

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง  
ด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระของประชาชน อายุ 50-70 ปี  
อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

สุชาวดี ศรีมงคล<sup>1</sup>, สุทิน ชนะบุญ<sup>2</sup>

(วันที่รับบทความ: 20 กรกฎาคม 2568; วันที่แก้ไข: 23 สิงหาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 22 กันยายน 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวจากการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระของประชาชนอายุ 50-70 ปี อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 423 แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา จำนวน 141 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 282 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ ระหว่าง 0.67-1 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยงโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของควอนบาค พบว่า ด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีค่า 0.90 และด้านความรู้ด้านสุขภาพ มีค่า 0.94 สถิติพรรณนาใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด-ต่ำสุด สถิติอนุมานใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติก กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร ( $OR_{adj} = 2.19$ , 95% CI: 1.19 ถึง 4.05, p-value = 0.011) ความรู้ด้านสุขภาพการเข้าถึงแหล่งข้อมูลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหา ( $OR_{adj} = 1.81$ , 95% CI: 1.08 ถึง 3.05, p-value = 0.023) และความรู้ด้านสุขภาพการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพ ในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหา ( $OR_{adj} = 2.14$ , 95% CI: 1.20 ถึง 3.83, p-value = 0.010)

ดังนั้น ควรปรับแนวทางให้กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเชิงรุกในระดับชุมชน พัฒนาสื่อให้เข้าถึงง่ายและใช้งานได้จริง เพิ่มช่องทางให้ประชาชนสามารถปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพได้ง่ายขึ้น

**คำสำคัญ:** การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ, ความรู้ด้านสุขภาพ

<sup>1</sup> นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: 66202501015@scphkk.ac.th

<sup>2</sup> วิทยากรชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: sutin@scphkk.ac.th  
Corresponding author: สุทิน ชนะบุญ, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

## Factors Associated with Positive Results from Colorectal Cancer Screening by Fecal Immunochemical Test among People Aged 50-70 Years in Huaimek District, Kalasin Province

Suchawadee Srimungkhun<sup>1</sup>, Sutin Chanabun<sup>2</sup>

(Received: 20<sup>th</sup> July 2025; Revised: 23<sup>rd</sup> August 2025; Accepted: 22<sup>nd</sup> September 2025)

### Abstract

This analytical Case-control study aimed to investigate the factors associated with positive results from colorectal cancer screening by fecal immunochemical test among people aged 50-70 years in Huaimek district, Kalasin province. The sample group consisted of 141 people in the case group and 282 people in the control group. Data were collected using a structured questionnaire, which underwent Content validity assessment by three experts, yielding item-objective congruence (IOC) values between 0.67 and 1. The questionnaire was pilot-tested in 30 individuals with similar characteristics to the study population, demonstrating high reliability with Cronbach's alpha coefficients of 0.90 for health behaviors and 0.94 for health literacy. Descriptive statistics included frequency, percentage, mean, standard deviation, and range, while inferential statistics were analyzed using multiple logistic regression at a significance level of 0.05.

The results showed that the factors significantly associated with positive results from colorectal cancer screening by fecal immunochemical test ( $p$ -value  $< 0.05$ ) were history of abnormal gastrointestinal symptoms ( $OR_{adj} = 2.19$ , 95% CI: 1.19-4.05,  $p$ -value = 0.011), inadequate and problematic health literacy regarding access to colorectal cancer information ( $OR_{adj} = 1.81$ , 95% CI: 1.08-3.05,  $p$ -value = 0.023), as well as inadequate and problematic health literacy regarding the application of health information in self-care ( $OR_{adj} = 2.14$ , 95% CI: 1.20-3.83,  $p$ -value = 0.010).

It could be suggested that the current guidelines should be revised to mandate at least annual FIT screening for individuals at heightened risk. In parallel, proactive community-level health literacy initiatives must be intensified by creating user-friendly, actionable educational resources and by expanding accessible channels through which the public can readily consult qualified health professionals.

