

ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่ม
เสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลศรีตระกุล อำเภออุทุมพร จันทบุรี

Effects of a Community-Participatory Health Literacy Program on Opisthorchiasis
Prevention among a High-Risk Population in Sri Trakul Subdistrict, Khukhan District,
Sisaket Province

ประกอบกิจ ศิลาโชติ¹ พุทธิไกร ประมวล²

Prakobkit Silachote¹ Putthikrai Pramual²

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนน อำเภออุทุมพร จันทบุรี

²กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

(Received: May, 27 2026; Accepted: August, 5 2026)

บทคัดย่อ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของมะเร็งท่อน้ำดี และยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในอำเภออุทุมพร
จังหวัดศรีสะเกษ การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้
ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม
กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองในตำบลศรีตระกุลและกลุ่ม
เปรียบเทียบในตำบลเสนาใหญ่ กลุ่มละ 50 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน กลุ่มทดลองได้รับ
โปรแกรมที่ประยุกต์แนวความคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นเวลา 8
สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการให้ความรู้ตามปกติ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ
เชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุตัวแปร

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6
องค์ประกอบ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติทุกด้าน ($p < 0.001$) โดยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น 6.56 คะแนน (adjusted mean
difference = 6.56; 95% CI: 5.34–7.78) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมี
คะแนนผลลัพธ์ทุกด้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนความรู้ การ
เข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่ม
เปรียบเทียบ 1.22, 3.41, 2.24, 1.24, 1.82, 2.81 และ 4.14 คะแนน ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรค
มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มมากที่สุด 5.82 คะแนน (adjusted mean difference = 5.82; 95% CI: 4.64–
7.01) โปรแกรมนี้มีประสิทธิผลในการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้
ตับ สามารถขยายผลสู่พื้นที่เสี่ยงอื่นได้โดยใช้กลไก อสม และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิ
ใบไม้ตับ

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, โรคพยาธิใบไม้ตับ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, พฤติกรรมการป้องกันโรค

Abstract

Liver fluke infection is an important risk factor for cholangiocarcinoma and remains a public health problem in Khukhan District, Sisaket Province. This two-group pretest–posttest quasi-experimental study aimed to compare health literacy, community participation, and liver fluke prevention behaviors within and between groups. The sample comprised 100 at-risk individuals, divided into an experimental group from Sri Trakul Subdistrict and a comparison group from Sadao Yai Subdistrict, with 50 participants in each group. Participants were selected using two-stage random sampling. The experimental group received an eight-week program integrating Nutbeam’s health literacy concept with community participation, whereas the comparison group received routine health education. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics and multivariable linear regression.

The results showed that, after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores for all six components of health literacy, community participation, and liver fluke prevention behaviors than before the intervention ($p < 0.001$). The prevention behavior score increased by 6.56 points (adjusted mean difference = 6.56; 95% CI: 5.34–7.78). Post-intervention comparisons between the groups showed that the experimental group had significantly higher scores for all outcomes than the comparison group ($p < 0.05$). The adjusted mean differences between the experimental and comparison groups were 1.22 points for knowledge, 3.41 points for access to health information, 2.24 points for health communication, 1.24 points for decision-making, 1.82 points for media literacy, 2.81 points for self-management, and 4.14 points for community participation. The greatest between-group difference was observed in prevention behaviors, with an adjusted mean difference of 5.82 points (95% CI: 4.64–7.01). The program was effective in improving health literacy and liver fluke prevention behaviors and can be scaled up to other high-risk areas by utilizing village health volunteers and community participation mechanisms.

Keywords: health literacy, liver fluke infection, community participation, prevention behaviors

