ไขมันในอาหารพบได้ทั้งในพืชและในสัตว์ โดยมีส่วนประกอบที่สำคัญ คือ กรดไขมัน ซึ่งสามารถแบ่งประเภทของกรดไขมัน ได้ดังนี้

**1. กรดไขมันอิ่มตัว** พบมากในอาหารที่มาจากเนื้อสัตว์และน้ำมันที่ได้จากพืชบางชนิด เช่น เนย ไขมันสัตว์ กะทิ น้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม หากร่างกายได้รับกรดไขมันอิ่มตัวในปริมาณมากเกินไป จะทำให้เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ

**2. กรดไขมันไม่อิ่มตัว** พบในน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันดอกทานตะวัน และปลา เช่น ปลาซาร์ดีน ปลาแซลมอน ปลาทูน่า ปลาจะละเม็ด เป็นต้น การบริโภคกรดไขมันชนิดนี้จะช่วยลดระดับ LDL Cholesterol หรือ คอเลสเตอรอลตัวร้ายในเลือด ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ

### (8) ลดบริโภคเนื้อแดง

เนื้อสัตว์สีแดง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว เนื้อแกะ เป็นอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง การบริโภคเนื้อสัตว์สีแดงเป็นประจำอาจทำให้มีความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งลำไส้และทวารหนัก มะเร็งเต้านม และโรคอ้วน จึงควรจำกัดการรับประทานเนื้อดังกล่าวให้เหลือเพียงสัปดาห์ละ 500 กรัม เพื่อลดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็ง

**การรับประทานปลาเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง** เนื่องจากปลาเป็นอาหารที่มีปริมาณโปรตีนสูงและยังเป็นโปรตีนที่ย่อยง่าย มีปริมาณไขมันน้อย นอกจากนี้ในปลาทะเลน้ำลึกยังพบว่า มีกรดไขมันที่เรียกว่า โอเมก้า 3 ซึ่งเป็นไขมันไม่อิ่มตัวที่จำเป็นต่อร่างกาย ช่วยการทำงานของสมอง ตับ และระบบประสาทเกี่ยวกับการพัฒนาการเรียนรู้อีกด้วย

### (9) เกล็ดแกงและอาหารหมักดองต้องน้อย

เกล็ดแกง เกล็ดสมุทร เกล็ดสินเธาว์เป็นของคู่ครัวเรือน ซึ่งใช้ปรุงอาหารเพื่อให้มี รสเค็ม แต่สิ่งที่ต้องระลึกรู้เสมอคือ ร่างกายควรได้รับโซเดียมไม่เกินวันละ 6 กรัมต่อวัน

**โซเดียม** มีบทบาทสำคัญต่อกระบวนการต่าง ๆ ในร่างกาย แต่หากได้รับในปริมาณที่มากเกินไปก็จะเป็นโทษต่อร่างกายได้เช่นกัน พบมากในเนื้อเค็ม ปลาเค็ม ปลาจ๋า ผักดอง และผลไม้ดอง เป็นต้น ดังนั้นจึงควรลดการรับประทานอาหารประเภทหมักดองหรืออาหารที่ผ่านกระบวนการแปรรูป โดยเฉพาะที่มีการถนอมอาหารหรือปรุงรสด้วยดินประสิวเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็ง

ฉะนั้น การป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง นั้น ควรป้องกันจากพฤติกรรมตามแนวทาง 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ รวมถึงการไม่ดื่มสุรา สูบบุหรี่ การคุมปัจจัยเหล่านี้ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้



## 2.2.2 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย<sup>(17)</sup>

การออกกำลังกายนั้น ทราบกันดีอยู่แล้วว่า ส่งผลให้สุขภาพร่างกายของเรานั้น แข็งแรง และในทางกลับกันการที่ไม่ออกกำลังกายนั้น ก็ส่งผลเสียต่อร่างกายเช่นกัน นอกจากร่างกายจะไม่แข็งแรงแล้ว ยังมีโรคที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่ออกกำลังกายตามอีกด้วยนอกจากนี้ยังส่งผลร้ายต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ เช่น

1. ทำให้รูปร่างไม่ดี ไม่มีกล้ามเนื้อคนที่ไม่ออกกำลังกาย แม้ว่าจะรับประทานอาหารได้ถูกต้อง ตามหลักโภชนาการมากเท่าใด รูปร่างก็อาจจะยังดูไม่ดี เท่าคนที่รับประทานอาหารธรรมดาๆ แต่ออกกำลังกายเป็นประจำเสียด้วยซ้ำ เนื่องจากผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำจะมีการสร้างกล้ามเนื้อซึ่งทำให้มีรูปร่างที่ดีกว่าไม่มีกล้ามเนื้อ ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายนั้นหากรับประทานอาหารมากไปก็จะทำให้อ้วน แต่ถ้าทานน้อยไปก็จะผอมไม่มีแรง แต่ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำปัญหาเรื่องนี้จะลดลง และมีรูปร่างที่ค่อนข้างสมส่วน
2. มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุบ่อยๆ แม้การออกกำลังกายจะไม่ได้ส่งผลให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุบ่อยๆ โดยตรง แต่มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายนั้นจะมีการตื่นตัวที่ต่ำลงกว่าปกติ การระมัดระวังตัวก็จะลดลง ปฏิบัติการในการหลบเลี่ยงอันตรายก็ลดลง ส่งผลให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้บ่อยกว่าผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ
3. การเจริญเติบโตของร่างกายต่ำ การออกกำลังกายนั้นช่วยทำให้การหลั่งโกรทฮอร์โมนดีขึ้น การที่เราไม่ออกกำลังกายในวัยเด็กหรือวัยรุ่นทำให้ร่างกายเรานั้นเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ ส่งผลให้เตี้ยกว่าที่ควรจะเป็น และในวัยทำงานก็ยังทำให้ร่างกายได้รับการซ่อมแซมได้ช้ากว่าผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ
4. มักมีปัญหาด้านสภาพจิตใจ และสังคมคนที่ไม่ออกกำลังกายนั้น มีโอกาสเป็นผู้ที่เสพยาเสพติดมากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ เนื่องจากการออกกำลังกายนั้น ช่วยให้ผ่อนคลายจากความเครียด จึงไม่ต้องหันไปพึ่งพาสาเสพติด ผู้ที่ออกกำลังกายนั้นจะมีอารมณ์ที่ปกติไม่ฉุนเฉียวได้ง่าย เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย
5. โอกาสเป็นโรคมามากกว่าคนอื่นผู้ที่ไม่ออกกำลังกายเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคข้อต่อและกระดูก โรคระบบประสาทเสียสมดุล และโรคความดันโลหิตสูงมักมีอาการแปลกๆเกิดขึ้น บางครั้งเรียกอาการแปลกๆ เหล่านี้ โดยรวมเรียกว่า โรคขาดการออกกำลังกาย เช่น อาการอ่อนเพลียแม้จะพักผ่อนเต็มที่ ง่วงในเวลากลางวัน นอนหลับยาก หน้ามืดได้ง่าย เหนื่อยง่าย ใจสั่น ระบบขับถ่ายไม่เป็นปกติ แพ้อากาศที่เปลี่ยนแปลง เป็นต้น

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การที่เราไม่ออกกำลังกายนั้นส่งผลเสียต่อร่างกาย มากกว่า การที่เราจะมีร่างกายที่ไม่แข็งแรงเท่าคนที่ออกกำลังกาย เพราะฉะนั้น ควรหาเวลาว่างมา ออกกำลังกาย ควบคู่ไปกับการรักษาสุขภาพในแนวทางอื่นๆ ไปพร้อมๆ กัน

### **ข้อแนะนำในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง**

โดยวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ซึ่พจรจะต้องเต้นเร็วขึ้น ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจควรเป็น  $(220 - \text{อายุ}) \times 80\%$  และต้องออกกำลังกายต่อเนื่อง 20-40 นาที รายละเอียดดังนี้

### **รูปแบบและกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม**

1. ออกกำลังกายเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ควรจะเป็น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก คือทำต่อเนื่องครั้งละ 20-40 นาที
2. ควรเริ่มการออกกำลังกายแบบเบา ก่อน และเพิ่มเป็นปานกลาง เพื่อให้ร่างกาย ได้มีการปรับตัว ไม่แนะนำให้ออกกำลังกายหนักหรือในรูปแบบที่มีแรงต้านมากๆ
3. เน้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก คือมีการออกกำลังกายแบบเคลื่อนไหว อย่างต่อเนื่อง ไม่มีแรงกระแทก หรือแรงกระแทกต่ำ เช่น การเดิน ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ รำมวยจีน โยคะ ภายบริหาร
4. ออกกำลังกายเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและระบบประสาทควบคู่ ไปด้วยกัน ตัวอย่างกิจกรรม เช่น ภายบริหารแบบมีแรงต้านต่ำ การออกแรงดึงยางยืดเนื่องจากขณะ ออกแรงสายยามีปฏิกิริยาต้านกลับ (stress reflex) ส่งผลให้ระบบประสาทและกล้ามเนื้อพัฒนาไป พร้อมกัน

**รูปแบบและกิจกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม** ได้แก่ กิจกรรมแรง กระแทกและแรงต้านสูง เช่น กระโดดเชือก วิ่งเร็ว ก้าวขึ้น-ลงสแต็ป ยกน้ำหนัก

### **ประโยชน์ของการออกกำลังกาย**

1. เพิ่มการไหลเวียนของเลือด โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจ
2. ปรับระดับไขมันในเลือดให้ดีขึ้น โดยเพิ่ม HDL และลด LDL
3. ปรับระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยลดอัตราการเป็นเบาหวาน ลดความดันเลือดได้
4. เพิ่มความแข็งแรง และความทนทานของเอ็นกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ
5. ควบคุมน้ำหนัก และลดไขมันในร่างกาย
6. ลดความเครียด วิตก กังวล และภาวะซึมเศร้า
7. ช่วยระบบขับถ่ายดีขึ้น
8. ลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน หลอดเลือด ในสมองตีบตัน ความดันโลหิตสูง อ้วน เบาหวาน กระดูกพรุน
9. ช่วยทำให้หลับสบายขึ้น

### 2.2.3 พฤติกรรมด้านอารมณ์: การจัดการความเครียด <sup>(18-20)</sup>

#### ความเครียดก่อโรค

ความเครียด คือ การตอบสนองของร่างกาย ต่อสภาวะกดดันทางกาย จิตใจ และ อารมณ์ ซึ่งทำให้คนเรารู้สึกคับข้องใจ ท้อแท้ โกรธ หรือวิตกกังวล และอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในร่างกาย ตามปกติ “ความเครียด” มักเกิดขึ้นเมื่อเราต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตนเองไม่สามารถจัดการได้ และทันทีที่เกิดความเครียด ร่างกายของคนเราก็จะตอบสนองด้วยการสร้างฮอร์โมน อันได้แก่ epinephrine หรือ adrenaline และ cortisol ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น และระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงขึ้น เป็นผลให้คนเรามีความตื่นตัว แข็งแรงและมีพลังพร้อมรับมือกับสถานการณ์ จึงนับว่าความเครียดเล็กๆ น้อยๆ เป็นประโยชน์ที่ทำให้เรตื่นตัว กระจ่างตื่นในการใช้ชีวิตประจำวันแต่ในทางกลับกัน หากความเครียดนั้นกินระยะเวลายาวนาน มีความรุนแรงมากกว่าปกติ ความเครียดดังกล่าวย่อมส่งผลเสียต่อร่างกาย ยกตัวอย่างเช่น เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง รวมถึงโรคอื่นๆ อีกหลายโรค ปัญหาสุขภาพจิตก็เกิดขึ้นตามมาอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยง อาทิ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล นอกจากนี้ความเครียดจะนำไปสู่พฤติกรรมหรือการแก้ไขปัญหาก็ไม่เหมาะสม อย่างการดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือการใช้สารเสพติดอื่นๆ รวมถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มากเกินไป ซึ่งส่งผลให้อัตราความเสี่ยงต่อการเกิดไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น

ความเครียดในระยะสั้น ช่วยกระตุ้นให้เราตื่นตัวมีพลังในการจัดการปัญหาที่ผ่านเข้ามา แต่ความเครียดที่ต่อเนื่องยาวนาน และแฝงเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต จะส่งผลเสียรุนแรงต่อสภาพร่างกายและจิตใจ กระทบต่อร่างกายทั้งทางระบบฮอร์โมน ระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบภูมิคุ้มกัน โดยความเครียด จะส่งผลให้กล้ามเนื้อหดเกร็งตัว หัวใจเต้นเร็วและแรง เส้นเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจตีบเล็กลง ส่งผลต่อเนื้อเยื่อหัวใจ ความดันเลือดสูงขึ้น ปริมาณน้ำเลือดเพิ่มมากขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จึงทำให้เลือดข้นขึ้นและแข็งตัวเร็วกว่าปกติ ไม่เพียงเท่านั้น ถ้าใส่ส่วนต่างๆ และระบบภูมิคุ้มกันจะทำงานได้น้อยลง ส่งผลให้ความสามารถ ในการต่อสู้กับเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ลดลงไปด้วย “ผลที่เกิดขึ้นนี้ จะทำให้เรามีอาการปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ เช่น ปวดหัว ปวดหลัง เมื่อยล้า จากการที่กล้ามเนื้อหดเกร็งตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น น้ำตาลในเลือดสูง อาหารไม่ย่อย ติดเชื้อง่าย เจ็บป่วยได้ง่าย ที่สำคัญคือความเครียดสัมพันธ์กับโรคต่างๆ แทบทุกโรค ทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด แผลในกระเพาะอาหาร โรคมะเร็ง ฯลฯ โดยที่การวิจัยนานาชาติเรื่องหัวใจขาดเลือดประเมินว่า ความเครียดเป็นสาเหตุสำคัญของ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดถึงร้อยละ 40” <sup>(18)</sup>

เนื่องจากในสภาวะที่บุคคลมีความเครียดร่างกายจะเตรียมพร้อมต่อสู้จะมีการตื่นตัวของร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น เลือดไปเลี้ยงส่วนปลายน้อยลง แต่เมื่อเข้าสู่

ภาวะผ่อนคลาย ร่างกายจะคืนสู่ภาวะปกติ ผลที่ได้รับ คือ สามารถลดความดันโลหิต เพิ่มการฟื้นฟูหัวใจ และลดอาการทางกาย ซึ่งเทคนิคการจัดการความเครียดต่อไปนี้อาจนำไปใช้ได้กับทั้งผู้ที่มีความเจ็บป่วย และผู้ที่มีสุขภาพดีด้วยเทคนิคในการจัดการความเครียด<sup>(19)</sup> มีดังต่อไปนี้

**1. Progressive Muscle Relaxation (PMR)** เป็นเทคนิคในการลดความเครียด และวิตกกังวลโดยใช้การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ วิธีการคือให้บุคคลหลับตาผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย โดยเริ่มทีละส่วนของร่างกาย จากขา ท้อง หน้าอก แขน และหน้าตามลำดับ ซึ่งในแต่ละส่วนร่างกายให้เกร็ง 10 วินาที แล้วผ่อนคลาย 20 วินาที ใช้เวลาประมาณครึ่งละ 20-30 นาที ผลที่ได้รับ คือ ช่วยลดระดับ คอร์ติซอลในน้ำลาย ลดวิตกกังวล ลดความดันโลหิต และการเต้นของหัวใจ ลดอาการปวดศีรษะ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ทำการเปลี่ยนหัวใจ เป็นต้น

**2. Autogenic Training (AT)** เป็นวิธีการผ่อนคลายด้วยตนเอง โดยการสั่งร่างกายให้รู้สึกผ่อนคลาย และควบคุมการหายใจ แรงดันโลหิต การเต้น ของหัวใจ และอุณหภูมิของร่างกาย เป็นการฝึกที่ใช้การจินตนาการและใช้คำพูด ที่ช่วยให้ร่างกายรู้สึกอบอุ่น หนัก และผ่อนคลาย บุคคลจะเรียนรู้แบบฝึก จากการอ่านหรือสังเกตครูฝึก จากนั้นฝึกปฏิบัติด้วยตนเองเป็นเวลาหลายๆ นาที หลายๆ ครั้งในแต่ละวัน ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 4-6 เดือน ผลที่ได้รับ คือ ช่วยลดอาการไมเกรน ความดันโลหิตสูง หอบหืด โรควิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และนอนไม่หลับ

**3. Relaxation Response (RR)** เป็นการใช้เวลาประมาณ 10-20 นาทีในแต่ละวัน ให้มีสมาธิจดจ่อกับคำพูด เสียง วลี บทสวด หรือ การเคลื่อนไหว ร่างกาย ซึ่งเมื่อเข้าสู่ภาวะผ่อนคลาย ร่างกาย จะคืนสู่ภาวะปกติ ผลที่ได้รับ คือ สามารถลดความดันโลหิต เพิ่มการฟื้นฟูหัวใจ และลดอาการทางกาย

**4. Biofeedback** เป็นกระบวนการที่ช่วยให้เราเรียนรู้ที่จะควบคุมการทำงานของร่างกาย โดยใช้เครื่องมือในการอ่านข้อมูลทางร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ และข้อมูลทางกายที่ได้จะช่วยให้บุคคลเรียนรู้ที่จะสังเกตและควบคุมการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย เช่น ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ Biofeedback เป็นวิธีการรักษาที่ประสบผลสำเร็จในการใช้กับอาการปวดศีรษะ การควบคุมความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวาน และโรคหัวใจ

**5. Guided Imaging (GI)** เป็นวิธีการสอนโดยผู้เชี่ยวชาญ ที่ให้บุคคลใช้การจินตนาการถึงภาวะสุขภาพ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย โดยจะมีการใช้เสียงบันทึก หรือใช้สคริปต์พูดประกอบการฝึก ใช้เวลา ประมาณ 4-8 สัปดาห์ วันละประมาณ 10 นาที ประโยชน์ที่ได้รับ คือ ลดความเครียด ลดอาการซึมเศร้า และใช้ในการรักษาร่วมกับการบำบัดผู้ป่วยมะเร็ง การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสวนหัวใจ ความเครียดจากการผ่าตัด และใช้ในผู้ป่วยเปลี่ยนไขกระดูกเจ็บปวดจากมะเร็ง ผู้ป่วยหอบหืด และเด็กวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกิน

**6. Diaphragmatic Breathing** เป็นการหายใจโดยใช้การขยายตัวของท้องมากกว่าหน้าอก ซึ่งเป็นการกำหนดการเคลื่อนไหวของการหายใจที่จะนำไปสู่การตอบสนองทางร่างกาย เช่น ลดการใช้ออกซิเจน ลดชีพจร ลดความดันโลหิต เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่าวิธีการนี้ช่วยลดความอ่อนล้าจากการเปลี่ยนถ่ายเซลล์ ลดความวิตกกังวล และอาการหอบของเด็ก ลดความเครียดจากการไปพบ ทันตแพทย์ และใช้ใน การจัดการเด็กวัยรุ่นที่ก้าวร้าว เป็นต้น

**7. Transcendental Meditation** เป็นวิธีการสอนโดยครูผู้เชี่ยวชาญที่ให้บุคคลหลับตาและกล่าวคำ “มนตรา” ซึ่งเป็นคำที่มีความหมายสำหรับบุคคล เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้และเข้าสู่ภาวะตื่นรู้ ในระหว่างการฝึกประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในการลดลงของกิจกรรมทางร่างกายและจิตใจจะช่วยฟื้นฟูระบบการทำงานของร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติ การปฏิบัติวิธีการนี้ใช้เวลา 20 นาที อย่างน้อย 2 ครั้งต่อวันจะช่วยเพิ่มการทำงานของสมอง และมีสมาธิจดจ่อ

**8. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)** เป็นวิธีการรักษาที่ ประกอบด้วย การประเมินการใช้เทคนิคปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้รับบริการจะต้องทำการบ้านตามที่ได้มอบหมายเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผล ซึ่งจะช่วยให้บุคคลตระหนัก และเรียนรู้ที่จะปรับความคิดและความเชื่อ ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลในการรักษาผู้ที่มีโรควิตกกังวล ซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพ เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนล้า เป็นต้น

**9. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)** เป็นวิธีการอย่างมีระบบที่นำการเจริญสติมาจัดโปรแกรมกลุ่มเพื่อลดความทุกข์ทางร่างกาย และจิตใจโดยมุ่งให้บุคคลตระหนักรู้ อยู่กับปัจจุบัน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีการ รับรู้ที่ถูกต้อง และชัดเจน ลดอารมณ์ทางลบและเพิ่มพลังในการแก้ไขปัญหา วิธีการนี้ประสบความสำเร็จในการนำไปใช้กับผู้มีปัญหาทางอารมณ์จากการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ปวดเรื้อรัง มะเร็ง เป็นต้น รวมทั้งมีประสิทธิผลในการลดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

**10. Emotional freedom Technique (EFT)** เป็นการเคาะจุด 9 ตำแหน่งพร้อมกับพูดคำที่มีความหมาย ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบทางอารมณ์ จากความจำหรือเหตุการณ์ที่นำไปสู่ความทุกข์ทางจิตใจ เมื่อความทุกข์ทางจิตใจลดลง ร่างกายมักจะปรับสมดุลด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่าวิธีการนี้ นำไปสู่การลดความเจ็บปวด เพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหา ลดการบาดเจ็บทางอารมณ์ รวมทั้งการบาดเจ็บมาจากโรคหัวใจหลอดเลือด

ในการดำเนินชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล จะประสบกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับตนเองมากมาย ทำให้แต่ละบุคคลมีพฤติกรรมแสดงออกหรือมีความรู้สึกต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอย่างไร ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสถานการณ์ ประสบการณ์ วุฒิภาวะของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ ซึ่งจะมีผลก่อให้เกิดความเครียด (Stress) ต่อตนเองได้ไม่มากนักน้อย ความเครียดถ้ามีมากเกินไปเป็นเวลานาน ๆ อาจจะมีผลให้เกิดอาการผิดปกติ ทั้งร่างกายและจิตใจ

ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ เช่น โรคความดันเลือดสูง (Hypertension) โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) โรคเบื่ออาหาร (Anorexia nervosa) โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคอารมณ์แปรปรวน (Major affective disorder) โรคประสาท (Neurosis) บุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorder) เป็นต้น<sup>(21)</sup>

### **การจัดการความเครียดด้วยตนเอง**

สิ่งสำคัญที่สุดในการจัดการกับความเครียด คือ ตัวเราเองต้องรู้ว่ากำลังเครียด และรู้จักทบทวนหาสาเหตุของความเครียด โดยอาจจะพิจารณาด้วยตนเอง หรือปรึกษากับคนใกล้ชิดที่ไว้วางใจได้ หรือปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตโดยตรง เมื่อพบสาเหตุแล้วจะได้ติดตามหาทางแก้ไขต่อไป นอกจากนี้ยังต้องรู้จักยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตในปัจจุบันและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนเท่าที่จะทำได้เพื่อให้ชีวิตดีขึ้น อีกทั้งมีความเต็มใจที่จะแก้ไขเปลี่ยนแปลงตัวเราก่อนเป็นอันดับแรกเมื่อมีปัญหาที่เกิดขึ้นจะต้องไม่โทษคนอื่นหรือเกี่ยงให้คนอื่นปรับปรุงตัวก่อน สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับการจัดการกับความเครียด<sup>(20)</sup>

กลยุทธ์ที่สำคัญในการจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง มีวิธีปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

1. การเสริมสร้างสุขภาพกายให้แข็งแรง
2. การเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่ทำให้เครียด
3. การเปลี่ยนแปลงที่จิตใจ
4. การฝึกผ่อนคลายความเครียดโดยใช้เทคนิควิธีต่าง ๆ

### **การเสริมสร้างสุขภาพทางกายให้แข็งแรง**

1. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่า

อาการทางร่างกายที่ผิดปกติบางอย่าง เช่น อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย มักจะเกิดขึ้นกับคนที่มีความเครียด ดังนั้น ควรเลือกรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย หลีกเลียงอาหารรสจัด เช่น เผ็ดจัด เปรี้ยวจัด หวานจัด เค็มจัด เป็นต้น

การรับประทานอาหารควรเลือกรับประทานอาหารให้ครบถ้วน โดยเฉพาะเนื้อสัตว์ ควรเลือกเนื้อปลาเพราะย่อยง่ายและมีไขมันน้อย การรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่มากและเพียงพอ ประมาณวันละ 400 กรัม ซึ่งเป็นที่มาที่สำคัญของใยอาหารและวิตามินที่มีคุณสมบัติเป็น antioxidant และเกลือแร่ต่าง ๆ เช่น วิตามินซี วิตามินเอ และเบต้าแคโรทีน และใยอาหารจะช่วยลดอัตราเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งเต้านม เป็นต้น

2. ออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ

การออกกำลังกาย ควรเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับเพศ และวัย ตามความต้องการ ความสามารถของตนเอง และเป็นกิจกรรมการออกกำลังกายที่ใช้

ระยะเวลายาวนานพอสมควรและต่อเนื่อง เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ ๆ การขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น ทั้งนี้จะต้องออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ ประมาณ 30 นาทีขึ้นไป ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อร่างกายเป็นอย่างมาก

### 3. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

คนที่เครียดมักจะมีอาหารนอนไม่หลับ หลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ ทำให้เวลานอนน้อยลง ร่างกายจึงอ่อนเพลียโดยปกติแล้วเราจะนอนวันละประมาณ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะว่าพยายามอย่าหลับกลางวัน เพราะถ้านอนกลางวันมาก กลางคืนไม่่วง ออกกำลังกายตอนเย็น เข้านอนเป็นเวลา อย่าใช้ยานอนหลับเองควรปรึกษาแพทย์เพื่อความปลอดภัย

### 4. หลีกเลี่ยงการปฏิบัติตนที่จะก่อให้เกิดเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

บางคนมีความเชื่อว่า การคลายเครียดคือการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เล่นการพนัน ยาเสพติด จะช่วยคลายเครียดได้ แต่ที่จริงไม่ใช่เลย กลับเป็นโทษต่อร่างกายอีกด้วย ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา กาแฟ ชา เครื่องดื่มบำรุงกำลังต่าง ๆ งดสูบบุหรี่ ไม่ใช้ยาเสพติด และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย

### การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ทำให้เครียด

#### 1. ปรับปรุงสถานที่ให้เหมาะสม

ไม่ว่าที่บ้านหรือที่ทำงาน หากมีสภาพที่สกปรกรกรุงรัง มีกลิ่นไม่ดี มีเสียงอึกทึก ฝุ่นละอองมาก เป็นต้น การหาทางปรับปรุงแก้ไขให้น่าอยู่ น่าทำงานให้มากขึ้น จัดวางข้าวของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย รักษาความสะอาด เป็นต้น บรรยากาศที่ดีจะมีส่วนช่วยลดความเครียดลงได้มาก

#### 2. เปลี่ยนบรรยากาศชั่วคราว

หากรู้สึกเครียดจากการทำงานมาก ๆ ควรหาวิทยุมาฟังบ้าง หรือพักผ่อนตากอากาศ เปลี่ยนที่พักชั่วคราว เป็นต้น

