# ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

นางสาวนภัชชา วณิชชานนท์ [1]

*รับบทความ: 10 มิถุนายน พ.ศ. 2568/ แก้ไขบทความ: 23 มิถุนายน พ.ศ. 2568/ ตอบรับบทความ: 27 มิถุนายน พ.ศ. 2568*

**บทคัดย่อ**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้เลือกศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรอายุ 50-70 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง Fecal Immunochemical Test (FIT) มีผลเป็นบวก และจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่ในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมตามแนวคิดของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมได้รับการให้ความรู้เบื้องต้น กลุ่มละ 40 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1. โปรแกรมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ 2. แบบสอบถามความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่าเท่ากับ 0.98 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) ของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าเท่ากับ 0.80 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยการทดสอบ t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองมีคะแนนการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีประโยชน์ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และส่งเสริมสุขภาพประชาชนต่อไป

**คำสำคัญ**: โปรแกรมการดูแลตนเอง, โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

[1] ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช E-mail : namonying@gmail.com

# Effectiveness Of Self-Care Program For Colon Cancer Prevention in the Risk Population of Primary Health Network Under the Ministry of Public Health, Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital, Nakhon Si Thammarat Province.

Napatcha Wanitchanon[12]

*Received: 10 June 2025/ Revised: 23 June 2025/ Accepted: 27 June 2025*

**Abstract**

This quasi-experimental study evaluated the effectiveness of self-care program to prevent colon cancer in the risk population of primary health network under the Ministry of Public Health, Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 80 individuals aged 50–70 years who had received positive results from the Fecal Immunochemical Test (FIT) and were classified as at risk for colorectal cancer within the hospital's health network. Participants were selected using purposive sampling and divided into two groups of 40: an experimental group, which received the self-care program based on the Health Belief Model, and a control group, which received only basic health education. The research instruments included: 1. A self-care behavioral program for colorectal cancer prevention 2. A questionnaire measuring health beliefs and self-care behaviors. The content validity of the questionnaire was 0.98, while the reliability coefficients (Cronbach's alpha) for the health belief and self-care behavior components were 0.80 and 0.81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and comparative analysis using t-test.

The results indicated that the experimental group, which received the health belief-based intervention, demonstrated significantly higher post-intervention scores in awareness and self-care behaviors for colorectal cancer prevention than the control group ($p < 0.001$). Furthermore, participants in the experimental group showed a statistically significant improvement in awareness and self-care behaviors after the intervention compared to before ($p < 0.05$). These findings suggest that the Health Belief Model-based program is effective in promoting self-care behaviors for colon cancer prevention and can be beneficial for public health initiatives.

**Keywords**: Self-care program, Colon cancer, Health belief model

[1] Registered Nurse, Professional Level Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital E-mail : namonying@gmail.com

**บทนำ**

ในสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลกในปัจจุบันที่ต้องอาศัยอยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากอดีต สภาวะแวดล้อมที่เต็มไปด้วยมลภาวะ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่หลีกเลี่ยงจากการใช้สารเคมีปรุงแต่งไม่ได้ ซึ่งในปัจจุบัน ประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคมะเร็งและเสียชีวิต เป็นอันดับสองของโลก มีรายงานว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง มีจำนวนมากกว่า 10 ล้านคน โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งที่สำคัญ ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ เป็นต้น (Global Cancer Observatory, 2022)

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย โดยพบว่ามีคนไข้เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเฉลี่ยวันละ 15 คน หรือปีละ 5,476 คน และมีผู้ป่วยรายใหม่วันละ 44 คน หรือปีละ 15,939 คน เป็นสาเหตุการตายอันดับสามในเพศชายและอันดับสองในเพศหญิง ซึ่งอัตราการเกิดโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังพบว่ามีอุบัติการณ์เพิ่มสูงในกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป โดยมะเร็งลำไส้ใหญ่เริ่มจากการเป็นเนื้องอกหรือเป็นติ่งเนื้อก่อน และเมื่อเวลาผ่านไปอาจพัฒนาเป็นมะเร็งได้ การตรวจคัดกรองโรคมีประสิทธิภาพจะช่วยในการป้องกันและลดการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้ เช่น การตรวจหาเลือดในอุจจาระ (Fecal Occult Blood Test หรือ FOBT), การตรวจหาปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันที่จำเพาะต่อเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test หรือ FIT), การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) และการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ด้วยภาพเสมือนจริง (Computed Tomography Colonography หรือ CTC) เป็นต้น ซึ่งรูปแบบการตรวจนี้สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งได้ด้วยการผ่าตัดติ่งเนื้องอก (Polyps) อันเป็นจุดเริ่มของมะเร็ง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2566) ซึ่งสามารถทำการรักษาให้หายขาดได้และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษามะเร็งในระยะลุกลาม นอกจากนี้ยังสามารถตรวจพบในระยะที่ยังไม่เป็นมะเร็ง คือ ก้อนเนื้อที่เกิดขึ้นในเนื้อเยื่อของต่อม ซึ่งเป็นประเภทของเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็ง (Adenomas) ซึ่งเมื่อทำการรักษาโดยการตัดทิ้งแล้วจะสามารถป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ การตรวจพบโรคในระยะเริ่มแรกจึงเป็นหัวใจสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้ ดังนั้นการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการตรวจพบโรคตั้งแต่ในระยะแรก กระทรวงสาธารณสุขได้นำเสนอแนวทางการคัดกรองโดยใช้วิธี FIT test สำหรับผู้ที่มีอายุ 50-70 ปี ซึ่งเป็นวิธีการที่มีความไวและความจำเพาะสูง (อัจฉรีย์ เสรีศิริวัฒนา, 2564) การตรวจคัดกรองในระยะแรกทำให้การรักษามีโอกาสสำเร็จมากขึ้นและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในระยะลุกลาม ในกระบวนการตรวจคัดกรองไม่เพียงแต่จะช่วยลดปัญหาทางเศรษฐกิจของระบบสุขภาพแต่ยังเพิ่มการตระหนักรู้ในประชาชนเกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งและการมีนโยบายที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยลดอัตราการตายจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ในระยะยาว ด้วยการตรวจพบและรักษาตั้งแต่ในระยะแรกส่งผลทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น วิธี FIT test จึงถือเป็นเครื่องมือสำคัญในกลยุทธ์การคัดกรองมะเร็งในชุมชน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2566)

