

**การพัฒนาระบบการคัดกรองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
ด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจังหวัดสกลนคร**
**The Development Of A Screening System For Preventing Colorectal Cancer By Using A
Fecal Immunochemical Test Together With A Colonoscopy in Sakon Nakhon Province.**

(Received: October 12,2024 ; Revised: October 18,2024 ; Accepted: October 19,2024)

นาคี สอนโพธิ์¹, อีรารัตน์ พลราชม², ทวีศิลป์ กุลณาม³
Nakee Sornpho^{*1} Theerarat Phonrachom² Taweessin Kulanam³

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจังหวัดสกลนคร และเพื่อตรวจคัดกรองหาผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะเริ่มแรก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประชาชนอายุ 50-70 ปี จำนวน 246 รายคัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง ระยะเวลาดำเนินการ เดือน กุมภาพันธ์ 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 โดยใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจังหวัดสกลนคร แบบประเมินเพื่อค้นหาความเสี่ยงลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ระยะแรก แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แบบสอบถามวัดการรับรู้พฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิด โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และชุดทดสอบตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มด้วย Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการคัดกรองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงใน อุจจาระร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย การป้องกัน 4 ระยะตั้งแต่การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดำเนินชีวิต การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ แบบการวางแผนพาหุศาสตร์มาพบประชาชน และการติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ส่องกล้องรวมถึงกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่กลับเป็นซ้ำ ทำให้ประชาชนที่ได้รับการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย หลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้น 1.12 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P < .05$ และพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะเริ่มแรก จำนวน 2 รายคิดเป็น ร้อยละ 2.24

คำสำคัญ การพัฒนาระบบการคัดกรอง การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่

Abstract

This research and development study was aimed at developing a screening system for preventing colorectal cancer by using a fecal immunochemical test together with a colonoscopy in Sakon Nakhon Province and aimed at screening for early-stage colorectal cancer patients. The sample consisted of 50-70 purposively sampled subjects. This research was conducted in February 2023 – February 2024 by using a program for adjusting lifestyle behaviors with influence over colorectal cancer incidence in Sakon Nakhon Province, the early colorectal cancer discovery assessment form, the colorectal cancer knowledge questionnaire, the perceived behaviors with influence over colorectal cancer questionnaire, and the fecal immunochemical test. Data were analyzed with frequency distribution, percent, mean, and standard deviation. Differences within groups were tested using paired t-test statistics.

The findings revealed that the screening system for preventing colorectal cancer by using a fecal immunochemical test together with a colonoscopy in Sakon Nakhon Province, which consisted of prevention in four stages from lifestyle behavior adjustment, fecal immunochemical testing, colorectal caravans where

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร

² นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร

surgeons meet the public, and monitoring of people at risk who had a colonoscopy and relapsed colorectal cancer patients, caused people who adjusted self-care behaviors according to the Health Belief Model to have mean posttest scores increased by 1.12 points with statistical significance at $P < .05$. In addition, two early-stage colorectal cancer patients were found (2.24%).

Keywords: Development of a Screening System, Fecal Immunochemical Test, Colonoscopy

บทนำ

โรคมะเร็งนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก มะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่สองของโลก ในปี 2020 มีรายงานจาก International agency for Research on cancer พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั่วโลกกว่า 10 ล้านคน จากผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดกว่า 18 ล้านคน¹ และในทั่วโลกมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งที่สำคัญ ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง² มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับที่ 3 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของโลกและมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal Cancer: CRC) เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ เริ่มจากการมีติ่งเนื้อ (Polyp) แล้วพัฒนากลายเป็นเซลล์มะเร็งก่อนจะลุกลามมากขึ้นตามลำดับ ในประเทศไทยพบมากเป็นอันดับ 3 ในเพศชายรองจากมะเร็งตับและท่อน้ำดี และมะเร็งปอด คิดเป็นอัตรา 18.7 ต่อแสนประชากร และเป็นอันดับ 2 ในเพศหญิงรองจากมะเร็งเต้านม คิดเป็นอัตรา 13.3 ต่อแสนประชากร³ สามารถพบได้ในอายุ 50 ปีขึ้นไปพบมากอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 15.27 รองลงมาอายุระหว่าง 55-59 ปี ร้อยละ 15.12 และอายุระหว่าง 65-69 ปี ร้อยละ 13.05⁴

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ถือเป็นภัยเงียบที่ไม่แสดงอาการ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยทำงาน เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คือวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป อายุ การถ่ายทอดทาง