#### 3. ปรับปรุงการทำงาน

การมีความรู้สึกว่างานที่ทำอยู่นั้นก่อให้เกิดความเครียด เช่น งานมากเกินไปเกินกำลังงานยากเกินความสามารถ มีปัญหากับผู้ร่วมงานหรือเพื่อน ควรพิจารณาแก้ไขปัญหานั้น อย่างเป็นระบบ เช่น วางแผนการทำงานใหม่ รู้จักการทำงานเป็นทีม มีปัญหาปรึกษากับหัวหน้างาน หรือคนที่ไว้วางใจได้ เป็นต้น

#### 4. ให้ความสำคัญกับที่อยู่อาศัย

จัดสถานที่ให้น่าอยู่ร่มรื่น สะอาดสะอาด มีความรู้สึกอยากที่จะอยู่บ้านดูแลครอบครัว และมีน้ำใจต่อกันกับสมาชิกในครอบครัว

### การเปลี่ยนแปลงจิตใจ

1. มองโลกในหลาย ๆ แง่มุม พยายามมองในแง่ที่ดี ไม่ใช่มองทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นสิ่งที่เลวร้ายไปหมด คิดทบทวนหาข้อบกพร่องของตนเองบ้างจะช่วยพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น การเปลี่ยนทัศนคติต่อตนเองและผู้อื่น มองตนเองและผู้อื่นในแง่ดีจะช่วยลดความเครียดได้เป็นอย่างมาก
2. มีอารมณ์ขันอย่าเป็นคนที่ยิ้มยาก รู้จักการหัวเราะเสียบ้าง บางครั้งอาจจะเกิดมาจากครอบครัวที่เจ้าระเบียบจนเกินไป ต้องมีการผ่อนคลายสนุกสนาน หยอกเย้ากันบ้าง
3. ให้อภัยรู้จักให้อภัยตนเองและผู้อื่นเมื่อกระทำผิด อย่ามัวแต่โทษตนเอง จิตใจต้องไม่ผูกพยาบาท เครียดแค้น โกรธ จะทำให้จิตใจสงบขึ้น
4. ไม่ทอดทิ้งพยายามปลุกปลอบใจตนเอง การให้กำลังใจแก่ตนเอง ถ้าเมื่อไรมีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หหมดกำลังใจ และทอดทิ้ง หหมดอาลัยตายอยาก คิดแต่รอโชคชะตาแล้วชีวิตนี้จะไม่มีความสุข ไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้นจะต้องมีความมุ่งมั่นและคาดหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ด้วย

### 2.2.4 พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ (22-25)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Disease : NCD) เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ทุกครั้งที่มีการสูบบุหรี่ จะมีสารพิษปนออกมากถึง 69 ชนิด จากการประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วยค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อมทางการแพทย์ มูลค่าการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ป่วยและผู้ดูแล และมูลค่าการสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควร พบว่า มีค่าใช้จ่ายทั้งหมดเท่ากับ 74.88 พันล้านบาท (เฉลี่ย 29.39 บาทต่อบุหรี่ยี่ 1 ซอง) คิดเป็นร้อยละ 0.78 ของ GDP หรือเท่ากับร้อยละ 18.19 ของงบประมาณทางด้านสาธารณสุขในปี พ.ศ.2552

#### 2.2.4.1 ผลของบุหรี่

**เสี่ยงตาบอดถาวร** เพราะเมื่อเราสูบบุหรี่บ่อยๆ สารพิษในบุหรี่จะไปทำให้เกิดตาต่อกระจกได้ง่ายขึ้น โดยสังเกตได้จากดวงตาที่ดูขุ่นมัวขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ สารพิษในบุหรี่ยังเป็นตัวการที่ทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงจอเรตินาเกิดการตีบตัน จนเป็นผลให้ตาบอดถาวรในที่สุด

**เสี่ยงมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ** เพราะร่างกายของเราจะมีกระบวนการดูดซึมสารพิษหรือสารแปลกปลอมเข้าสู่กระแสเลือด และขับถ่ายออกทางปัสสาวะ ซึ่งสารนิโคตินและสารเสพติดอื่นๆ ในบุหรี่ยี่นั้น มีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง เมื่อมีการดูดซึมและขับออกทางปัสสาวะบ่อยๆ จะทำให้กระเพาะปัสสาวะได้สัมผัสกับสารเหล่านี้ไปเต็มๆ เป็นผลให้เสี่ยงต่อมะเร็งกระเพาะ



ปัสสาวะได้นั่นเอง นอกจากนี้ บางคนอาจมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เนื่องจากกล้ามเนื้อซึ่งทำหน้าที่คอยควบคุมกระเพาะปัสสาวะถูกทำลายจนอ่อนตัวลงไปแล้ว

**เสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด** เนื่องจากสารนิโคตินและสารเสพติดอื่นๆ ในบุหรี่จะทำให้หลอดเลือดหัวใจหดตัวและตีบลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ยากขึ้น และอาจไปเลี้ยงหัวใจไม่พอ จึงทำให้หัวใจวายอย่างเฉียบพลันได้ โดยเฉพาะในขณะออกกำลังกาย ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจจึงมักจะถูกสั่งห้ามไม่ให้ออกกำลังกายหนักๆ นั้นเอง

**เสี่ยงโรกระบบทางเดินอาหาร** ผู้ที่สูบบุหรี่บ่อยๆ จะเสี่ยงต่อโรกระบบทางเดินอาหารได้สูง ไม่ว่าจะเป็นโรคกระเพาะอาหาร โรคลำไส้อักเสบ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรคมะเร็งช่องปากและมะเร็งหลอดอาหาร รวมถึงการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* เพราะสารเคมีในบุหรี่ จะไปทำให้กระเพาะอาหารมีการผลิตน้ำย่อยออกมามากขึ้น และมากเกินไปจนทำให้กระเพาะอาหารเกิดแผลจากการกัดกร่อนของน้ำย่อย ส่งผลให้เป็นโรคกระเพาะและเสี่ยงโรคมะเร็งได้ นอกจากนี้ หากสูบบุหรี่บ่อยๆ และสูบในปริมาณมากต่อวันก็อาจทำให้กระเพาะอาหารทะลุได้

**เสี่ยงหลอดเลือดสมองตีบ** เพราะอาจเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดสมองแตกได้ ซึ่งก็จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตและอาจเป็นโรคอัลไซเมอร์ ได้อีกเช่นกัน ซึ่งจากการวิจัยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่บ่อยๆ และสูบเป็นประจำมักเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดสมองตีบและแตกมากกว่าคนปกติสูงถึง 10 เท่า อีกทั้งยังอาจทำให้เซลล์สมองฝ่อและเสื่อมได้ง่ายกว่าปกติ

**เสี่ยงถุงลมโป่งพอง** เพราะการสูบบุหรี่มากๆ โดยสารนิโคตินและสารเคมีอื่นๆ จะเข้าไปทำลายเซลล์เนื้อเยื่อของปอด และทำให้ถุงลมเล็กๆ ฝีกขาด ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากและหายใจยากขึ้น บางคนอาจรู้สึกหายใจได้ไม่เต็มปอดจนต้องหายใจถี่และเร็วขึ้นกว่าปกติ ซึ่งก็สร้างความทรมานให้กับผู้ป่วยได้มากทีเดียว

**เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ** เพราะสารเคมีในบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดเกิดการอุดตัน ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงประสาทที่ควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายได้น้อยลง และยังทำให้จำนวนอสุจิน้อยลงตามไปด้วย

**เสี่ยงแท้งลูก** เนื่องจากสารเคมีในบุหรี่จะทำให้รกเกาะต่ำ เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน และอาจเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษตามมาได้ ดังนั้นหากรู้ตัวว่ากำลังตั้งครรภ์ ควรเลิกสูบบุหรี่โดยด่วน และต้องอยู่ให้ห่างไกลจากควันบุหรี่ด้วยเช่นกัน

**ส่งผลกระทบต่อทางร่างกาย** นอกจากโทษของบุหรี่ที่กล่าวมาแล้ว ผู้สูบบุหรี่อาจมีความผิดปกติทางร่างกายเกิดขึ้น ทั้งความผิดปกติที่ไม่อันตรายและที่เป็นอันตราย แต่ก็สร้างความวิตกได้เป็นอย่างมาก ซึ่งสิ่งผิดปกติเหล่านั้น ได้แก่ ฟันผุ ฟันดำ มีกลิ่นปาก กลิ่นตัว

เหม็นมาก แก่เร็ว ผมหงอก และอาจมีอาการเหนื่อยง่าย หอบบ่อยๆ เล็บเหลือง หรือมีอาการเบื่ออาหารร่วมด้วย

#### 2.2.4.2 สถานการณ์บุหรี่

ประเทศไทยมีนโยบายสาธารณะ นโยบายลดการบริโภคยาสูบนับเป็นนโยบายที่ “ครบเครื่อง” มากที่สุดในด้านของการใช้เครื่องมือนโยบายคือ มีทั้งเครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์ (Economic Instrument) ซึ่งได้แก่ ภาษีสรรพสามิต มีทั้งเครื่องมือทางสังคม คือ มีกลุ่มมรณงค์มีการใช้สื่อประเภทต่างๆ โดยเฉพาะการผลักดันของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมีมาตรการทางกฎหมายผ่านนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบตั้งแต่ปี พ.ศ.2517 เพื่อลดจำนวนผู้สูบบุหรี่และป้องกันผู้สูบบุหรี่รายใหม่ที่จะเกิดขึ้น รวมถึงการบังคับใช้มาตรการต่างๆ เกี่ยวกับการลดควันบุหรี่มือสองเพื่อปกป้องผู้ไม่สูบบุหรี่

จากการศึกษาการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของโรคที่สามารถป้องกันได้เนื่องจากควันบุหรี่มีสารประกอบต่างๆ มากกว่า 4,000 ชนิดในจำนวนนี้ เป็นสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิด องค์การอนามัยโลกรายงานว่า 1 ใน 3 ของโรคมะเร็งทั้งหมดมีข้อมูลแน่ชัดแล้วว่า มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ คือ มะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับอ่อน มะเร็งเกี่ยวกับไต และกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก และกระเพาะอาหาร มะเร็งช่องปาก มะเร็งช่องคอ มะเร็งเม็ดเลือดขาว ในปี พ.ศ. 2551 มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ 4.9 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2554 มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ 5.3 ล้านคน องค์การอนามัยโลกคาดว่าภายในปีพ.ศ. 2573 จะมีประชากรโลกตายเนื่องจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ถึงปีละ 8 ล้านคน <sup>(21)</sup> และพบรายงานความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจซึ่งเกิดจากค่าใช้จ่ายทั้งหมดจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของไทยเท่ากับ 43.6 พันล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ <sup>(23)</sup>

#### 2.2.4.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่

**ความอยากลอง** ความอยากลองเป็นเรื่องที่ทำนาย นำต้นตอ และสนุกสนาน ถึงแม้จะทราบว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีต่อสุขภาพก็ตาม <sup>(24)</sup>

**ตามอย่างเพื่อน** เพราะเพื่อนชวน บางคนมีเจตคติที่ว่า ถ้าไม่สูบบุหรี่จะเข้ากับเพื่อนไม่ได้ เพื่อนจะไม่ยอมรับเข้ากลุ่ม และหลายคนไม่กล้าเลิกสูบบุหรี่ เพราะกลัวเพื่อนจะล้อเลียน และไม่ให้อำนาจกลุ่ม

**ตามอย่างคนในบ้าน** เมื่อมีคนในบ้าน ไม่ว่าจะปิตา มารดา หรือญาติพี่น้อง ซึ่งอยู่บ้านเดียวกันสูบบุหรี่ หลายคนจะสูบบุหรี่ เพราะเห็นการสูบบ้านมาแต่เด็ก จึงคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดา หรือ จะตามอย่างญาติพี่น้อง อยากลองสูบบ้าง และคิดว่า เป็นการแสดงออก

ถึงความเป็นผู้ใหญ่ เป็นชาย มีงานวิจัยพบว่า ถ้าบิดามารดาสูบบุหรี่ จะทำให้ลูกมีแนวโน้มในการสูบบุหรี่สูงถึง 3 เท่า

**เพื่อเข้าสังคม** บางคนต้องสูบบุหรี่ เพราะหน้าที่การทำงานที่ต้องเข้าสังคม งานเลี้ยงสังสรรค์ หรืองานเลี้ยงรับรอง ซึ่งมีผู้สูบ ในสังคมนั้นๆ เชิญชวนให้สูบ บางคนจะสูบ เฉพาะในงานสังคมนั้นๆ ทั้งนี้เป็นความเชื่อที่ว่า ถ้าไม่สูบก็จะเข้ากลุ่มไม่ได้ และทำธุรกิจไม่สำเร็จ

**ความเครียด** สารนิโคตินในควันบุหรี่เมื่อสูดเข้าร่างกาย จะเข้าสู่สมอง ภายในเวลา 8-10 วินาที ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดแดงหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น และกระตุ้นสมองส่วนกลาง ทำให้รู้สึกผ่อนคลายในระยะต้น หลายคนจึงสูบบุหรี่ ด้วยเหตุผลเพื่อคลายความเครียด แต่เมื่อปริมาณนิโคตินในสมองลดลง จะทำให้ผู้สูบเกิดอาการหงุดหงิด และเครียดได้ในเวลาต่อมา และนี่คือเหตุผลที่ทำให้ต้องสูบบุหรี่อยู่เสมอ เพื่อคงระดับนิโคตินไว้ในร่างกาย

**กระแสของสื่อโฆษณา** สื่อโฆษณาต่างๆ ทั้งทางตรง และทางอ้อม ล้วนมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตคนอย่างมาก สามารถก่อให้เกิดแรงจูงใจ ที่จะเชื่อและนิยมชมชอบ ในผลิตภัณฑ์ที่โฆษณา ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายห้ามการโฆษณาบุหรี่ แต่บางประเทศก็ไม่มีกฎหมายห้ามการโฆษณาทุกรูปแบบ ซึ่งเผยแพร่ไปทั่วโลก ตามการสื่อสารไร้พรมแดน ในปัจจุบันสามารถรับรู้สื่อโฆษณาบุหรี่ของต่างประเทศได้ ทั้งทางหนังสือ หรือสิ่งพิมพ์ชนิดต่างๆ ทางวิทยุ และโทรทัศน์ นอกจากนี้ กลยุทธ์ในการโฆษณาแฝงของอุตสาหกรรมบุหรี่ ที่หลีกเลี่ยงกฎหมายก็มีมาก คือ การจดทะเบียนการค้า โดยใช้สัญลักษณ์ตราบุหรี่เป็นสินค้า เช่น ผลิตภัณฑ์เสื้อผ้า เครื่องหนัง เครื่องเรือน ของใช้ต่างๆ และบริษัทท่องเที่ยว และการสนับสนุนต่างๆ ที่เน้นกลุ่มเป้าหมายพิเศษ เช่น การจัดแสดงดนตรี การจัดแข่งรถให้วัยรุ่น การแสดงแบบเสื้อให้กลุ่มสตรี และการแจกสมุดหรือหนังสือที่มีตราบุหรี่ให้แก่เด็กเล็ก ในต่างประเทศ ยังมีการโฆษณาแฝงทางภาพยนตร์ โดยให้ดาราคือเป็นที่ชื่นชอบสูบบุหรี่ และให้เห็นสัญลักษณ์ของบุหรือนั้นด้วย การโฆษณาทุกรูปแบบ จะเน้นที่ความโก้เก๋ทันสมัย และเร้าใจ ซึ่งส่งผลอย่างมากในการส่งเสริมให้สูบบุหรี่เยาวชนจึงมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ยี่ห้อที่มีการโฆษณาบ่อยๆ

**2.2.4.4 การป้องกัน/เลิกบุหรี่** แนวทางการขับเคลื่อนนโยบาย ลด ละ เลิกบุหรี่ ได้แก่ การมีนโยบายด้านสิ่งจูงใจ กฎหมายข้อมูล ความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงาน ความร่วมมือภายในองค์กร การให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่กับทุกๆ กลุ่มที่เกี่ยวข้อง แนวทางการป้องกันลด ละ เลิก บุหรี่ ต้องอาศัยหลักการมีส่วนร่วมจากกลุ่มบุคคลต่าง ๆ เพื่อช่วยให้คนที่ยังไม่สูบบุหรี่ ไม่ให้กลายเป็น บุคคลที่สูบบุหรี่ในอนาคต ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่เป็นประชาชนทุกคน คนใกล้ชิด บิดามารดา ครู โรงเรียน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ปัจจัยที่ทำให้คลินิกเลิกบุหรี่มีคุณภาพ ได้แก่ การป้องกันประชาชน ในชุมชนไม่ให้สูบบุหรี่ การประชาสัมพันธ์ในชุมชน ชักจูงให้คนเลิกบุหรี่ และจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่<sup>(25)</sup>

### ข้อปฏิบัติในการป้องกันการสูบบุหรี่หรือการป้องกันตัวเองจากการสูบบุหรี่

1. ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของบุหรี่ ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่
2. รู้จักตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยเหตุผล หากไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตัวเอง ควรปรึกษาพ่อ แม่ ครู หรือญาติผู้ใหญ่ที่ไว้ใจ
3. ไม่ทดลองสูบบุหรี่ และกล้าที่จะปฏิเสธเมื่อมีผู้อื่นชักชวน
4. ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

### การป้องกันในครอบครัว

1. สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวโดยให้ความรัก ความเข้าใจ ความใกล้ชิดระหว่างพ่อแม่ลูกและให้คำปรึกษาแนะนำเมื่อลูกมีปัญหา
2. พ่อแม่ต้องประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดี เช่น ไม่สูบบุหรี่ ไม่เสพสารเสพติด

### การป้องกันในชุมชน/องค์กร

ทุกคนในชุมชน/องค์กร ต้องมีส่วนร่วมที่จะทำให้อยู่ร่วมกันโดยปราศจาก บุหรี่และสารเสพติด

## 2.2.5 พฤติกรรมด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ <sup>(26)</sup>

**2.2.5.1 ผลของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ออวัยวะภายในของร่างกาย**  
เป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิต ทั้งผลเสียทั้งในระยะสั้นและระยะสะสม หากดื่มสุราติดต่อกัน เป็นระยะเวลายาวนานจะส่งผลกระทบต่อระบบความจำ ระบบประสาท ระบบเลือด ความดัน และที่ส่งผลโดยตรงต่ออวัยวะในร่างกายคือ “ตับ” พิษภัยจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยังส่งผลกระทบต่อสมองที่รุนแรงขึ้น หากดื่มตั้งแต่อายุยังน้อย

### ผลต่อสมองและระบบประสาท

**ระบบประสาทส่วนปลาย** จะทำให้เกิดมีหลายประสาทอักเสบ มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า เป็นอาการของเหน็บชาอาการทรงตัวเสียไป

**สมอง** เมื่อเริ่มดื่มสุราใหม่ ๆ จะทำให้ระบบควบคุมการทำงาน จะทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่าสดชื่น มีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิก เมื่อดื่มสุรามากขึ้นจะเกิดอาการมึนเมา ง่วงนอนหลับ หมดสติ

**การที่ดื่มสุราเรื้อรัง** จะมีการเปลี่ยนแปลงในสมองทำให้ความจำเสื่อม ความคิดเลอะเลือน เมื่อเป็นระยะเวลานานขึ้นจะทำให้สมองเสื่อมทำให้การทรงตัวเสีย จะมีลักษณะเดินไม่ตรงทาง เมื่อเอ็กซ์เรย์สมอง จะพบว่าขนาดของสมองเล็กลง จะมีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ ไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อมบางครั้งจะเศร้าซึม หรือบางครั้งจะมีประสาทหลอน ระบุว่าจะมีคนมาทำอันตราย

#### **ผลต่อระบบทางเดินอาหารและตับ**

**กระเพาะอาหาร** พิษของสุราจะทำให้เยื่อบุกระเพาะอาหารถูกทำลาย ซึ่งกรดในกระเพาะก็จะเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหารอักเสบ เป็นแผลในกระเพาะ จะทำให้เกิดมีอาการปวดท้องหรืออาเจียนเป็นเลือดได้

**ตับอ่อน** เมื่อดื่มสุรามากๆ แอลกอฮอล์จะไปกระตุ้นตับอ่อนทำให้หลั่งน้ำย่อยออกมามาก ทำให้เกิดมีตับอ่อนอักเสบมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง ไข้สูง ในบางครั้งอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

**ตับ** ตับเป็นอวัยวะที่สำคัญในการทำลายแอลกอฮอล์ เมื่อแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกายแล้ว จะถูกดูดซึมเข้าลำไส้ แล้วส่งตรงไปยังตับเพื่อทำลาย เมื่อมีปริมาณน้อย ร่างกายก็ทนทานได้เมื่อมีปริมาณมากขึ้นตับก็จะบวม มีไขมันไปแทรกตามเซลล์ของตับ เมื่อมีอาการนานเข้า จะทำให้เกิดโรคตับแข็ง ซึ่งจะมีอาการอาเจียนเป็นเลือด และอาจจะเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งของตับได้ ดังนั้นโทษของการดื่มสุราอย่างเห็นได้ชัดในคนส่วนใหญ่คือการเป็นโรคตับแข็ง

#### **ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด**

**ระบบหัวใจ** เมื่อดื่มสุรามากๆ จะทำให้การเต้นและการบีบตัวของหัวใจไม่ปกติ หัวใจเต้นเร็วขึ้นและขณะเดียวกันถ้าดื่มสุรามากจะขาดวิตามินบีหนึ่ง ก็จะทำให้กล้ามเนื้อของหัวใจทำงานไม่ดี ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้เกิดหัวใจโต ทำงานไม่ได้ตามปกติ จะมีอาการเต้นไม่ปกติ

**ระบบหลอดเลือด** แอลกอฮอล์จะทำให้เส้นเลือดขยายตัวและทำให้ไขมันในเลือดสูงทำให้เส้นเลือดแข็งตัวง่าย ซึ่งจะทำให้เส้นเลือดในสมองแตกได้ง่าย

**ผลต่อระบบเม็ดเลือด** แอลกอฮอล์จะทำให้การทำงานของเม็ดเลือดแดงเสีย จะทำให้มีอาการของเลือดจาง ขาดสารพวกโฟลิก เม็ดเลือดขาวก็จะมีการผลิตน้อยลง ความต้านทานลดต่ำลง การหยุดเลือดในร่างกายไม่ดี เนื่องจากเกร็ดเลือดทำหน้าที่ไม่ดีทำให้มีอาการตกเลือดได้ง่าย

**เพิ่มอัตราการเกิดมะเร็งในอวัยวะต่าง ๆ** การเกิดมะเร็งในอวัยวะต่างๆ เป็นสาเหตุการตายอันดับที่สองของกลุ่มคนที่ติดสุราเรื้อรัง และมีโอกาสเกิดมะเร็งสูงถึง 10 เท่า เมื่อเทียบกับคนปกติ อวัยวะที่พบมะเร็งได้บ่อยคือหลอดอาหาร กระเพาะ ตับ และตับอ่อน

**ผลต่อระบบขับถ่ายและอวัยวะสืบพันธุ์** การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง และอาจส่งผลทำให้ลูกอ่อนทะเล่กึ่งได้ ส่วนในผู้หญิงตั้งครรภ์ ถ้าดื่มสุรา จะทำให้เกิดการแท้งหรือคลอดบุตรเร็ว และบุตรมีโอกาสเกิดมาเป็นเด็กที่มีความผิดปกติได้สูง

**ผลต่อสังคม** โทษของสุราต่อสังคมที่เป็นปัญหาในทุกวันนี้คงหนีไม่พ้นการเมาแล้วขับ ที่มีกบเจอบ่อยๆ ในช่วงเทศกาลหยุดยาว ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตจากการเมาแล้วขับ ทั้งตัวเราและคนรอบข้างนั้นถือครองอันดับ 1 ในการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนมายาวนานเป็นเวลาหลายปี

**อุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับ** เนื่องจากผู้ที่ดื่มสุราหรือเหล้า มักมีความมั่นใจว่าไม่เมา มั่นใจว่ามีสติขับรถได้จริงๆ แต่ในความเป็นจริงนั้น โทษของสุราที่ดื่มเข้าไปจะไปกดประสาทส่วนกลาง ทำให้การรับรู้เรื่องราวต่างๆ ช้าลง และส่งผลกระทบต่อระบบการตัดสินใจ จึงยังไม่สามารถควบคุมตนเองได้เต็มร้อย จึงทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการขับขีได้สูงมาก

**การทะเลาะวิวาท** สุรามีผลกระทบต่อสมองส่วนหน้า เป็นส่วนควบคุมสติ และการตัดสินใจ ดังนั้น คนที่เมาสุราจึงมักจะหาเรื่องทะเลาะวิวาทกับผู้อื่นเป็นประจำ ส่งผลให้เกิดความสูญเสียต่อคนรอบข้างด้วยเช่นกัน

**ขาดกรรม** มีผลการศึกษาคดีฆาตกรรมจากการฆ่าพิสูจน์ศพ โดยพบว่ามากกว่า 60% ของผู้ที่เสียชีวิต/ก่อนเหตุจากคดีฆาตกรรม ตรวจพบว่าในร่างกายมีเหล้าผสมด้วยอยู่เสมอ เพราะการดื่มเหล้าจะช่วยให้ศูนย์ควบคุมจิตใจทำงานได้แย่ง ส่งผลให้ทำในสิ่งที่กล้าได้มากขึ้น

**การฆ่าตัวตาย** ผลการวิจัยพบว่าในจำนวนคนกว่า 50% ของผู้ที่เคยฆ่าตัวตายนั้น จะต้องดื่มสุราเพื่อเรียกความกล้าก่อนเสมอ เนื่องจากเมื่อสุราออกฤทธิ์ไปยังสมองส่วนกลางแล้ว จะทำให้ผู้ดื่มรู้สึกคลายทุกข์ และมีความกล้าเพิ่มขึ้น

### 2.2.5.2 สถานการณ์แอลกอฮอล์

คนไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นอันดับที่ 40 ของโลก โดยเฉพาะเหล้ากลั่นดื่มมากเป็นอันดับ 5 ของโลก โดยมีปริมาณ 13.59 ลิตร/คน/ปี ผู้ชายมีอัตราการดื่มสูงกว่าผู้หญิงประมาณ 5 เท่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยกว่า 200 โรค ข้อมูลของกรมอนามัยโลก พบว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยกว่า 200 โรค ซึ่งทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกราวปีละ 3.3 ล้านคน และก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพเท่ากับร้อยละ 5.9 ของภาระโรคทั่วโลกเพราะการดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับโรคกลุ่ม NCDs อาทิโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด การติดสุรา โรคซึมเศร้า และกลุ่มมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งปากและลำคอ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งตับ หรือมะเร็งเต้านม เป็นต้น ทั้งยัง

เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของหลายโรคดังที่กล่าวมา รวมถึงการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและ จราจร แม้แต่การติดโรคเอดส์ก็ด้วย เนื่องจากขาดสติในการมีเพศสัมพันธ์ สำหรับประโยชน์ของ แอลกอฮอล์พบน้อยมากที่ดื่มเพื่อให้ได้ประโยชน์มีงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่า การบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ในบางลักษณะอาจส่งผลดีต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีผลการศึกษารองรับ มากที่สุด แม้ว่ากลไกการป้องกันโรคจะยังไม่ชัดเจนก็ตาม แต่ก็ต้องมีปัจจัยร่วมหลายอย่างเช่น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่ต่ำและสม่ำเสมอ การบริโภคพร้อมกับมื้ออาหาร และต้อง อาศัยปัจจัยส่วนตัวของผู้บริโภค เช่น เพศ และอายุ เป็นต้นแต่ในโลกแห่งความเป็นจริงนั้น การดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้เพื่อหวังผลในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีผู้ดื่มจำนวนน้อยมากที่ จะได้ประโยชน์จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งหากพิจารณาจากภาวะโรคโดยรวมแล้ว การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อโทษต่อสุขภาพของประชากรโลกมากกว่าประโยชน์ถึง 28.7 เท่าทีเดียว <sup>(26)</sup>