**Keywords:** Colorectal cancer screening, Fecal immunochemical test, Health literacy

---

<sup>1</sup> Student, Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: 66202501015@scphkk.ac.th

<sup>2</sup> Instructor, Senior Professional Level, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

Corresponding author: Sutin Chanabun, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

## บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal cancer : CRC) คือภาวะที่เซลล์เยื่อภายในลำไส้ใหญ่หรือไส้ตรงเจริญเติบโตผิดปกติกลายเป็นเนื้อร้าย รายงานอุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของทั่วโลก จากข้อมูลสถิติ Cancer today ขององค์การอนามัยโลก ปี 2565 พบอุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มากเป็นอันดับสามของโลก รองมาจากมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม โดยพบอัตราการอุบัติการณ์ในเพศชายเท่ากับ 21.9 ต่อประชากรแสนคน เพศหญิงเท่ากับ 15.2 ต่อประชากรแสนคน และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับสองของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลก อัตราการเสียชีวิต เท่ากับ 8.1 ต่อประชากรแสนคน<sup>1</sup> แนวโน้มภาระโรคสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยคาดว่าภายใน ปี 2583 จะมีผู้ป่วยรายใหม่ 3.2 ล้านคนต่อปี (เพิ่มขึ้น ร้อยละ 63) และเสียชีวิต 1.6 ล้านคนต่อปี (เพิ่มขึ้น ร้อยละ 73)<sup>2</sup> การพยากรณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ขึ้นอยู่กับระยะของการวินิจฉัย หากตรวจพบมะเร็งระยะเริ่มแรก จะมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่ามะเร็งระยะลุกลาม การวินิจฉัยอย่างทันท่วงที การรักษาที่เหมาะสม และการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ มีความสำคัญต่ออัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิต

สำหรับประเทศไทย มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับสามของมะเร็งทั้งหมด โดยปี 2565 พบอัตราการอุบัติการณ์ในเพศชาย 17.7 ต่อประชากรแสนคน และเพศหญิง 14.5 ต่อประชากรแสนคน อีกทั้งยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สี่ รองมาจาก มะเร็งตับ มะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม<sup>3</sup> กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการตรวจคัดกรองโดยใช้วิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal immunochemical test: FIT test) สำหรับประชาชนอายุ 50-70 ปี หากผลตรวจเป็นบวกจะได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เพื่อตรวจหาความผิดปกติและวินิจฉัยในระยะเริ่มต้น<sup>4</sup> ข้อมูลจังหวัดกาฬสินธุ์ในปี 2565-2566

พบว่า การตรวจคัดกรอง FIT test สำหรับประชากรกลุ่มเป้าหมาย สามารถค้นหาผู้มีผลบวกได้ร้อยละ 7.72 และ 7.78 ตามลำดับ ในปี 2566 กลุ่มที่มีผลบวก เข้ารับการส่งต่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบความผิดปกติ ร้อยละ 16.28 และพบมะเร็ง ร้อยละ 2.01<sup>5</sup> ข้อมูลอำเภอห้วยเม็กในปี 2565-2566 พบว่า การตรวจคัดกรอง FIT test สำหรับประชากรกลุ่มเป้าหมาย สามารถค้นหาผู้มีผลบวกได้ร้อยละ 10.14 และ 5.64 ตามลำดับ ในปี 2566 กลุ่มที่มีผลบวก เข้ารับการส่งต่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 51.43 พบความผิดปกติ ร้อยละ 66.67 และพบมะเร็ง ร้อยละ 2.78 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ในปี 2565 มีอัตราผลบวกสูงกว่าเฉลี่ยของจังหวัด เมื่อพิจารณาข้อมูลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบว่า ผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องมีสัดส่วนความผิดปกติและมะเร็งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนอำเภอห้วยเม็ก มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test มีหลายปัจจัย เช่น อายุ ประวัติอาการทางเดินอาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคเนื้อแดง และประวัติครอบครัว<sup>6,7</sup> นอกจากนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพกับผลบวก จากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง รวมถึงบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง หากการตรวจคัดกรองเบื้องต้น พบผลบวก หรือมีอาการผิดปกติ เข้าใจถึงสาเหตุ อาการแสดง และปฏิบัติของตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นปัจจัยสำคัญ โดยใช้ข้อมูลที่ได้อาการและตัดสินใจ เพื่อดำเนินการตรวจยืนยัน วินิจฉัยโรค และเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างถูกต้อง<sup>8,9</sup>

ถึงแม้จะมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในหลายพื้นที่แต่ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะเจาะจง ในบริบทของอำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบท ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ประชาชนบางส่วนมีพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะช่วงเทศกาลงานบุญต่าง ๆ นิยมนำเนื้อวัว และหมู เพื่อนำมาประกอบอาหาร เช่น ลาบดิบ ซอยจืดดิบ ร่วมกับการดื่มสุรา ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ทั้งนี้อาจเนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอำเภอห้วยเม็ก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระของประชาชนอายุ 50-70 ปี อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำไปพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มการเข้าถึงการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ลดการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะยาว

