

2019

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

นิภาพร นามมัทธะ
คณะพยาบาลศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>

Recommended Citation

นามมัทธะ, นิภาพร, "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก" (2019). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 9371.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/9371>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้
ใหญ่และทวารหนัก



น.ส.นิภาพร นามมันทะ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO HEALTH SEEKING BEHAVIORS AMONG PERSONS AT RISK OF
COLORECTAL CANCER



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ
โดย	ของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
สาขาวิชา	น.ส.นิภาพร นามมันทะ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	พยาบาลศาสตร์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอก หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอก หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย อรทัย)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

นิภาพร นามมันทะ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก . (FACTORS RELATED TO HEALTH SEEKING BEHAVIORS AMONG PERSONS AT RISK OF COLORECTAL CANCER) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 122 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จากผู้ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 6 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 4) แบบวัดความวิตกกังวล 5) แบบสอบถามความกลัว และ 6) แบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86, .89, .86, .87 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (Mean = 31.31, SD = 4.93; Mean = 72.63, SD = 7.83 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความกลัวมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 74.66, SD = 17.03; Mean = 26.81, SD = 5.11 ตามลำดับ) และความวิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 31.94, SD = 6.80)

2. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .471, .327$ ตามลำดับ) และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.367$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5977165936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: Health seeking behaviors, Colorectal cancer

Nipaporn Nammuntha : FACTORS RELATED TO HEALTH SEEKING BEHAVIORS AMONG PERSONS AT RISK OF COLORECTAL CANCER. Advisor: Asst. Prof. CAPT. RAPIN POLSOOK, Ph.D.

The objective of this descriptive correlational research was to identify factors related to health seeking behaviors among persons at risk of colorectal cancer. A multi-stage sampling of 122 persons at risk of colorectal cancer were recruited from Gastrointestinal outpatient department in Rajavithi Hospital, Police General Hospital, and Chulalongkorn Memorial Hospital. Data were collected using six questionnaires for persons at risk of colorectal cancer: 1) Demographic data form, 2) Illness Perception, 3) Social support, 4) Anxiety, 5) Fear, and 6) Health seeking behaviors. All questionnaires were tested for their content validity by five experts. The Cronbach's alpha coefficient were .86, .89, .86, .87, and .86, respectively. Data were analyzed using Pearson's product correlation coefficient statistics. The findings were presented as follow:

1. Mean score of health seeking behaviors and social support among persons at risk of colorectal cancer were at high level (Mean = 31.31, SD = 4.93; Mean = 72.63, SD = 7.83, respectively). Mean score of illness perception and fear were at moderate level (Mean = 74.66, SD = 17.03; Mean = 26.81, SD = 5.11, respectively), and mean score of anxiety was at mild level (Mean = 31.94, SD = 6.80).

2. Illness perception and social support were significantly positively correlated with health seeking behaviors among persons at risk of colorectal cancer at the .05 ($r = .471$, $.327$, respectively). Anxiety was significantly negatively correlated with health seeking behaviors among people at risk of colorectal cancer at the .05 ($r = -.367$).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความเมตตากรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำ และข้อคิดที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัย ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขความบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตาเอาใจใส่ ตลอดจนสนับสนุน ให้กำลังใจ และให้โอกาสแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความเมตตากรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. พิศมัย อรทัย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็น และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่า และเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษาอันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย นายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ และหัวหน้าแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกระบบทางเดินอาหารทั้ง 3 โรงพยาบาล ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบุพการี บุคคลอันเป็นที่รัก ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน รวมทั้งเพื่อนๆ ที่ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในทุกด้าน แก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอบใจให้แก่บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกท่าน

นิภาพร นามันทะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... ง	
กิตติกรรมประกาศ..... จ	
สารบัญ..... ฉ	
สารบัญตาราง..... ฅ	
สารบัญภาพ..... ญ	
บทที่ 1 บทนำ..... 1	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	
คำถามการวิจัย..... 4	
วัตถุประสงค์การวิจัย..... 4	
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย..... 4	
สมมุติฐานการวิจัย..... 7	
ขอบเขตของการวิจัย..... 7	
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 8	
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 9	
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 10	
1. บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก..... 11	
2. การพยาบาลบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก..... 23	
3. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก..... 25	
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก..... 31	

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
6. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	50
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria).....	51
เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria).....	52
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	62
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	66
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	79
สรุปผลการวิจัย.....	80
อภิปรายผลการวิจัย.....	81
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	86
ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป.....	86
บรรณานุกรม.....	87
ภาคผนวก.....	98
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	99
ภาคผนวก ข จดหมายขอความอนุเคราะห์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย.....	106

ภาคผนวก ค จดหมายขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และใบรับรองจริยธรรม	
โครงการวิจัยในมนุษย์.....	114
ภาคผนวก ง เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย	132
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	150
ภาคผนวก ฉ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือและการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น.....	161
ประวัติผู้เขียน	171



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
ตารางที่ 2 แสดงค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	65
ตารางที่ 3 แสดงการรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก	67
ตารางที่ 4 แสดงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก	68
ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก (n = 122 คน).....	73
ตารางที่ 6 แสดงคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ความกลัว และพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (n = 122 คน).....	76
ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ความกลัว กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (n = 122 คน).....	77

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แผนภาพแสดง Health-seeking behavior model ของ Poortaghi et al. (2015).....28



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่สามของคนไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะรู้ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือเมื่อมาพบแพทย์ก็มักพบโรคในระยะที่เป็นมากแล้ว ซึ่งทำให้มีโอกาสนในการเสียชีวิตสูง โดยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคที่เกิดจากเซลล์ปกติในลำไส้มีการเปลี่ยนแปลง โดยมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนอย่างไม่หยุดยั้งจนควบคุมไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงนี้อาจมีการดำเนินโรคค่อนข้างช้า ใช้เวลา 5 – 15 ปี หรือมากกว่านั้น โดยในระยะแรกๆ เซลล์อาจเป็นเพียงแค่อนื้องอกธรรมดา แต่หากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ทำการรักษาหรือตัดทิ้ง เนื้องอกนี้อาจลุกลามกลายเป็นมะเร็งได้ ซึ่งพบมากในผู้ที่มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป แต่ก็สามารถเกิดได้ในทุกเพศทุกวัย (Langenbach, Schmidt, Neumann, & Zirngibl, 2003) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าคนทั่วไป โดยสามารถแบ่งเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงปกติ คือ บุคคลที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง คือ อายุ 50 ปีขึ้นไป ร่วมกับการมีประวัติสมาชิกสายตรงในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก บุคคลที่มีประวัติเนื้องอกบริเวณผนังลำไส้ มีประวัติการติดเชื้อในลำไส้ (Inflammatory Bowel Disease: IBD) คือ โรค Ulcerative colitis และ Crohn's disease (American Cancer Society, 2018b; สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2558)

อาการที่สังเกตและพบได้ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผิดที่เข้ารับการรักษามากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เลือดออกทางทวารหนัก (46.7%) รูปแบบการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง (18.94%) และอาการปวดท้อง (16.7%) (Gonzalez-Hermoso, Perez-Palma, Marchena-Gomez, Lorenzo-Rocha, & Medina-Arana, 2004) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเมื่อมีอาการผิดปกติดังกล่าวควรแสวงหาบริการสุขภาพเพื่อค้นหาสาเหตุของอาการและอาการแสดงผิดปกติที่เกิดขึ้น แต่ที่ผ่านมาพบว่าบุคคลกลุ่มนี้ ไม่แสวงหาบริการสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 36.7 เหตุผลที่บุคคลที่มีความเสี่ยงไม่แสวงหาบริการสุขภาพเนื่องจาก 1) ไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่คิดเป็นร้อยละ 58 2) คิดว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นสามารถหายได้เองไม่ใช่โรคร้ายแรงคิดเป็นร้อยละ 14.4 (McCaffery, Wardle, & Waller, 2003) 3) ไม่รู้ว่าเป็นอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจึงส่งผลให้พยาธิสภาพของโรครุนแรงเพิ่มมากขึ้น (Shelton, 2002) ทำให้การวินิจฉัยโรคครั้งแรกอยู่ในระยะที่ 3 และ

4 มีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 63.8 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2562) การพยากรณ์ของโรคไม่ดี การรักษามีความซับซ้อน มีผลทำให้ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะอย่างถาวร (Ang, Chen, Siah, He, & Klainin-Yobas, 2013) ส่งผลกระทบต่อความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง (King, 2001) ด้านจิตใจมักมีความวิตกกังวลซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Levav, 2010) ด้านสังคมและการทำหน้าที่ พบว่ามักมีปัญหาการทำงานและการเข้าสังคม มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพส่งผลต่อรายได้ในครอบครัว (Carsin, Sharp, Cronin-Fenton, Céilleachair, & Comber, 2008; Jorge et al., 2004) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนกับคู่ครอง (Stanton, Bower, & Low, 2006) จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ในทางกลับกันถ้าบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นและมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพตั้งแต่พบอาการผิดปกติจะทำให้บุคคลที่มีความเสี่ยงมีโอกาสรักษาให้หายขาด มีการพยากรณ์ของโรคที่ดี การรักษาไม่ซับซ้อน โอกาสในการหายขาดค่อนข้างสูง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา (Alatise et al., 2017; Kearney & Richardson, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความหมายพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ คือ การแสวงหาทางเลือกที่นำไปใช้เสริมหรือใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน และสามารถนำไปใช้ทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบันได้ เช่น การแพทย์แผนโบราณ การแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือกอื่นๆ (Jennifer et al., 2005) โดย Shehrin, Mohammad, and Hanifi (2009) กล่าวว่าพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาเพื่อแก้ปัญหาของแต่ละบุคคลเมื่อรับรู้การเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาตั้งแต่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจนถึงเข้าพบบุคลากรทางการแพทย์ ชนิดของแหล่งบริการสุขภาพ การเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย เหตุผลในการเลือกสถานบริการสุขภาพ และเหตุผลที่เลือกไม่ไปสถานบริการสุขภาพ นอกจากนี้ Olenja (2003) กล่าวว่าพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ คือ การดำเนินการใดๆ โดยบุคคลที่รับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพหรือมีความผิดปกติทางสุขภาพในการหาวิธีการรักษาที่เหมาะสม และ Manly-Lampkin (2003) คือ สิ่งที่บุคคลกระทำและการเลือกไปยังสถานที่ต่างๆ เมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติในการหาวิธีการจัดการหรือแก้ไขกับอาการ โดยการพบแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์พื้นบ้านหรือแพทย์แผนโบราณ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นที่สังเกตได้ด้วยตนเอง

จากการศึกษาที่ผ่านมาของ McCaffery et al. (2003) ศึกษาความรู้ เจตคติและพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักกลุ่มตัวอย่างเป็นชาวอังกฤษ พบว่าความรู้กับเจตคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจหามะเร็งเรื้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักสอดคล้องกับการศึกษาของ Shapiro, Seeff, and Nadel (2001) ศึกษาพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเรื้องลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเรื้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักทำให้สามารถ ตรวจวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว และการศึกษาของ Ioannou, Chapko, and Dominitz (2003) ศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเรื้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศ สหรัฐอเมริกา พบว่า ปัจจัยที่สำคัญในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเรื้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือ ระบบหลักประกันทางด้านสุขภาพ และความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการ สำหรับในประเทศไทย พบการศึกษาของแมนมนา จิระจรัส (2539) ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองใน ผู้ป่วยมะเร็งเรื้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองแบ่งเป็นปัจจัยภายในได้แก่ เจตคติต่อโรคและการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาทางด้านการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์พื้นบ้าน ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารแสลง กับโรคมะเร็ง อุปนิสัยประจำตัว และภาวะสุขภาพ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน และระบบบริการสุขภาพ และการศึกษาของกนกวรรณ บุญสังข์ (2553) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเรื้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งเรื้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเรื้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าเป็นการศึกษารูปแบบในการพัฒนาการดูแล ตนเองและการแสวงหาการรักษาในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเรื้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแต่ยังไม่ครอบคลุมการ ศึกษาในบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งเรื้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งเรื้องลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักโดยศึกษาตัวแปรที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งข้อความรู้ที่ได้ จากการศึกษานี้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและ ตระหนักถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ เพื่อส่งผลให้บุคคลกลุ่ม เสี่ยงโรคมะเร็งเรื้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่เริ่มต้น ทำให้มีโอกาสใน การรักษาให้หายขาด มีการพยากรณ์ของโรคที่ดี การรักษาไม่ซับซ้อน โอกาสในการหายขาดค่อนข้าง สูงและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นอย่างไร
2. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความกลัวสามารถอธิบายความสัมพันธ์พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความกลัวกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเมื่อมีอาการผิดปกติควรจะแสวงหาบริการสุขภาพเพื่อค้นหาสาเหตุของอาการและอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น แต่พบว่าบุคคลกลุ่มนี้ไม่แสวงหาบริการสุขภาพ ส่งผลให้การวินิจฉัยโรคครั้งแรกอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 มีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่นๆ การรักษามีความซับซ้อนและมีการพยากรณ์ของโรคที่ไม่ดี แต่ถ้าบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นและมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพตั้งแต่พบอาการผิดปกติจะทำให้บุคคลที่มีความเสี่ยงมีโอกาสในการรักษาให้หายขาด มีการพยากรณ์ของโรคที่ดี การรักษาไม่ซับซ้อน โอกาสในการหายขาดค่อนข้างสูงและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของ Poortaghi et al. (2015) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพเชื่อว่าพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ คือ การกระทำของแต่ละบุคคลในการส่งเสริมความผาสุกสูงสุด การฟื้นฟูสภาพทางด้านสุขภาพ และศักยภาพที่แท้จริงของแต่ละบุคคลในการจัดการด้านสุขภาพ โดยพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องและมีลำดับขั้นตอนเริ่มจากการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การประเมินอาการ และการตัดสินใจในการเลือกรูปแบบการดูแลที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถช่วยให้บุคคลสามารถเลือกทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพ ที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือการรักษาของตนได้ ประกอบด้วยปัจจัย 4 ด้าน

ได้แก่ 1) รูปแบบการเจ็บป่วยและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ 2) ปัจจัยทางด้านสังคม 3) ปัจจัยทางวัฒนธรรม และ 4) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นตัวแทนของรูปแบบการเจ็บป่วยและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแทนของปัจจัยทางด้านสังคม ความวิตกกังวลและความกลัวเป็นตัวแทนของปัจจัยทางวัฒนธรรม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถจัดกระทำได้ตามกระบวนการพยาบาลและสามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ดังนี้

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย คือ การแปลความข้อมูลที่เป็นความจริงและความรู้สึกเกี่ยวกับเงื่อนไขทางสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลสร้างขึ้นเมื่อถูกคุกคามจากภาวะเจ็บป่วย (Ryan & Sawin, 2009) จากการศึกษาของ Amuta, Chen, and Mkuu (2017) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความวิตกกังวล ความเชื่อด้านโภชนาการและความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง จากประชากรวัยผู้ใหญ่ จำนวน 3,185 ราย พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งสามารถทำนายการแสวงหาข้อมูลและการรักษา ($\beta = .079$; $P < .001$) และจากการศึกษาของ Cameron (2008) ที่ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคมะเร็งผิวหนังและพฤติกรรมในการแสวงหาการป้องกันการเกิดโรคในวัยผู้ใหญ่ จำนวน 120 ราย พบว่า การรับรู้สาเหตุของโรคมะเร็งผิวหนังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาการป้องกันโรค ($r = .39$; $P < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Orbell et al. (2008) ที่ศึกษาการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้มารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่าการรับรู้ระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ($X^2 = 211.37$; $p < .01$) ดังนั้น การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว สังคม เพื่อนและผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) เป็นการรับรู้การได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนหรือประคับประคอง เป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ช่วยลดความตึงเครียดของอารมณ์ และส่งเสริมการประเมินค่าเหตุการณ์เป็นด้านดี (Lazarus & Folkman, 1984) จากการศึกษาของ Macleod, Mitchell, Burgess, Macdonald, and Ramirez (2009) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มการแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการศึกษาของ Kreps (2014) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่อการแสวงหาแหล่งข้อมูลในการดูแลสุขภาพของ

ชาวอเมริกันเชื้อสายเกาหลีจำนวน 215 คน ช่วงอายุ 18 – 49 ปี พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีผลทางบวกต่อการแสวงหาแหล่งข้อมูลในการดูแลสุขภาพ ($t = 2.23$; $P < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kroenke, Kubzansky, Schernhammer, Holmes, and Kawachi (2006) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ต่อการแสวงหาบริการสุขภาพและความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพ ($HR = 2.14$; 95% CI 1.11 – 4.12 $p < .01$) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ความวิตกกังวล เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กังวลใจ และมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติให้มีลักษณะสู้หรือหนี (Spielberger, 2004) เป็นความรู้สึกเชิงจิตวิสัย (Subjective feeling) ของความไม่สบายใจ (Uneasiness) และความหวาดหวั่น (Apprehension) เกี่ยวกับการคุกคามบางอย่าง ซึ่งการคุกคามมักเกี่ยวข้องกับร่างกาย (จำลอง ดิษยวณิช, 2545) จากการศึกษาของ Amuta et al. (2017) พบว่าความวิตกกังวลสามารถทำนายพฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลและการรักษา ($\beta = .129$; $P < .001$) และจากการศึกษาของ Zhao and Cai (2009) พบว่าความวิตกกังวลสามารถทำนายพฤติกรรมการแสวงหาแหล่งข้อมูลของโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นในผู้ที่สูบบุหรี่ ($\beta = -.29$; $P = .05$) ดังนั้น ความวิตกกังวลจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ความกลัว เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองตามธรรมชาติที่มีต่อภัยคุกคามทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือเกิดจากจินตนาการ (Gullone, 2000) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ ที่เป็นผลจากการประเมินเหตุการณ์และผลของเหตุการณ์ โดยประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นอันตราย จึงเกิดความรู้สึกกลัว (Ehlers & Clark, 2000) ความกลัวรบกวนกระบวนการคิดระหว่างเหตุการณ์ ที่มีผลต่อการสร้างมโนภาพต่อเหตุการณ์ และการเก็บข้อมูลความทรงจำ ผลทางด้านชีววิทยา คือ ความกลัว ส่งผลให้มีการหลั่งของ cortisol ทำให้กระบวนการเข้ารหัสข้อมูลความทรงจำของเหตุการณ์มีความบกพร่อง และการค้นคืนข้อมูลทำได้ยาก (Intention recall) ความกลัวมีผลต่อการหลั่ง Norepinephrine ทำให้ความทรงจำของเหตุการณ์รุนแรง และความทรงจำด้านอารมณ์จากเหตุการณ์รุนแรงเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้ภาพเหตุการณ์รุนแรงชัดเจน เกิดอาการภาพติดตา (Flashback) อาการตื่นตัวสูงและอาการหวาดระแวง (Fink, 2000) เมื่อเกิดความกลัว ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสิ่งที่กระตุ้นความกลัวทำให้ขัดขวางการแก้ไข การประเมินค่าเหตุการณ์ (Reappraisal) ซึ่งทำให้ความทรงจำที่ไม่ดีของเหตุการณ์รุนแรงยังคงอยู่ ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงนั้นยังเรื้อรังต่อไป (Ehlers & Clark, 2000) จากการศึกษาของ Synowiec-Pilat and Palega (2018) ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับความกลัวโรคมะเร็งจำนวน 910 ราย พบว่าร้อยละ 85 มีความกลัว

เกี่ยวกับโรคมะเร็งและถ้าหากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งจะต้องรีบแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพอย่างทันทั่วทั้งที่ และจากการศึกษาของ Nelissen, Beullens, Lemal, and Van den Bulck (2015) ได้ทำการศึกษาความกลัวและการแสวงหาข้อมูลการรักษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งในประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง จำนวน 621 ราย พบว่าร้อยละ 46.46 มีความกลัวโรคมะเร็งระดับสูง และความกลัวมีความสัมพันธ์ต่อการแสวงหาข้อมูลการรักษาโรคมะเร็ง ($t = -5.76$; $P < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Miles, Voorwinden, Chapman, and Wardle (2008) ทำการศึกษาในประชากรทั่วไป อายุ 50 – 70 ปี จำนวน 1,442 ราย พบว่าความกลัวเกี่ยวกับโรคมะเร็งสามารถทำนายพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ($\beta = .236$; $P < .001$) ดังนั้น ความกลัวจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สมมุติฐานการวิจัย

1. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. ความวิตกกังวลและความกลัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษารัชนีนี้ เป็นการศึกษาระบบความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความกลัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ประชากร คือ บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อายุ 50 - 59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อายุ 50 - 59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ความกลัว และพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติในการหาวิธีการจัดการหรือแก้ไขเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นที่สังเกตได้ด้วยตนเอง ประเมินโดยแบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย หมายถึง การแปลผลข้อมูลที่เป็นความจริงเกี่ยวกับสุขภาพที่ผ่านกระบวนการคิดของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแต่ละรายเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ระยะเวลาของการเกิดอาการ ผลกระทบของอาการ สาเหตุของการเกิดอาการผิดปกติ ความสามารถในการบรรเทาอาการ ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยวัดได้จากแบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire: Brief IPQ) ซึ่งพัฒนาโดย Broadbent, Petrie, Main, and Weinman (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย พิมพา เทพวัลย์ (2553)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันและมีเครือข่ายทางสังคมร่วมกัน ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1988) ฉบับแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย Tinakorn and Nahathai (2012)

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ รู้สึกตื่นเต้นและกระสับกระส่ายของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งเกิดจากการประเมินสถานการณ์ต่างๆ หรือสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น หรือคาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะมีการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจเกี่ยวกับการตรวจรักษา ซึ่งความวิตกกังวลวัดได้จากแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State-Anxiety Inventory) ซึ่งพัฒนาโดย Spielberger and Gorsuch (1983) จากแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งวิทยุใหญ่ของ พัทธิญา แก้วแพง (2547)

ความกลัว หมายถึง ปฏิกริยาการตอบสนองทางอารมณ์ต่ออันตราย หรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นในขณะนั้นกับบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งความกลัววัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของกนกวรรณ บุญสังข์ (2553)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อช่วยให้บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม
2. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาโปรแกรมให้บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาระบบความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความกลัว กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.1 ความหมายของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.2 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.5 การตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 1.6 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. การพยาบาลบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
3. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ
 - 3.2 แนวคิดพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ
 - 3.3 รูปแบบของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ
 - 3.4 เครื่องมือการประเมินพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 - 4.1 การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย
 - 4.2 การสนับสนุนทางสังคม
 - 4.3 ความวิตกกังวล
 - 4.4 ความกลัว
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

1.1 ความหมายของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมาจากคำภาษาอังกฤษ ได้แก่ colon, rectum และ cancer โดยทั้งสองคำนี้เป็นคำนาม เมื่อนำมารวมกัน จึงกลายเป็นคำว่า Colorectal Cancer ซึ่งคือมะเร็งที่เกิดขึ้นบริเวณลำไส้ใหญ่ (colon) หรือบริเวณทวารหนัก (rectum) (American Cancer Society, 2018a)

สำหรับในประเทศไทยได้มีการจำแนกบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักออกเป็น 2 กลุ่ม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2558) ดังนี้

1) กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (High risk Colorectal cancer) ได้แก่ ผู้ที่มีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

- (1) มีญาติลำดับแรกเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- (2) มีประวัติการเป็นติ่งเนื้อที่บริเวณผนังลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- (3) มีประวัติครอบครัวเป็น Familial adenomatous polyposis: FAP หรือ Hereditary non- polyposis colorectal carcinoma: HNPCC ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (Inflammatory Bowel Disease: IBD)

2) กลุ่มที่มีความเสี่ยงปกติต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Average risk Colorectal cancer) ได้แก่ ผู้ที่มีลักษณะต่อไปนี้

- (1) ชายหรือหญิงที่อายุ 50 ปีขึ้นไป
- (2) ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคมะเร็ง
- (3) ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ได้แก่ ประวัติโรคลำไส้อักเสบ Ulcerative colitis Crohn's disease การมีติ่งเนื้อที่ผนังลำไส้ หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- (4) ไม่มีอาการผิดปกติทางระบบลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สำหรับในต่างประเทศพบว่าการจำแนกบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (Bretthauer & Kalager, 2012)

1) กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (High risk for Hereditary/Familial colorectal cancer) ได้แก่ ผู้ที่มีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

- (1) มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติทางสายเลือดเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบพันธุกรรมชนิด HNPCC หรือ FAP

(2) มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติทางสายเลือดตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยจะต้องเป็นญาติลำดับแรก และต้องเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างน้อย 2 รุ่นอายุติดกัน

(3) มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างน้อย 1 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคก่อนอายุ 50 ปี

(4) สามารถแยกโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบพันธุกรรมชนิด HNPCC หรือ FAP ได้

2) กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Moderate risk for Hereditary/Familial colorectal cancer) ได้แก่ ผู้ที่มีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

(1) มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติทางสายเลือดลำดับแรกหรือลำดับที่สองเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี

(2) มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติทางสายเลือดลำดับแรกหรือลำดับที่สองมากกว่า 2 คน เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบพันธุกรรมชนิด HNPCC

(3) มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติทางสายเลือดลำดับแรกหรือลำดับที่สองในสายเดียวกันมากกว่า 2 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเมื่ออายุน้อยกว่า 50 ปี

(4) มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติทางสายเลือดมากกว่า 3 คนที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบพันธุกรรมชนิด HNPCC ทุกช่วงอายุหรือคนในครอบครัว 1 คน เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

3) กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำแต่ยังคงมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Low risk for Hereditary/Familial colorectal cancer) ได้แก่ ผู้ที่มีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

(1) มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติทางสายเลือดลำดับแรกเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป

(2) มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติทางสายเลือดลำดับที่สองเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีอายุอยู่ในช่วง 35 - 50 ปี

(3) มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติทางสายเลือดลำดับแรก 1 คน หรือ ลำดับที่สอง 2 คนขึ้นไป มีประวัติเนื้องอกบริเวณผนังลำไส้

(4) มีประวัติส่วนตัวของการเป็นเนื้องอกบริเวณผนังลำไส้

(5) มีประวัติส่วนตัวของการติดเชื้อในลำไส้

4) กลุ่มที่มีความเสี่ยงทั่วไปต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Population risk for colorectal cancer) ได้แก่ บุคคลที่ไม่มีความเสี่ยงตามเกณฑ์การเกิดโรค แต่รูปแบบการดำเนินชีวิตส่งผลให้มีโอกาสที่จะมีการพัฒนาเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

1.2 อับัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก มีอับัติการณ์การตายสูงเป็นอันดับที่สองของการเสียชีวิตทั่วโลกและมีผู้เสียชีวิต 8.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2558 ประมาณร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง มักเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2563 จะมีประชากรโลกตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่า 11,000,000 คน อยู่ในประเทศกำลังพัฒนามากกว่า 7,000,000 คน สาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งที่พบได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งเต้านม (World Health Organization, 2017)

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต มีอับัติการณ์การตายสูงเป็นอันดับที่ 3 ประมาณ 774,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.8 ของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลก พบมากในทวีปอเมริกาเหนือ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และประเทศแถบยุโรป ตะวันออก (Liu & Crawford, 2005; World Health Organization, 2017) โดยส่วนใหญ่พบในคนที่มียุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป (Ministry of Public Health & Ministry of Education, 2015; สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2562) โดยร้อยละ 75 มักเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายในช่องท้องด้านซ้าย คือ ลำไส้ใหญ่ส่วน Descending, Rectosigmoid และ Rectal ร้อยละ 15 เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายในช่องท้องด้านขวา คือ ลำไส้ใหญ่ส่วน Cecum และ Ascending colon และร้อยละ 10 เกิดที่บริเวณตำแหน่ง Transverse colon (Jemal et al., 2008) ส่วนใหญ่พบในเพศชาย มากกว่าเพศหญิง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2562)

สำหรับในประเทศไทยนั้นพบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง โดยมีอัตราการตาย 7 คน ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ.2562 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการรักษา 2,972 ราย 5 อันดับแรกของโรคมะเร็งที่พบได้บ่อยได้แก่ มะเร็งเต้านม ร้อยละ 23.72 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 14.77 มะเร็งทางเดินน้ำดีและตับ ร้อยละ 10.20 มะเร็งปอด ร้อยละ 8.51 และมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 8.24 โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ามารับการรักษาครั้งแรกเมื่ออยู่ในระยะที่ 3 และ 4 ของโรค คิดเป็นร้อยละ 29.6 และ 34.2 ตามลำดับ

1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สาเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สามารถแบ่งออกเป็น 3 อย่าง คือ (American Cancer Society, 2018b)

1.3.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetics) พบได้ประมาณร้อยละ 20 – 25 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่

1) กลุ่มอาการที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่มีลักษณะเป็นดั่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ (Familial adenomatous polyposis syndrome: FAP) ส่วนใหญ่เป็นความผิดปกติด้านพันธุกรรมในการยับยั้งและต่อต้านการเกิดโรคมะเร็ง ซึ่งส่งผลให้เซลล์มีการแบ่งตัวผิดปกติ โดยเซลล์เหล่านี้มีการเจริญเติบโตที่เป็นไปอย่างไม่หยุดยั้งและกลายเป็นมะเร็ง ซึ่งจะมีการถ่ายทอดโดยเป็นลักษณะเด่น (Autosomal dominant) ทางพันธุกรรม

2) กลุ่มอาการที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่มีลักษณะไม่เป็นดั่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ (Hereditary Nonpolyposis Colorectal Carcinoma: HNPCC) กลุ่มอาการนี้เป็นสาเหตุของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เกิดจากการกลายพันธุ์ของ DNA มีการซ่อมแซม และจับคู่ผิด (DNA mismatch repair gene family: MMR) ยีน MMR มี 6 ยีน ได้แก่ MSH2, MLH1, PMS1, PMS2, MSH6 และ MLH3 ซึ่งพบว่า MLH1 เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดซึ่งการกลายพันธุ์ของ MMR ทำให้เซลล์แก้ไขความผิดพลาดจากการจำลองโมเลกุล DNA ไม่ได้เกิดการผิดพลาดของการจำลองโมเลกุล (Replication error) ส่งผลให้เกิดการกลายพันธุ์เป็นเซลล์มะเร็ง

1.3.2 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม พบได้ประมาณร้อยละ 70 – 85 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด ได้แก่

1) การรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย โดยอาหารที่มีกากใยน้อยจะทำให้มีการขับถ่ายน้อยครั้ง ทำให้สารก่อมะเร็ง (carcinogen) สัมผัสกับเยื่อบุบริเวณลำไส้ใหญ่และทวารหนักนานกว่า จึงทำให้มีโอกาสในการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มากขึ้น

2) ไขมันในอาหาร อาหารที่ทำจากไขมันจำพวกไขมันไม่อิ่มตัว (High Unsaturated fat) ทำให้มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้สูง และอาหารไขมันจากสัตว์มีผลทำให้แบคทีเรียชนิด aerobic ในลำไส้เพิ่มขึ้น โดยแบคทีเรียเหล่านี้จะเปลี่ยน primary bile acids ซึ่งเป็น metabolite ของโคเลสเตอรอลให้เป็น secondary bile acids และ free fatty acids มีฤทธิ์ระคายเคืองต่อเยื่อบุลำไส้และกระตุ้นการเพิ่มจำนวน epithelial cells จึงทำให้มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูง

3) แคลเซียม จะสามารถรวมตัวกับเกลือน้ำดี และกรดไขมัน (fatty acids) ในลำไส้ ทำให้ลดจำนวนตัวกระตุ้นให้เกิดโรคมะเร็งได้ ดังนั้นอาหารที่มีแคลเซียมต่ำจะก่อให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้สูง

1.3.3 ปัจจัยอื่นๆ ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่

- 1) การดื่มแอลกอฮอล์ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของ Ethanol โดยแบคทีเรียในกระเพาะอาหารและลำไส้เป็น Acetaldehyde ทำให้เกิดการทำลายเยื่อบุบริเวณผิวของลำไส้ (Mucosal damage) และเกิดการสร้างเยื่อบุลำไส้ใหญ่ที่มีความหนาตัวมากกว่าปกติ (Mucosal hyper-regeneration) ซึ่งส่งผลทำให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มากกว่าคนปกติ 2 เท่า
- 2) การสูบบุหรี่ พบว่าการสูบบุหรี่มากกว่า 20 – 30 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รวมทั้งมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ เนื่องจากในควันบุหรี่จะมีสารก่อมะเร็งทั้งหมดประมาณ 42 ชนิด ซึ่งสารก่อมะเร็งเหล่านี้ในบุหรี่จะทำให้มะเร็งมีการกระจายที่รุนแรงมากขึ้น
- 3) การผ่าตัดถุงน้ำดี เนื่องจากการผ่าตัดถุงน้ำดีจะทำให้กรดน้ำดีไปสัมผัสกับเยื่อบุภายในลำไส้ของลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากกว่าปกติ ทำให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มากกว่าปกติ
- 4) การฉายรังสี ผู้ป่วยมะเร็งในอุ้งเชิงกรานที่ได้รับการฉายรังสีแล้ว จะมีโอกาสในการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะเวลาประมาณ 15 ปี
- 5) Diverticular disease พบว่าจะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มากกว่าคนปกติ ถ้าพบ adenoma ใน diverticular disease จะพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มากถึง 3 เท่า
- 6) การมีประวัติการติดเชื้อในลำไส้ (Inflammatory Bowel Disease: IBD) คือ โรค Ulcerative colitis และ Crohn's disease โดยพบว่ายังมีการอักเสบที่รุนแรงและครอบคลุมบริเวณของลำไส้ใหญ่มากและมีการอักเสบเป็นระยะเวลานาน ยิ่งเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากขึ้น (American Cancer Society, 2018b) โดยหากเป็นตลอดความยาวลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะเพิ่มความเสี่ยงมากกว่าคนปกติ 4.8 เท่า และจะเสี่ยงเพิ่มขึ้น 8.6 – 20 เท่า หากป่วยเป็นโรคลำไส้อักเสบก่อนอายุ 30 – 40 ปี (ดรินทร์ โลห์สิริวัฒน, 2548)
- 7) การขาดการออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นการทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว เพิ่มการบีบตัวและช่วยในการย่อยและการดูดซึมสารอาหาร
- 8) น้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยผู้ที่มีน้ำหนักเกินจะมี Insulin-like growth factor-1: IGF-1 มากกว่าคนทั่วไป ซึ่ง IGF-1 จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการแบ่งตัวของเซลล์ ทำให้เกิดการทำลายเซลล์ตัวเองผิดปกติ (apoptosis) เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดติ่งเนื้อบริเวณลำไส้ใหญ่ ซึ่งอาจพัฒนาเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ (ดรินทร์ โลห์สิริวัฒน, 2548)

1.4 อาการและการแสดงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อาการและการแสดงของมะเร็งลำไส้ใหญ่ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรคที่เป็น แต่ถ้ามะเร็งแพร่กระจายออกไปแล้ว อาการของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับบริเวณที่มะเร็งกระจายไป โดยอาการเหล่านี้มักเริ่มแสดงอาการทีละน้อย เป็นไปอย่างต่อเนื่องและรุนแรงขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งใช้เวลานานอาจมีอาการหลายอย่างร่วมกันได้ (ไพบูลย์ สุทธิวรรณ & บรรจบ อินทรสุขศรี, 2542; บรรลือ เฉลยกิตติ, 2545) สามารถสรุปอาการที่พบบ่อยได้ ดังนี้

1) อาการแน่นท้อง ปวดท้อง ท้องอืด โดยปกติลำไส้ใหญ่มีการบีบตัว (Motility) เพื่อไล่กากอาหารเป็นช่วงสั้นๆ สลับกันไปมา อีกทั้งลำไส้ใหญ่มีแก๊ส 100 – 150 ml. ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลมที่กลืนลงไป และจากปฏิกิริยาของแบคทีเรีย (fermentation) กับคาร์โบไฮเดรตที่ตกค้าง แต่เมื่อมีการอุดตันจากก้อนมะเร็งส่งผลให้ลำไส้ใหญ่มีการบีบตัวเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจึงเกิดอาการปวดแน่นท้อง และท้องอืด ซึ่งอาการจะทุเลาเมื่อได้ถ่ายอุจจาระหรือผายลม ลักษณะอุจจาระเป็นก้อนขนาดเล็กหรือลักษณะแบนแบบรีบบิ้น บางรายมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่าย มีอุจจาระน้อยลง ความถี่ในการถ่ายอุจจาระลดลงหรือเพิ่มขึ้น หรือถ่ายท้องผูกสลับกับท้องเสีย

2) อาการถ่ายเป็นเลือด เป็นผลจากการที่ก้อนมะเร็งแตกเป็นแผลและมีเลือดออกมานี้อาจจะปนหรือไม่ปนอยู่ในเนื้ออุจจาระ เป็นได้ทั้งเลือดสีคล้ำ สีดำแดง หรือแดงสด มักออกครั้งละไม่มาก อาจมีมูกปนหรือไม่มีมูก ผู้ที่มีมะเร็งใกล้ปากทวารหนักมักจะถ่ายเป็นเลือดสีแดงและมีอาการปวดเบ่ง ปวดถ่ายหรือถ่ายไม่สุดร่วมด้วย ผู้ที่มีก้อนมะเร็งอยู่ลึกเลยตำแหน่งทวารหนักลงไปมากมักจะถ่ายเป็นเลือดดำแดง หรือดำคล้ำ บางรายเลือดออกน้อยจนมองไม่เห็น แต่การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบเลือดในอุจจาระ

3) อาการอ่อนเพลีย ผอมลง เบื่ออาหาร จากปัญหาการขับถ่ายทำให้ผู้ป่วยไม่กล้ารับประทานอาหารเพราะกลัวอาการปวดท้อง ท้องอืด ผู้ป่วยจึงมีน้ำหนักลดลง อีกทั้งการสูญเสียเลือดเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรง และมีอาการอ่อนเพลีย ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่มะเร็งกระจายหรือลุกลาม

อาการและการแสดงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมักมีความแตกต่างกันตามตำแหน่งของลำไส้ อาจแบ่งกลุ่มอาการเป็น 3 ลักษณะตามตำแหน่งทางกายวิภาคของก้อนมะเร็งดังต่อไปนี้ (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

1) Right Colon Cancer เนื่องจากเวลาที่อุจจาระผ่านจาก Ileocecal Valve มาที่ลำไส้ใหญ่ซีกขวา อุจจาระจะยังอ่อนตัวอยู่ ทำให้สามารถผ่านบริเวณรอยโรคที่ก้อนมะเร็งอยู่ไปได้สะดวก จึงไม่ค่อยพบอาการของการอุดตันของลำไส้ใหญ่จากก้อนมะเร็ง นอกจากนี้เส้นผ่าศูนย์กลางของลำไส้ใหญ่ซีกขวายังมีขนาดใหญ่กว่าลำไส้ใหญ่ซีกซ้าย มะเร็งที่เกิดขึ้นในบริเวณนี้จึงสามารถ

เจริญเติบโตได้มาก โดยที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของการอุดตันหรือความผิดปกติของการขับถ่าย (Bowel Habit Change) รอยโรคบริเวณนี้มักจะเกิดจากการที่ก้อนมะเร็งมีการแตกเป็นแผล (Ulcer) เกิดการเสียเลือดทีละน้อย จนเกิดอาการของโรคโลหิตจางได้ และมาหาแพทย์ด้วยอาการของโรคโลหิตจาง เช่น อ่อนเพลีย ใจสั่น ไม่มีแรง ซีด เป็นต้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจพบหรือไม่พบเลือดในอุจจาระ (Stool Occult Blood) ก็ได้ เพราะเลือดที่ออกจากก้อนมะเร็งอาจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวไม่ได้เป็นอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นถ้าตรวจพบ Iron deficiency Anemia ในผู้ใหญ่ที่ไม่พบสาเหตุใดๆ ชัดเจนที่อธิบายภาวะโลหิตจางจากการขาดเหล็กได้ชัดเจน (ยกเว้นในผู้หญิงที่มีประจำเดือน ซึ่งอาจอธิบายได้ด้วยการเสียเลือดไปทางประจำเดือน) ควรคิดถึงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และถ้ามีอาการที่น่าสงสัยอาจต้องพิจารณาตรวจค้นเพิ่มเติม

2) Transverse and Descending Colon เมื่ออุจจาระผ่านมาถึงบริเวณ Transverse และ Descending Colon จะมีการคุดน้ำกลับไปทางลำไส้ใหญ่ ทำให้อุจจาระมีความเข้มข้นมากขึ้น ดังนั้น ถ้ามีก้อนมะเร็งเกิดขึ้นในบริเวณนี้และอุดกั้นการเคลื่อนตัวของอุจจาระ อาจทำให้เกิดการอุดตันเกิดขึ้น เกิดอาการปวดท้อง (Abdominal Cramping) เกิดการอุดตัน (Obstruction) จนเกิดการแตกทะลุของลำไส้ใหญ่ส่วนที่เหนือต่อการอุดตันได้ (Perforation) เมื่อตรวจสอบทางรังสีจะพบลักษณะเฉพาะของรอยโรคที่เรียกว่า Apple-core หรือ Napkin-ring ลักษณะเหมือนวงแหวนรัดรอบลำไส้ใหญ่ ซึ่งเป็นตำแหน่งของก้อนมะเร็งที่โตรอบผนังลำไส้ใหญ่

3) Rectosigmoid Colon and Rectal Cancer เนื่องจากอุจจาระที่มาถึงบริเวณส่วนปลายของลำไส้ใหญ่จะมีลักษณะค่อนข้างแข็งตัว และเส้นผ่าศูนย์กลางของลำไส้ใหญ่บริเวณนี้มีขนาดเล็กกว่าส่วนต้น ทำให้อาจพบอาการต่าง ๆ หลายชนิด ประกอบด้วยอาการถ่ายเป็นเลือด (Hematochezia) ปวดเบ่ง (Tenesmus) อุจจาระมีลักษณะเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กลง (Narrowing in the Caliber of Stool) ส่วนอาการโลหิตจางจะพบน้อยกว่ามะเร็งที่เป็นบริเวณส่วนต้นของลำไส้ใหญ่ บางรายอาจมาหาแพทย์ด้วยอาการถ่ายอุจจาระผิดปกติ (Bowel Habit Change) การตรวจร่างกายด้วย Digital Rectal Examination และ Proctosigmoidoscopy จะช่วยวินิจฉัยโรคได้

1.5 การตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

1.5.1 การคัดกรองโรค (Screening) การคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นวิธีการตรวจหาโรคก่อนที่จะมีอาการทางคลินิกหรือรอยโรคก่อนที่จะเป็นมะเร็ง (Precancerous) โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงปกติต้องทำการตรวจทางทวารหนักด้วยนิ้วมือ (Digital Rectal Examination; DRE) และมีข้อแนะนำการปฏิบัติเพื่อการสืบค้นโรคเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2558)

- 1) การตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Fecal Occult Blood Test; FOBT) ทุกปี
- 2) การตรวจด้วย Flexible Sigmoidoscopy ทุก 5 ปี

3) การตรวจ Double contrast barium enema ทุก 5 – 10 ปี

4) การตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ทุก 10 ปี

ปัจจุบันมีผู้ทราบถึงประโยชน์ของการสืบค้นหาโรคจากสื่อต่างๆ จึงอาจมาพบแพทย์ด้วยความวิตกกังวลเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและขอรับการตรวจหาโรค (Screening on demand) ในการสืบหาโรคในผู้ที่มีความเสี่ยงน้อยแต่ต้องการการสืบค้นนั้น ที่นิยมปฏิบัติกัน คือ การตรวจหาเลือดในอุจจาระทุก 6 – 12 เดือน ถ้าได้ผลบวกจึงให้ทำการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่หรือตรวจเลือดในอุจจาระร่วมกับการทำ Double contrast barium enema ทุก 3 – 5 ปี

1.5.2 วิธีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีหลายวิธีมีรายละเอียด ดังนี้

1) Fecal Occult Blood Test การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะเริ่มต้น ซึ่งสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคได้ถึงร้อยละ 16 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ทำ Polypectomy แล้วพบว่าเป็นมะเร็งในระยะแรกเริ่ม โดยวิธีการตรวจ Stool occult blood ที่ใช้ในปัจจุบันมี 2 วิธีหลัก คือ (IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, World Health Organization, & International Agency for Research on Cancer, 2004)

(1) Guaiac-based fecal occult blood test (G-FOBT) เป็นการตรวจอุจจาระเพื่อหา Peroxides-like activity ของ hematin หรือผลิตภัณฑ์เลือดในอุจจาระซึ่งบ่งบอกว่ามีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารเกิดขึ้นหรือไม่ (American Cancer Society, 2018b) ถ้าการตรวจให้ผลบวกโดยที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานอาหารที่มีเนื้อแดง วิตามินซี ผลไม้สีแดง และยาแก้ปวดในกลุ่ม NSAIDs ก่อนตรวจอย่างน้อย 3 วัน หากมีข้อสงสัยทางคลินิกก็พิจารณาการส่องกล้องต่อ

(2) Quantitative immunochemical fecal occult blood test เป็นการตรวจที่จำเพาะสำหรับตรวจหา human hemoglobin ในอุจจาระโดยวิธี reverse passive hemagglutination (44) เป็นการตรวจอุจจาระที่เพิ่มความไวขึ้นโดยใช้เป็น Immunochemical test ซึ่งมีความไวกว่า G-FOBT และมีความจำเพาะ ทำให้ลดการทำ Colonoscopy ที่ไม่จำเป็นได้

2) Double contrast barium enema (DCBE) ใช้ในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแต่ไม่นิยมมากนัก เป็นการตรวจลำไส้ใหญ่ทั้งหมด มีความไวในการตรวจหารอยโรคต่ำกว่าการทำ Colonoscopy และตั้งเนื้อ adenoma ที่มีขนาด 1 เซนติเมตรขึ้นไป มี cumulative incidence ในการเกิดเป็น invasive carcinoma เวลา 5 และ 10 ปี เป็นร้อยละ 2.5 และ 8 ตามลำดับ

3) Sigmoidoscopy เป็นการตรวจคัดกรองบริเวณส่วนปลายของลำไส้ใหญ่เท่านั้น โดยผู้ที่ทำการตรวจคัดกรองไม่ต้องรับประทานยาระบายเพื่อเตรียมลำไส้ มีความไวในการ

ตรวจหารอยโรคถึงร้อยละ 67-80 ใกล้เคียงกับการทำ colonoscopy และมีความปลอดภัยกว่า 10 – 20 เท่า (Norat et al., 2005) ใช้เวลาในการตรวจไม่นานเฉลี่ย 5.8 นาที ส่วนใหญ่ให้การยอมรับและสามารถตรวจซ้ำได้ โดยจะไม่สามารถคัดกรองในผู้ที่มีรอยโรคบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนต้นได้ โดยนิยมนำมาตรวจคัดกรองในผู้ที่ไม่มีการที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป

4) Colonoscopy เป็นวิธีการหนึ่งในการใช้ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก มีความไวในการตรวจสูงกว่า FOBT และ Sigmoidoscopy สามารถมองเห็นรอยโรคได้โดยตรงและตลอดทั้งลำไส้ใหญ่ สามารถเก็บชิ้นเนื้อมาตรวจ หากมีความจำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การตัดติ่งเนื้อ สามารถทำได้ในเวลาเดียวกัน และไม่ต้องสัมผัสรังสี ซึ่งการทำ colonoscopy อาจพบอุบัติการณ์ของการเกิดลำไส้ทะลุระหว่างการส่องกล้องได้ร้อยละ 0.03 – 0.19 และอาจพบภาวะเลือดออกรุนแรงได้ร้อยละ 1.6 (Winawer et al., 2000)

5) การตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT colonography) เป็นการตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ทำให้เห็นผนังด้านในของลำไส้ใหญ่ได้ดีในระดับหนึ่ง

6) การตรวจ Pelvis MRI โดยเป็นการตรวจที่ช่วยประเมินดูมะเร็งที่เกิดภายในชั้นต่างๆ ของผนังลำไส้ การลุกลามมายังเนื้อเยื่อที่อยู่รอบๆ (mesorectal fat) mesorectal fascia หูดทวารหนัก (anal sphincter) และอวัยวะอื่นๆ ใกล้เคียงเพื่อบอกระยะของมะเร็งและการลุกลามมายังต่อมน้ำเหลือง เพื่อช่วยประกอบการวางแผนการรักษา

1.6 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้น มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสสูงสุดในการหายขาดจากโรคมะเร็ง (American Cancer Society, 2018b) อวัยวะใกล้เคียงสามารถทำงานในสภาวะปกติได้มากที่สุด และมีรูปร่างลักษณะใกล้เคียงลักษณะเดิม การรักษาจะใช้วิธีใด ขึ้นอยู่กับระยะของโรคว่ามีการแพร่กระจายไปมากน้อยเพียงใด (National Institute for Health and Care Excellence, 2014) โดยวิธีการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้ได้ผลดี ต้องเป็นการรักษาแบบสหสาขาวิชา ประกอบด้วย การผ่าตัด ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด และ/หรือการให้รังสีรักษา เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็ง ตามความเหมาะสมและข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยแต่ละราย โดยสามารถสรุปการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ดังนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2558)

1.6.1 การผ่าตัด (Surgery) การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยผู้ป่วยต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด เช่นเดียวกับการผ่าตัดทั่วไป การผ่าตัดจะได้ผลดีถ้าสามารถตัดเซลล์มะเร็งออกได้หมดและเหลือเฉพาะลำไส้ส่วนที่ดีเอาไว้เย็บต่อกัน (End to end anastomosis) รวมทั้งสามารถตัดหลอดเลือด หลอดน้ำเหลืองและต่อมน้ำเหลืองที่มีการแพร่กระจายออกได้หมด โดยการผ่าตัดที่ใช้บ่อย สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท

ได้แก่ การผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง (Exploratory laparotomy) และการผ่าตัดโดยวิธีการส่องกล้อง (Laparoscopic Surgery) (สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, พิเศษ พิเศษพงษา, ทยา กิตติยากร, & งามอาจ ไพธณพรารงกูร, 2558)

1) การผ่าตัดเปิดทางหน้าท้อง (Conventional Surgery) เป็นการรักษามาตรฐานใช้ในกรณีที่อวัยวะในช่องท้องมีอาการบาดเจ็บหรือมีรอยโรคขนาดใหญ่รวมทั้งการกระจายของโรค

2) การผ่าตัดด้วยกล้องส่อง (Laparoscopic Surgery) เป็นการผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องเข้าไปในบริเวณที่จะผ่าตัด อุปกรณ์และเครื่องมือที่จะใช้ในระหว่างผ่าตัดต้องผ่านรูที่เจาะผ่านผนังหน้าท้องเข้าไป และใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO2 Insufflation) ขยายช่องท้องเพื่อให้เห็นอวัยวะในช่องท้องชัดเจน

โดยการผ่าตัดสามารถแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ดังต่อไปนี้

(1) การตัดส่วนที่เป็นมะเร็งออกจากร่างกาย และนำส่วนปลายของลำไส้ส่วนที่เหลือเย็บต่อกัน (Segmental resection with end to end anastomosis) เช่น การตัดลำไส้ใหญ่ด้านขวาออก (Right hemicolectomy)

(2) การผ่าตัดเปิดหน้าท้องและบริเวณฝีเย็บ (abdominoperineal resection: AP resection or APR) เป็นการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกรณีที่ตำแหน่งของก้อนมะเร็งอยู่ใกล้ส่วนทวารหนัก ซึ่งไม่สามารถเก็บรักษาหูดทวารหนักได้ แล้วนำลำไส้ส่วนต้นมาเปิดผ่านหน้าท้อง เพื่อเป็นทางระบายให้อุจจาระออก ซึ่งผู้ป่วยจะมีทวารเทียมและไม่สามารถถ่ายอุจจาระผ่านลงทางทวารหนักได้อีกต่อไป

(3) การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ส่วนลำไส้ตรง (Anterior Resection: AR or Low Anterior Resection: LAR) เป็นการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกรณีที่ตำแหน่งของก้อนมะเร็งอยู่บริเวณลำไส้ตรง โดยตัดลำไส้ใหญ่ส่วนลำไส้ตรงผ่านทางแผลหน้าท้อง ซึ่งสามารถเย็บต่อลำไส้ใหญ่ หรือเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง ซึ่งผู้ป่วยจะมีทวารเทียมแต่แพทย์จะพิจารณาเย็บต่อลำไส้อีกครั้งในภายหลัง

(4) การผ่าตัด Hartmann Procedure หรือ Hartmann Resection คือ การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ส่วน descending colon และ/หรือส่วน sigmoid colon และ/หรือส่วน upper rectum แล้วเปิดลำไส้ใหญ่เป็นทวารเทียมชนิด End colostomy แล้วเย็บปิดลำไส้ใหญ่ส่วนปลายทิ้งไว้ในช่องท้องซึ่งแพทย์จะพิจารณาเย็บต่อลำไส้อีกครั้งในภายหลัง

(5) การผ่าตัดเอาลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้อง (Colostomy) เป็นการผ่าตัดเอาส่วนของลำไส้ใหญ่มาเปิดทางหน้าท้องเพื่อเป็นทางออกของอุจจาระ ซึ่งส่วนของลำไส้ที่นำมา

เปิดที่ผนังหน้าท้องนี้เรียกว่า stoma โดยมีทั้งแบบชั่วคราว (Temporary colostomy) และ แบบถาวร (Permanent colostomy)

1.6.2 การให้เคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นวิธีการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่มีประสิทธิภาพ สามารถรักษามะเร็งที่มีการแพร่กระจายหรือเป็นการรักษาร่วมก่อนและ/หรือหลังผ่าตัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากโรค (curative) (อุบล จ๋วงพานิช, 2554) โดยเคมีบำบัดจะไปทำลายเซลล์มะเร็งในลักษณะการทำลายแบบ Fractional cell kill โดยสามารถทำลายเซลล์ร้อยละ 99.90 แต่ในขณะเดียวกันกับเซลล์มะเร็งอาจมีการเจริญเติบโตขึ้นใหม่ได้ จึงจำเป็นต้องให้เคมีบำบัดหลายครั้งเพื่อลดปริมาณเซลล์มะเร็งจนถึงศูนย์ โดยอาจใช้เวลาในการรักษานาน 6 – 12 เดือน โดยจะให้ 4 – 6 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 3 – 4 สัปดาห์ อาจใช้เวลาในการให้ยาแต่ละครั้ง 1 – 2 วัน หรือ 5 วัน โดยขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ชนิดของเคมีบำบัด แผนการรักษา ผลการตอบสนองต่อการรักษาและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีต่อผลข้างเคียงจากการได้เคมีบำบัด โดยมีเป้าหมายการรักษา ดังนี้ (บรรลือ เฉลยกิตติ, 2545)

1) การรักษาเสริมก่อนผ่าตัด (Neoadjuvant chemotherapy) เป็นการให้เคมีบำบัดเบื้องต้นก่อนการผ่าตัดหรือฉายรังสี เพื่อช่วยทำให้มะเร็งมีขนาดของก้อนหรือบริเวณที่เป็นโรคลดลง สามารถทำการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้เป็นจำนวนมากและสะดวก หรือทำให้บริเวณที่ต้องฉายรังสีมีขนาดแคบลง วิธีนี้ อาจเรียกว่า cytoreductive, inductive หรือ primary chemotherapy

2) การรักษาเสริมหลังผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy) เป็นการให้เคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก และมีจำนวนต่อมน้ำเหลืองที่เป็นมะเร็งมากซึ่งมีโอกาในการเป็นมะเร็งซ้ำค่อนข้างสูง โดยถ้าหากพบว่ามีต่อมน้ำเหลืองมากกว่า 5 ต่อมน้ำเหลือง จะมีโอกาสในการกลับเป็นมะเร็งซ้ำสูงถึงร้อยละ 50 ซึ่งการให้เคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดนี้ ควรให้ทันทีที่แผลผ่าตัดแห้งเนื่องจากจำนวนเซลล์มะเร็งต่ำ

1.6.3 รังสีรักษา (Radiation therapy) เป็นการนำเอาสารกัมมันตรังสีมาใช้โดยอาศัยประจุรังสี (Ionizing radiation) ไปทำลาย DNA ทำให้เนื้องอกถูกทำลายและเซลล์ไม่สามารถขยายจำนวนเพิ่มขึ้น (Reproduction) ต่อไป ทำให้เซลล์ตายในช่วงการแบ่งนิวเคลียส (Mitosis) โดยที่อวัยวะยังคงรูปร่างเดิมอยู่ได้ โดยอาจรักษาให้หน้าท้อง และความสวยงามของอวัยวะยังคงอยู่มีการใช้อนุภาครังสีได้หลายรูปแบบ เช่น รังสีแกมมา รังสีเอกซ์ ปีตาพาติเคิล และแสงอัลตราไวโอเลต การรักษานิยมใช้รังสีขนาดสูง (4,000 – 6,000 เซนติเกรย์) ก่อนการผ่าตัดเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง และลดอาการต่างๆ จากก้อนมะเร็งกดเบียดอวัยวะข้างเคียง และหลังผ่าตัดในกรณีมะเร็งลุกลามมาก

ไม่สามารถผ่าตัดออกได้หมด การนำรังสีมาใช้รักษามี 3 ลักษณะ ดังนี้ (National Institute for Health and Care Excellence, 2014; บรรลือ เฉลยกิตติ, 2545)

1) การให้รังสีจากสารกำเนิดภายนอกเข้าสู่ร่างกาย (External radiation therapy) มีการรักษา 2 วิธี ดังนี้

(1) การฉายแสง (Teletherapy) เป็นวิธีการรักษาโดยฉายรังสีจากแหล่งกำเนิดรังสี ซึ่งมีอำนาจทะลุทะลวง ที่อยู่ห่างจากตัวผู้ป่วย หรืออยู่ภายนอกร่างกาย โดยฉายรังสีเข้าไปบริเวณที่มีก้อนมะเร็ง รังสีจะผ่านผิวหนังไปทำลายเซลล์มะเร็งที่อยู่ลึกภายในร่างกายได้

(2) การใส่แร่ (Brachytherapy) เป็นการรักษาที่ต้นกำเนิดของรังสีอยู่ติดกับรอยโรคที่จะรักษา เช่น การใช้กัมมันตรังสีวางบนอวัยวะที่ต้องการรักษาโดยตรง

2) การใส่สารกำเนิดรังสีเข้าไปในร่างกาย (Internal radiation therapy) เป็นการใช้รังสีโดยต้นกำเนิดรังสีอยู่ภายในร่างกาย หรือเนื้อเยื่อที่จะทำการรักษาโดยการสอดใส่สารกัมมันตภาพรังสีเข้าไปในโพรงของอวัยวะ การฝังกัมมันตภาพรังสีเข้าไปในเนื้อเยื่อโดยตรง ซึ่งสารกัมมันตภาพรังสีที่ใช้ อาจเป็นเข็ม หรือเป็นแท่ง และการรับประทาน หรือฉีดสารกัมมันตภาพรังสี

3) การใช้รังสีรักษาพร้อมกับการผ่าตัด (Intraoperative radiation therapy) คือการนำรังสีรักษามาใช้พร้อมกับการผ่าตัด โดยพิจารณาใช้ในผู้ป่วยที่คาดการณ์ว่าการผ่าตัดไม่สามารถตัดก้อนมะเร็งออกได้หมด หรืออาจมีเซลล์มะเร็งหลงเหลืออยู่ (Microscopic residual disease) การรักษาวิธีนี้เป็นการเพิ่มปริมาณรังสีเฉพาะที่บริเวณเล็กๆ เพื่อควบคุมโรคเฉพาะที่ หรือลดอาการจากก้อนมะเร็งและช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษาด้วย

1.6.4 การรักษาแบบประคับประคอง (Palliative treatment) เป็นการรักษาในกรณีที่มีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่นๆ และมีอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิดภาวะไม่สุขสบาย โดยการให้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อลดภาวะไม่สุขสบายหรืออาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น และช่วยให้คุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่นั้นดีขึ้น ร่วมกับการรักษาตามอาการ ในระยะนี้ผู้ป่วยควรได้รับอาหารที่เหมาะสม ได้ยาแก้ปวดที่มีประสิทธิภาพเมื่อมีอาการปวด ได้ยาปฏิชีวนะถ้ามีการติดเชื้อ และได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่มีความครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (สุพจน์ พงศ์ประสพชัย et al., 2558)

2. การพยาบาลบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

พยาบาลในฐานะที่เป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่ดีอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากที่สุด จึงมีโอกาสดูแล ช่วยเหลือ ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งให้การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (วงเดือน เอี่ยมสกุลและคณะ, 2548) บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลสุขภาพนั้น ส่วนใหญ่จะครอบคลุม 4 มิติ คือ (สุภาณี เสนาดีสัย, 2547)

2.1 การส่งเสริมสุขภาพ

จากแนวคิดเกี่ยวกับความต่อเนื่องของสุขภาพ บุคคลมักจะสามารถบอกได้ว่าตนเองกำลังอยู่ตรงตำแหน่งใดบนแกนสุขภาพ ผู้ที่ระบุว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก สุขภาพดี หรือสุขภาพปกติ จะได้แก่ผู้ที่มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง คนกลุ่มนี้จะต้องพยายามส่งเสริมสุขภาพของตนให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพจะแตกต่างกันออกไปตามวัยต่างๆ โดยอยู่บนพื้นฐานของการดำเนินชีวิต

2.2 การป้องกันโรค

แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคของพยาบาลคล้ายคลึงกับแนวคิดในการป้องกันของแพทย์ทางเวชศาสตร์ป้องกัน โดยการป้องกันโรคแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งครอบคลุมการป้องกันทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนี้

1) การป้องกันระดับที่ 1 (primary prevention) หมายถึง การกระทำที่เป็นการป้องกันโรคบางโรคเป็นการเฉพาะ เพื่อป้องกันความไม่สุขสบาย ป้องกันการเสียเงินทองจากค่าใช้จ่ายในการรักษาให้ตนเอง ปลอดภัยจากการคุกคามต่อคุณภาพชีวิต หรืออย่างน้อยก็เป็นการยืดเวลาการเริ่มต้นของโรคออกไป บุคคลที่อยู่ในกลุ่มสุขภาพดี-สุขภาพปกติ จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันในระดับที่ 1 คนกลุ่มนี้อาจมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ป่วยในวันใดวันหนึ่งข้างหน้า จึงจำเป็นต้องพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคของตนเองโดยเล็งประพจน์ปฏิบัติในเรื่องที่เสี่ยงนั้นเสีย

2) การป้องกันระดับที่ 2 (secondary prevention) ประกอบด้วยองค์การที่ทำหน้าที่คัดกรอง หรือให้ความรู้แก่ประชาชน ส่งเสริมการตรวจพบผู้ป่วยตั้งแต่โรคมะเร็งยังไม่ปรากฏอาการเพื่อให้สามารถให้การรักษาได้ทันเวลาที่ เช่น การให้ความรู้แก่ประชาชนในการตรวจเต้านมตนเอง การรู้จักสังเกตตนเองจากอาการเริ่มแรกของมะเร็ง การสนับสนุนให้ได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