จังหวัดนครศรีธรรมราชมีอัตราตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิดมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2561-2565 อัตราตายต่อแสนประชากร เท่ากับ 89.50 , 92.27 , 95.20 , 98.15 และ 100.17 ตามลำดับ สำหรับอัตราตายด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 3.59 , 4.75 , 4.42 , 4.00 และ 3.42 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช 2567) ซึ่ง

พบว่าอัตราตายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังคงที่และมีแนวโน้มสูงขึ้น ผลการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ สำหรับข้อมูลของอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช ผลการดำเนินงานได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ปีงบประมาณ 2563-2567 เท่ากับ ร้อยละ 10.57 , 10.2 , 18.80 , 30.67 และ 25.00 ตามลำดับ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,000 เตียง ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนในจังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดใกล้เคียงเริ่มจัดตั้งให้มีหน่วยดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคมะเร็ง มีรายงานจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และไส้ตรง มากเป็นอันดับหนึ่งจากผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดจากข้อมูลผู้มารับบริการคัดกรอง 3 ปีย้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2564-2566) ในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ ในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบผลบวก (positive test) จำนวน 12, 53 และ 195 คน ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จะเห็นว่ามีจำนวนผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองและได้ผลการทดสอบเป็นบวกเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ความตระหนักรู้ถึงความรุนแรงและประโยชน์ในการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ส่งผลทำให้เข้าถึงบริการมากขึ้น การที่ประชาชนเข้ารับการคัดกรองมากขึ้นอาจแสดงถึงการตระหนักรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจสุขภาพหรือการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมหรือพฤติกรรมการใช้ชีวิต โดยการเพิ่มขึ้นของกลุ่มเสี่ยงอันเนื่องจากการตรวจคัดกรองและให้ผลบวก (positive test) มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย หรือปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ

แนวทางหนึ่งในการเสริมสร้างความตระหนักเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงความรุนแรง และนำไปสู่การป้องกันการเกิดโรค จำเป็นต้องมีการสร้างความตระหนักอันเป็นจุดเริ่มต้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรู้และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (Kang, SJ et al., 2014) ด้วยแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model ;HBM) ซึ่งช่วยอธิบายว่าการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง และอุปสรรคที่อาจเผชิญ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Rosenstock, 1974) การศึกษานี้เลือกใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวคิดหลัก เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่มีประสิทธิภาพในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เน้นให้ความสำคัญของปัจจัยทางด้านความเชื่อและการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรคซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เหตุที่นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาในกรณีของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเพราะเนื่องมาจากโรคนี้มักไม่มีอาการในระยะเริ่มต้น กว่าจะปรากฏอาการการดำเนินของโรคก็เข้าสู่ระยะท้ายแล้วการรักษาในระยะท้ายมักจะได้ผลลัพธ์ที่ไม่ดีซึ่งอาจจะเกิดจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือติดเชื้อเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตได้ การสร้างความตระหนักรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งช่วยให้สามารถเข้าใจปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลสุขภาพได้อย่างละเอียด เช่น การรับรู้ถึงความเสี่ยงความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการป้องกันและอุปสรรคที่อาจพบเจอทำให้สามารถออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น โดยมีผลการศึกษาวิจัยในรูปแบบกึ่งทดลองก่อนหน้านี้ได้มีการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ในการออกแบบโปรแกรมและนำไปศึกษาในบุคลากรในโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สุทธิมาศ สุขอัมพร และวลัยนารี พรมลา, 2564) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะในประชากรกลุ่มเสี่ยง หรือผู้ที่มีผลตรวจคัดกรองเป็นบวก ยังมีจำนวนจำกัดจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อขยายผลให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ โดยมุ่งเน้นไปที่การสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองในกลุ่มเสี่ยงผ่านโปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดแบบแ ผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สามารถกระตุ้นให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ในอนาคต