พันธุกรรม และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การรับประทานอาหารจำพวกเนื้อแดง เนื้อสัตว์แปรรูป อาหารที่มีกากใยต่ำ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกาย และภาวะเครียด มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสามารถป้องกันได้ด้วยการเฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ การตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพและหากตรวจพบในระยะเริ่มแรกและทำการรักษา พบอัตราการหายสูงถึงร้อยละ 70-80⁵ ส่วนใหญ่จะทราบว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในระยะที่เป็นมากแล้ว ทำให้มีโอกาสเสี่ยงเสียชีวิตสูง ดังนั้น การตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือมาพบแพทย์ทันทีที่เริ่มมีอาการผิดปกติ ถือเป็นการป้องกันที่ดีที่สุด การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal immunochemical test : FIT)⁶ เป็นการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และควรได้รับการตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เพื่อส่องตรวจหาติ่งเนื้อได้ตลอดทั้งลำไส้ใหญ่ และหากพบรอยโรคผิดปกติ หรือติ่งเนื้อ ก็สามารถตัดชิ้นเนื้อหรือติ่งเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

การตรวจคัดกรองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จังหวัดสกลนคร ปี 2564-2566

ตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT) พบผลการตรวจเป็นบวก ร้อยละ 5.5, 9.1 และ 11.3 ตามลำดับจากผู้ที่ได้รับการตรวจทั้งหมดและได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ร้อยละ 76.7, 62.6 และ 71.5⁷ ตามลำดับ โรงพยาบาลที่มีศักยภาพส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้มีเพียง 4 แห่ง จากทั้งหมด 18 แห่ง ส่งผลให้การเข้าถึงบริการค่อนข้างล่าช้า รอคิวนาน 4-6 เดือนจึงได้รับการส่องกล้อง จึงได้พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรงแบบคาราวานพาศัลยแพทย์ มาพบประชาชน โดยใช้แนวคิดการป้องกัน 4 ระยะ ตั้งแต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และการติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการส่องกล้องและผู้ป่วยมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงและส่งเสริมให้ได้รับการรักษาเร็วขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจังหวัดสกลนคร
2. เพื่อตรวจคัดกรองหาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะเริ่มแรก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เรื่อง การพัฒนาระบบการคัดกรองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจังหวัดสกลนคร ครั้งนี้ใช้แนวคิดการป้องกัน 4 ระยะ Primordial Prevention, Primary Prevention, Secondary Prevention และ Tertiary Prevention ดำเนินการวิจัยในประชาชนกลุ่มอายุ

50-70 ปีที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher and Rosenstock⁹ ในการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยต้องมีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยง หรือความรุนแรงของการเกิดโรค รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรค มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 Primordial Prevention การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตของประชาชนกลุ่มอายุ 50-70 ปีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดสกลนคร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน(Taro Yamane, 1973) ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 จำนวน 246 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์คัดเข้า 1) เพศชายหรือหญิงที่มีอายุระหว่าง 50-70 ปี 2) ไม่มีประวัติการป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 3) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม 2) ขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย

ระยะที่ 2 Primary Prevention การค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test : FIT) ประชาชนกลุ่มอายุ 50-70 ปีที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตจำนวน 246 ราย กลุ่มตัวอย่างเดิมจากระยะที่ 1

ระยะที่ 3 Secondary Prevention การค้นหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะแรกโดยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ประชาชนกลุ่มอายุ 50-70 ปี ที่ได้รับการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test : FIT) ใน

ระยะที่ 2 เฉพาะที่มีผลการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ เป็นบวก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

ระยะที่ 4 Tertiary Prevention ติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการส่องกล้องและกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่กลับเป็นซ้ำ

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดสกลนคร โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher and Rosenstock (1997) 6 มิติ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ความรุนแรง 3) การรับรู้ประโยชน์ 4) การรับรู้อุปสรรค 5) การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ 6) การรับรู้ความสามารถของตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินเพื่อค้นหาความเสี่ยงลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะแรก จำนวน 9 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .89 แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ตอบถูกผิด จำนวน 20 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .87 แบบสอบถามวัดการรับรู้พฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 15 ข้อ ชนิดประมาณค่า 5 ระดับ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .85

3. ชุดทดสอบที่ใช้ตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test : FIT) เป็นวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ โดยการทำปฏิกิริยาระหว่าง human antibodies ที่จำเพาะต่อ globin albumin หรือส่วนประกอบอื่น ๆ ของเลือด จะไม่ถูกรบกวนโดยอาหาร ซึ่งชุดตรวจจะมีความจำเพาะต่อเลือดที่ออกจากทางเดินอาหารส่วนล่าง แต่อย่างไรก็ตามชุดตรวจยังมีข้อจำกัดในการทดสอบ คือ หากมีการปนเปื้อนของเลือดจากส่วนอื่น เช่น มีเลือดจากประจำเดือนปน hemorrhoid ก็สามารถให้ผลบวกได้ ชุดตรวจมีค่าจุดตัดปริมาณฮีโมโกลบิน (cut off) 100 ng/ml