### 2.2.5.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

#### (1) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

**ความอยากลอง** เป็นธรรมชาติของมนุษย์ในการที่อยากจะลองหรือ เผชิญกับสิ่งใหม่ๆ โดยเฉพาะในวัย ที่ความรู้สึกลอยลางเป็นเรื่องที่ทำหาย ตื่นเต้น สนุกสนาน เช่น ในวัยรุ่น

**กลุ่มเพื่อน** หลายคนไม่กล้าที่จะปฏิเสธ เมื่อถูกเพื่อนชวนให้ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือบางคนมีทัศนคติว่า การดื่มแอลกอฮอล์กับกลุ่มเพื่อน หมายถึง การรักพวกพ้อง เป็นหนึ่งเดียวกัน ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน และความสนุกสนาน

**สังคมและวัฒนธรรม** สังคมไทยมองเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ว่า เป็นเรื่องธรรมดา จะเห็นได้ว่า งานสังสรรค์ งานเลี้ยง งานฉลอง และงานประเพณีต่างๆ แทบทุกงาน จะต้องมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบด้วยเสมอ ทำให้ผู้ที่เติบโตในสังคมลักษณะนี้มองว่า การดื่มเป็นเรื่องธรรมดา เพียงแต่สำหรับตนเอง จะเป็นโอกาสใดเท่านั้น

**ความเชื่อ** เมื่อใดที่คนเรามีความเชื่อว่า สิ่งของตนเองกำลังกระทำ ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง และสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ เมื่อนั้นจะยิ่งทำให้ความกังวลใจ หรือความกลัวที่จะกระทำสิ่งนั้นๆ ลดน้อยลง และทัศนคตินี้ไปสอดคล้องกับความเชื่อที่มีต่อ แอลกอฮอล์ โดยช้านานมาแล้วคนมักจะเชื่อในสรรพคุณของยาตองเหล้า และเชื่อว่า การดื่ม แอลกอฮอล์เป็นครั้งคราว หรือประเภตีกี้อ่อนๆ คงไม่น่าจะเป็นปัญหากับตนเอง

**กระแสของสื่อโฆษณา** ปัจจุบันนี้สื่อต่างๆ มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิต ของคนอย่างมาก และในเรื่องที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ จะเห็นว่า มีการแข่งขันทางการค้ากันสูงมาก

โฆษณาที่เกี่ยวกับเครื่องตีมแอลกอฮอล์มีอยู่มากมาย ซึ่งเป็นกลยุทธ์ของบริษัทผลิตเครื่องตีมแอลกอฮอล์ ที่จะต้องพยายามสร้างสื่อโฆษณาขึ้น เป็นจำนวนมาก เพื่อให้ผู้บริโภคเกิดความรู้สึกอยากลอง และรู้สึกว่า การบริโภคแอลกอฮอล์นั้น เป็นเรื่องที่ดีงาม หรือเป็นเรื่องที่ควรภูมิใจ ในฐานะที่เกิดเป็นคนไทย (ซึ่งจริงๆ แล้ว ไม่มีความเกี่ยวข้องกันเลย) หรือเป็นเรื่องที่ผู้ชายควรจะต้องลองเพื่อแสดงความเป็น ลูกผู้ชายอย่างแท้จริง บางผลิตภัณฑ์จะเจาะจงกลุ่มเป้าหมายพิเศษ เช่น กลุ่มสุภาพสตรี ให้หันมามีค่านิยมในการตีมแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น นอกจากนี้สื่อโฆษณาสินค้าเครื่องตีมแล้ว สื่อในลักษณะบันเทิง เช่น ภาพยนตร์ ละคร หรือแม้กระทั่งเพลง ก็มีส่วนดึงดูดใจผู้ชมให้เกิดความรู้สึกคล้อยตามได้ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ รวมทั้งสินค้าที่สะดวกต่อการซื้อหา ที่มีอยู่อย่างดาษดื่น ก็มีส่วนอย่างมาก ต่อการส่งเสริมการบริโภคเครื่องตีมประเภทนี้

**ความเครียด** คุณสมบัติของแอลกอฮอล์ สามารถทำให้ผู้ตีมเกิดความรู้สึกผ่อนคลายความทุกข์ และเกิดความคิดคะนอง ทำให้ ในหลายๆ ครั้ง การตีมเพื่อลดความเครียด จึงเป็นเหตุผลอย่างหนึ่งของผู้ตีม และยังเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการตีมอย่างต่อเนื่อง แต่จากการศึกษาพบว่า เมื่อตีมแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก จะทำให้เกิดความรู้สึกตรงกันข้าม คือ กระวนกระวาย เครียด หรือหงุดหงิดได้ง่าย โดยเฉพาะช่วงที่ระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดเริ่มลดลง

## (2) ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการติดแอลกอฮอล์

**สารแอลกอฮอล์** แอลกอฮอล์เป็นสารที่มีคุณสมบัติ ทำให้เกิดการเสพติดได้ โดยแอลกอฮอล์จะไปกระตุ้นสมอง ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความอยาก การเสพติดเป็นวงจรของสมองที่เกี่ยวข้องกับความอยาก ความพึงพอใจ ซึ่งเป็นส่วนของสมอง ที่เกี่ยวข้องกับการติดสารเสพติด ทำให้ผู้เสพเกิดความพอใจ และมีความต้องการใช้ซ้ำอีก หักห้ามใจไม่ได้ ซึ่งนำไปสู่การติดในที่สุด และในหลายๆ ครั้ง ทำให้มีการกลับไปใช้สารนี้ใหม่อีก เพราะความอยาก ปัญหาของการเลิกแอลกอฮอล์จึงไม่ได้ “อยู่ที่ใจ” เพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องการทำงานของสมอง ในส่วนของวงจรนี้ร่วมด้วย นอกจากนี้ เมื่อได้มีการบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณ และในระยะเวลาหนึ่ง จะทำให้เกิดอาการติด “ทางร่างกาย” เกิดขึ้น นั่นคือ เมื่อหยุดตีม หรือเพียงแค่ลดปริมาณการตีมลง ก็จะทำให้เกิดอาการต่างๆ เหล่านี้ได้ เช่น กระสับกระส่าย หงุดหงิด นอนไม่หลับ ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน บางรายมีอาการรุนแรง เช่น เกิดภาพหลอน ได้ยินเสียงแว่ว สับสน และมีอาการชักร่วมด้วย ทำให้ต้องตีมแอลกอฮอล์ เพื่อระงับอาการเหล่านี้

**กรรมพันธุ์** พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างกรรมพันธุ์กับการติดแอลกอฮอล์

**ปัจจัยทางชีวภาพอื่นๆ** พบว่า ในคนที่มีการตอบสนองต่อแอลกอฮอล์ในลักษณะที่ต่อฤทธิ์ของสารนี้ อาจต้องบริโภคแอลกอฮอล์ ในปริมาณที่มากกว่าเกณฑ์เฉลี่ย จึงจะ



ทำให้เกิดอาการมีนเมาได้ คนกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมาก ที่จะกลายเป็นคนติดแอลกอฮอล์ เมื่อมีอายุมากขึ้น

**บุคลิกภาพ** บุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพ แบบประหม่า วิตกกังวล ไม่มั่นใจ และถ้าการบริโภคแอลกอฮอล์ ช่วยทำให้สิ่งเหล่านี้หายไป เช่น ทำให้รู้สึกกล้า และมั่นใจมากขึ้น จะเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม เช่น ชอบความก้าวร้าว รุนแรง ไม่เกรงใจ และไม่เคารพสิทธิของผู้อื่น ไม่รู้สึกผิดในสิ่งที่ตนเองกระทำต่อผู้อื่น ก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่ง ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นคนติดแอลกอฮอล์เช่นกัน

### (3) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการบริโภคแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง

**การเรียนรู้** การเรียนรู้ว่า เมื่อตนเองได้บริโภคแอลกอฮอล์แล้ว ทำให้เกิดความสุข ความพึงพอใจ จะเป็นเหตุที่ทำให้เกิดความอยาก และมีการบริโภคแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง เรียกว่า อาการติดใจ ซึ่งความสุขความพึงพอใจเหล่านี้ จะสัมพันธ์กับช่วงเวลา ที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงขึ้น หลังจากเริ่มบริโภคได้ไม่นาน

**ความเครียด** คนที่เครียดง่าย ขาดทักษะในการปรับตัว หรือแก้ไขปัญหา อาจพบว่า การบริโภคแอลกอฮอล์ช่วยทำให้ลืมความเครียดได้ชั่วคราว ในขณะที่ยังคงขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาชีวิต คนเหล่านั้นจะหันมาพึ่งแอลกอฮอล์ จนเกิดการติดขึ้นได้ในที่สุด

**ภาวะดื้อต่อฤทธิ์แอลกอฮอล์** เมื่อบริโภคแอลกอฮอล์ไปได้ระยะหนึ่ง จะเกิดการดื้อต่อฤทธิ์แอลกอฮอล์ขึ้น อาจเป็นเพราะเกิดการเผาผลาญของแอลกอฮอล์ในร่างกายได้มากขึ้น ทำให้ฤทธิ์ต่างๆ ของแอลกอฮอล์หมดไปอย่างรวดเร็ว จึงทำให้ต้องดื่มในปริมาณที่มากขึ้น หรืออาจเกิดจากการที่ร่างกาย โดยเฉพาะสมองของเรา มีการปรับตัวในลักษณะที่เคยชิน ต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ ทั้งหมดนี้จะนำไปสู่การบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากขึ้น เพื่อให้ได้ฤทธิ์ที่พึงประสงค์ดั้งเดิม

**ภาวะขาดแอลกอฮอล์** เกิดอาการเช่นเดียวกับภาวะขาดสารเสพติดต่างๆ ไป หรือที่เรียกกันว่า อาการลงแดง เนื่องจากการบริโภค แอลกอฮอล์ในปริมาณหนึ่งอย่างต่อเนื่อง จะเกิดผลต่อการปรับตัวของสมอง ดังนั้นเมื่อปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายลดลง จึงส่งผลต่อการทำงานของสมอง ทำให้เกิดอาการกระสับกระส่าย มือสั่น นอนไม่หลับ และต้องหวนกลับมาดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อระงับอาการเหล่านี้

#### 2.2.5.4 แนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากแอลกอฮอล์การป้องกันและรักษาปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

**การป้องกันขั้นปฐมภูมิ (Primary prevention)** เน้นที่ประชาชนทั่วไป ซึ่งมีทั้งผู้ที่ไม่ดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มแบบมีความเสี่ยง และผู้ที่ติดสุรา มาตรการในการจัดการแบบปฐมภูมิ

ประกอบด้วย วิธีการต่างๆ ในการควบคุมสิ่งแวดล้อมของการดื่มสุรา และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดื่ม มาตรการต่างๆ ที่ใช้ในการจัดการกับปัญหาการขับรถขณะเมาสุรา รวมทั้งการรณรงค์ทางสื่อมวลชนและโครงการต่างๆ ของประชาชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการขับรถหลังจากดื่มสุราในชุมชน

**การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary prevention)** จะเน้นที่การค้นหาและวินิจฉัยผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น โดยมีเป้าหมายสำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นจากการดื่มสุรา (Hazardous or harmful drinkers) แต่ยังไม่ติดสุรา การป้องกันขั้นทุติยภูมิ ประกอบด้วยการใช้เครื่องมือในการคัดกรองภาวะการดื่มสุราแบบเสี่ยงแบบอันตรายและภาวะติดสุรา และการดูแลจัดการสำหรับผู้ที่ถูกค้นพบว่ามีปัญหาเหล่านี้ โดยการจัดการแบบย่อ (brief หรือ very brief intervention)

**การรักษาขั้นตติยภูมิ (Tertiary prevention)** จะเป็นการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ติดสุราแล้ว ซึ่งประกอบด้วย การถอนพิษแอลกอฮอล์ (Alcohol detoxification) การรักษาภาวะขาดสุรา (Alcohol withdrawal) และการรักษาระยะยาวสำหรับผู้ติดสุรา เพื่อไม่ให้กลับไปใช้สุราอีก (Relapse prevention) มาตรการที่ใช้ในการป้องกันระดับปฐมภูมิต่อปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์การป้องกันแบบปฐมภูมิประกอบด้วยมาตรการสามประการ คือ การควบคุม การให้การศึกษา และการให้ทางเลือกแบบอื่นๆ ทั้งสามวิธีนี้อาจจะใช้ร่วมกันหรือการใช้วิธีการหนึ่งอาจจะเป็นการปูพื้นฐานสำหรับใช้อีกวิธีต่อมา เช่น การให้การศึกษาหรือความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับเรื่องมาตรการหนึ่งๆ มักจะต้องทำก่อนที่จะมีการใช้มาตรการในเชิงควบคุมใดๆ มาตรการในเชิงป้องกันแบบปฐมภูมิอาจจะใช้ สำหรับประชากรทั่วไปในประเทศ เช่น มาตรการเกี่ยวกับการกำหนดราคาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (fiscal measures) มาตรการทางกฎหมายต่างๆ (legislative measures) ซึ่งจะมีผลต่อ availability of alcohol เช่นการควบคุมจำนวนและชนิดของสถานบริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเวลากับสถานที่ที่จะอนุญาตให้ขายแอลกอฮอล์ได้ และการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น หรือ เฉพาะสำหรับผู้ทำงานหรือผู้ที่อยู่ในสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูงหากมีการใช้สุรา เช่น มาตรการเพื่อป้องกันอันตรายจากการขับรถ หลังการดื่มสุรา และการห้ามใช้สุราในงานกีฬาต่างๆ หรือในงานที่มีความเสี่ยงสูง เช่น แท่นขุดเจาะน้ำมัน เป็นต้น

#### มาตรการในเชิงควบคุมแบ่งออกเป็น 4 มาตรการย่อย ได้แก่

1. การควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การโฆษณาต่อต้านการดื่มสุรา และการควบคุมการเป็นผู้สนับสนุน หรืออุปถัมภ์กิจกรรมด้านกีฬา หรือด้านศิลปวัฒนธรรม โดยบริษัทอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เครื่องดื่ม

2. การติดตามเตือนเกี่ยวกับพิษภัยของการดื่มแอลกอฮอล์บนฉลาก

3. การควบคุม availability ของแอลกอฮอล์โดยผ่านทาง การควบคุมราคาของเครื่องดื่มและการเก็บภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การกำหนดชั่วโมงของการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานบริการต่างๆ การควบคุมการขายแอลกอฮอล์ในร้านขายของชำตามหัวมุมถนน (alcohol sales in corner stores)

4. การกำหนดอายุต่ำสุดที่จะดื่มสุราได้ตามกฎหมาย

## 2.3 ปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มี 2 กลุ่ม ใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Nonmodifiable risk factors) และ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factors)<sup>(27)</sup> สำหรับการป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในกรณีที่บุคคลนั้นยังไม่เคยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมาก่อน สามารถทำได้โดยการควบคุมและ แก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงด้านโรค ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม<sup>(22)</sup>

### 2.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่

#### 2.3.1.1 เพศ

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคล และยังเป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพ และบทบาทในครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งมีอิทธิพลทำให้เกิดความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษา พบว่า เพศชายมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงคิดเป็น 2.3 เท่า ของเพศหญิง<sup>(28)</sup> เป็นมะเร็งที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบมากเป็นอันดับ 3 ในชายไทย อันดับ 2 ในหญิงไทย ทั้งนี้ มีผู้ป่วยรายใหม่วันละ 44 คน หรือ 15,939 คน/ปี (เพศชาย 8,658 คน และเพศหญิง 7,281 คน)<sup>(29)</sup> มีผู้เสียชีวิตวันละ 15 คน หรือ 5,476 คน/ปี (เพศชาย 3,086 คน และเพศหญิง 2,390 คน)<sup>(30)</sup>

#### 2.3.1.2 สถานภาพ

สถานภาพสมรส การมีคู่สมรสเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างหนึ่งที่ส่งเสริมการกระทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพ โดยบุคคลที่มีคู่สมรสจะมีผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ และกระตุ้นให้บุคคลมีความพยายามในการดูแลตนเองเพราะ การสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นเสมือนเครื่องกันความเครียด ทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ซึ่งมีผลทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮับนาร์ดและคณะ<sup>(31)</sup>

ดังนั้น ผู้ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่แตกต่างกัน โดยพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพโสด และสถานภาพสมรส/คู่ มีพฤติกรรม การดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรสจะมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกันกับผู้ที่มีสถานภาพโสด<sup>(32)</sup>

### 2.3.1.3 อายุ

อายุ ที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ การตัดสินใจ รวมทั้งเป็นข้อกำหนดถึงความต้องการ และความสามารถในการกระทำกิจกรรมทางสุขภาพ<sup>(33)</sup> มีการศึกษาพบถึงความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างอายุ และพฤติกรรมสุขภาพและพบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่สม่ำเสมอ แต่อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาวิจัยซึ่งพบถึงความสัมพันธ์ทางลบระหว่างอายุและพฤติกรรมสุขภาพ<sup>(34-36)</sup> ซึ่งอธิบายได้ว่าเนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกายหรืออาจเกิดจากความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตนเองซึ่งมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ

โดยอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มคนอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในอายุมากกว่า 50 ปี โดย ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้มากกว่า ร้อยละ 90 มีอายุมากกว่า 50 ปี และยิ่งในช่วงอายุ 60-79 ปีพบว่า มีโอกาสเสี่ยงมากถึง 50 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มคนอายุน้อยกว่า 40 ปี แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน พบผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ ในกลุ่มคนอายุ 20-49 ปี เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ<sup>(37)</sup>

### 2.3.1.4 ระดับการศึกษา

การศึกษา เป็นปัจจัยซึ่งมีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติของแต่ละบุคคล ระดับการศึกษาสูงจะช่วยให้คุณมีความรู้ความสามารถในการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก<sup>(31,34,38)</sup> รวมทั้งช่วยให้สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตได้ดี ประกอบกับการศึกษาของ จันทิตรา ทรงเต๊ะ (2554) ที่พบว่า ระดับการศึกษาและการรับรู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากพฤติกรรม โดยระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )<sup>(37)</sup>

### 2.3.1.5 อาชีพ

อาชีพ เป็นรูปแบบการดำรงชีพในสังคมมนุษย์ปัจจุบัน อาชีพเป็นหน้าที่ของบุคคลในสังคม การที่บุคคลประกอบอาชีพจะได้มาซึ่งค่าตอบแทน หรือ รายได้ เพื่อใช้จ่ายในการดำรงชีวิต

อาชีพ เป็นการประกอบเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างหนึ่ง เพราะทำให้เกิดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ไม่เป็นภาระกับผู้อื่นจนเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง สามารถดูแลตนเองโดยการแสวงหาปัจจัยต่างๆ มาตอบสนองความต้องการของตนเอง เช่น จากการศึกษาของ สุธินี ศรีรัตนัน<sup>(40)</sup> พบว่า ผู้ป่วยไตวาย

รื่องโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างเอกชน/ส่วนตัว มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด

### 2.3.1.6 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)

รายได้ เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทาง เศรษฐกิจ และสังคมเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล บุคคลที่มีรายได้สูงก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง มีโอกาสเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้อง เมื่อเจ็บป่วย รวมถึงโอกาสในการดูแลสุขภาพของตนเอง ได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย<sup>(41)</sup> ซึ่งมักต้องทำงานหนักเพื่อหาเงินมาใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้เป็นข้อจำกัดต่อการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพ โดย พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงมีการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพดีกว่าบุคคลที่มีรายได้น้อย<sup>(43,48)</sup>

## 2.3.2 ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง<sup>(37,44-52)</sup>

### 2.3.2.1 ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคมะเร็ง

ประวัติการเกิด มะเร็งลำไส้ในครอบครัว (Family history of colorectal cancer) แม้ว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ส่วนใหญ่จะเกิดในคนที่ครอบครัวไม่มีประวัติการเป็นมะเร็งลำไส้ในครอบครัว แต่พบว่า พบว่ามีโอกาส มากกว่าร้อยละ 20 ในการป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ของคนที่ประวัติมีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในครอบครัว สำหรับเหตุผลยังไม่ชัดเจน แต่เชื่อว่าอาจเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และ สิ่งแวดล้อมที่มีลักษณะเหมือนกัน ร่วมกันหลายปัจจัย<sup>(37)</sup>

### 2.3.2.2 การสูบบุหรี่/ยาเส้น

ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ กับ มะเร็งปอด นั้นมีรายงานออกมาชัดเจน และ ในส่วนของมะเร็งลำไส้ นั้นพบว่า ร้อยละ 12 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ นั้นสูบบุหรี่ พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเกิดและเจริญเติบโตขึ้นของ Adenomatous polyp การสูบบุหรี่ในระยะยาวพบว่า มีความสัมพันธ์กับ Adenomatous polyp ขนาดใหญ่<sup>(37)</sup>

### 2.3.2.3 การดื่มสุรา/เหล้าขาว/ไวน์/บรันดี/สาโท

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ เช่นกันกับการสูบบุหรี่ ผลลัพธ์ที่ได้จากการย่อยสลาย แอลกอฮอล์ คือ Acetaldehyde ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งตัวหนึ่ง ซึ่งการบริโภคแอลกอฮอล์ร่วมกับการสูบบุหรี่ จะมีผลเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งมากขึ้น โดยบุหรี่จะกระตุ้นให้เกิดการ mutation ของ DNA และ แอลกอฮอล์จะไปยับยั้งกระบวนการซ่อมแซมเซลล์ทำให้ทำงานได้ไม่ดี อีกทั้ง แอลกอฮอล์เป็นตัวทำลายสามารถเข้าสู่เซลล์

ได้ง่ายและเป็นตัวกระตุ้นก่อให้เกิดมะเร็ง และยังทำให้เพิ่มการสร้าง Prostaglandins, Lipid peroxidation และเพิ่ม Free radical oxygen อีกด้วย<sup>(37)</sup>

#### 2.3.2.4 การรับประทานอาหาร

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญหนึ่งในการเกิดมะเร็งลำไส้ การกินอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์ เป็นปัจจัยหนึ่ง que เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ โดยการ degrade ตัว bile salt ด้วย แบคทีเรียในลำไส้ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ คือ องค์ประกอบของ N-nitroso compound การบริโภคเนื้อสัตว์ สัตว์เนื้อแดง ในปริมาณสูง เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ โดยการ ย่อยสลาย Heme iron ในเนื้อแดง นอกจากนี้ การปรุงอาหารด้วยอุณหภูมิสูง เช่น การปิ้งย่าง เป็นผลทำให้เกิด heterocyclic amines และ poly aromatic hydrocarbon ซึ่งสารประกอบทั้งคู่ ล้วนมีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง มีบางงานวิจัย พบว่า ในคนที่กินผักผลไม้บ่อย เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ เพิ่มการ transit time ทำให้อุจจาระค้างอยู่ในลำไส้ นานขึ้น<sup>(37)</sup>

#### 2.3.2.5 วิธีการปรุงอาหาร

##### (1) นึ่ง/ต้ม

- การนึ่ง การทำอาหารประเภทนี้ ลักษณะการทำนั้นจะทำให้ อาหารสุกโดยใช้ความร้อนจากไอน้ำ โดยอาจจะต้องใช้หม้อหนึ่งมาทำการต้มน้ำจากด้านล่าง จากนั้น วางอาหารไว้บริเวณด้านบนบนตะแกรง อาหารที่วางไว้ก็จะโดนความร้อนจากไอน้ำ จนทำให้อาหารสุก ขึ้นมา<sup>(44)</sup>

- การต้ม เป็นการนำอาหารที่ต้องการต้มใส่หม้อพร้อมกับน้ำตั้งไฟ ให้เดือดจนกว่าจะสุก ใช้เวลาตามชนิดของอาหารนั้นๆ เช่น การต้มไข่ ต้มผัก ต้มเนื้อสัตว์ ฯลฯ

อาหารประเภทต้มมีลักษณะเป็น “กับข้าวที่ปรุงเป็นน้ำ” ได้แก่ น้ำกะทิ นม น้ำ เป็นต้น หลักสำคัญของการต้มคือ เมื่อทำให้ของเหลวเดือดแล้วลดความร้อนลง เพื่อให้เดือดเบาๆ อาหารที่ต้มอาจใส่ลงไป ขณะที่น้ำเย็นหรือน้ำเดือดก่อนก็ได้ อาหารประเภทต้มจะมี ชื่อต่างๆ กันตามรส วิธีและเครื่องปรุง ยกตัวอย่าง แกงจืดหมู แกงจืดกุ้ง แกงจืดวุ้นเส้น แกงจืดรวม ต้มเลี้ยง ต้มยำกุ้ง แกงไก่หน่อไม้ดอง ต้มยำไก่บ้านมะขามอ่อน แกงส้มไหลบัวงูงสด แกงเขียวหวาน แกงส้มมะละกอไข่มดแดงเจียว แกงเลียงกุ้งแม่น้ำ สุกี้หม้อไฟ แกงเผ็ดหมูใส่ผักทอง ต้มแซ่บเนื้อวัว ต้มซุเปอร์เปิดพะโล้ เป็นต้น<sup>(45)</sup>

## (2) การทอด <sup>(46)</sup>

การทอด เป็นการทำอาหารให้สุกโดยใช้น้ำมันเป็นตัวกลางนำความร้อนมาแลกเปลี่ยนความร้อน อุณหภูมิที่ใช้อยู่ในช่วง 170-210 องศาเซลเซียสแล้วแต่ชนิดของการทอด น้ำมันจากพืชและสัตว์ที่ใช้บริโภค ทุกชนิดจะมีส่วนประกอบของกรดไขมันสำคัญอยู่ 3 ชนิด ในปริมาณที่แตกต่างกันไป คือ

1. กรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโมโน เช่น กรดโอเลอิก ซึ่งมีการศึกษาในคนปกติที่มีสุขภาพดี พบว่า การรับประทานน้ำมันที่มีกรดไขมันชนิดนี้ในปริมาณพอเหมาะ จะช่วยให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดคงที่ (เป็นการควบคุมไปในตัว) และยังมีผลช่วยลดความดันโลหิตสูงได้ น้ำมันที่มีกรดไขมันชนิดนี้ในอัตราส่วนที่สูง ได้แก่ น้ำมันมะกอก (75%) น้ำมันถั่วเหลือง (23%) น้ำมันข้าวโพด (26%) และน้ำมันเมล็ดทานตะวัน (22%) เป็นต้น

2. กรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโพลี เช่น กรดไลโนเลอิก ซึ่งมีคุณสมบัติพอใช้ คือ ถ้าหากรับประทานในปริมาณพอเหมาะจะช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือดได้ แต่ถ้าวร่างกายได้รับกรดไขมันชนิดนี้ มากเกินจะมีผลทำให้ระดับไขมันที่ดีในเลือด (HDL-cholesterol) ลดลงด้วย ข้อเสียของน้ำมันที่มีอัตราส่วนของกรดไขมันชนิดนี้สูงคือ อาหารที่ใช้น้ำมันดังกล่าวจะมีกลิ่นเหม็นหืนง่าย เราจะพบกรดไขมันชนิดนี้ในอัตราส่วนที่สูง ในน้ำมันเมล็ดทานตะวัน (66%) น้ำมันถั่วเหลือง (63%) และน้ำมันข้าวโพด (61%) เป็นต้น

