ประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ต่อความรู้เรื่องการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

The Effectiveness of Interactive Training on Knowledge of Colorectal Cancer Screening Using Fecal Occult Blood Testing Among Village Health Volunteers.

(Received: April 8,2026 ; Revised: April 12,2026 ; Accepted: April 14,2026)

อดุลกฤษณ์ นาต๊ะ[1]
Adulkrit Nata[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ตำบลแม่ระมาด จังหวัดตาก จำนวน 40 คน สุ่มแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการอบรมแบบบรรยาย กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการอบรม แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม และแบบประเมินทักษะในการคัดกรอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 40 คน ภายหลังการอบรมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (17.40 ± 1.10 และ 14.25 ± 0.79 ตามลำดับ; $p < 0.001$) สำหรับด้านทักษะการคัดกรองเมื่อพิจารณาคะแนนรวมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณาแยกรายหัวข้อพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเด็นการอธิบายวิธีการขับถ่ายเพื่อเตรียมตรวจด้วย FIT test การอธิบายและสาธิตการเก็บอุจจาระใส่ภาชนะเก็บตัวอย่าง และการเก็บตัวอย่างใส่ชุดน้ำยาทดสอบ ($p < 0.05$) อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่มในด้านคะแนนความพึงพอใจภายหลังการทดลอง ($p = 0.078$)

คำสำคัญ: การอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT) ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of an interactive training program in enhancing knowledge and skills related to colorectal cancer screening using the FIT test among village health volunteers (VHVs). A quasi-experimental study was conducted among 40 VHVs in Mae Ramat, Tak. Participants were randomly assigned to either an experimental group receiving interactive training or a control group receiving lecture-based training (20 participants per group). Research instruments included a training program, a pre- and post-training knowledge test, and a skills assessment form for colorectal cancer screening. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics to compare knowledge scores within and between groups.

The results from the 40 participants showed that, after the training, the experimental group demonstrated significantly higher knowledge scores than the control group (17.40 ± 1.10 vs. 14.25 ± 0.79, respectively; $p < 0.001$). Regarding screening skills, the experimental group achieved significantly higher total scores compared with the control group ($p < 0.001$). When analyzed by individual components, the experimental group scored significantly higher in explaining bowel preparation for FIT, demonstrating stool collection using a container, and

[1] นายแพทย์ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลแม่ระมาด

collecting specimens using the FIT kit ($p < 0.05$). No statistically significant differences were observed between the two groups in basic knowledge explanation or in post-intervention satisfaction scores ($p = 0.078$).

Keywords: Interactive training, Village Health Volunteers (VHVs), Colorectal cancer screening, Fecal Immunochemical Test (FIT), Primary health care system.

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal Cancer: CRC) เป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั้งโลกและประเทศไทย โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกถึง 2.2 ล้านราย และเสียชีวิตมากถึง 1.1 ล้านราย[2] ในประเทศไทยโรคนี้พบมากเป็นอันดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 11 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด[3] โดยในปี พ.ศ. 2563 มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งที่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในทั้งสองเพศ โดยพบมากที่สุดในเพศชาย (ร้อยละ 20.7) และเป็นอันดับสองในเพศหญิง (ร้อยละ 12.2)[4] และมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีอายุ 50 ปีขึ้นไป[5] ซึ่งโรคนี้ส่งผลกระทบทั้งในด้านสุขภาพของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของครอบครัว รวมถึงภาระทางสังคมและเศรษฐกิจ แม้ว่ามะเร็งชนิดนี้สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและมีโอกาสรักษาให้หายขาดหากได้รับการวินิจฉัยเร็ว แต่ในความเป็นจริงยังมีประชาชนจำนวนไม่น้อยที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลาม ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความรู้ ความตระหนัก และการเข้าถึงระบบการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพในระดับปฐมภูมิ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์และผลักดันนโยบายการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยเน้นการใช้วิธีตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test: FIT) เป็นแนวทางหลักสำหรับกลุ่มประชากรอายุ 50–70 ปี โดยให้มีการตรวจซ้ำทุก 2 ปี[6] เนื่องจากเป็นวิธีที่มีขั้นตอนการเตรียมตัวไม่ซับซ้อน และสามารถให้บริการได้ในระดับปฐมภูมิ ซึ่งช่วยลดภาระของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และเพิ่มโอกาสในการตรวจพบโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่ยังประสบปัญหาด้านกำลังคน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งมีบุคลากรไม่เพียงพอที่จะให้บริการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดได้ ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีจุดแข็งสำคัญคือเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับประชาชนในชุมชน ด้วยความใกล้ชิดกับชุมชนและความเข้าใจในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ อสม. จึงมีบทบาทสำคัญในการสื่อสารสุขภาพ ให้คำแนะนำ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ[7] งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. สามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรอง ลดภาระงานของบุคลากรสาธารณสุข และส่งเสริมการตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8,9,10,11]