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับจาก *Opisthorchis viverrini* เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในลุ่มแม่น้ำโขง และได้รับการจัดเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์กลุ่มที่ 1 เนื่องจากสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับมะเร็งท่อน้ำดี (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2016; Kaewpittoon et al., 2008) ประเทศไทยมีอุบัติการณ์มะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับสูงมาก โดยมีอัตราการอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุเท่ากับ 33.4 ต่อประชากรแสนคนในเพศชาย และ 12.3 ต่อประชากรแสนคนในเพศหญิง (Prueksapanich et al., 2018) ปัญหาดังกล่าวมีความสำคัญเป็นพิเศษในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและการบริโภคปลาน้ำจืดแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. 2559–2568 เป็นกรอบการดำเนินงานระดับชาติ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) สำหรับจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าอัตราการตายจากมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มจาก 18.89 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2562 เป็น 20.45 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2563 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2563) นอกจากนี้ มีรายงานความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดร้อยละ 7.15 และอำเภوخุขันมีความชุกร้อยละ 22.37 ซึ่งเป็นค่าสูงสุดของจังหวัด โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่งจาก 28 แห่งมีความชุกเกินร้อยละ 10 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2560; สำนักงานสาธารณสุขอำเภوخุขัน, 2563) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าอำเภوخุขันยังเป็นพื้นที่ที่จำเป็นต้องดำเนินการมาตรการป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมบริโภคปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (อังษณา ศปัญญา, 2556; วันชัย เหล่าเสถียรกิจ และคณะ, 2559) ความเคยชินและบริบททางวัฒนธรรมอาหารอาจทำให้การเพิ่มความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ถาวร ทุมสะกะ และสุชาดา ภัยหลีกี่, 2558; Perakanya et al., 2022) อีกทั้งยังพบการติดเชื้อซ้ำในผู้ที่ได้รับการรักษาแล้ว โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (เกษร แถวโนนจิว และคณะ, 2559; วรุฒิ นามวงศ์ และคณะ, 2562) การป้องกันโรคจึงควรพัฒนาทักษะที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจและจัดการพฤติกรรมของตนเอง

แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ครอบคลุมความรู้ระดับเชิงหน้าที่ เชิงปฏิสัมพันธ์ และเชิงวิพากษ์ ขณะที่กรอบบูรณาการของ Sørensen และคณะ (2012) เน้นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Walters และคณะ (2020) ซึ่งครอบคลุมงานวิจัย 22 เรื่อง พบว่าการแทรกแซงด้านความรู้ด้านสุขภาพช่วยยกระดับความรู้ได้ใน 15 เรื่อง และช่วยปรับปรุงผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมได้ใน 7 เรื่องจาก 8 เรื่องที่ประเมินผลลัพธ์ดังกล่าว ในบริบทประเทศไทย ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพ (Khamrin et al., 2021) ส่วนการศึกษาในจังหวัดศรีสะเกษพบว่า สื่ออิเล็กทรอนิกส์ช่วยเพิ่มความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ (ศศิธร เจริญประเสริฐ และคณะ, 2565) อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวยังมุ่งประเมินผลด้านความรู้และทัศนคติเป็นหลัก โดยยังไม่ครอบคลุม

ทักษะความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างเป็นระบบ

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกสำคัญของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้เชื่อมประสานระหว่างหน่วยบริการ ครอบครัว และชุมชน (Rakue et al., 1998) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Haldane และคณะ (2019) พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา ดำเนินการ และประเมินบริการสุขภาพช่วยเพิ่มความรู้ ความตระหนัก และความสามารถในการพึ่งตนเองของชุมชน เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารเกี่ยวข้องกับครอบครัว กลุ่มเพื่อน ผู้นำชุมชน และบรรทัดฐานทางสังคม การให้ชุมชนร่วมกำหนดมาตรการและติดตามเสริมพลังจึงอาจสนับสนุนให้ประชาชนนำความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในวิถีประจำวันได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาในบริบทโรคพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านความรู้หรือทัศนคติ และมีข้อจำกัดในการบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพหลายองค์ประกอบเข้ากับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะในประชาชนกลุ่มเสี่ยง การวิจัยครั้งนี้จึงพัฒนาและประเมินโปรแกรมที่ครอบคลุมความรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และประเมินผลด้านความรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลศรีตระกูล อำเภوخุขัน จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอำเภوخุขัน จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มทดลองมาจากเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนน ตำบลศรีตระกูล และกลุ่มเปรียบเทียบจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองสูง ตำบลสะเดาใหญ่ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2551) กำหนดค่าพารามิเตอร์จากการศึกษาของรจนารถ ชูใจ และคณะ (2564) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ได้ขนาดตัวอย่าง 41 คนต่อกลุ่ม เมื่อปรับเพิ่มเพื่อรองรับการสูญหายจากการติดตามร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำประมาณ 46 คนต่อกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 50 คน รวมทั้งสิ้น 100 คน ใช้การสุ่มสองขั้นตอน ได้แก่ สุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่งแบบแบ่งกลุ่มเพื่อกำหนดพื้นที่ และสุ่มกลุ่มเสี่ยงแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนร่วมกับการสุ่มอย่างเป็นระบบ

เกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน (2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ (3) ตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคปลาน้ำจืดหรือผลิตภัณฑ์จากปลาแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ และ (4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ (1) มีความบกพร่องด้านการรู้คิดหรือมีปัญหาทางจิตที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ (2) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ (3) อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือ (4) มีโรครุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับของ Nutbeam (2008) ได้แก่ ความรอบรู้เชิงหน้าที่ เชิงปฏิสัมพันธ์ และเชิงวิพากษ์ร่วมกับสมรรถนะด้านการเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพตามกรอบของ Sørensen และคณะ (2012) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Haldane et al., 2019) กิจกรรมได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในพื้นที่

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย ได้แก่

1. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน การแปลผลประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom (1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ 0-5 คะแนน ระดับปานกลาง 6-7 คะแนน และระดับสูง 8-10 คะแนน

2. แบบประเมินทักษะความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ด้านละ 5 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 5-20 คะแนน การแปลผลรายด้านประยุกต์เกณฑ์ของ Best (1981) แบ่งเป็นระดับต่ำ 5-10 คะแนน ระดับปานกลาง 11-15 คะแนน และระดับสูง 16-20 คะแนน

3. ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-45 คะแนน การแปลผลประยุกต์เกณฑ์ของ Best (1981) แบ่งเป็นระดับต่ำ 15-25 คะแนน ระดับปานกลาง 26-35 คะแนน และระดับสูง 36-45 คะแนน

4. ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-45 คะแนน การแปลผลประยุกต์เกณฑ์ของ Best (1981) แบ่งเป็นระดับต่ำ 15-25 คะแนน ระดับปานกลาง 26-35 คะแนน และระดับสูง 36-45 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความเหมาะสมของภาษา และความชัดเจนของข้อความถาม จากนั้นคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ผลการประเมินได้ค่า IOC ระหว่าง 0.65-0.92 และปรับปรุงข้อความถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อนำไปทดลองใช้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองกลาง ตำบลตาอุด อำเภอลำดวน จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่อยู่ในพื้นที่ศึกษา วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่า 0.81 ส่วนแบบประเมินทักษะความรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรค และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.76-0.93

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงการดำเนินโปรแกรม และให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ และแนวทางป้องกันโรค

สัปดาห์ที่ 2 พัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยแนะนำแหล่งข้อมูลที่นำเชื่อถือ ผึกค้นหา และเลือกใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

สัปดาห์ที่ 3 พัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิเคราะห์ข่าว ข้อความ คลิปวิดีโอ และสื่อออนไลน์ ผึกแยกแยะข้อมูลที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง และตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูล

สัปดาห์ที่ 4 พัฒนาทักษะการสื่อสารสุขภาพ โดยฝึกการสนทนา การตั้งคำถาม และการสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนฝึกถ่ายทอดข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวและชุมชน

สัปดาห์ที่ 5 พัฒนาทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ โดยใช้กรณีศึกษาและสถานการณ์จำลองเกี่ยวกับการบริโภคปลาน้ำจืดหรือผลิตภัณฑ์จากปลาแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ให้ผู้เข้าร่วมวิเคราะห์ทางเลือกพิจารณาผลดีและผลเสีย และเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 6 พัฒนาทักษะการจัดการตนเอง โดยให้ผู้เข้าร่วมกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บันทึกและติดตามพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งทบทวนปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

สัปดาห์ที่ 7 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้ผู้เข้าร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และกำหนดมาตรการป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ พร้อมทั้งติดตามเยี่ยมบ้านและเสริมพลังแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

สัปดาห์ที่ 8 สรุปกิจกรรม ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมนำเสนอผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการให้ความรู้และบริการเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามแนวทางปกติของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม 8 สัปดาห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2568 ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับคำชี้แจงและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บข้อมูล 2 ครั้ง ดังนี้

1. ครั้งที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนเริ่มดำเนินโปรแกรม โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรค และแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. ครั้งที่ 2 เก็บข้อมูลหลังการทดลองเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 จากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงเวลาเดียวกัน โดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรค และแบบประเมินการมีส่วนร่วมชุดเดียวกับก่อนการทดลอง

3. ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของแบบสอบถามก่อนบันทึกลงในฐานข้อมูล แบบสอบถามแต่ละชุดใช้รหัสแทนชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และจัดเก็บข้อมูลโดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการทดลองภายในแต่ละกลุ่ม และเปรียบเทียบคะแนนภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุตัวแปร (multivariable linear regression) โดยปรับคะแนนก่อนการทดลอง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการอบรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และประวัติการตรวจหาพยาธิ เพื่อลดอิทธิพลของความแตกต่างพื้นฐาน และตัวแปรกวนที่วัดได้ระหว่างกลุ่ม นำเสนอผลด้วยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ปรับแล้ว (adjusted mean difference) และช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ SPPH 2025-092 ลงวันที่ 11 มิถุนายน 2568

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 50.64 ± 8.35 และ 51.76 ± 9.19 ปี ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกร เมื่อพิจารณาเชิงพรรณนา พบว่าสัดส่วนเพศ ประวัติการอบรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบางช่องทางแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 50) n (%)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 50) n (%)
เพศ		
ชาย	5 (10.00)	16 (32.00)
หญิง	45 (90.00)	34 (68.00)
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 40 ปี	6 (12.00)	4 (8.00)
40-49 ปี	14 (28.00)	12 (24.00)
50-59 ปี	23 (46.00)	26 (52.00)
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	7 (14.00)	8 (16.00)
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	50.64 $\pm$ 8.35	51.76 $\pm$ 9.19
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	52 (33-72)	52 (25-71)
สถานภาพสมรส		
โสด	2 (4.00)	2 (4.00)
สมรส	41 (82.00)	45 (90.00)
หย่าร้าง	4 (8.00)	2 (4.00)
หม้าย	3 (6.00)	1 (2.00)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	20 (40.00)	18 (36.00)
มัธยมศึกษาตอนต้น	6 (12.00)	15 (30.00)
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.	20 (40.00)	13 (26.00)
อนุปริญญาหรือ ปวส.	4 (8.00)	4 (8.00)
อาชีพ		
เกษตรกร	41 (82.00)	37 (74.00)
รับจ้าง	2 (4.00)	4 (8.00)
ค้าขาย	4 (8.00)	3 (6.00)
ว่างงานหรือแม่บ้าน	2 (4.00)	2 (4.00)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (2.00)	4 (8.00)
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 3,000 บาท	10 (20.00)	9 (18.00)
3,000-4,999 บาท	8 (16.00)	15 (30.00)
5,000-7,999 บาท	17 (34.00)	15 (30.00)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 50) n (%)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 50) n (%)
ตั้งแต่ 8,000 บาทขึ้นไป	15 (30.00)	11 (22.00)
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	6,724.00 $\pm$ 4,946.93	6,170.00 $\pm$ 7,114.67
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	8,200 (1,500-25,000)	7,000 (1,500-50,000)
ประวัติการอบรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ		
ไม่เคย	1 (2.00)	4 (8.00)
1 ครั้ง	10 (20.00)	15 (30.00)
ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป	39 (78.00)	31 (62.00)
ประวัติการตรวจหาไข่พยาธิ		
เคยตรวจ	45 (90.00)	43 (86.00)
เคยตรวจพบพยาธิ ¹	4 (8.89)	2 (4.65)
ประวัติการตรวจหาไข่พยาธิของสมาชิกในครอบครัว		
เคยตรวจ	44 (88.00)	38 (76.00)
เคยตรวจพบพยาธิ ¹	2 (4.55)	3 (7.89)
ช่องทางที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ²		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	50 (100.00)	50 (100.00)
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	49 (98.00)	47 (94.00)
หมู่บ้าน		
โทรศัพท์	45 (90.00)	33 (66.00)
ก้านหรือผู้นำชุมชน	36 (72.00)	18 (36.00)
วิทยุชุมชน	39 (78.00)	25 (50.00)
Line	41 (82.00)	28 (56.00)
Facebook	42 (84.00)	28 (56.00)
YouTube	39 (78.00)	30 (60.00)
TikTok	35 (70.00)	24 (48.00)
ช่องทางอื่น ๆ	35 (70.00)	23 (48.00) ³

หมายเหตุ: ¹ ร้อยละคำนวณจากจำนวนผู้ที่เคยตรวจหาไข่พยาธิในแต่ละกลุ่ม ² ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ³

2. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลัง ทดลองภายในกลุ่ม

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความ
รอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ การมีส่วนร่วมของ
ชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าก่อนทดลอง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < 0.001$) โดย
คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นมากที่สุด 6.56
คะแนน (adjusted mean difference = 6.56; 95%
CI: 5.34–7.78) รองลงมาคือการเข้าถึงข้อมูลและบริการ

สุขภาพ ซึ่งเพิ่มขึ้น 4.54 คะแนน (adjusted mean
difference = 4.54; 95% CI: 3.68–5.40)