3) การป้องกันระดับที่ 3 (tertiary prevention) เริ่มเมื่อบุคคลป่วยเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล พยาบาลจะต้องให้การดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ช่วยให้

ผู้ป่วยหายหรือทุเลาจากโรคร้ายในเวลาอันควร ช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล การดูแลให้หายจากโรคโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนสอนให้รู้จักการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำอีก

2.3 การดูแลรักษา

การที่บุคคลคนหนึ่งต้องเปลี่ยนสถานภาพจากที่สุขภาพดีหรือสุขภาพปกติมาสู่การเป็นผู้ป่วย ตัดสินใจอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาล และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตใหม่ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น โดยแต่ละบุคคลจะมีความกลัววิตกกังวลแตกต่างกันออกไป ต้องการดูแลแตกต่างกันไปตามเพศ ตามวัย ตามโรค และอาการที่เจ็บป่วย แม้ว่าการปฏิบัติของพยาบาลในด้านการดูแลรักษาจะเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำโดยมุ่งเน้นการบำบัดอันเป็นงานที่ต้องดำเนินการตรงเวลาและบางกิจกรรมอาจทำให้เกิดความเจ็บปวด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการหายของโรคก็ตาม แต่พยาบาลจะต้องรู้จักใช้ศิลปะในการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง การผ่อนคลาย การสัมผัสที่อ่อนโยน และความเข้าใจในความรู้สึก อารมณ์ในขณะนั้น การอธิบายให้ข้อมูลที่จำเป็นให้เข้าใจกระจ่างจะช่วยให้ได้รับความร่วมมือที่ดีและเป็นผลดีต่อการรักษา เพราะประเด็นสำคัญ คือ การช่วยให้บุคคลที่มีความเสี่ยงและผู้เกี่ยวข้องได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยน้อยที่สุด และสามารถที่จะกลับสู่สภาวะปกติโดยเร็ว

2.4 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย

เป็นระยะที่บุคคลออกจากภาวะของการเป็นผู้ป่วยกำลังกลับไปอยู่ในบทบาทของคนปกติทั่วไป เป็นระยะที่จะกลับบ้านเพื่อไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการเจ็บป่วยให้ดีขึ้น รวมทั้งการรักษาและดำรงไว้ในส่วนที่เสื่อมหรือเสียไปแล้วให้คงอยู่ในสภาพเดิม โดยไม่เสื่อมเพิ่มขึ้น พยาบาลจะต้องเข้าใจจิตใจและรู้สภาพปัญหาของแต่ละบุคคลอย่างถ่องแท้ มีความอดทน มุ่งมั่นไม่ทอดทิ้งต่ออุปสรรค พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้กำลังใจ ให้ความหวัง ชื่นชมและยกย่อง แม้ว่าสิ่งที่ฟื้นฟูพัฒนาขึ้นนั้นจะเป็นเพียงเล็กน้อยแต่ก็ต้องยอมรับว่านั่นคือความยิ่งใหญ่ที่ได้พยายามอย่างที่สุด ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพ จะต้องใช้กระบวนการใดๆ ก็ตามที่จะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยด้วยโรคกลับมาใช้ชีวิตในสังคมตามสภาพปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ

3. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

3.1 ความหมายของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

Olenja (2003) กล่าวว่า พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ หมายถึง การดำเนินการใดๆ โดยบุคคลที่รับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพ หรือมีความผิดปกติทางสุขภาพในการหาวิธีการรักษาที่เหมาะสม

Manly-Lampkin (2003) กล่าวว่า พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำและการเลือกไปยังสถานที่ต่างๆ เมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น

Shehrin et al. (2009) กล่าวว่า พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาเพื่อแก้ปัญหาของแต่ละบุคคลเมื่อรับรู้การเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาตั้งแต่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจนถึงเข้าพบบุคลากรทางการแพทย์ ชนิดของแหล่งบริการสุขภาพ การเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย เหตุผลในการเลือกสถานบริการสุขภาพ และเหตุผลที่เลือกไม่ไปสถานบริการสุขภาพ

กนกวรรณ บุญสังข์ (2553) กล่าวว่า พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ หมายถึง การจัดการการหาวิธีแก้ไขกับอาการผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่มีอาการผิดปกติหรือตั้งแต่ที่บุคคลนั้นมีการรับรู้ด้วยตนเองว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น จนกระทั่งไปพบแพทย์

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติในการหาวิธีการจัดการหรือแก้ไขเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นที่สังเกตได้ด้วยตนเอง

3.2 แนวคิดพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

แนวคิดพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ (Health-seeking behavior model) ของ Poortaghi et al. (2015) พัฒนาขึ้นเพื่อวิเคราะห์แนวคิดพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรมทางด้านการพยาบาล ตั้งแต่ปี ค.ศ.2000 – 2012 (พ.ศ.2543 - 2555) โดยเชื่อว่าพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ คือ การกระทำของแต่ละบุคคลในการส่งเสริมความผาสุกสูงสุด การฟื้นฟูสภาพทางด้านสุขภาพ และศักยภาพที่แท้จริงของแต่ละบุคคลในการจัดการด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องและมีลำดับขั้นตอนเริ่มจากการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การประเมินอาการ และการตัดสินใจในการเลือกรูปแบบการดูแลที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถช่วยให้บุคคลสามารถเลือกทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพ ที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งการเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยลดความล่าช้าในการวินิจฉัย เกิดการรักษาที่มีประสิทธิภาพและทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพสามารถอธิบายได้ ดังนี้

1) คุณลักษณะพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ คือ การกำหนดคุณลักษณะที่สำคัญในการวิเคราะห์ซึ่งนำไปสู่การหาความหมายที่แท้จริงของแนวคิด ซึ่งเป็นข้อกำหนดที่มีความเกี่ยวข้องที่ช่วยในการอธิบายและขยายความชัดเจนของแนวคิด โดยการอธิบายนี้จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับคุณลักษณะ โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าคุณลักษณะพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ประกอบด้วย

(1) ปฏิกริยาและกระบวนการ เป็นเครื่องมือสำคัญในการตรวจสอบปฏิกริยาของบุคคลกับระบบสุขภาพ ที่จะช่วยให้สามารถเลือกทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพ ที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตหรือการรักษาของตนเองได้ เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องรวมถึงมีลำดับขั้นตอนเริ่มจากการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การประเมินอาการ และการตัดสินใจเลือกรูปแบบการดูแลที่แตกต่างกัน

(2) ความคิดและการใช้เหตุผล เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความต้องการของบุคคลในการควบคุมภาวะสุขภาพและความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะสุขภาพต่อสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละคนและในแต่ละวัฒนธรรม โดยความคิดและการใช้เหตุผลจะเป็นผลให้บุคคลเกิดการยอมรับ

(3) การตัดสินใจ เป็นกระบวนการเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งจากหลายๆ ทางเลือกที่ได้มีการพิจารณาจากข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพและความเสี่ยงของภาวะสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกรูปแบบของการดูแลสุขภาพและบริการ

(4) การนำไปใช้ จากข้อสรุปที่กล่าวมาได้มีการนำคุณลักษณะพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพไปใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ กระบวนการกลุ่มเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

2) สิ่งกระตุ้นพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ คือ การกำหนดส่วนสำคัญในการวิเคราะห์แนวคิด ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดแนวคิด โดยพบว่าสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพประกอบด้วย

(1) รูปแบบการเจ็บป่วยและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ ระยะทางไปยังศูนย์บริการสุขภาพ ประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ ความพร้อมของยา ความสามารถในการหาซื้อยาด้วยตนเองและคุณภาพของการบริการ ระบบบริการสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรม ทักษะคติต่อบุคลากรทางด้านสาธารณสุข การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความรู้และระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

(2) ปัจจัยทางด้านสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคม และบทบาทของบุคคลในครอบครัวในการช่วยเหลือและร่วมตัดสินใจในการแสวงหาบริการสุขภาพ

(3) ปัจจัยทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อทางด้านวัฒนธรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ความเลื่อมล้ำทางเพศ ระบบชนชั้นในสังคม ความเชื่อเรื่องโชคลางข่าวลือในตำนาน การกลัวตราบาป การรับรู้ของโรคในอดีตและปัจจุบัน ข้อห้ามทางวัฒนธรรม ประสบการณ์ด้านลบเกี่ยวกับสุขภาพ บทบาทในครอบครัว อาชีพ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ สถานภาพการสมรส การปฏิเสธโรคในผู้หญิง

(4) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เช่น รายได้ของครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าเดินทาง และระบบประกันสุขภาพ

3) ผลลัพธ์ของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ คือ การกำหนดองค์ประกอบของพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคและภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ แต่พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างอาจส่งผลต่อความเสี่ยงของการเกิดโรค การวินิจฉัย และการรักษาอย่างถูกต้องจะช่วยให้พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลสามารถจัดการและควบคุมโรคหรือการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าผลลัพธ์ของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ประกอบด้วย

(1) การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลมีความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเอง อันจะเป็นผลต่อสุขภาพที่สมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

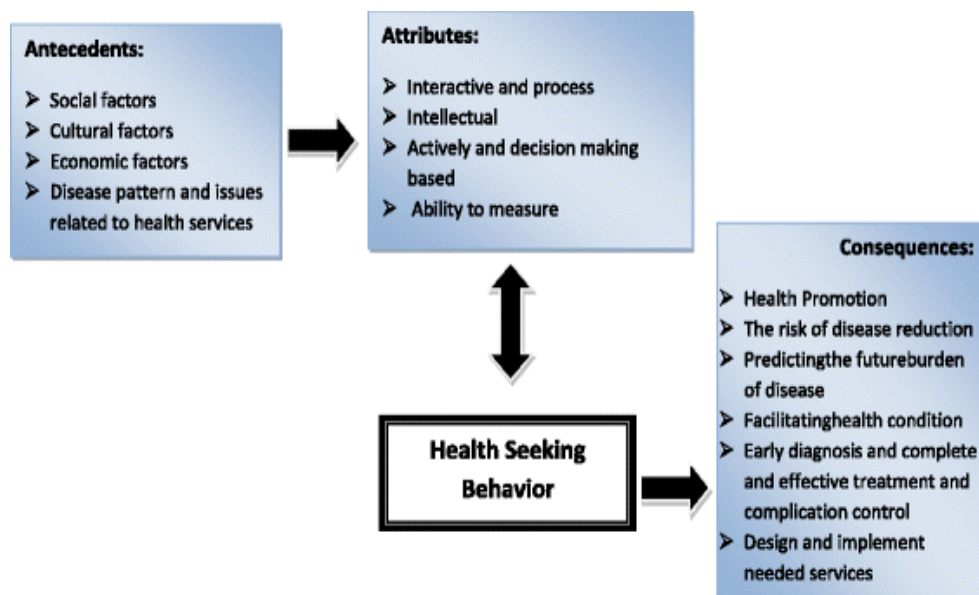
(2) ลดความเสี่ยงของการเกิดโรค โดยพบว่าบุคคลที่ให้ความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดโรคจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคและสามารถได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว

(3) พยากรณ์แนวโน้มของการเกิดโรค เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็ว จะสามารถช่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและพยากรณ์แนวโน้มของโรคหรือความเจ็บป่วยได้

(4) การจัดการกับอาการป่วย เป็นการเลือกบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

(5) การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและประสิทธิภาพของการรักษา เป็นสิ่งสำคัญในการจัดการและควบคุมภาวะเจ็บป่วย ซึ่งจะสามารถวินิจฉัยและรักษาอย่างครบถ้วนมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถควบคุมจัดการกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

(6) การวางแผนและการเลือกใช้เครื่องมือที่จำเป็นในการบริการ สามารถช่วยในการจัดการเลือกใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมตามความจำเป็น



ภาพที่ 1 แผนภาพแสดง Health-seeking behavior model ของ Poortaghi et al. (2015)

จากแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ (Health-seeking behavior model) ข้างต้น ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยศึกษาตัวแปรที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ และข้อความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ อย่างทันทั่วทั้ง

3.3 รูปแบบของพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า วิธีการรักษาที่บุคคลที่มีความเสี่ยงมะเร็งระบบอื่นๆ และ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แสวงหาบริการสุขภาพก่อนการได้รับวินิจฉัย มีดังนี้ (แมนมนนา จิระ จรัส, 2539; นกนิศ รัตนภาสูร, 2550; วไลพรณ ชลสุข, 2540)

3.3.1 การแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ การแสวงหาการรักษาที่ศูนย์บริการ สาธารณสุขและสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ คลินิกแพทย์ แผนปัจจุบัน โรงพยาบาลเอกชน

3.3.2 การแพทย์พื้นบ้าน หรือการแพทย์แผนโบราณ เป็นวิธีการดูแลรักษาโรค อย่างโบราณ และรักษาโรคตามวัฒนธรรมของกลุ่มชนต่างๆ ที่มีมาก่อนที่จะมีการนำวิทยาศาสตร์มา ประยุกต์ใช้ในทางสาธารณสุข เป็นการแพทย์ที่มีอยู่เดิมในชุมชนท้องถิ่น เกิดจากประสบการณ์ในการ

ดูแลความเจ็บป่วยของคนในชุมชนนั้น ทำให้เกิดการสั่งสมความรู้และความเชื่อ ซึ่งถ่ายทอดไปยังคนรุ่นหลังจนกลายเป็นวิถีชีวิตของชุมชน

3.3.3 การอยู่เฉยๆรอดูอาการ หรือการรอสังเกตอาการ เช่น การรอดูอาการให้อาการหายไปเอง โดยไม่ได้รับการหรือค้นหาวิธีการจัดการกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น

3.3.4 การขอคำแนะนำ คำปรึกษาจากบุคคลอื่น เช่น การขอคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว

3.3.5 การทดลองรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง เช่น การซื้อยาใช้เอง

3.3.6 การแพทย์แผนไทย เป็นองค์ความรู้จากภูมิปัญญาที่ถ่ายทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ เกิดจากการผสมผสานระหว่างการแพทย์พื้นบ้านที่มีการจัดระบบองค์ความรู้ร่วมกับการแพทย์อายุรเวทของอินเดีย และมีการบันทึกความรู้เป็นตำราสืบทอดกันมานาน ที่ตกทอดมาจนถึงปัจจุบัน อาศัยหลักการปรับสมดุลของธาตุในร่างกาย โดยอาศัยยาตำรับซึ่งปรุงมาจากสมุนไพรหลายชนิด การนวด รวมถึงการแนะนำเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม และการกินอาหารที่เหมาะสมกับธาตุเจ้าเรือนและความเจ็บป่วย ปัจจุบันมีการสอนการแพทย์แผนไทยแบบกำหนดหลักสูตรชัดเจน และมีการควบคุมทางวิชาชีพตามกฎหมาย (เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2550; สุนี ธนาเลิศกุล, 2544)

3.3.7 การแพทย์ทางเลือก (Complementary and Alternative medicine) การรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยด้วยวิธีการอื่น ที่มีขั้นตอนการปฏิบัตินอกเหนือไปจากที่ได้รับการยอมรับในวงการวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยเน้นไปที่การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistics) ซึ่งเชื่อว่าสุขภาพเป็นเรื่องของความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (สุนี ธนาเลิศกุล, 2544) โดย The National Center for Complementary and Alternative medicine ได้แบ่งการแพทย์ทางเลือกออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ (Jennifer et al., 2005; Molassiotis et al., 2005)

1) กลุ่มระบบการแพทย์ทางเลือก (Alternative medical systems) เช่น โฮมีโอพาธิค (Homeopathic medicine) ธรรมชาติบำบัด (Naturopathy medicine) การแพทย์แผนจีน (Traditional Chinese medicine) และการแพทย์อายุรเวท (Ayurveda)

2) กลุ่มที่เน้นความสัมพันธ์ของกายกับจิต (Mind-Body interventions) เช่น สมาธิบำบัด ภาวนาบำบัด

3) กลุ่มที่ใช้สารชีวภาพธรรมชาติในการบำบัด (Biologically based) เช่น การบำบัดด้วยอาหารเสริม (Diet supplement) สมุนไพร (Herbal product) และวิตามิน

4) กลุ่มการนวดและดัดดึงร่างกาย (Manipulative and Body-based method) เช่น การดัดกระดูกแบบไครโอแพคเตอร์ และการนวดในแบบต่างๆ

5) กลุ่มพลังบำบัด (Energy Therapies) เช่น เรกิ (Reiki) สัมผัสบำบัด (Therapeutic touch) และชี่กง (Qi Gong)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพก่อนการวินิจฉัย เป็นลำดับขั้น ดังนี้ (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550)

1) ผู้ป่วยจะมีการรับรู้อาการผิดปกติ และการให้ความหมายต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งแตกต่างกันตามความรู้ หรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคล หลังจากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นตอนของการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

2) การจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

(1) การอยู่เฉยๆ รอดูอาการ หากอาการไม่ดีขึ้น จึงมาพบแพทย์

(2) การขอคำแนะนำคำปรึกษา จากบุคคลอื่น

(3) การทดลองรักษาตนเอง เช่น การซื้อยามารักษาตนเอง การซื้อยามาทานเอง หรือการเหน็บยา

3) การเลือกแหล่งบริการและเข้ารับบริการ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

(1) การแพทย์แผนปัจจุบัน

(2) การแพทย์แผนโบราณ

เมื่อผู้ป่วยมีแรงผลักดันให้ใหญ่และทราบนักมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีการรับรู้อาการและการให้ความหมายต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นแตกต่างกันตามความรู้หรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคล หลังจากนั้นผู้ป่วยจะมีการจัดการกับอาการผิดปกติซึ่งมีทั้งการที่ผู้ป่วยอยู่เฉยๆ รอดูอาการ การหาคำปรึกษาจากบุคคลต่างๆ การทดลองรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง การซื้อยารักษาตนเอง เช่น ยารับประทาน ยาเหน็บ และการไปพบแพทย์ตามสถานบริการต่างๆ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ การเลือกรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน และการเลือกรักษากับแพทย์ทางเลือก (นภนิศ รัตนภาสูร, 2550; วไลพรณ ชลสุข, 2540)

3.4 เครื่องมือการประเมินพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือการประเมินพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ มีดังนี้

3.4.1 แบบสอบถามการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พัฒนาโดย

นภนิศ รัตนภาสูร (2550) ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ประเมิน 2 ส่วน ได้แก่ (1) การแสวงหาการรักษาที่ไม่นำไปสู่การสูญเสียเวลา และ (2) การแสวงหาการรักษาที่นำไปสู่การสูญเสียเวลา โดยวัดจากข้อคำถามที่เกี่ยวกับวิธีการแสวงหาการรักษาเป็นขั้นตอน ตั้งแต่พบอาการผิดปกติจนกระทั่งได้รับการรักษา โดยประเมินจากการกระทำ หรือไม่กระทำกิจกรรมตามขั้นตอนต่างๆ โดยจำนวนของกิจกรรมที่กระทำจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) น้อยกว่า 4 กิจกรรม และ (2) ตั้งแต่ 4 กิจกรรมขึ้นไป

3.4.2 แบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาการรักษาในผู้สูงอายุ พัฒนาโดย ลลิตา แสงเงิน (2556) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่สำคัญ (วินิจฉัยโดยแพทย์) และอาการเจ็บป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ พร้อมทั้งการจัดการกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เป็นแบบสัมภาษณ์ให้เลือกตอบ

3.4.3 แบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พัฒนาโดยกนกวรรณ บุญสังข์ (2553) โดยสร้างจากแนวคิดทางทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสัมภาษณ์ให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และวิธีการต่างๆ ที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติในการรักษาอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก นับตั้งแต่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติของโรคเกิดขึ้นครั้งแรกจนกระทั่งมาขอรับการรักษาจากแพทย์ครั้งแรก

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อให้สามารถวัดพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ เนื่องจากแบบสอบถามที่ผ่านมา นั้น มีการพัฒนาโดยนำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แต่ยังไม่มียแบบสอบถามในบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผู้วิจัยจึงพัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรมและตำราที่เกี่ยวข้อง โดยลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ โดยคะแนนรวมที่มากแสดงถึงการมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

4.1 การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

4.1.1 ความหมายของการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

Diefenbach and Leventhal (1996) กล่าวว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย หมายถึง เป็นการรับรู้ ความคิดเห็น รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยบุคคลจะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยเมื่อถูกคุกคามจากภาวะความเจ็บป่วย

Ryan and Sawin (2009) กล่าวว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย หมายถึง การแปลความข้อมูลที่เป็นความจริงและความรู้สึกเกี่ยวกับเงื่อนไขทางสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลสร้างขึ้นเมื่อถูกคุกคามจากภาวะเจ็บป่วย

พิมพา เทพวัลย์ (2553) กล่าวว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย หมายถึง การแปลผล หรือ การให้ความหมายของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ตามความเข้าใจ ทศนคติ และความเชื่อของผู้ป่วย แต่ละราย

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย หมายถึง การแปลผลข้อมูล ที่เป็นความจริงเกี่ยวกับสุขภาพที่ผ่านกระบวนการคิดรู้ของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักแต่ละราย

4.1.2 ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีดังนี้

1) ลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น คือ การให้ความหมายอาการของความเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้น ระยะเวลาที่คาดว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไป รวมถึงการรับรู้ถึงสาเหตุของความเจ็บป่วย

2) ความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เป็นการรับรู้เกี่ยวกับ ความสามารถในการรักษาว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือสามารถควบคุมได้ (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984)

3) ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังความเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ของผู้ป่วย ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเจ็บป่วย (Dracup et al., 2006)

4.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมแสวงหา บริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย คือ การแปลความข้อมูลที่เป็นความจริงและความรู้สึกเกี่ยวกับเงื่อนไขทางสุขภาพ หรือ พฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลสร้างขึ้นเมื่อถูกคุกคามจากภาวะเจ็บป่วย (Ryan & Sawin, 2009) จากการศึกษาของ Amuta et al. (2017) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความวิตกกังวล ความเชื่อด้านโภชนาการและความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง จากประชากรวัยผู้ใหญ่ จำนวน 3,185 ราย พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งสามารถทำนายการ แสวงหาข้อมูลและการรักษา ($\beta = .079$; $P < .001$) และจากการศึกษาของ Cameron (2008) ที่ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคมะเร็งผิวหนังและพฤติกรรมในการแสวงหาการป้องกันการ เกิดโรคในวัยผู้ใหญ่ จำนวน 120 ราย พบว่า การรับรู้สาเหตุของโรคมะเร็งผิวหนังมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการแสวงหาการป้องกันโรค ($r = .39$; $P < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Orbell et al. (2008) ที่ศึกษาการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้มารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ ใหญ่และทวารหนัก พบว่าการรับรู้ระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม แสวงหาบริการสุขภาพ ($X^2 = 211.37$; $p < .01$) ดังนั้น การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

จึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก

4.1.4 การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับทั้งด้านความตรงและความเที่ยง มีดังนี้

1) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness Perception Questionnaire: IPQ) พัฒนาโดย Weinman, Petrie, Moss-Morris, and Horne (1996) ใช้ประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย มีข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ ครอบคลุม 5 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ลักษณะและอาการของโรค (Identity) 2) สาเหตุของโรค (Cause) 3) ระยะเวลาการดำเนินโรค (Timeline) 4) ผลกระทบจากความเจ็บป่วย (Consequence) และ 5) การรักษาและการควบคุมโรค (Cure/Control) โดยในส่วนของคุณลักษณะและอาการของโรค (Identity) มีข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามนี้มีการนำไปใช้ในผู้ป่วย 7 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคทางจิตเวช โรคไต เบาหวาน โรคข้ออักเสบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ที่มีอาการเหนื่อยล้าและมีความปวดเรื้อรัง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .73 - .82

2) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (Illness Perception Questionnaire Revised: IPQ-R) พัฒนาโดย Moss-Morris et al. (2002) ใช้ประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้งในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับเดิมมีองค์ประกอบเกี่ยวกับระยะเวลาการดำเนินโรค ความสามารถในการรักษาและควบคุมโรคด้วยตนเองที่ได้ค่าความเที่ยงน้อยกว่าองค์ประกอบอื่น จึงได้มีการพัฒนาแบบสอบถามโดยเพิ่มจำนวนข้อคำถามเข้าไปในทุกองค์ประกอบ มีข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .71

3) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire: Brief IPQ) ซึ่งพัฒนาโดย Broadbent et al. (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดยพิมพ์พิพัทธ์ (2553) มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การรับรู้ความเจ็บป่วย (Cognitive representation) มีข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) 0 – 10 คะแนน มีข้อความอธิบายที่มีลักษณะตรงข้ามกันอยู่ที่เลข 0 และเลข 10 และข้อคำถามปลายเปิด 1 ข้อ โดยให้ระบุ 3 สาเหตุที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุการเกิดโรค และ 2) การตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional responses) มีข้อคำถาม 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมา

ตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) 0 – 10 คะแนน มีข้อความอธิบายที่มีลักษณะตรงข้ามกันอยู่ที่เลข 0 และเลข 10 มีค่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .70

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire: Brief IPQ) ซึ่งพัฒนาโดย Broadbent et al. (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดยพิมพ์ เทพวัลย์ (2553) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามใช้ประเมินการรับรู้การรับรู้ความเจ็บป่วย ที่มีความครอบคลุมทางด้านความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ ลักษณะข้อคำถามเข้าใจง่ายและสั้นกระชับ จำนวนข้อคำถามน้อย คำตอบสามารถเลือกตอบตามลำดับได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว เป็นแบบสอบถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .70

4.2 การสนับสนุนทางสังคม

4.2.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เกิดจากความใกล้ชิด ผูกพัน การให้การดูแล และการเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจซึ่งเกิดขึ้นจากการยอมรับนับถือ และเห็นความมีคุณค่า การให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำด้านข้อมูล วัสดุสิ่งของหรือบริการต่างๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ประเมินตนเอง

Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งประคับประคองทางจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิต

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้การได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนหรือประคับประคอง เป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ช่วยลดความตึงเครียดของอารมณ์ และส่งเสริมการประเมินค่าเหตุการณ์เป็นด้านดี

Jacobson (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลซึ่งเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ และได้รับความรู้ความเข้าใจ ทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจในการจัดการปัญหา และการรับรู้ว่าตนมีคุณค่า

Pender et al. (2006) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว สังคม เพื่อนและผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันและมีเครือข่ายทางสังคมร่วมกัน ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรทางสุขภาพ

4.2.2 แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

1) การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981)

House (1981) ได้แบ่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ คือ กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์และผูกพันกันตามธรรมชาติ มีการให้การช่วยเหลืออย่างจริงจัง โดยความสัมพันธ์นั้นไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบทบาทด้านการทำงาน วิชาชีพ และ 2) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ คือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ โดยมีความเกี่ยวข้องกับบทบาทด้านการทำงานวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น ทีมสุขภาพ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลเด็ก และบุคคลอื่นๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น พระ แม่บ้าน สมาคม และชมรมต่างๆ โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ

(1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก (Emotional support) คือ การที่ผู้ป่วยรู้สึกได้ถึง การเอาใจใส่ ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การเห็นคุณค่าและยอมรับผู้ป่วยจากบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย

(2) การสนับสนุนด้านการประเมินเพื่อการสนับสนุน (Appraisal support) คือ การที่ผู้ป่วยได้ข้อมูลย้อนกลับ ไม่ว่าจะเป็นคำพูด การแสดงออก การให้การรับรองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นไปประเมินและนำไปเทียบกับผู้ที่อยู่ในสังคมเดียวกันว่าเหมือนหรือแตกต่างกัน

(3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือ การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ คำแนะนำ รวมทั้งคำปรึกษาต่างๆ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและโรคที่ตนต้องเผชิญอยู่

(4) การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ (Instrument support) คือ การที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งสิ่งของต่างๆ ที่จำเป็น

2) การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981)

Schaefer et al. (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้ คือ

(1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การก่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิด มีความมั่นใจ และความเชื่อมั่นว่าจะพึ่งพิงผู้อื่นได้เสมอ ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นที่รัก เป็นที่ใส่ใจ และเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่ม

(2) การสนับสนุนทางวัตถุ (Tangible support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือ หรือให้บริการต่างๆ เช่น ให้ยืมเงิน ให้ของขวัญ ช่วยดูแลในเวลาที่ต้องการ

(3) การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้ข้อมูล ข่าวสาร และคำแนะนำ ซึ่งจะช่วยทำให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ รวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงการกระทำของบุคคลด้วย

3) การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Jacobson (1986)

Jacobson (1986) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

(1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นพฤติกรรมการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ และเชื่อว่ามีบุคคลเคารพนับถือยกย่อง ให้ความรักดูแลเอาใจใส่

(2) การสนับสนุนด้านสติปัญญา (Cognitive support) เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ หรือคำแนะนำที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตน และช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

(3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการสนับสนุนด้านสิ่งของและการบริการต่างๆ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาได้

4.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก ได้รับความคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว สังคม เพื่อนและผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ (Pender et al., 2006) เป็นการรับรู้การได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนหรือประคับประคอง เป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ช่วยลดความตึงเครียดของอารมณ์ และส่งเสริมการประเมินค่าเหตุการณ์เป็นด้านดี (Lazarus & Folkman, 1984) จากการศึกษาของ Macleod et al. (2009) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มการแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการศึกษาของ Kreps (2014) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่อการแสวงหาแหล่งข้อมูลในการดูแลสุขภาพของชาวอเมริกันเชื้อสายเกาหลีจำนวน 215 คน ช่วงอายุ 18 – 49 ปี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกต่อการแสวงหาแหล่งข้อมูลในการดูแลสุขภาพ ($t = 2.23$; $P < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kroenke et al. (2006) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมในบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ต่อการแสวงหาบริการสุขภาพและความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพ ($HR = 2.14$; 95% CI 1.11 – 4.12 $p < .01$) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

4.2.4 เครื่องมือการประเมินการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับทั้งด้านความตรงและความเที่ยง มีดังนี้

1) Social Support Questionnaire: SSQ พัฒนาโดย Schaefer et al. (1981) ประเมิน 2 ส่วน คือ 1) สถานการณ์ ประกอบด้วย 9 สถานการณ์ เพื่อวัดการสนับสนุนด้านวัตถุ 2) จำนวนเครือข่ายที่เฉพาะ เช่น คู่สมรส เพื่อน ความสัมพันธ์ในโรงเรียนหรือที่ทำงาน โดยมี 1 คำถาม ที่ถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และอีก 4 คำถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของการสนับสนุนด้านวัตถุเท่ากับ .56 การสนับสนุนด้านอารมณ์เท่ากับ .68

2) The ENCRICH Social support Questionnaire: ESSI พัฒนาโดย Mitchell et al. (2003) แปลเป็นภาษาไทยโดยจันทนา หล่อตะกูล (2549) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจ มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ข้อคำถามที่ 1 – 6 มีมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้ง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา ส่วนข้อคำถามที่ 7 เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .83