ให้ความไว (sensitivity) 100% และความจำเพาะ (specificity) 97.4%

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูล จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินเพื่อค้นหาความเสี่ยงลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะแรก แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และแบบสอบถามวัดการรับรู้พฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินเพื่อค้นหาความเสี่ยงลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผลการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ ผลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2023-013 วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566 ถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การปรับพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตของประชาชนกลุ่มอายุ 50-70 ปีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้

ตรง ตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง จังหวัดสกลนคร ซึ่งประกอบด้วย 1) วิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 2) ประเมินความสามารถของตนเองและตั้งความคาดหวังในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 3) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษาโรค การป้องกันโรค เพื่อเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรค 4) ติดตามและประเมินการรับรู้พฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หลังปรับพฤติกรรมครบ 6 เดือน เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรค และร่วมหาวิธีการแก้ไขในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ ขึ้นชม ให้กำลังใจ เสริมพลัง

ทางบวก เพิ่มสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ระหว่างดำเนินการ มีนาคม ถึง กันยายน 2566 พบว่าประชาชนกลุ่มอายุระหว่าง 50-60 ปีร้อยละ 58.1 อายุระหว่าง 61-70 ปีร้อยละ 41.9 ส่วนใหญ่ เพศชายร้อยละ 81.3 สถานภาพ สมรสร้อยละ 66.7 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 54.1 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 80.9 รายได้เฉลี่ย 15,001-20,000 บาท ร้อยละ 80.1 และสิทธิการรักษาพยาบาลบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 80.5 ผลการประเมินเพื่อค้นหาความเสี่ยงลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบมีประวัติและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นส่วนน้อย

เปรียบเทียบการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P<.05$ จากคะแนนเฉลี่ย 3.81 (ระดับสูง) เป็นคะแนนเฉลี่ย 4.93 (ระดับสูงมาก) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (n=246)

การรับรู้พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	3.81	.39	153.07	.000
หลังได้รับโปรแกรม	4.93	.25	304.30	.000

ระยะที่ 2 การค้นหาความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test : FIT) ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม 2566 ประชาชนกลุ่มอายุ 50-70 ปีได้รับการตรวจ FIT จำนวน 246 ราย พบผลการตรวจเป็นบวกจำนวน 84 รายคิดเป็นร้อยละ 34.1 เพศชายจำนวน 67 รายคิดเป็นร้อยละ 79.8 เพศหญิงจำนวน 17 รายคิดเป็นร้อยละ 20.2 อายุระหว่าง 50-60 ปี จำนวน 49 รายคิดเป็นร้อยละ 58.3 อายุระหว่าง 61-70 ปี จำนวน 35 รายคิดเป็นร้อยละ 41.7 ผู้ที่มีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ในครอบครัวผลการตรวจ FIT

เป็นบวกจำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 2.4 และผู้ที่มีประวัติเป็นโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรังผลการตรวจ FIT เป็นบวกจำนวน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 1.2

ระยะที่ 3 การค้นหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะแรกโดยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในรูปแบบการวางแผน ศัลยกรรมมาพบประชาชน ระยะเวลาดำเนินการ กุมภาพันธ์ 2567 ประชาชนกลุ่มอายุ 50-70 ปีที่มีผลการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test : FIT) เป็นบวกได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทุกรายจำนวน 84 ราย ผล

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่(Colonoscopy) พบมีความผิดปกติ จำนวน 25 รายคิดเป็นร้อยละ 29.8 ทำการตัดติ่งเนื้อระหว่างการส่องกล้อง (Polypectomy) และส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา (Pathology) จำนวน 25 ราย รายงานผลการตรวจพบเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.4 จากจำนวนผู้ที่ได้รับการส่องกล้องทั้งหมด

ระยะที่ 4 ติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการส่องกล้องและกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่กลับเป็นซ้ำ ทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค และร่วมหาวิธีแก้ไขในการปรับพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิต ชื่นชม ให้กำลังใจ เพิ่มสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ผลติดตามได้จำนวน 79 รายคิดเป็นร้อยละ 94.0 อีก 5 รายคิดเป็นร้อยละ 6.0 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ผลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ปกติ ไม่สามารถติดตามได้เนื่องจากย้ายที่อยู่และติดต่อทางโทรศัพท์ไม่ได้

