

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร

Factors Predicting Colorectal Cancer Screening Behaviors among Thai People in Bangkok

ปานดวงใจ ไทยดำรงเดช* อภิสรา จังพานิช นพัตธร พฤกษานันตกาล สุตคะนิง ดารานิชร

Parnduangjai Thaidumrongdet* Apisara Jangpanich Naphatthorn Prueksaanantakal Sudkanung Daranisorn

คณะพยาบาลศาสตร์และการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10300

Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok Thailand 103001

บทคัดย่อ

การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างเป็นคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานครอายุ 50-75 ปี จำนวน 553 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ อุปสรรค สิ่งที่คุกคาม ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคและพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.81, 0.92, 0.82, 0.85, 0.87, และ 0.93 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.62 มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเพียงพอ โดยร้อยละ 19.89 คัดกรองด้วยวิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (FOBT) ทุก 1 ปี และร้อยละ 15.73 ใช้วิธีการส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ทุก 10 ปี ทั้งนี้พบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคในการเข้าร่วมคัดกรอง โรคมะเร็งมีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.09, 95\%CI = 0.89-1.08, p < 0.05$) ผลวิจัยนี้มีความสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อลดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความเชื่อทางสุขภาพแก่คนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานครได้

คำสำคัญ: การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Abstract

The predictive-correlation study aimed examining factors predictive colorectal cancer screening behaviors among Thai people living in Bangkok Metropolitan. The health belief model was used as a theoretical framework. A sample of 553 participants aged between 50 and 75 years and lived in Bangkok, Thailand, were selected by multi-stage sampling method. The research instruments comprise demographic data, perceived susceptibility to disease, perceived severity of disease, perceived benefit, perceived barriers, perceived threat, cue to action, and behaviors of colorectal cancer screening, which were validated by experts (0.81, 0.92, 0.82, 0.85, 0.87, and 0.93, respectively)

Corresponding Author: *Email: parnduangjai@nmu.ac.th

ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (Navamindradhiraj University Research Fund)

วันที่รับ (received): 15 มิ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised): 1 ก.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted): 13 ก.ค. 2567

The result revealed that 35.62% of participants exhibited appropriate behaviors for colorectal cancer screening. Including fecal occult blood test (FOBT) and colonoscopy (19.89% and 15.73%, respectively). Furthermore, perceived barriers significantly predicted colorectal cancer screening behaviors (OR = 1.09, 95% CI = 0.89-1.08). Therefore, the result of study is able to be a fundamental data to develop a colorectal cancer screening program among Thai people living in Bangkok Metropolitan. It is important to provide knowledge about colorectal cancer through a factsheet in order to eliminate misunderstand regarding health beliefs on colorectal cancer behaviors among Thai people living in Bangkok Metropolitan.

Keywords: Colorectal cancer screening, Health believe model

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นมะเร็งที่พบบ่อยอันดับสามของโลกรองจากมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม¹ โดยในระยะเริ่มแรกของโรคไม่มีการแสดงอาการใด ๆ¹ ส่งผลให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของโรค ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ สำหรับประเทศไทยมีอัตราการอุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่สูงในประเทศแถบเอเชียใต้ และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สามและเป็นห้าอันดับแรกของมะเร็งที่พบบ่อยของคนไทย² นอกจากนี้อัตราผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่เพิ่มขึ้น 10,000 รายต่อปีและในปี 2025 ประเทศไทยถูกคาดการณ์ว่ามีจำนวนของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่สูงขึ้น²

การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจึงเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดในการป้องกันและลดอุบัติการณ์โรคมะเร็งดังกล่าว แต่ปัจจุบันพบสถิติการเข้าคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีอัตราค่อนข้างต่ำในกลุ่มประเทศยุโรปมีอัตราการคัดกรองเพียง 45% สำหรับประเทศไทยเริ่มโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ปี 2561 โดยกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองเป็นประชากรอายุตั้งแต่ 50 ถึง 70 ปีที่มีภาวะสุขภาพปกติที่อาศัยในเขตสุขภาพที่ 1 ถึงเขตที่ 12 (ยกเว้นเขตที่ 13 กรุงเทพมหานคร) จำนวน 12.9 ล้านคน แต่มีจำนวนการคัดกรองด้วยวิธีการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระเพียง 1.4 แสนคน คัดกรองด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เพียง 43,211 คนเท่านั้น^{3,4} ซึ่งเป็นอัตราการคัดกรองที่น้อยมาก ซึ่งสามารถนำไปสู่การเพิ่มอุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ในอนาคตได้

บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น มีความเชื่อหลัก ๆ 3 ประการ ได้แก่ การรับรู้ส่วน

บุคคล ปัจจัยร่วมให้ปฏิบัติพฤติกรรม และความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนพฤติกรรม กล่าวคือ บุคคลจะต้องมีความเชื่อหรือการรับรู้ที่ ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ว่ามี ความรุนแรงของโรคนั้นต่อตนอย่างไร รับรู้ว่าการป้องกันโรค มีประโยชน์ในการป้องกันโรคน้อยเพียงใด รับรู้ต่ออุปสรรค และรับรู้ว่าจะมีบางสิ่งที่เป็นสิ่งที่คุกคาม และมีปัจจัยใดกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค และมีปัจจัยร่วมให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นพื้นฐานต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่แตกต่างกันของบุคคล⁷ ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมของคนไทยในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งของคนไทยว่ามีความเชื่อต่อการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างไร

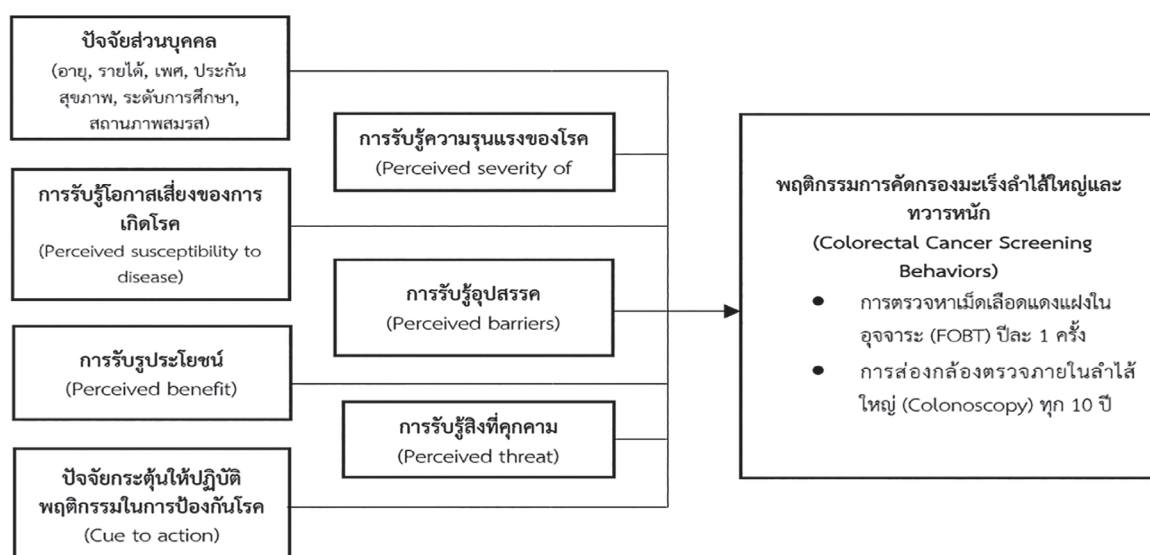
จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรม การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไทยพบเพียง 2 งานวิจัยที่รัฐฟลอริดา และรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกาเท่านั้น^{5,6} โดยกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่า การตรวจคัดกรองดังกล่าวไม่เป็นสิ่งจำเป็นเพราะสมาชิกในครอบครัวของตนเองไม่มีใครเป็นมะเร็ง หากจำเป็นต้องทำการคัดกรองฯ ควรทำในคนที่รับประทานอาหารเผ็ดๆ เท่านั้น และคิดว่าการรับประทานผักทุกวัน ทำให้ปลอดภัยจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ อีกทั้งการไม่แสดงอาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความเชื่อภาวะสุขภาพที่ดีอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องทำการคัดกรองมะเร็งฯ ตลอดจนต้องการทำให้ชีวิตมีความสุข ไม่ยุ่งวุ่นวายมากปราศจากความกังวลสามารถเป็นปัจจัยที่ไม่ต้องการคัดกรองมะเร็งได้^{5,6} จากงานวิจัยนี้ทำให้ทราบว่าคนไทยยังมีความเชื่อและแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จึงนำไปสู่พฤติกรรม การเข้ารับคัดกรองมะเร็งที่ไม่เหมาะสมได้