3) The multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS เป็นแบบวัดการรับรู้ความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ ใช้ประเมินการรับรู้ การได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรอื่นๆ ที่นอกเหนือจากคนในครอบครัวและเพื่อน พัฒนาโดย Zimet et al. (1988) ซึ่งต่อมาได้มีการพัฒนาแบบสอบถามให้วัดความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือด้านสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) (r-T-MSPSS) โดย Tinakorn and Nahathai (2012) มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก (1) ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง (7) เห็นด้วยมากที่สุด แบ่งระดับของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมออกเป็นระดับต่ำ ปานกลาง และสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Zimet et al. (1988) ฉบับปรับปรุงเป็นภาษาไทย (r-T-MSPSS) โดย Tinakorn and Nahathai (2012) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามใช้ประเมินการรับรู้การได้รับความช่วยเหลือการสนับสนุนที่นอกเหนือจากคนในครอบครัวและเพื่อน ลักษณะข้อคำถามเข้าใจง่ายและสั้นกระชับ คำตอบสามารถเลือกตอบตามลำดับได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว เป็นแบบสอบถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89

4.3 ความวิตกกังวล

4.3.1 ความหมายของความวิตกกังวล

Montgomery and Morris (1994) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่มีความไม่สบายใจ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกในด้านลบ เช่น ความรู้สึกกลัว หงุดหงิด กระวนกระวายใจ ความเศร้าโศก หรือรบกวนจิตใจ เป็นภาวะที่คุกคามทั้งด้านภายในและภายนอกตัวบุคคล ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าและไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อนั้น

Spielberger and Sydeman (1994) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง การตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งที่มากระตุ้น โดยที่สิ่งกระตุ้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการคาดการณ์ของบุคคล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ

Stuart and Laraia (2014) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง อารมณ์และประสบการณ์ที่อยู่ภายในจิตใจของแต่ละบุคคล เป็นพลังงานที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง เป็นอารมณ์ที่ปราศจากสิ่งเฉพาะเจาะจง ซึ่งถูกกระตุ้นโดยประสบการณ์ใหม่ที่ไม่เคยได้รับมาก่อน

Spielberger (2004) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถึงเครียด หวาดหวั่น กังวลใจ และมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติให้มีลักษณะสู้หรือหนี

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ รู้สึกตื่นเต้น และกระสับกระส่ายของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งเกิดจากการประเมินสถานการณ์ต่างๆ หรือสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น หรือคาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะมีการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจเกี่ยวกับการตรวจรักษา

4.3.2 สาเหตุของความวิตกกังวล

1) ด้านร่างกายและพันธุกรรม พันธุกรรมอาจเป็นตัวกำหนดว่าการเกิดอาการวิตกกังวลของบุคคลจากการกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอกจะเกิดขึ้นได้รวดเร็วเพียงใด และพบว่าร้อยละ 80 – 90 ของแฝดไข่ใบเดียวกัน จะพบความวิตกกังวลเช่นเดียวกัน นอกจากนี้สิ่งที่คุกคามด้านร่างกายของบุคคลก็เป็นสาเหตุของความวิตกกังวลได้ เช่น ปัญหาการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิต หรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลงจะเป็นสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้

2) ด้านจิตใจ ความวิตกกังวลเป็นความขัดแย้งทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดขึ้นครั้งแรกของชีวิตขณะที่ทารกอยู่ในกระบวนการคลอด เมื่ออายุมากขึ้น Ego พัฒนาขึ้น ทำให้เกิดความวิตกกังวล

ชนิดใหม่ คือ ความขัดแย้งระหว่าง Id กับ Superego โดยมี Ego เป็นตัวประนีประนอมระหว่างความขัดแย้งดังกล่าว และทำหน้าที่เสมือนเป็นสิ่งที่ให้สัญญาณว่ามีอันตราย โดยแสดงออกมาในลักษณะที่มีความวิตกกังวลต่างๆ เช่น วิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายของร่างกาย หรืออวัยวะเพศ หรือวิตกกังวลจากการพลัดพราก เป็นต้น นอกจากนี้ความวิตกกังวลในระยะแรกของชีวิต จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลในภายหลังได้ง่ายขึ้น

3) ด้านชีวเคมี สมอส่วนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ได้แก่ บริเวณ Locus ceruleus ซึ่งอยู่บริเวณ Fourth ventricle สมอส่วนนี้สร้าง Norepinephrine มากที่สุดถึงร้อยละ 50 จากการทดลองด้วยการกระตุ้นไฟฟ้าของสมอส่วนนี้ทำให้เกิดกลุ่มความวิตกกังวลออกมาและการลดการกระตุ้นสมอส่วนนี้ทำให้กลุ่มความวิตกกังวลลดลง

4) ด้านสังคม วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณี มีผลต่อการพัฒนาการของมนุษย์ตั้งแต่วัยเด็ก เพราะสังคมและวัฒนธรรมจะถูกถ่ายทอดจากผู้เลี้ยงดูไปสู่เด็ก ถ้าสัมพันธภาพระหว่างแม่และเด็กไม่ดี จะมีผลทำให้เด็กเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง หรือในเด็กเล็กที่กลัวว่าจะไม่ได้รับการยอมรับจากพ่อแม่ จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น

จากสาเหตุที่กล่าวมา จะเห็นว่าความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ทุกสถานการณ์ที่บุคคลนั้นถูกคุกคามต่อความมั่นคงและความปลอดภัยของตนเอง อาจมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ชีวเคมี หรือด้านจิตใจ ซึ่งบางคนสามารถบอกถึงสาเหตุชัดเจน แต่บางคนไม่สามารถบอกได้ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้นสาเหตุหลักของความวิตกกังวลเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะภายหลังการผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ ซึ่งเป็นผลมาจากลำไส้ใหญ่ถูกตัดออกไปเป็นส่วนมากทำให้ประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลงจากปกติ และจากการที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ภายหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง รูปแบบการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง

4.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลมีหลายประการ ดังต่อไปนี้ (Lazarus & Folkman, 1984)

1) เพศ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการบุคลิกภาพด้านร่างกายที่มีผลต่อความวิตกกังวล โดยเป็นผลจากการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน เพศหญิงจะมีอารมณ์หงุดหงิดวิตกกังวลเมื่อระดับ Estrogen hormone ต่ำมาก สำหรับเพศชายจะมี Androgen hormone ซึ่งมีผลทำให้เพศชายมีอารมณ์วิตกกังวลต่ำกว่า

2) อายุ เป็นส่วนหนึ่งของการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ ซึ่งจะมีผลต่อความวิตกกังวล ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า อาจเนื่องจากผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์มากกว่า ทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดีจึงมีความวิตกกังวลน้อยกว่า

3) ประสบการณ์ในอดีตที่เคยได้รับ เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมด้วยสติปัญญา ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์หรือความทรงจำในอดีตที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหตุการณ์ที่เผชิญเหมือนเดิม หรือแตกต่างไปจากเดิม

4.3.4 ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจะมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน ขึ้นกับอายุ ภาวะทางอารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต ภาวะสุขภาพ รวมทั้งยังขึ้นกับสิ่งที่มากระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์และบุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ ด้วย ซึ่งความวิตกกังวลสามารถแบ่งระดับความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ คือ (Stuart & Laraia, 2014)

1) ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลระดับปกติที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเป็นอยู่ประจำวัน บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับนี้จะไม่มีความตื่นตัว มีความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่างๆ ดีขึ้น ตลอดจนมีความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหาได้ดีขึ้น มีการตัดสินใจดี สามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดี ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและสบาย

2) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้ทำให้บุคคลตื่นตัวและว่องไวมากขึ้น แต่ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่างๆ แคลงความสามารถในการเรียนรู้ลดลง เลือกลงใจเฉพาะสถานการณ์บางส่วนที่จำกัดอยู่ในขอบเขตของสิ่งกระตุ้นที่กำลังสนใจเท่านั้น สิ่งกระตุ้นอื่นๆ จะถูกตัดออกหมด ความวิตกกังวลระดับนี้ถ้าได้รับความช่วยเหลือจะทำให้ความวิตกกังวลลดลงและความสามารถต่างๆ จะกลับดีขึ้น

3) ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) เป็นระดับความวิตกกังวลที่ทำให้ความสามารถในการรับรู้ของระบบประสาทสัมผัสต่างๆ แคลงอย่างมาก การมองสภาพแวดล้อมจะบิดเบือนไปจากสภาพความเป็นจริง รับรู้รายละเอียดของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงบางส่วน สนใจเฉพาะเหตุการณ์ปลีกย่อย จุดสำคัญของเหตุการณ์จะมองข้ามไป ไม่สามารถจับรายละเอียดในเหตุการณ์ปลีกย่อยจุดสำคัญของเหตุการณ์ต่างๆ ได้ บุคคลจะไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่ายอย่างเห็นได้ชัด ระบบซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาให้เห็นสถานการณ์

4) ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้การรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆ บิดเบือนไปจากความจริง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีความผิดปกติ

ทางความคิดและบุคลิกภาพ ความสามารถในการเรียนรู้จะหายไป ไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น อาจมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน แสดงความก้าวร้าวอย่างรุนแรง

จากข้อมูลเบื้องต้นจะเห็นว่าระดับความวิตกกังวลจะก่อให้เกิดผลดีและผลเสียต่อบุคคลตามระดับความรุนแรง ซึ่งความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยจะช่วยให้มีแรงจูงใจในการทำงาน แต่ถ้าระดับความวิตกกังวลในระดับสูงหรือรุนแรงมาก จะทำให้ความสามารถในการทำงานและความกระตือรือร้นลดลง นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายได้อย่างมากมาย

4.3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ความวิตกกังวล เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กังวลใจ และมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติให้มีลักษณะสู้หรือหนี (Spielberger, 2004) เป็นความรู้สึกเชิงจิตวิสัย (Subjective feeling) ของความไม่สบายใจ (Uneasiness) และความหวาดหวั่น (Apprehension) เกี่ยวกับการคุกคามบางอย่าง ซึ่งการคุกคามมักเกี่ยวข้องกับร่างกาย (จำลอง ดิษยวณิช, 2545) จากการศึกษาของ Amuta et al. (2017) พบว่าความวิตกกังวล พบว่าความวิตกกังวลสามารถทำนายพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลและการรักษา ($\beta = .129$; $P < .001$) และจากการศึกษาของ Zhao and Cai (2009) พบว่าความวิตกกังวลสามารถทำนายพฤติกรรมแสวงหาแหล่งข้อมูลของโรคมะเร็งที่เกิดในผู้ที่สูบบุหรี่ ($\beta = -.29$; $P = .05$) ดังนั้น ความวิตกกังวลจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

4.3.6 เครื่องมือการประเมินความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือใช้วัดและประเมินความวิตกกังวลซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับทั้งด้านความตรงและความเที่ยง มีดังนี้

1) แบบประเมินความรุนแรงของความวิตกกังวล (Hamilton Anxiety Rating Scale: HAM-A) พัฒนาโดย Hamilton (1960) ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลภายในจิตใจ และความวิตกกังวลที่แสดงออกทางกาย มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการเลย จนถึง 4 คะแนน หมายถึง มีอาการมากที่สุด ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 56 คะแนน มีค่าความน่าเชื่อถือภายใน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .74

2) แบบประเมินความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory: STAI from-Y) พัฒนาโดย Spielberger and Gorsuch (1983) ใช้ในการประเมินความรู้สึกวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะ ได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวลแบบ State (State Anxiety: from X – I) ใช้วัดความวิตกกังวลในสถานการณ์ที่บุคคลถูกคุกคามจากความเครียดต่างๆ และใช้วัดนิสัยวิตกกังวลที่มีอยู่ประจำใน

บุคคลนั้น ได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวลแบบ Trait (Trait Anxiety: from X – II) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยข้อความทางด้านบวก 11 ข้อ จาก 1 คะแนน หมายถึง เกือบไม่มีเลย จนถึง 4 คะแนน หมายถึง เกือบตลอดเวลา ส่วนข้อความด้านลบ 9 ข้อ ต้องกลับค่าคะแนน จาก 1 คะแนน หมายถึง เกือบตลอดเวลา จนถึง 4 คะแนน หมายถึง เกือบไม่มีเลย ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 20 – 80 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86 - .92

3) แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai HADS) พัฒนาโดย Zigmond and Snaith (1983) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์ เป็นแบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ประเมินอาการวิตกกังวล มีข้อคำถาม 7 ข้อ และ 2) ประเมินอาการซึมเศร้า มีข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นเลย จนถึง 3 คะแนน หมายถึง เป็นส่วนใหญ่ ระดับคะแนนของแต่ละส่วนอยู่ในช่วง 0 – 21 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State-Anxiety Inventory) ซึ่งพัฒนาโดย Spielberger and Gorsuch (1983) จากแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ของพัทรีญา แก้วแพง (2547) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามใช้วัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ลักษณะข้อคำถามเข้าใจง่ายและสั้นกระชับ คำตอบสามารถเลือกตอบตามลำดับได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว เป็นแบบสอบถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .88

4.4 ความกลัว

4.4.1 ความหมายของความกลัว

Lang (1978) กล่าวว่า ความกลัวเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม สถานการณ์ และ/หรือเหตุการณ์ที่คาดว่าจะมีอันตรายต่อตนเอง

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า ความกลัวเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลประเมินว่า สถานการณ์ หรือสิ่งที่กำลังเผชิญนั้น เป็นความเครียดในลักษณะคุกคามที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง และแหล่งประโยชน์ที่ตนมีนั้นไม่เพียงพอที่จะใช้ในการจัดการกับสถานการณ์นั้นได้

Moore (1987) กล่าวว่า ความกลัวเป็นความรู้สึกที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อตนเอง ซึ่งบุคคลสามารถรับรู้ได้ โดยผ่านประสาทสัมผัส ปฏิกริยาตอบสนองต่อความกลัวของบุคคล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านพฤติกรรม อารมณ์ และด้านสรีระ

Gullone (2000) กล่าวว่า ความกลัวเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองตามธรรมชาติที่มีต่อภัยคุกคามทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือเกิดจากจินตนาการ

Ehlers and Clark (2000) กล่าวว่า ความกลัวเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ ที่เกิดจากการประเมินเหตุการณ์และผลของเหตุการณ์ โดยประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นอันตราย จึงเกิดความรู้สึกกลัว

ราชบัณฑิตยสถาน (2554) ให้ความหมายของคำว่า “กลัว” หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายประสพสิ่งที่ไม่ดีแก่ตัว รู้สึกหวาดกลัวเพราะคาดว่าจะประสพภัย รู้สึกไม่สบายประสพสิ่งที่ไม่ดีแก่ตัว เช่น กลัวบาป กลัวถูกตีเตียน รู้สึกหวาดกลัวเพราะคาดว่าจะประสพภัย เช่น กลัวเสือ กลัวไฟไหม้

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ ความกลัว หมายถึง ปฏิกริยาการตอบสนองทางอารมณ์ ต่ออันตราย หรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นในขณะนั้นกับบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

4.4.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความกลัว

ทฤษฎีที่มีความเกี่ยวข้องกับความกลัว สามารถอธิบายได้ดังนี้

1) ทฤษฎีทางอารมณ์ มี 3 ทฤษฎีที่อธิบายพฤติกรรม และลักษณะของอารมณ์ รวมทั้งอธิบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กับอารมณ์ ได้แก่

(1) ทฤษฎี James-Lange theory of emotion เป็นทฤษฎีทางอารมณ์ ทฤษฎีแรก ที่ตั้งโดย James and Lange (1884) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความรู้สึกทางอารมณ์จะเกิดขึ้นจากการกระตุ้นของร่างกาย และการตอบโต้ของร่างกาย จะทำให้เกิดการรับรู้ทางอารมณ์ การตอบโต้ภายใน จะเป็นตัวเริ่มต้นของการรับรู้ ความกลัว และจะเป็นผลให้เกิดการตอบโต้ของร่างกาย ทฤษฎีนี้เน้น การรับรู้ความรู้สึกของตนเอง

(2) ทฤษฎี The Cannon-Bard theory of emotion พัฒนาจากทฤษฎีของ James-Lange โดย Cannon (1927) พบว่า อารมณ์เกิดจากแรงกระตุ้นและเคยมีประสบการณ์ทางอารมณ์มาก่อน และสรุปว่าสมองส่วน Thalamus และ Hypothalamus เป็นศูนย์กลางของอารมณ์ ประสพการณ์ และการตอบโต้ของร่างกาย จะทำงานร่วมกับ Thalamus และ Hypothalamus โดยแรงกระตุ้นอารมณ์จะเดินทางผ่าน Thalamus ไปยังเปลือกสมองบางส่วนผ่านระบบประสาทอัตโนมัติไปยังกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อันเนื่องมาจากอารมณ์นั้น และต่อมาได้ทำการศึกษาเพิ่มเติม จนพบว่าสมองส่วน Limbic มีหน้าที่ควบคุมอารมณ์ โดยตรงมากกว่า Thalamus และ Hypothalamus จึงสรุปว่า สมองส่วนที่ควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ คือ สมองส่วน Limbic

(3) ทฤษฎี The Schachter-Singer theory of emotion หรือ เรียกอีกชื่อว่า ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจ (Cognitive theory) พัฒนาโดย Schachter and Singer (1962) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า มนุษย์แปลความรู้ ความเข้าใจที่เกิดจากสภาพแวดล้อม และร่างกายของตนเองได้

เมื่อมีประสบการณ์ตอบโต้ของร่างกายเกิดขึ้น โดยอธิบายกระบวนการแปลความรู้ ความเข้าใจนี้ออกเป็น 2 ขั้นตอน (1) การแปลตัวกระตุ้นจากสภาพแวดล้อม โดยสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ เนื่องจากคนส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการกระทบกระเทือนจากสภาพแวดล้อมโดยตรง แต่จะได้รับการแปลสิ่งต่างๆ จากสภาพแวดล้อมนั้น ทำให้เกิดอารมณ์ขึ้น และ (2) การแปลตัวกระตุ้นจากร่างกาย และมีผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้ตื่นตัว เช่น เมื่อรู้สึกกลัวหัวใจจะเต้นแรงขึ้น แปลความหมายว่าเรามีความกลัว

2) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Freud's Psychoanalytic theories) ของ Freud (1917) โดยอธิบายว่า ความกลัว เกิดจากการใช้กลไกป้องกันทางจิตที่ไม่ได้ผลในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความกลัว เนื่องจากมีความขัดแย้งในใจ

3) ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ของ Pavlov and Thompson (1902) อธิบายว่า ความกลัว เป็นปฏิกิริยาหลีกเลี่ยงที่ถูกลงเงื่อนไข เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้น (Condition avoidance reaction) เช่น การเรียนรู้พฤติกรรมที่จะหลบหลีกเพื่อให้ออกห่างจากสิ่งที่เป็นอันตราย

4) ทฤษฎีพัฒนาการทางชีวภาพ (Biological-developmental theory) ของ Charles (1859) อธิบายว่า ความกลัว เป็นการปรับตัวทางธรรมชาติ แสดงออกในรูปของพฤติกรรมเพื่อแสวงหาความปลอดภัย โดเมนเฉพาะการได้รับการปกป้องของบุคคล โดยการแสดงออกในเรื่องความกลัวจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

4.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ความกลัว เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองตามธรรมชาติที่มีต่อภัยคุกคามทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือเกิดจากจินตนาการ (Gullone, 2000) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ ที่เป็นผลจากการประเมินเหตุการณ์และผลของเหตุการณ์ โดยประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นอันตราย จึงเกิดความรู้สึกกลัว (Ehlers & Clark, 2000) ความกลัวรบกวนกระบวนการคิดระหว่างเหตุการณ์ ที่มีผลต่อการสร้างมโนภาพต่อเหตุการณ์ และการเก็บข้อมูลความทรงจำ ผลทางด้านชีววิทยา คือ ความกลัว ส่งผลให้มีการหลั่งของ cortisol ทำให้กระบวนการเข้ารหัสข้อมูลความทรงจำของเหตุการณ์มีความบกพร่อง และการค้นคืนข้อมูลทำได้ยาก (Intention recall) ความกลัวมีผลต่อการหลั่ง Norepinephrine ทำให้ความทรงจำของเหตุการณ์รุนแรง และความทรงจำด้านอารมณ์จากเหตุการณ์รุนแรงเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้ภาพเหตุการณ์รุนแรงชัดเจน เกิดอาการภาพติดตา (Flashback) อาการตื่นตัวสูงและอาการหวาดระแวง (Fink, 2000) เมื่อเกิดความกลัว ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสิ่งที่กระตุ้นความกลัวทำให้ขัดขวางการแก้ไข การประเมินค่าเหตุการณ์ (Reappraisal) ซึ่งทำให้ความทรงจำที่ไม่ดีของเหตุการณ์รุนแรงยังคงอยู่ ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงนั้นยังเรื้อรังต่อไป (Ehlers &

Clark, 2000) จากการศึกษาของ Synowiec-Pilat and Palega (2018) ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง บุคคลทั่วไปเกี่ยวกับความกลัวโรคมะเร็งจำนวน 910 ราย พบว่าร้อยละ 85 มีความกลัวเกี่ยวกับ โรคมะเร็งและถ้าหากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งจะต้องรีบแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพอย่าง ทันที และจากการศึกษาของ Nelissen et al. (2015) ได้ทำการศึกษาความกลัวและการแสวงหา ข้อมูลการรักษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งในประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและไม่ได้ รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง จำนวน 621 ราย พบว่าร้อยละ 46.46 มีความกลัวโรคมะเร็งระดับสูง และความกลัวมีความสัมพันธ์ต่อการแสวงหาข้อมูลการรักษาโรคมะเร็ง ($t = -5.76$; $P < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Miles et al. (2008) ทำการศึกษาในประชากรทั่วไป อายุ 50 – 70 ปี จำนวน 1,442 ราย พบว่าความกลัวเกี่ยวกับโรคมะเร็งสามารถทำนายพฤติกรรมแสวงหาบริการ สุขภาพ ($\beta = .236$; $P < .001$) ดังนั้น ความกลัวจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการ สุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

4.4.4 เครื่องมือที่ใช้วัดและประเมินความกลัว

จากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือใช้วัดและประเมินความกลัวซึ่งเป็นที่รู้จักและ ยอมรับทั้งด้านความตรงและความเที่ยง มีดังนี้

1) The Fear Survey Schedule-II: FSS-II พัฒนาโดย Geer (1965) เป็น แบบสอบถามความกลัวโดยทั่วไป ข้อคำถามถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว มีข้อคำถามทั้งหมด 51 ข้อ เพื่อประเมินระดับของความกลัว โดยแบ่งระดับความกลัวออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ Mild, Moderate และ Severe มีค่าความน่าเชื่อถือภายใน ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสันเท่ากับ .94

2) The Social Avoidance and Distress Scale: SAD พัฒนาโดย Watson and Friend (1969) มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ให้เลือกตอบ “ถูก” หรือ “ผิด” เพื่อวัดความวิตกกังวล ทางสังคม 2 ด้าน คือ 1) ด้านความวิตกกังวลจาก 4 ประสบการณ์ คือ (1) ความรู้สึกความทุกข์ทรมาน (2) ความรู้สึกไม่สบาย (3) ความกลัว (4) ความวิตกกังวล และ 2) ด้านการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ทาง สังคม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .94

3) The Fear of Negative Evaluation Scale: FNE พัฒนาโดย Watson and Friend (1969) โดยพัฒนามาจากแบบสอบถาม The Social Avoidance and Distress Scale (SAD) ใช้ประเมินประสบการณ์ของบุคคลที่ประสบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด มีข้อคำถาม ทั้งหมด 30 ข้อ ให้เลือกตอบ “ถูก” หรือ “ผิด” มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .94 - .98

4) The Brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale: FNEB พัฒนา โดย Leary (1983) ใช้ในการประเมินความกลัว และความวิตกกังวลในการเข้าสังคม พัฒนามาจาก แบบสอบถาม The Fear of Negative Evaluation Scale (FNE) มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็น

มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีคุณลักษณะเช่นนั้น จนถึง 5 คะแนน หมายถึง ตรงกับคุณลักษณะมากที่สุด ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 12 – 60 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90

5) The Fear of Pain Questionnaire – III: FPQ-III พัฒนาโดย McNeil and Rainwater (1998) ใช้ประเมินความกลัวและความวิตกกังวลจากความเจ็บปวด ใช้ได้ทั้งในกลุ่มประชากรทั่วไป และในกลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นจริง จนถึง 5 คะแนน หมายถึง เป็นจริงที่สุด ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 30 – 150 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .95

6) แบบประเมินความกลัวเมื่อเกิดอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักของกนกวรรณ บุญสังข์ (2553) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความกลัว จนถึง 3 คะแนน หมายถึง มีความกลัวมาก แบ่งระดับความกลัวออกเป็น 3 ระดับ กลัวน้อย กลัวปานกลาง และกลัวมาก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .85

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงดัดแปลงจากแบบประเมินความกลัวเมื่อเกิดอาการผิปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของกนกวรรณ บุญสังข์ (2553) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้แบบสอบถามมีความเหมาะสมกับเนื้อหาและบริบทของงานวิจัยครั้งนี้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศไทย

แม่นมนา จิระจรัส (2539) ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คัดเลือกตามเกณฑ์จำนวน 20 ราย ติดตามผู้ป่วยได้ 17 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองแบ่งเป็น ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน ได้แก่ เจตคติต่อโรคและการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาทางด้านการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์พื้นบ้าน ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารแสลงกับโรคมะเร็ง อุปนิสัยประจำตัว และภาวะสุขภาพ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน และระบบบริการสุขภาพ โดยปัจจัยเหล่านี้มีผลทั้งด้านบวกและลบต่อการดูแลตนเอง

กนกวรรณ บุญสังข์ (2553) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง

ลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกระยะของโรค จำนวน 80 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนใหญ่ไม่แสวงหาการรักษา (ร้อยละ 58.8) มากกว่าแสวงหาการรักษา (ร้อยละ 41.3) ในกลุ่มที่ไม่แสวงหาการรักษา พบว่า ผู้ป่วยมักรอสังเกตอาการ/รอให้อาการหายไปเอง (ร้อยละ 87.2) ส่วนกลุ่มที่แสวงหาการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะซื้อยาจากร้านขายยามารักษาตนเอง (ร้อยละ 63.6) เมื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนาย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถทำนายพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ร้อยละ 11 ($p < .05$)

งานวิจัยต่างประเทศ

Crosland and Jones (1995) ศึกษาความชุกของภาวะเลือดออกทางทวารหนักและพฤติกรรมของผู้ที่มีอาการผิดปกติในการขอคำปรึกษา ในผู้ที่มีอาการเลือดออกทางทวารหนักจำนวน 2000 คน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 41 ของผู้ที่มีอาการเลือดออกทางทวารหนักมีการแสวงหาแหล่งให้คำปรึกษากับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 มีการขอรับคำปรึกษาจากแพทย์ และในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 40 – 60 ปี มีแนวโน้มที่จะขอคำปรึกษาจากแพทย์ ($X^2 = 7.67$; $P < .022$) และพบว่าการที่ผู้ที่พบเลือดในอุจจาระจะมีการแสวงหาคำปรึกษาจากแพทย์ ($X^2 = 17.109$; $P < .0001$)

Sheikh and Ogden (1998) ศึกษาบทบาทของความรู้ และความเชื่อในพฤติกรรมการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเกี่ยวกับมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจ และความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งจะมีพฤติกรรมการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ โดยพบว่าความรู้และการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือมีความสัมพันธ์กัน ($r = .27$; $P < .0001$)

Shapiro et al. (2001) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อช่วยลดอัตราการตาย ในประชากรชาวอเมริกันจำนวน 52,754 ราย จากการตรวจหาอุจจาระในเลือดและการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ผลการศึกษาพบว่าประชากรชาวอเมริกันมีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่สูงกว่าการตรวจคัดกรองโรคอื่นๆ โดยพบว่าการตรวจหาอุจจาระในเลือดคิดเป็นร้อยละ 29 การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลายคิดเป็นร้อยละ 41 โดยผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรง เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย จะให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มมากขึ้น

James, Campbell, and Hudson (2002) ศึกษาอุปสรรคในการรับรู้และประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกลุ่มชาวแอฟริกันอเมริกันที่อาศัยอยู่ทางเหนือของแคลิฟอร์เนีย (การรับรู้เกี่ยวกับการคัดกรองโรค) จำนวน 850 ราย ผลการศึกษาพบว่าวิธีที่กลุ่ม

ตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือ การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งสามารถตรวจได้ชัดเจนมากกว่าการตรวจหาเลือดในอุจจาระ

Cockburn, Paul, Tzelepis, McElduff, and Byles (2003) ศึกษาความล่าช้าในการหาคำแนะนำสำหรับอาการบ่งชี้โรคมะเร็งลำไส้ โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ประชากรวัยผู้ใหญ่จำนวน 1332 คน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 23 ($n = 306$) ของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่ามีประสบการณ์การมีเลือดออกทางทวารหนัก โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ที่พบอาการเลือดออกทางทวารหนักไม่ได้ขอรับคำแนะนำทางการแพทย์เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

McCaffery et al. (2003) ศึกษาความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะแรกของโรค ศึกษาในประชากรชาวอังกฤษ ช่วงอายุระหว่าง 16 – 74 ปี จำนวน 1,637 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 58 ($n = 995$) ไม่สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ คิดเป็นร้อยละ 24 ($n = 393$) ระดับความรู้ที่ความสัมพันธ์ทางลบกับเจตคติ ($P < .0001$) และความรู้กับเจตคติที่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ($P < .0001$)

Green and Kelly (2004) ศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในคนอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน จำนวน 100 ราย ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการคัดกรองโรคเบื้องต้นด้วยตนเอง ได้แก่ การตรวจหาเลือดในอุจจาระ การตรวจลำไส้โดยการสวนหรือทานแบเรียมเพื่อค้นหาความผิดปกติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นภัยคุกคามซึ่งต้องได้รับการคัดกรองเพื่อที่จะลดโอกาสของการเป็นโรคและสามารถรักษาโรคได้อย่างรวดเร็ว

Larkey and Gonzalez (2007) ศึกษาความพยายามในการส่งเสริมสุขภาพของชาวละตินอเมริกัน เพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากการเล่าเรื่องราวต่างๆ ของชาวละติน จำนวน 64 ราย ผลการศึกษาพบว่า ชาวละตินรับรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีการรับประทานอาหารจำพวกเส้นใยผัก ผลไม้ ($p = .030$) และมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ($p = .018$) และมีการขอคำแนะนำจากเพื่อนหรือญาติเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

Rini, Jandorf, Valdimarsdottir, Brown, and Itzkowitz (2008) ศึกษาความทุกข์ในผู้ป่วยโรคลำไส้อักเสบที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การตรวจสอบเบื้องต้นจากข้อมูลผลกระทบจากประวัติครอบครัวที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะเวลาของโรค

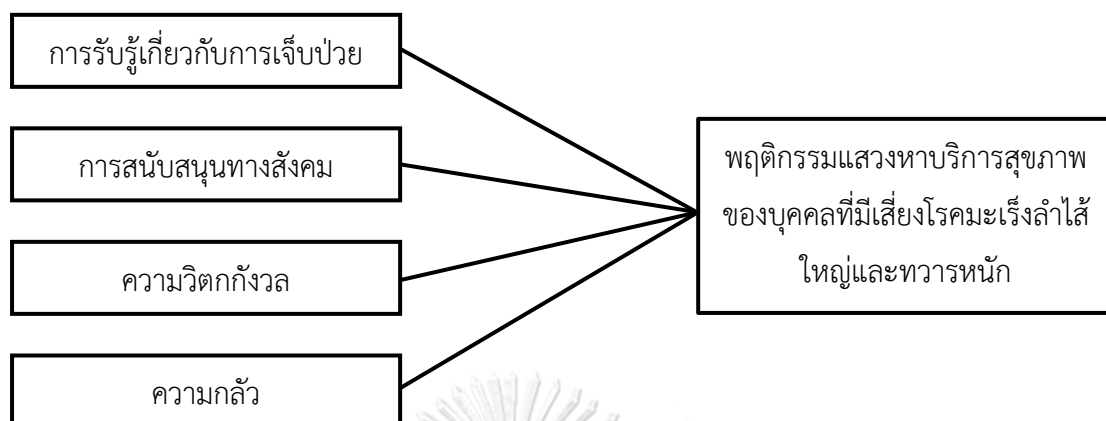
และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 223 ราย ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุน จะช่วยลดความเสี่ยงต่อความทุกข์ซึ่งเป็นผลทางด้านจิตใจจากการเจ็บป่วยได้ ($p < .001$)

