

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง
ของประชาชน อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

Factors Influencing the Decision to Confirm Colorectal Cancer by
Colonoscopy of People in Ban Pong District Ratchaburi Province

พงษ์ศักดิ์ จรุงเรืองทรัพย์*

Pongsak Jarungruangsap*

โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

*Ban Pong Hospital, Ratchaburi Province

Corresponding author: Pongsak Jarungruangsap; Email: l.mozart17@gmail.com

Received: August 2, 2025; Revised: October 28, 2025; Accepted: November 1, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องของประชาชน อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชน อายุ 50-70 ปี ที่คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (FIT Test) และมีผลการตรวจเป็นบวก จำนวน 176 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง .67 - 1.00 ความเที่ยงเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยแบบโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง คือ อายุ 50-60 ปี ($OR_{adj} = 4.88, 95\%CI = 1.80-13.23$) ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลไม่เกิน 20 กิโลเมตร ($OR_{adj} = 7.06, 95\%CI = 1.97-25.19$) การรับรู้ต่อความรุนแรงปานกลาง ($OR_{adj} = 8.87, 95\%CI = 1.07-73.27$) การรับรู้ต่อความรุนแรงสูง ($OR_{adj} = 85.11, 95\%CI = 8.97-807.41$) และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการตรวจต่ำ ($OR_{adj} = 15.02, 95\%CI = 3.32-67.89$)

คำสำคัญ: การตัดสินใจมาตรวจยืนยัน, มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง, การส่องกล้องลำไส้ใหญ่, ปัจจัยที่ส่งผล

Abstract

This descriptive cross-sectional research aimed to study factors Influencing with decision making for a colorectal cancer diagnostic test with colonoscopy of people in in Ban Pong District at Ratchaburi Province. The sample group of this study consisted of 176 people in Ban Pong District, Ratchaburi Province, who participated in a screening program for colorectal cancer and with a positive result of the Fecal Immunochemical Test (FIT Test). Data was collected using validated questionnaires assessing personal factors and health belief factors to make for a colorectal cancer diagnostic test with colonoscopy. Content validity was approved by three experts, with content validity indices ranging from .67 to 1.00, and reliability coefficients .87. The associations between the factors related to decision making for a colorectal cancer diagnostic test with colonoscopy were analyzed through logistic regression.

The results of the study revealed that the association of the factors contributing to decision making for a colorectal cancer diagnostic test with colonoscopy were Age 50-60 years old ($OR_{adj} = 4.88$, 95%CI = 1.80-13.23), The distance from home to the hospital is no more than 20 kilometers ($OR_{adj} = 7.06$, 95%CI = 1.97-25.19), moderate perceived severity ($OR_{adj} = 8.87$, 95%CI = 1.07-73.27) high perceived severity ($OR_{adj} = 85.11$, 95%CI = 8.97-807.41) and low perceived barriers. ($OR_{adj} = 15.02$, 95%CI = 3.32-67.89)

Keywords: confirmed decision making, colorectal cancer, colonoscopy, influencing factors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal cancer: CRC) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยทั่วโลก ประมาณร้อยละ 10 ของมะเร็งทั้งหมด และเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นลำดับที่ 2¹ สำหรับประเทศไทยติดอันดับ 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด และพบว่ามีผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ทั้งนี้พบอัตราการเกิดโรครในผู้ป่วยรายใหม่ ปีละ 15,939 ราย และมีผู้เสียชีวิต 5,476 ราย โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยวันละ 44 คน และเสียชีวิตวันละ 15 คน² โดยพบอัตราการเกิดโรคเป็นอันดับที่ 3 ในเพศชายและอันดับที่ 2 ในเพศหญิง³ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 15.27) รองลงมา คือ อายุ 55-59 ปี (ร้อยละ 15.12) และอายุ 65-69 ปี (ร้อยละ 13.05) ตามลำดับ⁴