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ของประชาชนอายุ 50-70 ปี อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

#### วิธีดำเนินการวิจัย

##### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบจากผลย้อนกลับไปหาเหตุ (Case-control study)

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนอายุ 50-70 ปี พื้นที่อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT test) ในปีงบประมาณ 2567 กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ประชาชนที่อายุ 50-70 ปี

2. อาศัยในพื้นที่อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างน้อย 6 เดือนก่อนเข้าร่วมการศึกษา

3. ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT test) จากสถานพยาบาลของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลห้วยเม็ก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอห้วยเม็ก ในปีงบประมาณ 2567 ระยะเวลาระหว่างเดือนตุลาคม 2566-กันยายน 2567 โดยแบ่งเป็น

- 3.1 กลุ่มศึกษา (Case) คือ ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT test) ให้ผลตรวจเป็นบวก

- 3.2 กลุ่มควบคุม (Control) คือ ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT test) ให้ผลตรวจเป็นลบ

4. สามารถสื่อสารได้

5. ให้คำยินยอมเข้าร่วมการศึกษายเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์คัดออก (Exclusions criteria)

1. มีภาวะทางจิตเวชรุนแรงไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2. ผู้ที่ย้ายถิ่นฐานและไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลได้

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Case-control study) ของ Sharma SK และคณะ<sup>10</sup> ดังนี้

#### Sample size

$$(n) = \frac{(r+1)}{r} * \frac{p(1-p)(Z_{1-\beta} + Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\alpha/2})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ จริญญา เชื้อล้นฟ้า และคณะ<sup>๘</sup> ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยการบริโภคอาหารกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT) ให้ผลบวก ในประชาชน อายุ 50-70 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

เมื่อ  $r$  คือ อัตราส่วนระหว่างกลุ่มศึกษา (Case) และกลุ่มควบคุม (Control) มีค่าเท่ากับ 2

$p_1$  คือ สัดส่วนของคนที่มีติ่มแอลกอฮอล์ ผลตรวจเป็นบวก มีค่าเท่ากับ 0.46

$p_2$  คือ สัดส่วนของคนที่มีติ่มแอลกอฮอล์ ผลตรวจเป็นลบ มีค่าเท่ากับ 0.31

$p$  คือ สัดส่วนของคนที่มีติ่มแอลกอฮอล์ กลุ่มศึกษา (Case) และ กลุ่มควบคุม (Control) หรือ เท่ากับ 0.39

$Z_{1-\alpha/2}$  คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติแบบมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ  $(\alpha) = 0.05$  โดย  $\beta_{1-0.025}$  มีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$  คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติแบบมาตรฐาน เมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 80 เมื่อกำหนด  $\beta = 0.2$  โดย  $Z_{0.8}$  มีค่าเท่ากับ 0.84

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{2+1}{2} * \frac{[0.39(1-0.39)][(0.84+1.96)^2]}{(0.46-0.31)^2}$$

$$n = 141$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างของกลุ่มศึกษา (Case) เท่ากับ 141 คน และกำหนดอัตราส่วน ระหว่างศึกษาต่อกลุ่มควบคุม (Control) เท่ากับ 1 : 2 ได้จำนวนกลุ่มควบคุม 282 คน ดังนั้นจะได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 423 คน

## การสุ่มตัวอย่าง

โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) มีการจัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างแยกตามสถานบริการ จำนวน 10 สถานบริการ แล้วคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร (Proportional to size) ในแต่ละสถานบริการ โดยในการสุ่มกลุ่ม Control ผู้วิจัยจะสุ่มอย่างง่ายในผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองในหมู่บ้านเดียวกันกับกลุ่ม Case

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, อาชีพ, ดัชนีมวลกาย, โรคประจำตัว, ประวัติป่วยด้วยโรคมะเร็งส่วนอื่น, ประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, ประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เป็นคำถาม ทั้งแบบให้เลือกคำตอบและแบบเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 16 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่ ยากมาก ค่อนข้างยาก ค่อนข้างง่าย ง่ายมาก

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ใช้วิธีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิด วิเคราะห์ ค่าดัชนี ความสอดคล้องรายข้อ

(Item-objective congruence: IOC) พบว่าข้อคำถามรายข้อมีค่าระหว่าง 0.67-1.00

**การหาความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ 0.90 และ ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ 0.94

