

รายงานการวิจัย

เหตุผล การรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ของบุคคลอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่ไม่มารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

วรารมณ ศิริธรรมานุกุล*

มณีรัตน์ ธนกิจวนิชกุล*

จุฑามาส แสงทองดี*

Sirithammanukul, W., Thanakijwanichkul, M., & Sangthongdee, J.

Reasons, perceived barriers and benefits in people over 50 years who not undergo Colonoscopy

Thai Journal of Nursing, 60 (3), 36-44, 2011.

Key Words: Colorectal Cancer, Colonoscopy, Reasons, Perceived Barriers, Perceived Benefits.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบเหตุผล การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักของบุคคลอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่ไม่มารับบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มตัวอย่างคือบุคคลอายุ 50 ปีขึ้นไปที่ไม่มารับบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในโครงการตรวจคัดกรองเพื่อถวายเป็นพระราชกุศล โรงพยาบาลจุฬารามณ์ จำนวน 108 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์บุคคลทางโทรศัพท์ ผลการวิจัย พบว่า

1. บุคคลที่ไม่มารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มี 6 เหตุผลหลัก คือ คิดหวั่น ร้อยละ 34.26 กลัวและ/หรือวิตกกังวล ร้อยละ 27.78 มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 12.04 ไม่มีใครมาด้วย ร้อยละ 12.04 ลืม ร้อยละ 7.41 และเดินทางไม่สะดวก ร้อยละ 6.48
2. บุคคลรับรู้อุปสรรคของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.17$, $SD = 1.37$) และรับรู้ประโยชน์ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.36$, $SD = 0.43$)

* พยาบาลวิชาชีพ คลินิกประเมินความเสี่ยง โรงพยาบาลจุฬารามณ์

** พยาบาลวิชาชีพ หน่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬารามณ์

Abstract

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to examine the reasons, perceived barriers and perceived benefits of Colonoscopy in people over 50 years who not undergo Colonoscopy. The sample was 108 people over 50 years who not undergo Colonoscopy in the colorectal screening at Chulabhorn Hospital. The interviewing by telephone was used in data collecting.

The research results were as follows:.

1) The six main reasons among people who not undergo Colonoscopy included time inconvenience or unavailable time (34.26%), worry or afraid of pain or adverse side effects of colon perforation along with anesthetic and Colonoscopic procedures (27.78%), having health problems (12.04%), no accompanying persons (12.04%), forgetting an appointment date (7.41%), and transport inconvenience (6.48%).

2) People perceived barriers of colonoscopy in overall at the low level ($\bar{X} = 2.17$, $SD = 1.37$), but perceived its benefits in overall at the high level ($\bar{X} = 4.36$, $SD = 0.43$).

ความสำคัญของปัญหา

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักกำลังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญมากขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 ถึง 2551 อัตราการเกิดโรคเป็นอันดับสามทั้งในชายและหญิง ซึ่งรองจากมะเร็งปอด มะเร็งตับและทางเดินน้ำดีในผู้ชาย และรองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิง (Khuahaprema, 2007) อัตราการเกิดในชายและหญิง เป็น 8.8 และ 7.6 คนต่อแสนคน และการเกิดโรคจะเริ่มสูงขึ้นตั้งแต่อายุ 50 ปีขึ้นไป (Attasara & Buason, 2008) ทั้งนี้เป็นไปในแนวเดียวกับประเทศต่างๆ ทั่วโลก (Siegel, Jemal, & Ward, 2009)

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแน่ชัด แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพันธุกรรม และพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทไขมันสัตว์ เนื้อสัตว์ ที่มีแคลอรีสูงและอาหารที่มีกากใยน้อยลง การสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน การเกิดติ่งเนื้อในผนังลำไส้ชนิด Adenoma (นรินทร์ วรภูมิ, 2540; วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543; อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2543; Raw, 2002; Rudy, 2000; Slaterry, 2000)

