



ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำ ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹

Effects of Experiential Learning on Knowledge, Screening Practice, and Advising on Colorectal Cancer Prevention among Village Health Volunteers¹

อำพิกา คันทาใจ² เดชา ทาดี³ ศิวพร อึ้งวัฒนา³

Umpiga Kuntajai² Decha Tamdee³ Sivaporn Aungwattana³

¹วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

²นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹Thesis of Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner)

²Master Student, Faculty of Nursing, Chiang Mai University.

³Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Corresponding author: Umpiga Kuntajai; E-mail: coosleep_u01@hotmail.com

Received: May 22, 2020 Revised: June 22, 2020 Accepted: June 25, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มและวัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปางจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 20 ราย และกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วยชุดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ อุปกรณ์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และคู่มือความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้สำหรับ อสม. 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้และแบบสังเกตการปฏิบัติการคัดกรองและแบบสังเกตการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง McNemar test และ Fisher's Exact test ผลการวิจัยพบว่า ระดับคะแนนความรู้ การปฏิบัติการคัดกรองและการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายหลังได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์สูงกว่าก่อนเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และภายหลังได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$, $p < .001$, $p < .001$) ตามลำดับ

คำสำคัญ: การเรียนรู้เชิงประสบการณ์; โรคมะเร็งลำไส้; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



Effects of Experiential Learning on Knowledge, Screening Practice, and Advising on Colorectal Cancer Prevention among Village Health Volunteers¹

Umpiga Kuntajai² Decha Tamdee³ Sivaporn Aungwattana³

¹Thesis of Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner)

²Master Student, Faculty of Nursing, Chiang Mai University.

³Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Corresponding author: Umpiga Kuntajai; E-mail: coosleep_u01@hotmail.com

Received: May 22, 2020 Revised: June 22, 2020 Accepted: June 25, 2020

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study with two-group Pretest-Posttest research design was to examine the effects of experiential learning on knowledge, screening practice, and advice on colorectal cancer prevention among village health volunteers. A sample of 40 village health volunteers in Ko Kha district in Lampang province was equally assigned to a group with experiential learning and a control group with regular advice from public health officers. The research tools were divided into 2 parts: 1) The experimental tools consisted of (i) an experiential learning package of knowledge, screening practice and advice regarding the prevention of colorectal cancer of the village health volunteers, (ii) the experiential learning tools, and (iii) a manual of knowledge, screening practice, and advice regarding prevention colorectal cancer for the village health volunteers. 2) The data collected consisted of: demographic data, a questionnaire based on prevention of colorectal cancer, a screening practice observation form, and advising practice observation form based on prevention of colorectal cancer. Descriptive statistics, McNemar test, and Fisher's Exact test were used for data analysis. After participating in experiential learning, the level of knowledge, screening practice and advising practice on prevention of colorectal cancer among the village health volunteers was statistically significantly higher than before participation in the experiential learning ($p < .001$). Also, after participating in experiential learning, the experimental group had statistically significantly higher scores for all the results than those of the control group ($p = .003$, $p < .001$, $p < .001$) respectively.

Keywords: experiential learning; colorectal cancer; village health volunteers



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งลำไส้เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยพบมากเป็นอันดับที่สามของโรคมะเร็งทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 โดยพบผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 2.2 ล้านรายและมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 1.1 ล้านรายในปี 2573¹ ในปี 2561 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรงรายใหม่มากกว่า 1.8 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตทั่วโลก 881,000 ราย² สำหรับประเทศไทยในปี 2558 มะเร็งลำไส้มีอุบัติการณ์ในเพศชายพบมากเป็นอันดับที่สามโดยมีอัตราการอุบัติการณ์ 16.2 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และเพศหญิงพบมากเป็นอันดับสี่มีอัตราการอุบัติการณ์ 11.1 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี พบผู้ป่วยใหม่ปีละประมาณ 12,711 ราย ในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ประมาณ 3,700 ราย³ ในเพศหญิงและเพศชายมีอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁴ มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมโดยรวมของประเทศอย่างมาก

