

ผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ใน
ประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม

Capacity Development of Village Health Volunteers and Community Leaders in
Colorectal Cancer Screening among At-Risk Populations at Ban Lueam Subdistrict
Health Promoting Hospital.

(Received: March 26,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

ปาริฉัตร จันทรคำ¹ สุภาภรณ์ บุญยานาม²

Parichat Jundam¹ Supaporn Boonyanam²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบประยุกต์ร่วมกับกระบวนการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคืออสม.และผู้นำชุมชน จำนวน 34 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (IOC = 0.67-1.00) และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสถิติ Kuder-Richardson 20 (KR-20 = 0.75) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และทดสอบความแตกต่างก่อน-หลังการอบรมด้วยสถิติ paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.3 อายุเฉลี่ย 57.2 ปี และมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 47.1 หลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 9.2 (SD = 0.9) เป็น 9.6 (SD = 0.7) ส่วนต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.4 (SD = 0.8) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) แสดงให้เห็นว่าการอบรมสามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านความพึงพอใจ พบว่าผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจต่อการอบรมอยู่ในระดับสูงมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 9.9 (SD = 0.4) โดยเฉพาะด้านความครบถ้วนของเนื้อหา ความเหมาะสมของรูปแบบการอบรม ความรู้ความสามารถของวิทยากร และความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้ ซึ่งได้รับการประเมินในระดับสูงสุด (ร้อยละ 97.1 - 100.0)

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่, การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ, การเข้าถึงการส่องกล้อง,การมีส่วนร่วมของเครือข่าย

Abstract

This quasi-experimental research employed a one-group pretest-posttest design, applying the systems theory framework in conjunction with the nursing process. The study population consisted of 34 village health volunteers and community leaders at Ban Lueam Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Udon Thani Province. Data were collected using a validated questionnaire reviewed by three experts (IOC = 0.67-1.00), with reliability confirmed using Kuder-Richardson 20 (KR-20 = 0.75). Descriptive statistics and paired t-tests were applied, with the level of statistical significance set at 0.05.

The results showed that most participants were female (85.3%), with an average age of 57.2 years, and nearly half had attained secondary education (47.1%). After the training, the mean knowledge score increased from 9.2 (SD = 0.9) to 9.6 (SD = 0.7), with a mean difference of 0.4 (SD = 0.8), which was statistically significant ($p = 0.004$). This indicates that the training program effectively improved participants' knowledge of colorectal cancer screening.

¹ พย.บ., พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลอุดรธานี

² พย.ม., พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลอุดรธานี

In terms of satisfaction, participants reported a very high level of satisfaction, with an overall mean score of 9.9 (SD = 0.4). The highest-rated aspects included content comprehensiveness, appropriateness of training format, expertise of lecturers, and confidence in applying the knowledge (97.1%–100.0%).

Keywords: colorectal cancer, colorectal cancer screening, fecal occult blood test, colonoscopy access, community network participation

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (colorectal cancer; CRC) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น¹ ข้อมูลจากสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยที่พบมาก 10 อันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งร้ายใหม่ พ.ศ. 2564 พบโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย ร้อยละ 19.0 เป็นอันดับ 3 ในเพศหญิง ร้อยละ 10.1² อุบัติการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในจังหวัดอุดรธานี พบเป็นอันดับ 3 ทั้งเพศหญิงและเพศชาย² โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เชื่อว่ามีพัฒนาการอย่างเป็นขั้นตอนตาม adenoma-carcinoma sequence โดยจากเนื้อเยื่อปกติเกิดเป็นติ่งเนื้อขนาดเล็กที่เรียกว่า โพลิป (polyp) ซึ่งอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงจนกลายเป็นมะเร็งในที่สุด โดยทั่วไปใช้เวลา 5 – 10 ปี³ การตรวจพบติ่งเนื้อลำไส้ใหญ่และตัดออกสามารถป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ร้อยละ 88 – 90 เทียบกับกลุ่มที่มีติ่งเนื้อลำไส้ใหญ่แต่ไม่ได้ ตัดออกจะลดลงร้อยละ 67 – 76³ ดังนั้นการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงตั้งแต่ยังไม่มีอาการผิดปกติ จึงถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการป้องกันโรค แต่หากปล่อยจนมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองแล้วอัตราการรอดชีวิตลดลงเหลือร้อยละ 60 และน้อยกว่าร้อยละ 10 ตามลำดับ³ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2568 ยกกระดับการสาธารณสุขไทย สุขภาพแข็งแรงทุกวัย เศรษฐกิจสุขภาพไทยมั่นคง โดยการสร้างความเข้มแข็งเครือข่าย สุขภาพภาคประชาชน พัฒนากฎหมายสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน เช่น พรบ.อสม. เพิ่มศักยภาพอสม. และส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน⁴ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงกำหนดนโยบาย

ตรวจคัดกรองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70 ปี ด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (fecal immunochemical test; FIT test) โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 กำหนดตัวชี้วัดร้อยละ 10 ของกลุ่มประชาชนเป้าหมายอายุ 50-70 ปี แต่ละคนควรตรวจทุก 2 ปี หากพบผลผิดปกติได้รับการตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้อง (colonoscopy)⁵ ซึ่งเป็นมาตรฐานการวินิจฉัย จากการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมสุขภาพ มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง⁶ รวมถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมด้วย⁷

หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 3 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลหนองบัว 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 27 แห่ง รวมทั้งหมด 31 แห่ง มีผู้มารับบริการคัดกรองในกลุ่มที่มีผล FIT test positive เข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลอุดรธานี พบร้อยละ 30.75 ร้อยละ 30.16 ร้อยละ 43.59 ร้อยละ 35 ตามลำดับ และพบอุบัติการณ์ป่วยด้วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 41.54 ต่อแสนประชากร, 45.40 ต่อแสนประชากร, 45.47 ต่อแสนประชากร, 47.63 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และในจำนวนดังกล่าวพบการเสียชีวิตร้อยละ 3.70 ร้อยละ 3.33 ร้อยละ 18.75 ร้อยละ 0.00 ตามลำดับ⁸ พบว่ามีแนวโน้มอัตราการป่วยเพิ่มขึ้น ส่วนอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มลดลง กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนได้ดำเนินโครงการให้ประชาชนอายุ 50 – 70 ปี ในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราการป่วยสูง ได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยวิธี Immunochemical Occult blood test โดยใช้ชุด FIT test และส่ง

ต่อผู้ที่มีผลการตรวจ Positive ได้รับการส่งต่อมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลอุดรธานี ผ่านจุดบริการผู้ป่วยนอกคัดสรรมาแต่เนื่องจากโรงพยาบาลอุดรธานีเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ให้บริการตรวจผู้ป่วยนอก คัดสรรมาให้แก่ประชาชนในเขตอำเภอเมืองอุดรธานีและพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 4 วัน ในเวลาราชการ คือวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ยกเว้นวันหยุดสัปดาห์โดยมีผู้มารับบริการปีงบประมาณ 2564-2566 จำนวน 25,361 ราย จำนวน 33,238 ราย จำนวน 18,396 รายต่อปีเฉลี่ย ผู้มารับบริการจำนวน 75-136 รายต่อวัน⁹ หลังดำเนินการตามแนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่าสัดส่วนการส่องกล้อง Colonoscopy ในโรงพยาบาลอุดรธานี ของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มี FIT test ผลบวกเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 50.00 ในปีงบประมาณ 2567 มากกว่าค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 8 (ร้อยละ 48.77) แต่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดอุดรธานี (ร้อยละ 63.55)ซึ่งผู้วิจัยและคณะทำงานจะต้องพัฒนาต่อไป¹⁰

สถานการณ์พื้นที่รพ.สต.บ้านเลื่อมเป็นรพ.สต.ขนาดใหญ่ มีพื้นที่ 1 ไร่ 3 งาน 9 ตารางวา มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน ทิศเหนือติดกับตำบลหมู่ม่น ทิศใต้ติดกับตำบลนาดี ตำบลเชียงพิณ ทิศตะวันออกติดกับตำบลเทศบาลนครอุดรธานี ทิศตะวันตกติดกับตำบลเชียงยืน ตำบลเชียงพิณ ประชากรเพศชาย 7,529 คน เพศหญิง 8,551 คน รวม 11,246 คน หมู่บ้านทั้งหมด 7 หมู่บ้าน 20 ชุมชน จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 5,677 หลังคาเรือน จำนวนอสม. 224 คน รับผิดชอบหลังคาเรือนอัตรา 1:21 (หลังคาเรือน) ปัญหาจากการดำเนินงาน โดยพบว่ารพ.สต บ้านเลื่อมมีกลุ่มที่มีผล FIT test positive เข้าถึงบริการส่องกล้องดูลำไส้ที่โรงพยาบาลอุดรธานี 3 ปี 2565-2567 คือ ร้อยละ 25.00, 35.71, 0.00 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือร้อยละ 50 และมีแนวโน้มที่ลดลง การพัฒนาที่ผ่านมาได้พัฒนาแนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่

และไส้ตรง เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้เข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง โดยให้อสม.และผู้นำชุมชนมีส่วนร่วม แต่เนื่องจากยังไม่มีกระบวนการพัฒนาศักยภาพอสม.และผู้นำชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ประชุมเพื่อหาปัญหาร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานพบว่า อสม.และผู้นำชุมชน ต้องการที่จะพัฒนาเรียนรู้เพิ่มเติม เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และทักษะการสื่อสาร เพื่อช่วยลดความเข้าใจคลาดเคลื่อนของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเรื่องการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ความวิตกกังวลในเรื่องของขั้นตอนยุ่งยากหลายขั้นตอน และกลัวผลการวินิจฉัย แต่พบว่า อสม.ในพื้นที่มีอายุ ประสบการณ์ และการรับรู้ที่แตกต่างกัน ทำให้การแนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงคลาดเคลื่อนไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ รายละเอียดข้อมูลการสื่อสารไม่ครบถ้วน ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับรู้ข้อมูลไม่ครบถ้วน เกิดความวิตกกังวลในเรื่องของขั้นตอนยุ่งยากหลายขั้นตอน ทำให้ล้มวันนัด ไม่มีญาติ พาไปตรวจ ลางานไม่ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนำผลวิจัยไปใช้จะช่วยพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นในระยะยาว¹¹ เพื่อให้การแนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงดำเนินการไปในทิศทางเดียวกันและเป็นไปตามสภาพปัญหาในพื้นที่ และอสม.และผู้นำชุมชน เป็นบุคลากรที่สำคัญ ที่มีบทบาทใกล้ชิดกับประชาชน สามารถเป็นสื่อกลาง ในการสร้างความเข้าใจและส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹²โดยการพัฒนาศักยภาพอสม.และผู้นำชุมชน ให้มีความรู้และทักษะในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จึงเป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการคัดกรองวินิจฉัยและรักษาของประชาชนในชุมชน จำเป็นต้องอาศัย การมีส่วนร่วมจากสังคม เพราะเชื่อว่าปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับระบบใดระบบหนึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจจนสามารถสร้างความรู้เปลี่ยนระบบสังคมนั้น¹³