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ครอบครัวที่มีประวัติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้ที่มีปัญหาการอักเสบของลำไส้ใหญ่เรื้อรัง พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป การขาดการออกกำลังกาย ดัชนีมวลกายไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ การมีโรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ตลอดจนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง⁵ อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงหากได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็วและได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี มากถึงร้อยละ 90 แต่ถ้าเป็นระยะท้ายซึ่งมีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ๆ อัตราการรอดชีวิตลดลงเหลือเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มักจะไม่มีอาการในระยะเริ่มแรกของโรค จะมีอาการก็ต่อเมื่อโรคลุกลามมากขึ้นจนถึงระยะสุดท้าย ส่งผลให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ซึ่งอาการของโรคที่พบบ่อย ได้แก่ การถ่ายอุจจาระผิดปกติ มีอาการท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง ถ่ายไม่สุด ถ่ายเป็นมูกหรือเป็นมูกปนเลือด หรืออาจถ่ายเป็นเลือดสด ขนาดลำอุจจาระเล็กลงและมีอาการปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด จุกเสียด เป็นต้น อย่างไรก็ตามโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งที่สามารถตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาความเสี่ยงในระยะเริ่มแรกได้หลายวิธี เช่น ตรวจอุจจาระหาเลือดที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า (fecal occult blood test) ตรวจหาพยาธิ ภิรียาทางอิมมูโนเคมีคอลที่จำเพาะอุจจาระ

(fecal immunochemical test) การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) และการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ด้วยภาพเสมือนจริง (computed tomography colonoscopy) เป็นต้น⁶

กระทรวงสาธารณสุขได้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็ง (service plan) โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ปีละครั้ง หากพบว่าผลผิดปกติควรได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่⁷ การตรวจโดยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นการตรวจชนิดเดียวที่ช่วยในการเฝ้าระวังกลุ่มที่มีความเสี่ยง ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกในการประเมินภาวะความผิดปกติของลำไส้ใหญ่⁸ มีความไว (sensitivity) เท่ากับ 99 % และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ 100 %⁹ สามารถดำเนินการรักษาผ่านวิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ในขณะตรวจ เช่น การตัดชิ้นเนื้อหรือก้อนที่ผิดปกติ การเก็บชิ้นเนื้อตัวอย่างมาวิเคราะห์ผลทางพยาธิวิทยา การหยุดเลือดในลำไส้ และการตรวจนี้สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งได้ด้วยการกำจัดติ่งเนื้อออก (polyps) อันเป็นจุดเริ่มต้นของมะเร็ง¹⁰

การตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยการมาพบแพทย์ตั้งแต่มีอาการผิดปกติในระยะเริ่มแรกเป็นวิธีที่ดี แต่ส่วนใหญ่กว่าจะรู้ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มักพบโรคในระยะที่เป็นมากแล้ว ทำให้มีโอกาสรักษาชีวิตสูง¹¹ การตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง หลังจากผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (FIT Test) เป็นบวก ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ผู้ที่มีผลการตรวจด้วยวิธี FIT Test เป็นบวก ตัดสินใจมาตรวจยืนยันผลด้วยการส่องกล้อง ร้อยละ 22.72¹² ในส่วนของโรงพยาบาลบ้านโป่ง ปีพ.ศ. 2567 ได้เพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองให้เป็นไปตามเป้าหมาย และเพิ่มบริการของการส่องกล้อง (colonoscopy) ทำให้สามารถดำเนินการได้มากกว่าปีพ.ศ. 2566 (จากร้อยละ 39.91 เพิ่มขึ้นร้อยละ 75.75) แต่ยังคงมีผู้ที่มีผลการตรวจด้วยวิธี FIT Test ให้ผลเป็นบวกไม่ตัดสินใจมาส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ทั้งที่ผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้นจะมีความผิดปกติก็ตาม

จากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ของบุคคลเป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญที่จะชักจูงพฤติกรรมการป้องกันโรค¹³ เหตุผลสำคัญที่กลุ่มเสี่ยงไม่ได้เข้ารับการตรวจคัดกรองโดยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ สอดคล้องกับปัจจัยหลายประการตามความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงที่ไม่เพียงพอ การรับรู้อุปสรรคของการตรวจ เช่น การรับรู้เชิงลบเกี่ยวกับกระบวนการคัดกรอง การตรวจที่มีการรุกราน ความยุ่งยากของการเตรียมลำไส้ และความไม่ครอบคลุมหลักประกันสุขภาพหรือประกันภัย^{14, 15} แต่ยังมีข้อจำกัดในการสรุปและการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพต่อการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการส่องกล้องในพื้นที่ของเขตอำเภอบ้านโป่ง ซึ่งมีความแตกต่างทางวัฒนธรรมกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องของประชาชน อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำมาใช้ในการวางแผนการเข้าถึงการรับบริการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง นำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายช่วยเหลือประชาชนในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ลดการลุกลามของโรคและช่วยลดโอกาสเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ของประชาชน อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

2. เพื่อสร้างสมการทำนายการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ของประชาชน อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy)

ขอบเขตการวิจัย

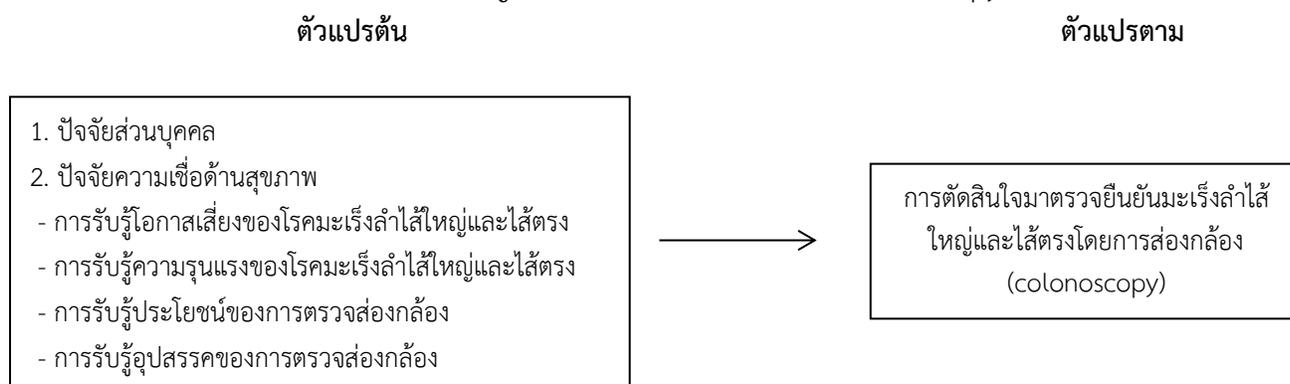
ขอบเขตด้านประชากร คือ ประชาชนอายุ 50-70 ปี ในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่เข้าโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (FIT Test) และมีผลการตรวจเป็นบวก (positive) จำนวน 176 ราย

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจ ตัวแปรตาม คือ การตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy)

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 10 เมษายน – 30 มิถุนายน 2568 ในพื้นที่อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Rosenstock¹⁶ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ และ 4) การรับรู้อุปสรรค มาทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนอายุ 50-70 ปี ในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่เข้าโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (FIT Test) และมีผลการตรวจเป็นบวก (positive) ในปี พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 50-70 ปี ในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่เข้าโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (FIT Test) และมีผลการตรวจเป็นบวก (positive) การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Hsieh และคณะ¹⁷ แสดงสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} [P(1-P)/B]^{1/2} + Z_{1-\beta} [P_0(1-P_0) + P_1(1-P_1)(1-B)/B]^{1/2}]^2}{[(P_0 - P_1)^2 (1-B)]}$$

โดยที่ n คือ ขนาดตัวอย่าง โดยอ้างอิงการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจของผู้ป่วยในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก¹⁸ ซึ่งมีตัวแปรที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้

$$P = (1-B) P_0 + B P_1$$

P_0 = สัดส่วนของคนที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีแล้วตัดสินใจไม่มารับการตรวจ colonoscopy มีค่าเท่ากับ .23

