

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในหมู่บ้านต้นแบบ ตำบลเมือง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วันมงคล พยุงวงศ์,ส.บ.¹, สุรเดช สำราญจิตต์,ปร.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านต้นแบบ ตำบลเมือง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 171 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ โดยใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.10 อายุ 45-59 ปี ร้อยละ 39.82 อายุเฉลี่ย 49.38 ± 15.39 ปี การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.40 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.86 และมีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 62.00 มีคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.75 (4.32 ± 0.49 คะแนน) การรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.54 (4.40 ± 0.53 คะแนน) พฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.73 (4.28 ± 0.55 คะแนน) และพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.793^{**}$) โดยเฉพาะด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ($r = 0.795^{**}$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ($r = 0.675^{**}$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r = 0.665^{**}$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค ($r = 0.581^{**}$) ตามลำดับ ดังนั้น หน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาการรับรู้ของประชาชนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของโรค พฤติกรรมเสี่ยง และแนวทางป้องกันที่เข้าใจง่าย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการปรับเปลี่ยนค่านิยมด้านการบริโภคอาหาร เพิ่มศักยภาพแกนนำสุขภาพในชุมชน

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, พยาธิใบไม้ตับ

¹ นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเตียงน้อย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: TARNARUX_tar@hotmail.com

FACTORS ASSOCIATED WITH PREVENTIVE BEHAVIORS FOR LIVER FLUKE DISEASE PREVENTION IN MODEL VILLAGES, MUEANG SUBDISTRICT, KANTHARALAK DISTRICT, SISAKET PROVINCE.

Wanmongkon Payungwong,B.P.H.¹ , Suradej Samranjit,Ph.D.²

Abstract

This study was a cross-sectional descriptive research aimed at investigating the factors associated with preventive behaviors against liver fluke infection among residents of model villages in Mueang Subdistrict, Kantharalak District, Sisaket Province. The sample comprised 171 individuals aged 15 years and above. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and Pearson's correlation coefficient, with a significance level set at 0.05.

The findings showed that most participants were female (56.10%), aged 45–59 years (39.82%), with an average age of 49.38 ± 15.39 years. Nearly half had completed primary education (47.40%), worked in agriculture (46.86%), and had a monthly income below 5,000 baht (62.00%). Health belief scores were generally high (mean = 4.32 ± 0.49), with the highest score in perceived severity (mean = 4.40 ± 0.53). Preventive behaviors were also at a high level (mean = 4.28 ± 0.55). A strong positive correlation was observed between health belief model components and preventive behaviors ($r = 0.793^{**}$, $p < 0.01$), particularly in perceived barriers ($r = 0.795^{**}$), perceived benefits ($r = 0.675^{**}$), perceived severity ($r = 0.665^{**}$), and perceived susceptibility ($r = 0.581^{**}$). These findings highlight the critical role of strengthening community health beliefs in promoting sustainable preventive behaviors. Public health strategies should emphasize accessible educational activities, encourage family and community participation in behavior modification, and build the capacity of community health leaders to ensure long-term prevention of liver fluke infection.

Keywords: Health Belief Model, Preventive Behaviors, Liver Fluke Disease

¹ Public Health Officer, Professional level, Bannongdiangnoi Health Promoting Hospital, Kantharalak District, Sisaket Province.

E-mail: TARNARUX_tar@hotmail.com

บทนำ

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกมีการประมาณว่ามีคนติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับทั่วโลกจากข้อมูลของ (WHO) รายงานในปี 2562 ประมาณการณั้จะมีผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มากกว่า 10 ล้านคน (IARC; 2019) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก WHO และองค์การระหว่างประเทศเพื่อการวิจัยโรคมะเร็ง (IARC) ในปี 2563 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 19.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเกือบ 10 ล้านคน (IARC; 2020) โดยมะเร็งตับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของโรคมะเร็งทั้งหมด