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม

2. ประเมินความพึงพอใจผลการพัฒนาศักยภาพ อสม. และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว เปรียบเทียบผลก่อน - หลังดำเนินการวิจัย สถานที่ศึกษาวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ระยะเวลาการศึกษาทำการเก็บข้อมูล ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568 - กันยายน 2568

งานวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (general system theory) ของ Karl Ludwig von Bertalanffy (อ้างโดย ลัทวี ปิยะบัณฑิตกุล)¹³ กล่าวว่าระบบหนึ่งๆประกอบด้วย ระบบย่อย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กับส่วนใด ส่วนหนึ่งของระบบย่อย ย่อมมีผลต่อเนื่องกัน ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (IN PUT) วิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า (IN PUT) เดือนที่ 1-2 ประกอบด้วย 1. ทีมให้บริการ เครือข่ายสุขภาพโดยใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ จัดการฝึกอบรมให้ความรู้แก่ อสม. และผู้นำชุมชน เพื่อกระจายข้อมูลสู่ประชาชนการประชาสัมพันธ์: หอกระจายข่าวโดยผู้นำชุมชน และกลุ่มไลน์ อสม. นำเข้าสู่

กระบวนการ (PROCESS) โดยประยุกต์ใช้กับกระบวนการพยาบาลดังนี้

1) ประเมินปัญหา Assessment โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในปัจจุบัน ระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง เช่น ความรู้

ทัศนคติและพฤติกรรมของประชาชน วิเคราะห์อุปสรรคในการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง เก็บข้อมูลและวิเคราะห์ อัตราป่วยและเสียชีวิตจากเวชระเบียน

2) วินิจฉัย Nursing Diagnosis ระบุปัญหาหลักที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง ประเด็นความรู้ อสม. และผู้นำชุมชน ในพื้นที่ที่มีอายุประสบการณ์ และการรับรู้ที่แตกต่างกัน ทำให้การแนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงคลาดเคลื่อนไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ ความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงไม่เพียงพอ และความกลัวความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจคัดกรอง

3) วางแผนการพยาบาล Nursing Plan โดยประชุมตัวแทนเครือข่ายในพื้นที่ คำนึงข้อมูลอัตราป่วยและเสียชีวิตจากการสืบค้นเวชระเบียน ร่วมตั้งเป้าหมายในการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการฝึกอบรมให้ความรู้แก่ อสม. และผู้นำชุมชน เพื่อกระจายข้อมูลสู่ประชาชนการประชาสัมพันธ์: หอกระจายข่าวโดยผู้นำชุมชน และกลุ่มไลน์ อสม. ออกแบบกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาวางแผนการให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนร่วมกัน วางแผนการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยบรรยายเนื้อหาประกอบไปด้วย ความหมาย สถานการณ์และสาเหตุ ความรุนแรง กลุ่มอาการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี ดังนี้

1. ค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยง อายุ 50 – 70 ปี ที่ต้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test

2. ประชาสัมพันธ์โดยผู้นำชุมชน ผ่านหอกระจายข่าวหรือเสียงตามสายในชุมชนในสัปดาห์ที่ 1-4 (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) และกลุ่มไลน์หมู่บ้าน

3. แจกแผ่นพับ สอนวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระด้วยวิธี FIT Test มีค่า cut off ที่ 100 ng/ml ให้กลุ่มเสี่ยง โดยอสม. ที่ผ่านการอบรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

4. รวบรวมชุดตรวจและส่งต่อไปยัง รพ.สต.