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

**วัตถุประสงค์หลัก**

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

**วัตถุประสงค์เฉพาะ**

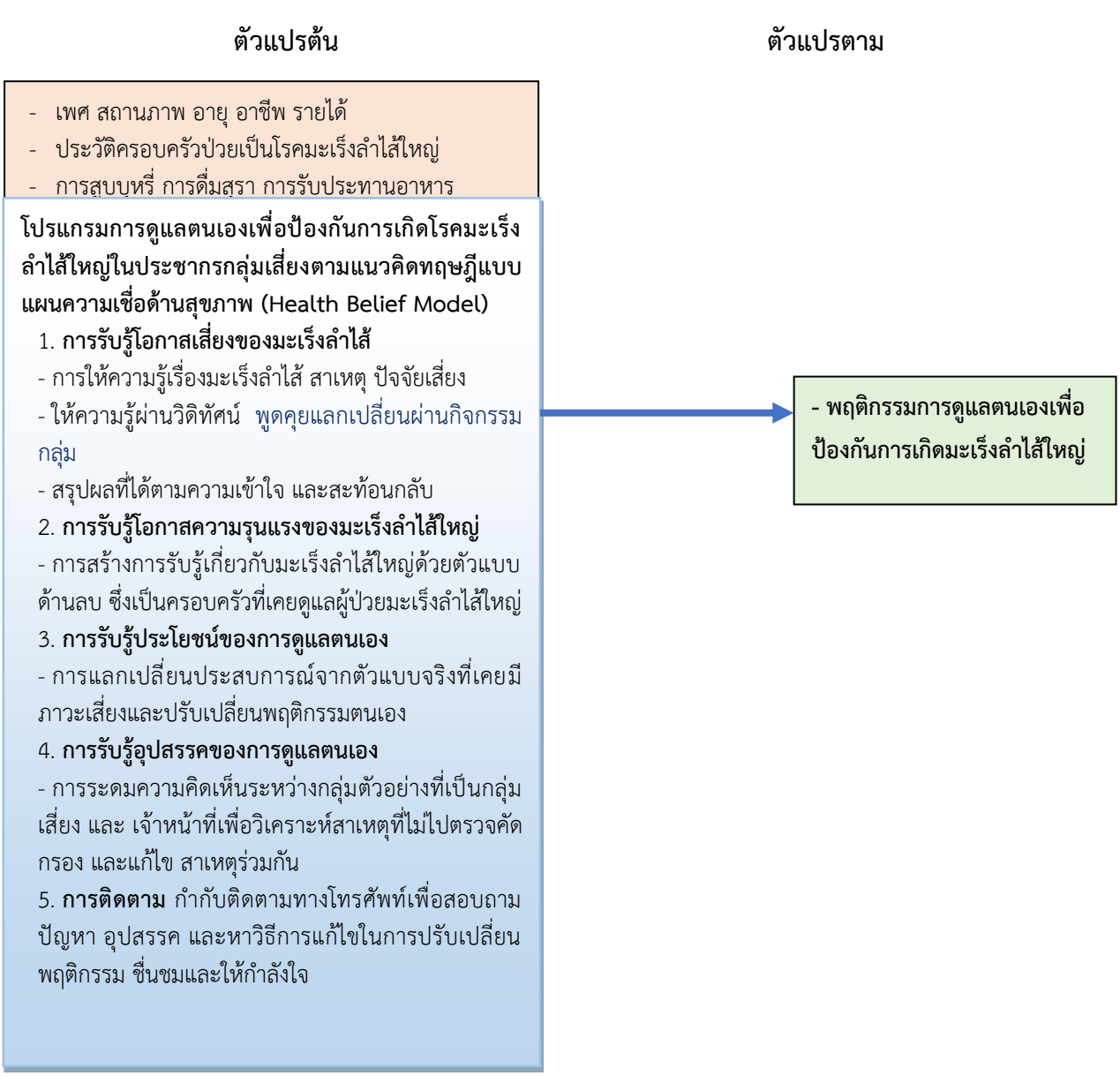
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ในกลุ่มทดลองระยะก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

**รูปแบบการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Comparison group) วัดก่อนและหลังการทดลอง (two Groups Pre-Post test Design) ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของโรเซนสต๊อก (Rosenstock, 1974) มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ดังภาพประกอบที่ 1




**ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย**

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

**ประชากรที่ใช้ในการวิจัย** คือ ประชากรที่ได้รับการตรวจคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่ในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 166 คน (ข้อมูลจากการสำรวจประชากรอายุ 50-70 ปี ที่ได้จากการตรวจคัดกรองหาเลือดแฝงในอุจจาระ โดยวิธี Fecal immunochemical test (FIT) และมีผลเป็นบวก จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่ในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี 2567)

**กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้** ได้จากคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power โดยกำหนด Effect size เท่ากับ 0.8 (อ้างอิงจากการศึกษาของอุไรวรรณ บุญถม, ลักขณา ศรีปัดถา และณัฐวุฒิ สุริยะ, 2566), err prop เท่ากับ 0.05 และค่า power เท่ากับ 0.95 และเพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Dropped out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อย

ละ 10 ดังนั้นจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา กลุ่มละ 40 คน รวมจำนวนทั้งหมด 80 คน

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากประชากรที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ด้วยวิธี FIT test และมีผลเป็นบวก

**กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ก่อนการทดลอง (Pre-test) และดำเนินการตามโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชากรกลุ่มเสี่ยง ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งหมด 8 สัปดาห์ และทำแบบสอบถามหลังการได้รับโปรแกรม (Post-test)

**กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ก่อนการทดลอง (Pre-test) ได้รับบริการตามปกติ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8 (Post test)

**เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)**

- ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 50-70 ปี และมีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ด้วยวิธี FIT test เป็นบวก (Positive)
- มีสัญชาติไทย สามารถอ่าน เข้าใจภาษาไทย และสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้
- สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยโดยได้รับการบอกข้อมูลการศึกษาวิจัยอย่างครบถ้วน

**เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)**

- ไม่ใช่ประชากรที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ด้วยวิธี FIT test เป็นบวก
- ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโครงการศึกษาวิจัย
- ขอถอนตัวหรือบอกเลิก

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบไปด้วย 2 ส่วน**

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย**

โปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Rosenstock, 1974) โดยมีเจ้าหน้าที่ในเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย แพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นวิทยากรบรรยายและจัดกิจกรรม กิจกรรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ ได้แก่

**สัปดาห์ที่ 1**

**กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพห่างไกลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (50 นาที)**