ถึงแม้ว่าการอบรมรูปแบบบรรยายจะเป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในระบบสาธารณสุข แต่มีข้อจำกัดในด้านการมีส่วนร่วมของผู้เรียน การนำไปประยุกต์ใช้จริง และการจดจำในระยะยาว[12] โดยเฉพาะในกลุ่ม อสม. ที่มีพื้นฐานความรู้ด้านการแพทย์ไม่ลึก การเรียนรู้จากการบรรยายเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความเข้าใจและความมั่นใจในการนำไปใช้สื่อสารต่อกับชุมชน ในทางตรงกันข้ามการอบรมแบบเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive Training) ซึ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมการอบรมมีส่วนร่วมผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การอภิปรายกลุ่ม กรณีศึกษา การลงมือปฏิบัติจริง การจำลองสถานการณ์ และการสื่อสารสองทาง ช่วยส่งเสริม

กระบวนการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) ทำให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงเนื้อหากับประสบการณ์จริง เข้าใจบริบทการนำไปใช้ และจดจำได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น[13,14] โดยพบหลากหลายงานวิจัยก่อนหน้าที่สนับสนุนว่าการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ช่วยเพิ่มคะแนนความรู้ ความพึงพอใจ และทักษะในการปฏิบัติงานได้ดีกว่าการอบรมแบบปกติ[15,16] อย่างไรก็ตามการศึกษาเชิงเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการอบรมดังกล่าวในบริบทของอสม. ในประเทศไทยยังมีอยู่น้อย

ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive Workshop) ที่มุ่งเน้นการเรียนรู้เชิงรุกทั้งในด้านเนื้อหาและการปฏิบัติจริง ในการเพิ่มพูนความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนพัฒนาระบบคัดกรองโรคมะเร็งในระดับปฐมภูมิ และยังสามารถสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพ เพื่อสร้างระบบการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพยั่งยืน และเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยได้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive Workshop) ในการเพิ่มพูนความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ ในการเพิ่มพูนความรู้ของ อสม. ในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของอสม. หลังการเข้าร่วมอบรม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบมีปฏิสัมพันธ์ กับกลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบปกติ (Standard Training)

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study design) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์กับการอบรมแบบปกติในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในอสม. ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน 2568 ถึงเดือน ธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อสม. ตำบลแม่ระมาด จังหวัดตาก จำนวน 40 คน ที่สามารถมาเข้าร่วมการอบรมคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย FIT Test จำนวน 40 คน ณ ห้องประชุมชั้น 5 อาคารปฐมภูมิ โรงพยาบาลแม่ระมาด ในวันที่ 5 กันยายน 2568

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรสำหรับเปรียบเทียบอัตราส่วนระหว่างสองกลุ่มอิสระ (two independent proportions) ตามสูตรการคำนวณของ Bernard R[17] โดยอ้างอิงข้อมูลจากงานวิจัยของอำพิกา คันทาใจ และคณะ[11] ซึ่งพบว่าสัดส่วนของผู้เข้าร่วมที่มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการอบรมแบบปกติอยู่ที่ 0.6 (p_1 = 0.6) ขณะที่สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์อยู่ที่ 1.0 (p_2 = 1.0) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และกำลังของการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.85 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 17 คน และเผื่อการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสุดท้ายกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน

<u>เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)</u>

1. อสม. ที่ขึ้นทะเบียนในตำบลแม่ระมาด จังหวัดตาก ในช่วงที่ดำเนินการวิจัย

2. อายุระหว่าง 20–45 ปี

3. สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่าขึ้นไป

4. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

5. สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย ตอบคำถาม และกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

อสม. ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือดำเนินโครงการได้ครบถ้วนตามที่กำหนด