สถานการณ์ปัญหาของโรคมะเร็งลำไส้ที่เกิดขึ้นเป็นผลสืบเนื่องมาจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมที่ทำให้ประชาชนมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นและวิถีชีวิตและพฤติกรรมของคนไทยที่เปลี่ยนแปลงไปในรูปแบบของชาวตะวันตกมากขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเพิ่มขึ้น⁶ ทำให้โรคมะเร็งลำไส้ยังมีอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁷ แม้ว่ามะเร็งลำไส้ในระยะต้นจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการผ่าตัด แต่โรคนี้นักจะไม่มีการแสดงใดๆ ที่นำไปสู่การวินิจฉัยและการรักษาทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ในประเทศไทยมากกว่าร้อยละ 60 ตรวจพบโรคในระยะท้าย ซึ่งทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา รวมถึงมีอัตราการรอดชีวิตต่ำ แต่เมื่อตรวจพบในระยะที่ยังไม่เป็นมะเร็ง เมื่อทำการรักษาโดยการตัดทิ้งแล้วจะสามารถป้องกันมะเร็งลำไส้ได้และสามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 25-30⁸ และมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี อยู่ที่ประมาณร้อยละ 90⁹ การคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ คือการคัดกรองแบบมุ่งเป้าในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีญาติลำดับแรกเป็นมะเร็งลำไส้ ด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) แต่เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยการกระจายตัวของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญยังไม่เพียงพอต่อความต้องการที่จะต้องส่องกล้องในประชาชนกลุ่มเสี่ยงทุกราย⁵

ดังนั้นสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จึงผลักดันนโยบายคัดกรองด้วยการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test [FIT]) เป็นลำดับแรกทุก 2 ปี ในช่วงอายุ 50-70 ปี⁴ ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้กันในปัจจุบันเนื่องจากขั้นตอนในการเตรียมตัวไม่ยุ่งยากซับซ้อน และสามารถตรวจคัดกรองได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การตรวจคัดกรองด้วยการตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระช่วยให้ผู้ป่วยระยะแรกและสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้มาก และช่วยชีวิตคนไทยได้มากขึ้น⁷ ซึ่งหากไม่มีนโยบายการคัดกรองมะเร็งลำไส้จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มเป็น 2 เท่า ในระยะเวลา 20 ปี แต่ปัจจุบันในสถานการณ์จริงนั้น บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการดำเนินการคัดกรองให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้ ทำให้ไม่สามารถดำเนินการคัดกรองให้เป็นไปตามเป้าหมายได้ ด้วยเหตุนี้ อสม. จึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่ทำงานร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลสุขภาพประชาชนในหมู่บ้าน จากการศึกษาของ มินตรา สารรักษ์¹⁰ ที่ศึกษาการเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. พบว่า อสม. เป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาสุขภาพประชาชนในชุมชน สามารถเป็นแกนนำเผยแพร่ความรู้ผ่านการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้นการที่จะให้ อสม. ลงไปให้ความรู้ คัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ได้นั้น อสม. ต้องมีความรู้เรื่องโรค การคัดกรอง และการปฏิบัติการคัดกรองและให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ จึงจำเป็นต้องพัฒนา อสม. ให้มีความรู้และทักษะดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ พบว่า เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน การเรียนคือ กิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่ทำอย่างต่อเนื่อง เป็นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงของผู้เรียน (active learning) โดยวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ มี 4 องค์ประกอบคือ ประสบการณ์ (concrete experience) การสะท้อนและการอภิปราย (reflective observation and discussion) ความคิดรวบยอด

(abstract conceptualization) และการทดลองปฏิบัติ (active experimentation) เป็นเครื่องมือการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ยึดประสบการณ์เดิมของผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง รวมเข้ากับความรู้ใหม่ที่ได้รับจากกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ดังนั้นกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์จึงเป็นกระบวนการที่พัฒนาความรู้ ทักษะของผู้เรียนได้ดี และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹¹⁻¹²