Kreps (2014) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการแสวงหาข่าวสารสุขภาพออนไลน์ และการสนับสนุนทางสังคมในเครือข่ายชาวอเมริกันเชื้อสายเกาหลี จำนวน 215 คน ช่วงอายุ 18 – 49 ปี ผลการศึกษาพบว่า เครือข่ายสังคมชาวอเมริกันเชื้อสายเกาหลีเป็นเครือข่ายขนาดใหญ่ มีการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูง โดยกลุ่มสตรีชาวอเมริกันเชื้อสายเกาหลีมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่สูงมากกว่าผู้ชายชาวอเมริกันเชื้อสายเกาหลี โดยมีแนวโน้มในการหาแหล่งข้อมูลในการดูแลสุขภาพ ($t = 2.23$; $P < .05$)

Alatise et al. (2017) ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพและอุปสรรคของบุคคลที่มีอาการเลือดออกทางทวารหนัก ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 152 คน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 39 รับรู้ว่าการมีเลือดออกทางทวารหนักอาจเป็นสาเหตุของโรคมะเร็ง โดยอุปสรรคสำคัญของการเข้ารับการคัดกรองในบุคคลที่มีอาการผิดปกติคือ ข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 22 โดยร้อยละ 38 มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการรักษาเบื้องต้นก่อนไปรับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ที่มีเลือดออกทางทวารหนักมีแนวโน้มพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ (OR, 2.57; 95% CI, 0.98 - 6.96; $P = .06$)

จากแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของ Poortaghi et al. (2015) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบว่า หากบุคคลที่มีความเสี่ยงมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจะทำให้ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรก หากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ส่งผลให้การพยากรณ์ของโรคดีขึ้น การรักษาไม่ซับซ้อน โอกาสในการหายขาดค่อนข้างสูง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพจะทำให้บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความตระหนักต่ออาการที่เกิดขึ้นและจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยวิธีต่างๆ อย่างเหมาะสม จากการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพในประเทศไทย พบการศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแล้ว แต่ยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพในบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และคัดเลือกปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความกลัว โดยนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

6. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความกลัว ต่อพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อายุ 50 - 59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อายุ 50 - 59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) บุคคลที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร อายุ 50-59 ปี
- 2) มีประวัติสมาชิกสายตรงในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หรือมีประวัติเป็นโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง หรือมีประวัติการมีติ่งเนื้อที่บริเวณผนังลำไส้ หรือมีอาการหรืออาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ รูปแบบการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง เลือดออกทางทวารหนัก อุจจาระปนเลือด ปวดท้อง น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ (มากกว่า 5 กิโลกรัม ในช่วง 6 เดือน)
- 3) ได้รับการพิจารณาจากแพทย์เพื่อส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- 4) มีสติสัมปชัญญะ การรับรู้ดี
- 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 6) ยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว มีความเสี่ยงสูงหรืออยู่ในระยะวิกฤตจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในขณะติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) โดยกำหนดอำนาจทดสอบที่ 95% ระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดอิทธิพล .3 (Polit, Hungler, & Beck, 2006) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 คน และผู้วิจัยพิจารณาเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Dillman, 2000) เพื่อป้องกันการสูญหาย และหากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบ รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 122 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยดำเนินการดังนี้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-state Sampling) โดยดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่โดยเลือกสุ่มสังกัดมา 3 สังกัด จาก 6 สังกัด ได้แก่

- 1) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
- 2) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
- 3) โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ
- 4) โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาธิบดี
- 5) โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลตากสิน

6) โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระไม่แสวงหาผลกำไร ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

การวิจัยครั้งนี้สุ่มได้ 3 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี และโรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระไม่แสวงหาผลกำไร

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงพยาบาลใน 3 สังกัด ที่ได้จากขั้นตอนของการสุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 มาสังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) การวิจัยครั้งนี้สุ่ม ได้โรงพยาบาล 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เป็น โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีมีเพียงโรงพยาบาลเดียวไม่ต้องทำการสุ่ม ได้เป็น โรงพยาบาลตำรวจ และ โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระไม่แสวงหาผลกำไรมีเพียงโรงพยาบาลเดียวไม่ต้องทำการสุ่ม ได้เป็น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกแบบโควตา (Proportional quota sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ที่กำหนดไว้จากโรงพยาบาล ทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตำรวจ และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ขั้นตอนที่ 4 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล จากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ (sampling criteria) โดยคำนวณตามจำนวนบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนัก ที่ได้รับพิจารณาจากแพทย์เพื่อส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา (มกราคม 2559 - ธันวาคม 2559) แต่ละโรงพยาบาล โดยพบว่าโรงพยาบาลราชวิทยามีจำนวน 2,209 คน โรงพยาบาลตำรวจมีจำนวน 633 คน และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยมี จำนวน 2,987 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ ยูวดี ฤๅชาและคณะ (2543)

$$n_i = \frac{N_i n}{N}$$

เมื่อ	n_i	=	จำนวนกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง
	N_i	=	จำนวนบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในแต่ละโรงพยาบาล
	n	=	จำนวนบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในการวิจัยครั้งนี้ (122 คน)
	N	=	จำนวนบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทั้ง 3 โรงพยาบาล (5,829 คน)

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลดังนี้ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 46 คน
โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 13 คน และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 63 คน

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาล	กลุ่มประชากรบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (คน)	กลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบเจาะจงที่ได้จากการคำนวณ (คน)
โรงพยาบาลราชวิถี	2,209	46
โรงพยาบาลตำรวจ	633	13
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	2,987	63
รวม	5,829	122

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความกลัวอาการผิดปกติ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 7 ข้อ และข้อมูลทางคลินิกของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน 7 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกข้อมูลด้วยตนเอง 1) แบบเลือกตอบ ได้แก่ (1) เพศ ให้เลือกตอบ เพศชาย, เพศหญิง (2) รายได้ ให้เลือกตอบ น้อยกว่า 10,000 บาท / เดือน,

10,001 – 15,000 บาท / เดือน, 15,001 – 20,000 บาท / เดือน, 20,001 – 25,000 บาท / เดือน, มากกว่า 25,000 บาท / เดือน (3) สถานภาพสมรส ให้เลือกตอบ โสด, หม้าย, หย่าร้าง, แยกกันอยู่, สมรส (4) ระดับการศึกษา ให้เลือกตอบ ไม่ได้เรียนหนังสือ, ประถมศึกษา, มัธยมศึกษา, อนุปริญญา, ปวช./ปวส., ปริญญาตรี, สูงกว่าปริญญาตรี (5) อาชีพ ให้เลือกตอบ ข้าราชการ, พนักงานรัฐวิสาหกิจ, พนักงานมหาวิทยาลัย, พนักงานบริษัทเอกชน, ธุรกิจส่วนตัว, ลูกจ้างประจำ, ลูกจ้างชั่วคราว, ค้าขาย, รับจ้าง, เกษตรกร/ประมง, ว่างาน, อื่นๆ โปรดระบุ (6) สิทธิการรักษา ให้เลือกตอบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท), จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง, ประกันสังคม,สวัสดิการข้าราชการ,สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ, ประกันชีวิต 2) แบบเติมคำตอบลงในช่องว่าง ได้แก่ (1) อายุ

2. ส่วนที่ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก ได้แก่ 1) แบบเลือกตอบ ได้แก่ (1) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง ให้เลือกตอบ ไม่มี, มี ถ้าหากมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง ให้เติมคำตอบลงในช่องว่างเพิ่มเติมว่ารักษาโดยวิธีการใด และระยะเวลาการเจ็บป่วย (2) ประวัติการมีติ่งเนื้อที่บริเวณผนังลำไส้ ให้เลือกตอบ ไม่มี, มี ถ้าหากมีประวัติการมีติ่งเนื้อที่บริเวณผนังลำไส้ ให้เติมคำตอบลงในช่องว่างเพิ่มเติมว่ารักษาโดยวิธีการใด และระยะเวลาการเจ็บป่วย (3) อาการ หรือ อาการแสดงผิดปกติที่เข้ารับการรักษารั้งนี้ ให้เลือกตอบ รูปแบบการขับถ่าย อุจจาระเปลี่ยนแปลง เช่น ท้องผูกบ่อยครั้ง หรือ ท้องเสียบ่อย หรือ ท้องผูกสลับกับท้องเสีย, การมีเลือดออกทางทวารหนัก, การถ่ายอุจจาระปนเลือด, อาการปวดท้อง, น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ, อื่นๆ โปรดระบุ (4) การเจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินอาหารอื่นๆ (เช่น โรคกระเพาะ, กรดไหลย้อน, ลำไส้แปรปรวน, ไวรัสตับอักเสบ) ให้เลือกตอบ ไม่มี, มี ถ้าหากมีการเจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินอาหารอื่นๆ ให้เติมคำตอบลงในช่องว่างเพิ่มเติมว่าได้แก่การเจ็บป่วยใด 2) แบบเติมคำตอบลงในช่องว่าง ได้แก่ (1) การวินิจฉัยโรค (2) ผลการตรวจ Fecal Occult Blood Test: FOBT และวันที่ส่งตรวจ (3) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในครอบครัว แบ่งเป็น จำนวนบุคคลในครอบครัวที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, จำนวนบุคคลในครอบครัวที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีชีวิตอยู่, จำนวนบุคคลในครอบครัวที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เสียชีวิต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire: Brief IPQ) ซึ่งพัฒนาโดย Broadbent et al. (2006) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย พิมพา เทพวัลย์ (2553) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และตำรา เพื่อให้สามารถวัดการรับรู้ความเจ็บป่วยของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแต่ละรายเกี่ยวกับ

อาการผิปกติ ระยะเวลาของการเกิดอาการ ผลกระทบของอาการ สาเหตุของการเกิดอาการผิปกติ และความสามารถในการบรรเทาอาการ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .85 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86

เกณฑ์การให้คะแนน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด แต่ละข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (Numerical scale) 0 – 10 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 10 คะแนน เป็นข้อคำถามทางด้านบวกทั้งหมด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 130 คะแนน คะแนนรวม ที่มากแสดงถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง โดยวิธีการหาอันตรายภาคชั้น 3 ระดับ (ประคอง กรรณสูตร, 2542)

วิธีคำนวณช่วงของคะแนน คือ คะแนนมากที่สุด - คะแนนน้อยที่สุด
จำนวนอันตรายภาคชั้น

กำหนดช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนน 0 – 43	หมายถึง	มีการรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 44 – 87	หมายถึง	มีการรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 88 – 130	หมายถึง	มีการรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Zimet et al. (1988) ฉบับแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทย โดย Tinakorn and Nahathai (2012) ประเมินความรูสึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับการช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีความสอดคล้อง ครอบคลุม ตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยต้องการทำการศึกษา โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .92 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

และทวารหนักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหา ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .89

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด โดยแต่ละข้อมี ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ จาก (1) ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จนถึง (7) เห็นด้วยอย่างมาก (Tinakorn & Nahathai, 2012)

1	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
2	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
3	คะแนน	หมายถึง	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
4	คะแนน	หมายถึง	เฉยๆ
5	คะแนน	หมายถึง	ค่อนข้างเห็นด้วย
6	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วย
7	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างมาก

การแปลความหมาย

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านค่อนข้างไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
เฉยๆ	หมายถึง	ท่านเฉยๆ กับข้อความนั้น
ค่อนข้างเห็นด้วย	หมายถึง	ท่านค่อนข้างเห็นด้วยกับข้อความนั้น
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 7 คะแนน เป็นข้อคำถามทางด้านบวกทั้งหมด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12 - 84 คะแนน คะแนนที่มาก แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (Tinakorn & Nahathai, 2012) แบ่งระดับคะแนน ดังนี้

คะแนน 12 – 36	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
คะแนน 37 – 60	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
คะแนน 61 – 84	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบวัดความวิตกกังวล ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State-Anxiety Inventory) ซึ่งพัฒนาโดย Spielberger and Gorsuch (1983) จากแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่ของพัทรีญา แก้วแพง (2547) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีความสอดคล้อง ครอบคลุม ตรงตามค่านิยามเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยต้องการทำการศึกษา แต่ละข้อจะสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา และเป็นแบบประเมินที่มีค่าความเชื่อมั่นที่ดีมาก มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางด้านบวก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 18, 19 และ 20 และข้อคำถามทางด้านลบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 16 และ 17 โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางด้านบวก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 18, 19 และ 20 และข้อคำถามทางด้านลบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 16 และ 17 โดยแต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จาก (1) ไม่มีเลย จนถึง (4) มีมาก (พัทรีญา แก้วแพง, 2547)

การแปลความหมาย

ไม่มีเลย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย หรือ ตรงกับความรู้สึกของท่าน 0 – 25 %
มีเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย หรือ ตรงกับความรู้สึกของท่าน 26 – 50 %
มีค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน ค่อนข้างมาก หรือ ตรงกับความรู้สึกของท่าน 51 – 75 %
มีมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก หรือ ตรงกับความรู้สึกของท่าน 76 – 100 %

เกณฑ์การแปลผลคะแนน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน เป็นข้อคำถามทางด้านบวก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 18, 19 และ 20 และข้อคำถามทางด้านลบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 16 และ 17 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20 - 80 คะแนน คะแนนที่มากแสดงว่ามีความวิตกกังวลมาก แบ่งระดับคะแนน ดังนี้

คะแนน 20 – 40	หมายถึง	ความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 41 – 60	หมายถึง	ความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 61 – 80	หมายถึง	ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความกลัวอาการผิดปกติ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของ กนกวรรณ บุญสังข์ (2553) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีความสอดคล้อง ครอบคลุม ตรงตามค่านิยามเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยต้องการทำการศึกษา โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยลักษณะคำตอบให้เลือกตอบตามความรู้สึก แต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จาก (1) ไม่กลัว จนถึง (4) กลัวมาก (กนกวรรณ บุญสังข์, 2553)

1	คะแนน	หมายถึง	ไม่กลัว
2	คะแนน	หมายถึง	กลัวเล็กน้อย
3	คะแนน	หมายถึง	กลัวปานกลาง
4	คะแนน	หมายถึง	กลัวมาก

การแปลความหมาย

ไม่กลัว	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย หรือ ตรงกับความรู้สึกของท่าน 0 – 25 %
กลัวเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย หรือ ตรงกับความรู้สึกของท่าน 26 – 50 %
มีค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน ค่อนข้างมาก หรือ ตรงกับความรู้สึกของท่าน 51 – 75 %
มีมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก หรือ ตรงกับความรู้สึกของท่าน 76 – 100 %

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน โดยให้เลือกตอบตามความรู้สึก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 - 40 คะแนน คะแนนที่มากแสดงว่ามีความกลัวอาการผิดปกติมาก (กนกวรรณ บุญสังข์, 2553) แบ่งระดับคะแนน ดังนี้

คะแนน 10 – 20	หมายถึง	ความกลัวอาการผิดปกติอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 21 – 30	หมายถึง	ความกลัวอาการผิดปกติอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 31 – 40	หมายถึง	ความกลัวอาการผิดปกติอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และตำรา โดยสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อความทั้งหมด 8 ข้อ เป็นข้อความด้านบวกทั้งหมด โดยแต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จาก (1) ไม่เห็นด้วย จนถึง (5) เห็นด้วยอย่างยิ่ง

1	คะแนน	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
2	คะแนน	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
3	คะแนน	หมายถึง	เฉยๆ
4	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วย
5	คะแนน	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลความหมาย

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
เฉยๆ	หมายถึง	ท่านเฉยๆ กับข้อความนั้น
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีจำนวนข้อความทั้งหมด 8 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน เป็นข้อความทางด้านบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2, 3, 4, 5 และ 7 และ ข้อคำถามทางด้านลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 6 และ 8 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8 - 40 คะแนน คะแนนที่มากแสดงว่าบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพมาก แบ่งระดับคะแนน ดังนี้

คะแนน 8 – 18	หมายถึง	มีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพน้อย
คะแนน 19 – 29	หมายถึง	มีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพปานกลาง
คะแนน 30 – 40	หมายถึง	มีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบสอบถามความกลัวอาการผิดปกติ และแบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามหรือกรอบทฤษฎี ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา และการสื่อความหมายของข้อคำถาม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จำนวน 5 คน (Burns, Grove, & Gray, 2013) ดังนี้ คือ

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 2 คน
- 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 1 คน
- 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 2 คน

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถาม กับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี ยึดเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องกันและยอมรับตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---|---------|---|
| 1 | หมายถึง | ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี |
| 2 | หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเป็นอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี |
| 3 | หมายถึง | ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี |
| 4 | หมายถึง | ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี |

จากนั้นผู้วิจัยนำผลการตัดสินความตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาพิจารณาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) และใช้เกณฑ์ค่า $CVI \geq .80$ (Polit et al., 2006) คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับภาษา เพิ่มข้อความ เพื่อให้เกิดความชัดเจนของเนื้อหา โดยผลการตรวจ และรายละเอียดการปรับแบบสอบถาม มีดังนี้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย ค่า $CVI = 0.85$ ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยนำข้อความ “มากน้อยเพียงใด” ที่เขียนซ้ำกันทุกข้อ ไปเขียนขยายคำแนะนำโดยไม่ต้องเขียนซ้ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ค่า $CVI = 0.92$ ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับขยายคำจาก “มีบุคคลพิเศษ” เป็น “มีบุคคลอื่นๆ” และตัดคำซ้ำบางคำในข้อคำถามที่ 3, 5 และ 6 ออก และตัดคำว่า “ในชีวิต” ในข้อคำถามที่ 10 ออก

ส่วนที่ 4 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ค่า $CVI = 1$ ผ่านเกณฑ์ ไม่มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับแก้

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความกลัวอาการผิดปกติ ค่า $CVI = 1$ ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเพิ่มประธานคำว่า “ท่าน” ให้กับข้อคำถามทุกข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ค่า $CVI = 1$ ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยข้อที่ 1, 3, 4 และ 5 นำคำซ้ำออกเพื่อให้ข้อความดูกระชับและเข้าใจง่าย และเพิ่มคำว่า “เมื่อท่านมีอาการ” ในคำถามข้อที่ 2

2. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบสอบถามความกลัวอาการผิดปกติ และแบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปตรวจสอบหาความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้กับบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีคุณสมบัติ

เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย (Burns & Grove, 2009; Burns et al., 2013) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .86, .89, .86, .87 และ .86 ตามลำดับ และใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายเครื่องมือวิจัย ของ DeVellis (2016) ดังนี้ คือ

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค < .60	หมายถึง	ยอมรับไม่ได้
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .65 - .70	หมายถึง	ยอมรับได้ในระดับต่ำ
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .70 - .80	หมายถึง	ยอมรับได้
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .80 - .90	หมายถึง	ค่าที่อยู่ในระดับดีมาก
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค > .90	หมายถึง	อาจมีความซับซ้อนของข้อคำถาม



ตารางที่ 2 แสดงค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย	ลักษณะข้อคำถาม	ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index; CVI)	ค่าสัมประสิทธิ์
			แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จำนวน 30 คน
แบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย	13 (Numerical scale)	0.85	.86
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	12 (Rating scale)	0.92	.89
แบบวัดความวิตกกังวล	20 (Rating scale)	1	.86
แบบสอบถามความกลัวอาการผิดปกติ	10 (Rating scale)	1	.87
แบบสอบถามพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	8 (Rating scale)	1	.86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของแต่ละโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ลอนนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากทั้ง 3 โรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแผนกผู้ป่วยนอกด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร จากทั้ง 3 โรงพยาบาล โดยก่อนการเก็บรวบรวมผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ อธิบายรายละเอียดและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจาก

การวิจัย พร้อมแจกเอกสารข้อมูล เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากครอบครัว เพื่อน แพทย์ประจำตัว และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ทั้ง 3 โรงพยาบาล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยแจ้งว่าผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม โดยไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ในระหว่างการเก็บข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผล หรือ คำอธิบายใดๆ และหากกลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติในระหว่างการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้

1. กรณีเกิดความผิดปกติทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสอบถามทันที และนำส่งแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป
2. กรณีเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลชั่วคราวและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึก และความต้องการโดยให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูลเหล่านั้น ตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความเห็นใจ แสดงความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสภาวะวิกฤติทางด้านจิตใจและอารมณ์มาก ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลในแผนกนั้นให้การช่วยเหลือต่อไป

ในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติใดๆ ในขณะเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่าง ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อขอเก็บข้อมูลบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร

ตารางที่ 3 แสดงการรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก

คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย	วันที่ผ่านการพิจารณา และรับรองโครงการ	เลขที่รับรอง
โรงพยาบาลราชวิถี	28 พฤษภาคม 2562	IRB No. 085/2562
โรงพยาบาลตำรวจ	23 พฤษภาคม 2562	จว. 55/2562
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	27 มิถุนายน 2562	IRB No. 234/62

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประจำแผนกผู้ป่วยนอกด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร ในวันและเวลาทำการของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัวและขออนุญาตชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และรายละเอียดในการเก็บข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวนรวมทั้งสิ้น 202 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร อายุระหว่าง 30–59 ปี มีประวัติสมาชิกสายตรงในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หรือมีประวัติเป็นโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง หรือมีประวัติการมีติ่งเนื้อที่บริเวณผนังลำไส้ หรือมีอาการหรืออาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ได้แก่ รูปแบบการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง เลือดออกทางทวารหนัก อุจจาระปนเลือด ปวดท้อง น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ (มากกว่า 5 กิโลกรัม ในช่วง 6 เดือน) ผลการตรวจอุจจาระผิดปกติ และได้รับการพิจารณาจากแพทย์เพื่อส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ตารางที่ 4 แสดงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก

โรงพยาบาล	ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล
โรงพยาบาลราชวิถี	5 สิงหาคม 2562 ถึง 16 ตุลาคม 2562
วันจันทร์ 08.00 – 16.00 น.	
วันพุธ 13.00 – 16.00 น.	
โรงพยาบาลตำรวจ	16 กันยายน 2562 ถึง 17 ตุลาคม 2562
วันจันทร์ 08.00 – 12.00 น.	
วันอังคาร 12.00 – 16.00 น.	
วันพฤหัสบดี 08.00 – 12.00 น.	
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	22 กรกฎาคม 2562 ถึง 18 ตุลาคม 2562
วันจันทร์ 08.00 – 16.00 น.	
วันพุธ 08.00 – 16.00 น.	
วันศุกร์ 08.00 – 16.00 น.	

2.3 เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าเก็บข้อมูลการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยและตัดสินใจอย่างอิสระ หากกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2.4 ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งวิธีตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 15-20 นาที หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา กรณีมีกิจกรรมอื่นมาแทรกแซงจนทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยยินดีให้กลุ่มตัวอย่างไปทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลก่อน แล้วจึงติดตามขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามให้เสร็จหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ทำกิจกรรมนั้นแล้ว โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามตอบกลับครบตามจำนวน 122 ชุด

2.5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบประเมินทุกชุด หากพบว่าแบบประเมินชุดใด ตอบคำถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบทันที

โดยจะประเมินก่อนว่ากลุ่มตัวอย่างเจตนาที่จะไม่ตอบ หรือผ่านไปโดยไม่ตั้งใจหรือไม่ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะให้อิสระกับกลุ่มตัวอย่างในการตอบคำถามโดยไม่บังคับ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามตอบกลับที่มีความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามครบตามจำนวน 122 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อความคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิการรักษา โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 วิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง ประวัติการมีติ่งเนื้อที่บริเวณผนังลำไส้ อาการหรืออาการแสดงผิดปกติที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารอื่นๆ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์การประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ความกลัวอาการผิดปกติ และพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ความกลัวอาการผิดปกติ และพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้วิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) และใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของ Cohen (1988) ดังนี้

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.10 – 0.29	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
0.30 – 0.49	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
0.50 – 1.00	มีความสัมพันธ์ระดับสูง

การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) มีดังต่อไปนี้

3.1 ข้อมูลของตัวแปรอยู่ในมาตรอันตรภาค หรือมาตรอัตราส่วน (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2006; Howell, 2009; Tabachnick, Fidell, & Ullman, 2007) ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลของตัวแปรอยู่ในมาตรอันตรภาคขึ้นไป ซึ่งผ่านเกณฑ์การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

3.2 ข้อมูลของตัวแปรต้องมีการแจกแจงแบบปกติ (Hair et al., 2006; Howell, 2009; Tabachnick et al., 2007) ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลของตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ ซึ่งผ่านเกณฑ์การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ตามรายละเอียด ภาคผนวก ฉ)

3.2.1 ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น

3.2.2 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น

3.2.3 ข้อมูลความวิตกกังวลมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น

3.2.4 ข้อมูลความกลัวมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น

สรุปบทที่ 3 เป็นการนำเสนอระเบียบวิธีการวิจัย ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลและความกลัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทั้งเพศชายและ

หญิง อายุระหว่าง 50 – 59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทำการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มอย่างง่าย ได้เป็น โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) โดยกำหนดอำนาจทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญที่ .05 ขนาดอิทธิพล .3 รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 122 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 30 ราย และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) และใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของ Cohen (1988)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลและความกลัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 50 – 59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 122 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับเจ็บป่วย 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 4) แบบวัดความวิตกกังวล 5) แบบสอบถามความกลัวอาการผิดปกติ 6) แบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำอธิบาย ได้ผลการวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิการรักษา และข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง ประวัติการมีติ่งเนื้อที่บริเวณผนังลำไส้ อาการหรืออาการแสดงผิดปกติที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารอื่นๆ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ความกลัว และพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ความกลัว กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิการรักษา และข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง ประวัติการมีติ่งเนื้อที่บริเวณผนังลำไส้ อาการหรืออาการแสดงผิดปกติที่เข้ารับการรักษานี้ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารอื่นๆ

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (n = 122 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	68	55.7
หญิง	54	44.3
อายุ		
Min = 50 ปี, Max = 59 ปี		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	54.69(2.943)	
รายได้		
น้อยกว่า 10,000 บาท / เดือน	3	2.5
10,001 – 15,000 บาท / เดือน	9	7.4
15,001 – 20,000 บาท / เดือน	20	16.4
20,001 – 25,000 บาท / เดือน	53	43.4
มากกว่า 25,000 บาท / เดือน	37	30.3
สถานภาพสมรส		
โสด	13	10.7
หม้าย	7	5.7
หย่าร้าง	12	9.8
แยกกันอยู่	16	13.1

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สมรส	74	60.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	4	3.3
มัธยมศึกษา	29	23.8
อนุปริญญา	1	0.8
ปวช., ปวส.	13	10.7
ปริญญาตรี	51	41.8
สูงกว่าปริญญาตรี	24	19.7
อาชีพ		
ข้าราชการ	16	13.1
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	1.6
พนักงานมหาวิทยาลัย	4	3.3
พนักงานบริษัทเอกชน	24	19.7
ธุรกิจส่วนตัว	13	10.7
ลูกจ้างประจำ	4	3.3
ค้าขาย	33	27
รับจ้าง	12	9.8
ว่างงาน	14	11.5
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท)	24	19.7
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	23	18.9
ประกันสังคม	45	36.9
สวัสดิการข้าราชการ	28	23
สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	2	1.6
การวินิจฉัยโรค		
Irritable Bowel Syndrome: IBS	26	21.3
Constipation	17	13.9
Hemorrhoid	17	13.9
IBD / Ulcerative Colitis	12	9.8

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Rectal polyp	4	3.3
Rectal bleeding	6	4.9
Lower GI Bleed	13	10.7
Abdominal pain	23	18.9
Rule out Colorectal Cancer	4	3.3
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก		
ในครอบครัว		
ไม่มี	90	73.8
มี	32	26.2
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง		
ไม่มี	102	83.6
มี	20	16.4
ประวัติการมีติ่งเนื้อที่บริเวณผนังลำไส้		
ไม่มี	116	95.1
มี	6	4.9
อาการ หรือ อาการแสดงผิดปกติที่เข้ารับการรักษารั้งนี้		
รูปแบบการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง	34	27.9
การมีเลือดออกทางทวารหนัก	24	19.7
การถ่ายอุจจาระปนเลือด	16	13.1
อาการปวดท้อง	48	39.3
การเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารอื่นๆ		
ไม่มี	83	68
มี	39	32

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.7 มีอายุเฉลี่ย 54.69 ปี ($\bar{X} = 54.69$, $SD = 2.943$, $Min = 50$, $Max = 59$) ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 20,001 – 25,000 บาท / เดือน คิดเป็นร้อยละ 43.4 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.7 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 41.8 ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 27 ใช้สิทธิการรักษาประกันสังคมมากที่สุด คิดเป็น

ร้อยละ 36.9 มีการวินิจฉัยโรค Irritable Bowel Syndrome: IBS / Bowel Habit Change คิดเป็นร้อยละ 21.3 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 26.2 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 16.4 ประวัติการมีติ่งเนื้อที่บริเวณผนังลำไส้ คิดเป็นร้อยละ 4.9 ส่วนใหญ่มีอาการหรืออาการแสดงผิดปกติ ที่เข้ารับการรักษาคั้งนี้ 3 อันดับแรก ได้แก่ อาการปวดท้อง, รูปแบบการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง และการมีเลือดออกทางทวารหนัก คิดเป็นร้อยละ 39.3, 27.9 และ 19.7 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 32

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ความกลัว และพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ตารางที่ 6 แสดงคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ของการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ความกลัว และพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (n = 122 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	Points			\bar{X}	SD	การแปลผล
	possible	Min	Max			
การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	0 – 130	20	110	74.66	17.03	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	12 – 84	47	84	72.63	7.83	สูง
ความวิตกกังวล	20 – 80	20	65	31.94	6.80	ต่ำ
ความกลัว	10 – 40	12	40	26.81	5.11	ปานกลาง
พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ	8 – 40	19	40	31.31	4.93	สูง

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตัวแปรที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X} = 72.63$, $SD = 7.83$) และ พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 31.31$, $SD = 4.93$) และตัวแปรที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 74.66$, $SD = 17.03$) และความกลัว ($\bar{X} = 26.81$, $SD = 5.11$) ส่วนตัวแปรที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ความวิตกกังวล ($\bar{X} = 31.94$, $SD = 6.80$)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ความกลัว กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ความกลัว กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (n = 122 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	การแปลผล
การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	.471	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	.327	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ความวิตกกังวล	-.367	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ความกลัว	.168	.064	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ความกลัว กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($r = .471$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนุนทางสังคม ($r = .327$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความกลัว ($r = .168$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความวิตกกังวล ($r = -.367$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โดยใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของ Cohen (1988) ดังนี้

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.10 – 0.29	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
0.30 – 0.49	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
0.50 – 1.00	มีความสัมพันธ์ระดับสูง