การสุ่มจัดผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้ากลุ่ม (Randomization)

ภายหลังคัดเลือกผู้เข้าร่วมครบตามจำนวนที่กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์กำหนดลำดับการจัดกลุ่ม จากนั้นบรรจุผลการสุ่มลงในซองจดหมายปิดผนึก (sealed envelope technique) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ ได้รับการอบรมในรูปแบบเชิงปฏิสัมพันธ์ (สัญลักษณ์ A) จำนวน 20 คนและ กลุ่มควบคุม คือ ได้รับการอบรมในรูปแบบปกติ (สัญลักษณ์ B) จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และเจตคติที่เหมาะสมต่อการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย FIT test สำหรับอสม. โปรแกรมมุ่งเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานของโรค ความสำคัญของการคัดกรอง วิธีการใช้ชุดตรวจ FIT การแปลผลเบื้องต้น และการถ่ายทอดความรู้แก่ชุมชน รูปแบบการจัดกิจกรรมประกอบด้วยการทดสอบความรู้ก่อนเรียน การบรรยายโดยวิทยากร การสาธิตวิธีการใช้ชุดตรวจ FIT test โดยกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกิจกรรม small group role play หลังจากนั้นจะได้รับการทดสอบความรู้หลังเรียน การประเมินทักษะในการคัดกรองและแบบทดสอบความพึงพอใจ สื่อการเรียนรู้ประกอบด้วยสไลด์นำเสนอ เอกสารประกอบการเรียน ตัวอย่างชุดตรวจ FIT test และแผ่นพับให้ความรู้เพื่อใช้เผยแพร่ต่อในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบฟอร์มในการเก็บข้อมูลของผู้ที่มาเข้าร่วมการอบรมโดยประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของอสม. จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และระยะเวลาการเป็นอสม.

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับตัวโรคเบื้องต้น และการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นหัวข้อ ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fit test) ข้อคำถามมีลักษณะเป็นปลายปิด มีคำตอบ 4 คำตอบ ให้เลือกเพียง 1 คำตอบที่ถูกต้อง ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test จำนวน 5 หัวข้อ ได้แก่ 1) อธิบายความรู้เบื้องต้นของโรคมะเร็งลำใส้ใหญ่และไส้ตรงได้ถูกต้อง 2) อธิบายความสำคัญของการคัดกรองด้วยวิธี FIT test ได้ถูกต้อง 3) อธิบายวิธีการขับถ่ายสำหรับการตรวจด้วยวิธี FIT test ให้ถูกต้อง 4) อธิบายและสาธิตวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระกรณีเก็บใส่กระปุกได้ถูกต้อง และ 5) อธิบายและสาธิตวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระกรณีเก็บใส่ชุดน้ำยาทดสอบได้ถูกต้อง โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติได้ถูกต้องให้

1 คะแนน และปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 5 คะแนน

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย ด้านกระบวนการและขั้นตอนการจัดกิจกรรม ด้านวิทยากร และด้านสถานที่และระยะเวลา โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) คือ 5 หมายถึง ดีมาก, 4 หมายถึง ดี, 3 หมายถึง พอใช้, 2 หมายถึง ควรปรับปรุง และ 1 หมายถึง ต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบทดสอบความรู้ก่อนเรียน-หลังเรียน (pre-test, post-test) ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสมของเนื้อหา ความครอบคลุมของประเด็น และความชัดเจนของคำถาม ผลการตรวจสอบพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) แต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 แสดงถึงระดับความตรงเชิงเนื้อหาที่อยู่ในเกณฑ์ดี แบบทดสอบมีความตรงเชิงเนื้อหาเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการวิจัย

การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อลงทะเบียนและเชิญอสม.ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วม ผู้เข้าร่วมที่สมัครใจได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ สิทธิการเข้าร่วมและถอนตัว และลงนามในแบบแสดงความยินยอมก่อนการทดสอบ

ผู้เข้าร่วมทั้งหมดถูกสุ่มจัดกลุ่มด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อสร้างลำดับแล้วบรรจุผลการสุ่มในซองปิดผนึก แบ่งเป็น 2 กลุ่ม: 1) กลุ่มทดลอง (อบรมเชิงปฏิสัมพันธ์) และ 2) กลุ่มควบคุม (อบรมแบบบรรยาย) แต่ละกลุ่มมีผู้เข้าร่วม 20 คน ผู้เข้าร่วมไม่ทราบล่วงหน้าว่าตนอยู่กลุ่มใด ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบเฉพาะกำหนดการและสถานที่อบรมเท่านั้น