3. กรดไขมันอิ่มตัว ถือเป็นผู้ร้ายซึ่งแฝงมากับน้ำมันที่ใช้ประกอบอาหาร ผลเสียจากการรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง คือ ทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง เราจะพบกรดไขมันชนิดนี้ในอัตราส่วนที่สูงในน้ำมัน หรือไขมันที่ได้จากพืชบางชนิดและสัตว์ เช่น น้ำมันหมู (43%) น้ำมันปาล์ม (45%) น้ำมันมะพร้าว (92%) เป็นต้น

### การปรุงโดยการทอดหรือผัดมีหลายวิธีได้แก่

#### 1. Deep frying การทอดน้ำมันท่วม

การทอดโดยใช้น้ำมันมากหรือน้ำมันท่วม (deep fat frying) เป็นการทอดที่น้ำมันท่วมอาหาร เช่น การทอดปลาทอดไก่ ทอดมัน ปลาทอด การทอดชนิดนี้จะต้องให้น้ำมันอุณหภูมิสูงมาก เป็นการทอดที่ใช้น้ำมันปริมาณมาก โดยอาหารจมอยู่ภาชนะ ที่บรรจุน้ำมันอาหารจะมีลักษณะผิวหน้าที่แห้ง กรอบเป็นเปลือกสีน้ำตาล 350-375°F

#### 2. Pan frying

การทอดโดยใช้น้ำมันน้อย เป็นการทอดที่ใช้ความร้อนไม่มาก ใช้น้ำมันเพียงเล็กน้อยเพื่อป้องกันติดกระทะ เช่น การทอดปลา การทอดเนื้อ แพนเค้ก มักจะทอด



อาหารชิ้นใหญ่ กระทั่งที่ใช้ทอดเป็นกระทะก้นตื้น ระหว่างการทอดอาจมีการกลับด้านเพื่อให้อาหารสุกทั่วถึงให้เกิดกลิ่นรสที่ต้องการ เช่น การทอดเนื้อสัตว์ แฮมเบอร์เกอร์ ไข่ดาว เบคอน เป็นต้น

### 3. Stir-frying

คือ วิธีการทำให้อาหารให้สุก (cooking) เป็นการทอดโดยใช้น้ำมันน้อยและอุณหภูมิสูงมากๆ เช่น การผัดผักบุ้งไฟแดง การทอดปลาตามแบบประเทศจีน โดยนำอาหารใส่ลงในกระทะที่มีน้ำมันหรือน้ำเล็กน้อย ตั้งไฟโดยใช้ไฟแรง และเวลารวดเร็วแล้วพลิกกลับไปมาจนสุก เช่น นิยมใช้ปรุงอาหารประเภท ผัก เช่น ผักบุ้ง ผักกระเฉด ผักรวม หรือ ข้าว ก๋วยเตี๋ยว เส้นหมี่ อาจใส่กระเทียม เนื้อสัตว์ อาหารทะเล ปรุงรสด้วยเครื่องปรุงรส เช่น ซีอิ้ว น้ำตาล น้ำปลา อาหารผัดมักเสิร์ฟและรับประทานขณะร้อน อุณหภูมิที่ใช้ปรุงอาหาร 450 F ดังนั้นจึงต้องใช้น้ำมันที่มีอุณหภูมิเกิดควันมากกว่า 450F

### 4. Sautéing

เป็นการทอดที่ใช้ความร้อนไม่สูงมาก อาหารจะถูกหั่นเป็นชิ้นเล็ก เพื่อให้ความร้อนเข้าถึงอาหารได้อย่างรวดเร็ว เช่นการผัดอาหารชนิดต่างๆ ในบ้านเราอุณหภูมิที่ใช้ผัด 425-450° F

### ผลของการทอดต่อคุณภาพอาหาร

ระหว่างการทอด อาหารจะได้รับความร้อนโดยมีน้ำมันเป็นตัวกลาง ถ่ายเทความร้อน ความร้อนของน้ำมันที่อุณหภูมิสูงกว่า 170 องศาเซลเซียส ทำให้น้ำภายในอาหารเดือด น้ำระเหยจากภายในออกสู่ภายนอก ทำให้ความชื้นของอาหารลดลง และผิวหน้าแห้งกรอบ

#### การทอดมีผลต่ออาหารคือ

1. ทำให้อาหารสุก
2. ทำลายจุลินทรีย์ที่จะทำให้อาหารเสีย และก่อโรค รวมทั้ง

เอนไซม์ในอาหาร

3. ลดความชื้นของอาหาร
4. ทำให้เนื้อสัมผัสส่วนนอกกรอบ ทั้งชิ้น หรือกรอบเฉพาะที่ผิวนอก

ของอาหาร

5. หากใช้ความร้อนสูงกว่าอุณหภูมิที่เกิดควันก็จะมีสารอันตรายของกรดไขมันและเกิดควัน กรดไขมันก็จะแตกตัวเป็น glycerol and free-fatty acids สาร glycerol จะสลายให้อนุมูลอิสระ และควันพิษในการจัดว่าอุณหภูมิแค่นั้นจะใช้น้ำมันอะไรจะแบ่งเป็น

- high (410 to 450 degrees Fahrenheit) ได้แก่ peanut, safflower, soybean, grapeseed, canola, corn, virgin olive, sesame และ sunflower

- medium-high ได้แก่ extra virgin olive oil
- medium ได้แก่ coconut oil
- no-heat ได้แก่ flaxseed and wheat germ oils

### ควันพิษ

ควันพิษจะเกิดเมื่อใช้ความร้อนเกิดอนุมูลอิสระเกิดควัน ได้มีการศึกษาปี 2010 โดยเลือกน้ำมันที่ทนความร้อนได้อย่างดีคือ safflower, canola, extra virgin olive และ coconut ศึกษาโดยการทอดน้ำมันท่วม น้ำมันแต่ละชนิดให้ให้ความร้อนอนุมูลอิสระ 4 ระดับแล้ววิเคราะห์ว่าเกิดควันพิษอะไรบ้าง เช่น aldehydes ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง พบว่าเมื่อให้ความร้อนเกินอนุมูลอิสระที่เกิดควันก็จะเกิดควันพิษเพิ่มมากขึ้น พบว่าน้ำมันคาโนลาเกิดควันพิษน้อยที่สุด ในขณะที่น้ำมันมะพร้าวมีอนุมูลอิสระเกิดควันต่ำสุดจะให้ควันพิษมากที่สุด

### อนุมูลอิสระ

อนุมูลอิสระที่อยู่ในควันพิษเมื่อเราสูดดมเข้าไปจะไปทำลายเซลล์ และมีการเปลี่ยนแปลง DNA ยิ่งนานวันก็จะมีสารสะสมเซลล์เหล่านี้ซึ่งจะเป็นต้นเหตุของมะเร็ง จึงแนะนำว่าให้หลีกเลี่ยงอนุมูลอิสระจากสิ่งแวดล้อม เช่น มลภาวะ บุหรี่ ควันน้ำมัน และรับประทานอาหารที่มีสารอาหารต้านอนุมูลอิสระ น้ำมันที่จำหน่ายในท้องตลาดมีทั้งทำมาจากพืช และสัตว์ และมีวิธีการผลิตต่างๆ กัน การผลิตแต่ละวิธีก็มีผลต่อคุณภาพ ปริมาณวิตามิน กลิ่น รส ของน้ำมัน และที่สำคัญคือความคงทนของน้ำมัน การทนต่อความร้อน ดังนั้นการเลือกใช้น้ำมันจะมีปัจจัยดังนี้

### ความคงทนของน้ำมัน

น้ำมันที่คงทนหมายถึงน้ำมันที่ไม่ถูกสันดาปหรือ oxidise ได้ง่าย เมื่อน้ำมันถูกความร้อนน้ำมันที่ไม่คงทนจะเกิดการ rancid ซึ่งจะทำให้เกิดสารที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด น้ำมันที่มีไขมันอิ่มตัว Saturated fats หรือมีไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว monounsaturated fats จะทนต่อความร้อนได้ดีกว่าน้ำมันที่มีไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน polyunsaturated fats ดังนั้นหากจะต้องทอดหรือผัดที่ต้องใช้อุณหภูมิสูงจะเลือกใช้น้ำมันที่มีไขมันอิ่มตัวหรือไขมันที่ไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว

### น้ำมันทอดต้องมีคุณสมบัติ

น้ำมันที่ใช้ทอดแบบน้ำมันท่วม ควรเป็นน้ำมันที่ทนความร้อนสูง และเสื่อมสลายตัวช้า คือมีอุณหภูมิเกิดควัน (smoking point) สูง เป็นน้ำมันที่มีปริมาณกรดไขมัน

ไม่อิ่มตัว (polyunsaturated fatty acid) ต่ำ มีกรดไลโนเลอิก (linoleic acid) น้อยกว่า ร้อยละ 2 เช่น น้ำมันปาล์มโอเลอิน น้ำมันพืชที่ผ่านการไฮโดรจิเนชัน (hydrogenation) บางส่วนไม่ควรใช้น้ำมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันเมล็ดคั่วฝอย และน้ำมันดอกทานตะวัน ในการทอดอาหาร เนื่องจากน้ำมันดังกล่าวไม่คงตัว และมีกรดไลโนเลอิก (linoleic acid) สูงถึงร้อยละ 6-7 จากประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 283) พ.ศ. 2547 โดยได้กำหนดให้น้ำมันที่ใช้ทอดหรือประกอบอาหารเพื่อจำหน่าย ทั้งน้ำมันพืชและน้ำมันจากสัตว์ มีค่าสารโพลาร์ในน้ำมันได้ไม่เกิน 25% ของน้ำหนัก

### (3) ปิ้งย่าง <sup>(47)</sup>

**อาหารปิ้งย่าง** เป็นเมนูอาหารของคนไทยมาตั้งแต่ยุคโบราณ เริ่มจากการก่อไฟและนำเนื้อสัตว์ ที่ล่าหรือจับได้มาผิงไฟเพื่อให้สุกก่อนรับประทานเป็นอาหาร ต่อมาแม้กรรมวิธีในการปรุงอาหารจะมีการพัฒนารูปแบบ ซึ่งปัจจุบันนอกจากการเผาหรือปิ้งย่าง ยังมีเมนูประเภท ผัด ต้ม ทอด นึ่ง รวมทั้งมีอุปกรณ์ที่สามารถใช้ประกอบอาหารได้หลากหลายและสะดวกสบายยิ่งขึ้น แต่เมนูอาหารประเภทปิ้ง ย่าง ก็ยังได้รับความนิยมและถือเป็นวัฒนธรรมในการปรุงอาหารแบบดั้งเดิมของคนไทยและของคนเกือบทุกเชื้อชาติ

อาหารประเภทปิ้ง เป็นการนำอาหารที่ปรุงด้วยเครื่องปรุงสูตรต่างเสร็จเรียบร้อยแล้วมาปิ้งเหนือไฟ โดยไฟที่ใช้ปิ้งไม่แรงนัก ปิ้งจนสุกเกรียมกรอบ ตัวอย่างเช่น ปิ้งปลา ปิ้งไก่ ปิ้งหมู

อาหารประเภทย่าง เป็นการประกอบอาหารหรือการทำให้เครื่องปรุงสุก โดยวางสิ่งของ นั้นเหนือไฟอ่อนจนสุกตลอดถึงข้างใน อาจใช้เวลาค่อนข้างนาน เช่น การย่างไส้อ้ว ย่างเนื้อ ย่างหมู

#### สารก่อมะเร็งที่พบในอาหารปิ้งย่าง

มีการศึกษาพบว่า อาหารที่ถูกปรุงสุกโดยให้ความร้อนสัมผัสโดยตรงกับอาหารอย่างเช่น อาหาร ประเภทปิ้งย่าง จะทำให้เกิดสารก่อมะเร็งที่หากรับประทานเข้าไปมาก ๆ หรือรับประทานบ่อย ๆ ก็สะสมอยู่ในร่างกาย ซึ่งสารชนิดนี้คือสารชนิดเดียวกันกับที่พบในควันท่อไอเสียรถยนต์ หรือควันบุหรี่ และจากสถิติของสถาบันวิจัยมะเร็งแห่งโลกพบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่ป่วยเป็นมะเร็ง เกิดจากพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ผู้บริโภคส่วนใหญ่มักขาดความเข้าใจและไม่ได้ตระหนักถึงอันตรายของสารก่อ มะเร็งที่อาจปนเปื้อนมาในอาหารประเภทปิ้งย่าง ดังนี้

### 1. สารไนโตรซามีน

เป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งได้เช่น เกิดมะเร็งในตับ ไต หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และอาหารที่พบไนโตรซามีน ได้แก่ ปลาหมึกย่าง ปลาทะเลย่าง นอกจากนี้ยังพบว่า เนื้อสัตว์ที่ใส่สารไนเตรต ไนไตรท์เป็นสารกันบูด ก่อให้เกิดมะเร็งได้ รวมทั้งสารบางอย่างที่ใช้ปรุงรสอาหารอาจเป็นตัวการเพิ่มการเกิดไนโตรซามีนได้ เช่น พริก และพริกไทย

### 2. สารกลุ่มพัยโรลัยเซต

สารกลุ่มพัยโรลัยเซต คือสารอินทรีย์ พวกรดอะมิโน ที่เกิดจากการเผา ย่าง สารอินทรีย์นี้ถูก ทำลายโดยความร้อนสูงจนกลายเป็นสารใหม่ที่มีโมเลกุลซับซ้อนมากขึ้น หรือเป็นสารก่อมะเร็งพบมากในส่วนที่ไหม้เกรียมของอาหารประเภทปิ้งย่าง

### 3. สารกลุ่มโพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน

ส่วนใหญ่เป็นสารเริ่มต้นของสารกลายพันธุ์และสารเริ่มต้นของสารก่อมะเร็ง พบในเขม่าควันไฟ ไอเสียของเครื่องยนต์ น้ำมันดิบ นอกจากนี้ยังเกิดจากการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์ของสารอินทรีย์ เช่น ไขมันที่อยู่ในเนื้อสัตว์ น้ำมัน และไฮโดรคาร์บอนชนิดอื่น ๆ

### วิธีรับประทานอาหารปิ้งย่างให้ปลอดภัยจากสารก่อมะเร็ง

การรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยความร้อนสูง อย่างเช่น อาหารประเภทปิ้ง ย่าง หรือรมควัน เสี่ยง ต่อสารก่อมะเร็ง ซึ่งเกิดจากการเผาไหม้ของไขมันในเนื้อสัตว์ที่หยดลงไปโดนถ่านไฟ จนทำให้เกิดเป็นควันที่มีพิษเป็นสารก่อมะเร็งและลอยกลับขึ้นมาจับที่เนื้อสัตว์บนเตา หากรับประทานเข้าไปในปริมาณมากก็จะเกิดการสะสมในร่างกาย จนเป็น สาเหตุของโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งกระเพาะอาหารได้ วิธีรับประทานอาหารปิ้งย่างให้ปลอดภัยจากสารก่อมะเร็ง ทำได้ ดังนี้

#### 1. การรับประทานอาหารปิ้งย่างที่บ้าน

- การรับประทานอาหารปิ้งย่างที่บ้าน ควรใช้เตาไฟฟ้าแทนการใช้เตาถ่านเพราะสามารถควบคุมความร้อนได้ดีกว่า
- ก่อนปิ้งย่างอาหาร ควรห่อวัตถุดิบด้วยกระดาษฟอยล์ เพื่อป้องกันไม่ให้ไขมันจากอาหารหยด ลงบนถ่านทำให้เกิดควันซึ่งเสี่ยงต่อสารก่อมะเร็ง
- ก่อนนำอาหารมาปิ้งย่างควรทาด้วยน้ำมันหรือเนยที่ตะแกรงก่อน เพราะน้ำมันหรือเนยจะช่วย ลดรอยไหม้ตรงจุดสัมผัสระหว่างเนื้อสัตว์และตะแกรงได้
- ก่อนนำเนื้อสัตว์มาปิ้งย่าง ควรนำเนื้อสัตว์มาหั่นส่วนที่เป็นไขมันออกเสียก่อน เพื่อลดการเกิดควัน

- ก่อนนำเนื้อสัตว์มาปิ้งย่าง อาจนำไปต้มหรืออบให้สุกพอประมาณ แล้วจึงนำไปปิ้งหรือย่าง เพื่อช่วยลดปริมาณไขมันที่อาจหยดลงไปบนเตา พร้อมกับใช้ไฟอ่อน ๆ หรือเลือกใช้เตาไฟฟ้าไร้ควันซึ่งจะควบคุมระดับความร้อนได้ดีกว่าการใช้เตาถ่าน
- เนื้อสัตว์ที่นำมาย่างควรอยู่สูงกว่าเปลวไฟพอสมควร และพยายามพลิกเนื้อบ่อย ๆ เพื่อช่วยลด ความเสี่ยงในการไหม้
- เมื่อปิ้งหรือย่างเสร็จแล้วให้ตัดเนื้อส่วนที่ไหม้เกรียมทิ้งให้มากที่สุดก่อนจะนำมารับประทาน
- หมักเนื้อสัตว์ด้วยน้ำผักหรือสมุนไพร เช่น ขมิ้น มะนาว กระเทียม พริก จากการศึกษาพบว่า สามารถช่วยลดการเกิดเฮเทอโรไซคลิกเอมีนได้ถึง 90 % การหมักควรหมักอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง
- นำผักหรือผลไม้มาปิ้งย่างร่วมด้วย เพราะผักผลไม้มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ทั้งให้สารพฤกษเคมี ที่ช่วยลดการเกิดโรค เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน

## 2. การรับประทานอาหารปิ้งย่างที่ร้าน

- ควรเลือกร้านปิ้งย่างที่ภายในร้านมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก มีพัดลม หรือเครื่องดูดควัน
- วิธีปิ้งย่าง ควรวางชั้นเนื้อเป็นแผ่น ไม่วางชั้นเนื้อซ้อนทับกัน เพื่อให้เนื้อได้รับความร้อนเท่ากัน สุกอย่างทั่วถึงและป้องกันการไหม้เกรียมจากความร้อนที่ไม่เท่ากัน
- การนั่งรับประทานอาหารปิ้งย่างในร้าน ควรแยกตะเกียบหยิบชั้นเนื้อปิ้งย่าง ออกจากตะเกียบที่ใช้รับประทาน เพื่อป้องกันการปนเปื้อน
- ควรรับประทานอาหารอย่างช้า ๆ เพื่อสังเกตว่าอาหารปิ้งย่างนั้นสุกดีหรือไม่
- เลือกร้านอาหารปิ้งย่างที่ใช้เตาไฟฟ้าไร้ควันซึ่งจะควบคุมระดับความร้อนได้ดีกว่าการใช้เตาถ่าน
- รับประทานอาหารคู่กับผัก หรือนำผักมาปิ้งย่างร่วมด้วย และ การรับประทานอาหารผักยังมีประโยชน์ต่อสุขภาพ

### 2.3.2.6 การรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป (แฮม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาข้าว/ปลาต้ม/ปลาจ่อม)

#### อาหารแปรรูป และอาหารปรุงแต่ง

โดยทั่วไปแล้ว ผลิตภัณฑ์ที่แปรรูปจากเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อเค็ม กุนเชียง ไส้กรอก เบคอน มักจะมี "ดินประสิว" ซึ่งมีชื่อทางเคมีว่า "โปตัสเซียมไนเตรต" เป็นส่วนประกอบในอาหาร เพราะสารดังกล่าวนี้จะช่วยคงสภาพให้เนื้อสัตว์มีสีแดงดูน่ารับประทานได้นานกว่าปกติ และมีคุณสมบัติเป็นสารกันบูดเช่นเดียวกับสารกันบูดประเภทไนไตรต์ และโซเดียมไนเตรต ซึ่งจะช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียที่มักเกิดในอาหารที่ได้รับการบรรจุอยู่ในภาชนะที่ปิดสนิท เช่น อาหารกระป๋อง แม้จะมีประโยชน์ในการช่วยถนอมอาหาร แต่สารเหล่านี้ก็จัดเป็นสารก่อมะเร็งซึ่งหากร่างกายได้รับอาหารที่มีสารกันบูดเหล่านี้ติดต่อกันเป็นเวลานาน โดยเฉพาะในกรณีอาหารที่ได้รับการใส่สารกันบูดในปริมาณเกินกำหนดด้วยนั้น ก็จะช่วยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร หลอดอาหาร ลำไส้ใหญ่ และมะเร็งเม็ดเลือดขาวมากขึ้นตามไปด้วย<sup>(49)</sup>

จากการศึกษาที่ตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์ BMJ Open บ่งชี้ว่าการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป (แฮม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาข้าว/ปลาต้ม/ปลาจ่อม) อาหารเหล่านี้ถือเป็นอาหารที่ผ่านกระบวนการพิเศษ หรือ “สูตรของส่วนผสมหลายอย่าง ซึ่งนอกจากเกลือ น้ำตาล น้ำมัน และไขมันแล้ว ยังรวมถึงสารอาหารที่ไม่ได้ใช้ในการเตรียมอาหารด้วย” นอกจากนี้ยังมีการวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่ามีผลกระทบที่เป็นอันตรายมากมายจากการกินอาหารแปรรูป ซึ่งงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในปี 2022 แสดงให้เห็นว่าอาหารแปรรูปพิเศษมีความเชื่อมโยงกับมะเร็งและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้อาจเชื่อมโยงไปยังโรคต่างๆ เช่น โรคอ้วน, โรคเบาหวาน, โรคหัวใจ, โรคลำไส้อักเสบ, ภาวะซึมเศร้าด้วย<sup>(50)</sup>

#### อาหารแปรรูปที่ควรหลีกเลี่ยง

1. อาหารเย็นแช่แข็ง
2. มันฝรั่งทอดแครกเกอร์และของขบเคี้ยวรสเค็มมากมาย

และเฟรนช์ฟรายส์

2. พิซซ่าแช่แข็งและอาหารแช่แข็งอื่นๆ
3. ซีสและเนื้อสัตว์แปรรูปมากมาย เช่น ฮอทด็อก โบโลน่า ฯลฯ
4. เค้ก คุกกี้ บราวนี่ โดนัท และฟรอสตติ้ง
5. ลูกอม
6. อาหารจานด่วน
7. เครื่องดื่มชูกำลัง

### 2.3.2.7 การขั้บถ่าย

อาการหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คือ <sup>(51)</sup>

1. ถ่ายอุจจาระมีมูกปน หรือมีเลือดออกทางทวารหนัก
2. ปวดท้องบริเวณท้องน้อย (ปวดบิดๆ )
3. ขนาดของอุจจาระที่ลีบลง (เนื่องจากก้อนเนื้อมะเร็งมีขนาดใหญ่จนไปอุดทางเดินของลำไส้ใหญ่)
4. มีการถ่ายอุจจาระที่ผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ท้องผูก ท้องเสียที่ไม่หายหลังได้รับการรักษา หรือมีท้องผูกสลับท้องเสีย
5. อาการอื่นๆ ที่อาจจะพบได้คือ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร
6. สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนต้นอาจตรวจพบว่ามีอาการซีด ซึ่งเกิดจากการเสียเลือดโดยที่ไม่มีเลือดออกในอุจจาระให้เห็นได้ด้วยตาเปล่า
7. อาจคลำพบก้อนที่บริเวณท้องน้อยด้านขวา
8. บางรายอาจมีอาการของลำไส้อุดตันซึ่งจะมีอาการปวดท้อง ท้องอืด อาเจียน และถ่ายอุจจาระ หรือผายลมลดลง

การเปลี่ยนแปลงของระบบการขั้บถ่าย <sup>(52)</sup>

1. **ท้องผูก** ถ้าคนไข้สังเกตเห็นว่ามีอาการท้องผูกมากขึ้นผิดปกติ เช่นไม่เคยใช้ยาถ่ายมาก่อนเลย ก็ต้องใช้ยาถ่ายและใช้เป็นจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจจะต้องแบ่งอุจจาระมากขึ้นจนกว่าจะถ่ายอุจจาระได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งก้อนอุจจาระลีบลงและก้อนเรียวยาวเหมือนเส้นสปาเกตตี้
2. **ท้องเสีย** ถ้าอยู่ๆ มีอาการท้องเดินวันละ 2-3 ครั้ง (ซึ่งเคยถ่ายวันละครั้งเป็นประจำ) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากมีอาการท้องผูกสลับกับท้องเดิน
3. **ถ่ายเป็นมูก** การถ่ายเป็นมูก เป็นๆ หายๆ เป็นอาการสำคัญที่น่าสงสัยว่าจะเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่
4. **ถ่ายเป็นเลือดสด** การถ่ายเป็นเลือดสดๆ พร้อมอุจจาระ ส่วนใหญ่แล้วมักจะมาจากริดสีดวงทวาร ซึ่งริดสีดวงทวารจะไม่เปลี่ยนเป็นมะเร็ง แต่บางครั้งคนไข้อาจจะเป็นริดสีดวงทวารร่วมกับเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งถ้าหลงรักษาเฉพาะริดสีดวงทวารแล้วไม่รักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ เพราะรู้เท่าไม่ถึงการณ์เป็นเวลานาน ก็จะทำให้มะเร็งแพร่ขยายไปได้ ดังนั้น การที่จะเหมาว่าบุคคลนั้นเป็นแคริดสีดวงทวารโดยไม่ตรวจให้ถี่ถ้วน คงจะเป็นการสะเพร่าอย่างไม่น่าให้อภัย ทุกคนที่ถ่ายเป็นเลือดและมีอายุครบ 40 ปีขึ้นไป ถึงแม้จะมีริดสีดวงทวารอยู่แล้ว อย่างน้อยควรจะได้รับ การส่องกล้องยาว (SIGMOIDOSCOPE) ขึ้นไปดูลำไส้ใหญ่ ซึ่งจะดูได้ลึกประมาณ 25 ซม. ในระดับนี้ถ้าไม่

มีอะไรผิดปกติก็พอจะอนุมานได้ว่า ไม่มีปัญหาอย่างอื่น (เพราะว่า 2/3 ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ จะอยู่ในระดับ 25 ซม. จากปากทวาร) ถ้าคนไข้ไม่มีอาการบ่งชี้อื่นๆ การตรวจเพียงแค่นี้ก็น่าจะเป็นการเพียงพอ รีดสีดวงทวารไม่ต้องรักษาก็ได้ แต่มะเร็งลำไส้ใหญ่จำเป็นต้องรักษา

**5. การถ่ายไม่สุด** ถ้ามีอาการเข้าห้องน้ำไปถ่ายอุจจาระ พอออกมา รู้สึกว่าถ่ายไม่สุดอยากจะเข้าไปถ่ายอีก อาการอย่างนี้น่าจะนึกถึงมะเร็งแฉวยบริเวณส่วนปลายลำไส้ใหญ่ใกล้ปากทวาร (RECTUM)

**6. ท้องอืด/ท้องเฟ้อ** อาการท้องอืด แน่น รับประทานอาหารแล้วไม่ย่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ขับถ่ายผิดปกติ อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นท้อง ดีขึ้นเมื่อผายลม อาการอย่างนี้ถือเป็นสัญญาณอันตราย ซึ่งแพทย์ควรจะต้องเอาใจใส่ให้ความสำคัญและตรวจอย่างละเอียดถี่ถ้วน



