

ORIGINAL ARTICLE

Development of a Dietary Promotion Model for Colorectal Cancer Prevention among People in Tha Maka District, Kanchanaburi Province, Thailand

Kumphol Prugsaudomchai, M.D., Jetanipat Udomkitphaibun, M.D.,

Nattawut Chanchanakarn, M.D., Patcharin Photiwong, B.P.H.

Department of Preventive Medicine, Makarak Hospital, Kanchanaburi Province, Thailand

Received: July 30, 2026 Revised: August 14, 2026 Accepted: August 31, 2026

ABSTRACT

BACKGROUND: Colorectal cancer (CRC) is a leading cause of cancer mortality worldwide, with increasing incidence in Thailand. Modifiable dietary factors, including the high consumption of processed/charred meats and low fiber intake, are strongly associated with CRC development. Evidence for effective community-based prevention models in local Thai contexts remains limited.

OBJECTIVES: To develop and evaluate a community-based dietary promotion model for CRC prevention, grounded in Bandura's Self-Efficacy Theory and community participation, among individuals aged ≥ 25 in Tha Maka District, Kanchanaburi.

METHODS: This research and development (R&D) study used a one-group pretest-posttest design (March–December 2025). Multistage sampling recruited 440 participants. The intervention integrated Bandura's theory with community participation. Validated questionnaires were used to assess knowledge (KR-20=0.78), attitudes ($\alpha=0.84$), and behaviors ($\alpha=0.86$). Data were analyzed using paired t-tests and Chi-square tests ($p<0.05$).

RESULTS: Participants' mean age was 56.4 ± 10.8 years. Overall scores for knowledge ($p=0.88$), attitudes ($p=0.60$), and dietary behaviors ($p=0.06$) showed no significant post-intervention differences. However, item-level analysis demonstrated significant reductions in three specific high-risk behaviors, comprising the consumption of charred grilled meat ($p<0.001$), processed foods ($p=0.01$), and processed/canned foods ($p=0.02$).

CONCLUSIONS: The community-based model potentially showed meaningful behavioral changes that reduced specific high-risk dietary behaviors related to CRC. The lack of overall significant changes may be attributed to high baseline scores (ceiling effect) and a short follow-up period. This model is applicable for primary healthcare and community health promotion. Randomized controlled trials with longer follow-ups are recommended to evaluate sustained behavioral change.

KEYWORDS: colorectal neoplasms, diet, health promotion, self-efficacy, community participation, primary prevention, health behavior

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยมีอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งในประเทศไทย¹⁻⁴ อีกทั้งยังพบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของโรคในประชากรอายุน้อยกว่า 50 ปีอย่างต่อเนื่อง^{5,6} ปัจจุบันเขตสุขภาพที่ 5 อัตราป่วยมาตรฐานตามอายุของมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Age-standardized incidence rate; ASR) 27.06 สูงเป็นอันดับ 1 มากกว่าทุกเขตสุขภาพ⁷ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การบริโภคเนื้อแดง เนื้อสัตว์แปรรูป อาหารปิ้งย่าง และการบริโภคผัก ผลไม้ และใยอาหารไม่เพียงพอ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างชัดเจน⁴⁻¹¹ ขณะที่การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและการมีกิจกรรมทางกายสามารถช่วยลดความเสี่ยงของโรคในประเทศไทยได้ กำหนดการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเป็นนโยบายสำคัญ โดยเน้นการป้องกันระดับปฐมภูมิผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน¹² อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในระดับพื้นที่ยังมุ่งเน้นการให้ความรู้เป็นหลัก ขณะที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัยการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน¹³ อำเภอดำรงวิทยารพช. จังหวัดกาญจนบุรี มีการดำเนินงานป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่านเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์

ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการบริโภคอาหารโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน¹⁰⁻¹³ และประเมินผลของรูปแบบดังกล่าวในประชาชนอำเภอดำรงวิทยารพช. จังหวัดกาญจนบุรี ในรูปแบบโครงการนำร่องของเขตสุขภาพที่ 5

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R&D) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design) ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2568 เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชาชนอำเภอดำรงวิทยารพช. จังหวัดกาญจนบุรี โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (COA No. 36/67)