ในปี 2561 จังหวัดลำปางได้ดำเนินงานโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงตามแนวนโยบายแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจังหวัดลำปางมีประชากรอายุ 50–70 ปีทั้งหมดจำนวน 205,283 ราย และได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายการคัดกรองด้วยวิธี FIT test 19,365 ราย แต่มีผู้มารับการคัดกรองเพียง 9,610 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.63 มีผลคัดกรองด้วยวิธี FIT test ผิดปกติ 241 รายและไปรับการตรวจส่องกล้อง (colonoscopy) เพื่อวินิจฉัยเพียง 34 ราย และพบว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ 1 ราย และพื้นที่อำเภอเกาะคา ในปี 2561 มีผู้มารับการคัดกรองเพียง 780 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.55¹³ พบว่าการคัดกรองยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขมีไม่เพียงพอและอีกทั้งจะให้ อสม.มาช่วยเหลือเป็นไปได้ยาก เนื่องจาก อสม. ยังมีข้อจำกัดเรื่องความจำและความเข้าใจในโรคมะเร็งลำไส้ เนื่องจากการอบรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นการอบรมแบบบรรยายและสาธิตให้ผู้อบรมดูเท่านั้น ไม่ได้ให้ผู้อบรมสาธิตแบบย้อนกลับ ทำให้ยังคัดกรองและให้คำแนะนำแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังไม่ถูกต้อง¹⁴ แม้จะมีประสบการณ์และความรู้จากการอบรมแล้วก็ตาม จากสภาพและความสำคัญของปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลัมมาใช้ในการพัฒนา อสม.ในการเพิ่มความรู้ ทักษะในการปฏิบัติการตรวจคัดกรองและการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้โดยการดำเนินการให้ความรู้ สอนทักษะในการปฏิบัติการตรวจคัดกรองและการปฏิบัติการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ภายใต้กรอบแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ เกิดการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำในการถ่ายทอดความรู้ การชักชวนกลุ่มเสี่ยงมาตรวจคัดกรอง และสามารถให้คำแนะนำแก่ประชาชนในชุมชนได้ ทำให้ประชาชนในชุมชนเกิดความตระหนัก เห็นความสำคัญของการมาตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีในชุมชน สามารถป้องกันและลดผลกระทบจากโรคมะเร็งลำไส้ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับคะแนนความรู้ ระดับคะแนนการปฏิบัติการคัดกรองและระดับคะแนนการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายหลังได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์สูงกว่าก่อนการเรียนรู้
2. ระดับคะแนนความรู้ ระดับคะแนนการปฏิบัติการคัดกรองและระดับคะแนนการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายหลังได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ โดยสาระสำคัญของความรู้และ



การปฏิบัติใช้แนวทางจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบไปด้วย สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา การป้องกัน การปฏิบัติการคัดกรอง การปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคมะเร็งลำไส้ และใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) ของโคลบ¹² มาประยุกต์เป็นกลวิธีในการเรียนรู้ ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ชั้น คือ ชั้นที่ 1 ประสบการณ์ (concrete experience) โดยให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ เพื่อถึงประสบการณ์ของตนเองออกมาใช้ในการเรียนรู้และแบ่งปันประสบการณ์ตนเองกับผู้อื่น ชั้นที่ 2 สะท้อนความคิดและอภิปราย (reflective observation) กลุ่มตัวอย่างช่วยกันแสดงความคิดเห็นและวิเคราะห์ความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้เพื่อให้ได้ความคิดที่หลากหลาย ชั้นที่ 3 ความคิดรวบยอด (abstract conceptualization) สรุปความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ที่ได้มาจากชั้นที่ 1 และชั้นที่ 2 และผู้วิจัยเสริมความรู้โดยผ่านแผนการเรียนรู้ตามแนวทางคัดกรองเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ชั้นที่ 4 ทดลองปฏิบัติ (active experimentation) กลุ่มตัวอย่างทุกคนฝึกปฏิบัติ โดยการจับคู่สัณยย้อนกลับ ขั้นตอนการปฏิบัติการคัดกรองและการปฏิบัติให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ตามแนวทางการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้จนชำนาญและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งจะนำมาสู่ความรู้ และการปฏิบัติคัดกรองและการปฏิบัติให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดีขึ้นต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม และวัดผลก่อนและหลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ 6 สัปดาห์ (two groups pretest-posttest design)

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1,606 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการประมาณค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในการศึกษาที่ใกล้เคียง จากการศึกษาของ อรอนงค์ ธรรมจินดา¹⁵ เรื่อง ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ และการปฏิบัติของครูผู้ดูแลเด็กในการประเมินสุขภาพเด็กปฐมวัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ จากการประเมินค่า โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 ใช้อำนาจการทดสอบ (power of test) .80 และคำนวณค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) ได้เท่ากับ 1.79 เนื่องจากค่า effect size มีค่าเกิน 1 ตามข้อเสนอแนะให้เลือกใช้ค่าขนาดอิทธิพลปานกลาง จึงเลือกใช้ medium effect ที่ .60 แล้วนำมาเปิดตารางของ เบิร์นและโกรฟ¹⁶ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 ราย และคำนวณการขาดหายไปของการมีส่วนร่วมกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (20% dropout rate) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 ราย เพื่อให้ง่ายต่อการแบ่งกลุ่มในการทำกิจกรรมจึงเพิ่มเป็นกลุ่มละ 20 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกจาก 9 ตำบล ในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง โดยตำบลจะถูกสุ่มเข้ากลุ่มแบบสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน จับขึ้นมา 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง คือ ตำบลลำปางหลวง ครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม คือ ตำบลไสโฮหิน เมื่อได้ตำบลแล้ว กลุ่มตัวอย่าง อสม. จะได้คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็น อสม. ตำบลลำปางหลวง เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และ อสม.ตำบลไสโฮหิน เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 3 ปี สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ มีประสบการณ์ในการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้มาก่อน และยินดีเข้าร่วมตลอดการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่วิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 ชุดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ได้แก่ แผนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สื่อการสอนและวีดิทัศน์