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความกลัว ต่อพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลและความกลัว กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อายุ 50 – 59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีประวัติสมาชิกสายตรงในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หรือมีประวัติเป็นโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง หรือมีประวัติการมีติ่งเนื้อที่บริเวณผนังลำไส้ หรือมีอาการหรืออาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ได้แก่ รูปแบบการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง เลือดออกทางทวารหนัก อุจจาระปนเลือด ปวดท้อง น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ และ 2) ได้รับพิจารณาจากแพทย์เพื่อส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 122 คน โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในช่วงเดือนกรกฎาคม 2562 ถึง เดือนตุลาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 4 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความกลัวอาการผิดปกติ และส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ .85, .92, 1.0, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบสอบถามความกลัวอาการผิดปกติ

และแบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยนำไปทดลองใช้กับบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .86, .89, .86, .87 และ .86 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิการรักษา โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง ประวัติการมีติ่งเนื้อที่บริเวณผนังลำไส้ อาการหรืออาการแสดงผิดปกติที่เข้ารับการรักษานี้ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารอื่นๆ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ความกลัวอาการผิดปกติ และพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ความกลัวอาการผิดปกติ และพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้วิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นเพศชาย ร้อยละ 5.7 มีอายุเฉลี่ย 54.69 ปี ($\bar{X} = 54.69$, $SD = 2.943$, $Min = 50$, $Max = 59$) ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 20,001 – 25,000 บาท / เดือน คิดเป็นร้อยละ 43.4 มีสถานภาพสมรส มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60.7 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 41.8 ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 27 ใช้สิทธิการรักษาประกันสังคมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.9 มีการวินิจฉัยโรค Irritable Bowel Syndrome: IBS / Bowel Habit Change คิดเป็นร้อยละ 21.3 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 26.2

มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 16.4 ประวัติการมีดิ่งเนื้อที่บริเวณผนังลำไส้ คิดเป็นร้อยละ 4.9 ส่วนใหญ่มีอาการ หรือ อาการแสดงผิดปกติที่เข้ารับการรักษาค้างนี้ 3 อันดับแรก ได้แก่ อาการปวดท้อง (ร้อยละ 39.3) รูปแบบการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 27.9) และการมีเลือดออกทางทวารหนัก (ร้อยละ 19.7) โดยส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 32

2. กลุ่มตัวอย่างบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 31.31$, $SD = 4.93$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X} = 72.63$, $SD = 7.83$) ส่วนตัวแปรที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 74.66$, $SD = 17.03$) และความกลัว ($\bar{X} = 26.81$, $SD = 5.11$) และตัวแปรที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ความวิตกกังวล ($\bar{X} = 31.94$, $SD = 6.80$)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($r = .471$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .327$) และความวิตกกังวล ($r = -.367$) พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 31.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.93 เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าประชากรส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 41.8 ซึ่งบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่สูง เมื่อมีอาการผิดปกติมักมีการสืบค้นหรือค้นหาสาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง จึงทำให้มีการแสวงหาบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี สอดคล้องกับการศึกษาของ Oberoi, Jiwa, McManus, and Hodder (2015) ที่ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือของเพศชายเกี่ยวกับอาการผิดปกติของลำไส้ส่วนล่าง พบว่า ร้อยละ 46.1 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีและมีการแสวงหา

ความช่วยเหลือเมื่อพบกับอาการผิดปกติของลำไส้ส่วนล่าง เช่น การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และจากการศึกษาของ McCaffery et al. (2003) ที่ศึกษาพฤติกรรมการตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะแรก ของโรค จำนวน 1,637 คน พบว่าเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ร้อยละ 42 จะแสวงหาการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก นอกจากนี้บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจะมีการแสวงหาการรักษา ค้นหาสาเหตุเพื่อตรวจสอบความผิดปกติที่เกิดขึ้นและทำการรักษาต้นเหตุของการเกิดอาการผิดปกตินั้น (Eslick, Kalantar, & Talley, 2009)

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลและความกลัว กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($r = .471$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .327$) และความวิตกกังวล ($r = -.367$) พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับตัวแปรความกลัวไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อธิบายได้ดังนี้

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ($r = .471, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้พบว่าบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 74.66, SD = 17.03$) ซึ่งบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยแปลความข้อมูลที่เป็นความจริงและความรู้สึกเกี่ยวกับเงื่อนไขทางสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลสร้างขึ้นเมื่อถูกคุกคามจากภาวะเจ็บป่วย (Ryan & Sawin, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ (Health-seeking behavior model) ของ Poortaghi et al. (2015) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นสิ่งกระตุ้นที่

ทำให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Amuta et al. (2017) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความวิตกกังวล ความเชื่อด้านโชคลางและความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง จากประชากรวัยผู้ใหญ่ จำนวน 3,185 ราย พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งสามารถทำนายการแสวงหาข้อมูลและการรักษา ($\beta = .079$; $P < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cameron (2008) ที่ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคมะเร็งผิวหนังและพฤติกรรมในการแสวงหาการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งในวัยผู้ใหญ่ จำนวน 120 ราย พบว่า การรับรู้สาเหตุของโรคมะเร็งผิวหนังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาการป้องกันโรค ($r = .39$; $P < .01$) และจากการศึกษาของ Orbell et al. (2008) ที่ศึกษาการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้มารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่าการรับรู้ระยะของโรคมะเร็งอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ ($X^2 = 211.37$; $p < .01$)

2.2 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ($r = .327$, $p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากพบว่าบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 72.63$, $SD = 7.83$) ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวจะได้รับการดูแลและให้คำปรึกษาจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และคนรอบข้าง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาโดยจะแนะนำให้ผู้ป่วยไปตรวจรับการรักษาที่สถานพยาบาล (Macleod et al., 2009; Pedersen, Hansen, & Vedsted, 2013) สอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ (Health-seeking behavior model) ของ Poortaghi et al. (2015) ที่พบว่าปัจจัยทางด้านสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคมและบทบาทของบุคคลในครอบครัวในการช่วยเหลือและร่วมตัดสินใจเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Macleod et al. (2009) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเพิ่มการแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการศึกษาของ Kreps (2014) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่อการแสวงหาแหล่งข้อมูลในการดูแลสุขภาพของชาวอเมริกันเชื้อสายเกาหลีจำนวน 215 คน ช่วงอายุ 18 – 49 ปี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกต่อการแสวงหาแหล่งข้อมูลในการดูแลสุขภาพ ($t = 2.23$; $P < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kroenke et al. (2006) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมในบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม

มีความสัมพันธ์ต่อการแสวงหาบริการสุขภาพและความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพ (HR = 2.14; 95% CI 1.11 – 4.12 $p < .01$)

2.3 ความวิตกกังวลกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ($r = -.367$, $p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 60.7) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะมีบุคคลที่คอยให้การดูแลสนับสนุนและให้คำปรึกษา และกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาขึ้นไป (ร้อยละ 61.5) ซึ่งบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่ดีจะมีการค้นหาข้อมูลของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความกังวลอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 31.94$, $SD = 6.80$) ซึ่งจากแนวคิดพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ (Health-seeking behavior model) ของ Poortaghi et al. (2015) ที่พบว่าคุณลักษณะพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ความคิดและการใช้เหตุผล เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความต้องการของบุคคลในการควบคุมภาวะสุขภาพและความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะสุขภาพต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละคนและในแต่ละวัฒนธรรม โดยความคิดและการใช้เหตุผลจะเป็นผลให้บุคคลเกิดการยอมรับในการแสวงหาบริการสุขภาพ และจากการศึกษาของ Zhao and Cai (2009) พบว่าความวิตกกังวลสามารถทำนายพฤติกรรมแสวงหาแหล่งข้อมูลของโรคมะเร็งที่เกิดในผู้ที่สูบบุหรี่ ($\beta = -.29$; $P = .05$) เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการตัดสินใจรับการรักษา (Mitchell et al., 2003) ซึ่งความวิตกกังวล เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กังวลใจ และมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติให้มีลักษณะสู้หรือหนี (Spielberger, 2004) เป็นความรู้สึกเชิงจิตวิสัย (Subjective feeling) ของความไม่สบายใจ (Uneasiness) และความหวาดหวั่น (Apprehension) เกี่ยวกับการคุกคามบางอย่าง ซึ่งการคุกคามมักเกี่ยวข้องกับร่างกาย (จำลอง ดิษยวณิช, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ Amuta et al. (2017) พบว่าความวิตกกังวลสามารถทำนายพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลและการรักษา ($\beta = .129$; $P < .001$)

2.4 ความกลัวกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความกลัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 72.63$, $SD = 7.83$) และ

อาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ เป็นอาการปวดท้อง คิดเป็นร้อยละ 39.3 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าเป็นอาการที่ไม่รุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ McCaffery et al. (2003) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนใหญ่มักขาดความรู้เรื่องอาการเริ่มแรกของโรคมะเร็ง โดยอาการปวดท้องมักเป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งของโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อมีอาการปวดท้องเกิดขึ้น จะเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง หายได้เอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Larkey and Gonzalez (2007) พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนใหญ่ บางครั้งผู้ป่วยอาจไม่มีอาการผิดปกติบ่งชี้ หรือบางครั้งอาการที่พบอาจคล้ายกับอาการของโรคอื่น เช่น อาการปวดท้อง ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองนั้นเป็นโรคกระเพาะ ทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จึงไม่ได้หวาดกลัวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและไม่รีบทำการรักษา และการศึกษาของ Shelton (2002) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าอาการปวดท้องสามารถหายได้เองไม่ใช่โรคร้ายแรง ไม่รู้ว่าเป็นอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ป่วยจึงมีความวิตกกังวลและความกลัว ทำให้ไม่เข้ารับการรักษาเพื่อวินิจฉัยตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก และในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา คือ บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้สึกลัวและอาการที่เกิดขึ้นคล้ายกับอาการของโรคกระเพาะ ส่งผลให้ความกลัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาของ Annamma (2016) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความกลัว ได้แก่ อายุ เนื่องจากช่วงอายุส่งผลต่อระดับความกลัว โดยผู้ที่มีอายุน้อย จะมีความกลัวการเป็นโรคมะเร็งมากกว่าผู้ที่มีอายุมากและการศึกษาของ Isabelle Arès, Sophie Lebel, and Catherine Bielajew (2014) พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี จะมีความกลัวการเป็นมะเร็งค่อนข้างสูง เพราะอายุน้อย ยังคงต้องทำงานขาดความมั่นคงทางสังคม จึงทำให้เกิดความกลัว ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 50 – 59 ปี ซึ่งคนกลุ่มนี้มีความรู้สึกลัวตัวเองใกล้เคียงชนราชากร อายุมากและได้ผ่านประสบการณ์ในชีวิตมามากพอสมควร จึงส่งผลให้ความกลัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ (Annamma, 2016)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก และส่งเสริมพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความกลัว ดังนั้นจึงควรนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อช่วยให้บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความเข้าใจที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม
2. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการสอนและการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยนำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องของอาการผิดปกติที่พบได้ในบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รวมไปถึงแนวทางในการแสวงหาบริการสุขภาพที่ถูกต้อง
3. ด้านการวิจัย เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาโปรแกรมให้บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่มากขึ้น เช่น ในส่วนของภูมิภาคต่างๆ หรือในระดับประเทศ เพื่อเป็นการยืนยันผลการศึกษาในครั้งนี้
2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่พยาบาลสามารถเข้าไปช่วยเหลือแก้ไข ให้การพยาบาลได้โดยตรง เพื่อลดอัตราการระยะความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพต่อไป

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กนกวรรณ บุญสังข์. (2553). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่): บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทนา หล่อตะกูล. (2549). *การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไทยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จำลอง ดิษยวณิช. (2545). *ความเครียด ความวิตกกังวลและสุขภาพ/จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช*. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดรินทร์ โล่ห์สิริวัฒน์. (2548). *โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และเรดัม: แนวทางเวชปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- นภิศ รัตนภาสุร. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อการล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในศูนย์มะเร็งเร่งภาคกลาง*. ปรินญาบัณฑิตวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรลือ เฉลยกิตติ. (2545). *ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก*. กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). *การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัทธิญา แก้วแพง. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งวัยผู้ใหญ่*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: ปรินญาบัณฑิตวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์.
- พิมพา เทพวัลย์. (2553). *การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่): บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ. (2550). *คู่มือด้านมะเร็งด้วยการแพทย์แผนไทย*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
- ไพบุลย์ สุทธิวรรณ และ บรรจบ อินทรสุขศรี. (2542). *ตำราศัลยศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

- แม่น้ำนา จิระจรัส. (2539). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). กลัว. Retrieved from www.royin.go.th
- ลลิตา แสงเงิน. (2556). การศึกษาสภาวะและพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดเขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย. วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร: ปรินญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์).
- วไลยพรณ ชลสุข. (2540). การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็งปากมดลูกในกรุงเทพมหานคร. ปรินญานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2558). แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โสสิตการพิมพ์ จำกัด.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2562). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2561 HOSPITAL-BASED CANCER REGISTRY 2018. กรุงเทพมหานคร: นิเวศรรดาการพิมพ์.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2559. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนิ ธนาเลิศกุล. (2544). บำบัดโรคด้วยการแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพมหานคร: บริษัท รีตเตอร์ส ไตเจสท์ (ประเทศไทย) จำกัด.
- สุปาณี เสนาดิสัย. (2547). การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: จุฑทอง.
- สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, พิเศษ พิเศษพงษา, ทยา กิตติยากร และ งามอาจ ไพโรสนทรานุกร. (2558). มะเร็งลำไส้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. (2543). โรคลำไส้: การวินิจฉัยและการรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบล จ้วงพานิช. (2554). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ คลังน่านวิทยา.

ภาษาอังกฤษ

- Alatise, O. I., Fischer, S. E., Ayandipo, O. O., Omisore, A. G., Olatoke, S. A., & Kingham, T. P. (2017). Health-Seeking Behavior and Barriers to Care in Patients With Rectal Bleeding in Nigeria. *Journal of global oncology*, 3(6), 749-756.
- American Cancer Society. (2018a). Colorectal Cancer. Retrieved from <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer.html>
- American Cancer Society. (2018b, February 21, 2018). Colorectal Cancer Early Detection, Diagnosis, and Staging. Retrieved from <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer.html>
- Amuta, A. O., Chen, X., & Mkuu, R. (2017). The Effect of Cancer Information Seeking on Perceptions of Cancer Risks, Fatalism, and Worry Among a US National Sample. *American Journal of Health Education*, 48(6), 366-373.
- Ang, S. G. M., Chen, H.-C., Siah, R. J. C., He, H.-G., & Klainin-Yobas, P. (2013). *Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review*. Paper presented at the Oncology nursing forum.
- Annamma, S. (2016). Relationship Between Illness Perception and Fear of Cancer Recurrence and Psychological Distress Among Survivors of Gynecologic Cancer. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*, 7(3).
- Bretthauer, M., & Kalager, M. (2012). Colonoscopy as a triage screening test. In: Mass Medical Soc.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 60(6), 631-637.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). The concepts of measurement. *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*, 371-394.
- Burns, N., Grove, S. K., & Gray, J. R. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Missouri: Elsevier Saunders.
- Cameron, L. D. (2008). Illness risk representations and motivations to engage in protective behavior: The case of skin cancer risk. *Psychology and Health*, 23(1), 91-112.
- Cannon, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *The American journal of psychology*, 39(1/4), 106-124.

- Carsin, A., Sharp, L., Cronin-Fenton, D., Céilleachair, A. Ó., & Comber, H. (2008). Inequity in colorectal cancer treatment and outcomes: a population-based study. *British journal of cancer*, 99(2), 266.
- Charles, D. (1859). *On the origin of species by means of natural selection*. London: Routledge.
- Cockburn, J., Paul, C., Tzelepis, F., McElduff, P., & Byles, J. (2003). Delay in seeking advice for symptoms that potentially indicate bowel cancer. *American journal of health behavior*, 27(4), 401-407.
- Crosland, A., & Jones, R. (1995). Rectal bleeding: prevalence and consultation behaviour. *BMJ*, 311(7003), 486-488.
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications* (4 ed.). London: Sage publications.
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of social distress and the homeless*, 5(1), 11-38.
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and internet surveys: The total design method*. New York: Wiley.
- Dracup, K., McKinley, S., Riegel, B., Mieschke, H., Doering, L. V., & Moser, D. K. (2006). A nursing intervention to reduce prehospital delay in acute coronary syndrome: a randomized clinical trial. *Journal of cardiovascular nursing*, 21(3), 186-193.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.
- Eslick, G., Kalantar, J., & Talley, N. (2009). Rectal bleeding: epidemiology, associated risk factors, and health care seeking behaviour: a population-based study. *Colorectal Disease*, 11(9), 921-926.
- Fink, G. (2000). *Encyclopedia of stress* (Vol. 1). London: Academic Press.
- Freud, S. (1917). The history of an infantile neurosis (1918), vol. 17 of standard edition (1960). *Introductory Lectures on Psycho-Analysis*, 16, 237-258.
- Geer, J. H. (1965). The development of a scale to measure fear. *Behaviour research and therapy*, 3(1), 45-53.

- Gonzalez-Hermoso, F., Perez-Palma, J., Marchena-Gomez, J., Lorenzo-Rocha, N., & Medina-Arana, V. (2004). Can early diagnosis of symptomatic colorectal cancer improve the prognosis? *World journal of surgery*, 28(7), 716-720.
- Green, P. M., & Kelly, B. A. (2004). Colorectal cancer knowledge, perceptions, and behaviors in African Americans. *Cancer Nursing*, 27(3), 206-215.
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical psychology review*, 20(4), 429-451.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2006). Multivariate data analysis (Vol. 6). In: Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23(1), 56.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. London: Addison-Wesley Publishing Company.
- Howell, D. C. (2009). *Statistical methods for psychology*: Cengage Learning.
- IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, World Health Organization, & International Agency for Research on Cancer. (2004). *Tobacco smoke and involuntary smoking* (Vol. 83). Lyon: IARC.
- Ioannou, G. N., Chapko, M. K., & Dominitz, J. A. (2003). Predictors of colorectal cancer screening participation in the United States. *The American journal of gastroenterology*, 98(9), 2082-2091.
- Isabelle Arès, Sophie Lebel, & Catherine Bielajew. (2014). The impact of motherhood on perceived stress, illness intrusiveness and fear of cancer recurrence in young breast cancer survivors over time. *Psychology & health*, 29(6), 651-670.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of health and Social Behavior*, 250-264.
- James, A. S., Campbell, M. K., & Hudson, M. A. (2002). Perceived barriers and benefits to colon cancer screening among African Americans in North Carolina: how does perception relate to screening behavior? *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 11(6), 529-534.
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., Murray, T., & Thun, M. J. (2008). Cancer statistics, 2008. *CA: a cancer journal for clinicians*, 58(2), 71-96.

- Jennifer, Y. S., Mustian, K. M., Morrow, G. R., Gillies, L. J., Padmanaban, D., Atkins, J. N., . . . Colman, L. K. (2005). Prevalence of complementary and alternative medicine use in cancer patients during treatment. *Supportive Care in Cancer*, 13(10), 806-811.
- Jorge, R. E., Robinson, R. G., Moser, D., Tateno, A., Crespo-Facorro, B., & Arndt, S. (2004). Major depression following traumatic brain injury. *Archives of general psychiatry*, 61(1), 42-50.
- Kearney, N., & Richardson, A. (2006). *Nursing patients with cancer: principles and practice*. Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
- King, C. R. (2001). Quality of Life Issues for Individuals with Colorectal cancer. In D. T. Berg (Ed.), *Contemporary Issues in Colorectal Cancer: A Nursing Perspective*. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
- Kreps, G. L. (2014). The association between online health information-seeking behavior and social support in social networks among Korean Americans. *Health Behavior and Policy Review*, 1(5), 381-394.
- Kroenke, C. H., Kubzansky, L. D., Schernhammer, E. S., Holmes, M. D., & Kawachi, I. (2006). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of clinical oncology*, 24(7), 1105-1111.
- Lang, P. (1978). Anxiety: Toward a psychophysiological definition. In H. S. Akiskal & W. L. Webb (Eds.), *Psychiatric diagnosis: Exploration of biological predictors* (pp. 365-389). New York: Spectrum.
- Langenbach, M. R., Schmidt, J., Neumann, J., & Zirngibl, H. (2003). Delay in treatment of colorectal cancer: multifactorial problem. *World journal of surgery*, 27(3), 304-308.
- Larkey, L. K., & Gonzalez, J. (2007). Storytelling for promoting colorectal cancer prevention and early detection among Latinos. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 272-278.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9(3), 371-375.

- Levav, I. (2010). The treatment gap of depression in persons with cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*, 11, 117-119.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health*. New Jersey: Erlbaum.
- Liu, J. T., & Crawford, J. M. (2005). The gastrointestinal tract. In *Robbins and Cotran pathologic basis of disease* (pp. 797-875). Philadelphia: Elsevier.
- Macleod, U., Mitchell, E., Burgess, C., Macdonald, S., & Ramirez, A. (2009). Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers. *British journal of cancer*, 101(S2), S92.
- Manly-Lampkin, S. D. (2003). *Understanding Delay in Breast Cancer Diagnosis and the Breast Cancer Illness Experience of Culturally Diverse Young Women*: University of California, San Francisco.
- McCaffery, K., Wardle, J., & Waller, J. (2003). Knowledge, attitudes, and behavioral intentions in relation to the early detection of colorectal cancer in the United Kingdom. *Preventive medicine*, 36(5), 525-535.
- McNeil, D. W., & Rainwater, A. J. (1998). Development of the fear of pain questionnaire-III. *Journal of behavioral medicine*, 21(4), 389-410.
- Miles, A., Voorwinden, S., Chapman, S., & Wardle, J. (2008). Psychologic predictors of cancer information avoidance among older adults: the role of cancer fear and fatalism. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 17(8), 1872-1879.
- Ministry of Public Health, & Ministry of Education. (2015). *Cancer in Thailand Vol.VIII,2010-2012*. Bangkok: New Thammada Press.
- Mitchell, P. H., Powell, L., Blumenthal, J., Norton, J., Ironson, G., Pitula, C. R., . . . Huber, M. (2003). A short social support measure for patients recovering from myocardial infarction: the ENRICHD Social Support Inventory. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 23(6), 398-403.
- Molassiotis, A., Fernandez-Ortega, P., Pud, D., Ozden, G., Scott, J. A., Panteli, V., . . . Selvekerova, S. (2005). Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Annals of oncology*, 16(4), 655-663.

- Montgomery, B., & Morris, L. (1994). *Living with Anxiety: A Practical Research-based Plan for Managing Anxiety Problems*. Singapore: Heinemann Asia.
- Moore, A. (1987). Frightened of fear. *Nursing times*, 83(13), 34-38.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Colorectal cancer: diagnosis and management. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg131>
- Nelissen, S., Beullens, K., Lema, M., & Van den Bulck, J. (2015). Fear of cancer is associated with cancer information seeking, scanning and avoiding: A cross-sectional study among cancer diagnosed and non-diagnosed individuals. *Health Information & Libraries Journal*, 32(2), 107-119.
- Norat, T., Bingham, S., Ferrari, P., Slimani, N., Jenab, M., Mazuir, M., . . . Clavel, F. (2005). Meat, fish, and colorectal cancer risk: the European Prospective Investigation into cancer and nutrition. *Journal of the National Cancer Institute*, 97(12), 906-916.
- Oberoi, D. V., Jiwa, M., McManus, A., & Hodder, R. (2015). Men's help-seeking behavior with regards to lower bowel symptoms. *American journal of health behavior*, 39(2), 212-221.
- Olenja, J. (2003). Editorial Health seeking behaviour in context. *East African medical journal*, 80(2), 61-62.
- Orbell, S., O'Sullivan, I., Parker, R., Steele, B., Campbell, C., & Weller, D. (2008). Illness representations and coping following an abnormal colorectal cancer screening result. *Social Science & Medicine*, 67(9), 1465-1474.
- Pavlov, I. P., & Thompson, W. H. (1902). *The work of the digestive glands*. London: Charles Griffin.
- Pedersen, A. F., Hansen, R. P., & Vedsted, P. (2013). Patient delay in colorectal cancer patients: associations with rectal bleeding and thoughts about cancer. *PLoS One*, 8(7), e69700.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (6 ed.). New Jersey: Pearson Education.

- Polit, D. F., Hungler, B. P., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (Vol. 6): Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia.
- Poortaghi, S., Raiesifar, A., Bozorgzad, P., Golzari, S. E., Parvizi, S., & Rafii, F. (2015). Evolutionary concept analysis of health seeking behavior in nursing: a systematic review. *BMC health services research*, 15(1), 523.
- Rini, C., Jandorf, L., Valdimarsdottir, H., Brown, K., & Itzkowitz, S. H. (2008). Distress among inflammatory bowel disease patients at high risk for colorectal cancer: a preliminary investigation of the effects of family history of cancer, disease duration, and perceived social support. *Psycho-Oncology*, 17(4), 354-362.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing outlook*, 57(4), 217-225. e216.
- Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review*, 69(5), 379.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- Shapiro, J. A., Seeff, L. C., & Nadel, M. R. (2001). Colorectal cancer-screening tests and associated health behaviors. *American journal of preventive medicine*, 21(2), 132-137.
- Shehrin, S. M., Mohammad, I., & Hanifi, S. M. A. (2009). Health for the Rural Masses-Insights from Chakaria. In B. Abbas (Ed.), *Health-seeking Behaviour* (pp. 67-93). Bangladesh: Printlink Printers.
- Sheikh, I., & Ogden, J. (1998). The role of knowledge and beliefs in help seeking behaviour for cancer: a quantitative and qualitative approach. *Patient Education and Counseling*, 35(1), 35-42.
- Shelton, B. K. (2002). *Introduction to colorectal cancer*. Paper presented at the Seminars in oncology nursing.
- Spielberger. (2004). *Encyclopedia of applied psychology*. London: Academic Press.

- Spielberger, & Gorsuch. (1983). *State-trait anxiety inventory for adults: Manual and sample: Manual, instrument and scoring guide*. California: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, & Sydeman. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 292-321). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stanton, A. L., Bower, J. E., & Low, C. A. (2006). Posttraumatic growth after cancer. *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*, 138-175.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2014). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10 ed.). Missouri: Elsevier Mosby.
- Synowiec-Pilat, M., & Palega, A. (2018). Fear of cancer and older people's beliefs about cancer treatment in Poland. *Journal of psychosocial oncology*, 36(1), 97-112.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics* (Vol. 5): Pearson Boston, MA.
- Tinakorn, W., & Nahathai, W. (2012). A revised thai multi-dimensional scale of perceived social support. *The Spanish journal of psychology*, 15(3), 1503-1509.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, 33(4), 448.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11(3), 431-445.
- Winawer, S. J., Stewart, E. T., Zauber, A. G., Bond, J. H., Ansel, H., Waye, J. D., . . . O'Brien, M. J. (2000). A comparison of colonoscopy and double-contrast barium enema for surveillance after polypectomy. *New England Journal of Medicine*, 342(24), 1766-1772.
- World Health Organization. (2017). Cancer. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Zhao, X., & Cai, X. (2009). The role of risk, efficacy, and anxiety in smokers' cancer information seeking. *Health Communication*, 24(3), 259-269.

- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชื่อ – นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสตีมย์ อนิวรรณ	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินอาหาร อาจารย์ประจำสาขาโรคระบบทางเดิน อาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. นายแพทย์กนกพจน์ จันทรวิวัฒน์	นายแพทย์ชำนาญการ ด้านเวชกรรม สาขา อายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษบา สมใจวงศ์	อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. นางสาวจุฬพร ประสงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งาน พัฒนาคุณภาพการพยาบาล ฝ่ายการ พยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางอุบล จ้วงพานิช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการ พยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/ 024

วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิภาพร นามมันทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคเมร็งเฝ้าไข้ใหญ่และทวารหนัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง สติมัย อนิวรรณ อาจารย์ประจำสาขาโรคระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง สติมัย อนิวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นางสาวนิภาพร นามมันทะ โทร. 09-9091-5595

ที่ ศธ 0512.11/ 0120



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒) กุมภาพันธ์ 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิภาพร นามมันทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนายานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ กนกพจน์ จันทรภักดิ์ นายแพทย์ชำนาญการ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นายแพทย์ กนกพจน์ จันทรภักดิ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

นางสาวนิภาพร นามมันทะ โทร. 09-9091-5595

ที่ ศธ 0512.11/ 0๖๓๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ กุมภาพันธ์ 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิภาพร นามมันทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคเมร็งส์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษบา สมใจวงษ์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษบา สมใจวงษ์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

นางสาวนิภาพร นามมันทะ โทร. 09-9091-5595

ที่ ศธ 0512.11/ 0218



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒1 กุมภาพันธ์ 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิภาพร นามมันทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวจุฬาร ประสงค์สัตพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวจุฬาร ประสงค์สัต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

นางสาวนิภาพร นามมันทะ โทร. 09-9091-5595

ที่ ศธ 0512.11/ ๐217



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

21 กุมภาพันธ์ 2562

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ


เรียน นางอุบล จ่วงพานิช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิภาพร นามมันทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นางสาวนิภาพร นามมันทะ โทร. 09-9091-5595



ภาคผนวก ข

จดหมายขอความอนุเคราะห์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 531



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖๖ สิงหาคม 2561

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวนิภาพร นามมันทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคเริมเรื้อรังลำไส้ใหญ่และทวารหนัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉับย้อยในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ของนางสาวพิมพ์พา เทพวัลย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2553) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นางสาวนิภาพร นามมันทะ โทร. 08-3288-5448

คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขรับที่: 0194
วันที่: 17 มกราคม 2562 เวลา



ฝ่ายวิชาการ พบ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วันที่: 17 มกราคม 2562 เวลา 14:5
เลขรับที่: วช.00040

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
หลักสูตรบัณฑิตศึกษา
๒ ถนนวิ้งหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร ๐๒-๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๕๒ - ๓
โทรสาร ๐๒-๔๔๑-๕๓๔๗

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕/๐๐๖๖๓
วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๒
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือที่ ศธ.๐๕๑๖.๑๑/๑๕๓๑ วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๑ ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยตามรายละเอียดดังแนบแล้วนั้น คณะฯ ได้พิจารณาแล้วยินยอมอนุญาตให้ นางสาวนิภาพร นามนันทะ ใช้เครื่องมือวิจัยของ นางสาวพิมพ์ เทพวัลย์ ทั้งนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบ **แบบฟอร์ม การขอใช้เครื่องมือวิจัย (พย.ม.๐๑๔) มาด้วย** เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน ๒๐๐.๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเองหรือ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร ไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี "หลักสูตรบัณฑิตศึกษา" เลขที่บัญชี ๐๑๖-๒๙๔๕๒๔-๕ ประเภทออมทรัพย์ และแนบสำเนาหลักฐานการโอนเงินส่งมายัง E-mail saowanee.mah@mahidol.ac.th

เอกสารแนบจริงส่งมายัง

เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

เพื่อทราบ และสำเนาเอกสารให้สืบทดำเนินการต่อไป
หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒ ถนนวิ้งหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

18 มกราคม 2562 เวลา 08:38

18 มกราคม 2562 **เรียนคณบดี**โปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบพระคุณยิ่ง

23 มกราคม 2562 เวลา 08:55

ขอแสดงความนับถือ
๒๓ มกราคม 2562 เวลา 10:08

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรบัณฑิตศึกษา

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๕๖๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๗ สิงหาคม 2561

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวนิภาพร นามมันทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคเมเร็งส์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้สึกลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) (r-T-MSPSS) จากรายงานการวิจัย เรื่อง A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support ของศาสตราจารย์ นายแพทย์ ทินกร วงศ์ปกรันย์ และศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณททัย วงศ์ปกรันย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2555)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นางสาวนิภาพร นามมันทะ โทร. 08-3288-5448

ที่ ศธ ๖๕๙๓(๘).๗/ ๖๕๕๖

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขรับที่: 4332
วันที่: 20 ธันวาคม 2561 เวลา 14:27

๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือเลขที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๕๓๗ ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบวัดความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย)
พร้อมวารสารอ้างอิง จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ นางสาวนิภาพร นามมันทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนางานวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก” โดยได้ขอความอนุเคราะห์ใช้แบบสอบถามเครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) จากรายงานการวิจัยเรื่อง A revised Thai Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (rMSPSS) ของ ศ.พญ.ณททัย วงศ์ปาริณย์ มาใช้ในการประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ข้าพเจ้า ศ.พญ.ณททัย วงศ์ปาริณย์ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ ทั้งนี้ได้แนบตัวอย่างแบบวัดความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับปรับปรุง และเอกสารอ้างอิงมาพร้อมนี้แล้ว อนึ่งขอให้อนุญาตใช้เครื่องมือ MSPSS จาก Prof. Zimet ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

ขอแสดงความนับถือ

เพื่อโปรดทราบ และสำเนาเอกสารให้ นิสิตดำเนินการต่อไป

๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๑ เวลา 08:57

๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๑ เวลา 15:39

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณททัย วงศ์ปาริณย์)
ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โทร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๒
โทรสาร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๖

๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๑ เวลา 16:37

๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๑ เวลา 17:3๕

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณททัย วงศ์ปาริณย์

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เรื่อง ขอนำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่รับ
วันที่ 15 มี.ค. 61
เวลา 18.00 น.
ผู้รับ 17-2561

ข้าพเจ้า นางสาวนิภาพร นามมันทะ รหัสประจำตัว 59771659 36 นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนง
วิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ ที่อยู่ปัจจุบัน 324/9 SP Apartment ซอย วังหลัง 4 แขวง ศิริราช เขต บางกอกน้อย จังหวัด
กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10700 โทรศัพท์ 083 - 2885448 Email: niporn.iam@gmail.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ทวารหนัก

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบประเมินความวิตกกังวลอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ พัทธญา แก้วแพง
4. ปีของวิทยานิพนธ์ พ.ศ.2547

ลงนาม นิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวนิภาพร นามมันทะ)
26 / กรกฎาคม / 2561

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ / ลงนาม (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข) 26 / กรกฎาคม / 2561</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ ลงนาม (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกร จิตปัญญา) ชื่อ / วิชา / 2561</p>
---	---

อนุญาต
.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. วรณกร ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
..... 16 ส.ค. 2561

2561
15 มี.ค. 61
.....
15 มี.ค. 61

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๖๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖๑ สิงหาคม 2561

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวนิภาพร นามมันทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ความกลัวเมื่อเกิดอาการผิดปกติในระยะต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ของนางสาวกนกวรรณ บุญสังข์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2552) โดยมี รองศาสตราจารย์ สุวิมล กิมปี เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

นางสาวนิภาพร นามมันทะ โทร. 08-3288-5448

คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขรับที่: 0195
วันที่: 17 มกราคม 2562 เวลา



ฝ่ายวิชาการ พบ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วันที่: 17 มกราคม 2562 เวลา 14:..
เลขรับที่: วช.00039

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
หลักสูตรบัณฑิตศึกษา
๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร ๐๒-๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๕๒ - ๓
โทรสาร ๐๒-๔๔๑-๕๓๔๗

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕/๐๐๖๒
วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๒
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือที่ ศธ.๐๕๑๖.๐๑/๑๕๒๙ วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๑ ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยตามรายละเอียดดังแนบแล้วนั้น คณะฯ ได้พิจารณาแล้วยินยอมอนุญาตให้ นางสาวนิภาพร นามมันทะ ใช้เครื่องมือวิจัยของ นางสาวกนกวรรณ บุญสังข์ ทั้งนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบบทฟอร์ม การขอใช้เครื่องมือวิจัย (พย.ม.๐๑๔) มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน ๒๐๐.๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเองหรือ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี "หลักสูตรบัณฑิตศึกษา" เลขที่บัญชี ๐๑๖-๒๙๔๕๒๘-๕ ประเภทออมทรัพย์ และแนบสำเนาหลักฐานการโอนเงินส่งมายัง E-mail saowanee.mah@mahidol.edu

เอกสารแนบฉบับจริงส่งมายัง
เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดี)

เพื่อทราบ และสำเนาเอกสารให้บัณฑิตดำเนินการต่อไป

18 มกราคม 2562 เวลา 08:39

18 มกราคม 2562 เวลา 13:58

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะขอพบปะ
24 มกราคม 2562 เวลา 11:38

23 มกราคม 2562 เวลา 08:56

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรบัณฑิตศึกษา สาขาฯ ชั้น ๕ ให้ติดต่อตั้งแต่ เวลา ๐๘.๓๐-๑๔.๓๐ น.





บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11 / ๐ ๕๒๓

วันที่ ๒๙ มีนาคม 2562

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. Submission form จำนวน 4 ชุด
 2. Self-Assessment Form จำนวน 4 ชุด
 3. Information sheet and Consent form จำนวน 4 ชุด
 4. Full Protocol จำนวน 4 ชุด
 5. Principal investigator's CV พร้อม GCP Training certificate จำนวน 4 ชุด
 6. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 4 ชุด
 7. Conflict of interest and Funding Form จำนวน 4 ชุด
 8. Budget จำนวน 4 ชุด
 9. Protocol synopsis จำนวน 4 ชุด
 10. Approval document from thesis committee/advisor จำนวน 4 ชุด
 11. Electronic files of all above documents จำนวน 1 แผ่น

เนื่องด้วย นางสาวนิภาพร นามมันทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิภาพร นามมันทะ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นางสาวนิภาพร นามมันทะ โทร. 09-9091-5595

ที่ ศอ 0512.11/0458



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพระ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ มีนาคม 2562

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิภาพร นามมันทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนางานวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อายุระหว่าง 30-59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 103 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ, แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม, แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ, แบบสอบถามความกลัวอาการผิดปกติ และแบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทั้งนี้ผลิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิภาพร นามมันทะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

นางสาวนิภาพร นามมันทะ โทร. 09-9091-5595

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ด่วนที่สุด

งานสนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศและงานวิจัย ECC 119 /

บันทึกข้อความ

สายนามบัตร รพ.จุฬาลงกรณ์		สายนามบัตร รพ.จุฬาลงกรณ์	
วันที่ 28/259	นศ.ที่ 1233	วันที่ 11/11/62	นศ.ที่ 3492
วันที่ 11/11/62	วันที่ 11/11/62	วันที่ 11/11/62	วันที่ 11/11/62
เวลา 16.28	เวลา 16.28	เวลา 16.28	เวลา 16.28

งานสนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศและงานวิจัย ECC 119 / 17 พ.ย. 2562

เรื่อง ขออนุญาตให้ผู้ป่วยดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริ

การสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (เพิ่มเติม)

เรียน - หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตามที่ นางสาว นิภาพร นามมันทะ สังกัด นิติชนปริญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขออนุมัติทำวิจัยในรพ.จุฬาลงกรณ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
แสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ นางสาว นิภาพร นามมันทะ ดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับ
การทำวิจัยต่างๆ ในหน่วยงานของท่าน ณ คลินิกอายุรกรรมทั่วไป อาคาร ภปร. ชั้น 1-3 และศูนย์ส่องกล้องทางเดิน
อาหาร อาคารภูมิสิริฯ ชั้น 10 ดังนี้

การเก็บข้อมูล

- เก็บข้อมูล โดยแบบสอบถามจากอาสาสมัครหรือผู้ป่วย

1. ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครเพื่อแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ 2. ผู้วิจัยอธิบายให้อาสาสมัคร
ทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย พร้อมแจกเอกสารข้อมูล และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจอย่างอิสระ 3. ผู้วิจัยอธิบาย
ให้อาสาสมัครทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถามพร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้อาสาสมัคร
เข้าใจ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15-20 นาที 4. เมื่ออาสาสมัครตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบ
ความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม และกล่าวขอบคุณอาสาสมัคร

การทบทวนข้อมูลประวัติผู้ป่วยย้อนหลัง

- ไม่มี

การบริหารยาให้ผู้ป่วย

- ไม่มี

การทำหัตถการให้ผู้ป่วย

- ไม่มี

เรียน ผู้ตรวจการพยาบาลกลุ่มงานผู้ป่วยนอก
เพื่อพิจารณา และขอเรื่องคืน

ลงชื่อ.....

(ศาสตราจารย์นายแพทย์สุเทพ กลชาญวิทย์)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์และวิจัย

ผู้แทน หัวหน้าแผนกเวชปฏิบัติเวชปฏิบัติ
กลุ่มเวชปฏิบัติผู้ป่วยนอก
ให้ลงนามและประทับตรา
16 พ.ย. 2562

13 พ.ย. 2562

เรียน รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายการแพทย์และวิจัย

☒ ไม่ขัดข้อง ยินดีให้ดำเนินการตามที่ขอมา ระบุเงื่อนไข (ถ้ามี)

☐ ไม่สามารถให้ผู้วิจัยเข้ามาเก็บข้อมูลการวิจัยได้ เนื่องจาก.....

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ..... 

(นางสาว นภาพร นามันทะ เลิศอม ..)

หัวหน้าพยาบาล

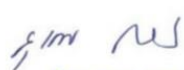
ตำแหน่ง.....

19 ก.ย. 2562

ผู้วิจัย : นางสาว นภาพร นามันทะ โทร 0990915595 Email : nipaporn.iam@gmail.com

ประสานงาน : น.ส.สุภาวดี ศรีสำราญ (งานสนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศและงานวิจัย) โทร 02-256-4645 E-mail : excellence.cu@gmail.com

ส่ง งานศูนย์สนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศฯ
เพื่อดำเนินการต่อไป



20 ก.ย. 2562

20 ก.ย. 2562



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
1873 ถนนพระรามที่ 4
แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร 10330

22 ตุลาคม 2562

เรื่อง ยินดีให้ นางสาว นิภาพร นามมันทะ เข้ามาเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง โครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ตามโครงการวิจัยที่อ้างถึง แจ้งว่า นางสาว นิภาพร นามมันทะ สังกัด นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขออนุมัติทำวิจัยในรพ.จุฬาลงกรณ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น

รพ.จุฬาลงกรณ์ พิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้อง ยินดีให้ดำเนินการตามที่ขอมา โดยติดต่อประสานงานได้ที่ ฝ่ายการพยาบาล โทรศัพท์ 02-256-4360 อนึ่ง สำหรับบุคคลภายนอก รพ.จุฬาลงกรณ์ หรือคณะแพทยศาสตร์ ก่อนเข้าเก็บข้อมูลขอให้แนบบัตรนิสิต/นักศึกษา หรือบัตรประชาชนพร้อมหนังสือฉบับนี้ มาติดต่อ ขอรับบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูล ณ กลุ่มธุรการประสานงาน ตึกอำนวยการ ชั้นล่าง (ห้องหมายเลข 5) โดยให้ติดบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูลตลอดเวลาที่เข้ามาทำการเก็บข้อมูลภายในรพ.จุฬาลงกรณ์ กรณีเป็นบุคลากรของรพ.จุฬาลงกรณ์ หรือคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โปรดคล้องบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ตลอดที่ทำการเก็บข้อมูล

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์)

รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายการแพทย์และวิจัย

ปฏิบัติการแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ตรวจสอบ.....

.....



COA No. 714/2019

IRB No. 234/62

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

 Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : FACTORS RELATED TO HEALTH SEEKING BEHAVIORS AMONG PERSONS AT RISK OF COLORECTAL CANCER

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Nipaporn Nammuntha

Affiliation of PI : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

Review Method : Expedited

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :

1. Research Proposal Version 2.0 Date 22/05/19
2. Protocol Synopsis Version 2.0 Date 22/05/19
3. Information sheet for research participant Version 2.0 Date 22/05/19
4. Informed consent for participating volunteers Version 1.0 Date 01/04/19
5. Questionnaire Version 2.0 Date 22/05/19

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



6. Budget Version 1.0 Date 01/04/19
7. Curriculum Vitae and GCP Training
 - Miss Nipaporn Nammuntha
 - Asst.Prof. Police Captain.Dr. Rapin Polsook

Signature *A. Vasuratna*
 (Assistant Professor Apichai Vasuratna MD)
 Vice-Chairman, Acting Chairman
 The Institutional Review Board

Signature *Thananya Thongtan*
 (Assistant Professor Thananya Thongtan, PhD.)
 Member and Assistant Secretary, Acting Secretary
 The Institutional Review Board

Date of Approval : June 27, 2019
 Approval Expire Date : June 26, 2020

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

ที่ ศธ 0512.11/ 046



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๙ มีนาคม 2562

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิภาพร นามมันทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิภาพร นามมันทะ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

นางสาวนิภาพร นามมันทะ โทร. 09-9091-5595

ที่ ศธ 0512.11/ 0459



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 มีนาคม 2562

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิภาพร นามมันทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อายุระหว่าง 30-59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 77 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉับย้อย, แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม, แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ, แบบสอบถามความกลัวอาการผิดปกติ และแบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิภาพร นามมันทะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

นางสาวนิภาพร นามมันทะ โทร. 09-9091-5595

๗๕ 5 ๒๕.๐. 2562



โรงพยาบาลราชวิถี	
เลขรับ	4489
วันที่	๐5 ๒๕.๐. 2562
เวลา	10.23

ที่ ศธ 0512.11/ 0461

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 มีนาคม 2562

เรื่อง ขอสอนโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี	
รับ	ที่ 460
	วันที่ 9 ๒๕.๐. 2562
	เวลา 16.38 น.

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิภาพร นามมันทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิภาพร นามมันทะ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์

- เพื่อโปรดทราบ
- เห็นชอบ มอบหมาย งาน รับผิดชอบ

พิจารณา

ทราบ - ดำเนินการ

๒๕ ๒๕.๐. 2562

- สสยวชากร

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อ นิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

นางสาวนิภาพร นามมันทะ โทร. 09-9091-5595

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตัวจริง - วิจัย

กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี	
รับ	ที่ ๒๐๒๓
	วันที่ ๑๒ มี.ย. ๒๕๖๒
	เวลา ๑๖.๐๖

เรียน หัวหน้างานวิจัยทางการแพทย์
เพื่อพิจารณา

(นายวีระศักดิ์ ศรีนภากร)
หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี
10 มิ.ย. 2562

ผอ.ศูนย์เทคโนโลยี

กฤษฎา

(นางสาวกฤษณา อาชายศ)
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
รักษาการแทนหัวหน้างานวิจัยทางการแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี
พิจารณาแล้ว เห็นควรอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลได้
จึงขอเสนอหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องพิจารณาให้ความร่วมมือต่อไป

- กลุ่มฯ ศัลยกรรม
- กลุ่มฯ อนุเวชศาสตร์
- กลุ่มฯ กิจด้านทันตกรรม

(ศ.คลินิก นพ.วีระศักดิ์ ศรีนภากร)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
10 มิ.ย. 2562

เรียน หัวหน้างานวิจัยทางการแพทย์
ทราบดำเนินการ

นางศรีรัตน์ บวรโกศล
รักษาการ

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
๑๓ มิ.ย. ๒๕๖๒

เรียน หัวหน้างานพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี
เพื่อพิจารณาเรื่อง การขอใช้พื้นที่
ของรพ.ราชวิถีเพื่อใช้ในการ
ทำวิจัยเกี่ยวกับ การศึกษา
โรคเบาหวานในผู้ป่วยโรคไต
และโรคความดันโลหิตสูง
โดยขอใช้พื้นที่ของรพ.ราชวิถี
ประมาณ ๑๐๐ ตารางเมตร
เพื่อใช้ในการทำวิจัย

นางสาวนุชระพี สุทธิกุล
หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล
๒๘ มิ.ย. ๒๕๖๒

อนุมัติ

๒ มิ.ย. 2562

ตัวจริง- ศึกษาศาสตร์
สำเนา- สำนวน
สำเนา- สำนวน
สำเนา- สำนวน



เอกสารเลขที่ 085/2562

เอกสารรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี

4 มิถุนายน 2562

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Factors related to health seeking behaviors
among persons at risk of colorectal cancer)

รหัสโครงการ 62077

ผู้วิจัยหลัก นางสาวนิภาพร นามมันทะ ตำแหน่ง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต
ผู้ร่วมวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข ตำแหน่ง อาจารย์

สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 5 เมษายน 2562
2. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล ฉบับที่ 1 วันที่ 5 เมษายน 2562
3. ประวัติผู้วิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 5 เมษายน 2562
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 10 พฤษภาคม 2562
5. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 10 พฤษภาคม 2562

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี ได้ดำเนินการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในคน โดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยตามหลักสากล



ลงนาม.....

(ศ.คลินิก นพ.วีระศักดิ์ ศรีนภการ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

รับรองตั้งแต่วันที่ 28 พฤษภาคม 2562 ถึงวันที่ 27 พฤษภาคม 2563

อนุมัติตามมติคณะกรรมการเมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2562

การพิจารณา Expedited review

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ที่ ศร 0512.11/ 0462



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 มีนาคม 2562

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ.8) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด
 2. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม จำนวน 1 ชุด
 3. แบบฟอร์มการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิภาพร นามมันทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิภาพร นามมันทะ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารณ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151
นางสาวนิภาพร นามมันทะ โทร. 09-9091-5595

ที่ ศธ 0512.11/ 04๒๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๙ มีนาคม 2562

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ.8) โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิภาพร นามมันทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคเมเร็งส์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคเมเร็งส์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อายุระหว่าง 30-59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 22 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ, แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม, แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ, แบบสอบถามความกลัวอาการผิดปกติ และแบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคเมเร็งส์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนิภาพร นามมันทะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. 0-2218-1151

นางสาวนิภาพร นามมันทะ โทร. 09-9091-5595

15/08 2019 2:06 PM FAX 026525035

DOCTOR.PGH

0002/0003

ทศ.(สบ ๕)

วันที่ ๑๕/๐๘/๒๕๖๒
 16.๐๐ น. ๖๖/๖๖

ที่ ศธ 0512.11- 0/160

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรมราชจันทรทิศตหรัช ชั้น 11
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330

๒๙ มีนาคม 2562

กลุ่มงานพยาบาล รพ.ดร.

เลขรับ 4631

วันที่ ๑๕ สค ๒๕๖๒

เวลา 14.06 น.

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

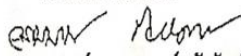
เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ.8) โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิภาพร นามมันทะ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ ได้ขอขออนุญาตเผยแพร่ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อายุระหว่าง 30-59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ต้านอาหุกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 22 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยย่อย, แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม, แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ, แบบสอบถามความกลัวอาการผิดปกติ และแบบสอบถามพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ นางสาวนิภาพร นามมันทะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


 (รองศาสตราจารย์ ดร.รจการ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ขัณนิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร 0-2218-1151

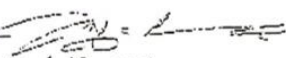
นางสาวนิภาพร นามมันทะ โทร. 09-9091-5595

15/08 2010 2:06 PM FAX 026525035

DOCTOR.FGH


0003/0003

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและวิจัยฯ
- พิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องตาม
กฎหมายและระเบียบฯ ต่อไป

พล.ต.ท. 
(วิฑูรย์ นิติวรางกูร)

พ.ต.ร.

๑๑ ก.ค. ๒๕๖๒

ที่ ๐๐๓๖.๑๔๓(รจ)/ 

เรียน ทน.กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร.

- เพื่อโปรดทราบ และ พิจารณาดำเนินการ
ในส่วนที่เกี่ยวข้องตามกฎหมายและระเบียบฯ ต่อไป

ร.ต.อ. 

(อริรัฐ จันทร์พานิชเจริญ)

ภก. (สบ ๑) กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.ตร./

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ รพ.ตร.

๑๔ ส.ค. ๒๕๖๒

เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและวิจัยฯ
- เพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องตาม
กฎหมาย ระเบียบการต่อไป

พล.ต.ต. 

(เลรี ชีรพงษ์)

นายแพทย์(สบ ๖) รพ.ตร./

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยฯ

๑๕ ก.ค. ๒๕๖๒

หัวหน้าสายงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก อุกเหตุนและอุบัติเหตุ

- เพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

พ.ต.อ.หญิง 

(นรพรรณ อุนทะนันท์)

พยาบาล (สบ ๕) กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร.

หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล

๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๒



โรงพยาบาลตำรวจสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง จว. ๖๕/๒๕๖๒

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	FACTORS RELATED TO HEALTH SEEKING BEHAVIORS AMONG PERSONS AT RISK OF COLORECTAL CANCER
ชื่อหัวหน้าโครงการ/หน่วยงานที่สังกัด	นางสาวนิภาพร นามมันทะ นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	Sq110441/62
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงร่างการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒ (Version 1.0 Date 23 May 2019) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอมฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒ (Version 1.0 Date 23 May 2019) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒ (Version 1.0 Date 23 May 2019) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อัตตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒
วันที่หมดอายุ	๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๓

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พลตำรวจตรี.....
(เสรี อธิพงษ์)


ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลตำรวจ



ภาคผนวก ง

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชุดที่ 1 เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 1/5

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคเอดส์
ผู้สนับสนุนการวิจัย หุ่นส่วนตัว

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ

สถานศึกษาของผู้วิจัย

ที่อยู่ของผู้วิจัย

สถานที่ติดต่อของสำนักงานบัณฑิตศึกษา

นางสาวนิภาพร นามมันทะ
 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ชั้นปีที่3 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
 แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 570 Rich park Triple station Room no.591/59 ถนนศรีนครินทร์
 แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ 10250
 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 099 - 0915595
 E - mail: nipaporn.lam@gmail.com
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศด
 พรรช ชั้น 11 ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
 โทร. 02 218 1130

ผู้วิจัยร่วม (ทุกท่าน)

ชื่อ


ที่อยู่ทำงาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศด
 พรรช ชั้น 11 ถ.พระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
 เบอร์โทรศัพท์ทำงาน 02 218 1130
 E - mail: rapin.p@chula.ac.th



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ ๔34 / 62
วันที่รับรอง : 27 มี.ย. 2562

Version 2.0 Date 22/05/62

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 2/5
---	--	---	--------------------------

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็น บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 202 คน แบ่งเป็น โรงพยาบาลราชวิถี 77 คน โรงพยาบาลตำรวจ 22 คน และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 103 คน ระยะเวลาในการทำวิจัย 15-20 นาที

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ได้แก่ นางสาว นิภาพร นามมันทะ เบอร์โทรศัพท์ 099 - 0915595 ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เมื่อมีอาการผิดปกติควรจะแสวงหาบริการสุขภาพเพื่อค้นหาสาเหตุของอาการและการแสดงผิดปกติที่เกิดขึ้น แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าคุณลักษณะที่ไม่แสวงหาบริการสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 36.7 เหตุผลที่บุคคลที่มีความเสี่ยงไม่แสวงหาบริการสุขภาพ เนื่องจากไม่ทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงของการเป็นโรค คิดเป็นร้อยละ 58 อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นสามารถหายได้เอง ไม่ใช่โรคร้ายแรง คิดเป็นร้อยละ 14.4 (McCaffery, Wardle, and Waller, 2003) จึงส่งผลให้พยากรณ์ภาพของโรครุนแรงเพิ่มมากขึ้น (Shelton, 2002) ทำให้การวินิจฉัยโรคครั้งแรกอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 มีการแพร่กระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 68.71 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2560) ส่งผลกระทบต่อความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง (King, 2001) มักมีความวิตกกังวลซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Levav, 2010) มักมีปัญหาการทำงานและการเข้าสังคม มีการเปลี่ยนแปลงอาชีพส่งผลต่อรายได้ในครอบครัว (Jorge et al., 2004; Carsin et al., 2008) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนกับคู่ครอง (Stanton, Bower, and Low, 2006) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยศึกษาตัวแปรที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งข้อความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพอย่างทันที่

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความกลัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครเพื่อแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ
2. ผู้วิจัยอธิบายให้อาสาสมัครทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมแจกเอกสารข้อมูล เปิดโอกาสให้อาสาสมัครสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้อาสาสมัครลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย




คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Version 2.0 Date 22/05/62

หมายเลขโครงการ 234 / 62

วันที่รับรอง : 27 มิ.ย. 2562

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 3/5
---	--	---	--------------------------

3. ผู้วิจัยอธิบายให้อาสาสมัครทราบเกี่ยวกับรายละเอียดแบบสอบถามพร้อมทั้งอธิบาย วิธีตอบแบบสอบถามให้อาสาสมัครเข้าใจ ดังนี้ แบบสอบถามมี 1 ชุด ประกอบด้วย 6 ส่วน มีคำถามทั้งหมด 80 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 2 นาที ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย : แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 สำหรับผู้วิจัย / ผู้ช่วยวิจัย : แบบบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บปวดด้วยข้อ จำนวน 15 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 4 นาที

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 3 นาที

ส่วนที่ 4 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ จำนวน 20 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความกลัวอาการผิดปกติ จำนวน 10 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 3 นาที

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 3 นาที

โดยแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบใช้เวลาในการตอบ 15-20 นาที หรือจนกว่าอาสาสมัครจะทำเสร็จ และสามารถสอบถามข้อมูล ข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม

4. เมื่ออาสาสมัครตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณอาสาสมัครที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม หากพบว่าตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะแจ้งให้อาสาสมัครทราบทันที โดยจะประเมินก่อนว่าอาสาสมัครเจตนาที่จะไม่ตอบ หรือผ่านไปโดยไม่ตั้งใจหรือไม่ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะให้ข้อสงสัยกับอาสาสมัครในการตอบคำถามโดยไม่บังคับ และทำการศึกษาข้อมูลประวัติการรักษาของอาสาสมัครจากแฟ้มข้อมูลการรักษาในโรงพยาบาลร่วมด้วย

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านตอบคำถามในแบบสอบถาม หากมีอาการผิดปกติต่าง ๆ เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย โปรดแจ้งให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

เนื่องจากท่านต้องตอบแบบสอบถาม ดังนั้นจึงอาจรบกวนเวลาของท่านขณะเข้ารับการรักษาจากแพทย์และเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจะดำเนินการสอบถามหลังจากท่านยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทันที หรือช่วงเวลาที่ท่านสะดวกให้ผู้วิจัย โดยจะมีการนัดหมายช่วงเวลาที่เหมาะสม

หากท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด หรือรู้สึกว่าเสียเวลา ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หากท่านมีอาการผิดปกติ เช่น อาการใจสั่น หน้ามืด หรือรู้สึกหัวใจเต้นผิดปกติ หวหระ ในระหว่างตอบคำถามให้หยุดพัก เมื่อพักแล้วไม่ดีขึ้น ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย นางสาวนิภาพร นามมันทะ เบอร์โทรศัพท์ 099 - 0915595 เพื่อช่วยประสานกับทีมแพทย์และแพทย์ที่ดูแลรักษาท่าน หรือ เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป

ประโยชน์ที่อาจได้รับ


ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาล และบุคลากรทางด้านสุขภาพทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อช่วยให้บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้เข้าถึงและใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม และเพื่อเป็นข้อมูล



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Version 2.0 Date 22/05/62

หมายเลขโครงการ 234 / 62
วันที่รับรอง : 27 มี.ย. 2562

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 4/5
---	--	---	--------------------------

เบื้องต้นในการพัฒนาโปรแกรมให้บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจจะทำให้ท่านมีสุขภาพที่ดีขึ้น หรืออาจจะลดความรุนแรงของโรคได้ แต่ไม่ได้รับรองว่าสุขภาพของท่านจะต้องดีขึ้นหรือความรุนแรงของโรคจะลดลงอย่างแน่นอน

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ทำการรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติตามดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้วิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย รวมทั้งค่าเดินทางและการเสียเวลาในการมาพบแพทย์ และรับการรักษา

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ก็จะไม่ส่งผลต่อการรักษาของท่านแต่อย่างใด นอกจากนี้ ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล การไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาของท่านเช่นกัน

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่สามารถนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวนิภาพร นามมันทะ ติดต่อได้ที่ 570 Rich park Triple station ถนนศรีนครินทร์ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ 10250 โทรศัพท์ติดต่อ 099 - 0915595 Email: nipaporn.iam@gmail.com


หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้ จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 234 / 62
วันที่รับรอง : 27 มี.ย. 2562

Version 2.0 Date 22/05/62

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 5/5

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

- ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้
1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
 2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์
 3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
 4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
 5. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
 6. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
 7. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
 8. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
 9. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th


การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ ๒๓๔ / ๖๗
วันที่รับรอง : ๒๗ มี.ย. ๒๕๖๒

Version 2.0 Date 22/05/62

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0 หน้า 1/2
---	--	--	--------------------------

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่..... ได้อ่านรายละเอียดจาก
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม
โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก
ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และ
แนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว
โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้า
ร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก
ข้าพเจ้าเท่านั้น คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของ
ข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วม
การศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการ
ให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิใน
การใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่าน
กระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และ
การรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลง
นามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม


(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 234 / 62
วันที่รับรอง : 27 มิ.ย. 2562

Version 1.0 Date 01/04/62

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0
			หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วย
ความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....