5.เจ้าหน้าที่รพ.สต. แจ้งผลกับกลุ่มเสี่ยง

6.นัดส่องกล้อง (Colonoscopy) ในการเข้าถึงกระบวนการวินิจฉัยและรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมโรงพยาบาลอุดรธานีโดยใช้แบบฟอร์มใบนัดตรวจโครงการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จากนั้นจึงใช้คำถามเข้าสู่ประเด็นเพื่อประเมินความรับรู้และเข้าใจ มีตัวแทนอสม. ผู้นำชุมชนและตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในรพ.สต. ร่วมดำเนินการเข้าสู่กระบวนการรับบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยอธิบายความเป็นมาของศึกษา ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลรวมถึงให้อ่านคำอธิบาย และการยินยอมเข้าร่วมการศึกษา สิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษา หลังจากยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจึงขออนุญาตจดบันทึก ผู้ร่วมศึกษายินยอม จึงให้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าตอบแบบวัดความรู้สำหรับอสม.และผู้นำชุมชน ก่อนเข้ารับฟังแบบกลุ่มในประเด็นความรู้จาก แนวปฏิบัติใหม่เกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จากแนวปฏิบัติเดิมมี 3 ขั้นตอนเหลือ 2 ขั้นตอน เพื่อลดความวิตกกังวลในเรื่องของขั้นตอนยุ่งยากหลายขั้นตอนและกลัวผลการวินิจฉัย จึงเริ่มพูดคุยเปิดประเด็นเชื่อมโยงสู่เรื่องราวที่เป็นเป้าหมายจนจบประเด็นใช้เวลา 1 ชั่วโมง หลังจากนั้น ให้ผู้ร่วมศึกษาตอบแบบวัดความรู้สำหรับอสม.และผู้นำชุมชน หลังรับฟังประเด็นความรู้

4) ปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เดือนที่ 3 โดยเจ้าหน้าที่รพ.สต.บ้านเลื่อม ผู้นำชุมชนและอสม.ใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี อสม.สำรวจและค้นหากลุ่มเสี่ยง อายุ 50 – 70 ปี ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว หรือเสียงตามสายในชุมชน/กลุ่มไลน์หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่แจกชุดตรวจ FIT test แผ่นพับให้กับอสม. ที่ผ่านการอบรมให้ความรู้เรื่องแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอสม.สอนวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระให้กลุ่มเสี่ยง รวบรวมชุดตรวจส่งต่อไปยัง รพ.สต. และ

อธิบายขั้นตอนการเข้ารับการส่องกล้องในรายที่ผลตรวจผิดปกติ ส่งต่อไปยัง รพ.สต.เพื่อรับใบนัดไปที่โรงพยาบาลอุดรธานี

ผลลัพธ์ (OUT PUT)

5) ประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เดือนที่ 3-4 ติดตามประเมินผลการพยาบาลจาก 1) เปรียบเทียบร้อยละความรู้สม.และผู้นำชุมชน ก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 2) ร้อยละความพึงพอใจของอสม.และผู้นำชุมชน ในการใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)และผู้นำชุมชน จำนวน 34 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อสม.ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เขต รพ.สต.บ้านเลื่อม อ.เมืองอุดรธานี สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี สอดคล้องเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ
2. มีประสบการณ์การทำงานเป็นอสม.อย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. อยู่ระหว่างการลางานหรืองดปฏิบัติหน้าที่อสม.
2. ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือเปลี่ยนใจถอนตัวก่อนหรือระหว่างการเก็บข้อมูล

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Powerกรณี ตัวแปรตามเป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous outcome) สถิติ Paired t-test / dependent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ สำหรับอสม. และผู้นำชุมชน เรื่องแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประเมินรูปแบบวัดความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติระหว่างกลุ่ม โดยตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน

จากนั้นสุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัดความรู้สำหรับ อสม. และผู้นำชุมชน เรื่อง

แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified
Random Sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยการ
แบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มตามที่อยู่อาศัย
(หมู่บ้าน) โดยให้ประชากรในแต่ละชั้นภูมิมี
ลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด หลังจากนั้นทำการ
เทียบสัดส่วนขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มประชากรของ
อสม. และผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านเลื่อม

จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน ด้วย
วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random
Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนในแต่ละ
หมู่บ้านจนได้รายชื่อ อสม. และผู้นำชุมชน ครบ
34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ไส้ตรงด้วยวิธี FIT test เครือข่ายปฐมภูมิ
โรงพยาบาลอุดรธานี โดยคณะกรรมการพัฒนา
แนวทางเวชปฏิบัติคปสอ.เมืองอุดรธานี ร่วมกับ
ศัลยแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี (Clinical
practice guideline) ปี พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยบรรยาย
เนื้อหาประกอบไปด้วย ความหมาย สถานการณ์
และสาเหตุความรุนแรง กลุ่มอาการโรคมะเร็งลำไส้
ใหญ่และไส้ตรง ขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งลำไส้
ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test เครือข่ายปฐมภูมิ
โรงพยาบาลอุดรธานี ดังนี้

1. ค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยง อายุ 50 – 70
ปี ที่ต้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี
FIT test

2. ประชาสัมพันธ์โดยผู้นำชุมชน ผ่านหอ
กระจายข่าวหรือเสียงตามสายในชุมชนในสัปดาห์ที่
1-4 (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) และกลุ่มไลน์หมู่บ้าน

3. แจกแผ่นพับ สอนวิธีการเก็บตัวอย่าง
อุจจาระด้วยวิธี FIT Test มีค่า cut off ที่ 100
ng/ml ให้กลุ่มเสี่ยง โดยอสม. ที่ผ่านการอบรมให้
ความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่

4. รวบรวมชุดตรวจและส่งต่อไปยัง รพ.สต.