สำหรับประเทศไทย ไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับ

พฤติกรรมการการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยเขตกรุงเทพมหานคร แม้ว่าพบอัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูงสุดในกลุ่มคนดังกล่าว^{7,8,9} และกลุ่มคนดังกล่าวเพียง 66.1% ต่อการคัดกรองมะเร็ง⁹ ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งของบุคลากรของระบบสุขภาพไทย จำเป็นอย่างยิ่งที่ควรศึกษาพฤติกรรมการการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ของกรุงเทพมหานครในการพัฒนาโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประกันสุขภาพ สถานภาพสมรส การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ อุปสรรค สิ่งที่คุกคามของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และปัจจัยกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรมในการเข้าร่วมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐาน

การรับรู้ส่วนบุคคล ปัจจัยร่วมให้ปฏิบัติพฤติกรรมและความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานครได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ4 เชื่อว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ส่วนบุคคล ปัจจัยร่วมให้ปฏิบัติพฤติกรรม และความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนพฤติกรรมโดยต้องมีความเชื่อว่าเป็นไปได้อย่างเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ว่าตนเองมีความรุนแรงของโรคนั้นอย่างไร (perceived susceptibility and perceived severity) รับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมป้องกันโรค (perceived benefits) รับรู้ต่ออุปสรรคในการปฏิบัติ (perceived barriers) และสิ่งคุกคามของการป้องกันโรค (perceived threat) และมีปัจจัยกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค (cue to action) และมีปัจจัยร่วมให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ (modifying factors) อาทิ ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประกันสุขภาพซึ่งเป็นพื้นฐานเพื่อการป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive-correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คนไทยที่มีอายุ 50-75 ปี ที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ คนไทยที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไม่มีความผิดปกติทางจิต สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี และยินดีเข้าร่วมวิจัย คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ผู้วิจัยเริ่มจากสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (สัดส่วน 1:10) จำนวน 5 เขตในกรุงเทพมหานครทั้งชั้นนอก ชั้นกลางและชั้นใน จากนั้นสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งจากการสำรวจข้อมูลทะเบียนของคนที่ไทยที่มีอายุ 50-75 ปี จำนวน 554 คน และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสะดวกวิธี (convenience sampling)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล .03 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และอำนาจทดสอบ .08 และตัวแปรทำนาย 12 ตัว ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 461 คน ทั้งนี้ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลรวมทั้งสิ้น 554 คน จากการคำนวณด้วยสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยทั้ง 5 เขต เขตละเท่า ๆ กัน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ เลขที่ KFN-IRB2020-18 ลงวันที่ 3 กันยายน 2563 ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงเรื่องการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ไม่มีค่าใช้จ่าย สิทธิในการร้องเรียนรู้สึกได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม การเก็บรักษาความลับของข้อมูลและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 9 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัย

สร้างขึ้นมี 6 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ประกันสุขภาพ และสถานภาพสมรส

2. แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งฯ สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁴ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ใช้การตอบเป็นแบบอัตรา (Rating scale) มี 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งฯ สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁴ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ใช้การตอบเป็นแบบอัตรา (Rating scale) มี 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งฯ สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁴ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ใช้การตอบเป็นแบบอัตรา (Rating scale) มี 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

5. แบบสอบถามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งฯ สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁴ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ใช้การตอบเป็นแบบอัตรา (Rating scale) มี 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

6. แบบสอบถามการรับรู้สิ่งที่คุกคาม สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁴ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ใช้การตอบเป็นแบบอัตรา (Rating scale) มี 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

7. แบบสอบถามปัจจัยกระตุ้นการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งฯ สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁴ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ใช้การตอบเป็นแบบอัตรา (Rating scale) มี 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

8. แบบสอบถามพฤติกรรมการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สร้างขึ้นเองจากการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประกอบด้วย 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับการประสบการณ์เข้ารับการตรวจคัดกรองรวมถึงวิธีการที่เลือกในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.81, 0.92, 0.82, 0.85, 0.87, และ 0.93 ตามลำดับ และแบบสอบถามพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคำนวณค่าความเที่ยงได้ค่าทดสอบซ้ำ (Test-retest) เท่ากับ 0.98 ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนและผู้อำนวยการสำนักอนามัย ผู้วิจัยประสานงานขออนุญาตเก็บรวบรวมกับผู้รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง แนะนำตัวและชี้แจงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูล อาสาสมัครสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลแก่ทีมผู้วิจัย นอกจากนี้เนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันของรัฐขณะเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงกันยายน 2565 ทั้งหมด 1 ปี 11 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic regression)¹⁰

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร จำนวน 553 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79) อายุระหว่าง 59-65 ปี (ร้อยละ 59) จบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 73.3) มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 1,000-2,000 บาท (ร้อยละ 65.42) มีประกันสุขภาพของรัฐ (ร้อยละ 87.87) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.90)

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนักระดับปานกลางร้อยละ 75.87 (M = 21.67, SD = 5.09) มีการรับรู้ความรุนแรงโรคระดับปานกลางร้อยละ 75.19 (M = 25.34, SD = 7.69) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.87 (M = 40.18, SD = 9.19) และมีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งระดับมาก ร้อยละ 68.87 (M = 39.20, SD = 6.02) ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งเป็นสิ่งที่คุกคามอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพระดับมาก ร้อยละ 75.85 (M = 30.20, SD = 3.79) และมีการรับรู้ปัจจัยกระตุ้นให้มีพฤติกรรมในการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.87 (M = 35.13, SD = 6.77)

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร (n = 553 คน)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เพียงพอ		
- การตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (FOBT) ปีละ 1 ครั้ง	110	19.89
- การส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ทุก 10 ปี	87	15.73
รวม	197	35.62
พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักไม่เพียงพอ		
- การตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (FOBT)	289	52.26
- การส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)	67	12.12
รวม	356	64.38

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 35.62 โดยร้อยละ 19.89 มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (FOBT) ทุก 1 ปี และร้อยละ 15.73 ใช้วิธีการส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่

(Colonoscopy) ทุก 10 ปี และกลุ่มที่ 2 มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 64.38 โดยร้อยละ 52.26 ไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (FOBT) ทุก 1 ปี และมีเพียงร้อยละ 12.12 ที่ใช้วิธีการส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ทุก 10 ปี

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร (n = 553 คน)

ปัจจัย	B	SE	df	Odds ratio	(95% CI)	p-value
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	-0.09	0.03	1	0.78	(0.88-0.99)	0.06
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	-0.06	0.03	1	0.93	(0.89-1.07)	0.17
3. การรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	-0.05	0.04	1	0.78	(0.70-1.02)	0.56
4. การรับรู้ต่ออุปสรรคในการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	-0.01	0.03	1	1.09	(0.89-1.08)	0.01*
5. การรับรู้สิ่งที่คุกคาม	0.07	0.02	1	1.00	(0.80-1.03)	0.96
6. ปัจจัยกระตุ้นการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	0.09	0.03	1	1.01	(0.97-1.05)	0.89
7. อายุ	0.09	0.02	1	1.04	(1.02-1.15)	0.40
8. เพศ	1.02	0.58	1	2.77	(0.89-8.68)	0.08
9. ระดับการศึกษา	0.48	0.37	1	1.62	(0.79-3.35)	0.19
10. รายได้	0.67	0.57	1	1.84	(1.29-2.53)	0.09
11. ประกันสุขภาพ	0.54	0.23	1	1.72	(1.09-2.70)	0.06
12. สถานภาพสมรส	0.84	0.50	1	2.44	(1.11-5.40)	0.06