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล จำนวน 423 ชุด ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยต่อพื้นที่

2. ผู้วิจัยจัดอบรมแนวทางการเก็บข้อมูลในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย แก่ผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในโรงพยาบาล ห้วยเม็ก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอห้วยเม็ก ทั้ง 9 แห่ง

3. ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย โดยใช้แนวทางจากเอกสารชี้แจงข้อมูล และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง ชักถามข้อสงสัยต่าง ๆ จนเข้าใจ และยินยอมตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีการบังคับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมตอบแบบสอบถามในงานวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมก่อนทำการเก็บข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร

### สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยด้านความรู้

ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ในกรณีที่ข้อมูลเป็นข้อมูลแจกแจง ส่วนกรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องจะนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation ; SD) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

2. สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistics) เพื่อวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระของประชาชน อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้สถิติ

- 2.1 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariable analysis) โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่น ๆ ใช้สถิติ Simple logistic regression โดยพิจารณาเสนอค่า Crude odds ratio

- 2.2 วิเคราะห์คราวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) โดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) วิเคราะห์แปรอิสระคราวละหลายตัวแปร เพื่อควบคุม Confounding bias โดยนำตัวแปรอิสระที่ผ่านการคัดเลือกในขั้นตอนการวิเคราะห์ Bivariable analysis เข้าสู่โมเดล Multivariable analysis จากนั้นใช้วิธีการตัดตัวแปรออกทีละตัวแปร (Backward elimination) โดยขจัดตัวแปรที่มีค่า p-value >0.05 ออกทีละตัวแปรและทำการประเมินความเหมาะสมของโมเดล (Goodness of fit) โดยพิจารณาจากค่า Hosmer-Lemeshow goodness of FIT test (gof) ผลการทดสอบ p-value >0.05 แสดงว่าโมเดลมีความเหมาะสม และนำเสนอด้วยค่าขนาดของความสัมพันธ์ที่คำนึงถึงอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ๆ นำเสนอค่าความสัมพันธ์ด้วยอัตราเสี่ยง (Adjusted odds ratios; Adjusted OR) และการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (95% Confidence interval; 95% CI)

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE671078

## ผลการวิจัย

### 1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มที่มีผลบวก (Case) จากการตรวจหา เลือดแฝงในอุจจาระ จำนวน 141 คน พบเพศหญิง ร้อยละ 50.35 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.28 อายุเฉลี่ย 60 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.47) ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.34 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อย ละ 82.97 มากที่สุดมีดัชนีมวลกายในเกณฑ์สม ส่วน (18.5-22.9 กก./ม<sup>2</sup>) ร้อยละ 36.17 รองลงมา คือ อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (23.0-24.9 กก./ม<sup>2</sup>) ร้อยละ 30.50 และ โรคอ้วน (25.0-29.9 กก./ม<sup>2</sup>) ร้อยละ 29.08 ตามลำดับ ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.79 กก./ม<sup>2</sup> (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.96) มี โรคประจำตัว ร้อยละ 39.01 มีประวัติป่วยด้วย โรคกระเพาะเรื้อรัง ร้อยละ 3.55 มีประวัติคนใน ครอบครัวเป็นโรคกระเพาะเรื้อรังลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อย ละ 8.51 และมีประวัติอาการผิดปกติในระบบ ทางเดินอาหาร ร้อยละ 19.15

กลุ่มที่มีผลลบ (Control) จากการตรวจหา เลือดแฝงในอุจจาระ จำนวน 282 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.67 ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 50.71 อายุเฉลี่ย 59 ปี (ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.63) ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.06 ส่วนใหญ่มี อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 85.10 มากที่สุดมีดัชนีมวลกายในเกณฑ์สมส่วน (18.5-22.9 กก./ม<sup>2</sup>) ร้อย ละ 40.07 รองลงมา คือ อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน (25.0-29.9 กก./ม<sup>2</sup>) ร้อยละ 27.66 และน้ำหนัก เกิน (23.0-24.9 กก./ม<sup>2</sup>) ร้อยละ 25.89 ตามลำดับ ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.79 กก./ม<sup>2</sup> (ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.02) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 31.21 มีประวัติป่วยด้วยโรคกระเพาะเรื้อรัง ร้อยละ

1.77 มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคกระเพาะเรื้อรัง ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 4.61 และมีประวัติอาการ ผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 8.51