.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 234 / 62
วันที่รับรอง : 27 มี.ย. 2562

Version 1.0 Date 01/04/62

ชุดที่ 2 เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี Research Ethics Committee Rajavithi Hospital	A12/03
	เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet)	เริ่มใช้ 1 เม.ย. 2562
		หน้า 1 จาก 4

เอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทน ให้ช่วยอธิบาย จนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้าน เพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน สนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนิภาพร นามมันทะ

ตำแหน่ง นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 099-0915595 E-mail nipaporn.iam@gmail.com

สถานที่วิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพร
ชั้น 11 ถนน พระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ

ผู้ให้ทุน/ผู้สนับสนุนการวิจัย ทุนส่วนตัว

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการตลอด 24 ชั่วโมง 099-0915595

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และ เพื่อศึกษาปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความกลัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง โรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

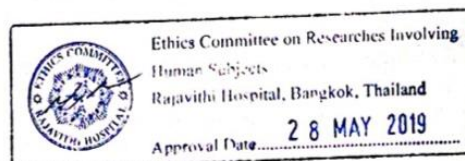
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย


1. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติกรพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและนำข้อมูลที่ได้ ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อช่วยให้บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมมีความ เข้าใจที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม

2. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาโปรแกรมให้บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคเมเร็งลำไส้ ใหญ่และทวารหนัก และ การวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมทางการ พยาบาล โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ประมาณ 77 คน ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยถึงสิ้นสุดการวิจัย วันที่ 31 กรกฎาคม 2562

ฉบับที่ 1 วันที่ 17 พฤษภาคม 2562



	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี Research Ethics Committee Rajavithi Hospital	A12/03
	เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet)	เริ่มใช้ 1 เม.ย. 2562 หน้า 2 จาก 4

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครเพื่อแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ
2. ผู้วิจัยอธิบายให้อาสาสมัครทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่เกื้อหนุนจากการวิจัย พร้อมแจกเอกสารข้อมูล เปิดโอกาสให้อาสาสมัครสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ เมื่ออาสาสมัครยินดียุติเข้าร่วมการวิจัยให้อาสาสมัครลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย
3. ผู้วิจัยอธิบายให้อาสาสมัครทราบเกี่ยวกับรายละเอียดแบบสอบถามพร้อมทั้งอธิบาย วิธีตอบแบบสอบถามให้อาสาสมัครเข้าใจโดยแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบใช้เวลาในการตอบ 15-20 นาที หรือจนกว่าอาสาสมัครจะทำได้ และสามารถสอบถามข้อมูล ข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม

การจัดการกับข้อมูลต่าง ๆ ผู้วิจัยจะจัดการกับแบบสอบถาม ดังต่อไปนี้


1. ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูล ได้แก่ ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย คณะกรรมการคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี
2. ระยะเวลาในการเก็บรักษาข้อมูล 5 ปี
3. วิธีการเก็บรักษาข้อมูล เอกสารทั้งหมดจะถูกเก็บรวบรวมไว้ตู้เอกสารที่มีระบบรักษาความปลอดภัย และปลอดภัยซึ่งผู้ไม่เกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าถึงได้ โดยผู้วิจัยจะเปิดเผยข้อมูลเพื่อประโยชน์ในทางวิชาการโดยไม่ระบุชื่อ ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะเป็นการรายงานโดยรวม
4. วิธีการทำลายเมื่อพ้นระยะเก็บข้อมูล โดยการเผา หรือ ทำลายโดยไม่ให้อีกสารนั้นสามารถอ่านเป็นข้อความได้


ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งวิธีบริหารจัดการความเสี่ยง

เนื่องจากท่านต้องตอบแบบสอบถาม ดังนั้นจึงอาจรบกวนเวลาของท่านขณะเข้ารับการรักษาจากแพทย์และเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจะดำเนินการสอบถามหลังจากท่านยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทันที หรือช่วงเวลาที่ท่านสะดวกให้ผู้วิจัย โดยจะมีการนัดหมายช่วงเวลาที่เหมาะสม

ในกรณีที่ท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด หรือรู้สึกว้าวุ่นเสียเวลา ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หรือในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวกับโครงการวิจัย บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง คือ นางสาวนิภาพร นามมันทะ หมายเลขโทรศัพท์ 099-0915595

ฉบับที่ 1 วันที่ 17 พฤษภาคม 2562

	Ethics Committee on Researches Involving Human Subjects Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand
	Approval Date: 28 MAY 2019

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี Research Ethics Committee Rajavithi Hospital	A12/03
	เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet)	เริ่มใช้ 1 เม.ย. 2562
		หน้า 3 จาก 4

หากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย เช่น อาการใจสั่น หน้ามืด หรือรู้สึกหัวใจเต้นผิดปกติ ระหว่างตอบคำถามให้หยุดพัก เมื่อพักแล้วไม่ดีขึ้น ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย นางสาวนิภาพร นามมันทะ เบอร์โทรศัพท์ 099 - 0915595 เพื่อช่วยประสานกับทีมแพทย์และแพทย์ที่ดูแลรักษาท่าน หรือ เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป

หากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ก็จะไม่มีผลต่อ การเรียนการสอน หน้าที่การงาน การได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานที่ท่านได้รับอยู่

ทางเลือกอื่นหากท่านไม่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ซึ่งเป็นทางเลือกที่ไม่ต้องเข้าร่วมการวิจัย

ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ไม่มีค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่มีค่าใช้จ่ายจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะกรรมการบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น คณะกรรมการคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี เป็นต้น


ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีความผิด และเสียสิทธิใดๆ


สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย

6. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
7. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
8. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

ฉบับที่ 1 วันที่ 17 พฤษภาคม 2562

	Ethics Committee on Researches Involving Human Subjects Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand
	Approval Date..... 28 MAY 2019.....


	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี Research Ethics Committee Rajavithi Hospital	A12/03
	เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet)	เริ่มใช้ 1 เม.ย. 2562
		หน้า 4 จาก 4


9. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพล บังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

โครงการนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี กรณีที่อาสาสมัครต้องการร้องเรียน หรือได้รับการปฏิบัติไม่ถูกต้องจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถติดต่อได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี ชั้น M อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี โทร. 0 2354 8108-37 ต่อ 2803 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ฉบับที่ 1 วันที่ 17 พฤษภาคม 2562

	Ethics Committee on Researches Involving
	Human Subjects
	Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand
Approval Date: 28 MAY 2019	

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี Research Ethics Committee Rajavithi Hospital	A11.1/03
	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)	เริ่มใช้ 1 เม.ย. 2562
		หน้า 1 จาก 2

โครงการวิจัยเรื่อง

(ภาษาไทย) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยง
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

(ภาษาอังกฤษ) FACTORS RELATED TO HEALTH SEEKING BEHAVIORS AMONG PERSONS AT RISK
OF COLORECTAL CANCER

วันให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

ที่อยู่

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่
พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้
ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้ง
ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมี
ความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่บิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการ
บอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
ยินยอมจากข้าพเจ้า บุคคลอื่นในนามของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาต
ให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์ เพื่อ
ตรวจสอบความถูกต้อง


ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย
และต้องการให้ทำลายเอกสารทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้


ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิก
การให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ
จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ
การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคต

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความ
เต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

ฉบับที่ 1 วันที่ 17 พฤษภาคม 2562

	Ethics Committee on Researches Involving Human Subjects Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand
	Approval Date: 28 MAY 2019

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี	A11.1/03
	Research Ethics Committee Rajavithi Hospital	
	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)	เริ่มใช้ 1 เม.ย. 2562 หน้า 2 จาก 2

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ส่วนเพิ่มเติมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า ☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต

- ให้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และบันทึกเสียง
- ให้เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ โดยมีจดหมายนำ และข้อชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัย พร้อมกับได้แนบของจดหมายเพื่อการส่งแบบสอบถามกลับมายังผู้วิจัย

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.


ส่วนเพิ่มเติมนี้ อาสาสมัครอาจยินยอม หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยในส่วนเพิ่มเติมนี้ของโครงการ

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียดให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

..... ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง (.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ฉบับที่ 1 วันที่ 17 พฤษภาคม 2562

	Ethics Committee on Researches Involving Human Subjects
	Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand
	Approval Date..... 28 MAY 2019

ชุดที่ 3 เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ

1

เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวนิภาพร นามนันทะ
สถานที่ติดต่อ	570 Rich park Triple station ถนนศรีนครินทร์ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ 10250 โทร. 09-9091-5595

เหตุผลที่ต้องการทำวิจัย เหตุผลที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้ อย่างละเอียด รอบคอบ และสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่วัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความกลัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

2. เพื่อศึกษาปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความกลัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ขั้นตอนและกระบวนการทำวิจัย

ประชากร คือ บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อายุระหว่าง 30-59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อายุระหว่าง 30-59 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง 1) บุคคลที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร อายุระหว่าง 30-59 ปี 2) มีประวัติสมาชิกสายตรงในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หรือมีประวัติเป็นโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง หรือมีประวัติการมีติ่งเนื้อที่บริเวณผนังลำไส้ หรือมีอาการหรืออาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ได้แก่ รูปแบบการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง เลือดออกทางทวารหนัก อุจจาระปนเลือด ปวดท้อง น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ (มากกว่า 5 กิโลกรัม ในช่วง 6 เดือน) 3) ผลการตรวจอุจจาระผิดปกติ 4) ได้รับการพิจารณาจากแพทย์เพื่อส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

และทวารหนัก 5) มีสติสัมปชัญญะ การรับรู้ดี 6) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 7) ยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 202 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มกลุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ดีที่สุดจาก 3 โรงพยาบาล เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยตรงกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 4 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความกลัวอาการผิดปกติ และ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและวิธีการตอบแบบสอบถาม อธิบายการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายถึงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยให้พิมพ์ลายนิ้วมือแสดงความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเลือกข้อความตอบเอง

ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่เกิดความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผลการวิจัยจะนำเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการและจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย

1. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อช่วยให้บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม

2. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาโปรแกรมให้บุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ

ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะได้รับ

1. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นไปด้วยความสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ รวมทั้งไม่มีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพ

2. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

3

3. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน
4. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
5. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามข้อมูลดังกล่าว ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11 ถนน พระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 02 218 1130

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ. 2562

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนิภาพร นามมันทะ

ที่อยู่ติดต่อได้ 570 Rich park Triple station ถนนศรีนครินทร์ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ 10250 โทร. 09-9091-5595

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง / อันตรายและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยในครั้งนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบสอบถามความกลัวอาการผิดปกติ และแบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที จำนวน 1 ครั้ง

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้นรวมถึงการดูแลรักษา ข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อตกลงที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่เปิดเผยข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11 ถนน พระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 02 218 1130

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงนาม ผู้วิจัย
(.....)

ลงนาม พยาน
(.....)

ลงนาม ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม พยาน
(.....)



แบบเก็บบันทึกข้อมูล
เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคล
ที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
(FACTORS RELATED TO HEALTH SEEKING BEHAVIORS AMONG PERSONS
AT RISK OF COLORECTAL CANCER)

เลขที่แบบเก็บข้อมูล

--	--	--

วันที่เก็บข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 1 สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้
โดยให้ท่านเติมคำตอบ หรือ ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี
3. รายได้ บาท / เดือน

() น้อยกว่า 10,000 บาท / เดือน	() 10,001 – 15,000 บาท / เดือน
() 15,001 – 20,000 บาท / เดือน	() 20,001 – 25,000 บาท / เดือน
() มากกว่า 25,000 บาท / เดือน	
4. สถานภาพสมรส

() โสด	() หม้าย	() หย่าร้าง
() แยกกันอยู่	() สมรส	

5. ระดับการศึกษา

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา | <input type="checkbox"/> อนุปริญญา |
| <input type="checkbox"/> ปวช., ปวส. | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี |
| <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี | |

6. อาชีพ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ข้าราชการ | <input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ |
| <input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย | <input type="checkbox"/> พนักงานบริษัทเอกชน |
| <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว | <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ |
| <input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราว | <input type="checkbox"/> ค้าขาย |
| <input type="checkbox"/> รับจ้าง | <input type="checkbox"/> เกษตรกร/ประมง |
| <input type="checkbox"/> ว่างงาน | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ |

7. สิทธิการรักษา

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท) | |
| <input type="checkbox"/> จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง | <input type="checkbox"/> ประกันสังคม |
| <input type="checkbox"/> สวัสดิการข้าราชการ | <input type="checkbox"/> สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ |
| <input type="checkbox"/> ประกันชีวิต | |

ตอนที่ 2 สำหรับผู้วิจัย / ผู้ช่วยวิจัย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. การวินิจฉัยโรค
2. ผลการตรวจ Fecal Occult Blood Test: FOBT
วันที่ส่งตรวจ /..... /.....
3. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในครอบครัว
บุคคลในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ราย
มีชีวิตอยู่ ราย เสียชีวิต ราย
4. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง
() ไม่มี
() มี รักษาโดย
ระยะเวลาการเจ็บป่วย
5. ประวัติการมีติ่งเนื้อที่บริเวณผนังลำไส้
() ไม่มี
() มี รักษาโดย
ระยะเวลาการเจ็บป่วย
6. อาการ หรือ อาการแสดงผิดปกติที่เข้ารับการรักษารั้งนี้
() รูปแบบการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง เช่น ท้องผูกบ่อยครั้ง หรือ ท้องเสียบ่อย หรือ ท้องผูกสลับกับท้องเสีย
() การมีเลือดออกทางทวารหนัก
() การถ่ายอุจจาระปนเลือด
() อาการปวดท้อง
() น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ
() อื่นๆ โปรดระบุ

7. การเจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินอาหารอื่นๆ (เช่น โรคกระเพาะ, กรดไหลย้อน, ลำไส้แปรปรวน, ไวรัสตับอักเสบ)

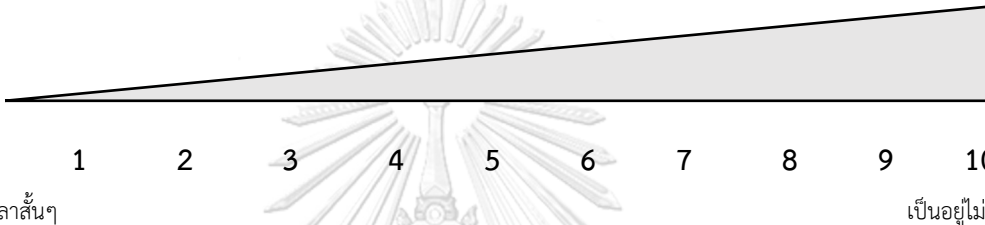
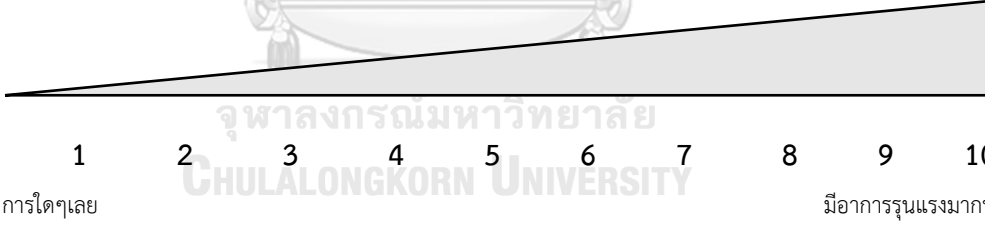
() ไม่มี

() มี ได้แก่ (ระบุ)

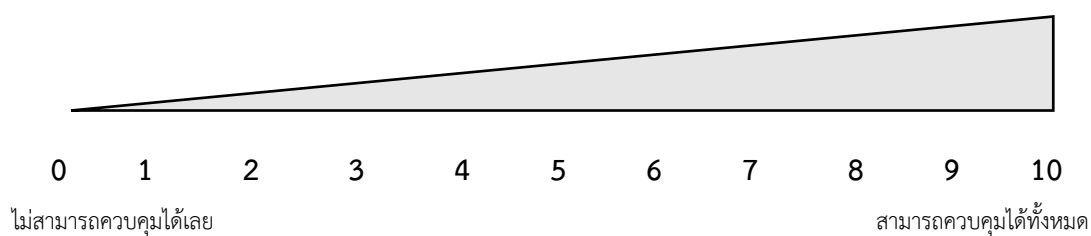


ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

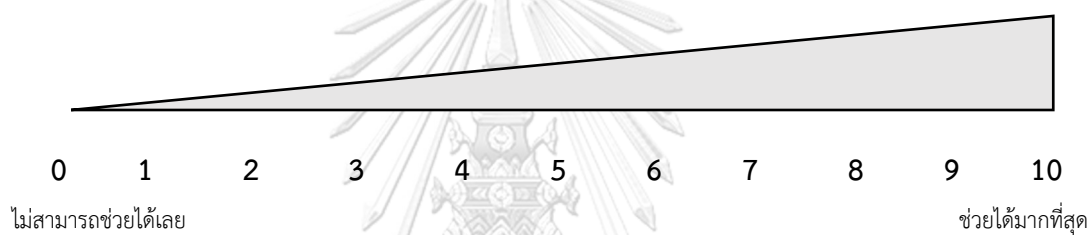
คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้ท่านเติมคำตอบ หรือ ทำเครื่องหมาย ○ (วงกลม) ล้อมรอบตัวเลขที่แสดงถึงความคิดเห็น หรือ ความรู้สึกของท่าน

<p>1. ท่านคิดว่าลักษณะของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เป็นอย่างไร</p> 
<p>2. ท่านมีน้ำหนักลดลงมากกว่า 5 กิโลกรัม ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาโดยไม่ทราบสาเหตุ</p> 
<p>.....</p>
<p>.....</p>
<p>.....</p>
<p>.....</p>
<p>.....</p>
<p>.....</p>
<p>.....</p>
<p>.....</p>

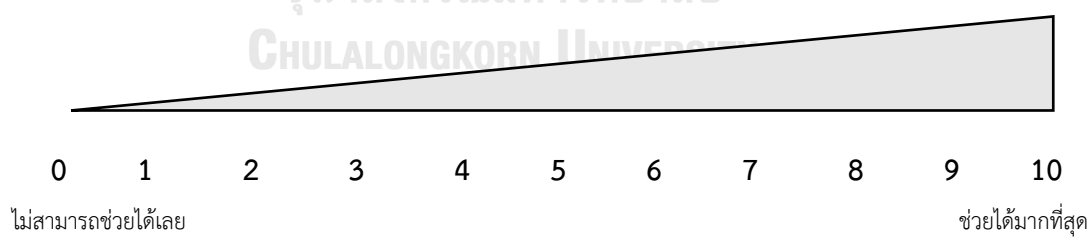
11. ท่านคิดว่าท่านสามารถควบคุมอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง



12. ท่านคิดว่าการรักษาที่ท่านได้รับสามารถช่วยบรรเทาอาการผิดปกติของท่านได้



13. ท่านคิดว่าสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการผิดปกติได้



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อจะสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ของท่านในปัจจุบัน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

- | | | |
|---------|---------|---------------------|
| 1 คะแนน | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างมาก |
| 2 คะแนน | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย |
| 3 คะแนน | หมายถึง | ค่อนข้างไม่เห็นด้วย |
| 4 คะแนน | หมายถึง | เฉยๆ |
| 5 คะแนน | หมายถึง | ค่อนข้างเห็นด้วย |
| 6 คะแนน | หมายถึง | เห็นด้วย |
| 7 คะแนน | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างมาก |

ข้อความ	คะแนน						
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.มีบุคคลอื่นๆ ที่นอกเหนือจากคนในครอบครัวและเพื่อนที่คอยช่วยเหลือ หากฉันต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา							
2.มีบุคคลอื่นๆ ที่นอกเหนือจากคนในครอบครัวและเพื่อนที่สามารถร่วมสุข ร่วมทุกข์กับฉันได้							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
10.มีบุคคลอื่นๆ ที่นอกเหนือจากคนในครอบครัวและเพื่อนที่คอยห่วงใยความรู้สึกของฉัน							
11.ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการตัดสินใจ							
12.ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้เพื่อนฟังได้							

ส่วนที่ 4 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อจะสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

- | | | |
|---------------|-------------|--|
| มีมาก | (4) หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน 76-100% |
| มีค่อนข้างมาก | (3) หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน 51-75% |
| มีเล็กน้อย | (2) หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน 26-50% |
| ไม่มีเลย | (1) หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย หรือตรงกับความรู้สึกของท่าน 0-25% |

ข้อความ	ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีค่อนข้างมาก	มีมาก
1.ท่านรู้สึกจิตใจสงบ				
2.ท่านได้รับความรัก ความสนใจ และการเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวดีมาตลอด				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
18.ท่านรู้สึกปลอดภัย โปร่ง โล่งอก				
19.ท่านรู้สึกอารมณ์แจ่มใสดี				
20.ท่านรู้สึกผ่อนคลาย				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความกลัวอาการผิดปกติ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

- | | | | |
|---|-------|---------|--------------|
| 0 | คะแนน | หมายถึง | ไม่กลัว |
| 1 | คะแนน | หมายถึง | กลัวเล็กน้อย |
| 2 | คะแนน | หมายถึง | กลัวปานกลาง |
| 3 | คะแนน | หมายถึง | กลัวมาก |

ข้อความ	ไม่กลัว (0)	กลัว		
		น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)
1.ท่านกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จะไม่สามารถหายได้เอง				
2.ท่านกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จะรักษาไม่ได้				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
8.ท่านกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง				
9.ท่านกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาจสร้างความวิตกกังวลให้กับครอบครัว				
10.ท่านกลัวว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จะมีผลต่อการต้องไปพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น				

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

- | | | |
|---------|---------|-------------------|
| 1 คะแนน | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย |
| 2 คะแนน | หมายถึง | ไม่แน่ใจ |
| 3 คะแนน | หมายถึง | เฉยๆ |
| 4 คะแนน | หมายถึง | เห็นด้วย |
| 5 คะแนน | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างยิ่ง |

ข้อความ	คะแนน				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.เมื่อท่านมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ท่านรอให้อาการหายไปเอง					
2.เมื่อท่านมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ท่านจะหาสาเหตุของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น					
.....					
.....					
.....					
.....					
6.เมื่อท่านมีอาการหรือความผิดปกติเกิดขึ้น ท่านซื้อยามารับประทานเอง					
7.เมื่อท่านมีอาการหรือความผิดปกติเกิดขึ้น ท่านไปรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิก หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน					
8.เมื่อท่านมีอาการหรือความผิดปกติเกิดขึ้น ท่านไปใช้บริการแพทย์แผนไทย (เช่น การนวด การใช้สมุนไพร หรือ ยาแผนโบราณ) แพทย์ทางเลือก (เช่น การแพทย์แผนจีน การแพทย์อายุรเวท)					



1. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.863	.864	13

จากตาราง Reliability statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .863

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Illness1	74.5667	223.013	.442	.868
Illness2	74.5000	231.569	.658	.845
Illness3	74.4333	227.082	.693	.842
Illness4	74.3333	226.368	.717	.841
Illness5	73.1333	215.844	.702	.841
Illness6	72.7667	220.392	.719	.840
Illness7	72.4667	227.499	.716	.841
Illness8	69.8333	252.144	.485	.856
Illness9	69.3000	258.631	.396	.860
Illness10	69.4000	266.317	.176	.869
Illness11	70.9333	253.237	.334	.863
Illness12	71.2333	248.530	.570	.853
Illness13	71.1000	257.128	.346	.862

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงค่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านการพิจารณาได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12 และ 13 และค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่าค่าแอลฟาโดยรวม

ระหว่าง .7 - .9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา

2. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.889	.886	12

จากตาราง Reliability statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .889

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Social1	67.2333	51.289	.374	.890
Social2	67.2667	49.582	.528	.885
Social3	67.4667	49.292	.478	.886
Social4	67.5333	48.257	.488	.886
Social5	67.7000	45.114	.655	.877
Social6	67.6667	44.368	.678	.875
Social7	67.8000	42.097	.768	.869
Social8	67.9000	44.369	.656	.877
Social9	68.2000	42.097	.823	.866
Social10	67.7000	49.252	.384	.891
Social11	67.6333	45.413	.640	.878
Social12	68.0667	45.237	.619	.879

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงค่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา และ

แสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่าค่าแอลฟาโดยรวมระหว่าง .7 - .9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา

3. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความวิตกกังวล

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.864	.858	20

จากตาราง Reliability statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความวิตกกังวล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคرونบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .864

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Anxiety1	61.2333	60.116	.445	.858
Anxiety2	60.9000	63.403	.216	.864
Anxiety3	61.4333	56.530	.696	.848
Anxiety4	61.3333	55.816	.609	.851
Anxiety5	61.2333	59.633	.492	.856
Anxiety6	60.8333	57.523	.680	.850
Anxiety7	62.3667	65.620	-.076	.882
Anxiety8	61.6000	56.455	.645	.850
Anxiety9	60.8000	56.303	.755	.846
Anxiety10	61.5667	61.495	.440	.859
Anxiety11	61.2000	64.648	.050	.869
Anxiety12	60.9667	54.240	.742	.844
Anxiety13	60.7667	57.151	.640	.850
Anxiety14	60.9333	56.202	.693	.848
Anxiety15	61.0333	66.102	-.121	.872

Anxiety16	61.3667	58.033	.611	.852
Anxiety17	62.1667	61.247	.356	.861
Anxiety18	61.4000	60.455	.319	.863
Anxiety19	61.1333	59.016	.430	.859
Anxiety20	61.2333	58.254	.431	.859

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงค่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านการพิจารณาได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19 และ 20 และค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวมระหว่าง .7 - .9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่าน เกณฑ์การพิจารณา

4. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความกลัว

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.874	.875	10

จากตาราง Reliability statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความวิตกกังวล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .874

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Fear1	14.1000	28.576	.425	.873
Fear2	14.1333	26.740	.641	.859
Fear3	14.0667	22.892	.686	.857
Fear4	15.3333	27.954	.385	.877
Fear5	14.5667	25.357	.721	.852
Fear6	14.4333	25.151	.714	.852
Fear7	13.6333	25.895	.725	.853
Fear8	13.7333	26.823	.519	.867
Fear9	13.6667	25.678	.676	.855
Fear10	14.5333	27.430	.514	.867

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงค่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่าค่าแอลฟาโดยรวมระหว่าง .7 - .9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา

5. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.864	.871	8

จากตาราง Reliability statistics แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .864

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Seeking1	28.6333	11.482	.687	.842
Seeking2	28.2000	11.890	.668	.843
Seeking3	27.9667	13.551	.631	.846
Seeking4	27.7667	14.185	.630	.849
Seeking5	27.7000	12.976	.821	.828
Seeking6	28.1333	14.051	.551	.854
Seeking7	27.8000	14.855	.349	.873
Seeking8	28.0333	12.723	.690	.838

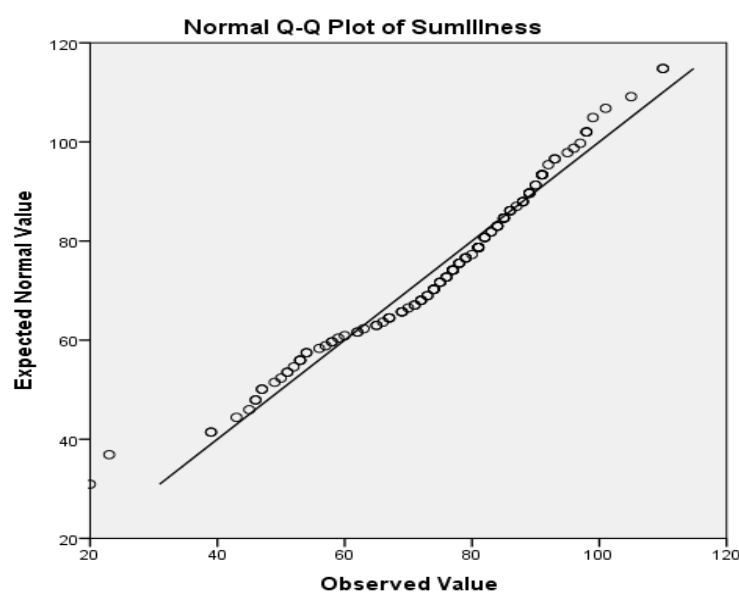
จากตาราง Item-Total Statistics แสดงค่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา จากการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่าค่าแอลฟาโดยรวมระหว่าง .7 - .9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อผ่านเกณฑ์การพิจารณา

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสมมติฐานสหสัมพันธ์เพียร์สัน

1. ข้อมูลของตัวแปรต้องมีการแจกแจงแบบปกติ (Hair et al., 2010)

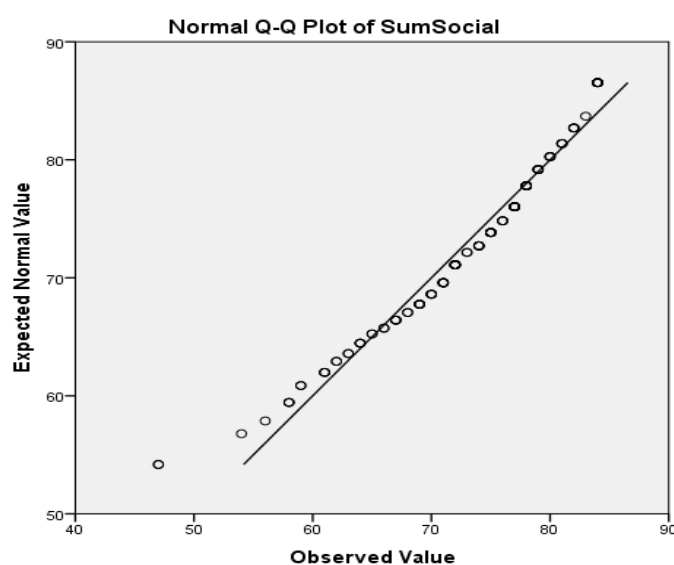
1.1 ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.1.1 Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick and Fidell, 2013)



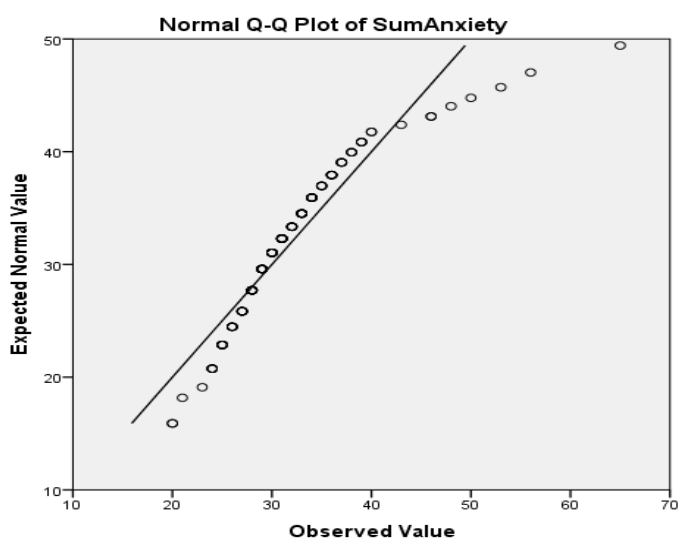
1.2 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.2.1 Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick and Fidell, 2013)



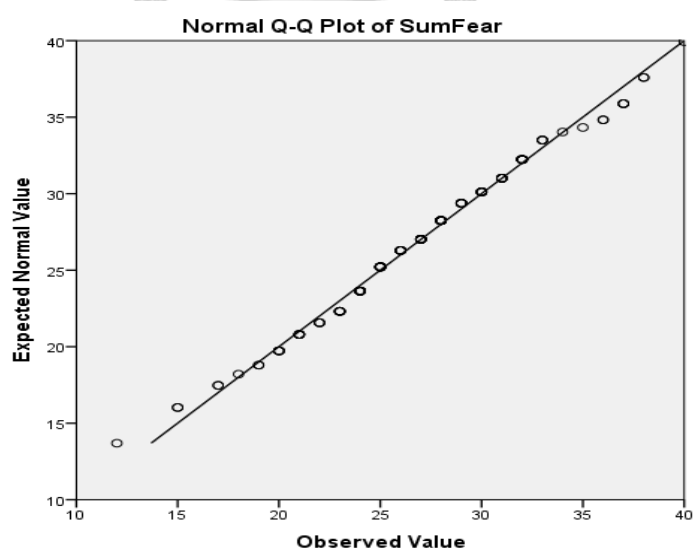
1.3 ข้อมูลความวิตกกังวลมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.3.1 Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick and Fidell, 2013)



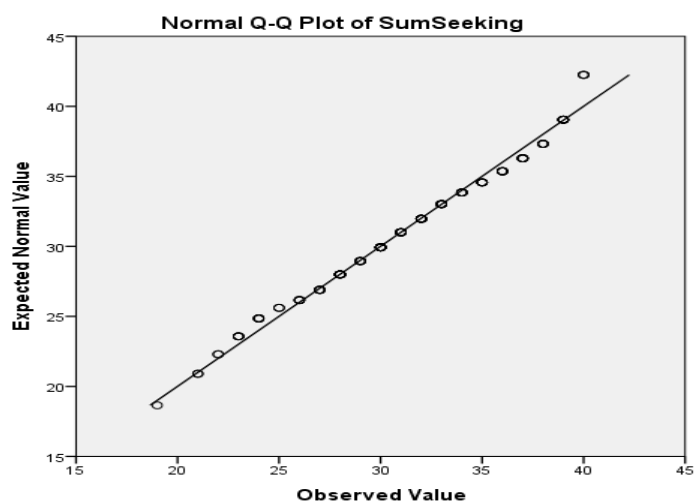
1.4 ข้อมูลความกลัวมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.4.1 Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick and Fidell, 2013)



1.5 ข้อมูลความกลัวมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.5.1 Q-Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick and Fidell, 2013)



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวนิภาพร นามันทะ
วัน เดือน ปี เกิด	5 มกราคม 2533
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เมื่อปี พ.ศ. 2555 เข้ารับการศึกษต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล ศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2559 – ปัจจุบัน
ที่อยู่ปัจจุบัน	1328/185 ถนนบางแค แขวงบางแค เขตบางแค กรุงเทพมหานคร 10160