จังหวัดศรีสะเกษเป็นจังหวัดที่สำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยและอยู่ในเขตสุขภาพที่มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำดับ 1 ที่พบการระบาดของพยาธิใบไม้ตับในและพื้นที่ ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (2562) พบว่าอำเภอวังหินมีอัตรา ความชุกของพยาธิใบไม้ตับสูงสุดถึงร้อยละ 26.76 รองลงมาคืออำเภอปรางค์กู่ (ร้อยละ 25.27) และอำเภอศรีรัตนะ (ร้อยละ 20.90) นอกจากนี้ยังพบว่ามียุ่เสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดี ในจังหวัดศรีสะเกษจำนวน 406 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 27.58 ต่อแสนประชากร ซึ่งสะท้อนถึงผลกระทบที่รุนแรงของโรคนี้ต่อประชากรในพื้นที่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2562)

จากผลการสุ่มตรวจในหมู่บ้านต้นแบบ ปี 2563 แยกเป็นรายหมู่บ้านของตำบลเมือง จากทั้งหมด 10 หมู่บ้าน พบไข้พยาธิใบไม้ตับสูงสุด 5 อันดับแรกได้แก่ บ้านโนนเปือย หมู่ 6 (ร้อยละ 13.9), บ้านโนนใหญ่ หมู่ 3 (ร้อยละ 10.1) บ้านโนนใหญ่เหนือ หมู่ 10 (ร้อยละ 7.6), บ้านหนองเตียนน้อย หมู่ 2 (ร้อยละ 6.9) และบ้านหนองตอ-นาเจริญ หมู่ 7 (ร้อยละ 6.8) จากการสังเกตพฤติกรรมสุขภาพในการรับประทานอาหารของประชาชน พบว่า ประชาชนบางส่วนยังรับประทานอาหารที่ไม่ผ่านการปรุงให้สุกก่อน โดยเฉพาะ ก้อยปลา ยังมีค่านิยมที่ไม่ถูกต้องในการกินอาหารสุกๆ ดิบๆ ซึ่ง

ก่อให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อป้องกันและควบคุมโรค และอีกทั้งลักษณะทางกายภาพของพื้นที่ยังติดหนองน้ำขนาดใหญ่ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเตียนน้อย, 2563) และในปี 2566 ได้มีการตรวจพยาธิใบไม้ตับในหมู่น้ำ 2 บ้านหนองเตียนน้อย (ร้อยละ 6.2) และหมู่ที่ 6 บ้านโนนเปือย (ร้อยละ 11.4) ซึ่งทั้ง 2 หมู่บ้านเป็นพื้นที่ติดหนองน้ำขนาดใหญ่และมีความชุกของการพบไข้พยาธิใบไม้ตับที่ไม่ลดลง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเตียนน้อย, 2566)

โรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchiasis) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดดิบที่เป็นแหล่งพาหะของพยาธิเมื่อติดเชื้อเรื้อรังจะนำไปสู่การอักเสบของตับและท่อน้ำดี ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิด มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินนโยบาย “การขับเคลื่อนการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 7 และ 10 ซึ่งเน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การให้ความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชน ด้านงานวิจัย เช่น โครงการพัฒนาเชิงส่วนรวมในจังหวัดนครราชสีมา (Phatisena et al., 2016) พบว่า โมเดลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ช่วยเพิ่มการรับรู้ทั้งความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และลดอุปสรรค จนนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อีกงานหนึ่งที่มีลักษณะเหมือนกันคือการบูรณาการ social marketing กับ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่เสี่ยงสูงของมะเร็งท่อน้ำดีพบว่าหลังการแทรกแซง มีระดับการรับรู้ (perceived) และพฤติกรรมป้องกันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Songserm et al., 2022) ผลการศึกษาทั้งสองสะท้อนว่า การประยุกต์ใช้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกลยุทธ์เชิงสังคม สามารถสนับสนุนนโยบายสุขภาพระดับชาติให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

อย่างยั่งยืนในระดับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้

ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านต้นแบบ ตำบลเมือง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จะมีประโยชน์ในการนำผลการศึกษามาใช้ในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ พัฒนาสื่อรณรงค์ที่เน้นประโยชน์ ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค เช่น การกินอาหารสุก ตรวจสอบจุงหอย และรักษาสุขอนามัย ลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ด้วยการวางแผนระบบบริการที่สะดวก เช่น การตรวจพยาธิใบไม้ตับในชุมชน การใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการพัฒนาแนวทางป้องกันร่วมกัน นำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อลดอัตราความชุกของโรคดังกล่าวของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเต็งน้อย ตำบลเมือง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหมู่บ้านต้นแบบ ตำบลเมือง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านต้นแบบ ตำบลเมือง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ประกอบด้วย **ตัวแปรอิสระ** คือ ปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มี 4 ด้าน การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรค **ตัวแปรตาม** คือ พฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในหมู่บ้านต้นแบบ ตำบลเมือง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)