1.2 อุปกรณ์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ได้แก่ ชุดโมเดลสถานการณ์การตรวจคัดกรองหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ

1.3 คู่มือความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ การคัดกรองและการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การได้รับการอบรมเรื่องมะเร็งลำไส้และประสบการณ์ในการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้

2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงตามนโยบายแผนยุทธศาสตร์ ทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 ชุดย่อย ข้อคำถามมีลักษณะปลายปิด มีคำตอบ 2 คำตอบ ให้เลือกเพียง 1 คำตอบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์การแปลผลตามหลักของ บลูม¹⁷ แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับตามช่วงคะแนน คือ ระดับดี หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ 21-30 คะแนน ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ 11-20 คะแนน และระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน

2.3 แบบสังเกตการปฏิบัติการคัดกรองและแบบสังเกตการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ของนโยบายแผนยุทธศาสตร์และแนวทางการแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ แบบสังเกตการปฏิบัติละ 10 ข้อ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตการปฏิบัติการคัดกรองและการสังเกตการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ กำหนดเกณฑ์การปฏิบัติออกเป็น 2 ระดับ โดยดัดแปลงจาก ณัฐธิดา ท้าวนิล¹⁸ ดังนี้ ปฏิบัติได้ถูกต้อง หมายถึง มีการปฏิบัติการคัดกรอง/การปฏิบัติการให้คำแนะนำ ตามรายการที่กำหนดไว้ครบถ้วนและถูกต้อง ให้คะแนน 1 คะแนน และปฏิบัติไม่ถูกต้อง หมายถึง มีการปฏิบัติการคัดกรอง/การปฏิบัติการให้คำแนะนำ ตามรายการที่กำหนดไว้ไม่ครบถ้วน หรือปฏิบัติตามรายการที่กำหนดไว้ครบแต่ไม่ถูกต้อง ให้คะแนน 0 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์การแปลผลการปฏิบัติ คือ การปฏิบัติผ่าน หมายถึง ปฏิบัติการปฏิบัติการคัดกรอง/ปฏิบัติการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ได้ถูกต้อง มีคะแนน 10 คะแนน (ร้อยละ 100) และการปฏิบัติไม่ผ่าน หมายถึง ปฏิบัติการปฏิบัติการคัดกรอง/ปฏิบัติการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ได้ถูกต้อง มีคะแนน 0-9 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 100)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ แบบสังเกตการปฏิบัติการคัดกรองมะเร็งลำไส้และแบบสังเกตการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้เท่ากับ .97, 1 และ 1 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับ อสม.ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย จากนั้นนำไปหาความยากง่ายได้ค่าเท่ากับ .67 อำนาจจำแนกได้ค่าเท่ากับ .28 และทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้เท่ากับ .81 และแบบการสังเกตการปฏิบัติ แบ่งเป็นแบบการสังเกตการปฏิบัติการคัดกรองและแบบสังเกตการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ ผู้วิจัยนำแบบสังเกตการปฏิบัติการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้มาปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้การสังเกต



การปฏิบัติจริงของ อสม.ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ผู้วิจัยทดลองสังเกตพร้อมกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน โดยการกระทำพร้อม ๆ กัน นำผลที่ได้จากการสังเกตมาเปรียบเทียบ¹⁹ ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งสองแบบสังเกต เท่ากับ 1 ทั้งสองแบบการสังเกตการปฏิบัติ