ข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะ 3 และ 4 ใน พ.ศ. 2548 ถึง 2550 ถึงร้อยละ 56.9, 61.3 และ 51.5 ตามลำดับ (Attasara & Buason, 2005; 2006; 2007; 2008) แสดงว่าผู้ป่วยกว่าร้อยละ 50 มาพบแพทย์และรักษาเมื่อมีการแพร่กระจายของโรคมากแล้ว ทำให้ผลการรักษาไม่ดี มีความยุ่งยาก ต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาแพง ใช้เวลารักษานาน ค่าใช้จ่ายสูง และมักมีผลแทรกซ้อนระยะยาวตามมาด้วย หากสามารถตรวจพบตั้งแต่ในระยะที่ 1 จะมีการพยากรณ์โรคที่ดีที่สุดและอัตราการรอดชีวิตได้สูงถึงร้อยละ 96.1 (O'Connell, Maggard & Ko, 2004) การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะเริ่มแรกจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ การตรวจคัดกรองมีได้หลายวิธีการตรวจที่ให้ความถูกต้องเป็นที่ยอมรับและมีประสิทธิภาพมากที่สุดในระดับสากล คือ การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) (Hobson, 2009; Sonnenberg, Delc & Inadomi, 2000; Subramanian, Amonkar & Hunt.,

2005)

สืบเนื่องตามพระราชเสาวนีย์ ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ประธานสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ทรงมีพระราชประสงค์ให้โรงพยาบาลจุฬาภรณ์เป็นศูนย์ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อเป็นที่พึ่งแก่บุคคลและผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งด้วยเทคนิคที่ทันสมัย ให้เกิดประโยชน์สูงสุดด้วยความเสมอภาคเท่าเทียมกัน โรงพยาบาลได้จัดตั้งโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลขึ้น ด้วยการบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแก่บุคคลอายุ 50 - 65 ปี โดยไม่จำกัดเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการเท่านั้น แต่รวมถึงผู้ที่มีความเสี่ยงปกติ (Average risk) ต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 1,500 ราย โดยไม่มีค่าใช้จ่าย แต่ปรากฏว่าในผู้ได้รับสิทธิเข้ารับการตรวจ ขอยกเลิกหรือไม่มารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีจำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 7.73 (โรงพยาบาลจุฬาภรณ์, 2553) นับเป็นการสูญเสียโอกาสรับทราบสุขภาพในปัจจุบันและการค้นหาโรคในระยะเริ่มแรกของประชาชน

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่อการมาหรือไม่มาเข้ารับบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) การรับรู้อุปสรรค (Perceived barrier) และการรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefit) ของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการตัดสินใจของบุคคลในการจะปฏิบัติหรือละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Becker, 1990)

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเหตุผลและอุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีต่างๆ ที่รวมถึงการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ การตรวจเอกซเรย์ลำไส้ใหญ่ด้วยการสวนสารทึบแสงและการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ (Sigmoidoscopy) รวมถึงส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า

อุปสรรคของการตรวจคัดกรอง ได้แก่ การรับรู้ว่ามีสุขภาพแข็งแรงดี/ไม่มีอาการผิดปกติ ไม่ตรงกับความสะดวก ปัญหาเศรษฐกิจ/ค่าใช้จ่าย การเดินทาง ภาษาในการสื่อสารที่แตกต่างกัน ความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดและ/หรือผลข้างเคียงในการตรวจ กลัวถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ขาดแรงจูงใจด้วยความเกียจคร้าน ขาดการสนับสนุนทางสังคมโดยถูกยับยั้งไม่ให้มารับการตรวจ บุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ให้คำแนะนำหรือไม่ให้ความกระจ่างต่อการตรวจ (Jandorf et al., 2010; Cai, Zhang, Zhu, & Zheng, 2009; Lasser, Ayanian, Fletcher, & Good, 2008; Green, Peters, Percac et al., 2008) แต่การศึกษาที่เจาะจงเช่นในเรื่องนี้ยังมีน้อยมาก และไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในเรื่องนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการปรับปรุงการให้บริการตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะแรกเริ่มแก่ประชาชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาเหตุผลที่ไม่มารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักของบุคคลอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่ไม่มารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักในโรงพยาบาลจุฬาภรณ์
2. ศึกษาการรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์ในการมารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักของบุคคลอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่ไม่มารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในโรงพยาบาลจุฬาภรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปที่ไม่มารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักในโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในโรงพยาบาลจุฬาภรณ์มีจำนวน 116 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 108 คน ถูกเลือกแบบเจาะจง