*P-value < .05

จากตารางที่ 2 จะเห็นว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ต่ออุปสรรคในการเข้าร่วมคัดกรองโรคมะเร็งฯ โดยกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ต่ออุปสรรคในการเข้าร่วมคัดกรองมะเร็งมีพฤติกรรมเข้ารับการคัดกรองที่เพียงพอน้อยลงถึง 1.09 เท่า (OR = 1.09, 95%CI = 0.89-1.08) โดยสามารถแสดงสมการทำนาย (logit) ได้ดังนี้

$$\log [BKK_{CAS}] = 1.09_p$$

เมื่อ BKK_{CAS} = พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร

P = รับรู้ต่ออุปสรรคในการคัดกรองโรคมะเร็ง

ตารางที่ 3 สาเหตุที่ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการคัดกรองลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร (n = 553 คน)

สาเหตุไม่ปฏิบัติพฤติกรรม การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่	FOBT		Colonoscopy	
	จำนวน	%	จำนวน	%
1. ไม่เคยรู้ว่าต้องมาตรวจ	61	11.03	63	11.39
2. รู้สึกอาย	N/A	-	36	6.51
3. เห็นว่าไม่จำเป็น	76	13.74	89	16.09
4. กลัวพบว่ามะเร็ง	53	9.58	4	0.72
5. ไม่มีคนในบ้านเป็นโรคมะเร็ง	98	17.72	92	16.63
6. ขัดต่อขนบธรรมเนียมประเพณี	N/A	-	N/A	-
7. แพทย์ไม่ได้บอกให้ตรวจ	68	12.30	4	0.72
8. มีค่าใช้จ่ายสูง	N/A	-	79	14.28

N/A = Not application (ไม่ได้ประเมิน)

จากตารางที่ 3 พบว่าสาเหตุที่ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่มีคนในบ้านเป็นโรคมะเร็งและไม่เห็นถึงความจำเป็นในการคัดกรองด้วยวิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (FOBT) (17.72%, 13.74% ตามลำดับ) สำหรับสาเหตุของการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการคัดกรองลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยวิธีการส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) คือ เห็นว่าไม่จำเป็นเนื่องจากไม่มีคนในบ้านเป็นโรคมะเร็งและ (16.63%, 16.09% ตามลำดับ)

การอภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของกลุ่มตัวอย่างยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยมีเพียงร้อยละ 35.62 ที่มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งที่เพียงพอ แม้ว่าจะไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าคัดกรองวิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (FOBT) มีเพียงร้อยละ 19.89 ของกลุ่มตัวอย่างเข้าคัดกรองมะเร็งฯ และมีเพียงร้อยละ 15.73 ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมคัดกรองด้วยวิธีการส่องกล้องตรวจภายในลำไส้ใหญ่ นอกจากนี้ยังพบว่าเกินครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 64.38) อาจเป็นเพราะช่วงเก็บข้อมูลเป็นช่วงหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งสถานพยาบาลหยุดให้บริการการคัดกรองและตรวจสุขภาพประจำปี รวมทั้งรัฐประกาศให้ทุกคนอยู่ที่บ้าน หากไม่จำเป็นผู้ป่วยไม่ต้องไปโรงพยาบาลซึ่งการปิดสถานพยาบาลถือเป็นอุปสรรคหนึ่งต่อ

การมีพฤติกรรมเข้ารับการคัดกรองมะเร็งที่ลดลงของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับงานหลายวิจัยที่ระบุว่า การปิดโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งที่ให้อัตราการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักลดลงอย่างมาก และคาดว่าจะมีการเพิ่มอัตราอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักขึ้นประมาณร้อยละ 26-29^{11,12} ดังนั้น มีการเตรียมการรับมือการคัดกรองมะเร็งที่พร้อมรับทุกสถานการณ์อาจช่วยลดข้อจำกัดการถึงบริการสุขภาพในยามวิกฤติได้