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 148/2562 และได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะคาและนายกเทศมนตรีตำบลป่าปงหลวง ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน โดยการแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานทุกขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือการตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยซึ่งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกกลุ่มตัวอย่าง ขณะดำเนินการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบกำหนด สามารถบอกเลิกจากการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยถือเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และมีกรลงลายมือชื่อในแบบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง อสม.ทำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ และผลิตภัณฑ์การปฏิบัติคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้และการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ตามประสบการณ์เดิมของ อสม.หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมผู้วิจัยนัดอีกครั้งสัปดาห์ที่ 3-6 ส่วนกลุ่มทดลองดำเนินการตามกิจกรรม กิจกรรมที่ 1 (ขั้นประสบการณ์) แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ การปฏิบัติการคัดกรองมะเร็งลำไส้ และการปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคมะเร็งลำไส้ กิจกรรมที่ 2 (ขั้นสะท้อนความคิดและอภิปราย) ช่วยกันวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงอาการและอาการแสดง และช่วยกันวิเคราะห์หาแนวทางการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ เช่นวิธีการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ และการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ของกรณีศึกษา และกิจกรรมที่ 3 (ขั้นความคิดรวบยอด) แต่ละกลุ่มออกมานำเสนอหน้าชั้นเรียนและช่วยกันสรุปปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษา แนวทางการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้จากกรณีศึกษา ผู้วิจัยเพิ่มเติมส่วนเนื้อหาในส่วนที่ขาด หลังจากนั้นเพิ่มเติมความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ด้วยการเปิดวีดิทัศน์ และบรรยายสไลด์เนื้อหาประกอบการบรรยายเรื่องความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ตามของ อสม. พร้อมทั้งแจกคู่มือความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ การคัดกรองและการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้สำหรับ อสม.

สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ทบทวนความรู้จากสัปดาห์ที่ 1 และเข้าสู่แผนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 1 (ขั้นความคิดรวบยอด) ผู้วิจัยสอนการปฏิบัติการคัดกรองและการปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคมะเร็งลำไส้ตามแนวการคัดกรองมะเร็งลำไส้ตามนโยบายแผนยุทธศาสตร์และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยผ่านการบรรยายสไลด์ฉายวีดิทัศน์ และการสาธิตการคัดกรองโดยชุดโมเดลตรวจคัดกรองเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (FIT) กิจกรรมที่ 2 (ขั้นการทดลองปฏิบัติ) อสม.ทุกคนฝึกปฏิบัติ โดยการจับคู่สาธิตย้อนกลับ ขั้นตอนการปฏิบัติการคัดกรองและการปฏิบัติให้คำแนะนำโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงตามแนวทางการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ ทั้งหมด 10 คู่ โดยมีผู้วิจัยคอยดูแล

และแนะนำ เพื่อความถูกต้องและเกิดทักษะในการปฏิบัติการคัดกรองและการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ได้อย่างถูกต้อง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

สัปดาห์ที่ 3-6 ผู้วิจัยประเมินความรู้และการปฏิบัติหลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ โดยให้อสม.กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามความรู้และผลัดกันสาธิตการปฏิบัติการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้และการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ส่วน อสม.กลุ่มทดลอง ทำแบบสอบถามความรู้ ใช้เวลา 20 นาที และลงพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบชุมชนพร้อมผู้วิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเลือกประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบ 1 ราย แล้วปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคมะเร็งลำไส้คนละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 15 นาที/ 1 ราย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้และแบบประเมินการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปที่ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ ข้อมูลที่เป็นสัดส่วน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-Square Test หรือ Fisher's Exact test ส่วนข้อมูลต่อเนื่อง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test ตามลักษณะของข้อมูล