ประชากร คือ ประชาชนอายุ 25 ปีขึ้นไปในอำเภอดำรงวิทยารพช. จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 16,210 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 440 คน ด้วยวิธีการสุ่มหลายขั้นตอน (multistage sampling) ขนาดตัวอย่างคำนวณตามสูตร Cochran ผู้เข้าร่วมต้องมีอายุ 25 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนผู้ที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนถูกคัดออก (Figure 1)

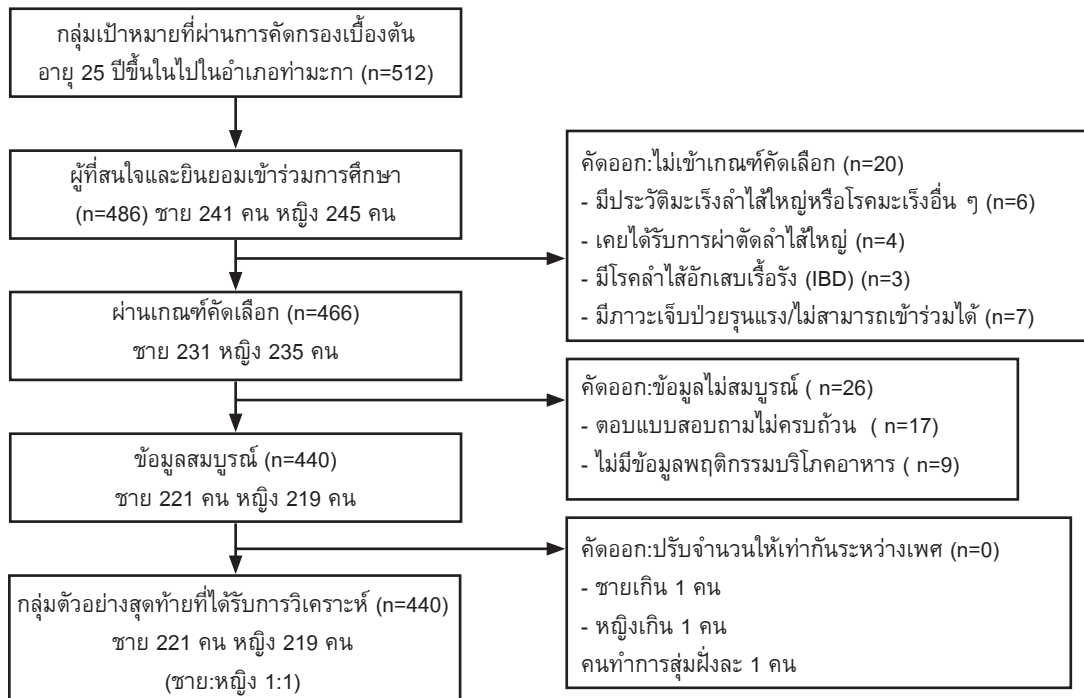


Figure 1 Study Flow

การดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) การพัฒนารูปแบบจากการทบทวนวรรณกรรม แนวทางการควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ทฤษฎีการเรียนรู้ สมรรถนะแห่งตนของ Bandura และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (2) การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ (3) การประเมินผลด้านความรู้ ทักษะคิด และ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เครื่องมือวิจัยผ่านการ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น (KR-20=0.78; Cronbach's α =0.84 และ 0.86) วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t-test, Chi-square test และ Wilcoxon signed-rank test โดยกำหนดระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ 9 ข้อ แบบประเมินเจตคติ 13 ข้อ และแบบ ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 12 ข้อ^{1,7,11,12} ซึ่ง พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวทางการควบคุม โรคมะเร็งแห่งชาติ และทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (IOC 0.67–1.00) และ ทดสอบในประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

30 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี (KR-20=0.78; Cronbach's α =0.84 และ 0.86 สำหรับแบบ ประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม ตามลำดับ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปนำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัยระหว่างควอไทล์ และช่วงความเชื่อมั่น 95% ตามลักษณะของข้อมูล การเปรียบเทียบผลก่อนและ หลังการดำเนินงานใช้ paired t-test พร้อมรายงาน mean difference (MD), 95% confidence interval (95% CI) และ p -value ส่วนการวิเคราะห์รายข้อใช้ Chi-square test และ Wilcoxon signed-rank test กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ $p<0.05$ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS version 26.0 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงกลุ่มใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง กลุ่ม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ ทั้งนี้ ค่า $p\geq 0.05$ ถือว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (not statistically significant; ns)