(Purposive sampling) คือ มีสติสัมปชัญญะดี สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ที่อยู่อาศัย ประวัติบุคคลใกล้ชิด เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประวัติการได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การได้รับคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ความพร้อมในการมาส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในอนาคต เป็นคำถามลักษณะปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 เหตุผลหลักที่ไม่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ต่อการมารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพของ Becker มีจำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้อุปสรรคจำนวน 13 ข้อ และการรับรู้ประโยชน์ จำนวน 4 ข้อ การตอบใช้มาตรประมาณค่าแบบ Likert มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด กำหนดให้คะแนนเป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 และแปลผลระดับโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยดังนี้

4.21 - 5.00	หมายถึง	ระดับสูงที่สุด
3.41 - 4.20	หมายถึง	ระดับสูง
2.61 - 3.40	หมายถึง	ระดับปานกลาง
1.81 - 2.60	หมายถึง	ระดับต่ำ
1.00 - 1.80	หมายถึง	ระดับต่ำที่สุด

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำไปใช้กับผู้มีอายุ 50 ปีขึ้นไปที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงโดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.73

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษา การรักษาความลับในข้อมูลส่วนบุคคล และการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและให้สิทธิถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลาและขอคำยืนยันในการเข้าร่วมงานวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยหารายชื่อและโทรศัพท์ของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนผู้ป่วย และเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2553 ใช้เวลาระหว่าง 10.00 - 18.00 น. หรือตามความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวและดำเนินการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคล โดยสร้างสัมพันธภาพก่อนและสัมภาษณ์ตามรายการในแบบสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสรุปข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย

บุคคล ร้อยละ 75 เป็นหญิง มีอายุระหว่าง 51- 65 ปี จำนวนครึ่งหนึ่งมีอายุ 61-65 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.76 ปี (SD = 0.95) ร้อยละ 66.67 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 38.89 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 47.22 เป็นพ่อบ้าน / แม่บ้าน ร้อยละ 34.26 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 22,550.93 บาท/เดือน (SD = 1,845.41) ร้อยละ 90.74 มีภูมิลำเนาในภาคกลาง โดยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 56.48 และปริมณฑล ร้อยละ 23.15 ส่วนใหญ่ไม่มีญาติสนิทลำดับที่ 1 (บิดา มารดา และ/หรือพี่น้องบิดา-มารดาเดียวกัน) เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (82.41%) ร้อยละ 93.52 ไม่เคยส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และไม่เคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และร้อยละ 54.63 มีความพร้อมในการมาส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักในอนาคต เมื่อมีอาการ เช่น อุจจาระมีเลือดปน ท้องผูกสลับท้องเสีย

เหตุผลที่ไม่มารับบริการส่งกลองลำไใหญ่ และทวารหนัก มี 6 เหตุผลหลัก เรียงลำดับดังนี้ 1) ติดธุระ (34.26%) และให้เหตุผลว่า "ปัจจุบันตนไม่มีอาการขับถ่ายผิดปกติ" "สุขภาพแข็งแรงดี" "ไม่มีความเสี่ยง" 2) กลัวและ/หรือวิตกกังวล (27.78%) เช่น จากความเจ็บปวด ผลข้างเคียงจากลำไส้ทะลุ ไม่พ้นจากयरาระงับความรู้สึก การเตรียมลำไส้ และกระบวนการส่งกลองลำไใหญ่ และทวารหนัก 3) มีปัญหาสุขภาพ (12.04%) 4) ไม่มีใครมาด้วย (12.04%) เนื่องจากคนพาไปโรงพยาบาลติดธุระ ขาดงานไม่ได้ ไม่สบาย พาไปไม่ไหว 5) ลืม (7.41%) เช่น