P_1 = สัดส่วนของคนที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีแล้วตัดสินใจมารับการตรวจ colonoscopy มีค่าเท่ากับ .47

B = สัดส่วนของผู้ที่ตัดสินใจมารับการตรวจ Colonoscopy มีค่าเท่ากับ .55

$$Z_{1-\alpha/2} = 1.96 \text{ เมื่อกำหนดให้ } \alpha = .05$$

$$Z_{1-\beta} = .84 \text{ เมื่อกำหนดให้อำนาจในการทดสอบเป็นร้อยละ 80 } (\beta = .20) \text{ (power of test } (1-\beta) = 80\%)$$

ได้กลุ่มตัวอย่าง 176 คน และใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลาก ชนิดไม่แทนที่กลับคืน จากรายชื่อผู้มีผลเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (FIT Test) เป็นบวก (positive) ของโรงพยาบาลบ้านโป่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นคำถามที่ให้เติมข้อความและแบบเลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 22 ข้อ โดยจำแนกเป็น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จำนวน 7 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) จำนวน 5 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า Likert scale มีคำตอบให้เลือก (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์¹⁹ ดังนี้ การรับรู้ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67) ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย เป็นแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 2 ท่าน ศัลยแพทย์ จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อและ วัตถุประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .67-1.00 การทดสอบความเที่ยงของ เครื่องมือโดยนำไปใช้กับประชาชนอายุ 50-70 ปี ในพื้นที่ใกล้เคียงที่ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการ ตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (FIT Test) และมีผลการตรวจเป็นบวก (positive) จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของโรงพยาบาลบ้านโป่ง หนังสือรับรองเลขที่ COA No.002-2025 ลงวันที่รับรอง 8 เมษายน 2568 กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับคำอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ลงนาม ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ศึกษาจะถูกปกปิดเป็นความลับ และรายงานผลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 10 เมษายน – 30 มิถุนายน 2568 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบ้านโป่ง เพื่ออธิบายขั้นตอน การทำวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีวิจัย แจงถึงสิทธิและจริยธรรม ในการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยให้เข้าใจ รวมทั้งขอคำยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลใช้เวลาในการทำ แบบสอบถาม 20 – 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยความเชื่อด้าน สุขภาพ ต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ด้วยสถิติ logistic regression

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.00 มีอายุในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 52.80 อายุเฉลี่ย 60.89 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 69.30 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 28.40 การศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ร้อยละ 67.60 มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 75.60 ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ไม่เกิน 20 กิโลเมตร ร้อยละ 83.50 ระยะทางเฉลี่ย 12.01 กิโลเมตร บุคคลในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรง ร้อยละ 6.30 มีประวัติการเป็นโรคหรืออาการผิดปกติระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 24.40 และตัดสินใจมาตรวจ ยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ร้อยละ 73.30 ดังแสดงในตารางที่ 1
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) คือ อายุ 50 – 60 ปี (OR = 3.04, p = .007) ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล \leq 20 กิโลเมตร (OR = 11.70, p = < .001) การรับรู้ความเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับปานกลางและในระดับสูง

(OR = 0.16, p = .018; OR = 0.32, p = .035) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับสูง (OR = 19.65, p = .002) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ในระดับปานกลางและในระดับสูง (OR = 0.04, p = .005; OR = 0.43, p = .045) และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ในระดับต่ำ (OR = 5.27, p = .008) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy)