1. สร้างสัมพันธภาพร่วมกัน และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและกิจกรรมต่างๆ ให้กับกลุ่มทดลองในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
2. ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยใช้แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 20 ข้อ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ตามการรับรู้ของตนเอง โดยใช้แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ

3. แบ่งกลุ่มแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

4. มอบคู่มือ “การดูแลตนเองอย่างไร ห่างไกลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่” ให้กลุ่มทดลองและให้ศึกษาเพิ่มเติม

5. จัดตั้ง Line group “ร่วมใจห่างไกลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่” เพื่อสร้างพื้นที่ให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ตลอด 8 สัปดาห์ ในการนำสิ่งที่ได้จากการอบรมไปเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในการป้องกันเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

**สัปดาห์ที่ 2**

**กิจกรรมที่ 2 รับรู้ รู้ทันโอกาสเสี่ยง (60 นาที)**

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ อาการแสดงของโรค การรักษาพยาบาล ด้วยวิธีการบรรยายประกอบภาพ ชมคลิปวีดีโอเรื่องจริงของผู้มีประสบการณ์เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

2. ประชุมกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆในชีวิตประจำวันที่ส่งผลทำให้เกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้

3. นำเสนอวีดีทัศน์การสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา

4. พูดคุยแลกเปลี่ยนผ่านกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น/ปัญหา/อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยสรุปผลที่ได้ความเข้าใจ สะท้อนคิด และพูดคุย

5. ให้ความรู้การตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ป้องกันการเกิดมะเร็งได้ ด้วยการกำจัดติ่งเนื้องอก (polyps) เป็นการลดโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรค

6. กระตุ้นอารมณ์ทางบวก ชื่นชมให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างต่อเนื่อง

**สัปดาห์ที่ 3**

**กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (60 นาที)**

1. นำเสนอวีดีทัศน์สถานการณ์ปัญหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในปัจจุบัน โดยการให้ความรู้ความรุนแรงของโรค และผลข้างเคียงด้วยวิธีบรรยายประกอบภาพ

2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยตัวแบบด้านลบ และครอบครัวที่เคยดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

3. การให้ข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์

4. ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และให้กลุ่มตัวอย่างได้ตั้งความหวังในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

5. ผู้วิจัยกระตุ้นอารมณ์ทางบวก ชื่นชมให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อเป็นการชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค

**สัปดาห์ที่ 4**

**กิจกรรมที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ (60 นาที)**

1. สร้างการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ด้วยวิธีบรรยาย การสาธิต

2. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากต้นแบบจริงที่เคยมีภาวะเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น อภิปรายข้อดีและข้อเสียของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

3. เปิดโอกาสให้ถามวิทยากรและผู้เข้าอบรมด้วยกัน คนละ 1 คำถาม ในสิ่งที่อยากรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

4. ชื่นชม และสร้างความเชื่อมั่นในการนำความรู้ไปปฏิบัติหลังการอบรม

**สัปดาห์ที่ 5**

**กิจกรรมที่ 5 การรับรู้อุปสรรค (45 นาที)**

1. การระดมความคิดเห็นระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และ เจ้าหน้าที่เพื่อวิเคราะห์สาเหตุที่ไม่ไปตรวจคัดกรอง และแก้ไข สาเหตุร่วมกัน

2. การร่วมแสดงความคิดเห็นถึงสาเหตุที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

**สัปดาห์ที่ 6**

**กิจกรรมที่ 6 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ (60 นาที)**

1. ทำการระดมความคิดเห็นถึงแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และให้กลุ่มทดลองทุกคนได้นำเสนอถึงแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในแต่ละรูปแบบ กลุ่มละ 10 นาที เปิดโอกาสให้พูดคุย ซักถามประเด็นสงสัยแลกเปลี่ยนร่วมกัน

2. ให้แต่ละกลุ่มทำการวางแผนการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และฝึกปฏิบัติการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ โดยลดอาหารประเภท หวาน มัน เค็ม การวางแผนการปรับพฤติกรรมการการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับประชากรกลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่ การฝึกปฏิบัติการทำสมาธิ การปรับพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์

**สัปดาห์ที่ 7**

**กิจกรรมที่ 7 กำกับและติดตาม**

1. การกำกับติดตามทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรค และหาวิธีการแก้ไขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชื่นชมและให้กำลังใจให้กลุ่มตัวอย่าง