ลืมหยุดรับประทานยาละลายลิ่มเลือดก่อนรับการตรวจ และลืมวันนัด 6) การเดินทางไม่สะดวก (6.48%) เช่น ระยะทางไกล ใช้เวลาเดินทางนาน ไม่รู้จักสถานที่และเส้นทางมาโรงพยาบาล

บุคคลมีการรับรู้อุปสรรคของการส่งกลองลำไใหญ่และทวารหนักโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.17$, $SD = 1.37$) **การรับรู้ประโยชน์**ของการส่งกลองลำไใหญ่และทวารหนัก โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.36$, $SD = 0.43$)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับ ของการรับรู้อุปสรรคและประโยชน์ของการส่งกลองลำไใหญ่และทวารหนักโดยรวมและรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (n = 108)

การรับรู้โดยรวมและรายชื่อ	M	SD	ระดับ
1. การรับรู้อุปสรรค โดยรวม	2.17	1.37	ต่ำ
1.1 ลักษณะเฉพาะของการเตรียมลำไส้	3.42	0.15	ปานกลาง
1.2 ไม่มีอาการ เช่น ท้องผูก อุจจาระมีเลือดปน	3.22	0.16	ปานกลาง
1.3 ใช้เวลาในการตรวจนาน	2.73	0.11	ปานกลาง
1.4 กลัวผลข้างเคียง เช่น ลำไส้เลือดออก / ทะลุ	2.58	0.15	ปานกลาง
1.5 การตรวจทำให้เจ็บหรือปวด	2.41	0.13	ต่ำ
1.6 ความลำบากในการเดินทาง	2.07	0.13	ต่ำ
1.7 มีผลกระทบกับงานที่รับผิดชอบ	2.03	0.13	ต่ำ
1.8 กังวล / ไม่เข้าใจในการตรวจ	1.90	0.12	ต่ำ
1.9 กลัวเจ็บว่าเป็นโรคมะเร็ง	1.90	0.12	ต่ำ
1.10 มีคนบอกหรือห้ามไม่ให้มาตรวจ	1.70	0.13	ต่ำ
1.11 ขี้เกียจมาตรวจ	1.54	0.10	ต่ำ
1.12 อาย	1.35	0.08	ต่ำที่สุด
1.13 มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจ	1.31	0.07	ต่ำที่สุด
2. การรับรู้ประโยชน์ โดยรวม	4.36	0.43	สูง
2.1 ช่วยป้องกันการลุกลามของมะเร็ง	4.47	0.08	สูง
2.2 ช่วยค้นหา และ คัดกรองก่อนจะเป็นมะเร็ง	4.45	0.09	สูง
2.3 เป็นการตรวจคัดกรองที่น่าเชื่อถือ	4.44	0.08	สูง
2.4 ช่วยยืดเวลาจากการเสียชีวิต หากพบว่าเป็นมะเร็ง	4.08	0.11	สูง

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยว่าบุคคลรับรู้ประโยชน์ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักอยู่ในระดับสูง และรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ แต่บุคคลก็ตัดสินใจไม่มารับบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แสดงว่าในกรณีนี้ อุปสรรคมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคล ไม่มารับบริการแม้ว่าจะรับรู้ในระดับต่ำ