ในวันดำเนินการวิจัย ผู้เข้าร่วมทั้งสองกลุ่มทำแบบทดสอบก่อนการอบรม (pre-test) เพื่อประเมินระดับความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และการคัดกรองด้วย FIT test จากนั้นจึงเข้ารับการอบรมตามกลุ่มที่ได้รับการสุ่มจัด การอบรมจัดขึ้นในวันเดียวกัน ณ ห้องประชุมอาคารปฐมภูมิ โรงพยาบาลแม่ระมาด ทั้งสองกลุ่มได้รับเนื้อหาเอกสารประกอบการเรียน สื่อการสอน และวิทยากรชุดเดียวกัน รวมถึงใช้ระยะเวลาอบรมเท่ากัน โดยแตกต่างกันเฉพาะรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ดังนี้

<u>กลุ่มทดลอง</u> ได้รับการอบรมในรูปแบบเชิงปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วยการบรรยายสั้นร่วมกับกิจกรรมกลุ่มย่อย การอภิปราย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง (small group role play)

<u>กลุ่มควบคุม</u> ได้รับการอบรมในรูปแบบการบรรยาย โดยวิทยากรนำเสนอเนื้อหาผ่านสไลด์ตามลำดับหัวข้อเดียวกับกลุ่มทดลอง ไม่มีการจัดกิจกรรมกลุ่มย่อยหรือกิจกรรมฝึกปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้ซักถามในช่วงท้ายการบรรยายเท่านั้น

ภายหลังเสร็จสิ้นการอบรม ผู้เข้าร่วมทุกคนทำแบบทดสอบหลังเรียน (post-test) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ เข้ารับการประเมินทักษะในการคัดกรองด้วยวิธี FIT test และแบบสอบถามความพึงพอใจหลังการอบรม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปและใช้สถิติเชิงอนุมานในการทดสอบสมมติฐาน โดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการอบรมภายใน

กลุ่มด้วยสถิติ paired t-test ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ หรือ Wilcoxon signed-rank test ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ และเปรียบเทียบคะแนนหลังการอบรมระหว่างกลุ่มด้วย independent t-test หรือ Mann–Whitney U test ตามลักษณะการแจกแจงของข้อมูล การวิเคราะห์ทั้งหมดดำเนินการด้วยโปรแกรม STATA เวอร์ชัน 16 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก เลขที่เอกสารรับรองจริยธรรม 037/2568 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2568

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของอสม.ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะข้อมูลทั่วไปใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.00 และ 80.00 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 45.50 ± 11.70 ปี และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 48.60 ± 7.89 ปี ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= 0.332) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. เท่ากันทั้งสองกลุ่ม (ร้อยละ 45.00) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.506) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40.00 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 55.00 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.124) สำหรับโรคประจำตัวส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มไม่มีโรคประจำตัว และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) และระยะเวลาการเป็นอสม. ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 13.15 ± 11.02 ปี และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 17.80 ± 12.66 ปี ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.223)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 10.10 ± 2.20 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 11.25 ± 2.53 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.133) แต่ภายหลังการอบรมแบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Workshop) กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (17.40 ± 1.10 และ 14.25 ± 0.79 ตามลำดับ; p<0.001) สำหรับคะแนนความพึงพอใจภายหลังการทดลองคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มทดลองเท่ากับ 58.45 ± 2.35 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 59.50 ± 1.10 ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.078) ดังตารางที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (10.10 ± 2.20 เพิ่มเป็น 17.40 ± 1.10; p<0.001) เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 11.25 ± 2.53 เป็น 14.25 ± 0.79 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test หลังการอบรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนรวมเต็ม 5 คะแนนของกลุ่มทดลอง (mean = 4.65, SD = 0.75) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 3.35, SD = 0.99) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) เมื่อพิจารณารายหัวข้อ พบว่าหัวข้อการอธิบายความรู้เบื้องต้นของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และการอธิบายความสำคัญของการคัดกรองด้วยวิธี FIT test กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.159 และ p = 0.304 ตามลำดับ) แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหัวข้อการอธิบายวิธีการขับถ่ายสำหรับการตรวจด้วยวิธี FIT test (p = 0.018) การอธิบายและสาธิตวิธีการ