ผลการศึกษา

การศึกษาดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม– ธันวาคม พ.ศ. 2568 มีกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบถ้วน 440 คน อายุเฉลี่ย 56.4 ± 10.8 ปี เพศชายและหญิงจำนวน

เท่ากัน (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่อายุ 50–59 ปี (ร้อยละ 48.0) และมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุด (ร้อยละ 18.6) (Table 1)

มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 76.0) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 40.2) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม

Table 1 Characteristics of Participants (n=440)

Characteristics	n	%
Sex		
Male	221	50.22
Female	219	49.77
Age (years)		
25-39	50	11.4
40-49	110	25.0
50-59	165	37.5
≥60	115	26.1
Educational level		
No formal education	23	5.2
Primary school	143	32.5
Secondary school	177	40.2
Vocational/Diploma	44	10.0
Bachelor's degree or higher	53	12.1
Occupation		
Agriculture	211	48.0
General employee	113	25.7
Merchant	63	14.3
Government officer	31	7.0
Private employee	22	5.0
Underlying diseases*		
Hypertension	82	18.6
Diabetes mellitus	53	12.0
Heart disease	18	4.1
No underlying disease	287	65.3

Remarks : participants may have more than one underlying disease. Mean age=56.4±10.8 years.

ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่าคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.88$, 0.60 และ 0.06 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม ความรู้เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.0 เป็นร้อยละ 91.4 ($p=0.05$) (Table 2)

Table 2 Comparison of Knowledge Regarding Colorectal Cancer Prevention Before and After the Educational Intervention (n=440)

Knowledge Items	Before (%)	After (%)	p-value
Eating three bananas per day reduces the risk of colorectal cancer	88.6	88.2	0.84
Consuming charred grilled meat increases the risk of colorectal cancer	95.0	96.8	0.23
Alcohol consumption increases the risk of colorectal cancer	87.0	91.4	0.050
Excessive consumption of dried chili, ground chili, and ground peanuts increases the risk	89.1	89.1	1.00
Regular consumption of pickled fruits and vegetables increases the risk	93.9	95.0	0.55
A high-fat diet increases the risk of colorectal cancer	87.5	85.9	0.55
Processed foods (sausages, Chinese sausages, bacon) increase the risk	94.8	93.9	0.66
Processed and canned foods increase the risk of colorectal cancer	94.3	92.7	0.41
Excessive caffeine consumption increases the risk of colorectal cancer	80.2	79.1	0.74

Remarks : p-values from Chi-square test. $p<0.05$ considered statistically significant

โดยรวมผู้เข้าร่วมมีคะแนนทัศนคติอยู่ในระดับสูง ทั้งก่อนและหลังการดำเนินงาน และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกประเด็น ($p>0.05$) ยกเว้นความเชื่อที่ว่าอาหารหมักต้องเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการดำเนินงาน (4.4 เป็น 4.2, $p<0.040$) (Table 3)

Table 3 Comparison of Attitude Scores Before and After Intervention (n=440)

Attitude Items	Before (Mean)	After (Mean)	p-value
Belief that frequent consumption of barbecue/grilled pork increases CRC risk	4.3	4.3	0.14
Belief that boiled foods are healthier than grilled foods	4.3	4.3	0.82

Table 3 Comparison of Attitude Scores Before and After Intervention (n=440) (continue)

Attitude Items	Before (Mean)	After (Mean)	p-value
Belief that vegetables, fruits, and bananas help prevent CRC	4.3	4.4	0.25
Belief that pickled foods increase the risk of CRC	4.4	4.2	<0.040
Belief that removing charred portions of meat reduces CRC risk	3.8	3.7	0.22
Belief that whole grains, legumes, and mushrooms enhance immunity and prevent CRC	4.2	4.3	0.84
Belief that processed foods increase the risk of CRC	4.5	4.5	0.17
Belief that smoking increases the risk of CRC	4.4	4.4	0.30
Belief that regular physical activity helps prevent CRC	4.5	4.6	0.18
Belief that alcohol consumption increases the risk of CRC	4.4	4.5	0.12
Belief that hereditary factors and dietary behaviors influence CRC	4.2	4.2	0.10
Belief that early treatment improves survival in CRC patients	4.6	4.7	0.27
Belief that a high-fat diet increases the risk of CRC	4.4	4.5	0.05