ในการรับรู้ประโยชน์ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.36$, $SD = 0.43$) อาจเป็นไปได้ว่าในโครงการ มีกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การตรวจคัดกรอง และความสำคัญในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งเป็นขั้นตอนแรก ก่อนเข้าร่วมโครงการ ทำให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว อีกทั้งมีผู้ที่สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับ อาชีวศึกษา/อนุปริญญาขึ้นไป ถึงร้อยละ 54.63 ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การตรวจและการปฏิบัติตนได้ดี

เมื่อพิจารณาเหตุผลของอุปสรรคต่างๆ ที่บุคคลมีก็สอดคล้องกับผลการวิจัยจากนักวิชาการหลายท่าน เช่น เหตุผลของการไม่มีอาการขับถ่ายผิดปกติ มีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีความเสี่ยง สอดคล้องกับ Lasser, Ayanian, Fletcher และ Good (2008) ที่พบว่า การไม่มีอาการผิดปกติ บ่งชี้เป็นเหตุผลให้ไม่มารับบริการและความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรง เป็นเหตุผลหลักที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Madlensky, Esplen & Goel, 2004; วิชาญ สุสุคร, 2546) Natale-Pereira, Marks, Vega, Mouzon, Hudson และ Salas-Lopez (2008) พบว่า อุปสรรคต่อการตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคือการไปตรวจหรือพบแพทย์เมื่อเวลาเจ็บป่วยเท่านั้น สาเหตุจากความกลัวหรือวิตกกังวล สอดคล้องกับ Brouse, Basch, Wolf, Shmukler, Neugut และ Shea

(2003) และ Cai และ คณะ (2009) ที่พบว่า ความกลัวต่อความเจ็บปวดและการเตรียมลำไส้เป็นอุปสรรคต่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การถ่ายเพื่อให้ลำไส้สะอาดอาจก่อให้เกิดความอึดอัด และกระบวนการตรวจที่ต้องนำ "กล้อง" ที่เป็นอุปกรณ์ของแข็งสอดใส่เข้าไปในร่างกาย สามารถก่อให้เกิดความเจ็บปวดได้

จากปัญหา ไม่มีใครพามาโรงพยาบาล เพราะบุคคลอยู่ในภาวะที่จำเป็นต้องพึ่งพาคู่คนอื่น และส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ประชาชนมักดำเนินชีวิตด้วยความรีบเร่งและใช้เวลาในการเดินทาง ทำให้บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านไม่สามารถพามาโรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับ Brouse และคณะ (2003) ที่พบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นอุปสรรคในการมาตรวจ ในปัญหาจากการลืม อาจเป็นไปได้ว่าวันที่ทำการนัดและทำการตรวจมีระยะเวลาห่างกันมาก หรือบุคคลขาดความตระหนักถึงความสำคัญหรือขาดแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักดังที่ Carpenter, Jones และ Thompson (2006) พบว่า การขาดการตระหนักในการตรวจคัดกรองมะเร็งและการพูดคุยเกี่ยวกับโรคมะเร็งเป็นอุปสรรคต่อการมาตรวจคัดกรองก่อนเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และ Green และคณะ (2008) ก็พบว่า การขาดแรงจูงใจในลักษณะเกียจคร้านและผลัดวันประกันพรุ่ง เป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการมาตรวจคัดกรองก่อนเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ปัญหาการเดินทางไม่สะดวก เช่น ระยะเวลาทางไกล ใช้เวลาเดินทางนาน ไม่รู้จักสถานที่หรือไม่รู้จักเส้นทางมาโรงพยาบาล สอดคล้องกับ วิชาญ สุสุคร (2546) ที่พบว่า ความไม่สะดวกในการเดินทางไปสถานบริการเป็นอุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปี และเป็นไปได้ว่าโรงพยาบาลจุฬารัตน์ตั้งอยู่บริเวณชานเมืองกรุงเทพมหานครและ

เป็นโรงพยาบาลที่เปิดใหม่ให้บริการเป็นทางการเมื่อวันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2552 การประชาสัมพันธ์เส้นทางเดินทางยังไม่ทั่วถึงหรือประชาชนยังไม่รู้จักคุ้นเคย