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนาระบบการคัดกรองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดสกลนคร 4 Prevention 1) Primordial Prevention 2) Primary Prevention 3) Secondary Prevention และ 4) Tertiary Prevention เริ่มตั้งแต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตในประชาชนกลุ่มเสี่ยง การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระและการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ครอบคลุมถึงการติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ส่องกล้องและกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่กลับเป็นซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้พฤติกรรม การดูแลตนเองที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตครบ 6 เดือน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 6 มิติ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ความรุนแรง 3) การรับรู้

ประโยชน์ 4) การรับรู้อุปสรรค 5) การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ และ 6) การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จากผลของโปรแกรมมีส่วนช่วยให้บุคคลมีความรู้และสามารถนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Glanz et al.¹⁰ ที่อธิบายว่าพฤติกรรม การป้องกันการเกิดโรคหรือการลดความรุนแรงจากโรคที่จะเกิดขึ้น หากบุคคลมีการรับรู้และตระหนักถึงความรุนแรงหรืออันตรายที่จะเกิดจากการเจ็บป่วยจะส่งผลให้บุคคลรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิมาศ สุขอัมพร และ วลัยนารี พรหมลา⁵ ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติและสูงกว่าก่อนทดลอง โปรแกรมพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีประโยชน์ในการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนต่อไป

2. การตรวจคัดกรองหาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะเริ่มแรกด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ และตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นวิธีการที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ James, Campbell, and Hudson¹¹ ที่พบว่าวิธีที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือ การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งสามารถตรวจได้ชัดเจนมากกว่าการตรวจหาเลือดในอุจจาระ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Shapiro et al.¹² ที่พบว่าประชากรชาวอเมริกันมีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่สูงมากกว่าการตรวจคัดกรองโรคอื่นๆ โดยพบว่าการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ร้อยละ 29 และส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

ส่วนปลาย ร้อยละ 41 โดยผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรงจะให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มมากขึ้น การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระและตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีความปลอดภัย ไม่ Invasive ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และลดอัตราการตายได้ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดำเนินชีวิตได้รับการรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่¹³ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee และคณะ¹⁴ ที่พบว่า การตรวจคัดกรองดังกล่าวสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรงได้ถึงร้อยละ 70 และลดอัตราการตายถึงร้อยละ 30 และสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคได้ด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผู้บริหารระดับจังหวัดควรสนับสนุนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) รูปแบบคาราวาน พาศัลยแพทย์มาพบประชาชน ให้ครอบคลุมพื้นที่อำเภอที่ไม่มีกล้องส่องลำไส้ใหญ่

(Colonoscopy) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มเสี่ยงและได้รับการรักษาเร็วขึ้นกรณีที่เกิดพบความผิดปกติ

2. นำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจัดระบบการตรวจคัดกรอง และส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตกับการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ทีมคาราวานพาศัลยแพทย์มาพบประชาชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร และทุกท่านที่ให้การสนับสนุนเอื้ออำนวยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

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. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2565.
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2563.
5. สุทธิมาศ สุขอัมพร และ วลัยนารี พรหมลา. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของบุคลากรในโรงพยาบาล. วารสาร ศูนย์อนามัยที่ 9 2564: 15(38); 632-44
6. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test : FIT). กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2566
7. Ministry of Public Health. Central Database System; HDC. Sakon Nakhon Provincial Public Health Office; 2023.
8. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579). พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
9. Stretcher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer, (eds.), Health behavior and health education: Theory, research, and practice (pp. 31-43). San Francisco: Jossey-Bass.

10. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health Behavior: Theory, research, and practice. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015.
11. James, Campbell, and Hudson. (2002). Perceived Barriers and Benefits to Colon Cancer Screening among African Americans in North Carolina: How Does Perception Relate to Screening Behavior?. American Association for Cancer Research Journals. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2002; 11(6); 529-34.
12. Shapiro, Seeff and Nadel. (2001). Colorectal cancer-screening tests and associated health behaviors. American Journal of Preventive Medicine. Volume 21, Issue 2, August 2001, Pages 132-7.
13. สิทธิพงศ์ ทับทิม และ สุรวุฒิ เจริญจรชัย. (2562). การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระโดยวิธีอิมมูโนเคมีคอลร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักในจังหวัดชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2562: 44(2); 87-96
14. Lee K J, Inoue M, Otani T, Iwasaki M, Sasazuki S, Tsugane S. Colorectal cancer screening using fecal occult blood test and subsequent risk of colorectal cancer: a prospective cohort study in Japan. Cancer Detection and Prevention 2007;31; 3-11