เมื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่มีผลบวก (Case) จากการตรวจหา เลือดแฝงในอุจจาระ มีลักษณะที่แตกต่างจาก กลุ่มที่มีผลลบ (Control) โดยพบว่ากลุ่มที่มีผลบวก (Case) มีอายุเฉลี่ยสูงกว่า มีสัดส่วนของผู้สูงอายุ สูงกว่า มีสัดส่วนของผู้ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วน สูงกว่า มีอัตราการเป็นโรคประจำตัว มากกว่ากลุ่มที่มี ผลลบ (Control) มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในอัตราที่สูงกว่า และพบ อาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหารมากกว่า กลุ่มที่มีผลลบ (Control) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับโอกาสได้รับผลบวกจากการตรวจหา เลือดแฝงในอุจจาระ

### 2) พฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มที่มีผลบวก (Case) จากการตรวจหา เลือดแฝงในอุจจาระ จำนวน 141 คน โดยรวม พบว่า มากที่สุดมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 35.47 รองลงมา ระดับดีมาก ร้อยละ 33.33 คะแนนเฉลี่ย 51.57 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 8.41) มีคะแนนต่ำสุด 22 คะแนน คะแนนสูงสุด 66 คะแนน และคะแนน เต็ม 70 คะแนน

กลุ่มที่มีผลลบ (Control) จากการตรวจหา เลือดแฝงในอุจจาระ จำนวน 282 คน โดยรวม พบว่า มากที่สุดมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี มาก ร้อยละ 49.29 รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 34.40 คะแนนเฉลี่ย 54.55 (ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 6.54) มีคะแนนต่ำสุด 32 คะแนน คะแนนสูงสุด 66 คะแนน และคะแนนเต็ม 70 คะแนน

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มที่มีผลบวก (Case) มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิด โรคกระเพาะเรื้อรังลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากกว่ากลุ่มที่มีผลลบ (Control) เช่น การรับประทานอาหารที่มี ส่วนประกอบของเนื้อแดงและเนื้อติดมัน

การรับประทานเนื้อสัตว์แปรรูป การรับประทานอาหารที่ปิ้งย่างจนไหม้เกรียม การปรุงอาหารโดยใช้น้ำมันทอดซ้ำ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

### 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

กลุ่มที่มีผลบวก (Case) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ จำนวน 141 คน พบว่าโดยภาพรวม ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 55.32 รองลงมาอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา ร้อยละ 26.24 คะแนนความรอบรู้โดยรวมเฉลี่ย 45.44 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.56) มีคะแนนต่ำสุด 22 คะแนน และคะแนนสูงสุด 64 คะแนน เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 50.36 ด้านการเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 53.19 ด้านการตัดสินใจเลือกใช้แหล่งข้อมูล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 51.07 ด้านการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 50.35

กลุ่มที่มีผลลบ (Control) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ จำนวน 282 คน พบว่า โดยภาพรวม ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 60.64 รองลงมาอยู่ในระดับที่เป็นเลิศ ร้อยละ 24.47 คะแนนความรอบรู้โดยรวมเฉลี่ย 49.32 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.46) มีค่าคะแนนต่ำสุด 28 คะแนน และคะแนนสูงสุด 64 คะแนน เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ

ร้อยละ 53.19 ด้านการเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 64.18 ด้านการตัดสินใจเลือกใช้แหล่งข้อมูล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 62.06 ด้านการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 57.80

### 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ของประชาชนอายุ 50-70 ปี อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ วิเคราะห์คราวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) พบว่า กลุ่มที่มีผลบวก (Case) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ มีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เป็น 2.19 เท่าของกลุ่มที่มีผลลบ (Control) ( $OR_{adj} = 2.19$ , 95% CI ของ  $OR_{adj}$  อยู่ระหว่าง 1.19 ถึง 4.05,  $p\text{-value} = 0.011$ ) กลุ่มที่มีผลบวก (Case) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหา เป็น 1.81 เท่าของกลุ่มที่มีผลลบ (Control) ( $OR_{adj} = 1.81$ , 95% CI ของ  $OR_{adj}$  อยู่ระหว่าง 1.08 ถึง 3.05,  $p\text{-value} = 0.023$ ) และกลุ่มที่มีผลบวก (Case) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพ ในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหา เป็น 2.14 เท่าของกลุ่มที่มีผลลบ (Control) ( $OR_{adj} = 2.14$ , 95% CI ของ  $OR_{adj}$  อยู่ระหว่าง 1.20 ถึง 3.83,  $p\text{-value} = 0.010$ ) (ดังตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ของประชาชนอายุ 50-70 ปี อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ วิเคราะห์ครวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) การวิเคราะห์โมเดลสุดท้าย (n = 423)