ปัจจัย	ผู้ที่มีเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ จำนวน (คน)	ตรวจส่องกล้อง จำนวน (ร้อยละ)	OR	95%CI	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล					
เพศ					
ชาย	58	45 (77.60)	1.00		
หญิง	118	84 (86.50)	0.65	0.28-1.50	.319
อายุ (ปี)					
50-60	83	68 (81.90)	3.04	1.35-6.84	.007*
61-70	93	61 (65.60)	1.00		
สถานภาพ					
โสด	26	18 (69.20)	1.00		
คู่	122	91 (74.60)	1.56	0.53-4.57	.414
หม้าย หย่า แยก	28	20 (71.40)	1.38	0.36-5.23	.636
อาชีพ					
ไม่ได้ทำงาน	40	31 (77.50)	1.00		
รับจ้าง	45	28 (62.20)	1.04	0.31-3.43	.940
เกษตรกร	50	36 (72.00)	0.73	0.22-2.38	.602
อื่น ๆ	41	34 (82.90)	0.67	0.22-2.04	.489
การศึกษา					
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	119	84 (70.60)	1.00		
สูงกว่าประถมศึกษา	57	45 (78.90)	1.60	0.66-3.88	.298
รายได้ต่อเดือน (บาท)					
≤ 10,000	133	93 (69.90)	1.00		
> 10,000	43	36 (83.70)	1.50	0.56-4.00	.419
ระยะทางบ้านถึงร.พ.(กิโลเมตร)					
≤ 20	147	120 (81.60)	11.70	4.54-30.19	<.001*
> 20 กิโลเมตร	29	9 (31.00)	1.00		
โรคทางเดินอาหาร					
ไม่มี	133	101 (75.90)	1.00		
มี	43	28 (65.10)	0.47	0.20-1.13	.478
ครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้					
ไม่มี	165	119 (72.10)	1.00		

ปัจจัย	ผู้ที่มีเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ จำนวน (คน)	ตรวจสอบกล้อง จำนวน (ร้อยละ)	OR	95%CI	p-value
มี	11	10 (90.90)	2.22	0.26-18.63	.461
ความเชื่อด้านสุขภาพ					
การรับรู้ความเสี่ยง					
ต่ำ	15	6 (40.00)	1.00		
ปานกลาง	114	82 (71.90)	0.16	0.03-0.73	.018*
สูง	47	41 (87.20)	0.32	0.11-0.92	.035*
การรับรู้ความรุนแรง					
ต่ำ	13	2 (15.40)	1.00		
ปานกลาง	61	36 (59.00)	3.04	0.47-19.43	.240
สูง	102	91 (74.80)	19.65	3.06-128.28	.002*
การรับรู้ประโยชน์					
ต่ำ	14	1 (7.10)	1.00		
ปานกลาง	59	41 (69.50)	0.04	0.01-0.38	.005*
สูง	103	87 (84.50)	0.43	0.19-0.98	.045*
การรับรู้อุปสรรค					
ต่ำ	79	67 (84.80)	5.27	1.55-17.88	.008*
ปานกลาง	77	50 (64.90)	1.64	0.52-5.16	0.397
สูง	20	12 (60.00)	1.00		

*p < .05

3. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ค่อนข้างต่ำ คือ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงไม่ได้เกิดกับคนทุกกลุ่มอายุ พบมากในกลุ่มอายุ 50 – 70 ปี ร้อยละ 42.60 และต้องรอให้มีอาการผิดปกติ เช่น การขับถ่ายและความผิดปกติทางเดินอาหาร จึงค่อยไปตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 38.60 การรับรู้ความรุนแรงที่ค่อนข้างต่ำ คือ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะเริ่มแรกมักไม่มีอาการ ร้อยละ 16.50 และการป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากในการรักษา ร้อยละ 14.80 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ที่ค่อนข้างต่ำ คือ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธีการส่องกล้องใช้เวลาไม่นาน ไม่ต้องพักค้างที่โรงพยาบาล ร้อยละ 16.50 วิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสามารถดำเนินการรักษาโรคได้ในขณะตรวจ เช่น การตัดชิ้นเนื้อหรือก้อนที่ผิดปกติ กำจัดติ่งเนื้อออกอันเป็นจุดเริ่มของมะเร็งได้ ร้อยละ 11.19 และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ที่ค่อนข้างสูง คือ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธีการส่องกล้อง ทำให้เกิดความเจ็บปวดขณะตรวจ ร้อยละ 21.00 และญาติไม่สะดวกพามาใช้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธีการส่องกล้อง ร้อยละ 19.90

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) พบว่า ปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy)