Remarks : CRC=colorectal cancer. Values are mean scores (5-point Likert scale). *p*-values from paired t-test or Wilcoxon signed-rank test

ภายหลังการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในทิศทางที่เหมาะสม โดยการบริโภคอาหารปิ้งย่างจนไหม้เกรียม อาหารแปรรูป และอาหารกระป๋องลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p<0.001$, $p=0.01$ และ $p=0.02$ ตามลำดับ) ขณะที่พฤติกรรมด้านอื่นมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) (Table 4)

Table 4 Comparison of Dietary Behaviors Before and After Intervention (n=440)

Behavioral Items	Trend After Intervention	p-value
Alcohol consumption at risky levels	Decreased	0.14
Consumption of charred grilled meat	Significantly decreased	<0.001
Consumption of high-fat foods	Decreased	0.45
Consumption of pickled fruits and vegetables	Decreased	0.42
Consumption of processed foods (sausages, Chinese sausages, bacon)	Significantly decreased	0.010

Table 4 Comparison of Dietary Behaviors Before and After Intervention (n=440) (continue)

Behavioral Items	Trend After Intervention	p-value
Consumption of processed and canned foods	Significantly decreased	0.022
Caffeine consumption	Decreased	0.35
Consumption of dried chili powder, ground peanuts, and dried foods	Decreased	0.06
Smoking	Decreased	0.07
Banana consumption	Increased	0.77
Fruit and vegetable consumption	Increased	0.17
Regular physical activity	Increased	0.55

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกกับทีมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสะท้อนประเด็นสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ (1) การตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง (2) การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน (3) บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชน และ (4) การติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมกับระบบติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

การศึกษานี้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษาพบว่า แม้คะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมโดยรวมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สามารถลดการบริโภคอาหารปิ้งย่างจนไหม้เกรียม อาหารแปรรูป และอาหารสำเร็จรูปได้ มีความสำคัญในเชิงการส่งเสริมสุขภาพ/สาธารณสุข ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของมะเร็งลำไส้ใหญ่ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ World Cancer Research Fund International และรายงาน Global Burden of Disease Study 2021 ที่สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่

การที่คะแนนความรู้และทัศนคติไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้และทัศนคติสูงตั้งแต่ก่อนดำเนินงาน (ceiling effect) และมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับรายงานของ World Cancer Research Fund และ American Cancer Society ที่ระบุว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากสังคมและสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย¹⁰ แม้ว่าคะแนนพฤติกรรมโดยรวมจะไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แต่การลดการบริโภคอาหารปิ้งย่างจนไหม้เกรียมและอาหารแปรรูปถือเป็นผลลัพธ์ที่มีความสำคัญทางคลินิก และสอดคล้องกับคำแนะนำของ WCRF/AICR และ American Cancer Society ที่สนับสนุนการลดการบริโภคเนื้อแดงและเนื้อสัตว์แปรรูป¹⁰ ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพยังสนับสนุนว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมกับการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เป็นกลไกสำคัญของ community-based dietary promotion model ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้ รูปแบบดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้ในระดับปฐมภูมิและขยายผลสู่การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมร่วมกันได้

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ การศึกษานี้เป็นการศึกษาก่อนและหลังในกลุ่มเดียว จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน อีกทั้งอาจเกิด ceiling effect ระยะเวลาติดตามค่อนข้างสั้น และข้อมูล

พฤติกรรมเป็นการรายงานด้วยตนเอง ซึ่งอาจเกิด social desirability bias นอกจากนี้ ยังไม่ได้ประเมินตัวชี้วัดทางชีวภาพ จึงควรมีการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมและระยะติดตามที่ยาวนานขึ้น

รูปแบบการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่พัฒนาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถลดการบริโภคอาหารปิ้งย่างจนไหม้เกรียม อาหารแปรรูป และอาหารสำเร็จรูปได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าคะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมโดยรวมจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาสนับสนุนศักยภาพของรูปแบบดังกล่าวในการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระดับปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาแบบ randomized controlled trial เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความคุ้มค่าในระยะยาว