## 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สายพิรุณ เจริญจิตต์<sup>(53)</sup> ทำการการศึกษา “ความตระหนักในการดูแลสุขภาพและผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี” กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 172 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แบบสอบถามความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว พบว่า 1. ผลการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่าง พบผิดปกติ ร้อยละ 21.51 ซึ่งเป็นตั้งเนื่องออก ร้อยละ 19.19 และพบก้อนเนื้อ ร้อยละ 2.32 ตามลำดับ และมีประวัติคน ในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 12.79 มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.46 ดื่มสุรา ร้อยละ 13.37 รับประทานผักผลไม้ไม่น้อยกว่าเนื้อสัตว์ ร้อยละ 44.19 และมีประวัติการขับถ่ายที่ผิดปกติ ร้อยละ 29.49 และ มีความพึงพอใจต่อการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยรวมในระดับสูง (Mean = 2.64, SD = 0.38) 2. มีความความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยรวมในระดับสูง (Mean = 2.17, SD = 0.29) และ 3. ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และแตกต่างกันตามระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าในการส่งเสริมความตระหนักในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนั้น ควรคำนึงถึงความแตกต่างทางลักษณะประชากรทั้งระดับการศึกษา อาชีพและรายได้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงต่อไป

จริญญา เชื้อลิ้นฟ้า, ชนัญญา จิรกุล และนวรรตน์ มณีนิล<sup>(54)</sup> ทำการการศึกษา “ปัจจัยการบริโภคอาหารกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการตรวจเลือดหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT) ให้ผลบวก ในประชาชนอายุ 50-70 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม” เป็นการศึกษาแบบ case-control study กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 216 คน กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 108 คน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณโลจิสติก นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio (OR.) และช่วงเชื่อมั่นที่ 95% ผลการศึกษาพบว่า การบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT) ให้ผลบวก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $OR_{adj}=1.39$ , 95% C 0.65-3.00,  $p\text{-value}=0.398$ ) แต่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ( $OR_{adj}=2.38$ , 95% C: 1.15-4.90,  $p\text{-value}=0.019$ ) ผู้ที่มีโรคประจำตัวด้วยโรคในกลุ่ม

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ( $OR_{adj} = -262$ , 95% C: 1.35-5.10, p-value=0.005) และผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ ( $OR_{adj} = 2.08$ , 95% C: 1.15-3.75, p-value=0.015) มีความสัมพันธ์กับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT) ให้ผลบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ ในสมการสุดท้าย ดังนั้น เพื่อเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งในชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่และการใช้ยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยด้วยโรคในกลุ่มภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ตรงในอนาคต

วีรพล โคตรหานาม, พงษ์เดช สารกาม และนิคม ถนอมเสียง<sup>(55)</sup> ทำการศึกษา “การตรวจสอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเข้าร่วมตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรงในประชากรไทย อายุ 45-74 ปี อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น ด้วยโมเดลสมการโครงสร้าง” เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ซึ่งสุ่มมาจากประชากรที่มีอายุ 45-74 ปี และมีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 297 คน ทั้งที่เคยและร่วมโครงการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรงของทางมหาวิทยาลัยขอนแก่นร่วมกับมหาวิทยาลัยแห่งชาติไต้หวัน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลป่าพองและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ป่าพองจัดขึ้น สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม ทำการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมโครงการโดยเจ้าพนักงานสาธารณสุขในพื้นที่วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA 15 การวิเคราะห์เพื่อหาโมเดลสมการโครงสร้างและตรวจสอบความตรงของโมเดลสมการโครงสร้าง ผลการศึกษา พบว่า การวิเคราะห์รายปัจจัยจากปัจจัยการรับรู้ภายใต้ตัวแบบความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยทางสังคมภายใต้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์ต่อการเข้าร่วมตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรง แต่เมื่อพิจารณาภาพรวมของทุกปัจจัยภายใต้ตัวแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและตัวแบบทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ไม่มีผลต่อการเข้าร่วมตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรง และเมื่อพิจารณารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยตัวแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับตัวแบบทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อการเข้าร่วมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรง พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญ (Chi-square<0.001, GFI=0.999, CFI=1.000, RMSEA=-, SRMR=0.172, TLI=AIC=17852.064, BIC=18295.683) สรุปได้ว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อการเข้าร่วมตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรง แต่ผลการศึกษา พบว่า มีผลการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางถึงน้อยที่สุด ดังนั้นหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จึงควรหาวิธีการหรือมาตรการในการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ประชาชนกลุ่มดังกล่าว ได้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถเข้าถึงระบบการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรงที่มีอยู่ในชุมชนให้เพิ่มมากขึ้น

วลัยนารี พรหมลา, สุทธิมาศ สุขอัมพร, สุทธิจารัตน์ เจริญพงศ์, ชัชวาล วงศ์สารี<sup>(56)</sup> ทำการศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง” วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 126 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้กับพฤติกรรมโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และปัจจัยส่วนบุคคลทั่วไปกับพฤติกรรมวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 45 –50 ปี ร้อยละ 34.90 รองลงมาอายุระหว่าง 51 –55 ร้อยละ 32.50 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.80 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.10 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 15.90 ญาติสายตรงส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.30 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 95.20 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 72.20 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการท้องอืดหรือปวดท้องโดยไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 79.40 ไม่มีอาการขับถ่ายผิดปกติ ร้อยละ 94.40 ไม่มีถ่ายเป็นเลือดหรือมูกเลือด ร้อยละ 98.40 ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ และของมันเป็นประจำ ร้อยละ 62.70 รับประทานอาหารที่มีเส้นใย ร้อยละ 71.40 ไม่มีเบื่ออาหารหรือน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 97.60 ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 88.90 และส่วนใหญ่ตั้งใจที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 54.2. ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.57 (Mean = 3.09, SD = 0.53)

ปณณวัฒน์ โม้เวียง, ชนัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล<sup>(57)</sup> ทำการศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจมาตรฐานวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) อ้าเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น” วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจมาตรฐานวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ที่เข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมีผลการตรวจด้วยวิธี iFOBT เป็นบวก (Positive) จำนวน 123 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจมาตรฐานวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องด้วยสถิติพหุคูณแบบโลจิสติก (Multiple logistic regression) นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted Odds

Ratio ( $OR_{adj}$ ) และช่วงความเชื่อมั่น 95% ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.79 อายุเฉลี่ย 61.65 ปี (S.D.= 8.22) มีสถานภาพ สมรส/คู่ ร้อยละ 87.80 จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 88.62 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 60.98 ระยะทางในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลระหว่าง 11-20 กิโลเมตร ร้อยละ 46.34 บุคคลในครอบครัวมีประวัติป่วยเป็นมะเร็ง ร้อยละ 25.20 มีระดับความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับสูง ร้อยละ 43.90 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง ร้อยละ 43.09 ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 70.73 ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 37.40 และตัดสินใจมาตรวจยืนยันผลมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง ร้อยละ 54.47 และพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา หรือสูงกว่ามีโอกาสที่จะตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่าเป็น 10.38 เท่า ( $OR_{adj} = 10.38, 95\% CI=1.22-87.93$ ) ผู้ที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 7,000 บาท มีโอกาสที่จะตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) มากกว่าผู้ที่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 7,000 บาท เป็น 3.70 เท่า ( $OR_{adj}=3.70, 95\% CI=1.47-9.32$ ) ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งมีโอกาสที่จะตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) มากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง เป็น 3.16 เท่า ( $OR_{adj}=3.16, 95\% CI= 1.15-8.66$ ) และผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน มีโอกาสตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านเป็น 5.83 เท่า ( $OR_{adj}=5.83, 95\% CI=2.18-15.61$ )

อำพิกา คันทาใจ, เดชา ทำดี, ศิวพร อึ้งวัฒนา<sup>(58)</sup> ทำการศึกษา “ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 20 ราย และกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วยชุดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อุปกรณ์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และคู่มือความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้สำหรับ อสม. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง McNemar test และ Fisher’s Exact test ผลการวิจัยพบว่า อสม.กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งหมดเป็นเพศหญิงทั้งหมด

โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน และพบว่า อสม.ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 56.00 ปี (SD.=7.99) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. 3-10 ปี ระยะปฏิบัติงานเฉลี่ย 12.80 ปี ได้รับอบรมเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ส่วนใหญ่ทุก 2 ปี และมีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ส่วนใหญ่ 1 ปี ส่วน อสม.ในกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 56.40 ปี(SD.=4.31) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. 3-10 ปี ระยะปฏิบัติงานเฉลี่ย 16.10 ปี ได้รับการอบรมเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ส่วนใหญ่ทุก 2 ปี และมีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ส่วนใหญ่ 1 ปี มีเพียงข้อมูลระดับการศึกษาที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.025$ ) โดย อสม.ในกลุ่มทดลองมีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 65.0 แต่ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 40 มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนระดับคะแนนความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายหลังได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์สูงกว่าก่อนเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.001$ ) และภายหลังได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.003$ ,  $p<.001$ ,  $p<.001$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้การปฏิบัติการคัดกรอง และการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้เพิ่มสูงขึ้นอาจเนื่องมาจาก กระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่เน้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ เป็นการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากกิจกรรมหรือการปฏิบัติซึ่งเป็นประสบการณ์เดิมของผู้เรียนเพื่อนำไปสู่ความรู้ความเข้าใจมากขึ้น และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

คณยศ ชัยอาจ, ชนัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล ทำการศึกษา<sup>(59)</sup> “ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น” วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่ลงทะเบียนในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระโดยวิธีอิมมูโนเคมีคอล (iFOBT) ในประชากรไทยอายุ 45-74 ปี จำนวน 310 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposivesampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) กรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงปกตินำเสนอความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และกรณีที่ข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 58.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.5 จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา 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 เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และเล็งเห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้

ยามีหละ ไมหมาด, สุขสวัสดิ์ ดุลยพัชร, สมศรี พันธวงศาโรจน์, สุพัต โอชาพันธ์, พรทิพย์ ทาตะภิมย์<sup>(60)</sup> ทำการศึกษา “ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลบวกจากการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระในประชาชน จังหวัดพัทลุง” วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 50-70 ปี ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลคูหาสวรรค์ อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง จำนวน 183 คน ตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยชุดตรวจ FOB Rapid Test วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Fisher’s exact test นำเสนอความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยสถิติค่า Odds Ratio และความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของผลบวกจากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระเท่ากับร้อยละ 6.0 จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระพบว่า การมีประวัติขับถ่ายผิดปกติ (p-value = 0.021) การดื่มสุรา (p-value = 0.017) การสูบบุหรี่ (p-value = 0.011) และการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์หรือผลิตภัณฑ์แปรรูปจากเนื้อสัตว์เป็นประจำ (p-value = 0.016 ) มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสรุป บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรส่งเสริมให้ผู้ที่ผลบวกเข้ารับการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colonoscopy และควรจัดบริการส่งเสริมป้องกันโรคในประชากรอายุ 50-70 ปี ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการขับถ่าย การบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

### บทที่ 3 วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 17 มกราคม 2566 - 17 มีนาคม 2566 โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

- 3.1 สถานที่ที่ใช้เก็บข้อมูล
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.3 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา
- 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
- 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในงานวิจัย

#### 3.1 สถานที่ที่ใช้เก็บข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย ในปี 2565 ปัจจุบันมี 9 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสุโขทัย อำเภอกงไกรลาศ อำเภอคีรีมาศ อำเภอทุ่งเสลี่ยม อำเภอบ้านด่านลานหอย อำเภอศรีนคร อำเภอศรีสัชชนาลัย อำเภอศรีสำโรง และอำเภอสวรรคโลก



ภาพที่ 3.1 แผนที่จังหวัดสุโขทัย <sup>(61)</sup>

แหล่งที่มา : สำนักสำรวจและวิจัยทรัพยากรดิน กรมพัฒนาที่ดิน

### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### 3.2.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่จังหวัดสุโขทัยที่มีอายุตั้งแต่ 50 - 70 ปี ในปี 2565 จำนวน 16,778 คน <sup>(62)</sup>

#### 3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่จังหวัดสุโขทัยที่มีอายุตั้งแต่ 50 - 70 ปี ในปี 2565 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน และกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 10% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และมีความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า 5% ซึ่งสามารถคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตร <sup>(63)</sup> ดังนี้



### สูตรคำนวณ

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2p(1-p)}{d^2(N-1)+Z^2\alpha/2p(1-p)}$$

$$n = \frac{16,778 (1.96)^2 (0.64)(0.36)}{0.05^2 (16,778-1)+(1.96)^2 (0.64)(0.36)}$$

$$n = 346.725$$

เมื่อ

|                  |     |  |
|------------------|-----|--|
| n                | คือ | ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ  |
| N                | คือ | ประชาชนที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่จังหวัดสุโขทัยที่มีอายุตั้งแต่ 50 - 70 ปี ในปี 2565 จำนวน 16,778 คน |
| $Z^2_{\alpha/2}$ | คือ | สถิติ Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%  |
| P                | คือ | ค่าสัดส่วนที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม  |
| D                | คือ | ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ (0.05)  |

จากการคำนวณ ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 347 ราย ทั้งนี้ กำหนด Non-response rate 10% ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ จำนวน 382 ราย ประมาณขนาดตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 400 ราย

#### 3.2.3 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ประชาชนที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่จังหวัดสุโขทัย ในปี 2565 มีอายุ 50-70ปี และมีสัญชาติไทย
2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาในการได้ยิน และเป็นผู้ที่มีความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม

#### 3.2. 4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
2. ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้, ติดภารกิจ, ไม่สะดวกใจ

### 3.3 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

#### 3.3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่

3.3.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

3.3.1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคมะเร็ง ประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การสูบบุหรี่ การดื่มสุราการรับประทานอาหาร วิธีการปรุงอาหาร การรับประทานอาหารแปรรูป การขับถ่าย อาการแสดงอื่นๆ ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ (Fit-test) ที่ผ่านมา

3.3.1.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

3.3.1.4 ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

3.3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

### 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

#### 3.4.1 ลักษณะเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย ทั้งนี้ โดยแบบสอบถามดังกล่าวได้ประยุกต์ใช้จากงานวิจัยเรื่อง ความตระหนักในการดูแลสุขภาพและผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ของสายพิรุณ เจริญจิตต์<sup>(53)</sup> และจากคู่มือแนวทางการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข<sup>(64)</sup> ซึ่งผ่านการรับรองคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทางด้านความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) โดยมีความสอดคล้องกับคำถามงานวิจัย วัตถุประสงค์ของงานวิจัย และผ่านการเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ นพ.ถาวรรัฐ เรือนโรจน์รุ่ง, ภญ.เกียรติสุดา ประเสริฐวัฒน์ และคุณธาดา อุดมธาดา โดยมีค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถาม แต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.82 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) = 0.89 สำหรับแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยคั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- ส่วนที่ 4 ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

#### 3.4.2 มาตรการประเมินเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัยแบ่งออกเป็น 5 ส่วนคือ

##### 3.4.2.1 ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โดยมีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ซึ่งลักษณะข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Check List) และเติมข้อความลงในช่องว่าง (Open end)

##### 3.4.2.2 ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคมะเร็ง ประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรารับประทานอาหาร วิธีการปรุงอาหาร การรับประทานอาหารแปรรูป การขับถ่าย อาการแสดงอื่นๆ ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ (Fit-test) ที่ผ่านมา ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

##### 3.4.2.3 ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ซึ่งลักษณะเป็นแบบเลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก = 1 คะแนน

ตอบผิด = 0 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมาย จากค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้ต่ำ ปานกลาง สูง แบ่งตามระดับโดยอิงเกณฑ์ของบลูม<sup>(65)</sup> ดังนี้

- คะแนน 0 - 8 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอยู่ในระดับต่ำ

- คะแนน 8 - 9 คะแนน (ร้อยละ 60-80) หมายถึง ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอยู่ในระดับปานกลาง

- คะแนน 10 - 12 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึง ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอยู่ในระดับสูง

#### 3.4.2.4 ส่วนที่ 4 ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับคือ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 0 คะแนน

ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน

เห็นด้วย = 2 คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 3 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมาย จากค่าคะแนนความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ความตระหนักระดับต่ำ ปานกลาง สูง แบ่งตามระดับโดยอิงเกณฑ์ของบลูม<sup>(65)</sup> ดังนี้

- คะแนน 0 - 21 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ประชาชนมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อยู่ในระดับต่ำ

- คะแนน 22 - 29 คะแนน (ร้อยละ 60-80) หมายถึง ประชาชนมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อยู่ในระดับปานกลาง

- คะแนน 30 - 36 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึง ประชาชนมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อยู่ในระดับสูง

#### 3.4.2.5 ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ คือ ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ตรวจจูงจาะในเลือด (Fit-test) ที่ผ่านมา 1-2 ปี โดย คำตอบ มี 2 คำตอบให้เลือก คือ เคย, ไม่เคย

### 3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยออกเป็น 2 ด้าน คือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 3.5.1 ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยพิจารณาถึงความสอดคล้อง ความถูกต้องสมบูรณ์ของภาษาที่ใช้ ความต่อเนื่องของคำถามและตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาและโครงสร้างให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข ที่ได้ประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยการประเมินค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ด้วยการหาค่าความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อ กับวัตถุประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence หรือ IOC) โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนคำถามแต่ละข้อ ดังนี้

|     |    |   |
|-----|----|---|
| ค่า | 1  | หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องกับโครงสร้างหรือเนื้อหา                        |
| ค่า | 0  | หมายถึง ข้อความนั้นมีความกำกวม ไม่ชัดเจนด้านความสอดคล้องกับโครงสร้างหรือเนื้อหา |
| ค่า | -1 | หมายถึง ข้อความนั้นไม่มีความสอดคล้องกับโครงสร้างหรือเนื้อหา                     |

เมื่อได้คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านแล้วนำคะแนนมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยใช้สูตรดังนี้

$$IOC = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ IOC หมายถึง ค่าดัชนีความสอดคล้องของคำถามกับโครงสร้างหรือเนื้อหา  
 $\sum X$  หมายถึง ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ  
 n หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์ในการพิจารณาข้อคำถาม ดังนี้

ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เลือกข้อคำถามนั้นไว้ใช้ได้

ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรมีการปรับปรุงแก้ไข หรือตัดทิ้ง

จากการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา ได้ค่าเฉลี่ยของผลรวมของค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วน ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (IOC) ดังต่อไปนี้

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 = 0.86

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 = 0.80

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3 = 0.82

ดังนั้น ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ = 0.82

ผู้วิจัยนำเครื่องมือการศึกษาวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญโดยทำการปรับปรุง แก้ไขข้อบกพร่อง เพื่อให้มีความชัดเจนในเนื้อหาและความเหมาะสมด้านภาษาตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์มากขึ้น และสามารถนำไปเก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคั้งนี้

### 3.5.2 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ในการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัยซึ่งผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการปรับปรุงและการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และได้ปรับเพิ่มหรือลดจำนวนข้อคำถามในทุกๆ ส่วนของเครื่องมือให้ถูกต้องเหมาะสมและครบถ้วนสมบูรณ์ หลังจากผ่านการพิจารณารับรองของคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้เก็บข้อมูล (Try Out) ประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองแควใต้ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 30 ราย และนำมาหาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2-5 และในภาพรวมของแบบสอบถาม โดยในการศึกษาคั้งนี้พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ตั้งแต่ 0.71 ขึ้นไป ซึ่งหมายความว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นระดับสูง สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้ เมื่อได้นำมาทำการวิเคราะห์ จึงได้ค่าความเชื่อมั่นของสอบถามคั้งนี้

ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวม เท่ากับ 0.89

ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เท่ากับ 0.86

ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง เท่ากับ 0.89

ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เท่ากับ 0.88

ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เท่ากับ 0.91

### 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 3.6.1 การขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาให้ความเห็นชอบในการ ดำเนินการศึกษา จากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ผลการพิจารณาได้รับการอนุมัติ เลขที่หนังสือ 54/2565 รับรองเมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2565

#### 3.6.2 การแจ้งรายละเอียดของงานวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครบถ้วนแล้ว (เอกสารภาคผนวก ก) ผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขั้นตอนดังนี้

3.6.2.1 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ในการอนุมัติหนังสือเพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

3.6.2.2 เมื่อได้รับหนังสือให้ดำเนินงานวิจัยและเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปางพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ และตัวอย่างเครื่องมือวิจัยและผลการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เสนอต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยประชุมชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยและเก็บข้อมูลในประชาชนจังหวัดสุโขทัย

3.6.2.3 เตรียมแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 400 ชุด

3.6.2.4 ประสานผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องประชาชน เป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อป้องกันการลำเอียง (bias) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบและขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการฝึกและตรวจสอบวิธีการเก็บข้อมูลตามแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

3.6.2.5 ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย โดยใช้แนวทางจากเอกสารชี้แจงแนะนำข้อมูล (Information Sheet) และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนเป็นที่พอใจและสามารถตัดสินใจตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีการบังคับ

3.6.2.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมตอบแบบสอบถามในงานวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอม ด้วยความสมัครใจก่อนทำการเก็บข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร

3.6.2.7 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาเฉลี่ยในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที

3.6.2.8 ตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และรวบรวมแบบสอบถามไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### 3.7 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ มีผู้ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 400 คน ส่งแบบสอบถามกลับมายังผู้วิจัยครบถ้วน ไม่มีผู้ปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากโครงการ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มอาสาสมัครวิจัย โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

3.7.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัยแนะนำตนเอง ทำการชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์วิธีการศึกษา ครอบคลุมทุกประเด็นทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษา อธิบายลักษณะของแบบสอบถามและสิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้โดยใช้แนวทางจากเอกสารชี้แจงแนะนำข้อมูล (Information Sheet) และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนเป็นที่พอใจและสามารถตัดสินใจตอบแบบสอบถามโดยไม่มีการบังคับตลอดจนขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอม

3.7.2 อาสาสมัครวิจัย ที่ยินยอมตนเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถส่งแบบสอบถามกลับให้ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยตามการนัดหมายพร้อมทั้งให้ลงนามเข้าร่วมวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยจะสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กับอาสาสมัครวิจัยอย่างละ 1 ชุด

3.7.3 ผู้วิจัยให้ความเชื่อมั่นว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะถูกเก็บเป็นความลับโดยผู้วิจัยจะทำการเก็บเอกสาร/แผ่น CD/ไฟล์ ไว้ในตู้/ลิ้นชัก ที่มีกุญแจล็อก และผู้วิจัยเท่านั้นที่มีกุญแจเปิด-ปิด



และข้อมูลของกลุ่มอาสาสมัครวิจัยจะไม่ถูกเปิดเผย จะนำมาใช้ประโยชน์เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ตลอดจนผลการวิจัยที่ได้ จะเสนอออกมาเป็นภาพรวมๆ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น โดยไม่ระบุชื่อของบุคคลที่เข้าร่วมโครงการ และเมื่อผู้ศึกษาได้ใช้ข้อมูลที่ได้มาจากอาสาสมัครวิจัยและทำการวิเคราะห์ผลจนได้คำตอบจากการศึกษาเสร็จสิ้นแล้ว ข้อมูลในเอกสารแบบสอบถามหรือแบบเก็บข้อมูลทุกส่วนที่อาสาสมัครวิจัยได้ให้ข้อมูลไว้จะถูกลบไปทำลายทั้งหมดภายใน 1 ปี หลังการตีพิมพ์

3.7.4 กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิหยุดหรือยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ หากไม่ประสงค์จะตอบแบบสอบถามต่อไป หรือสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้โดยไม่เสียสิทธิประโยชน์ใด ๆ

### 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในงานวิจัย

3.8.1 สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistic) เพื่อบรรยายลักษณะของประชากร ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
- 2) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคมะเร็ง ประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การสูบบุหรี่ การดื่มสุราการรับประทานอาหาร วิธีการปรุงอาหาร การรับประทานอาหารแปรรูป การขับถ่าย อาการแสดงอื่นๆ ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ (Fit-test) ที่ผ่านมา
- 3) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
- 4) ความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ในกรณีเป็นข้อมูลแจกแจง ส่วนกรณีข้อมูลต่อเนื่องจะนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation ; SD)

### 3.8.2 สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistic)

เพื่อวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการทดสอบ ไค-สแควร์ (Chi-square test) และหากไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จะทำการทดสอบด้วยสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่จังหวัดสุโขทัยที่มีอายุตั้งแต่ 50 - 70 ปี ในปี 2565 โดยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 17 มกราคม 2566 - 17 มีนาคม 2566 จำนวน 400 ราย ไม่มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวหรือปฏิเสธจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ หาค่าทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

#### 4.1 ผลการวิจัย

##### 4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

##### 4.1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

##### 4.1.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

##### 4.1.4 ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

##### 4.1.5 พฤติกรรม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย

##### 4.1.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย

#### 4.1 ผลการวิจัย

##### 4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นประชาชนที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่จังหวัดสุโขทัยที่มีอายุตั้งแต่ 50 - 70 ปี จำนวน 400 ราย ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=400)

| ข้อมูลทั่วไป  | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| <b>เพศ</b>  |       |        |
| หญิง  | 134   | 33.50  |
| ชาย   | 266   | 66.50  |
| <b>สถานภาพ</b>                                      |       |        |
| โสด   | 73    | 18.25  |
| สมรส/คู่  | 253   | 63.25  |
| หม้าย   | 51    | 12.75  |
| หย่า/แยกกัน   | 23    | 5.75   |
| <b>อายุปัจจุบัน</b>                                 |       |        |
| 50-55 ปี  | 155   | 38.75  |
| 56-60 ปี  | 105   | 26.25  |
| 61-65 ปี  | 65    | 16.25  |
| 66-70 ปี  | 75    | 18.75  |
| (Mean±SD = 58.69±6.09 ปี, Min = 50 ปี, Max = 70 ปี) |       |        |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                                |       |        |
| ไม่ได้เรียน   | 3     | 0.75   |
| ประถมศึกษา  | 253   | 63.25  |
| มัธยมศึกษา/ปวช.                                     | 90    | 22.5   |
| อนุปริญญา/ปวส.                                      | 22    | 5.50   |
| ระดับปริญญาตรี                                      | 27    | 6.75   |
| สูงกว่าระดับปริญญาตรี                               | 5     | 1.25   |
| <b>อาชีพ</b>  |       |        |
| เกษตรกร   | 141   | 35.25  |
| รับจ้าง   | 106   | 26.25  |
| ค้าขาย  | 63    | 15.75  |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ                               | 13    | 3.25   |
| ว่างงาน   | 46    | 11.5   |
| อื่นๆ   | 31    | 7.75   |

| ข้อมูลทั่วไป   | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| <b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)</b>                                     |       |        |
| น้อยกว่า 15,000 บาท  | 343   | 85.75  |
| 15,001 – 30,000 บาท  | 49    | 12.25  |
| 30,001 – 45,000 บาท  | 6     | 1.50   |
| มากกว่า 45,000 บาท   | 2     | 0.50   |
| Mean±SD = 9,371±7,663.34 บาท/เดือน, Min = 500 บาท/เดือน, Max= 50,000 บาท/เดือน |       |        |