| ตัวแปร                                                                      | ผล FIT test       |                   | OR <sub>Crude</sub> | OR <sub>adj</sub> | 95% CI       | p-value |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|--------------|---------|
|                                                                             | ผลบวก             | ผลลบ              |                     |                   |              |         |
|                                                                             | (n = 141)         | (n = 282)         |                     |                   |              |         |
|                                                                             | จำนวน<br>(ร้อยละ) | จำนวน<br>(ร้อยละ) |                     |                   |              |         |
| 1. ประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร                                    |                   |                   |                     |                   |              |         |
| มี                                                                          | 27<br>(19.15)     | 24<br>(8.51)      | 2.54                | 2.19              | 1.19 to 4.05 | 0.011   |
| ไม่มี                                                                       | 114<br>(80.85)    | 258<br>(91.49)    | 1                   |                   |              |         |
| 2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง |                   |                   |                     |                   |              |         |
| ระดับไม่เพียงพอและ<br>เป็นปัญหา                                             | 54<br>(38.30)     | 54<br>(19.15)     | 2.62                | 1.81              | 1.08 to 3.05 | 0.023   |
| ระดับเพียงพอและ<br>เป็นเลิศ                                                 | 87<br>(61.70)     | 228<br>(80.85)    | 1                   |                   |              |         |
| 3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพ                  |                   |                   |                     |                   |              |         |
| ระดับไม่เพียงพอและ<br>เป็นปัญหา                                             | 42<br>(29.79)     | 34<br>(12.06)     | 3.09                | 2.14              | 1.20 to 3.83 | 0.010   |
| ระดับเพียงพอและ<br>เป็นเลิศ                                                 | 99<br>(70.21)     | 248<br>(87.94)    | 1                   |                   |              |         |

#### การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการวิเคราะห์ครวละหลายตัวแปร ได้แก่

ประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร กลุ่มที่มีผลบวก (Case) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ มีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เป็น 2.19 เท่าของกลุ่มที่มีผลลบ (Control) (OR<sub>adj</sub> = 2.19, 95% CI ของ OR<sub>adj</sub> อยู่ระหว่าง 1.19 ถึง 4.05, p-value = 0.011) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ที่มีการประวัติลำไส้อักเสบหรือตึงเนื้อในลำไส้ เพิ่มโอกาส

การเกิดมะเร็งลำไส้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมนตรี นาทประยูร<sup>11</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้ที่มีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหารมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็น 4.6 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร (p-value = 0.004) และสอดคล้องการศึกษาของ จุฑามาศ ปัทม<sup>12</sup> ที่ศึกษาการประเมินความเสี่ยงผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ Stool occult blood test ในการคัดกรองหามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ พบว่า คนที่มีประวัติความผิดปกติ

ในทางเดินอาหารมีโอกาสเสี่ยงต่อผลเป็นบวก คิดเป็น 4 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติ ( $X^2 = 10.804$ ,  $OR = 3.941$ ,  $95\% CI = 1.697-9.154$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ผลศึกษาดังกล่าว ยืนยันได้ว่าอาการผิดปกติทางระบบทางเดินอาหารเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดผลบวกจากการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองในกลุ่มประชาชนที่มีอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เช่น ลำไส้อักเสบเรื้อรัง ท้องผูกเรื้อรัง หรือมีเลือดออกทางทวารหนัก ซึ่งควรได้รับการตรวจด้วย FIT test ถัดมาตามมาตรฐานปัจจุบันที่แนะนำทุก 2 ปี โดยอาจพิจารณาให้ตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเพิ่มโอกาสการค้นหามะเร็งในระยะเริ่มแรก ลดความเสี่ยงการลุกลามของโรค และนำไปสู่การรักษาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง กลุ่มที่มีผลบวก (Case) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหา เป็น 1.81 เท่าของกลุ่มที่มีผลลบ (Control) ( $OR_{adj} = 1.81$ ,  $95\% CI$  ของ  $OR_{adj}$  อยู่ระหว่าง 1.08 ถึง 3.05,  $p\text{-value} = 0.023$ ) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam<sup>13</sup> และโมเดลของ Sørensen และคณะ<sup>14</sup> แสดงให้เห็นว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” มีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับของ “การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ” (Health literacy access dimension) ซึ่งหากบุคคลไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้ จะส่งผลกระทบต่อความตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเอง ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงข้อมูลมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยผู้ที่มีระดับความรอบรู้ต่ำมีโอกาสได้รับผลบวกจาก FIT test มากกว่า อาจเกิดจากผู้

ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมักขาดโอกาสในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เช่น เว็บไซต์ทางการแพทย์ หน่วยงานสาธารณสุข หรือบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้ไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกัน เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และความจำเป็นในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ดังนั้น ควรมีการกำหนดกลยุทธ์ด้านสุขภาพเชิงรุกที่ไม่เพียงมุ่งเน้นการเผยแพร่ข้อมูล แต่ต้องสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมได้จริง อาทิ การพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อสุขภาพที่เข้าถึงง่าย ใช้ภาษาเข้าใจง่าย และมีระบบโต้ตอบ เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพที่มีฟังก์ชันประเมินความเสี่ยงรายบุคคลและให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล, การสร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดยให้ อสม. และผู้นำชุมชนเข้ามามีบทบาทในการกระจายข้อมูลสุขภาพที่ต้องการ, การใช้สื่อสังคมออนไลน์และสื่อสร้างสรรค์ที่ทันสมัย เช่น อินโฟกราฟิก วิดีโอสั้น หรือเกมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มวัยกลางคนและผู้สูงอายุ และการจัดโครงการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ไม่เพียงแต่ให้ความรู้ แต่เน้นการสร้างทักษะในการค้นหา วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างมีวิจารณญาณ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพ กลุ่มที่มีผลบวก (Case) จากการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพ ในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหา เป็น 2.14 เท่าของกลุ่มที่มีผลลบ (Control) ( $OR_{adj} = 2.14$ ,  $95\% CI$  ของ  $OR_{adj}$  อยู่ระหว่าง 1.20 ถึง 3.83,  $p\text{-value} = 0.010$ ) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับโมเดลของ Sørensen และคณะ<sup>14</sup> ระบุว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับปัญหาสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากขาดความสามารถในการประเมินและใช้ข้อมูลสุขภาพ และงานวิจัยของ Lee และคณะ<sup>15</sup>

ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำเกี่ยวข้องกับ การตัดสินใจที่ผิดพลาดในการดูแลสุขภาพ เช่น การไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพ หรือการเลือกใช้ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ แสดงให้เห็นว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำอาจไม่สามารถ ประเมินความเสี่ยงของตนเองได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ละเลยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรืออาจไม่เข้าใจว่า การตรวจ FIT test เป็นวิธีการคัดกรองเบื้องต้นที่สำคัญ และ จำเป็นต้องเข้ารับการตรวจเป็นประจำ ดังนั้น ควรพัฒนากลยุทธ์ด้านสุขภาพเชิงรุกในการ เปลี่ยนแปลงความรอบรู้ของบุคคลในการ ประยุกต์ใช้ข้อมูล ได้แก่ การพัฒนา Health literacy intervention ที่เน้นทักษะเชิงปฏิบัติ เช่น โปรแกรมการฝึกปฏิบัติจริง (hands-on workshops) ที่สอนการแปลความหมายผลตรวจ สุขภาพและการนำไปใช้ในการวางแผนดูแลตนเอง, การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ เช่น แอปพลิเคชันที่สามารถติดตามพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล และแจ้งเตือนการตรวจ FIT test หรือ Colonoscopy ตามกำหนด พร้อมทั้งมีระบบ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญแบบออนไลน์ (Telehealth consultation), การออกแบบสื่อสุขภาพเชิงโต้ตอบ (Interactive health media) ที่ใช้ภาษา เข้าใจง่าย ร่วมกับภาพ วิดีโอ และเกมการเรียนรู้ เพื่อสร้างประสบการณ์ที่จดจำได้และส่งผลต่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการเสริมพลังอำนาจ ชุมชน โดยบูรณาการ อสม. และผู้นำชุมชนในการ จัดกิจกรรมรณรงค์เชิงลึกที่ไม่เพียงแต่ให้ข้อมูล แต่ยังเน้นการฝึกทักษะการนำข้อมูลไปใช้จริง ในชีวิตประจำวัน