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้, ระดับคะแนนการปฏิบัติการคัดกรองและระดับคะแนนการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ด้วยสถิติ McNemar test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้, ระดับคะแนนการปฏิบัติการคัดกรองและระดับคะแนนการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Fisher's Exact test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า อสม.กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งหมดเป็นเพศหญิงทั้งหมด โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงานเป็น อสม. การได้รับการอบรมเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และการมีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ โดย อสม.ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 56.00 ปี (SD.=7.99) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. 3-10 ปี ระยะปฏิบัติงานเฉลี่ย 12.80 ปี ได้รับอบรมเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ส่วนใหญ่ทุก 2 ปี และมีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ส่วนใหญ่ 1 ปี ส่วน อสม.ในกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 56.40 ปี (SD.=4.31) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. 3-10 ปี ระยะปฏิบัติงานเฉลี่ย 16.10 ปี ได้รับการอบรมเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ส่วนใหญ่ทุก 2 ปี และมีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ส่วนใหญ่ 1 ปี มีเพียงข้อมูลระดับการศึกษาที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.025$) โดย อสม.ในกลุ่มทดลองมีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 65.0 แต่ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 40 มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง (n=20) และกลุ่มควบคุม (n=20)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					.741 ²
30-59 ปี	12	60.0	14	70.0	
60 ปีขึ้นไป	8	40.0	6	30.0	
อายุเฉลี่ย (S.D.)	56.00	(7.99)	56.40	(4.31)	.845 ³
ระดับการศึกษา					.025 ²
ประถมศึกษา	13	65.0	5	25.0	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	10.0	8	40.0	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	15.0	6	30.0	
อนุปริญญา / ปวส.	2	10.0	0	0	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	0	0	1	5.0	
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม.					.753 ²
3-10 ปี	11	55.0	9	45.0	
11-20 ปี	4	20.0	4	20.0	
21-30 ปี	4	20.0	4	20.0	
31 ปีขึ้นไป	1	5.0	3	15.0	
ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย (S.D.)	12.80	(9.89)	16.10	(10.94)	.323 ³
การได้รับอบรมเรื่องโรคมะเร็งลำไส้					1.000 ¹
ทุก 1 ปี	8	40.0	8	40.0	
ทุก 2 ปี	12	60.0	12	60.0	
ประสบการณ์ในการตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้					.648 ¹
1 ปี	9	45.0	11	55.0	
2 ปี	7	35.0	7	35.0	
3 ปี	4	20.0	2	10.0	

¹Chi-Square Test, ²Fisher's Exact test, ³Independent t-test

3. เปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้และระดับคะแนนการปฏิบัติการคัดกรองและระดับคะแนนการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

3.1 ระดับคะแนนความรู้โรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่หลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.003$) (ตารางที่ 2)

3.2 ระดับคะแนนการปฏิบัติการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่หลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) (ตารางที่ 3)



3.3 ระดับคะแนนการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่หลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนความรู้โรคมะเร็งลำไส้ของ อสม. ก่อนและหลังทดลอง

ระดับคะแนน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความรู้ก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์					1.000
ระดับดี (คะแนน 21-30)	9	45.0	9	45.0	
ระดับปานกลาง (คะแนน 11-20)	11	55.0	11	55.0	
ระดับต่ำ (คะแนน 0-10)	0	0	0	0	
ความรู้หลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์					.003
ระดับดี (คะแนน 21-30)	20	100.0	12	60.0	
ระดับปานกลาง (คะแนน 11-20)	0	0	8	40.0	
ระดับต่ำ (คะแนน 0-10)	0	0	0	0	

หมายเหตุ ใช้สถิติ Fisher's Exact test

ตารางที่ 3 คะแนนการปฏิบัติการคัดกรองและคะแนนการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ของ อสม. ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์					
การปฏิบัติการคัดกรอง					1.000
ปฏิบัติผ่าน (คะแนน 10)	0	0	0	0	
ปฏิบัติไม่ผ่าน (คะแนน 0-9)	20	100.0	20	100.0	
การปฏิบัติให้คำแนะนำ					1.000
ปฏิบัติผ่าน (คะแนน 10)	0	0	0	0	
ปฏิบัติไม่ผ่าน (คะแนน 0-9)	20	100.0	20	100.0	
หลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์					
การปฏิบัติการคัดกรอง					< .001
ปฏิบัติผ่าน (คะแนน 10)	20	100.0	0	0	
ปฏิบัติไม่ผ่าน (คะแนน 0-9)	0	0	20	100.0	
การปฏิบัติให้คำแนะนำ					< .001
ปฏิบัติผ่าน (คะแนน 10)	20	100.0	0	0	
ปฏิบัติไม่ผ่าน (คะแนน 0-9)	0	0	20	100.0	