เก็บตัวอย่างอุจจาระกรณีเก็บใส่กระปุก (p = 0.003) และการอธิบายและสาธิตวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระกรณีเก็บใส่ชุดน้ำยาทดสอบ (p = 0.017) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกหัวข้อดังกล่าว ดังตารางที่ 3

ภายหลังการทดลองเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ได้รับชุดคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจำนวน 26 ชุด และมีการส่งคืนชุดคัดกรองครบทั้ง 26 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม และไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในอัตราการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงภายหลังการติดตามผล 3 เดือน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ และความพึงพอใจของอสม.ต่อการอบรมแบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Workshop) ในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)		Mean diff	t	p-value
	mean	sd	mean	sd			
ความรู้							
ก่อนทดลอง	10.10	2.20	11.25	2.53	1.15	1.53	0.133
หลังทดลอง	17.40	1.10	14.25	0.79	3.15	10.45	<0.001*
ความพึงพอใจ							
หลังทดลอง	58.45	2.35	59.50	1.10	1.81	2.40	0.078

*p<0.05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของอสม.ต่อการอบรมแบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive Workshop) ในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (N=20)		หลังทดลอง (N=20)		Mean diff	t	p-value
	mean	sd	mean	sd			
ความรู้							
กลุ่มทดลอง	10.10	2.20	17.40	1.10	7.30	15.33	<0.001*
กลุ่มควบคุม	11.25	2.53	14.25	0.79	3.00	5.21	<0.001*

*p<0.05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test หลังการอบรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หัวข้อการประเมิน	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)		p-value
	mean	sd	mean	sd	
1. อธิบายความรู้เบื้องต้นของโรคมะเร็งลำใส้ใหญ่และไส้ตรง	0.95	0.22	0.80	0.41	0.159
2. อธิบายความสำคัญของการคัดกรองด้วยวิธี FIT test	0.95	0.22	0.85	0.37	0.304
3. อธิบายวิธีการขับถ่ายสำหรับการตรวจด้วยวิธี FIT test	0.85	0.37	0.50	0.51	0.018*

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test หลังการอบรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

หัวข้อการประเมิน	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)		p-value
	mean	sd	mean	sd	
4. อธิบายและสาธิตวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระกรณีเก็บใส่กระปุก	0.95	0.22	0.55	0.51	0.003*
5. อธิบายและสาธิตวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระกรณีเก็บใส่ชุดน้ำยาทดสอบ	0.95	0.22	0.65	0.49	0.017*
คะแนนรวม	**4.65**	**0.75**	**3.35**	**0.99**	**<0.001***

*p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์กับการอบรมแบบปกติในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ในอสม. ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการอบรม ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ทั้งสองรูปแบบสามารถเสริมสร้างความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรคและความสำคัญของการคัดกรองได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบมีปฏิสัมพันธ์มีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการอบรมแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม มีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะมากกว่าการถ่ายทอดเนื้อหาแบบทางเดียว

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb (Experiential Learning Theory)[19] ซึ่งอธิบายว่าการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดเกิดจากวงจรที่ครบถ้วน ตั้งแต่การมีประสบการณ์ตรง (Concrete Experience) การสะท้อนคิด (Reflective Observation) การสรุปเป็นหลักการ (Abstract Conceptualization) ไปจนถึงการนำไปทดลองใช้จริง (Active Experimentation) กระบวนการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ในการวิจัยนี้ ได้มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การอภิปรายกลุ่ม การวิเคราะห์กรณีศึกษา และการจำลองสถานการณ์ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่กระตุ้นให้ อสม. เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์และสามารถเชื่อมโยงองค์ความรู้เข้ากับบริบทการทำงานจริงในชุมชนได้ นำไปสู่ความเข้าใจเชิงลึกและการจดจำที่ยั่งยืนมากกว่าการเรียนรู้แบบบรรยายเพียงอย่างเดียว[20]