5. เจ้าหน้าที่รพ.สต. แจกผลกับกลุ่มเสี่ยง

6. นัดส่องกล้อง (Colonoscopy) ในการ
เข้าถึงกระบวนการวินิจฉัยและรักษาแผนกผู้ป่วย
นอกศัลยกรรมโรงพยาบาลอุดรธานีโดยใช้
แบบฟอร์มใบนัดตรวจโครงการตรวจคัดกรองและ
ตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง อำเภอ
เมือง จังหวัดอุดรธานี

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย

2.1 แบบวัดความรู้สำหรับอสม. และผู้นำ
ชุมชน เรื่องแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่
และไส้ตรง เป็นข้อคำถามส่งเสริมการเข้าถึงการ
วินิจฉัย รักษาโดยการส่องกล้อง (Colonoscopy)
และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องลักษณะ
คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating
Scale) 3 ระดับดังนี้

ตอบ ใช่ เมื่อเห็นว่าคำถามนั้นถูกต้อง
ผู้วิจัยให้ 1 คะแนน

ตอบ ไม่ใช่ เมื่อเห็นว่าคำถามนั้นไม่ถูกต้อง
ผู้วิจัยให้ 0 คะแนน

ตอบ ไม่แน่ใจ เมื่อไม่แน่ใจว่าคำตอบนั้น
ถูกต้องหรือไม่ ผู้วิจัยให้ 0 คะแนน

แปลผลค่าคะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับ
คะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการ Learning for
Mastery ของ (Bloom, 1971)¹⁴

ความรู้ระดับสูง หมายถึง ตอบถูกต้อง
คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง ตอบ
ถูกต้องคะแนนร้อยละ 60-79

ความรู้ระดับต่ำ หมายถึง ตอบถูกต้อง
คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจ ต่อการ
อบรมให้ความรู้กลุ่มอสม. และผู้นำชุมชน จำนวน
10 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน 1. ส่วนเนื้อหา 2.
วิทยากร 3. การนำไปใช้ เกณฑ์การแปลผล

ระดับความพึงพอใจมาก หมายถึง ตอบ
ถูกต้องคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับความพึงพอใจปานกลาง หมายถึง
ตอบถูกต้องคะแนนร้อยละ 60-79

ระดับความพึงพอใจต่ำ หมายถึง ตอบ
ถูกต้องคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบ
วัดความรู้สำหรับเครือข่าย เรื่องแนวทางการคัด
กรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 10 ข้อ
ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน 1. แพทย์เวช
ศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลอุดรธานี 2.พยาบาล
เลขา Service plan สาขามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้
ตรง โรงพยาบาลอุดรธานีและเขตสุขภาพที่ 8
อุดรธานี 3.พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
ชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี ได้ค่าความตรงเนื้อหา
0.67 - 1.00 นำไปทดลองใช้ในกลุ่มประชากรที่มี
ลักษณะใกล้เคียงกันที่ รพ.สต. ใกล้เคียง จำนวน 30
ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ ริชา
รดสัน (KR 20) ได้เท่ากับ 0.75

ขั้นตอนการวิจัย

ปัจจัยนำเข้า (IN PUT) วิเคราะห์ปัจจัย
นำเข้า (IN PUT) เดือนที่1-2 ประกอบด้วย 1. ทีม
ให้บริการ เครือข่ายสุขภาพโดยใช้แนวทางการคัด
กรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อเพิ่มอัตราการ
เข้าถึงบริการ จัดการฝึกอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัคร
และผู้นำชุมชน เพื่อกระจายข้อมูลสู่ประชาชนการ
ประชาสัมพันธ์: หอกระจายข่าวโดยผู้นำชุมชน
และกลุ่มไลน์อาสาสมัครนำเข้าสู่

กระบวนการ (PROCESS) โดยประยุกต์ใช้
กับกระบวนการพยาบาลดังนี้

1) ประเมินปัญหา Assessment โดย
รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการเข้าถึงการตรวจคัด
กรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในปัจจุบัน ระบุ
ปัจจัยที่ส่งต่อการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง เช่น
ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชน
วิเคราะห์อุปสรรคในการเข้าถึงบริการตรวจคัด
กรอง เก็บข้อมูลและวิเคราะห์ อัตราป่วยและ
เสียชีวิตจากเวรระเบียบ

2) วินิจฉัย Nursing Diagnosis ระบุปัญหา
หลักที่ส่งต่อการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง

ประเด็นความรู้ อสม.และผู้นำชุมชน ในพื้นที่มีอายุ
ประสบการณ์ และการรับรู้ที่แตกต่างกัน ทำให้การ
แนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงคลาดเคลื่อนไม่ตรงตาม
วัตถุประสงค์ ความสำคัญของการตรวจคัดกรอง
มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงไม่เพียงพอ และความ
กลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจคัด
กรอง

3) วางแผนการพยาบาล Nursing Plan โดย
ประชุมตัวแทนเครือข่ายในพื้นที่ คำนึงข้อมูลอัตรา
ป่วยและเสียชีวิตจากการสืบค้นเวชระเบียน ร่วม
ตั้งเป้าหมายในการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ
ฝึกอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครและผู้นำชุมชน เพื่อ
กระจายข้อมูลสู่ประชาชนการประชาสัมพันธ์: หอ
กระจายข่าวโดยผู้นำชุมชน และกลุ่มไลน์อาสาสมัคร.
ออกแบบกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาวางแผนการให้
ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชน
ร่วมกันวางแผนการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยบรรยาย
เนื้อหาประกอบไปด้วย ความหมาย สถานการณ์
และสาเหตุความรุนแรง กลุ่มอาการโรคมะเร็งลำไส้
ใหญ่และไส้ตรง ขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งลำไส้
ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test เครือข่ายปฐมภูมิ
โรงพยาบาลอุดรธานี ดังนี้