เหตุผลส่วนหนึ่ง ชี้บ่งว่าบุคคลขาดการตระหนักในการมารับบริการส่งกลองไล่ไล่ใหญ่และทวารหนัก Rawl และคณะ (2005) พบว่า ญาติสายตรงลำดับที่ 1 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรับรู้ประโยชน์ของการตรวจอยู่ในระดับสูง แต่ไม่ได้คิดใคร่ครวญว่าจะทำการตรวจคัดกรอง แม้ว่าเป็นผู้ที่มีอายุ 50 ปีหรือมากกว่า และส่วนใหญ่ไม่มีความคิดที่จะไปตรวจด้วยวิธีใด โดยเฉพาะการส่งกลองตรวจไล่ไล่ใหญ่ก่อนที่ตนจะเป็นมะเร็ง สอดคล้องกับ Cai และคณะ (2009) พบว่าการตระหนักต่อการเป็นและการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ต่ำเป็นอุปสรรคต่อการตรวจคัดกรอง นอกจากนี้ อาจเกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลของทีมสุขภาพพบว่า บุคคลร้อยละ 93.52 ไม่เคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ส่งกลองไล่ไล่ใหญ่และทวารหนัก แม้ได้มีญาติสายตรงลำดับที่ 1 ได้แก่มารดา บิดา และ/หรือพี่น้อง บิดา-มารดาเดียวกัน เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ถึงร้อยละ 17.59 Lasser และคณะ (2008) ได้พบว่าการขาดคำแนะนำจากแพทย์เป็นเหตุผลสำคัญที่มีอิทธิพลที่ทำให้เขาตัดสินใจไม่มาตรวจคัดกรอง

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรด้านสาธารณสุขควรจัดระบบสุขภาพที่ส่งเสริมให้บุคคลอายุ 50 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยงปกติและกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการ ได้รับการตรวจคัดกรองในระยะแรกเริ่มด้วยการส่งกลองไล่ไล่ใหญ่และทวารหนักให้มากขึ้น

2. บุคลากรด้านสาธารณสุข ควรหาวิธีการหรือกระบวนการที่สามารถลดความกลัว/วิตกกังวลในการเตรียมไล่ไล่ หรือจัดระบบกระตุ้นเตือนต่อการมารับบริการและการปฏิบัติในการเตรียมตัวเพื่อตรวจคัดกรองที่ถูกต้องเหมาะสมในแต่ละราย

3. ควรจัดโครงการประชาสัมพันธ์แก่ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจ กระตุ้นเตือนและ/หรือตระหนักในการให้ข้อมูลการตรวจคัดกรองและการเฝ้าระวังมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ประชาชน

4. ภาครัฐควรจัดวาระพิจารณาในระดับชาติเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีส่งกลองไล่ไล่ใหญ่และทวารหนักสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อเสริมสร้างให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และเป็นมาตรฐานที่สังคมสามารถยึดถือเป็นแบบอย่างที่ได้ถูกต้องได้