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนด้าน
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติและการรู้เท่าทันสื่อเพิ่มขึ้นจาก
ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพิ่มขึ้น 1.32
คะแนน (95% CI: 0.48–2.16; $p = 0.0015$) และ 1.72
คะแนน (95% CI: 0.85–2.59; $p < 0.001$) ตามลำดับ
ส่วนคะแนนด้านอื่นไม่แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่ม/ผลลัพธ์	ก่อนทดลอง Mean $\pm$ SD	หลังทดลอง Mean $\pm$ SD	Adj. MD	95% CI	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 50)					
ความรู้	6.58 $\pm$ 1.75	8.28 $\pm$ 1.28	1.70	1.09–2.31	< 0.001
การเข้าถึงข้อมูล	14.16 $\pm$ 2.48	18.70 $\pm$ 1.72	4.54	3.68–5.40	< 0.001
การสื่อสาร	16.06 $\pm$ 2.50	18.44 $\pm$ 1.88	2.38	1.50–3.25	< 0.001
การตัดสินใจ	16.80 $\pm$ 1.86	19.38 $\pm$ 1.23	2.58	1.98–3.18	< 0.001
การรู้เท่าทันสื่อ	16.48 $\pm$ 2.36	18.54 $\pm$ 1.89	2.06	1.21–2.91	< 0.001
การจัดการตนเอง	15.48 $\pm$ 1.79	19.16 $\pm$ 1.36	3.68	3.04–4.32	< 0.001
การมีส่วนร่วมของชุมชน	34.54 $\pm$ 2.29	38.80 $\pm$ 2.84	4.26	3.26–5.26	< 0.001
พฤติกรรมการป้องกันโรค	35.40 $\pm$ 4.01	41.96 $\pm$ 1.97	6.56	5.34–7.78	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 50)					
ความรู้	7.16 $\pm$ 1.74	6.96 $\pm$ 1.93	-0.20	-0.84–0.44	0.5155
การเข้าถึงข้อมูล	15.80 $\pm$ 3.23	16.14 $\pm$ 2.89	0.34	-0.79–1.47	0.5313
การสื่อสาร	16.58 $\pm$ 2.14	16.26 $\pm$ 2.34	-0.32	-1.13–0.49	0.4106
การตัดสินใจ	16.38 $\pm$ 1.94	17.70 $\pm$ 2.39	1.32	0.48–2.16	0.0015
การรู้เท่าทันสื่อ	15.20 $\pm$ 1.85	16.92 $\pm$ 2.39	1.72	0.85–2.59	< 0.001
การจัดการตนเอง	15.82 $\pm$ 2.09	16.56 $\pm$ 2.30	0.74	-0.11–1.59	0.0715
การมีส่วนร่วมของชุมชน	35.18 $\pm$ 2.02	34.84 $\pm$ 2.19	-0.34	-1.17–0.49	0.3938
พฤติกรรมการป้องกันโรค	36.44 $\pm$ 3.68	36.62 $\pm$ 3.16	0.18	-1.21–1.57	0.7871

3. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ภายหลังทดลองระหว่างกลุ่ม

ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนด้านการเข้าถึงข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลลัพธ์ด้านอื่นไม่แตกต่างกัน ภายหลังปรับด้วยคะแนนก่อนทดลอง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการอบรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และประวัติการตรวจหาไข่พยาธิ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกผลลัพธ์ ($p < 0.05$)

พฤติกรรมการป้องกันโรคมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มมากที่สุด โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.82 คะแนน (adjusted mean difference = 5.82; 95% CI: 4.64–7.01; $p < 0.001$) รองลงมาคือการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสูงกว่า 4.14 คะแนน (adjusted mean difference = 4.14; 95% CI: 3.08–5.19; $p < 0.001$) ส่วนคะแนนด้านความรู้ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.22, 3.41, 2.24, 1.24, 1.82 และ 2.81 คะแนน ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังปรับตัวแปรกวน

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง Mean $\pm$ SD	กลุ่มเปรียบเทียบ Mean $\pm$ SD	Adj. MD	95% CI	p-value
ความรู้	8.28 $\pm$ 1.28	6.96 $\pm$ 1.93	1.22	0.61–1.84	< 0.001
การเข้าถึงข้อมูล	18.70 $\pm$ 1.72	16.14 $\pm$ 2.89	3.41	2.58–4.23	< 0.001
การสื่อสาร	18.44 $\pm$ 1.88	16.26 $\pm$ 2.34	2.24	1.38–3.09	< 0.001
การตัดสินใจ	19.38 $\pm$ 1.23	17.70 $\pm$ 2.39	1.24	0.43–2.05	0.0017
การรู้เท่าทันสื่อ	18.54 $\pm$ 1.89	16.92 $\pm$ 2.39	1.82	0.83–2.81	< 0.001
การจัดการตนเอง	19.16 $\pm$ 1.36	16.56 $\pm$ 2.30	2.81	2.01–3.63	< 0.001
การมีส่วนร่วมของชุมชน	38.80 $\pm$ 2.84	34.84 $\pm$ 2.19	4.14	3.08–5.19	< 0.001
พฤติกรรมการป้องกันโรค	41.96 $\pm$ 1.97	36.62 $\pm$ 3.16	5.82	4.64–7.01	< 0.001

หมายเหตุ: แบบจำลองปรับด้วยคะแนนก่อนทดลอง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการอบรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และประวัติการตรวจหาไข่พยาธิ; Adj. MD = adjusted mean difference; CI = confidence interval

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนด โดย ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประเด็นสำคัญอภิปรายได้ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังปรับคะแนนก่อนทดลองและตัวแปรกวนแล้ว กลุ่มทดลองยังมีคะแนน

ความรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของความรู้ด้านสุขภาพหลายองค์ประกอบ มิได้จำกัดอยู่เพียงการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยงเท่านั้น

ผลที่พบอาจอธิบายได้จากการออกแบบกิจกรรมที่ครอบคลุมการเรียนรู้หลายลักษณะ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยง การฝึกค้นหาและเลือกใช้แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ การสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ การตรวจสอบข้อมูลจากสื่อ การฝึกตัดสินใจเมื่อเผชิญสถานการณ์เสี่ยง และการกำหนดแนวทางจัดการพฤติกรรมของตนเอง กิจกรรมดังกล่าวเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมฝึกใช้ข้อมูลในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับชีวิตประจำวัน จึงอาจช่วยพัฒนาทั้งความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การพิจารณาข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณ และการนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจด้านสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ซึ่งครอบคลุมความรู้ระดับเชิงหน้าที่ เชิงปฏิสัมพันธ์ และเชิงวิพากษ์ กล่าวคือ การเพิ่มความรู้และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสนับสนุนการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ขณะที่การสื่อสารและการจัดการตนเองช่วยให้บุคคลแลกเปลี่ยนข้อมูลและนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ส่วนการตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อช่วยส่งเสริมการประเมินข้อมูลและการเลือกปฏิบัติอย่างเหมาะสม ทั้งยังสอดคล้องกับกรอบของ Sørensen และคณะ (2012) ที่อธิบายความรู้ด้านสุขภาพผ่านความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ

ผลการศึกษายังเป็นไปในทิศทางเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Walters และ

คณะ (2020) ซึ่งพบว่าการแทรกแซงด้านความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยพัฒนาความรู้และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมได้ และสอดคล้องกับ Khamrin และคณะ (2021) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ ยังสนับสนุนผลการศึกษาของศศิธร เจริญประเสริฐ และคณะ (2565) ซึ่งรายงานว่าการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ช่วยเพิ่มความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การศึกษาครั้งนี้เพิ่มเติมจากงานดังกล่าวโดยพัฒนาทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเองร่วมด้วย นับสำคัญต่อการนำไปใช้คือ การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับควรจัดกิจกรรมให้ประชาชนได้ฝึกใช้ข้อมูลและตัดสินใจในสถานการณ์จริงควบคู่กับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค

2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังปรับคะแนนก่อนทดลองและตัวแปรกวนแล้ว พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.14 คะแนน ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่าโปรแกรมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามามีบทบาทอาจช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดจากโปรแกรมไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการให้ความรู้แก่ประชาชนเป็นรายบุคคล แต่ใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพ และประชาชนกลุ่มเสี่ยงร่วมดำเนินกิจกรรม การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยง และร่วมกำหนด

แนวทางป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อาจทำให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงบทบาทของตนเองและเกิดความรับผิดชอบร่วมต่อปัญหาสุขภาพของชุมชน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Haldane และคณะ (2019) ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาดำเนินการ และประเมินบริการสุขภาพสามารถเพิ่มความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ และความสามารถในการพึ่งตนเองของชุมชน นอกจากนี้ การใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้เชื่อมประสานระหว่างหน่วยบริการ ครอบครัว และชุมชน ยังสอดคล้องกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในระบบสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย (Rakue et al., 1998)

การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากพฤติกรรมบริโภคปลาน้ำจืดแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เกี่ยวข้องกับความเคยชิน วัฒนธรรมอาหาร ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และบรรทัดฐานของชุมชน การดำเนินงานที่มุ่งเปลี่ยนแปลงเฉพาะความรู้หรือพฤติกรรมของบุคคลจึงอาจไม่เพียงพอ การให้สมาชิกชุมชนร่วมวิเคราะห์ปัญหากำหนดแนวทาง และติดตามการดำเนินงานอาจช่วยให้มาตรการป้องกันโรคสอดคล้องกับบริบทและได้รับการยอมรับมากขึ้น ดังนั้น รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิอาจประยุกต์กระบวนการดังกล่าวโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้และติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าก่อนทดลอง 6.56 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังปรับคะแนนก่อนทดลองและตัวแปรกวนแล้ว กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.82 คะแนน ขณะที่

กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนพฤติกรรมไม่แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มทดลองมิได้เกิดขึ้นเฉพาะด้านความรู้และทักษะการใช้ข้อมูล แต่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ผู้เข้าร่วมรายงานด้วย

ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการเชื่อมโยงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเข้ากับการสนับสนุนของชุมชน ผู้เข้าร่วมไม่ได้รับเพียงข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของการบริโภคปลาดิบ แต่ได้ฝึกค้นหาและตรวจสอบข้อมูลประเมินสถานการณ์เสี่ยง ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ และกำหนดวิธีจัดการพฤติกรรมของตนเอง ขณะเดียวกัน การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้นำชุมชน และสมาชิกในชุมชนอาจช่วยเสริมแรงทางสังคมและสนับสนุนให้มีการนำทักษะไปใช้ในวิถีประจำวัน

แนวทางดังกล่าวเหมาะสมกับบริบทของโรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวข้องกับความเคยชินและวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร การเพิ่มความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ถาวร พุ่มสะกะ และสุชาดา ภัยหลีกถี้, 2558; Perakanya et al., 2022) ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Walters และคณะ (2020) ซึ่งรายงานว่าแทรกแซงด้านความรู้ด้านสุขภาพสามารถช่วยปรับปรุงผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมได้ โดยเฉพาะกิจกรรมที่มีได้มุ่งให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว แต่ส่งเสริมความสามารถในการประเมินและนำข้อมูลไปใช้

อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนก่อนทดลองบางด้านแตกต่างกัน เนื่องจากการศึกษานี้ไม่ได้สุ่มผู้เข้าร่วมเข้ากลุ่มเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยจึงใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุตัวแปรเพื่อปรับคะแนนก่อนทดลองและตัวแปรพื้นฐาน

ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการอบรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และประวัติการตรวจหาพยาธิ ภายหลังการปรับตัวแปรดังกล่าว กลุ่มทดลองยังมีคะแนนผลลัพธ์ทุกด้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์นี้ช่วยลดผลของความแตกต่างพื้นฐานระหว่างกลุ่ม แต่ไม่สามารถจัดอิทธิพลของปัจจัยกวนที่ยังหลงเหลือหรือไม่ได้วัดได้ทั้งหมด จึงควรตีความผลตามข้อจำกัดของรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง

โดยสรุป ผลการศึกษาสนับสนุนว่าโปรแกรมที่บูรณาการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพกับการมีส่วนร่วมของชุมชนอาจนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับปฐมภูมิได้ โดยควรปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมอาหาร ทรัพยากร และกลไกชุมชนของแต่ละพื้นที่ พร้อมประเมินผลก่อนพิจารณาขยายการดำเนินงานในวงกว้าง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เสี่ยงอาจทดลองประยุกต์ใช้กิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยปรับเนื้อหา รูปแบบกิจกรรม และช่องทางการสื่อสารให้

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลฯ. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค.

เกษร แก้วโนนจั่ว, ไพบุลย์ สิทธิถาวร, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, เสรี สิงห์ทอง, นิตยา ชุตไธสง, และวราลักษณ์ ตั้งคณะกุล. (2559). อุบัติการณ์และการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 25(3), 370–379.