โมเดลทำนายได้ถูกต้องคิดเป็น ร้อยละ 96.10 สำหรับการตัดสินใจไม่มาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) โมเดลทำนายได้ถูกต้องคิดเป็น ร้อยละ 55.30 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงอำนาจการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy)

	ผลสังเกต	การตัดสินใจมาตรวจส่องกล้อง		ร้อยละที่ทำนายถูกต้อง	
		ไม่ตรวจ	ตรวจ		
ขั้นที่ 1	การตัดสินใจมาตรวจส่องกล้อง	ไม่ตรวจ	26	21	55.30
		ตรวจ	5	124	96.10
ร้อยละโดยรวม				85.20	

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) โดยใช้สถิติ logistic regression ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ binary logistic regression รูปแบบของสมการในการทำนายการตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy จะอยู่ในรูป

$$P(\text{การตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy} = 1) = \frac{1}{1 + e^{-y}} \dots\dots\dots \text{สมการที่ 1}$$

โดยที่ $y = C + B_1x_1 + B_2x_2 + B_{3(2)}x_{3(2)} + B_{3(3)}x_{3(3)} + B_4x_4 \dots\dots\dots \text{สมการที่ 2}$

- $x_1 \in \{1,2\}$ คือตัวแปร กลุ่มอายุ
- $x_2 \in \{1,2\}$ คือตัวแปร ระยะทางบ้านถึงโรงพยาบาล
- $x_3 \in \{1,2,3\}$ คือตัวแปร การรับรู้ความรุนแรง
- $x_4 \in \{1,2,3\}$ คือตัวแปร การรับรู้อุปสรรค
- B_1, B_2, B_3, B_4 คือสัมประสิทธิ์ของตัวแปร x_n ตามลำดับ
- C คือค่าคงตัวของสมการถดถอยโลจิสติกส์

ดังนั้น ค่า y หรือ log-odds ของการตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy จะอยู่ในรูป $y = -5.71 + 1.58x_1 + 1.95x_2 + 2.18x_{3(2)} + 4.44x_{3(3)} + 2.71x_4$ โดยที่ความน่าจะเป็นของการตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy โดยแทนค่า y ลงในสมการที่ 1

จากสมการข้างต้นผู้วิจัยพบว่ากลุ่มที่มีอายุ 50 – 60 ปี มีค่า log-odds ของการตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy เป็น 4.88 เท่า ของกลุ่มที่มีอายุ 61-70 ปี

ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ≤ 20 กิโลเมตร จะทำให้ค่า log-odds ของการตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy เป็น 7.06 เท่า ของกลุ่มที่ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล > 20 กิโลเมตร

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับปานกลาง จะทำให้ค่า log-odds ของการตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy เป็น 8.87 เท่า ของกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับต่ำ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับสูง จะทำให้ค่า log-odds ของการตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy เป็น 85.11 เท่า ของกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับต่ำ

การรับรู้อุปสรรคของการตรวจสอบกล้องในระดับต่ำ จะทำให้ค่า log-odds ของการตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy เป็น 15.02 เท่า ของกลุ่มการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสอบกล้องในระดับสูง

ค่าคงตัว (Constant) ในสมการ regression มีค่าเท่ากับ -5.170 หมายความว่ากรณีที่ค่า log-odds ของผลลัพธ์เมื่อตัวแปรทำนายอื่นมีค่าเป็น 0 มีอัตราต่อรองการตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy ต่อโอกาสการไม่มาตรวจ เป็น 0.003 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy)

ปัจจัย	B	SE	Wald	Adjusted OR	95%CI	p-value
อายุ (ปี)						
50-60	1.580	.500	9.71	4.88	1.80-13.23	.002*
ระยะทางบ้านถึงร.พ.						
≤ 20 กิโลเมตร	1.950	.640	9.07	7.06	1.97-25.19	.003*
การรับรู้ความรุนแรง						
ต่ำ				1.00		
ปานกลาง	2.180	1.070	4.10	8.87	1.07-73.27	.043*
สูง	4.440	1.140	14.98	85.11	8.97-807.41	<.001*
การรับรู้อุปสรรค						
ต่ำ	2.710	.760	12.40	15.02	3.32-67.89	<.001*
ปานกลาง	.700	.640	1.19	2.02	0.57-7.15	.275
สูง				1.00		
ค่าคงตัว	-5.710	1.420	16.20	.003		<.001*