ข้อมูลจากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 266 คน (คิดเป็นร้อยละ 66.50) มีสถานภาพสมรส/คู่ จำนวน 253 คน (คิดเป็นร้อยละ 63.25) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ  $58.69 \pm 6.09$  ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 50-55 ปี จำนวน 155 คน (คิดเป็นร้อยละ 38.75) ถัดมาเป็นผู้ที่มีช่วงอายุ 56-60 ปี จำนวน 105 คน (คิดเป็นร้อยละ 26.25) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 253 คน (คิดเป็นร้อยละ 63.25) ถัดมาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. จำนวน 90 คน (คิดเป็นร้อยละ 22.5) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 141 คน (คิดเป็นร้อยละ 35.25) และประมาณ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 106 คน (คิดเป็นร้อยละ 26.25) และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่จำนวนน้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน จำนวน 343 คน (คิดเป็นร้อยละ 85.75) รองลงมาคือ รายได้ 15,001-30,000 บาท/เดือน จำนวน 49 คน (คิดเป็นร้อยละ 12.25) ตามลำดับ

#### 4.1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคมะเร็ง ประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหาร วิธีการปรุงอาหาร การรับประทานอาหารแปรรูป การขับถ่าย อาการแสดงอื่นๆ ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ (Fit-test) ที่ผ่านมา โดยจำแนกเป็นรายด้าน ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (n=400)

| ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง           | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| <b>ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคมะเร็ง</b> |       |        |
| ป่วย   | 42    | 10.50  |
| ไม่ป่วย  | 331   | 82.75  |
| ไม่ทราบ  | 27    | 6.75   |
| <b>ประวัติครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</b>   |       |        |
| ไม่เป็น  | 369   | 92.25  |
| เป็น   | 31    | 7.75   |
| - ญาติ   | 14    | 45.16  |
| - พ่อ/แม่  | 13    | 41.93  |
| - พี่/น้อง   | 4     | 12.91  |
| <b>การสูบบุหรี่/ยาเส้น</b>                               |       |        |
| ไม่สูบ   | 348   | 87.0   |
| สูบ  | 39    | 9.75   |
| - สูบ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์                                  | 22    | 56.41  |
| - สูบ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์                                  | 5     | 12.82  |
| - สูบ 1-2 ครั้ง/เดือน                                    | 12    | 30.77  |
| เคยสูบแต่เลิกแล้ว  | 13    | 3.25   |
| <b>การดื่มสุรา</b>                                       |       |        |
| ไม่ดื่ม  | 310   | 77.50  |
| ดื่ม   | 77    | 19.25  |
| - ดื่มประจำทุกวัน  | 15    | 19.48  |
| - ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์                                 | 10    | 12.98  |
| - ดื่ม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์                                 | 24    | 31.16  |
| - ดื่ม 1-2 ครั้ง/เดือน                                   | 28    | 36.38  |
| เคยดื่มแต่เลิกแล้ว                                       | 13    | 3.25   |

| ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง                                      | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| <b>การรับประทานอาหาร</b>  |       |        |
| ผักผลไม้ไม่น้อยกว่าเนื้อสัตว์   | 67    | 16.75  |
| ผักผลไม้มากกว่าเนื้อสัตว์   | 233   | 58.25  |
| ผักผลไม้เท่ากับเนื้อสัตว์   | 100   | 25.0   |
| <b>วิธีการปรุงอาหาร</b>   |       |        |
| นึ่ง/ต้ม  | 299   | 74.75  |
| ทอด   | 81    | 20.25  |
| ปิ้ง/ย่าง   | 20    | 5.0    |
| <b>การรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป(แฮม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาแร่/ปลาต้ม/ปลาจ่อม)</b> |       |        |
| ประจำ   | 15    | 3.75   |
| บางครั้ง  | 355   | 88.75  |
| ไม่เคย  | 30    | 7.50   |
| <b>การขับถ่าย</b>   |       |        |
| ปกติ  | 349   | 87.25  |
| ผิดปกติ   | 51    | 12.75  |
| - ท้องผูก   | 37    | 72.5   |
| - ท้องเสีย  | 8     | 15.68  |
| - ท้องผูกสลับท้องเสีย   | 16    | 31.37  |
| - อุจจาระที่ลีบลง   | 2     | 3.92   |
| - ปวดบิดท้องน้อย  | 4     | 7.84   |
| - ท้องอืดหรือปวดท้องโดยไม่ทราบสาเหตุ  | 2     | 3.92   |
| <b>อาการแสดงอื่นๆ</b>   |       |        |
| น้ำหนักลด   | 45    | 11.25  |
| อ่อนเพลีย   | 77    | 19.25  |
| มีติ่งเนื้อที่ทวารหนัก  | 15    | 3.75   |
| ปวดท้องบ่อย   | 16    | 4.0    |
| เบื่ออาหาร  | 23    | 5.75   |

ข้อมูลจากตารางที่ 4.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ดังนี้

ด้านประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคมะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ป่วย จำนวน 331 คน (คิดเป็นร้อยละ 82.75) ถัดมาคือ ป่วย จำนวน 42 คน (คิดเป็นร้อยละ 10.50) และไม่ทราบ จำนวน 27 คน (คิดเป็นร้อยละ 6.75) ตามลำดับ

ด้านประวัติครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 369 คน (คิดเป็นร้อยละ 92.25) และมีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 31 คน (คิดเป็นร้อยละ 7.75) ซึ่งโดยส่วนมากพบใน ญาติ จำนวน 14 คน (คิดเป็นร้อยละ 45.16) รองลงมาพบในพ่อ/แม่ จำนวน 13 คน (คิดเป็นร้อยละ 41.93) และพี่/น้อง จำนวน 4 คน (คิดเป็นร้อยละ 12.91) ตามลำดับ

ด้านการสูบบุหรี่/ยาเส้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่/ยาเส้น จำนวน 348 คน (คิดเป็นร้อยละ 87.0) และสูบบุหรี่/ยาเส้น จำนวน 39 คน (คิดเป็นร้อยละ 9.75) โดยเกินกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ มีความถี่ในการสูบบุหรี่/ยาเส้นที่ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 22 คน (คิดเป็นร้อยละ 56.41) นอกจากนี้ยังพบผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว จำนวน 13 คน (คิดเป็นร้อยละ 3.25) ตามลำดับ

ด้านการดื่มสุรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา จำนวน 310 คน (คิดเป็นร้อยละ 77.50) ถัดมาคือ ดื่มสุรา จำนวน 77 คน (คิดเป็นร้อยละ 19.25) โดยส่วนใหญ่พบความถี่ในการดื่มสุรา 1-2 ครั้ง/เดือน จำนวน 28 คน (คิดเป็นร้อยละ 36.38) รองลงมาคือ ดื่ม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 24 คน (คิดเป็นร้อยละ 31.16) นอกจากนี้ยังพบผู้ที่เคยดื่มสุราแต่เลิกแล้ว จำนวน 13 คน (คิดเป็นร้อยละ 3.25) ตามลำดับ

ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับประทานอาหารผักผลไม้มากกว่าเนื้อสัตว์ จำนวน 233 คน (คิดเป็นร้อยละ 58.25) รองลงมาคือ รับประทานอาหารผักผลไม้เท่ากับเนื้อสัตว์ จำนวน 100 คน (คิดเป็นร้อยละ 25.0) และรับประทานอาหารผลไม้น้อยกว่าเนื้อสัตว์ จำนวน 67 คน (คิดเป็นร้อยละ 16.75) ตามลำดับ

ด้านวิธีการปรุงอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ปรุงอาหารด้วยวิธีการนึ่ง/ต้ม จำนวน 299 คน (คิดเป็นร้อยละ 74.75) ถัดมาคือ ปรุงอาหารด้วยวิธีการทอด จำนวน 81 คน (คิดเป็นร้อยละ 20.25) และปรุงอาหารด้วยวิธีการปิ้ง/ย่าง จำนวน 20 คน (คิดเป็นร้อยละ 5.0) ตามลำดับ

ด้านการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป (แฮม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาจ่อม/ปลาจ่อม) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปฯ เป็นบางครั้ง จำนวน 355 คน (คิดเป็นร้อยละ 88.75) ถัดมาคือ ไม่เคยรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปฯ



จำนวน 30 คน (คิดเป็นร้อยละ 7.50) และรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปฯ เป็นประจำ จำนวน 15 คน (คิดเป็นร้อยละ 3.75) ตามลำดับ

ด้านการขับถ่าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการขับถ่ายปกติ จำนวน 349 คน (คิดเป็นร้อยละ 87.25) และขับถ่ายผิดปกติ จำนวน 51 คน (คิดเป็นร้อยละ 12.75) ซึ่งในจำนวนนี้ พบว่าส่วนมากมีอาการท้องผูก จำนวน 37 คน (คิดเป็นร้อยละ 72.5) รองลงมาคือ ท้องผูกสลับท้องเสีย จำนวน 16 คน (คิดเป็นร้อยละ 31.37) และท้องเสีย จำนวน 8 คน (คิดเป็นร้อยละ 15.68) ตามลำดับ

ด้านอาการแสดงอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการอ่อนเพลีย จำนวน 77 คน (คิดเป็นร้อยละ 19.25) ถัดมาคือ น้ำหนักลด จำนวน 45 คน (คิดเป็นร้อยละ 11.25) และเบื่ออาหาร จำนวน 23 คน (คิดเป็นร้อยละ 5.75) ตามลำดับ

#### 4.1.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (n=400)

| ข้อ | ข้อคำถาม  | ตอบถูก         | ตอบผิด         |
|-----|---|----------------|----------------|
|     |   | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| 1   | โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นโรคที่สามารถรักษาได้หากตรวจพบเจอในระยะเริ่มต้น                                    | 325<br>(81.25) | 75<br>(18.75)  |
| 2   | โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นโรคที่เกิดขึ้นได้ส่วนใหญ่กับทุกกลุ่มอายุ  | 287<br>(71.75) | 113<br>(28.25) |
| 3   | ผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง                                    | 221<br>(55.25) | 179<br>(44.75) |
| 4   | ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง  | 121<br>(30.25) | 279<br>(69.75) |
| 5   | การรับประทานอาหารที่ทำจากเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อหมู วัว เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง | 213<br>(53.25) | 187<br>(46.75) |
| 6   | การรับประทานอาหารที่แปรรูปจากเนื้อสัตว์ เช่น  | 275            | 125            |

| ข้อ | ข้อความ   | ตอบถูก         | ตอบผิด         |
|-----|---|----------------|----------------|
|     |   | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
|     | ไส้กรอก หม่า แหนม เป็นประจำโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง               | (68.75)        | (31.25)        |
| 7   | การรับประทานอาหารประเภทผัก/ผลไม้ สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง | 298<br>(74.50) | 102<br>(25.50) |
| 8   | โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นโรคที่ไม่มีอาการแสดง จนกว่าถึงระยะมะเร็งลุกลาม            | 273<br>(59.25) | 163<br>(40.75) |
| 9   | การออกกำลังกาย สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง                   | 253<br>(63.25) | 147<br>(36.75) |
| 10  | โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นโรคที่มีผลมาจากพฤติกรรมกรกินที่ไม่เหมาะสม                 | 345<br>(86.25) | 55<br>(13.75)  |
| 11  | การสูบบุหรี่ เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง                  | 147<br>(36.75) | 253<br>(63.25) |
| 12  | การดื่มสุรา เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง                   | 202<br>(50.50) | 198<br>(49.50) |

ข้อมูลจากตารางที่ 4.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่าข้อความที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ “ข้อที่ 10 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นโรคที่มีผลมาจากพฤติกรรมกรกินที่ไม่เหมาะสม” จำนวน 345 คน (คิดเป็นร้อยละ 86.25) รองลงมา คือ “ข้อที่ 1 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นโรคที่สามารถรักษาได้ หากตรวจพบเจอในระยะเริ่มต้น” จำนวน 325 คน (คิดเป็นร้อยละ 81.25) และ “ข้อที่ 7 การรับประทานอาหารประเภทผัก/ผลไม้ สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง” จำนวน 298 คน (คิดเป็นร้อยละ 74.50) สำหรับข้อความที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ “ข้อที่ 4 ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง” จำนวน 279 คน (คิดเป็นร้อยละ 69.75) รองลงมาคือ “ข้อที่ 11 การสูบบุหรี่ เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง” จำนวน 253 คน (คิดเป็นร้อยละ 63.25) และ “ข้อที่ 12 การดื่มสุรา เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง” จำนวน 198 คน (คิดเป็นร้อยละ 49.50) ตามลำดับ

#### 4.3.1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (n=400)

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (n=400)

| ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่<br>และไส้ตรง | จำนวน           | ร้อยละ |
|--|-----------------|--------|
| ระดับสูง (10-12 คะแนน)                               | 73              | 18.25  |
| ระดับปานกลาง (7-9 คะแนน)                             | 47              | 11.75  |
| ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)                                 | 280             | 70.0   |
| Mean $\pm$ S.D.                                      | 7.31 $\pm$ 2.70 |        |
| Min, Max   | 0, 12           |        |

ข้อมูลจากตารางที่ 4.4 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยรวมเท่ากับ  $7.31 \pm 2.70$  คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 12 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน

เมื่อจัดลำดับคะแนนของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นลำดับขั้นโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 280 คน (คิดเป็นร้อยละ 70.0) รองลงมา คือระดับสูง จำนวน 73 คน (คิดเป็นร้อยละ 18.25) และอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 47 คน (คิดเป็นร้อยละ 11.75) ตามลำดับ

#### 4.1.4 ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

(n=400)

ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความความตระหนักในการดูแล  
สุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง(n=400)

| ข้อ | ข้อความ  | ความความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง<br>ต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง |               |                |                       | $\bar{x} \pm SD$ |
|-----|--|---|---------------|----------------|-----------------------|------------------|
|     |  | จำนวน (ร้อยละ)  |               |                |                       |                  |
|     |  | ไม่เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง  | ไม่เห็นด้วย   | เห็นด้วย       | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง |                  |
| 1   | การตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง<br>ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีโอกาส<br>พบโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก                 | 5<br>(1.25)   | 22<br>(5.50)  | 249<br>(62.25) | 124<br>(31.0)         | 2.23±0.60        |
| 2   | การตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง<br>ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สามารถ<br>ทำได้ด้วยวิธีการตรวจอุจจาระ                | 5<br>(1.25)   | 10<br>(2.50)  | 262<br>(62.5)  | 123<br>(30.75)        | 2.25±0.56        |
| 3   | การป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้<br>ใหญ่และไส้ตรง จะทำให้เสีย<br>ค่าใช้จ่ายมากในการรักษา                  | 21<br>(5.25)  | 46<br>(11.50) | 208<br>(52.0)  | 125<br>(31.25)        | 2.09±0.59        |
| 4   | ท่านยินดีที่จะเข้าร่วมตรวจ<br>คัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่<br>และไส้ตรง                               | 3<br>(0.75)   | 16<br>(4.0)   | 225<br>(56.25) | 156<br>(39.0)         | 2.33±0.59        |
| 5   | ท่านคิดว่าผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง<br>ลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นผู้ที่<br>น่าสงสารและน่าเห็นใจ              | 8<br>(2.0)  | 20<br>(5.0)   | 274<br>(68.50) | 98<br>(24.50)         | 2.15±0.59        |
| 6   | การรับบริการตรวจคัดกรอง<br>โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้<br>ตรง ควรทำเป็นประจำอย่าง<br>น้อยปีละ 1 ครั้ง | 6<br>(1.75)   | 14<br>(3.50)  | 223<br>(55.75) | 157<br>(39.25)        | 2.32±0.61        |
| 7   | การป้องกันโรคมะเร็งลำไส้<br>ใหญ่และไส้ตรงทำได้โดยการ<br>ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ<br>ให้ถูกต้อง    | 7<br>(1.75)   | 14<br>(3.50)  | 212<br>(53.0)  | 167<br>(41.75)        | 2.34±0.63        |

| ข้อ | ข้อความ  | ความความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง<br>ต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง |                |                |                       | $\bar{x} \pm SD$ |
|-----|--|---|----------------|----------------|-----------------------|------------------|
|     |  | จำนวน (ร้อยละ)  |                |                |                       |                  |
|     |  | ไม่เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง  | ไม่เห็นด้วย    | เห็นด้วย       | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง |                  |
| 8   | ท่านให้ความสนใจ ติดตาม<br>ข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกัน<br>การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่<br>และไส้ตรงอยู่เป็นประจำ  | 9<br>(2.25)   | 16<br>(4.0)    | 290<br>(72.5)  | 85<br>(21.25)         | 2.12±0.57        |
| 9   | ท่านคิดว่าการมาตรวจ<br>คัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่<br>และไส้ตรง ทำให้ท่านเสียเวลา  | 118<br>(29.50)  | 203<br>(50.75) | 56<br>(14.0)   | 23<br>(5.75)          | 0.96±0.81        |
| 10  | หากพบอาการผิดปกติ<br>เช่น การขับถ่ายผิดปกติ<br>น้ำหนักลด อ่อนเพลีย<br>ปวดท้องบ่อย เบื่ออาหาร<br>ค่อยไปตรวจคัดกรอง<br>โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่<br>และไส้ตรง | 25<br>(6.25)  | 95<br>(23.75)  | 166<br>(41.75) | 114<br>(28.50)        | 1.92±0.87        |
| 11  | การหลีกเลี่ยงการรับประทาน<br>อาหารหมักดอง/ปิ้ง/ย่าง<br>จะช่วยลดความเสี่ยงต่อ<br>การ เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่<br>และไส้ตรง                              | 21<br>(5.25)  | 36<br>(9.0)    | 232<br>(58.0)  | 111<br>(27.75)        | 2.08±0.75        |
| 12  | หากคนในครอบครัวไม่ป่วย<br>ด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่<br>และไส้ตรง ท่านไม่จำเป็นต้อง<br>ไปตรวจคัดกรองมะเร็ง<br>ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง                         | 86<br>(21.50)   | 218<br>(54.50) | 64<br>(16.0)   | 32<br>(8.0)           | 1.11±0.82        |

ข้อมูลจากตารางที่ 4.5 ความความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้คะแนนความตระหนักมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ “ข้อที่ 7 การป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง” รองลงมา คือ “ข้อที่ 6 การรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ควรทำเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง” และ “ข้อที่ 4 ท่านยินดีที่จะเข้าร่วมตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Mean  $\pm$  S.D. = 2.34 $\pm$ 0.63, 2.33 $\pm$ 0.59 และ 2.32 $\pm$ 0.61) ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้คะแนนความตระหนักน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ “ข้อที่ 9 ท่านคิดว่าการมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ทำให้ท่านเสียเวลา” รองลงมา คือ “ข้อที่ 12 หากคนในครอบครัวไม่ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ท่านไม่จำเป็นต้องไปตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่” และ “ข้อที่ 10 หากพบอาการผิดปกติ เช่น การขับถ่ายผิดปกติ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ปวดท้องบ่อย เบื่ออาหารค่อยไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง” (Mean  $\pm$  S.D.)= 0.96 $\pm$ 0.81, 1.11 $\pm$ 0.82 และ 1.92 $\pm$ 0.87) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 ระดับความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (n= 400)

| ระดับความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง | จำนวน            | ร้อยละ |
|--|------------------|--------|
| ระดับสูง (30-36 คะแนน)   | 82               | 20.50  |
| ระดับปานกลาง (22-29 คะแนน)   | 283              | 70.75  |
| ระดับต่ำ (0-21 คะแนน)  | 35               | 8.75   |
| Mean $\pm$ S.D.  | 23.94 $\pm$ 3.87 |        |
| Min, Max   | 6, 36            |        |

ข้อมูลจากตารางที่ 4.6 ระดับความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยรวมเท่ากับ 23.94  $\pm$  3.87 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 36 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 6 คะแนน

เมื่อจัดลำดับคะแนนของระดับความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นลำดับชั้นโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 283 คน (คิดเป็น

ร้อยละ 70.75) รองลงมา คือระดับสูง จำนวน 82 คน (คิดเป็นร้อยละ 20.50) และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 35 คน (คิดเป็นร้อยละ 8.75) ตามลำดับ

#### 4.1.5 พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (n=400)

พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 1 ข้อ คือ ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจอุจจาระในเลือด (Fit-test) แบบเลือกตอบ ไม่เคยตรวจ และเคยตรวจ (ภายใน 1- 2 ปีที่ผ่านมา) ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (n=400)

| พฤติกรรมการตรวจคัดกรอง<br>โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง                 | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| <b>ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ตรวจอุจจาระในเลือด (Fit-test)</b> |       |        |
| ไม่เคยตรวจ  | 275   | 68.75  |
| เคยตรวจ (ภายใน 1- 2 ปีที่ผ่านมา)                                      | 125   | 31.25  |

ข้อมูลจากตารางที่ 4.7 พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่า ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจอุจจาระในเลือด (Tit-test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจ จำนวน 275 คน (คิดเป็นร้อยละ 68.75) และเคยตรวจ (ในช่วง 1-2 ปี ที่ผ่านมา) จำนวน 125 คน (คิดเป็นร้อยละ 31.25) ตามลำดับ

#### 4.1.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย

การศึกษานี้ทำการหาความสัมพันธ์พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยผลการวิเคราะห์ ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

| ปัจจัยส่วนบุคคล       | พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง |                | p-value |
|-----------------------|---|----------------|---------|
|                       | ไม่เคย  | เคย            |         |
|                       | จำนวน (ร้อยละ)                                    | จำนวน (ร้อยละ) |         |
| <b>เพศ</b>            |   |                | 0.909   |
| หญิง                  | 93 (33.82)  | 41 (32.80)     |         |
| ชาย                   | 182 (66.18)                                       | 84 (67.20)     |         |
| <b>สถานภาพ</b>        |   |                | 0.168   |
| โสด                   | 58 (21.09)  | 15 (12.0)      |         |
| สมรส/คู่              | 167 (60.73)                                       | 86 (68.80)     |         |
| หม้าย                 | 35 (12.73)  | 16 (12.80)     |         |
| หย่า/แยกกัน           | 15 (4.45)   | 8 (6.40)       |         |
| <b>อายุปัจจุบัน</b>   |   |                | 0.682   |
| 50-55 ปี              | 112 (40.73)                                       | 43 (34.40)     |         |
| 56-60 ปี              | 70 (25.45)  | 35 (28.0)      |         |
| 61-65 ปี              | 43 (15.64)  | 22 (17.60)     |         |
| 66-70 ปี              | 50 (18.18)  | 25 (20.0)      |         |
| <b>ระดับการศึกษา</b>  |   |                | < 0.01* |
| ไม่ได้เรียน           | 3 (1.09)  | 0              |         |
| ประถมศึกษา            | 155 (56.36)                                       | 98 (78.40)     |         |
| มัธยมศึกษา/ปวช.       | 76 (27.64)  | 14 (11.20)     |         |
| อนุปริญญา/ปวส.        | 16 (5.82)   | 6 (4.80)       |         |
| ระดับปริญญาตรี        | 23 (8.36)   | 4 (3.20)       |         |
| สูงกว่าระดับปริญญาตรี | 2 (0.73)  | 2 (2.40)       |         |
| <b>อาชีพ</b>          |   |                | 0.575   |
| เกษตรกรกรรม           | 89 (32.36)  | 52 (41.60)     |         |
| รับจ้าง               | 75 (27.27)  | 31 (24.80)     |         |
| ค้าขาย                | 45 (16.36)  | 18 (14.40)     |         |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 10 (3.64)   | 13 (3.25)      |         |



| ปัจจัยส่วนบุคคล                            | พฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง |                | p-value       |
|--|-------------------------------------|----------------|---------------|
|  | ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง                  |                |               |
|  | ไม่เคย                              | เคย            |               |
|  | จำนวน (ร้อยละ)                      | จำนวน (ร้อยละ) |               |
| ว่างงาน                                    | 35 (12.73)                          | 46 (11.50)     |               |
| อื่นๆ                                      | 21 (7.64)                           | 31 (7.75)      |               |
| <b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)</b> |                                     |                | <b>0.019*</b> |
| น้อยกว่า 15,000 บาท                        | 241 (87.64)                         | 102 (81.60)    |               |
| 15,001 – 30,000 บาท                        | 26 (9.45)                           | 23 (18.40)     |               |
| 30,001 – 45,000 บาท                        | 6 (2.18)                            | 0              |               |
| มากกว่า 45,000 บาท                         | 2 (0.73)                            | 0              |               |

\*p-value < 0.05

ข้อมูลจากตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่าง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โดยพบดังนี้

ด้านระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมที่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 78.40 ผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีพฤติกรรมที่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 11.20 ผู้ที่มีการศึกษาในระดับอนุปริญญา/ปวส. มีพฤติกรรมที่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 4.80 ผู้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีพฤติกรรมที่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 3.20 ผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีพฤติกรรมที่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 2.40 ทั้งผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา, ระดับมัธยมศึกษา/ปวช., ระดับอนุปริญญา/ปวส., ระดับปริญญาตรี และระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีพฤติกรรมที่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.01$ ) สำหรับด้านรายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน) พบว่า ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ย น้อยกว่า 15,000 บาท มีพฤติกรรมที่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 81.60 ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ย 15,000 – 30,000 มีพฤติกรรมที่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 18.40 ทั้งผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 15,000 บาท และผู้ที่มีรายได้เฉลี่ย 15,000 – 30,000 บาท มีพฤติกรรมที่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.019$ )