1.ค้นหาประชาชนกลุ่มเสี่ยง อายุ 50 – 70
ปี ที่ต้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี
FIT test

2.ประชาสัมพันธ์โดยผู้นำชุมชน ผ่านหอ
กระจายข่าวหรือเสียงตามสายในชุมชนในสัปดาห์ที่
1-4 (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) และกลุ่มไลน์หมู่บ้าน

3.แจกแผ่นพับ สอนวิธีการเก็บตัวอย่าง
อุจจาระด้วยวิธี FIT Test มีค่า cut off ที่ 100
ng/ml ให้กลุ่มเสี่ยง โดยอาสาสมัคร ที่ผ่านการอบรมให้
ความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

4.รวบรวมชุดตรวจและส่งต่อไปยัง รพ.สต.

5.เจ้าหน้าที่รพ.สต. แจ้งผลกับกลุ่มเสี่ยง

6. นัดส่องกล้อง (Colonoscopy) ในการ
เข้าถึงกระบวนการวินิจฉัยและรักษาแผนกผู้ป่วย
นอกศัลยกรรมโรงพยาบาลอุดรธานีโดยใช้
แบบฟอร์มใบนัดตรวจโครงการตรวจคัดกรองและ

ตรวจยืนยันมะเร็งรังไข่ใหญ่ และไส้ตรง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จากนั้นจึงใช้คำถามเข้าสู่ประเด็นเพื่อประเมินความรู้และเข้าใจ มีตัวแทนอสม. ผู้นำชุมชนและตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในรพ.สต. ร่วมดำเนินการเข้าสู่กระบวนการรับบริการคัดกรองมะเร็งรังไข่ใหญ่และไส้ตรง ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยอธิบายความเป็นมาของศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิของผู้ให้ข้อมูลรวมถึงให้อ่านคำอธิบาย และการยินยอมเข้าร่วมการศึกษา สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษา หลังจากยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจึงขออนุญาตจัดบันทึก ผู้ร่วมศึกษายินยอม จึงให้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าตอบแบบวัดความรู้สำหรับอสม. และผู้นำชุมชน ก่อนเข้ารับฟังแบบกลุ่มในประเด็นความรู้จาก แนวปฏิบัติใหม่เกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองมะเร็งรังไข่ใหญ่และไส้ตรงจากแนวปฏิบัติเดิมมี 3 ขั้นตอนเหลือ 2 ขั้นตอนเพื่อลดความวิตกกังวลในเรื่องของขั้นตอนยุ่งยากหลายขั้นตอน และกลัวผลการวินิจฉัย จึงเริ่มพูดคุยเปิดประเด็น เชื่อมโยงสู่เรื่องราวที่เป็นเป้าหมายจนจบประเด็นใช้เวลา 1 ชั่วโมง หลังจากนั้น ให้ผู้ร่วมศึกษาตอบแบบวัดความรู้สำหรับอสม. และผู้นำชุมชน หลังรับฟังประเด็นความรู้

4) ปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เดือนที่ 3 โดยเจ้าหน้าที่รพ.สต. บ้านเลื่อม ผู้นำชุมชน และอสม. ใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งรังไข่ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี อสม. สสำรวจและค้นหากลุ่มเสี่ยง อายุ 50 - 70 ปี ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว หรือเสียงตามสายในชุมชน/กลุ่มไลน์หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่แจกชุดตรวจ FIT test แผ่นพับให้กับอสม. ที่ผ่านการอบรมให้ความรู้เรื่องแนวทางการคัดกรองมะเร็งรังไข่ใหญ่และไส้ตรงอสม. สอนวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระให้กลุ่มเสี่ยงรวบรวมชุดตรวจส่งต่อไปยัง รพ.สต. และอธิบายขั้นตอนการเข้ารับการส่องกล้องในรายที่ผลตรวจผิดปกติ ส่งต่อไปยัง รพ.สต. เพื่อรับใบนัดไปที่โรงพยาบาลอุดรธานี

ผลลัพธ์ (OUT PUT)

5) ประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เดือนที่ 3-4 ติดตามประเมินผลการพยาบาลจาก 1) เปรียบเทียบร้อยละความรู้อสม. และผู้นำชุมชน ก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งรังไข่ใหญ่และไส้ตรง ก่อนและหลังการใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งรังไข่ใหญ่และไส้ตรง 2) ร้อยละความพึงพอใจของอสม. และผู้นำชุมชน ในการใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งรังไข่ใหญ่และไส้ตรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนก่อนและหลังความรู้เครือข่ายในการส่งเสริมการเข้าถึงกระบวนการวินิจฉัยและรักษามะเร็งรังไข่ใหญ่และไส้ตรง ด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรม

ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี UDH REC No.75/2568

ผลการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการประเมินผลของการพัฒนาศักยภาพอสม. และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งรังไข่ใหญ่และไส้ตรง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม ข้อมูลทั่วไปพบว่าอสม. และผู้นำชุมชน รวมจำนวน 34 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 29 คนคิดเป็นร้อยละ 85.30 มีอายุค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 57.2 (ร้อยละ 7.30) อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 1 ร้อยละ 41.20 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 47.10

1.2 ผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งรังไข่

ใหญ่และไส้ตรง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านล้อม

การวิเคราะห์ผลการพัฒนาศักยภาพอสม. และผู้นำชุมชน ใช้แบบวัดความรู้สำหรับอสม.และผู้นำชุมชน ก่อนและหลังการอบรมตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของอสม.และผู้นำชุมชน จำนวน 34 คน พบว่า ก่อนการ

ให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.2 คะแนน (SD = 0.9) และหลังการให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 9.6 คะแนน (SD = 0.7) โดยส่วนต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.4 คะแนน (SD = 0.8) การทดสอบทางสถิติพบว่าความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) แสดงว่าการให้ความรู้มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ของอสม. และผู้นำชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนวัดความรู้สำหรับอสม.และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (N = 34 คน)

คะแนนความรู้	ค่าเฉลี่ย (S.D.)	ส่วนต่างค่าเฉลี่ย (S.D.)	p-value
ก่อนให้ความรู้	9.2 (0.9)	0.4 (0.8)	0.004
หลังให้ความรู้	9.6 (0.7)		

ตอนที่ 2 ประเมินความพึงพอใจผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ผลการศึกษา ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการอบรมให้ความรู้กลุ่มอสม.และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการ คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านล้อม จำนวน 34 คน พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 9.9 คะแนน (SD = 0.4)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เห็นว่าเนื้อหาความรู้มีความครบถ้วนและเข้าใจง่าย คิดเป็นร้อยละ 97.1 และเห็นว่ารูปแบบการฝึกอบรมและเนื้อหา มีความเหมาะสมร้อยละ 100.0 ในขณะที่ด้านวิทยากร ผู้เข้าร่วมประเมินว่ามีความรู้และสามารถถ่ายทอดความรู้ได้ชัดเจนคิดเป็นร้อยละ 100.0 และด้านสื่อและอุปกรณ์มีความเหมาะสมช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ร้อยละ 97.1

นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) มีความเห็นว่ารยะเวลาในการจัดกิจกรรมเหมาะสม มีความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้เพื่อ

แนะนำประชาชนกลุ่มเสี่ยง รวมถึงเห็นว่าแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงช่วยเพิ่มทักษะการสื่อสารและการโน้มน้าวประชาชนได้อย่างชัดเจน ขณะเดียวกันร้อยละ 97.1 เห็นว่าการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนช่วยสนับสนุนการทำงาน และมีความมั่นใจมากขึ้นในการส่งเสริมตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

เมื่อสรุปภาพรวม พบว่าผู้เข้ารับการอบรมทุกคน (ร้อยละ 100.0) มีความพึงพอใจต่อการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพอสม.และผู้นำชุมชน ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านรูปแบบการอบรม ความเหมาะสมของเวลา การเสริมสร้างความมั่นใจ และทักษะการสื่อสาร ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินการอบรมตามแนวทางดังกล่าวสามารถตอบสนองต่อความต้องการพัฒนาศักยภาพของผู้เข้าร่วมได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพอสม. และผู้นำชุมชน ตามแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อมสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพของ อสม. และผู้นำชุมชน โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนั้น ส่งผลให้คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) สะท้อนให้เห็นว่า การจัดกิจกรรมการอบรมมีส่วนช่วยพัฒนาตามแนวทางดังกล่าวและสามารถตอบสนองต่อความต้องการพัฒนาศักยภาพของผู้เข้าร่วมอบรมได้จริงอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ¹⁵ว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น หลังการพัฒนามีค่าคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้และทักษะสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา และสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่/ถ่ายทอดได้อยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับ¹⁶ ที่ระบุว่าความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับดี โดยส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสามารถค้นพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกได้และอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ และสอดคล้องกับ¹⁷ ว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคน (ร้อยละ 100) มีความเห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขควรสอนหรือให้ความรู้แก่ประชาชนที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวซึ่งยังไม่เจ็บป่วย เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักและมีความรู้เพียงพอที่จะนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง หัวข้อที่ควรสอนมากที่สุดคือความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค CRC (ร้อยละ 67.4)

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขระดับชุมชน ที่มุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้จริงได้ และยังสร้างทักษะในการปฏิบัติ