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ของประชาชน อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 4 ปัจจัย ดังนี้

1. ผู้มีอายุ 50-60 ปี มีโอกาสที่จะตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) 4.88 เท่า เมื่อเทียบกับผู้มีอายุ 61-70 ปี

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าสุขภาพและความสามารถที่ลดลงตามวัยผู้ป่วยอายุ 70 ปีขึ้นไปการแสวงหาการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องพึ่งญาติเป็นไปได้น้อยมาก ส่งผลให้การตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องน้อยกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องในไต้หวัน ที่พบว่าผู้มีอายุต่ำกว่า 60 ปี จะตัดสินใจตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องมากกว่ากลุ่มที่อายุสูงกว่า 70 ปีเป็น 7.2 เท่า¹⁸

2. ระยะทางการเดินทาง พบว่า ผู้มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลไม่เกิน 20 กิโลเมตร มีโอกาสที่จะตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) มากกว่าผู้ที่อาศัยห่างไกลเกินกว่า 20 กิโลเมตร 7.06 เท่า

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าความห่างไกล ไม่เพียงการสะท้อนความลำบากทางด้านการเดินทาง รวมถึงเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางอีกด้วย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เข้ารับการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ได้ยากขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาอุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่าระยะทางที่ห่างไกลเป็นอุปสรรคในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในญาติสายตรงผู้ป่วย²⁰

3. การรับรู้ความรุนแรง ผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับปานกลางและสูง มีโอกาสในการตัดสินใจตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) 8.87 และ 85.11 เท่า ตามลำดับ

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า ผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจะเห็นความสำคัญว่าโรคมีความรุนแรงและหากป่วยจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตเกิดความตระหนักและตัดสินใจเข้ารับการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องในไต้หวัน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระดับสูง มีผลต่อการเข้ารับการตรวจส่องกล้อง¹⁸ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ถึงความอ่อนไหว ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง โดยพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ไม่มีความสัมพันธ์กับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่²¹

4. การรับรู้อุปสรรค ผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ในระดับต่ำ มีโอกาสในการตัดสินใจส่องกล้อง 15.02 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูง

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำหรือความเข้าใจเกี่ยวกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้แก่ ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ไม่ได้เป็นการสิ้นเปลืองเวลาหรือขัดกับการประกอบกิจวัตรประจำวัน มีผลให้กลุ่มเสี่ยงตัดสินใจรับการตรวจส่องกล้องมากขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องในไต้หวัน พบว่าผู้เข้ารับการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง มีการรับรู้อุปสรรคในการคัดกรองต่ำ¹⁸ และยังสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้ชายชาวแอฟริกันอเมริกัน พบว่าผู้ที่รับรู้ต่ออุปสรรคในการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องมากขึ้นเท่าใด ได้แก่ ความอับอาย ความเจ็บปวด และขั้นตอนที่ยุ่งยาก ความตั้งใจที่จะทำ colonoscopy ก็ยิ่งลดลงเท่านั้น²² เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยการตรวจอุจจาระหาเลือดแฝง (FOBT) ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม พบว่าการรับรู้อุปสรรคที่ลดลงเป็นปัจจัยที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง²³