เอกสารอ้างอิง

- นรินทร์ วรภูมิ. (2540). การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่. ใน วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), *โรคอายุรศาสตร์ที่ต้องการรักษาต่อเนื่อง* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 273-346). ขอนแก่น : ฐานีพัฒน์เคชั่น.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2543). *โภชนาบำบัดสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง*. สงขลา: โรงพิมพ์พานเมือง
- วิชญ์ สุภคร. (2546). *การรับรู้การตรวจสุขภาพประจำปีของประชาชนในตำบลโคกจาน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี*. สารนิพนธ์สาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
- อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. (2543). *โรคลำไส้การวินิจฉัยและการรักษา*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Attasara, P., & Buason, R., (Eds). (2005). *Hospital-based cancer registry* Bangkok: National Cancer institute.
- _____. (2007). *Hospital-based cancer registry 2006*. Bangkok: National Cancer Institute.
- _____. (2008). *Hospital-based cancer registry 2007*. Bangkok: National Cancer Institute.
- Becker, M..H., et al. (1974). *The health belief model and sick role behavior*. New Jersey: Chales B. Slack.
- Brouse, C.H., Basch, C.E., Wolf, R.L., Shmukler, C., Neugut, A.I., & Shea, S. (2003). Barriers to Colorectal Cancer Screening with fecal occult blood testing in a predominantly minority urban population: A qualitative study. *American Journal of Public Health*, 8, 1268-1271.
- Cai, S.R., Zhang, S.Z., Zhu, H.H., & Zheng, S. (2009). Barriers to colorectal cancer screening: A case-control study. *World Journal of Gastroenterology*, 20, 2531-2536.
- Carpenter, A., Jones, J., & Thompson, Z.M. (2006). *Barriers to Colorectal Cancer early detection in American Indian Populations focus groups and interviews report*. Michigan: Michigan Public Health Institute,
- Green, A.R., Peters-Lewis, A., Percac-Lima, S., Betancourt, J.R., Richter, J.M., Janairo, M.P., et al. (2008), Barriers to screening colonoscopy for low income Latino and white patients in an urban community health center. *Journal of General Internal Medicine*, 6, 834-840.
- Hobson, K. (2009). Colon screening: *The colonoscopy is the gold standard of colorectal cancer screening*. Retrieved June 29, 2010. From <http://health.usnews.com/health-news/managing-your-healthcare/cancer/articles/2009/03/04/colon-screening-5-things- you-need-to-know>
- Jandorf, L., Ellison, J., Villagra, C., Winkel, G., Varela, A., Quintero-Canetti, Z., et al. (2010). Understanding the barriers and facilitators of colorectal cancer screening among low income immigrant Hispanics. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12, 462-469.
- Khuhaprema, T., Srivatanakul, P., Sriplung, H., Wiangnon, S., Sumitsawan, Y., & Attasara, P. (Eds.). (2007). *Cancer in Thailand Volume IV 1998-2000*. Bangkok:: National Cancer Institute,
- Lasser, K..E., Ayanian, J.Z., Fletcher, R.H., & Good, M..D. (2008). Barriers to colorectal cancer screening in community health centers: A qualitative study. *BMC Family Practice*, 9, 1-8.

- Madlensky, L., Esplen, M.J., & Goel, V. (2004). Reasons given by relatives of colorectal cancer patients for not undergoing screening. *Preventive Medicine*, 4, 643-648.
- Natale-Pereira, A., Marks, J., Vega, M., Mouzon, D., Hudson, S., & Salas-Lopez, D. (2008). Barriers and facilitators for Colorectal Cancer screening practices in the Latino Community: Perspectives from community leaders. *Cancer Control*, 2, 157-165.
- O'Connell, J. B., Maggard, M. A., & Ko, C.Y. (2004). Colon cancer survival rates with the new American joint committee on Cancer Sixth Edition Staging. *Journal of the National Cancer Institute*, 96, 1420-1405.
- Raw, S.M. (2002). Colorectal cancer screening: overview of current trends. *Nursing Clinics of North America*, 37, 225-245.
- Rudy, D.R. (2000). Update colorectal cancer. *American Family Physician*, 5, 20-36.
- Siegel, R..L., Jemal, A., & Ward, E..M. (2009). Increase in incidence of colorectal cancer among young men and women in the United States. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 6, 1695-1698.
- Slaterry, M. L. (2000). Diet, lifestyle, and colon cancer. *Seminar in Gastrointestinal Disease*, 11, 142-146.
- Sonnenberg, A., Delc?, F., & Inadomi, J. M. (2000). The cost-effectiveness of colonoscopy in screening for colorectal cancer. *Annals of Internal Medicine*, 133, 573-584.
- Subramanian, S., Amonkar, M. M., & Hunt, T.L (2005). Use of Colonoscopy for Colorectal Cancer screening: Evidence from the 2000 National Health Interview Survey. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 14, 409-416.