ในด้านทักษะการคัดกรอง พบว่าเมื่อพิจารณาคะแนนรวมเต็ม 5 คะแนน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) เมื่อแยกพิจารณารายหัวข้อ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการอธิบายความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง รวมถึงความสำคัญของการคัดกรองด้วยวิธี FIT test (p>0.05) อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการอธิบายวิธีการขับถ่ายเพื่อเตรียมตรวจด้วย FIT test (p=0.018) การอธิบายและสาธิตการเก็บอุจจาระใส่กระปุก (p=0.003) และการเก็บตัวอย่างใส่ชุดน้ำยาทดสอบ (p=0.017) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้การอบรมทั้งสองรูปแบบจะช่วยเสริมสร้างความรู้เชิงทฤษฎีได้ใกล้เคียงกัน แต่การอบรมแบบเชิงปฏิสัมพันธ์มีประสิทธิผลมากกว่าในการพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติ โดยเฉพาะขั้นตอนการเก็บตัวอย่าง

การฝึกปฏิบัติและสถานการณ์จำลองจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะเชิงปฏิบัติ การเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้ลงมือทำในบริบทใกล้เคียงสถานการณ์จริง ร่วมกับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการสะท้อนประสบการณ์ ช่วยเสริมสร้างทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา[20,21] นอกจากนี้ กระบวนการดังกล่าวยังส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เมื่อ อสม. รับรู้ว่าตนเองมีทักษะที่ถูกต้องและแม่นยำในการดำเนินการตรวจ FIT test ย่อมส่งผลให้สามารถปฏิบัติงานในชุมชนได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าในบริบทการพัฒนาศักยภาพอสม.ในประเทศไทย โดยอำพิกา คันทาใจ และคณะ[11] รายงานว่าการอบรมแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ และความสามารถในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ของอสม.ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้สุชาดา สวนนุ่ม และคณะ[22] ซึ่งใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Kolb ในการพัฒนาอสม.ด้านการคัดกรองเบาหวาน และพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม อสม.มีคะแนนความรู้และการปฏิบัติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของนิดา มีทิพย์ และคณะ[23] ที่พบว่าการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงงานทบทวนวรรณกรรมของจันทร์จิรา อินจีน และคณะ[24] ที่สรุปว่า การพัฒนาสมรรถนะอสม.ควรประกอบด้วยการบรรยาย การสะท้อนคิดและการฝึกปฏิบัติจริงร่วมกันจึงจะส่งผลต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะอย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนการจัดการเรียนรู้แบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและส่งเสริม active learning มีประสิทธิผลเหนือกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจหลังการอบรมระหว่างสองกลุ่ม ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่า การอบรมทั้งสองรูปแบบสามารถตอบสนองความคาดหวังพื้นฐานของผู้เข้าร่วมได้ใกล้เคียงกันในด้านเนื้อหา วิทยากร และประโยชน์ที่ได้รับ อีกทั้งอาจเกิดจากการที่ผู้เข้าร่วมให้คะแนนในระดับสูงทั้งสองกลุ่ม (ceiling effect)[25] จึงไม่สามารถตรวจจับความแตกต่างระหว่างรูปแบบการอบรมได้ชัดเจน และการศึกษานี้ยังพบว่า อสม. ทั้งสองกลุ่มมีอัตราการเก็บตัวอย่าง และส่งคืนชุดคัดกรองครบถ้วนร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่ม โดยเมื่อพิจารณาร่วมกับคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้น อาจตีความได้ว่าหลังจากได้รับการอบรม อสม.ทั้งสองกลุ่มมีความเข้าใจถึงความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากขึ้น ทั้งในด้านความรุนแรงของโรค ผลกระทบต่อสุขภาพ และประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง ความเข้าใจดังกล่าวอาจมีส่วนส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Health Belief Model[26] ซึ่งอธิบายว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) และ ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เมื่อควบคู่ไปกับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) จะเป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพ โดยเมื่อ อสม. รับรู้ถึงความสำคัญและประโยชน์ของการคัดกรองมากขึ้นจึงเกิดแรงจูงใจและความตั้งใจในการติดตามกลุ่มเป้าหมายในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงจุดแข็งสำคัญในการพัฒนาศักยภาพอสม.ผ่านกระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิสัมพันธ์ที่สามารถเพิ่มพูนความรู้และทักษะด้านการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสอดคล้องกับทิศทางของแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ที่มุ่งพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็งและยั่งยืน โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ด้านการ