<https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/266>

สอดคล้องกับวัฒนธรรมอาหารและทรัพยากรของแต่ละพื้นที่ พร้อมประเมินผลก่อนพิจารณาขยายการดำเนินงาน

1.2 ควรสนับสนุนบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสื่อสารข้อมูล ติดตามพฤติกรรมเสี่ยง และเสริมพลังแก่ประชาชน โดยกำหนดบทบาท ภาระงาน เครื่องมือสนับสนุน และระบบกำกับติดตามให้เหมาะสมกับศักยภาพและบริบทการดำเนินงานของพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรติดตามผลในระยะ 6 และ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการป้องกันโรค รวมทั้งพิจารณาตรวจหาพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังดำเนินการ เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางชีวภาพของโปรแกรม

2.2 ควรใช้แบบแผนการวิจัยที่ช่วยเพิ่มความสมมูลระหว่างกลุ่ม เช่น การสุ่มพื้นที่จำนวนมาก ขึ้นหรือการจับคู่พื้นที่ตามคุณลักษณะสำคัญ และอาจเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพหรือวิเคราะห์องค์ประกอบของโปรแกรมเพิ่มเติม เพื่ออธิบายกลไกและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

- ถาวร พุ่มสะกะ, และสุชาดา ภัยหลีกส์. (2558). ความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(4), 481–494.
- รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ, และกมลพร แพทย์ชีพ. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(1), 250–262. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/245346>
- วรวิมล นามวงศ์, นพรัตน์ ส่งเสริม, และอรอนงค์ บุรีเลิศ. (2562). ความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 8(2), 13–20.
- วันชัย เหล่าเสถียรกิจ, ศศิธร เจริญประเสริฐ, กันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจ, พุทธิไกร ประมวล, และศักรินทร์ บุญประสงค์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาดิบ-สุก ๆ ดิบ ๆ ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2559. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(6), 974–985. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/8325>
- ศศิธร เจริญประเสริฐ, ณัฐพันธ์ จันสมุทร, และพุทธิไกร ประมวล. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษและประสิทธิผลของการใช้ E-Book ในการเพิ่มความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*, 1(1), 16–28.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2560). *รายงานการสำรวจความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ*.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2563). *รายงานสถานการณ์โรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดศรีสะเกษ*.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง. (2563). *รายงานผลการตรวจหาความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภออุ้มผาง*. +
- อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2551). *ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาชีวิตสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อังษณา ยศปัญญา, สุพรรณ สายหลักคำ, บุญจันทร์ จันทรมหา, และเกษร แถวโนนจัว. (2558). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดเลย ปี 2556. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น*, 22(1), 89–97.
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.

- Haldane, V., Chuah, F. L. H., Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C. H., Seng, C. K., & Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLOS ONE*, 14(5), Article e0216112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112>
- International Agency for Research on Cancer. (2012). *Biological agents* (IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, Vol. 100B). <https://publications.iarc.who.int/119>
- Kaewpitoon, N., Kaewpitoon, S. J., & Pengsaa, P. (2008). Opisthorchiasis in Thailand: Review and current status. *World Journal of Gastroenterology*, 14(15), 2297–2302. <https://doi.org/10.3748/wjg.14.2297>
- Khamrin, P., Boonyathee, S., Bootsikeaw, S., Ong-Artborirak, P., & Seangpraw, K. (2021). Factors associated with health literacy, self-efficacy, social support, and oral health care behaviors among elderly in northern border community Thailand. *Clinical Interventions in Aging*, 16, 1427–1437. <https://doi.org/10.2147/CIA.S320900>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Perakanya, P., Ungcharoen, R., Worrabannakorn, S., Ongarj, P., Artchayasawat, A., Boonmars, T., & Boueroy, P. (2022). Prevalence and risk factors of *Opisthorchis viverrini* infection in Sakon Nakhon Province, Thailand. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 7(10), Article 313. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed7100313>
- Prueksapanich, P., Piyachaturawat, P., Aumpansub, P., Ridditid, W., Chaiteerakij, R., & Rerknimitr, R. (2018). Liver fluke-associated biliary tract cancer. *Gut and Liver*, 12(3), 236–245. <https://doi.org/10.5009/gnl17102>
- Rakue, Y., Panasoponkul, C., Suthienkul, O., & Radomyos, P. (1998). Overview reflection of primary health care in Thailand supported from 1976 to 1996 by Japan-Thailand partnership. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 29(3), 622–627. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10437969/>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public

health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, Article 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Walters, R., Leslie, S. J., Polson, R., Cusack, T., & Gorely, T. (2020). Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviours: A systematic review. *BMC Public Health*, 20, Article 1040. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08991-0>