เช่น การให้คำแนะนำแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงวิธีการใช้แบบสอบถามคัดกรอง และการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงที่มีผล Fit test positive เข้าถึงบริการวินิจฉัยและรักษาได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับ¹⁸ ว่าเจ้าหน้าที่อสม. สามารถนำไปสู่การพัฒนาความรู้ทักษะการสื่อสาร การคิดเชิงระบบ ความมั่นใจในการมีส่วนร่วมกับนักศึกษาแพทย์ที่ตีขึ้น โปรแกรมเหล่านี้ยังช่วยให้เจ้าหน้าที่อสม. มีประสิทธิภาพมากขึ้นในบทบาทอาจารย์ผู้ช่วยและผู้ส่งเสริมสุขภาพชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำแนวทางการอบรมไปขยายผลสู่พื้นที่อื่นๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพของอสม. และผู้นำชุมชนใน ระดับกว้างมากขึ้น
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานสาธารณสุข ควรจัดให้มีการอบรมหรือทบทวนความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคงระดับความรู้และทักษะที่ได้รับ
3. ควรศึกษาผลการอบรมในระยะยาว เพื่อติดตามว่าความรู้และทักษะที่ได้รับสามารถนำไปประยุกต์ใช้จริง ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่องหรือไม่
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาศักยภาพของ อสม. และผู้นำชุมชน กับอัตราการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อประเมินประสิทธิผลเชิงผลลัพธ์ที่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัย ขอ บ ปร ะ ค ุณ ผู้ ท ร ง ค ุ ณ ว ุฒิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุดรธานี ทีมงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี เจ้าหน้าที่กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานีและ ผู้เกี่ยวข้อง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม เจ้าหน้าที่และอสม. ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม

ทุกท่าน ที่ช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัย และ
ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็น

ประโยชน์ต่อการวิจัย ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วง
ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2024). Colorectal cancer. [internet]. (date access 9 Nov 2024). Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>
- 2.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์.(2564). ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก:https://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html
3. สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, ทวีศักดิ์ แทนวันดี, สถาพร มานัสสถิตย์, บรรณานิการ.(2557). Clinical Practice in Gastroenterology. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2557.
4. กระทรวงสาธารณสุข.(2568). นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2568. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.skho.moph.go.th/web/adm/uploads/agenda/14d6105d-5.1-aw-68-v15.pdf>
- 5.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2565). สปสช.ร่วมรณรงค์ 'วันต่อต้านโรคมะเร็งแห่งชาติ' สิทธิประโยชน์บัตรทอง "คัดกรอง 4 โรคมะเร็ง" [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 8 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/news/3840>
6. อัญชลี สามงามมี, ภาวรัฐ เรือนโรจน์รุ่ง, พชยา โพธิ์ทอง, รัชนิวรรณ จันทร์สว่าง, วริศรา จัปไหว.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.lpch.go.th/km/uploads/20230530111314113481.pdf>
7. ปณณวัฒน์ ไม้เวียง, ชนัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจ มาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) อ้าเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/145284>
8. โรงพยาบาลอุดรธานี.(2567). สรุปรายงานข้อมูลอัตราป่วยและเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงปี 2563 -2567. อุดรธานี: กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน, ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลอุดรธานี; 2567.
9. โรงพยาบาลอุดรธานี.(2567). สรุปรายงานข้อมูลผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม ปี 2563-2567. อุดรธานี: กลุ่มงานผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม, ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลอุดรธานี; 2567.
10. โรงพยาบาลสกลนคร เขตสุขภาพที่ 8.(2567). สรุปผลการประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายมะเร็งครบวงจร(Cancer Warrior) มุ่งเน้น 5 โรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ 8. วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567. ห้องประชุมโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. 2567
11. ปาริฉัตร จันทร์ดำ.(2568). ผลการใช้แนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเครือข่ายมีส่วนร่วม หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2568; 33 : 125-136
12. กฤษณา ภูพลผัน, นวลละออ แสงสุข, ชมสุภักดิ์ ครูทกะ, บุญมี พันธุ์ไทย.(2567). การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.16(1) 22-31 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 8 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/204976>
13. ลัทธิวิ ปิยะบัณฑิตกุล. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง General System Theory. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; [ปีที่พิมพ์ไม่ปรากฏ].
14. Benjamin Bloom.(1971). Mastery learning [internet]. 1971 [cited 2024 Nov 03]. Available from: <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/blome.pdf>

15. ศิริโสภา ภูสีนา, วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา, นฤมล สีนสุพรรณ.(2568). การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 9(2) 672-81[อินเทอร์เน็ต]. (เข้าถึงเมื่อ 18 สิงหาคม2568); เข้าถึงได้จาก<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/3008>
16. ชนิตา เสนคราม.(2568). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ในอำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์: การวิจัยและพัฒนา. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ.10(1) 630-37 [อินเทอร์เน็ต]. (เข้าถึงเมื่อ19 ตุลาคม 256). เข้าถึงได้จาก<https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/283238/188301>
17. ศุภิสรา สุวรรณชาติ, ธิตารัตน์ นิมกระโทก.(ระดับความรู้และความต้องการข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของประชาชน. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 28(1). [อินเทอร์เน็ต]. (เข้าถึงเมื่อ 8 สิงหาคม 2568); 3 เข้าถึงได้จาก<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/257077/175921>
18. กิตศราวุธ ขวัญจรี, ชวิน สุวรรณชาติชัยและสุธี รัตนมงคลกุล. ผลของการเสริมสร้างความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการศึกษาแบบสหวิชาชีพในชุมชนที่มีส่วนร่วม.[อินเทอร์เน็ต]. (เข้าถึงเมื่อ17 ตุลาคม 2566). เข้าถึงได้จาก <https://www.ijme.net/archive/16/effect-of-enhancing-village-health-volunteer-ability/?ref=linkout>