126
วารสารส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) ซึ่งเน้นการลดภาระโรคผ่านการคัดกรองเชิงรุกในระดับชุมชน การเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ วิธีการเก็บตัวอย่าง และแนวทางการส่งต่อ จึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสนับสนุนคุณภาพบริการในระดับปฐมภูมิ และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ที่มุ่งพัฒนาสมรรถนะกำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในบริบทของระบบบริการสุขภาพไทย อสม.ทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงประชาชนกับบริการของทีมหมอครอบครัวและหน่วยบริการปฐมภูมิ การยกระดับความรู้และความมั่นใจของอสม.จึงไม่เพียงส่งผลต่อการดำเนินงานคัดกรองเท่านั้น แต่ยังสนับสนุนการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชนอย่างเป็นระบบ รูปแบบการอบรมที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้จึงอาจพัฒนาเป็นต้นแบบสำหรับพื้นที่อื่น โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีอัตราการคัดกรองต่ำกว่าค่าเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างความตระหนัก ความเข้าใจ และความพร้อมของบุคลากรระดับชุมชนในการขับเคลื่อนงานป้องกันโรคอย่างยั่งยืน ทั้งนี้หน่วยงานสาธารณสุขควรพิจารณาปรับรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เน้นกระบวนการฝึกทักษะควบคู่กับการให้ความรู้

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ซึ่งอาจจำกัดการอ้างอิงผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างด้านทรัพยากรหรือโครงสร้างประชากร นอกจากนี้ อัตราการส่งคืนชุดคัดกรองที่อยู่ในระดับสูงในทั้งสองกลุ่มอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความตระหนักของอสม. ภายหลังการอบรม ดังนั้นในปีงบประมาณถัดไปอาจพิจารณาติดตามระดับความรู้และอัตราการส่งคืนชุดตรวจคัดกรองของ อสม.ชุดเดิมอีกครั้ง เพื่อประเมินประสิทธิผลของการอบรมในระยะยาว โดยผลการศึกษาครั้งนี้ยังสนับสนุนว่าการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์มีศักยภาพในการเพิ่มพูนความรู้ของอสม. และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ซึ่งต้องอาศัยทักษะการสื่อสาร การสาธิต และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากสถานการณ์จริงในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลการศึกษายืนยันว่าการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ช่วยเพิ่มพูนความรู้ของ อสม. ได้มากกว่าการอบรมแบบบรรยาย จึงสามารถนำรูปแบบการอบรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ โดยเฉพาะงานที่ต้องอาศัยการสื่อสาร การสาธิต และการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เช่น การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย FIT test ซึ่งเน้นกิจกรรมสถานการณ์จำลอง การวิเคราะห์กรณีศึกษา และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงในชุมชน

1.2 ควรออกแบบรูปแบบการอบรมโดยจัดบรรยากาศที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกล้าแสดงความคิดเห็น ซักถาม และสะท้อนประสบการณ์อย่างเปิดเผย ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นและการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) อันเป็นปัจจัยสำคัญต่อการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริงในชุมชน

1.3 รูปแบบการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการอบรม อสม. ในพื้นที่ที่มีอัตราการเก็บตัวอย่างและส่งคืนชุดคัดกรองต่ำกว่าค่าเป้าหมาย เพื่อยกระดับการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับชุมชนได้

1.4 รูปแบบการอบรมเชิงปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มอสม. อาจนำไปประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้แก่