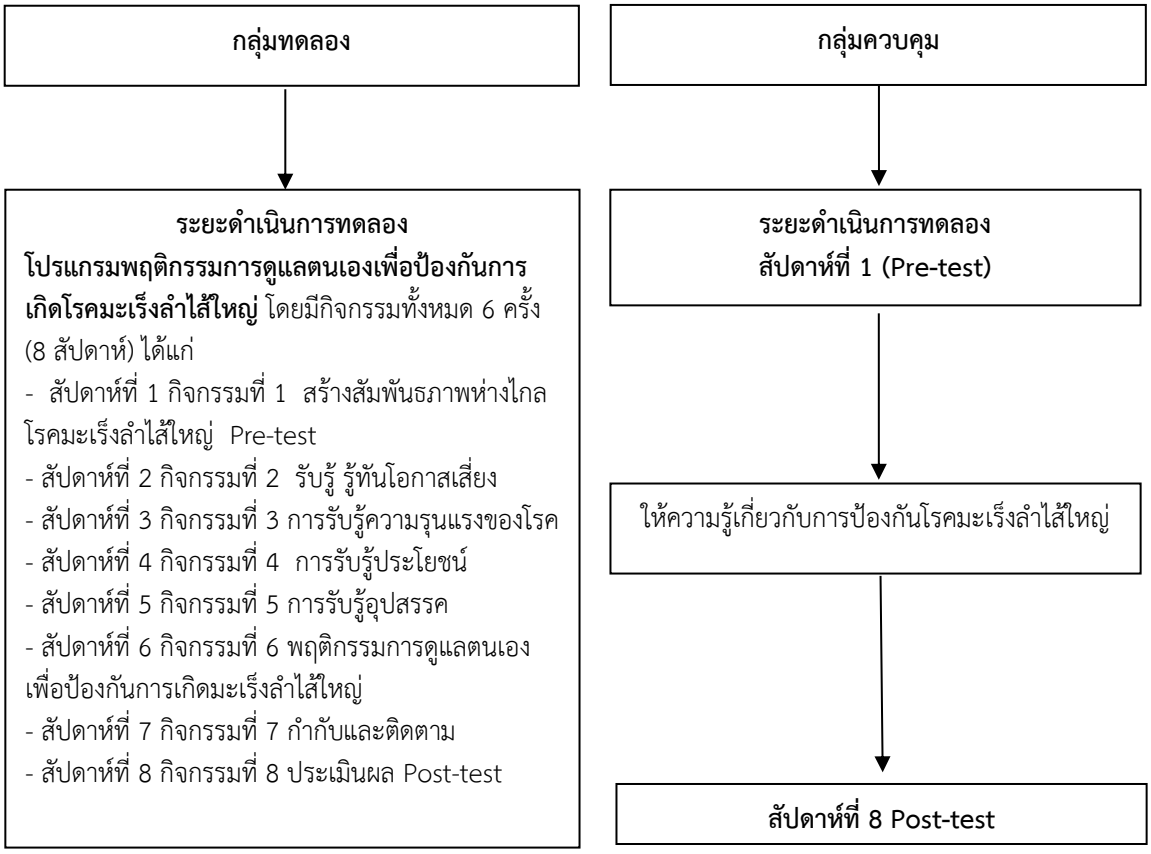
2. ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 7 ระยะเวลาครั้งละ 10–15 นาที โดยผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงการปฏิบัติตนที่ผ่านมา ปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ และร่วมหาวิธีการแก้ไข และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และพูดคุยให้กำลังใจให้เกิดการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง

**สัปดาห์ที่ 8**

**กิจกรรมที่ 8 ประเมินผล**

1. ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น สรุปปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไขในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

2. ประเมินหลังการทดลองการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ตามการรับรู้ของตนเอง




**ภาพประกอบที่ 2 การออกแบบโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลและการติดตามผล**

**2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

เครื่องมือที่ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประวัติครอบครัวป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้

ใหญ่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหาร วิธีการปรุงอาหาร การรับประทานอาหารแปรรูป การขับถ่าย ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และประวัติการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ที่ผ่านมา เป็นแบบให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ (Open ended) จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ

**ส่วนที่ 2-5.** การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคำถาม ดังนี้ ข้อความด้านบวกกำหนดคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และข้อความด้านลบ กำหนดคะแนนเท่ากับ 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์จำแนกระดับของคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ การรับรู้ระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33 การรับรู้ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.66 การรับรู้ระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 - 5.00 (Best, 1977)

**ส่วนที่ 6** พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคำถาม ดังนี้ ข้อความด้านบวกกำหนดคะแนนเท่ากับ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และข้อความด้านลบกำหนดคะแนนเท่ากับ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์จำแนกระดับของคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.67 พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.68 – 2.35 พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.36 – 3.00 (Best, 1977)

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยได้นำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ที่มีค่าเท่ากับ 0.98 เมื่อผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้อง และผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจง่ายยิ่งขึ้นจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน และจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าเท่ากับ 0.80 และ 0.81 ตามลำดับ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่-การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่

(Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard deviation)

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ภายในกลุ่มทดลองระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีแบบจับคู่ (Paired samples T-test)

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (T-test for independent samples)

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยเลือกใช้สถิติ Paired Samples t-test สำหรับเปรียบเทียบผลก่อนและหลังในกลุ่มเดียวกัน และใช้ Independent Samples t-test เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีจำนวน 40 คน ซึ่งมากพอที่จะอิงตามทฤษฎีการแจกแจงแบบปกติ (Central Limit Theorem) แม้จะไม่ได้ระบุการตรวจสอบความเป็นปกติของข้อมูลไว้อย่างชัดเจนในบทความ แต่การใช้ t-test ในกรณีที่จำนวนตัวอย่างมากกว่าหรือเท่ากับ 30 คน เป็นแนวปฏิบัติที่ยอมรับได้ในงานวิจัยด้านสุขภาพและสังคมศาสตร์ (Best, 1977; Shapiro & Wilk, 1965)

**จริยธรรมในการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา เลขที่ NSTPH94/2568 ลงวันที่ 29 เมษายน 2568

**ผลการวิจัย**

**ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.5 และเพศชาย ร้อยละ 42.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 50 มีอายุเฉลี่ย 57.25 ปี (S.D. = 4.59) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.5 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45.0 มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001–20,000 บาท ร้อยละ 62.5 ประวัติครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 70.0 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 65.0 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 57.5 ส่วนใหญ่รับประทานผักผลไม้เท่ากับเนื้อสัตว์ ร้อยละ 57.5 วิธีการปรุงอาหารเป็นแบบทอด ร้อยละ 42.5 รับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปเป็นบางครั้ง ร้อยละ 25.5 การขับถ่ายในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นปกติ ร้อยละ 67.5 การได้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มาจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 67.ประวัติการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ที่ผ่านมา ไม่เคยตรวจ ร้อยละ 65.0

กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.5 และเพศชาย ร้อยละ 22.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 67.5 มีอายุเฉลี่ย 59.88 ปี (S.D. = 5.15) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.5 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45.0 มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001–20,000 บาท ร้อยละ 50.0 ประวัติครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 60.0 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 72.5 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 72.5 ส่วนใหญ่รับประทานผักผลไม้เท่ากับเนื้อสัตว์ ร้อยละ 72.5 วิธีการปรุงอาหาร

เป็นแบบนึ่ง/ต้ม ร้อยละ 55.0 รับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปเป็นบางครั้ง ร้อยละ 57.5 การขับถ่ายในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นปกติ ร้อยละ 60.0 การได้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มาจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 40.0 ประวัติการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ที่ผ่านมาภายใน 1 ปีเคยมีการตรวจ ร้อยละ 57.5 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง (n = 40) | | กลุ่มควบคุม (n = 40) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **เพศ** | | | | |
| ชาย | 17 | 42.5 | 9 | 22.5 |
| หญิง | 23 | 57.5 | 31 | 77.5 |
| **สถานภาพสมรสของ บิดามารดา** | | | | |
| โสด | 8 | 20.0 | 4 | 10.0 |
| สมรส/คู่ | 20 | 50.0 | 27 | 67.5 |
| หม้าย/หย่า/แยก | 12 | 30.0 | 9 | 22.5 |
| **อายุ** | | | | |
| **ระดับการศึกษา** | | | | |
| ต่ำประถมศึกษา | 0 | 0.0 | 1 | 2.5 |
| ประถมศึกษา | 5 | 12.5 | 1 | 2.5 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 4 | 10.0 | 0 | 0.0 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. | 11 | 27.5 | 6 | 15.0 |
| อนุปริญญา / ปวส. | 4 | 10.0 | 8 | 20.0 |
| ปริญญาตรี | 15 | 37.5 | 15 | 37.5 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 1 | 2.5 | 9 | 22.5 |
| **อาชีพ** | | | | |
| รับราชการ | 12 | 30.0 | 14 | 35.0 |
| ค้าขาย | 7 | 17.5 | 5 | 12.5 |
| รับจ้าง | 1 | 2.5 | 1 | 2.5 |
| ว่างงาน | 2 | 5.0 | 2 | 2.5 |
| เกษตรกรรม | 18 | 45.0 | 18 | 45.0 |
| **รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน** | | | | |
| น้อยกว่า 10,000 บาท | 2 | 5.0 | 0 | 0.0 |
| 10,001 – 20,000 บาท | 25 | 62.5 | 20 | 50.0 |
| 20,001 – 30,000 บาท | 13 | 32.5 | 14 | 35.0 |
| มากกว่า 30,001 บาท | 0 | 0.0 | 6 | 15.0 |
| **ประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่** | | | | |
| ไม่เป็น | 28 | 70.0 | 24 | 60.0 |
| เป็น | | | | |
| ญาติ | 5 | 12.5 | 6 | 15.0 |
| พ่อแม่ | 5 | 12.5 | 6 | 15.0 |
| พี่น้อง | 2 | 5.0 | 4 | 10.0 |

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง (n = 40) | | กลุ่มควบคุม (n = 40) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **สูบบุหรี่** | | | | |
| สูบ | 26 | 65.0 | 29 | 72.5 |
| ไม่สูบ | | | | |
| สูบเป็นประจำทุกวัน | 6 | 15.0 | 3 | 7.5 |
| สูบ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ | 3 | 7.5 | 1 | 2.5 |
| สูบ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ | 3 | 7.5 | 1 | 2.5 |
| เคยสูบแต่เลิกแล้ว | 2 | 5.0 | 6 | 15.0 |
| **การดื่มสุรา** | | | | |
| ไม่ดื่ม | 23 | 57.5 | 29 | 72.5 |
| ดื่ม | | | | |
| ดื่มเป็นประจำทุกวัน | 3 | 7.5 | 2 | 5.0 |
| ดื่ม 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ | 4 | 10.0 | 1 | 2.5 |
| ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ | 5 | 12.5 | 1 | 2.5 |
| เคยดื่มแต่เลิกแล้ว | 5 | 12.5 | 7 | 17.5 |
| **การรับประทานอาหาร** | | | | |
| ผักผลไม้น้อยกว่าเนื้อสัตว์ | 8 | 20.0 | 3 | 7.5 |
| ผักผลไม้มากกว่าเนื้อสัตว์ | 9 | 22.5 | 8 | 20.0 |
| ผักผลไม้เท่ากับเนื้อสัตว์ | 23 | 57.5 | 29 | 72.5 |
| **วิธีการปรุงอาหาร** | | | | |
| นึ่ง/ต้ม | 17 | 42.5 | 22 | 55.0 |
| ทอด | 18 | 45.0 | 12 | 30.0 |
| ปิ้ง/ย่าง | 5 | 12.5 | 6 | 15.0 |
| **การรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป (แหนม/ไส้กรอก/กุนเชียง/ปลาร้า/ปลาส้ม/ปลาจ่อม)** | | | | |
| ประจำ | 10 | 25.0 | 14 | 35.0 |
| บางครั้ง | 30 | 25.5 | 23 | 57.5 |
| ไม่เคย | 0 | 0.0 | 3 | 7.5 |
| **การขับถ่ายในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา** | | | | |
| ปกติ | 27 | 67.5 | 26 | 60.0 |
| ผิดปกติ | | | | |
| ท้องผูก | 2 | 5.0 | 0 | 0.0 |
| ท้องเสีย | 2 | 5.0 | 0 | 0.0 |
| ท้องผูกสลับท้องเสีย | 6 | 7.5 | 0 | 0.0 |
| อุจจาระที่ลีบลง | 1 | 2.5 | 1 | 2.5 |
| ปวดบิดท้องน้อย | 1 | 2.5 | 2 | 5.0 |
| ท้องอืดหรือปวดท้องโดยไม่ทราบสาเหตุ | 4 | 10.0 | 0 | 0.0 |
| อุจจาระที่ลีบลงและปวดบิดท้องน้อย | 0 | 0.0 | 2 | 5.0 |
| ท้องผูก ท้องผูกสลับท้องเสีย และปวดบิดท้องน้อย | 0 | 0.0 | 1 | 2.5 |
| ท้องผูก อุจจาระที่ลีบลงและปวดบิดท้องน้อย | 0 | 0.0 | 6 | 15.0 |