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง กับพฤติกรรม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

| ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่<br>และไส้ตรง       | พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง<br>ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง |                | p-value |
|--|---|----------------|---------|
|  | ไม่เคย  | เคย            |         |
|  | จำนวน (ร้อยละ)  | จำนวน (ร้อยละ) |         |
| <b>ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคมะเร็ง</b> |   |                | 0.682   |
| ป่วย   | 27 (9.28)   | 15 (12.0)      |         |
| ไม่ป่วย  | 228 (82.91)   | 103 (82.40)    |         |
| ไม่ทราบ  | 20 (7.27)   | 7 (5.60)       |         |
| <b>ประวัติครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</b>   |   |                | 0.225   |
| ไม่เป็น  | 257 (93.45)   | 112 (89.60)    |         |
| เป็น   | 18 (6.55)   | 13 (10.40)     |         |
| - ญาติ   | 11 (4.0)  | 3 (2.40)       |         |
| - พ่อ/แม่  | 5 (1.82)  | 8 (6.40)       |         |
| - พี่/น้อง   | 2 (0.73)  | 3 (2.40)       |         |
| <b>การสูบบุหรี่/ยาเส้น</b>                               |   |                | 0.03*   |
| ไม่สูบ   | 229 (83.27)   | 119 (95.20)    |         |
| สูบ  | 34 (12.36)  | 5 (4.80)       |         |
| - สูบ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์                                  | 17 (6.18)   | 5 (4.80)       |         |
| - สูบ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์                                  | 5 (1.45)  | 1 (0.80)       |         |
| - สูบ 1-2 ครั้ง/เดือน                                    | 10 (3.64)   | 2 (1.60)       |         |
| เคยสูบแต่เลิกแล้ว  | 12 (4.36)   | 1 (0.80)       |         |
| <b>การดื่มสุรา</b>                                       |   |                | 0.012*  |
| ไม่ดื่ม  | 202 (73.45)   | 108 (86.40)    |         |
| ดื่ม   | 63 (22.91)  | 14 (11.20)     |         |
| - ดื่มประจำทุกวัน  | 13 (4.73)   | 2 (1.60)       |         |
| - ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์                                 | 7 (2.55)  | 3 (2.40)       |         |
| - ดื่ม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์                                 | 19 (6.91)   | 5 (4.0)        |         |
| - ดื่ม 1-2 ครั้ง/เดือน                                   | 22 (8.0)  | 6 (4.80)       |         |
| เคยดื่มแต่เลิกแล้ว                                       | 10 (3.64)   | 3 (2.40)       |         |

| ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่<br>และไส้ตรง                                   | พฤติกรรม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง<br>ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง |                | p-value |
|--|--|----------------|---------|
|  | ไม่เคย   | เคย            |         |
|  | จำนวน (ร้อยละ)   | จำนวน (ร้อยละ) |         |
| <b>การรับประทานอาหาร</b>   |  |                | 0.020*  |
| ผักผลไม้ น้อยกว่าเนื้อสัตว์  | 55 (20.0)  | 12 (9.60)      |         |
| ผักผลไม้ มากกว่าเนื้อสัตว์   | 150 (54.55)  | 82 (66.40)     |         |
| ผักผลไม้ เท่ากับเนื้อสัตว์   | 70 (25.45)   | 30 (24.0)      |         |
| <b>วิธีการปรุงอาหาร</b>  |  |                | 0.348   |
| นึ่ง/ต้ม   | 200 (72.73)  | 99 (79.20)     |         |
| ทอด  | 61 (22.18)   | 20 (16.0)      |         |
| ปิ้ง/ย่าง  | 14 (5.09)  | 6 (4.80)       |         |
| <b>การรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป (แฮม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาร้า/ปลาต้ม/ปลาจ่อม)</b> |  |                | 0.028*  |
| ประจำ  | 10 (3.64)  | 5 (4.0)        |         |
| บางครั้ง   | 251 (91.27)  | 104 (83.20)    |         |
| ไม่เคย   | 14 (5.09)  | 16 (12.80)     |         |
| <b>การขับถ่าย</b>  |  |                | 1.00    |
| ปกติ   | 240 (87.27)  | 109 (87.20)    |         |
| ผิดปกติ  | 35 (12.73)   | 16 (12.80)     |         |
| - ท้องผูก  | 29 (10.55)   | 8 (6.40)       |         |
| - ท้องเสีย   | 8 (2.91)   | 0              |         |
| - ท้องผูกสลับท้องเสีย  | 16 (2.18)  | 10 (8.0)       |         |
| - อุจจาระที่ลีบลง  | 2 (0.73)   | 0              |         |
| - ปวดบิดท้องน้อย   | 2 (0.73)   | 4 (3.20)       |         |
| <b>อาการแสดงอื่นๆ</b>  |  |                | 0.382   |
| น้ำหนักลด  | 34 (12.36)   | 11 (8.80)      |         |
| อ่อนเพลีย  | 59 (21.45)   | 107 (85.60)    |         |
| มีติ่งเนื้อที่ทวารหนัก   | 10 (3.64)  | 5 (4.0)        |         |
| ปวดท้องบ่อย  | 9 (3.27)   | 7 (5.60)       |         |
| เบื่ออาหาร   | 17 (6.18)  | 6 (4.80)       |         |

\*p-value &lt; 0.05

ข้อมูลจากตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่าง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value $<0.05$ ) ได้แก่ การสูบบุหรี่/ยาเส้น การดื่มสุรา การรับประทานอาหาร และการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป (แหนม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาร้า/ปลาต้ม/ปลาจ่อม) โดยพบดังนี้

การสูบบุหรี่/ยาเส้น พบว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่/ยาเส้น มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 95.20 และ ผู้ที่สูบบุหรี่/ยาเส้น มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 4.80 ทั้งผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และสูบบุหรี่/ยาเส้น มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.03)

การดื่มสุรา พบว่า ผู้ที่ไม่ดื่ม มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 86.40 และ ผู้ที่ดื่ม มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 11.20 ทั้งผู้ที่ไม่ดื่ม และดื่มสุรา มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.012)

การรับประทานอาหาร พบว่า ผู้ที่รับประทานผักผลไม้มากกว่าเนื้อสัตว์ มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 66.40 ผู้ที่รับประทานผักผลไม้เท่ากับเนื้อสัตว์ มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 24.0 และผู้ที่รับประทานผักผลไม้น้อยกว่าเนื้อสัตว์ มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 9.60 ทั้ง ผู้ที่รับประทานผักผลไม้มากกว่าเนื้อสัตว์ ผู้ที่รับประทานผักผลไม้เท่ากับเนื้อสัตว์ และผู้ที่รับประทานผักผลไม้น้อยกว่าเนื้อสัตว์ มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.020)

การรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป (แหนม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาร้า/ปลาต้ม/ปลาจ่อม) พบว่า ผู้ที่รับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป (แหนม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาร้า/ปลาต้ม/ปลาจ่อม) เป็นประจำ มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 4.0 ผู้ที่รับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป (แหนม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาร้า/ปลาต้ม/ปลาจ่อม) เป็นบางครั้ง มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 83.20 และผู้ที่ไม่เคยรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป (แหนม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาร้า/ปลาต้ม/ปลาจ่อม) มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 12.80 ทั้งนี้ ผู้ที่เคยรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป (แหนม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาร้า/ปลาต้ม/ปลาจ่อม) เป็นประจำ, รับประทานเป็นบางครั้ง และไม่เคยรับประทานอาหารแปรรูป (แหนม/ไส้กรอก/

กุนเชียง/ปลาร้า/ปลาต้ม/ปลาจ่อม) มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.028)

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่าง ( $n=400$ )

| ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง<br>ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง | พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง<br>ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง |                | $p$ -value |
|--|---|----------------|------------|
|  | ไม่เคย  | เคย            |            |
|  | จำนวน (ร้อยละ)  | จำนวน (ร้อยละ) |            |
| <b>ระดับความรู้</b>                                  |   |                | 0.001*     |
| ระดับสูง (10-12 คะแนน)                               | 38 (13.82)  | 35 (28.0)      |            |
| ระดับปานกลาง (7-9 คะแนน)                             | 29 (10.55)  | 18 (14.40)     |            |
| ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)                                 | 208 (75.64)   | 72 (57.60)     |            |

\* $p$ -value < 0.05

ข้อมูลจากตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.05)

โดยพบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมที่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 28.0 ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมที่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 14.40 และผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอยู่ในระดับต่ำ มีพฤติกรรมที่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 57.60 ทั้ง ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอยู่ในระดับสูง และระดับปานกลาง และต่ำ มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.001)

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่าง (n=400)

| ระดับความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง | พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง |                | p-value      |
|--|---|----------------|--------------|
|  | ไม่เคย  | เคย            |              |
|  | จำนวน (ร้อยละ)                                    | จำนวน (ร้อยละ) |              |
| <b>ระดับความตระหนัก</b>  |   |                | <b>0.053</b> |
| ระดับสูง (30-36 คะแนน)   | 63 (22.91)  | 19 (15.20)     |              |
| ระดับปานกลาง (22-29 คะแนน)   | 193 (70.18)                                       | 90 (72.0)      |              |
| ระดับต่ำ (0-21 คะแนน)  | 19 (6.91)   | 16 (12.80)     |              |

ข้อมูลจากตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่าง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

โดยพบว่า ผู้ที่มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมที่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 15.20 ผู้ที่มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมที่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 72.0 และผู้ที่มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อยู่ในระดับต่ำ มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 12.80 ทั้ง ผู้ที่มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อยู่ในระดับสูง ระดับปานกลาง และต่ำ มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.053$ )

## บทที่ 5

### อภิปรายผลการวิจัย สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

#### 5.1 อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Cross-sectional Study) กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่จังหวัดสุโขทัยที่มีอายุตั้งแต่ 50 - 70 ปี ในปี 2565 ทำเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 17 มกราคม 2566 - 17 มีนาคม 2566 โดยเครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

มีผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามจำนวน 400 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.50 มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 63.25 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ  $58.69 \pm 6.09$  ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 50-55 ปี ร้อยละ 38.75 ถัดมาเป็นผู้ที่มีช่วงอายุ 56-60 ปี ร้อยละ 26.25 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.25 ถัดมาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 22.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.25 และหนึ่ง 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 26.25 และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่จำนวนน้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 85.75 รองลงมาคือ รายได้ 15,001-30,000 บาท/เดือน ร้อยละ 12.25

ด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 82.75 มีประวัติป่วย ร้อยละ 10.50 และไม่ทราบ ร้อยละ 6.75 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 92.25 และมีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 7.75 ส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่/ยาเส้น ร้อยละ 87.0 และสูบบุหรี่/ยาเส้น ร้อยละ 9.75 ส่วนใหญ่ ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 77.50 ถัดมาคือดื่มสุรา ร้อยละ 19.25 นอกจากนี้ยังพบผู้ที่เคยดื่มสุราแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 3.25 ด้านการรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่ รับประทานผักผลไม้มากกว่าเนื้อสัตว์ ร้อยละ 58.25 รองลงมาคือ รับประทานผักผลไม้เท่ากับเนื้อสัตว์ ร้อยละ 25.0 และรับประทานผลไม้น้อยกว่าเนื้อสัตว์ ร้อยละ 16.75 ส่วนใหญ่ ปรุงอาหารด้วยวิธีการนึ่ง/ต้ม ร้อยละ 74.75 ถัดมาคือ ปรุงอาหารด้วยวิธีการทอด ร้อยละ 20.25 และปรุงอาหารด้วยวิธีการปิ้ง/ย่าง ร้อยละ 5.0 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปฯ เป็นบางครั้ง ร้อยละ 88.75 ถัดมาคือ ไม่เคยรับประทาน

ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป ร้อยละ 7.50 และรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปเป็นประจำ ร้อยละ 3.75 สำหรับในด้านการขับถ่าย พบว่าส่วนใหญ่ มีการขับถ่ายปกติ ร้อยละ 87.25 และขับถ่ายผิดปกติ ร้อยละ 12.75 ส่วนด้านอาการแสดงอื่นๆ พบว่า มีอาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 19.25 ถัดมาคือน้ำหนักลด ร้อยละ 11.25 และเบื่ออาหาร ร้อยละ 5.75 ตามลำดับ

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 70.0 รองลงไปที่ระดับสูง ร้อยละ 18.25 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 11.75

ด้านความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.75 รองลงไปที่ระดับสูง ร้อยละ 20.50 และอยู่ในระดับต่ำ 8.75

พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจ ร้อยละ 68.75 และเคยตรวจ (ในช่วง 1-2 ปี ที่ผ่านมา) ร้อยละ 31.25 ตามลำดับ

**การวิจัยนี้สามารถอภิปรายผลประเด็นสำคัญ ดังรายละเอียดต่อไปนี้**

**5.1.1 พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง**

### (1) ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ  $58.69 \pm 6.09$  ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 50-55 ปี จำนวน 155 คนถัดมาเป็นผู้ที่มีช่วงอายุ 56-60 ปี เป็นประกรวัยกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ดังนั้น ควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข<sup>(10)</sup> ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ ซึ่งนับเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างหนึ่งซึ่งช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพ โดยผู้ที่มีคู่สมรสจะคอยช่วยเหลือ และกระตุ้นให้บุคคลพยายามในการดูแลตนเอง<sup>(32)</sup> นอกจากนี้ ระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา และอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติของแต่ละบุคคล<sup>(31,34,38)</sup> ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริม และเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงให้กับประชาชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และกว่า 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้าง และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนที่จำนวนน้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน รองลงมาคือ รายได้ 15,001-30,000 บาท/เดือน นับเป็นปัจจัยบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม เป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต โดยผู้ที่มีรายได้สูง มักมีการดูแลสุขภาพ



ที่ถูกต้องเมื่อเจ็บป่วย ได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย<sup>(43,48)</sup> นับเป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพ

## (2) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ด้านประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคมะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ป่วย ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อย่างไรก็ตาม แม้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในครอบครัว แต่พบว่ามีโอกาสมากกว่าร้อยละ 20 ในการป่วยด้วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของคนที่ประวัติเจ็บป่วยของคนในครอบครัว<sup>(37)</sup> ด้านการสูบบุหรี่/ยาเส้น และด้านการดื่มสุราพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่/ยา ไม่ดื่มสุรา ซึ่งการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้เช่นกันกับการสูบบุหรี่ เนื่องจากแอลกอฮอล์ มีสาร Acetaldehyde ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งตัวหนึ่ง การบริโภคแอลกอฮอล์มักจะร่วมกับการสูบบุหรี่ มีผลเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งมากขึ้น<sup>(37)</sup> ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับประทานอาหารผักผลไม้มากกว่าเนื้อสัตว์ รองลงมา คือ รับประทานผักผลไม้เท่ากับเนื้อสัตว์ และรับประทานผลไม้น้อยกว่าเนื้อสัตว์ ปรุงอาหารด้วยวิธีการนึ่ง/ต้ม การทอด และปรุงอาหารด้วยวิธีการปิ้ง/ย่าง ซึ่งอาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในผู้ที่รับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง<sup>(37)</sup> อีกทั้ง ด้านการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป (แฮม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาร้า/ปลาต้ม/ปลาจ่อม) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปฯ เป็นบางครั้ง ซึ่งอาหารเหล่านี้ นับเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งมีผลกระทบที่เป็นอันตราย และอาหารแปรรูปเหล่านี้มีความเชื่อมโยงกับโรคมะเร็งและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร<sup>(50)</sup> ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการอยู่เสมอ สำหรับด้านการขับถ่าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการขับถ่ายปกติ และบางส่วนมีขับถ่ายผิดปกติ ซึ่งในนี้พบว่าส่วนมากมีอาการท้องผูก ท้องผูกสลับท้องเสีย และท้องเสีย ร่วมกับอาการแสดงอื่นๆ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด และเบื่ออาหาร ซึ่งหากมีอาการผิดปกติดังกล่าวควรรีบพบแพทย์เพื่อทำการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

## (3) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยรวมเท่ากับ  $7.31 \pm 2.70$  คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 12 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน โดยส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการให้ความรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแก่ประชาชน ให้สามารถป้องกันและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่าง

เหมาะสม ตลอดจนควรมีแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถเข้าถึงข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย มีความเข้าใจและสามารถประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหาต่าง ๆ จนนำมาปรับใช้กับตนเอง มีวิจารณญาณคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลในการให้ความสำคัญกับข่าวสารความรู้นั้นๆ ตลอดจนนำไปสู่การตัดสินใจนำมาลองปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวันได้

#### (4) ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ระดับความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยรวมเท่ากับ  $23.94 \pm 3.87$  คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 36 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 6 คะแนน โดยส่วนใหญ่มีระดับความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ควรมีการเพิ่มเรื่องความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงประเมินดูแลตัวเองเบื้องต้น ซึ่งนับเป็นความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้และความเข้าใจที่มีจึงสำคัญ เพื่อสร้างความตระหนักด้านสุขภาพ และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในอนาคต ทั้งนี้ การดูแลตนเองนั้นประกอบด้วยมิติต่างๆ ได้แก่ การดำเนินวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นภัยต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุราเกินขนาด การใช้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพและรับผิดชอบต่อ การตระหนักรู้ถึงอาการของโรคต่างๆ ด้วยตนเอง หรือร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์เมื่อจำเป็น การเฝ้าระวังอาการป่วยว่าดีขึ้น หรือทรุดลง และการบริหารจัดการอาการป่วยต่างๆ ด้วยตนเอง หรือร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์เมื่อจำเป็น

#### 5.1.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประกอบด้วย ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน) การสูบบุหรี่/ยาเส้น การดื่มสุรา การรับประทานอาหาร การรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป (แฮม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาร้า/ปลาต้ม/ปลาจ่อม) และความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จากการศึกษาพบว่า

(1) ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา พฤติกรรมที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช., ระดับอนุปริญญา/ปวส., ระดับปริญญาตรี และสูงกว่าระดับปริญญาตรี เนื่องจากการศึกษามีผลต่อ

การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติของแต่ละบุคคล โดยระดับการศึกษาสูงจะช่วยให้บุคคลมีความรู้ความสามารถในการการดำเนินชีวิตและมีพฤติกรรมทางบวก<sup>(31,34,38)</sup> รวมทั้งช่วยให้สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตได้ดี ประกอบกับการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษาและการรับรู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรม โดยระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค<sup>(37)</sup> ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริม และเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงให้กับประชาชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

(2) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน) พบว่า ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวน้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาท/เดือนขึ้นไป อาจเนื่องด้วยมีการประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้ประชาชนเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคหากพบตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก หรือระยะก่อนเป็นมะเร็ง ซึ่งปัจจุบันประชาชนไทยอายุ 50-70 ปีขึ้นไป สามารถเข้ารับการตรวจเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลตามสิทธิการรักษากรณีพบผลผิดปกติจะได้รับการส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เพื่อวินิจฉัยต่อไป อย่างไรก็ตามผู้ที่มีรายได้สูงอาจมีภาระหน้าที่รับผิดชอบสูง ไม่มีเวลาในการใส่ใจสุขภาพเท่าที่ควร จึงมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองฯที่น้อยกว่า ดังนั้น ควรมีสื่อ/เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ และมีผลในทางอ้อมผ่านการช่วยสนับสนุนและดูแลความทุกข์สุขของคนในครอบครัว หากส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง รวมถึงมีการส่งเสริมสุขภาพร่วมกัน จะเป็นรากฐานที่สำคัญที่จะสร้างการมีสุขภาพดีให้ประเทศชาติได้ในอนาคต<sup>(66)</sup>

(3) การสูบบุหรี่/ยาเส้น พบว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่/ยาเส้น มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่/ยาเส้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ กับ มะเร็งลำไส้ นั้น พบว่า ร้อยละ 12 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ นั้นสูบบุหรี่ โดยพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเกิดและเจริญเติบโตขึ้นของ Adenomatous polyp การสูบบุหรี่ในระยะยาวพบว่า มีความสัมพันธ์กับ Adenomatous polyp ขนาดใหญ่<sup>(37)</sup>

(4) การดื่มสุรา พบว่า ผู้ที่ไม่ดื่มสุรา มีพฤติกรรมที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่าผู้ดื่มสุรา ซึ่งการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้เช่นเดียวกันกับการสูบบุหรี่ เนื่องจากแอลกอฮอล์ มีสาร Acetaldehyde ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งตัวหนึ่ง ซึ่งการบริโภคแอลกอฮอล์รวมกับการสูบบุหรี่ จะมีผลเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งมากขึ้น<sup>(37)</sup>

(5) การรับประทานอาหาร พบว่า ผู้ที่รับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป (แฮม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาร้า/ปลาต้ม/ปลาจ่อม) มีพฤติกรรมที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงมากกว่าผู้ที่ไม่เคยรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป (แฮม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาร้า/ปลาต้ม/ปลาจ่อม) และรับประทานเป็นประจำ ซึ่งอาหารเหล่านี้ นับเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งมีผลกระทบที่เป็นอันตราย และมีความเชื่อมโยงกับโรคมะเร็งและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร <sup>(50)</sup> ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการอยู่เสมอ

(6) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อยู่ในระดับต่ำ มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อยู่ในระดับสูง และระดับปานกลาง ( $p$ -value=0.001) ซึ่งขัดแย้ง กับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีความรู้สูงย่อมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคร้ายต่างๆ ที่ดีจะมีผลทำให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องตามมา นั่นคือการหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลกระทำพฤติกรรมเพื่อรักษาสมดุลของร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ

## 5.2 สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประกอบด้วย ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน) การสูบบุหรี่/ยาเส้น การดื่มสุรา การรับประทานอาหาร การรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป (แฮม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาร้า/ปลาต้ม/ปลาจ่อม) และความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริม และเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงให้กับประชาชนอย่างต่อเนื่อง และควรมีสื่อ/เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารในรูปแบบต่างๆ เช่น Facebook, YouTube, Twitter, Infographic : ไปสเตอร์/แผ่นพับ ฯลฯ ด้านสุขภาพให้มากขึ้น เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง รวมทั้งควรมีการรณรงค์คัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการ Fit-test รวมทั้งการส่งเสริมการรับประทานอาหารให้ถูกหลักโภชนาการอยู่เสมอ

## 5.2 ข้อเสนอแนะ

### 5.2.1 ข้อเสนอแนะ

(1) ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองแก่ประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

(2) ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถนำมาพัฒนา เพื่อวางแผนจัดกิจกรรมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

(3) ควรมีหลากหลายช่องทางในการลงสื่อประชาสัมพันธ์ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง รวมทั้งควรมีการรณรงค์คัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการ Fit-test อาทิ Facebook, YouTube, Twitter, Infographic : โปสเตอร์/แผ่นพับ ฯลฯ

### 5.2.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

(1) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ อาจมีปัจจัยอื่น ๆ หรืออีกหลายปัจจัย ที่ผู้วิจัยไม่สามารถรวบรวมไว้ในแบบสอบถามนี้ ดังนั้น ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพ สำหรับปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อให้ครอบคลุมและนำไปสู่งานวิจัยที่ดีขึ้นต่อไป

(2) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความลุ่มลึก และละเอียดมากขึ้น ควรเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การสัมภาษณ์ เป็นต้น

(3) ควรมีการขยายขอบเขตในการวิจัย การเพิ่มตัวแปร และการศึกษาในประชากรกลุ่มอื่นๆ รวมถึงการศึกษาเปรียบเทียบ เป็นต้น

## รายการอ้างอิง

1. Cancer. Switzerland : World Health Organization [Internet]. [cited 2022 May 20]. Available from : <https://www.who.int/news-room/fact-sheet/detail/cancer>
2. Global Cancer Observatory. Cancer Retrieved. [Internet]. [cited 2022 May 10]. Available from : <https://www.who.int/news-room/fact-sheet/detail/cancer>
3. Imsanran W., Pattatang A., Supattagorn P., Chiawiriyabunya I., Chitapanrux I. Cancer in Thailand. [Internet]. Bangkok : Ministry of public Health; 2018.
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2563.
5. O'Connell, J. B., Maggard, M. A., Ko, C. Y. Colon cancer survival rates with the New American Joint Committee on cancer sixth edition staging. Journal of the National Cancer Institute. 2004; 96(19): 1420-1425
6. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการดำเนินงานและบันทึกข้อมูล: โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยวิธี FIT test. กรุงเทพมหานคร : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2561.
7. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ.2560-2565. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; [สืบค้นเมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2565] จาก : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | Office of Permanent Secretary ([moph.go.th](http://moph.go.th))
8. HDC กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง service Plan สาขาโรคมะเร็ง: ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ 2564. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2565] จาก : <https://hdcservice.moph.go.th/>
9. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โพลีติการพิมพ์ จำกัด; 2558.
10. สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; 2559. [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2564]. จาก : <https://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=41>

11. Veithani Hospital. ห้างไกล “มะเร็งลำไส้ใหญ่” ไม่ยาก แค่เริ่มจากปรับพฤติกรรม. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]. [ม.ป.พ.]; 2563. [สืบค้นเมื่อวันที่ 26 มี.ค.2566]. จาก: <https://www.vejthani.com/th/2019/03/%E0%B8%A1%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B9%87%E0%B8%87%E0%B8%A5%E0%B8%B3%E0%B9%84%E0%B8%AA%E0%B9%89%E0%B9%83%E0%B8%AB%E0%B8%8D%E0%B9%88/>
12. โรงพยาบาลศิริรินทร์ กรุงเทพ. เลี่ยง ลด อาหารารเหล่านี้...ห้างไกลมะเร็งลำไส้ใหญ่. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]. [ม.ป.พ.]; 2563. [สืบค้นเมื่อวันที่ 26 มี.ค.2566]. จาก: <https://www.sikarin.com/health/%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%A2%E0%B8%87-%E0%B8%A5%E0%B8%94-%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%80%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%B5%E0%B9%89>
13. โรงพยาบาลมะเร็งกรุงเทพวัฒโนสถ. 9 เคล็ดลับสู่อาหารต้านมะเร็ง. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]. [ม.ป.พ.]; 2563. [สืบค้นเมื่อวันที่ 26 มี.ค.2566]. จาก: <https://www.wattanosothcancerhospital.com/all-about-cancer/9-diet-secrets-for-cancer-prevention>
14. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ. โยอาหารกับมะเร็งลำไส้ใหญ่. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]. [ม.ป.พ.]; 2563. [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มี.ค.2566]. จาก: <https://www.thairath.co.th/lifestyle/woman/111719>
15. Good health & Well-being. กินปิ้งย่างอย่างไร?...ไม่ให้เสี่ยงโรค. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]. [ม.ป.พ.]; 2563. [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มี.ค.2566]. จาก: <https://mgronline.com/goodhealth/detail/9650000010138>
16. จิตเวช เทพชาตรี. 5 สุดยอดอาหารอร่อย แต่เสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]. [ม.ป.พ.]; 2563. [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มี.ค.2566]. จาก: <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%81%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B9%87%E0%B8%87>
17. หน่วยสารสนเทศ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ชัยบัสกนิต พิษิตสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]. [ม.ป.พ.]; 2563. [สืบค้นเมื่อวันที่ 27 มี.ค.2566]. จาก: [http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news\\_ca.php?newsID=104&typeID=20&form=7](http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news_ca.php?newsID=104&typeID=20&form=7)

18. ประเวศ ตันติพิวัฒน์สกุล. คู่มือการใช้ DVD สื่อการเรียนรู้เรื่อง เติมเต็มความ เข้มแข็งทางใจ ชุดที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: รุ่งศิลป์การพิมพ์; 2553.
19. วไลลักษณ์ พุ่มพวง. เทคนิคในการจัดการความเครียด. กรุงเทพมหานคร :ภาควิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
20. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ การศาสนา; 2539.
21. จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. ความเครียด ความวิตกกังวลและสุขภาพ. เชียงใหม่ : แสงศิลป์; 2545
22. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติพ.ศ. 2555-2557. กรุงเทพมหานคร: [ม.ป.พ.]; 2555.
23. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, ปวีณา ปั่นกระจำง และกุ่มภการ สมมิตร. สรุปลานการณ้ควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทยพ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ : เจริญดีมั่งคอง การพิมพ์; 2555.
24. ประกิต วาที่สาธกกิจ. 50 คำถามสำหรับผู้สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: นนทพิมพ์พริ้นดีจำกัด; 2555.
25. บุญชัย พิริยกิจกำจร และนิรชรชุตติพัฒนะ. แนวทางการป้องกัน และลด ละ เลิกบุหรืของเยาวชน จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561: 5(1): 112-115.
26. ชนินทร์ จันทรส, ถิระวัฒน์ พันธุ์ม่วง, สมานมิตร ส่องเจริญ. L-ก-ฮ พอกันที. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และศูนย์วิจัยปัญหาสุรา เครือข่ายองค์กรงดเหล้า(ประเทศไทย); 2562.
27. สถาบันประสาทวิทยา. คู่มือหลอดเลือดสมอง(อัมพาตอัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. 2557.
28. มนตรี นาทประยุทธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564; 36 (1) : 219-226
29. Rojanamatin J, Ukranun W, Supaattagorn P, et al eds. Cancer in Thailand Volume X. Bangkok; 2021.
30. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562 (Public Health Statistics A.D. 2019). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(ประเทศไทย) ; 2562.