ประชาชนเกี่ยวกับการคัดกรองโรคด้านอื่น ๆ ที่ต้องอาศัยทักษะการสื่อสารและการฝึกปฏิบัติ เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 อัตราการส่งคืนชุดตรวจคัดกรองที่อยู่ในระดับสูงในการศึกษาครั้งนี้ อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการที่กลุ่มตัวอย่างเพิ่งผ่านการอบรมและเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรอง ดังนั้น ในปีงบประมาณถัดไปอาจพิจารณาการติดตามระดับความรู้และอัตราการส่งคืนชุดตรวจอีกครั้ง เพื่อประเมินความต่อเนื่องและความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อสำรวจประสบการณ์ ความรู้สึก ความมั่นใจ และอุปสรรคที่ อสม. เผชิญในการปฏิบัติงานจริง ข้อมูลเชิงคุณภาพดังกล่าวจะช่วยอธิบายบริบทและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการอบรม ซึ่งเครื่องมือเชิงปริมาณอาจไม่สามารถสะท้อนได้อย่างครบถ้วน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ระมาด กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลแม่ระมาด และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ที่มีส่วนร่วมส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Roshandel G, Ghasemi-Kebria F, Malekzadeh R. Colorectal cancer: epidemiology, risk factors, and prevention. Cancers (Basel). 2024;16(8).
2. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. Gut. 2017;66(4):683–691.
3. Lohsiriwat V, Chaisomboon N, Pattana-Arun J. Current colorectal cancer in Thailand. Ann Coloproctol. 2020;36(2):78–82.
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/e_book/hos_cancer_registry2020/index.html
5. Kittrongsin K, Chaikledkaew U. Economic evaluation of colorectal cancer screening: a systematic review. Mahidol Univ J Pharm Sci. 2014;14(2):31–38.
6. Virani S, Bilheem S, Chansaard W, Chitapanarux I, Daoprasert K, Khuanchana S, et al. National and subnational population-based incidence of cancer in Thailand assessing cancers with the highest burdens. Cancers (Basel). 2017;9(8):108.
7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://osm.hss.moph.go.th/uploads/OIT/O10_3.pdf
8. ภานุพงศ์ สารรัตน์, ภัทร์พร สุทธิกุล. บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค: กรณีศึกษาชุมชนบ้านหัวเวียง ตำบลสบตุ๋ย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 24 เม.ย. 2568];11(2):210–225. เข้าถึงได้จาก: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/husoskru/article/download/267642/178849

9. กองส่งเสริมระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2564–2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://phcn.hss.moph.go.th/fileupload_doc/2021-02-26-7-21-3590506.pdf
10. Sararak M. Empowerment of village health volunteers (VHV). J Ubon Ratchathani Univ. 2010;12(2):39–48.
11. อำพิกา คันทาใจ, เดชา ทำดี, ศิวพร อึ้งวัฒนา. ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(1):22–34.
12. Yardley S, Teunissen PW, Dornan T. Experiential learning: transforming theory into practice. Med Teach. 2012;34(2):161–164. doi:10.3109/0142159X.2012.643264
13 Freeman S, Eddy SL, McDonough M, Smith MK, Okoroafor N, Jordt H, et al. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. Proc Natl Acad Sci U S A. 2014;111(23):8410–8415. doi:10.1073/pnas.1319030111
14. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA. The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development. 8th ed. New York: Routledge; 2015.
15. Yilmaz D, Ozturk H, Bilik O. The effect of interactive training on nurses' knowledge, practice and confidence in breast cancer early detection. Eur J Oncol Nurs. 2020;47:101758. doi:10.1016/j.ejon.2020.101758
16. Othman NH, Rebolj M, Rejali Z, et al. Can self-sampling or interactive education increase cervical cancer screening uptake among Malaysian women? Asian Pac J Cancer Prev. 2012;13(3):695–699. doi:10.7314/APJCP.2012.13.3.695
17. Bernard R. Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Belmont (CA): Duxbury; 2000. p.384–385.
18. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives. New York: David McKay Company; 1975.
19. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice-Hall; 1984. p.41.
20. Dorri S, Farahani MA, Maserat E, Haghani H. Effect of role-playing on learning outcome of nursing students based on the Kirkpatrick evaluation model. J Educ Health Promot. 2019;8:1–7.
21. Yu M, Kang K. Effectiveness of a role play simulation program involving the SBAR technique: a quasi-experimental study. Nurse Educ Today. 2017;53:41–47. doi:10.1016/j.nedt.2017.04.002
22. สุชาดา สวนนุ่ม, วิภาพร สิทธิสาตร์, ธิติรัตน์ ราศิริ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองโรคเบาหวาน. J Boromarajonani Coll Nurs Suphanburi. 2567;7(1):51–67.
23. นิดา มีทิพย์, เดชา ทำดี, ประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล. ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พยาบาลสาร. 2559;43(5):104–115.
24. จันทร์จิรา อินจีน, วิภาพร สิทธิสาตร์, จันทิมา นวะมะวัฒน์, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์. การพัฒนาสมรรถนะการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ. วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ และศิลปะ. 2562;12(5):2100–2115.
25. Chyung SY, Hutchinson D, Shamsy JA. Evidence-based survey design: ceiling effects associated with response scales. Perform Improv. 2020;59(6):6–13. doi:10.1002/pfi.21920
26. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328–335.