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของในการศึกษานี้ ได้แก่ การรับรู้ต่ออุปสรรคในการเข้าร่วมคัดกรองฯ รายได้และสถานภาพสมรสคู่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรับรู้ต่ออุปสรรคในการเข้าร่วมคัดกรองฯ จะมีโอกาสมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เพียงพอ น้อยกว่าคนที่ไม่มีการรับรู้ต่ออุปสรรคในการเข้าร่วมคัดกรองฯ ถึง 0.78 เท่า โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่ออุปสรรคการคัดกรองฯ รวมถึงการที่ไม่มีคนในบ้านเป็นโรคมะเร็งทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าไม่มีความจำเป็นต้องตรวจคัดกรองใด ๆ อุปสรรคต่อการคัดกรองเหล่านี้เป็นความเชื่อทางสุขภาพของบุคคลที่สามารถหล่อหลอมพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งดังกล่าวได้ สอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่เชื่อว่าความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการคัดกรองฯ ของบุคคลเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้ป่วยที่มีโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่¹³⁻¹⁵ ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรเพิ่ม

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งดังกล่าวด้วย เพื่อลบความเชื่อที่คลาดเคลื่อนซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของคนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานครในอนาคต

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งแก่คนไทยที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสำหรับบุคคลที่ไม่สามารถไปรับบริการคัดกรองตามปกติได้ เพื่อใช้ในช่วงการระบาดของโรคต่าง ๆ หรือประสบเหตุภัยพิบัติทางธรรมชาติอื่น ๆ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราชินาธิราช

References

1. Lortet-Tieulent J., Georges D., Bray F., & Vaccarella S. Profiling global cancer incidence and mortality by socioeconomic development. *International journal of cancer* 2020; 147(11), 3029-36.
2. Lohsiriwat V, Chaisomboon N, Pattana-Arun J. Current colorectal cancer screening. *Annals of Coloproctology* 2020; 36(3): 78-82.
3. Tiankanon K., Aniwat S., & Rerknimitr R. Current status of colorectal cancer and its public health burden in Thailand. *Clinical Endoscopy* 2021; 54(4), 499-504. (in Thai)
4. Rosenstock IM, Becker M, Maiman L. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care* 1975; 13(1): 10-24.
5. Thaidumrongdet P. The lived experience of Thai immigrants who had not been screened for colorectal cancer screening (Doctoral Dissertation). Barry University; 2018.
6. Lee E, Natipagon-Shah B, Sangsanon-Terkchareon S, Warda US. Lee SY. Factors influencing colorectal cancer screening among Thais in the United states. *Journal of Community Health* 2019; 44(2): 230-7.
7. Kruhprema T, Srivatanakul P. Colon and rectum cancer in Thailand: An overview. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 2008; 38(4): 237-43.
8. Kruhprema et al. Organized colorectal cancer screening in Lampang Province, Thailand: Preliminary results from a pilot implementation program. *British Medical Journal* 2014; 4(1): 1-11.
9. Thanapirom K, Treeprasertsuk S, Rerknimitr R. Awareness of colorectal cancer screening in primary care physicians. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2012; 95(7): 859-65.
10. Thato R. Nursing research: Concepts to application 3th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press. 2018.
11. Kadakuntla A, Wang T, Medgyesy K, Rapi E, Litynski J, Adynski G, Tadros M. Colorectal cancer screening in the COVID-19 era. *World Journal of Gastrointestinal Oncology* 2021; 13(4): 238-51.
12. Harber I, Zeidan D, Aslam MN. Colorectal Cancer Screening: Impact of COVID-19 Pandemic and Possible Consequences. *Life (Basel)* 2021; 11(12): 1-12.

13. Bujang NN, Lee YJ, Mohd-Zain SA, Aris JH, Md-Yusoff FA, Suli Z, Abu-Hassan MR, Bhoo-Pathy N. Factors associated with colorectal cancer screening via immunochemical fecal occult blood test in an average-risk population from a multiethnic, middle-income setting. *Journal of Clinical Oncology*. 2021; 7(1): 333-41.
14. Gu J, Jia S, Chao H, Chen T, Wu X. Predictive factors based on the health belief model on cancer screening behaviour in first degree relatives of patients with Lynch syndrome-associated colorectal cancer. *International Journal of Nursing Sciences* 2023; 10(2):251-7.
15. Poomsanguan K., Prajankett O. Health belief model on pap Smear screening test among reproductive women in raikhing municipality of nakhonpathom province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2017; 18(3): 209-16 (in Thai)