หมายเหตุ ใช้สถิติ Fisher's Exact test



อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานข้อ 1 ที่พบว่า ระดับคะแนนความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายหลังได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์สูงกว่าก่อนเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้การปฏิบัติการคัดกรอง และการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้เพิ่มสูงขึ้นอาจเนื่องมาจาก กระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่เน้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ เป็นการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากกิจกรรมหรือการปฏิบัติซึ่งเป็นประสบการณ์เดิมของผู้เรียนเพื่อนำไปสู่ความรู้ความเข้าใจมากขึ้น และสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง^{11,20} จากการศึกษาในครั้งนี้ได้นำกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์มาใช้ โดยกลุ่มตัวอย่างมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงอาการและอาการแสดง การป้องกันโรค และการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ และให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิดและอภิปรายปัจจัยเสี่ยงอาการและอาการแสดง และช่วยกันวิเคราะห์ หาแนวทางการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ของกรณีศึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยเสริมความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการพัฒนาความรู้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น และส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจและความมั่นใจในตนเอง²¹ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธิดา ท้าวนิล¹⁸ ศึกษาเรื่อง ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การคัดกรอง และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับคะแนนความรู้ การปฏิบัติการคัดกรองและการปฏิบัติให้คำแนะนำโรคพยาธิใบไม้ตับ สูงกว่าก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสนับสนุนสมมติฐานข้อ 2 ที่พบว่า ระดับคะแนนความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกัน โรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายหลังได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ตามลำดับ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า จากการทดลองพบว่า ประสบการณ์การคัดกรองมะเร็งลำไส้และระดับคะแนนความรู้ก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ซึ่งรูปแบบการเรียนรู้ในอดีต (passive learning) เป็นการเรียนรู้ที่มีการสอนแบบบรรยาย ผู้เรียนนั่งฟังผู้สอน ผู้สอนพูดฝ่ายเดียวไม่สนใจข้อมูลย้อนกลับหรือการแสดงออกของผู้เรียน รูปแบบการเรียนรู้จึงจำกัดแค่ผู้เรียนเกิดความรู้ จำได้ แต่ความสามารถนำไปใช้หรือทักษะในการปฏิบัติมีน้อย เนื่องจากผู้เรียนขาดกระบวนการสะท้อนคิดหรือการจัดการกับความคิด ขาดการทดลองและปฏิบัติ¹¹ จากที่กล่าวข้างต้น การมีประสบการณ์มากจะส่งผลให้มีความรู้และการปฏิบัติดีขึ้น²² เมื่อนำข้อมูลส่วนบุคคลในด้านของอายุและการศึกษามาเปรียบเทียบระหว่างทั้ง 2 กลุ่มพบว่าอายุส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนั้นอยู่ในช่วงอายุ 30-59 ปี กลุ่มทดลองร้อยละ 60 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 70 ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งอายุเป็นตัวบ่งชี้ความสามารถในการเรียนรู้ มีอิทธิพลต่อสติปัญญา แต่องค์ประกอบที่สำคัญมากในด้านการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ คือ ประสบการณ์ที่มีคุณค่าอย่างยิ่งของผู้ใหญ่ ซึ่งผู้ใหญ่พาเอาประสบการณ์เหล่านั้นมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการเรียนรู้ และระดับการศึกษา ของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 40 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์²³ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขในประเทศไทย ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมร้อยละ 86.9 ซึ่งการศึกษาไม่มีผลต่อการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เป็นการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากกิจกรรมหรือการปฏิบัติซึ่งเป็นประสบการณ์เดิม เพื่อนำไปสู่ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยผ่านการสะท้อนประสบการณ์ การคิดวิเคราะห์ การสรุป เป็นหลักการ ความคิดรวบยอด และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง¹¹ ในการเข้าร่วมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้มีการเรียนรู้ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ในการปฏิบัติการคัดกรองและ

การปฏิบัติการให้คำแนะนำการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ ได้สะท้อนคิดและอภิปราย เกิดเป็นความรู้ที่หลากหลาย เป็นความคิดรวบยอด และได้ทดลองสลับคู่กันปฏิบัติเพื่อเพิ่มความมั่นใจและปฏิบัติการคัดกรองและปฏิบัติการให้คำแนะนำที่ถูกต้อง ก่อนนำไปปฏิบัติจริงในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้กลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ได้กระตุ้นคิด ได้ทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้องและสามารถจดจำและนำไปใช้อย่างยั่งยืนมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนเพียงอย่างเดียวจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ได้ทดลองปฏิบัติ ซึ่งสามารถพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติได้พอควร แต่อาจจะจดจำได้น้อยและไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ ธรรมจินดา¹⁵ พบว่า ระดับคะแนนความรู้และการปฏิบัติของครูผู้ดูแลเด็กในการประเมินสุขภาพเด็กปฐมวัย เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้เห็นว่าการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การคัดกรองและการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ ประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์ การสะท้อนคิด และอภิปราย เกิดเป็นความคิดรวบยอด และทดลองหรือปฏิบัติได้ ครอบคลุมในเรื่องของความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กลุ่มทดลอง) ทำให้มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้เพิ่มมากขึ้นและถูกต้อง ส่งผลให้สามารถนำไปปฏิบัติในการคัดกรอง และการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ถูกต้องและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามผลของการศึกษาในระยะยาวที่เกี่ยวข้องกับความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของประสิทธิผลในการเรียนรู้เชิงประสบการณ์
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการปฏิบัติการให้คำแนะนำโรคมะเร็งต่าง ๆ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