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง (n = 40) | | กลุ่มควบคุม (n = 40) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ท้องผูก ท้องเสีย อุจจาระที่ลีบลงและปวดบิดท้องน้อย | 0 | 0.0 | 1 | 2.5 |
| ท้องผูก ท้องเสีย และปวดบิดท้องน้อย | 0 | 0.0 | 1 | 2.5 |
| **การได้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่** | | | | |
| บุคลากรทางการแพทย์ | 27 | 67.5 | 16 | 40.0 |
| สื่อสิ่งพิมพ์ | 0 | 0.0 | 1 | 2.5 |
| อินเตอร์เน็ต | 1 | 2.5 | 4 | 10.0 |
| บุคลากรทางการแพทย์และสื่อสิ่งพิมพ์ | 2 | 5.0 | 6 | 15.0 |
| บุคลากรทางการแพทย์และอินเตอร์เน็ต | 10 | 25.0 | 13 | 32.5 |
| **ประวัติการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ที่ผ่านมา** | | | | |
| ไม่เคย | 26 | 65.0 | 8 | 20.0 |
| เคย | | | | |
| ภายใน 1 ปี | 11 | 27.5 | 23 | 57.5 |
| มากกว่า 1 ปี | 3 | 7.5 | 9 | 22.5 |

**ผลการเปรียบเทียบการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม**

ผลการเปรียบเทียบการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

**ผลการเปรียบเทียบการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ตัวแปรตาม | ก่อน | | หลัง | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\overline{X}$ | SD | $\overline{X}$ | SD | | |
| **การรับรู้โอกาสเสี่ยงของมะเร็งลำไส้ใหญ่** | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง (n=40) | 4.51 | 0.28 | 4.53 | 0.27 | -1.778 | 0.04* |
| กลุ่มควบคุม(n=40) | 3.35 | 0.89 | 3.37 | 0.91 | -2.082 | 0.08 |
| **การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่** | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง (n=40) | 4.33 | 0.52 | 4.51 | 0.41 | -3.762 | 0.001* |
| กลุ่มควบคุม(n=40) | 2.88 | 0.78 | 2.88 | 0.78 | -1.000 | 0.23 |

| ตัวแปรตาม | ก่อน | | หลัง | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\overline{X}$ | SD | | | | |
| **การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง** | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง (n=40) | 4.53 | 0.30 | 4.66 | 0.24 | -4.076 | <0.001* |
| กลุ่มควบคุม(n=40) | 3.27 | 0.71 | 3.28 | 0.62 | -1.000 | 0.744 |
| **การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่** | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง (n=40) | 4.40 | 0.45 | 4.55 | 0.45 | -4.206 | 0.001* |
| กลุ่มควบคุม(n=40) | 2.80 | 0.61 | 2.88 | 0.61 | -4.000 | 1.000 |
| **พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่** | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง (n=40) | 2.49 | 0.24 | 2.75 | 0.17 | -6.428 | 0.001* |
| กลุ่มควบคุม(n=40) | 1.79 | 0.29 | 1.81 | 0.31 | -1.244 | 0.877 |

*นัยสำคัญที่ระดับ .05

**จากตารางที่ 2** แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพของประชากรที่ได้รับการตรวจคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่ในเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

**อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ**

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยในแต่ละสัปดาห์มีกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายตามคู่มือการจัดกิจกรรมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของมะเร็งลำไส้ใหญ่ เช่น การให้ความรู้ผ่านการบรรยายและสื่อวิดิทัศน์ การร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านกิจกรรมกลุ่ม การรับฟังกรณีศึกษาจากผู้ป่วยจริง การวิเคราะห์อุปสรรคในการดูแลตนเอง และการติดตามผลผ่านโทรศัพท์ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ได้ถูกออกแบบให้มีส่วนร่วมสูงและเชื่อมโยงกับบริบทชีวิตของผู้เข้าร่วมอย่างใกล้ชิด จุดแข็งของกิจกรรมเหล่านี้คือความหลากหลายของรูปแบบการเรียนรู้ที่ไม่เน้นเฉพาะการให้ข้อมูลเชิงทฤษฎี แต่ผสมผสานทั้งประสบการณ์จริง การสะท้อนตนเอง และการปฏิบัติจริง ทำให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกมีส่วนร่วม เข้าใจง่าย และเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุทธิมาศ สุขอัมพร และ วลัยนารี พรมลา (2564) ที่ศึกษาประสิทธิผลของ

โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในบุคลากรโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเช่นเดียวกัน ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p< 0.05$) สะท้อนให้เห็นว่าการใช้แนวคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกิจกรรมที่สอดคล้องกับชีวิตจริงและบริบทของกลุ่มเป้าหมาย สามารถส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แสดงให้เห็นว่าการออกแบบโปรแกรมที่เน้นกิจกรรมการมีส่วนร่วมและเชื่อมโยงกับประสบการณ์ชีวิตจริงของผู้ป่วยมะเร็งทำให้เกิดความตระหนักซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ในแง่ของรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมที่ให้กลุ่มเป้าหมายได้สะท้อนความคิดร่วมกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมและแรงจูงใจ เช่น การวิเคราะห์อุปสรรคและการสาธิตเมนูสุขภาพ เช่น การสอนวิธีการปรุงอาหารแบบธรรมชาติด้วยกระบวนการนึ่ง และเน้นการรับประทานอาหารแบบแมคโครไบโอติก จากกิจกรรมที่ฝึกคิดวิเคราะห์ข้อจำกัดทางความเชื่อและแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปวีณา คำปลิว และ อุษา นาคคำ (2566) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโดยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) มาประยุกต์ออกแบบโปรแกรมต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้หญิงมีอัตราการตรวจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) ทำให้อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าโปรแกรมอย่างชัดเจน โดยอัตราการตรวจเพิ่มขึ้นร้อยละ 84.69 แสดงให้เห็นว่าเมื่อใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างถูกต้องและจัดกิจกรรมที่เข้าใจง่าย ผู้รับบริการจะแปลงความรู้เป็นการกระทำและนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง เห็นว่าสิ่งที่คล้ายคลึงกัน คือ รูปแบบของกิจกรรมที่จัดให้มีการโต้ตอบ ฝึกวิเคราะห์ การแลกเปลี่ยน การสะท้อนทัศนคติ โดยใช้กิจกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงอุปสรรคในการดูแลตนเอง ตลอดจนการใช้หลักการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

จากการเปรียบเทียบผลหลังโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ในทุกด้านและพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) ในทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลตนเองมีประสิทธิผลจริงในการสร้างการรับรู้และพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการป้องกันโรค สาเหตุหนึ่งที่ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น อาจเกิดจากการที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีโอกาสได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่น และได้รับการติดตามทางโทรศัพท์หลังเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญตามแนวคิดของ Bandura’s Social Cognitive Theory ที่กล่าวว่า “การเรียนรู้โดยการสังเกตและการมีส่วนร่วม” มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว (Bandura, 1997) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Chien et al. (2021) ซึ่งพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยใช้การเรียนรู้แบบกลุ่มร่วมกับกิจกรรมเชิงโต้ตอบ พบว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มการเข้ารับบริการตรวจและลดอุปสรรคด้านความเชื่อและความกลัวในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แม้ว่าผลการศึกษาจะแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) มีประสิทธิผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่การวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดหลายประการที่ควรพิจารณา ได้แก่ การใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและการ

แบ่งกลุ่มทดลอง/ควบคุม ซึ่งอาจส่งผลให้คุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มไม่สมดุล เช่น ความต่างทางเพศ ระดับการศึกษา หรือพฤติกรรมสุขภาพเดิม

นอกจากนี้การประเมินผลดำเนินการในระยะสั้นโดยไม่มีการติดตามพฤติกรรมระยะยาว จึงไม่สามารถสรุปถึงผลคงอยู่ของโปรแกรมได้อย่างชัดเจน อีกทั้งการใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอาจมีข้อจำกัดในบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ ซึ่งการรับรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงควรมีการพิจารณาปัจจัยร่วมอื่นเพิ่มเติมในการศึกษาครั้งต่อไป

**ข้อเสนอแนะ**

1.ควรศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน เช่น ชนบทกับเมือง เพื่อดูความต่างของผลลัพธ์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

2. ควรศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว (6–12 เดือน) เพื่อประเมินผลเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเชิงวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบอิทธิพลของแต่ละกิจกรรมต่อผลลัพธ์ เช่น การใช้แบบสอบถามวัดผลเฉพาะเจาะจงหลังแต่ละกิจกรรม หรือการออกแบบการทดลองที่แยกกลุ่มทดลองตามองค์ประกอบของโปรแกรม เพื่อให้เข้าใจกลไกของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างลึกซึ้งและตรงจุดยิ่งขึ้น

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

ควรศึกษาพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ

## บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคมะเร็ง: ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2567*. จาก https://hdcservice.moph.go.th/

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2567). *รายงานสถานการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และผลการดำเนินงานคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงปีงบประมาณ 2567*.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แนวทางการดำเนินงานและบันทึกข้อมูล: โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธี FIT test*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

สุทธิมาศ สุขอัมพร, & วลัยนารี พรมลา. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของบุคลากรในโรงพยาบาล. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, *15*(38), 632–644.

เสรีศิริวัฒนา, อ. (2565). ประสิทธิภาพการใช้ Fecal Immunochemical Test ในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยเปรียบเทียบค่า cut-off ที่ 50 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร และ 100 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 3, 19*(2), *65-82.* เข้าถึงจาก https://thaidj.org/index.php/smj/article/view/11026

ปวีณา คำปลิว, & อุษา นาคคำ. (2566). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, *9*(1), 18–28.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

Best, J. W. (1977). *Research in education*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Chien, N. H., Chuang, Y. H., Liu, H. C., & Yu, M. C. (2021). Effects of an educational program on colorectal cancer screening in a community setting: A quasi-experimental study. *Journal of Cancer Education, 36*(2), 287–294.

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). Sage Publications.

Global Cancer Observatory. (2022). *Cancer factsheet*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheet/detail/cancer

Kang, E., Lee, Y., Kim, J., & You, M. (2016). Development and evaluation of the Korean health literacy instrument. *Journal of Health Communication, 19*(Suppl 2), 254–266. https://doi.org/10.1080/10810730.2014.936568

Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs, 2*(4), 354–386.

Shapiro, S. S., & Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika, 52*(3/4), 591–611.