อย่างไรก็ตามของการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบ จากผลย้อนกลับไปหาเหตุ (Case-control study) อาจมีข้อจำกัดในความน่าเชื่อถือของข้อมูล ย้อนหลัง (Recall bias) ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงในการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างถึงเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นในอดีต และเพื่อลดอคติจากการเลือก กลุ่มควบคุม (Selection bias) ผู้วิจัยได้สุ่ม

ตัวอย่างกลุ่มควบคุมในพื้นที่เดียวกับกลุ่มศึกษา นอกจากนี้ศึกษารูปแบบนี้ไม่สามารถศึกษาความชุก หรืออุบัติการณ์ได้

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการการวิจัย

1.1 การยกระดับแนวทางคัดกรองเฉพาะ กลุ่ม (Targeted screening guideline) สำหรับ ประชาชนที่มีอาการผิดปกติของระบบทางเดิน อาหาร เช่น ลำไส้อักเสบเรื้อรัง ท้องผูกเรื้อรัง หรือ มีเลือดออกทางทวารหนัก ให้ได้รับการตรวจคัด กรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย FIT test อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง แทนการตรวจทุก 2 ปีตาม แนวทางปัจจุบัน

1.2 การประยุกต์เทคโนโลยีสารสนเทศ สื่อสร้างสรรค์และสื่อสังคมออนไลน์ในระดับ ท้องถิ่น เช่น คลิปวิดีโอสั้น อินโฟกราฟิก หรือเกม การเรียนรู้ เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย ทั้งวัยทำงาน วัยกลางคน และผู้สูงอายุ

1.3 สร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดย ประสาน อสม. และผู้นำท้องถิ่นในการถ่ายทอด ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง พร้อมทั้งจัดกิจกรรม ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงรุกในระดับ บุคคลและระดับชุมชน เน้นการฝึกปฏิบัติ เช่น การประเมินข้อมูลออนไลน์ และการใช้ผลตรวจ สุขภาพเพื่อตัดสินใจ

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาการติดตามผลระยะยาว (Longitudinal study) ในกลุ่มที่มีผลบวกจากการ ตรวจ FIT test ควรมีการออกแบบการวิจัย เชิงติดตามผล (follow-up study) เพื่อประเมิน ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ที่มีผลบวกจากการตรวจ คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะยาว

2.2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉพาะ โรค (Disease-specific health literacy tool) เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

2.3 การวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง (Experimental / Quasi-experimental design)

เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยเฉพาะในประชาชนกลุ่มเสี่ยง  
**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ให้ความรู้ในการศึกษาตลอดหลักสูตร ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ โรงพยาบาลห้วยเม็ก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยเม็ก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอห้วยเม็ก และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลต่างๆในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ทุกท่าน

#### เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for Research on Cancer. Cancer Today [Internet]. Lyon: IARC; 2022 [cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>
2. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2020-Colorectal cancer factsheet [Internet]. Lyon: IARC; 2024 [cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://gco.iarc.fr>
3. World Health Organization. Thailand Cancer Country Profile 2022 [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Jan 15]. Available from: <https://www.who.int/cancer-country-profile>
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ปรับปรุงครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2564.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center [อินเทอร์เน็ต]. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports>
6. ยามี่หละ ไหมมาด, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562; 6(3): 1-11.
7. รัชดา แก้วอินชัย, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. ปัจจัยทำนายการตรวจพบเลือดแฝงในอุจจาระและการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประชากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อำเภอกระทุ่มแบน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2562; 1(1): 18-32.
8. จริญญา เชื้อลิ้นฟ้า, ชนัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล. ปัจจัยการบริโภคอาหารกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT ให้ผลบวกในประชาชนอายุ 50-70 ปี ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563; 13(2): 67-79.
9. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

10. Sharma SK, Mudgal SK, Thakur K, Gaur R. How to calculate sample size for observational and Experimental nursing research studies? National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology. 2020; 10(1): 1-8.
11. มนตรี นาทประยุทธ์. ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564; 36(1): 219-26.
12. จุฑามาศ ปัทม. ประเมินความเสี่ยง ผลตรวจเป็นบวกแต่ผิดพลาดของการใช้ stool occult blood test ในการคัดกรอง หามะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนไข้ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์ และสุขภาพ. 2566; 8(4): 83-9.
13. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000; 15(3): 259-67.
14. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012; 12: 80.
15. Lee HY, Lee J, Kim NK. Gender Differences in Health Literacy Among Korean Adults: Do Women Have a Higher Level of Health Literacy Than Men? Am J Mens Health. 2015; 9(5): 370-9.