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เพื่อให้การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) เพิ่มขึ้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ควรส่งเสริมกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ความรุนแรงของโรคกับกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนการให้ความรู้ถึงขั้นตอน ระยะเวลาการตรวจ การไม่เสียค่าใช้จ่ายหากอยู่ในหลักประกันสุขภาพ เพื่อลดอุปสรรคที่รับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดและค่ารักษา ร่วมกับส่งเสริมการเข้าถึงการตรวจในพื้นที่ห่างไกลและในกลุ่มสูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยใช้โมเดล Machine Learning โดยอิงจากตัวแปรในชุดข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) เพื่อให้คำแนะนำรายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Colorectal cancer. 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>
2. สกานต์ บุนนาค. มีนาคม เดือนแห่งการรณรงค์ด้านภัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: มะเร็งลำไส้ใหญ่ฯ เรื่องใหญ่ที่ไม่ไกลตัว. 2568. https://www.nci.go.th/th/New_web2024/service/sv21.html
3. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. 2022. <https://gco.iarc.who.int/today>
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2563.
5. สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. ข้อควรรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่. 2565. https://www.gastrothai.net/th/knowledge-detail.php?content_id=347
6. American Cancer Society. Survival rates for colorectal cancer. 2024. <https://www.cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html>
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561. 2561. https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/strategymoph61_v10.pdf
8. ภัคภร เกตุสีสังข์, อุษาวดี อัศววิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ธวัชชัย อัศววิพุธ. ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้และความวิตกกังวลในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2558;33(3):61-73.
9. Allameh Z, Davari M, Emami MH. Sensitivity and specificity of colorectal mass screening methods: a systematic review of literature. Iran J Cancer Prev. 2011;4(2):88-105.
10. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แนวทางการดำเนินงานและบันทึกข้อมูล: โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยวิธี FIT test. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2561.

11. วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์. มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. 2559.
<http://www.manager.co.th/daily/viewnews.aspx?NewsID=9590000025608>
12. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูล HDC: ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ปี 2567. 2567. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=59acae7a68f02c8e2c0cb88dfc6df3b3&id=6c88a8d6cbd2779301d3198b82a45cdf
13. Li R, Li C, Liu L, Chen W, Bai Y. Factors affecting colonoscopy screening among first-degree relatives of colorectal cancer patients: a mixed-method systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2024;21(3):245-52. doi:10.1111/wvn.12689
14. Ajufo A, Adigun OA, Mohammad M, Dike J, Akinrinmade A, et al. Factors affecting the rate of colonoscopy among African Americans aged over 45 years. *Cureus.* 2023;15:e46525. doi:10.7759/cureus.46525
15. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการประเมินการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. 2560. <http://www.hed.go.th/linkHed/321>
16. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q.* 1988;15:175-83. doi:10.1177/109019818801500203
17. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med.* 1998;17:1623-34. doi:10.1002/(SICI)1097-0258(19980730)17:14<1623::AID-SIM871>3.0.CO;2-S
18. Chuang YM, Han HQ, Tseng CC, Tseng CH, Hu YJ. Factors associated with patients' decision on colorectal cancer screening. *Medicine (Baltimore).* 2021;100:e26735. doi:10.1097/MD.00000000000026735
19. Best JW, Kahn JV. *Research in education.* 10th ed. Boston: Pearson Education; 2006..
20. Zhang X, Zhang Y, Chen J, Zhang M, Gong N. Psychological distance: a qualitative study of screening barriers among first-degree relatives of colorectal cancer patients. *BMC Public Health.* 2021;21:716. doi:10.1186/s12889-021-10786-w
21. โสภณา ว่องทวี, ทศนีย์ ตันธนา, วิภา แซ่เขี้ยว, นันนภัส พรุเพชรแก้ว, วรวิทย์ วาณิชย์สุวรรณ. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการส่องกล้องเพื่อตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้และไส้ตรงในกลุ่มที่มีความเสี่ยง: การศึกษาเปรียบเทียบ. *วารสารพยาบาลศาสตร์.* 2564;39(3):33-46.
22. Rogers CR, Goodson P, Dietz R, Okuyemi K. Predictors of intention to obtain colorectal cancer screening among African American men in a state fair setting. *Am J Mens Health.* 2018;12(4):851-62. doi:10.1177/1557988316647942
23. Jeehooni AK, Kashfi SM, Shokri A, Kashfi SH, Karimi S. Investigating factors associated with FOBT screening for colorectal cancer based on the components of Health Belief Model and social support. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2017;18(8):2163-69.