References

1. 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):683–91.
2. World Cancer Research Fund International. Colorectal cancer statistics [internet]. 2018 [cited 2019 Aug 1] Available from: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/colorectal-cancer-statistics>.
3. Imsamran W, Pattatang A, Supattagorn P, Chiawiriyabunya I, Namthaisong K, Wongsena M, et al. Cancer in Thailand Vol. IX, 2013–2015. Bangkok: New Thammada Press (Thailand);2018.
4. 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 2017;9(8):108.
5. Kittrongsiri K, Chaikledkaew U. Economic evaluation of colorectal cancer screening: A systematic review. Mahidol University Journal of Pharmaceutical Sciences 2014;14(2):31–8. (in Thai)
6. Khuaprema T, Sangrajrang S, Lalitwongsa S, Chokvanitphong V, Raunroadroong T, Ratanachu-ek T, et al. Organised colorectal cancer screening in Lampang Province, Thailand: preliminary results from a pilot implementation programme. BMJ open 2014;4(1):e003671.
7. Chan AT, Giovannucci EL. Primary prevention of colorectal cancer. Gastroenterology 2010;138(6):2029–43.



8. National Cancer Institute. Guidelines for operation and data recording Colorectal cancer screening project by FIT test [internet]. 2018 [cited 2019 Aug 1] Available from: http://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/ptu/update1761.pdf. (in Thai).
9. Panjan V, Sukornyotin S, Chaiwerawattana A, Imsamran W. Colorectal cancer screening. Bangkok: Kosit Press (Thailand);2015. (in Thai)
10. Sararak M. Empowerment of Village health volunteers (VHV). Journal of Ubon Ratchathani University 2010;12(2):39–48. (in Thai)
11. Department of Mental Health. Guidelines for participatory training. Bangkok; Wongkamol Production; 2000. (in Thai)
12. Kolb A, Kolb D. Eight important things to know about the experiential learning cycle. Australian Educational Leader 2018;40(3),8–14.
13. Lampang Provincial Health Officer. The target population has been screened for colorectal cancer (coverage by area) [internet]. 2018 [cited 2019 Aug 1] Available from: https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=59acae7a68f02c8e2c0cb88dfc6df3b3&id=6c88a8d6cbd2779301d3198b82a45cdf.
14. Lampangluang Public Health Service Center. Quality development of the sub-district health promoting Hospital Tid Dao 2018. Lampang: Public Health Service Center. 2018. (in Thai)
15. Thammajinda O, Chaeye K, Chatwilailak P. Effects of experiential learning on knowledge and practice of kindergarten teachers in relation to preschoolers' Health assessment for the prevention and control of Communicable diseases. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2018; supplement (August–October):1–16. (in Thai)
16. Burn N, Grove SK. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. Missouri:Elsevier;2009.
17. Tisana K. Science of Teaching. 5th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing Press;2007. (in Thai)
18. Tawnil N. Effects of experiential learning on knowledge, screening, and advice regarding opisthorchiasis among village health volunteers [Master thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University. 2019. (in Thai)
19. Koo KT, Li YM. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. Journal of Chiropractic Medicine 2016;15;155–63.
20. Meethip N, Tumdee D, Bhuddhirakkul P. Effects of experiential learning on knowledge and screening practice and advice for hypertension among village health volunteers. Nursing Journal 2016;43(Supplement December):104–15. (in Thai)
21. Chiangpiew N. Effects of participatory learning regarding stroke prevention on knowledge and self-efficacy among village health volunteers [Master thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University.2015. (in Thai)
22. Srijompon J, Muktabhant B. Association between knowledge and attitude and practice of village health volunteer in capillary blood glucose checking for diabetic patients living in Wiangkum Subdistrict, Kumpawapi District, Udonthani Province. Journal of Sakhon Hospital 2019;21(2);79–87. (in Thai)
23. Chuengsatiansup K. Health volunteers in the context of change:potential and developmental strategies. Journal of Health Systems Research 2007;1(3–4);268–379. (in Thai)