ผลประโยชน์ทับซ้อน : ผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

แหล่งเงินทุนสนับสนุน : การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายสตีพร ภูมดี เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านชีวสถิติทางการแพทย์ สังกัดสาขาวิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Cancer [Internet]. 2024 [cited 2026 Jun 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Siegel RL, Giaquinto AN, Jemal A. Cancer statistics, 2024. CA Cancer J Clin 2024;74:12-49.
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2021;71:209-49.
- He Y, Wang X, Zhou M, Li L, Han T, He J, et al. Global, regional and national burden of colon and rectum cancer: a systematic analysis of prevalence, incidence, deaths and DALYs from 1990 to 2021 using data from the Global Burden of Disease Study 2021 with projections to 2036. BMJ Open [Internet]. 2025 [cited 2026 Jun 29];15(10):e100042. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12506162/pdf/bmjopen-15-10.pdf>
- Saad El Din K, Loree JM, Sayre EC, Gill S, Brown CJ, Dau H, et al. Trends in the epidemiology of young-onset colorectal cancer: a worldwide systematic review. BMC Cancer [Internet]. 2020 [cited 2026 Jun 29];20(1):288. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7137305/pdf/12885_2020_Article_6766.pdf
- The Lancet Gastroenterology Hepatology. The rise in early-onset colorectal cancer: now a global issue. Lancet Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2025 [cited 2026 Jun 15];10(2):95. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-1253%2824%2900441-2>
- Thailand Cancer Data Visualization Dashboard. Health Regional, colon [Intenet]. 2020 [cited 2026 Aug 19]. Available from: <http://www.nci.gov.th:8050/tcboardashboard/Regional%20Map/colon>
- World Cancer Research Fund International. Diet, nutrition, physical activity and colorectal cancer. World Cancer Research Fund International. London: WCRF; 2018.
- Rock CL, Thomson C, Gansler T, Gapstur SM, McCullough ML, Patel AV, et al. American cancer society guideline for diet and physical activity for cancer prevention. CA Cancer J Clin 2020;70:245-71.
- Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. Lancet 2019;394:1467-80.
- World Cancer Research Fund International. Dietary and lifestyle patterns and cancer prevention: evidence and recommendations from CUP Global [Internet]. 2025 [cited 2026 Jun 24]. Available from: <https://www.wcrf.org/research-policy/library/dietary-and-lifestyle-patterns-and-cancer-prevention/>
- Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: WH Freeman; 1997.
- National Cancer Institute. National cancer control programme 2024 – 2032 [Internet]. 2024 [cited 2026 Jun 15]. Available from: <https://www.nci.go.th/doc/cc/67-75.pdf>

ORIGINAL ARTICLE

การพัฒนาแบบการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่

ในประชาชนอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

ก่าพล พงกษาอุดมชัย, พ.บ., เจตนิพัทธ์ อุดมกิจไพบูลย์, พ.บ., ณัฐวุฒิ จันจะนะกาญจน์, พ.บ., พชรินทร์ โพธิวงศ์ ส.บ.

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชนที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอาจช่วยป้องกันการเกิดโรคได้ อย่างไรก็ตาม รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนยังมีข้อมูลสนับสนุนจำกัด

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในประชาชนอายุ 25 ปีขึ้นไป อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

วิธีการศึกษา : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยพัฒนารูปแบบจากกรอบแนวคิดแผนการควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 440 คน ที่มีข้อมูลครบถ้วนทั้งก่อนและหลังการดำเนินโครงการ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที่แบบจับคู่

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 56.4 ± 10.8 ปี และมีสัดส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 50.2 : 49.8) ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ คะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น ผู้เข้าร่วมมีแนวโน้มของเจตคติและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยมีการลดการบริโภคอาหารปิ้งย่างและอาหารแปรรูป เพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ และอาหารที่มีใยอาหารสูง รวมทั้งมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น

สรุป : รูปแบบการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่พัฒนาขึ้นมีความสำคัญในเชิงการส่งเสริมสุขภาพ/สาธารณสุขสามารถเพิ่มความรู้และส่งเสริมแนวโน้มของเจตคติและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ รูปแบบดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชนและบริการปฐมภูมิได้

คำสำคัญ : มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, อาหาร, การส่งเสริมสุขภาพ, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การป้องกันปฐมภูมิ, พฤติกรรมสุขภาพ