31. Hubbard, P., Muhlemkamp, AF. and Brown, N. The relationship between social support and self-care practices. *Nursing Research*. 1984;33: 266-270.
32. ชมลวรรณ ยอดกลกิจ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ที่มารับการรักษาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2548.
33. Orem,D.E. *Nursing : Concepst of practice*. New York : Mc Grow-Hill Book Company; 1986
34. Riffle, K.L. Yoko, J. and Sams, J. Health-promoting behavior perceived social support and self-reported health of Applachian elderly. *Public Health Nursing*. 1989; 6(4): 211-240
35. Cohen, R., Brownell, K. and Felix, M. Age and Sex difference in health habits and beliefs of school children . *Health Psychology*.1990: 9: 208-224.
36. Muhlenkamp, AF. Brown NJ. and Sands D. Determinants of Health promotion activities in nursing clinic clients. *Nursing Research*. 1986; 34: 327-332.
37. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ (Risk of Colorectal cancer). [อินเทอร์เน็ต].[ม.ป.ท.]. [ม.ป.พ.]; 2563. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 มี.ค.2566]. จาก: [https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer\\_center/th/colorectal](https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/th/colorectal)
38. Pender, N.J. and Pender, A.R. *Health Promotion in Nursing Practice*. Norwalk : Appleton & Lange; 1987
39. จันทิรา ทรงเต๊ะ. พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชาวไทยมุสลิม. [สารนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554
40. สุธนีย์ ศรีรัตน์. สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญา]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2544.
41. Willists, F.K. and Crider, D.M. Health rating and life satisfaction in the later middle yeas. *Journal of Grontology*.1988; 43: 172-176.
42. นิรนาท วิทย์โชคกิติ และคณะ. ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.

43. Brown, J.S. and Mccredy, M. The Hale Elderly Halath Behavior and its Correlates. Research in Nursing & Health. 1986; 9(4), 317-329.
44. theAsianparent. 5 สูตร! เมนูนี้้ง ทำง่าย รสชาติอร่อย. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]. [ม.ป.พ.]; 2563. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 เม.ย.2566]. จาก: <https://th.theasianparent.com/steamed-menu>
45. Foods for you. อาหารประเภทต้ม. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]. [ม.ป.พ.]; 2563. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 เม.ย.2566]. จาก: <https://arunocha42930sl.wordpress.com/%E0%B8%95%E0%B9%89%E0%B8%A1%E0%B8%A2%E0%B8%B3%E0%B8%81%E0%B8%B8%E0%B9%89%E0%B8%87-2/>
46. Siamhealth. ทอดอาหารอย่างไรจึงปลอดภัย. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]. [ม.ป.พ.]; 2563. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 เม.ย.2566]. จาก: [https://www.siamhealth.net/public\\_html/Health/food/oil/cooking.html](https://www.siamhealth.net/public_html/Health/food/oil/cooking.html)
47. Pure Foods. เคล็ดลับปิ้งย่าง และวิธีการการกินปิ้งย่างปลอดภัย. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]. [ม.ป.พ.]; 2563. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 เม.ย.2566]. จาก: <https://www.purefoodsshopping.com/content/10269/grilled-sauce-grilling-tips-and-ready-made-dipping-sauces-grilled-neck-must-know>
48. เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2529
49. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ในกรุงเทพฯ. อาหารก่อมะเร็ง ภัยร้ายในความอร่อย. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.พ.]; 2552. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 เม.ย.2566]. จาก: <https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/january-2009/are-you-eating-your-way-to-cancer>
50. DMS สถานีสุขภาพ. "อาหารแปรรูป" เชื่อมโยงกับโรคมะเร็ง ปัจจัยเสียชีวิตก่อนวัย. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]. [ม.ป.พ.]; 2566. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 เม.ย.2566]. จาก: <https://www.pptvhd36.com/health/food/2621>
51. สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]. [ม.ป.พ.]; 2559. [สืบค้นเมื่อวันที่ 18 เม.ย.2566]. จาก: <https://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=41>

52. โรงพยาบาลธนบุรี. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่. [อินเทอร์เน็ต]. [ม.ป.ท.]. [ม.ป.พ.]; 2559. [สืบค้นเมื่อวันที่ 19 เม.ย.2566]. จาก:  
[https://www.thonburihospital.com/CA\\_Colon\\_disease.html](https://www.thonburihospital.com/CA_Colon_disease.html)
53. สายพิรุณ เจริญจิตต์. ความตระหนักในการดูแลสุขภาพและผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า. 2563; 3 (1) : 47-61.
54. จริญญา เชื้อลิ้นฟ้า, ชนัญญา จิรกุล และนวรรตน์ มณีนิล. ปัจจัยการบริโภคอาหารกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการตรวจเลือดหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT) ให้ผลบวกในประชาชนอายุ 50-70 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2564: หน้า 67-79
55. วีรพล โคตรหานาม, พงษ์เดช สารกาม และนิคม ถนอมเสียง. การตรวจสอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเข้าร่วมตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรงในประชากรไทย อายุ 45-74 ปี อำเภอหนอง จังหวัดขอนแก่น ด้วยโมเดลสมการโครงสร้าง. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564 ; 12 (3): 92-707.
56. วลัยนารี พรหมลา, สุทธิมาศ สุขอัมพร, สุทธิจารัตน์ เจริญพงศ์, ชัชวาล วงศ์สารี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. วารสารมหาจุฬานาครธรรมศาสตร์. 2564; 8 (12): 175-177.
57. ปณณวัฒน์ โม้เวียง, ชนัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) อำเภอหนอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563; 11(3): 49-51.
58. พิกา คันทาใจ, เดชา ทำดี, ศิวพร อึ้งวัฒนา. ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565; 31(1) : 90-92.
59. คณยศ ชัยอาจ, ชนัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอหนอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561; 11 (3) : 40-41.
60. ยามีหละ ไมหมาด, สุขสวัสดิ์ ดุลยพัชร์, สมศรี พันธวงศาโรจน์, สุพัต โอชาพันธ์, พรทิพย์ ทาตะภิรมย์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลบวกจากการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระในประชาชน จังหวัดพัทลุง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ. 2562; 1 (2) : 28-31.

61. สำนักสำรวจและวิจัยทรัพยากรดิน กรมพัฒนาที่ดิน. จังหวัดสุโขทัย. [อินเทอร์เน็ต].[ม.ป.ท.]. [ม.ป.พ.]; 2559. [สืบค้นเมื่อวันที่ 19 เม.ย.2565]. จาก:  
[http://oss101.ldd.go.th/web\\_th\\_soilseries/03\\_north/64\\_Sukothai/64\\_prov.htm](http://oss101.ldd.go.th/web_th_soilseries/03_north/64_Sukothai/64_prov.htm)
62. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ด้าน Service Plan สาขาโรคมะเร็ง.[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข.2566. [ปรับปรุงเมื่อวันที่ 31 ธ.ค.2565]; [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ม.ค. 2565]. จาก:  
[http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat\\_id:59acae786f02c8e2c0cb88dfcbdf3b3&id:c9368ecb8b5aae4446b802ef018796c7](http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id:59acae786f02c8e2c0cb88dfcbdf3b3&id:c9368ecb8b5aae4446b802ef018796c7)
63. กัลยา วานิชย์ปัญญา. สถิติสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬารักษ์ มหาวิทยาลัย; 2549.
64. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข .แนวทางการดำเนินงาน การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561
65. Bloom, Benjamin Samuel. Taxonomy of Education Objective. New York : David McKay Company; 1979.
66. World Health Organization. (2016). Diabetes Fact sheet. Retrieved from ;  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> (November 6, 2018).

## ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการ

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Information sheet for research Volunteer)

ชื่อเรื่องโครงการวิจัย “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย”

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอัญชลี...สามงามมี

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

บุคคล และวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน หรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางสาวอัญชลี...สามงามมี โทรศัพท์มือถือ 090.320.8459.. E-mail: anchan3007@gmail.com

ผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ไม่มี

## ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย ประกอบด้วย

1. ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นประชาชนที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่จังหวัดสุโขทัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียดเพื่อท่านจะได้รับทราบเหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้ และท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อความเข้าใจที่ชัดเจน และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

## 2. ระบุเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องทำการวิจัย

มะเร็งนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก มะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่สองของโลก โดยในปี 2020 มีรายงานจาก International agency for Research on cancer ที่พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั่วโลกกว่า 10 ล้านคน จากผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดกว่า 18 ล้านคน<sup>(1)</sup> และในทั่วโลกมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งที่สำคัญ ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงอย่างต่อเนื่อง<sup>(2)</sup> ซึ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับที่ 3 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของโลก และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

สำหรับในประเทศไทย โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal cancer: CRC) นับเป็น 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบบมากที่สุด โดยมีรายงานที่พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทั้งในเพศชายและหญิงเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยพบ อัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นอันดับที่ 3 ในเพศชายและพบเป็นอันดับที่ 4 ในเพศหญิง<sup>(3)</sup> ซึ่งอายุที่พบส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-64 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 15.27) รองลงมา คือ อายุ 55-59 ปี (ร้อยละ 15.12) และอายุ 65-69 ปี (ร้อยละ 13.05) ตามลำดับ อย่างไรก็ตามยังมีแนวโน้มการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในคนที่มีอายุน้อย โดยพบในระยะที่ 4 มากที่สุด (ร้อยละ 31.41) และไม่ทราบระยะ (ร้อยละ 28.94)<sup>(4)</sup> ซึ่งสาเหตุการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น พันธุกรรม พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป การขาดการออกกำลังกาย ดัชนีมวลกานไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ การมีโรคประจำตัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่-ดื่มสุรา ตลอดจนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หากได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็วและได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีถึงร้อยละ 90 แต่ถ้าเป็นระยะท้ายซึ่งมีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ๆ อัตราการรอดชีวิตลดลงเหลือเพียงร้อยละ 10<sup>(5)</sup> เท่านั้น โดยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมักจะไม่มีอาการในระยะเริ่มแรกของโรค จะมีอาการก็ต่อเมื่อโรคลุกลาม มากขึ้นจนถึงระยะสุดท้าย ส่งผลทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ซึ่งอาการของโรคที่พบบ่อย ได้แก่ การถ่ายอุจจาระผิดปกติ มีอาการท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง ถ่ายไม่สุด ถ่ายเป็นมูกหรือ เป็นมูกปนเลือด หรืออาจถ่ายเป็นเลือดสด ขนาดลำอุจจาระเล็กลง และมีอาการปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด จุกเสียด เป็นต้น อย่างไรก็ตามมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งที่สามารถตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาหามะเร็ง ในระยะเริ่มแรกได้ โดยวิธีการตรวจค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงหลายวิธี เช่น ตรวจอุจจาระหาเลือดที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า (Fecal Occult Blood Test), ตรวจหาปฏิกิริยาทางอิมมูโนเคมีคอลที่จำเพาะอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test), การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) และการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ด้วยภาพเสมือนจริง (Computed tomography colonoscopy) เป็นต้น ซึ่งการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นวิธีการมาตรฐานที่ละเอียดแม่นยำ และสามารถดำเนิน การรักษาผ่านวิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ เช่น การตัด ชิ้นเนื้อหรือก้อนที่ผิดปกติ, การเก็บชิ้นเนื้อตัวอย่าง วิเคราะห์ผลทางพยาธิวิทยา, การหยุดเลือดในลำไส้ และการตรวจนี้สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งได้ ด้วยการ กำจัดติ่งเนื้อออก (polyps) อันเป็นจุดเริ่มของมะเร็ง<sup>(6)</sup> ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็ง (Service plan) ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระปีละครั้ง (เกณฑ์ร้อยละ 80) หากพบว่า ผลผิดปกติควรได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ กรณีพบติ่งเนื้อหรือความผิดปกติในลำไส้ใหญ่ แพทย์จะทำการตัดชิ้นเนื้อ

บริเวณดังกล่าวเพื่อวินิจฉัยต่อไป ซึ่งการตรวจคัดกรองจะทำให้พบการเป็นมะเร็งในระยะต้นๆ สามารถทำการรักษาได้ทันที ทำให้เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษามะเร็งในระยะลุกลาม อีกทั้งการตรวจพบในระยะที่ยังไม่เป็นมะเร็งหรือเป็นเนื้องอกธรรมดาเมื่อทำการรักษาโดยการตัดทิ้งแล้วจะช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 จากการตรวจราชการระดับกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 ในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า ประเด็นการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 80) โดยเฉพาะจังหวัดสุโขทัยมีการคัดกรองได้เพียงร้อยละ 64.07 ซึ่งลดลงจากเดิมเมื่อเทียบกับปี 2563 โดยดำเนินการคัดกรองได้เกินเป้าหมาย ร้อยละ 103.38 ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย โดยผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลที่สำคัญ ที่จะนำมาใช้ในการวางแผนการเข้าถึงการรับบริการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง นำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายช่วยเหลือประชาชนในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ลดการลุกลามของโรค และช่วยลดโอกาสเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่อไป

### 3. วัตถุประสงค์ประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย

3.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย

### 4. รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

กระบวนการให้ข้อมูลแก่อาสาสมัครวิจัย (ซึ่งต้องระบุในโครงการวิจัยด้วย) ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะได้รับข้อมูลจากผู้วิจัย ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวิธีการวิจัยและการเก็บข้อมูล
3. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับความเสี่ยงและความไม่สบายที่อาจได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง
6. ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยที่ท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและลงวันที่



8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการบังคับ ช่มชู้หรือหลอกลวง

5. การคัดกรองอาสาสมัครวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และท่านสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน และการใช้ข้อมูลของท่านที่ได้จากแบบสอบถาม ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

6. อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่อาสาสมัครวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆ และไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล ท่านจะไม่มีความเสี่ยงต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจหรือความเชื่อของท่าน

7. ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลที่สำคัญ ที่จะนำมาใช้ในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อันนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยเน้นให้ประชาชนรู้ เข้าถึง เข้าใจ และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เข้าร่วมการตรวจคัดกรอง เพื่อค้นหาโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้น ช่วยลดค่าใช้จ่ายของครัวเรือนและประเทศชาติในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ลดการลุกลามของโรค และช่วยลดโอกาสเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่อไป

8. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับการปฏิบัติงานอื่นๆ ของท่าน

9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อ นางสาวอัญชลี สามงามมี ได้ที่ 199 หมู่ 12 ตำบลพิชัย อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง หรือ หมายเลขโทรศัพท์ 090-320 8459 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น **ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. ในการทำแบบประเมินและแบบสอบถาม การเก็บข้อมูลต่างๆ นั้น ผู้วิจัย ในครั้งนี้ ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30 นาที

12. หากท่านมีปัญหาข้อใจ หรือรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โทรศัพท์ 054-335262 ต่อ 535

## ภาคผนวก ข

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย

## Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย”

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอัญชลี สามงามมี

ที่อยู่ติดต่อ 199 หมู่ที่ 12 ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000

โทรศัพท์ที่บ้าน 054-335262 ต่อ 635

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยโดยตลอด และ **ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง **สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมสละเวลาตอบแบบสอบถาม จำนวน 40 ข้อคำถาม ใช้เวลา 30 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครวิจัยจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น ทั้งสิ้น เป็นต้นว่าไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา หรือการรับบริการทางด้านสุขภาพอื่นๆ

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ **เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

**หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โทรศัพท์ 054-335262 ต่อ 535

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

( นางสาวอัญชลี สามงามมี )

ผู้วิจัยหลัก

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

อาสาสมัครวิจัย

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

**ภาคผนวก ค**  
**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย**

**แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย**

เลขที่แบบสอบถาม

**เรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง  
ของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย**  
**คำชี้แจง**

แบบสอบถามนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้ให้ข้อมูลจากแบบสอบถามนี้ ขอได้โปรดตอบตามความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที เพื่อจะได้นำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะรวมๆ เท่านั้น

1. แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

|   |       |    |     |
|---|-------|----|-----|
| ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล   | จำนวน | 6  | ข้อ |
| ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยง<br>ต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง      | จำนวน | 10 | ข้อ |
| ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง                       | จำนวน | 12 | ข้อ |
| ส่วนที่ 4 ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง<br>ต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง | จำนวน | 12 | ข้อ |
| ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง<br>ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง             | จำนวน | 1  | ข้อ |

2. โปรดอ่านคำชี้แจงในแบบสอบถามแต่ละส่วนให้เข้าใจก่อนตอบ ความร่วมมือของท่านในครั้งนี้จะมีคุณค่าและมีประโยชน์อย่างยิ่ง โดยจะนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงต่อไป

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณทุกท่าน ในความกรุณาตอบแบบสอบถาม มา ณ โอกาสนี้

นางสาวอัญชลี สามงามมี

### ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง  หรือเติมข้อความที่เป็นจริงในแต่ละข้อ

1. เพศ  1. ชาย  2. หญิง
2. สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน
 

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. โสด   | <input type="checkbox"/> 2. สมรส/คู่        |
| <input type="checkbox"/> 3. หม้าย | <input type="checkbox"/> 4. หย่า/แยกกันอยู่ |
3. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้นใด
 

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียน     | <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา            |
| <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา/ปวช. | <input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา/ปวส.        |
| <input type="checkbox"/> 5. ระดับปริญญาตรี  | <input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าระดับปริญญาตรี |
5. อาชีพของท่านในปัจจุบัน
 

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. เกษตรกรรม | <input type="checkbox"/> 2. รับจ้าง               |
| <input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย    | <input type="checkbox"/> 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ |
| <input type="checkbox"/> 5. ว่างาน    | <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ.....       |
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวท่าน.....บาท/เดือน

### ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

**คำชี้แจง** กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง  หรือเติมข้อความที่เป็นจริงในแต่ละข้อ

1. ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคมะเร็ง
 

|                                  |                                     |                                     |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ป่วย | <input type="checkbox"/> 2. ไม่ป่วย | <input type="checkbox"/> 3. ไม่ทราบ |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
2. ประวัติครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
 

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่เป็น | <input type="checkbox"/> 2. เป็น   |
|                                     | <input type="checkbox"/> 2.1 ญาติ<br><input type="checkbox"/> 2.2 พ่อ/แม่<br><input type="checkbox"/> 2.3 พี่/น้อง |
3. การสูบบุหรี่/ยาเส้น
 

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่สูบ            | <input type="checkbox"/> 2. สูบ....โปรตระบุ   |
|   | <input type="checkbox"/> 2.1 สูบประจำทุกวัน <input type="checkbox"/> 2.2 สูบ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์<br><input type="checkbox"/> 2.3 สูบ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> 2.3 สูบ 1-2 ครั้ง/เดือน |
| <input type="checkbox"/> 3. เคยสูบแต่เลิกแล้ว |   |

4. การดื่มสุรา/เหล้าขาว/ไวน์/เบียร์/สาโท
1. ไม่ดื่ม  2. ดื่ม
- 2.1 ดื่มประจำทุกวัน  2.2 ดื่ม 3-4 ครั้ง/สัปดาห์
- 2.3 ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์  2.3 ดื่ม 1-2 ครั้ง/เดือน
3. เคยดื่มแต่เลิกแล้ว
5. การรับประทานอาหาร
1. ผักผลไม้น้อยกว่าเนื้อสัตว์  2. ผักผลไม้มากกว่าเนื้อสัตว์
3. ผักผลไม้เท่ากับเนื้อสัตว์
6. วิธีการปรุงอาหาร
1. นึ่ง/ต้ม  2. ทอด  3. ปิ้ง/ย่าง
7. การรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป(แฮม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาร้า/ปลาต้ม/ปลาจ่อม)
1. ประจำ  2. บางครั้ง  3. ไม่เคย
8. การขับถ่าย
1. ปกติ  2. ผิดปกติ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 2.1 ท้องผูก  2.2 ท้องเสีย
- 2.3 ท้องผูกสลับท้องเสีย  2.4 อุจจาระที่ลีบลง
- 2.5 ปวดบิดท้องน้อย
- 2.6 มีมูกปน/เลือดทางทวารหนัก
- 2.7 ท้องอืดหรือปวดท้องโดยไม่ทราบสาเหตุ
9. อาการแสดงอื่นๆ (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)
1. น้ำหนักลด  2. อ่อนเพลีย  3. มีติ่งเนื้อที่ทวารหนัก
4. ปวดท้องบ่อย  5. เบื่ออาหาร
10. ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ตรวจอุจจาระในเลือด (Fit-test) ที่ผ่านมา
1. ไม่เคย  2. เคย.....ล่าสุด
- 2.1 ภายใน 1 ปี
- 2.2 มากกว่า 1 ปี

### ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

**คำชี้แจง** กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวามือ ที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด ดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นจริง

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่เป็นจริง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจ

| ข้อ | ข้อความ  | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่แน่ใจ |
|-----|--|-----|--------|----------|
| 1   | โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นโรคที่สามารถรักษาได้ หากตรวจพบเจอในระยะเริ่มต้น  |     |        |          |
| 2   | โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นโรคที่เกิดขึ้นได้ส่วนใหญ่กับทุกกลุ่มอายุ   |     |        |          |
| 3   | มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง   |     |        |          |
| 4   | ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง   |     |        |          |
| 5   | การรับประทานอาหารที่ทำจากเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อหมู วัว เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง        |     |        |          |
| 6   | การรับประทานอาหารที่แปรรูปจากเนื้อสัตว์ เช่น ไส้กรอก หม่า แหนม เป็นประจำโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง |     |        |          |
| 7   | การรับประทานอาหารประเภทผัก/ผลไม้ สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง                                |     |        |          |
| 8   | โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นโรคที่ไม่มีอาการแสดง จนกว่าถึงระยะมะเร็งลุกลาม   |     |        |          |
| 9   | การออกกำลังกาย สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง  |     |        |          |
| 10  | โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นโรคที่มีผลมาจากพฤติกรรมกรกินที่ไม่เหมาะสม  |     |        |          |
| 11  | การสูบบุหรี่ เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง   |     |        |          |
| 12  | การดื่มสุรา เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง  |     |        |          |

#### ส่วนที่ 4 ความความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

**คำชี้แจง** กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวามือ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความประโยคนั้น

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งด้วยกับข้อความประโยคนั้น

| ข้อ | ข้อความคำถาม   | ไม่เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | ไม่เห็น<br>ด้วย | เห็น<br>ด้วย | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง |
|-----|--|--------------------------|-----------------|--------------|-----------------------|
| 1   | การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง<br>มีโอกาสพบโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก  |                          |                 |              |                       |
| 2   | การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง<br>สามารถทำได้ด้วยวิธีการตรวจอุจจาระ   |                          |                 |              |                       |
| 3   | การป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จะทำให้<br>เสียค่าใช้จ่ายมากในการรักษา  |                          |                 |              |                       |
| 4   | ท่านยินดีที่จะเข้าร่วมตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง<br>ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง   |                          |                 |              |                       |
| 5   | ท่านคิดว่าผู้ที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง<br>เป็นผู้ที่น่าสงสารและน่าเห็นใจ  |                          |                 |              |                       |
| 6   | การรับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ<br>ไส้ตรง ควรทำเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง   |                          |                 |              |                       |
| 7   | การป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทำได้โดย<br>การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง  |                          |                 |              |                       |
| 8   | ท่านให้ความสนใจ ติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการ<br>ป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอยู่<br>เป็นประจำ                                |                          |                 |              |                       |
| 9   | ท่านคิดว่าการมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่<br>และไส้ตรง ทำให้ท่านเสียเวลา  |                          |                 |              |                       |
| 10  | หากพบอาการผิดปกติ เช่น การขับถ่ายผิดปกติ<br>น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ปวดท้องบ่อย เบื่ออาหาร<br>ค่อยไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง |                          |                 |              |                       |
| 11  | การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหมักดอง/ปิ้ง/ย่าง  |                          |                 |              |                       |



| ข้อ | ข้อความคำถาม  | ไม่เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง | ไม่เห็น<br>ด้วย | เห็น<br>ด้วย | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง |
|-----|---|--------------------------|-----------------|--------------|-----------------------|
|     | จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่<br>และไส้ตรง   |                          |                 |              |                       |
| 12  | หากคนในครอบครัวไม่ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่<br>และไส้ตรง ท่านไม่จำเป็นต้องไปตรวจคัดกรองมะเร็ง<br>ลำไส้ใหญ่ |                          |                 |              |                       |

### ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

**คำชี้แจง** กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง  หรือเติมข้อความที่เป็นจริงในแต่ละข้อ

1. ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ตรวจอุจจาระในเลือด (Fit-test) ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา

1. ไม่เคย                       2. เคย

**ภาคผนวก ง**  
**สำเนาหนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง  
กอมการแพทย์

**ใบรับรองโครงการวิจัย**  
**คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**  
**โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง**  
**เลขที่หนังสือ ๕๔ / ๒๕๖๕**

**ชื่อโครงการ:** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง  
ของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย

**ชื่อหัวหน้าโครงการ:** อัญชลี สามงามมี

**หน่วยงานที่สังกัด:** กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**สถานที่ทำวิจัย:** โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

**เอกสารที่รับรอง:** ๑. โครงร่างวิจัย  
๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
๓. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

**วันที่รับรอง :** ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๕

**วันที่สิ้นสุดการรับรอง:** ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๖

**รายงานความก้าวหน้า:** -

คณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง  
ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสารที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักการจริยธรรมแห่งคำประกาศเฮลซิงกิ

ลงนาม.....

(นางธัญภัสร์ พงษ์เลาพันธ์)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....

(นายวีรวัต อูครานันท์ )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

## ภาคผนวก จ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

| ผู้ทรงคุณวุฒิ     |                | ตำแหน่ง/สังกัด   |
|-------------------|----------------|--|
| 1. นพ.ถาวรรัฐ     | เรือนโรจน์รุ่ง | รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ<br>โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง         |
| 2. ภญ.เกียรติสุดา | ประเสริฐวัฒน์  | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ<br>โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง                         |
| 3. นายธาดา        | อุดมธาดา       | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ<br>ตำบลสองแควใต้ อ.เกาะคา จ.ลำปาง |

**ภาคผนวก ฉ**  
**สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองเครื่องมือในการวิจัย**

ที่ สธ ๐๓๑๕.๓/ ๗๒๕๐



โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์  
๑๙๙ หมู่ ๑๒ ถนนลำปาง - เชียงราย  
ตำบลพิชัย อำเภอเมืองลำปาง  
จังหวัดลำปาง ๕๒๐๐๐

๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองแควใต้

ด้วย นางสาวอัญชลี สามงามมี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ ภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ซึ่งกำลังดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย”

ในการนี้ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน ให้นำบุคลากรของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ดังกล่าว เข้าเก็บข้อมูลงานวิจัยในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน ในระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕ โดยผู้วิจัยขอรับรองว่าจะไม่ส่งผลเสียหาย หรือผลกระทบต่อการดำเนินงานแต่อย่างใด และจะขอใช้ข้อมูลเพื่อการวิจัยเท่านั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ร.ร.ท

(นายวีรวิทย์ อุครานันท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์  
กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง  
ผู้ประสานงาน นางสาวอัญชลี สามงามมี  
เบอร์โทร ๐๕๔-๓๓๕๐๖๒-๘ ต่อ ๖๓๗ มือถือ ๐๙๐-๓๒๐-๘๔๕๙