<u>ปัจจัยส่วนบุคคล</u>	
1. เพศ	2. อายุ
3. สถานภาพสมรส	4. ระดับการศึกษา
5. อาชีพ	6. รายได้
7. การตรวจจุงหอยหาพยาธิใบไม้ตับในรอบ 1 ปี	
8. ผลการตรวจจุงหอย	
9. การได้กินยาถ่ายพยาธิ	

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

1. การรับรู้ความเสี่ยง
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค
4. การรับรู้อุปสรรค

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

พฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ในหมู่บ้านต้นแบบ ตำบลเมือง
อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้าน ตำบลเมือง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเต็งน้อย ตำบลเมือง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีเกณฑ์คัดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่ตำบลเมือง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

มีความยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม สามารถอ่านเขียนภาษาไทยและตอบแบบสอบถามได้ กรณีไม่สามารถ อ่านออก เขียนได้ สามารถให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้สื่อสาร เพื่อตอบแบบสอบถาม และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ผู้ตอบแบบสอบถามขอลอนตัวขณะเก็บข้อมูล การวิจัย ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนขณะเก็บข้อมูล เป็นผู้มิภาวะบกพร่องในการสื่อสาร เช่น ตาบอด, หูตึงมาก เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนเป็นตัวแทนหลังคาเรือนละ 1 คน พักอาศัยอยู่ในหมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 6 ตำบลเมือง ซึ่งมีจำนวนประชากร อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 305 คน (ฐานข้อมูล JHCIS โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเต็งน้อย, 2567) กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชน อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเต็งน้อย ตำบลเมือง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร การคำนวณของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970, หน้า 607-610) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 171 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยตัวแปรดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิในรอบ 1 ปี ผลการตรวจอุจจาระ การได้กินยาถ่ายพยาธิ

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ มี 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถาม การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรค ด้านละ 5 ข้อ

แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ทั้งหมด สร้างตามมาตรวัดของ ลิเคิร์ท (Likert Scale) ประเมินคำตอบโดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว กำหนดให้แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

การวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยในส่วนของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้ผู้ตอบเลือกแสดงระดับความคิดเห็นตั้งแต่ 1 หมายถึง “น้อยที่สุด” จนถึง 5 หมายถึง “มากที่สุด” ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กำหนดให้คะแนน 1 หมายถึง “ไม่เคยปฏิบัติหรือน้อยที่สุด” และ 5 หมายถึง “ปฏิบัติเป็นประจำ”

การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์แบบอันตรภาค (Interval Scale) ตามแนวทางของ Best (1997) โดยคำนวณค่าช่วงความกว้างเท่ากับ (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับ = $(5-1)/3 = 1.33$ แล้วนำมาเป็นเกณฑ์การจัดระดับ โดยกำหนดให้คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67–5.00 หมายถึงอยู่ในระดับสูง 2.34–3.66 หมายถึงระดับปานกลาง และ 1.00–2.33 หมายถึง ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

โดยแบบสอบถามหาค่าความตรงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยมีค่าความตรง (IOC) ของเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.67-1 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีคุณสมบัติครบตามกลุ่มตัวอย่าง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถนนวิหาร อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability analysis)

นำเครื่องมือที่ได้จากการตรวจสอบของอาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ และผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ที่ได้ปรับปรุงแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีคุณสมบัติครบตามกลุ่มตัวอย่าง ในเขตพื้นที่ตำบลบึงมะลู อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ในส่วนของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.879 และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ มีค่าเท่ากับ 0.875

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลการศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2568 โดยเดือนกุมภาพันธ์-

มีนาคม 2568 ทบพทวนวรรณกรรม และ เดือนเมษายน-พฤษภาคม 2568 ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นภายหลังได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์แก่กลุ่มตัวอย่าง แจกและรวบรวมแบบสอบถาม พร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที่เหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2568 เลขการรับรองจริยธรรม SPPH 2025-057

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.10 อายุ 45-59 ปี ร้อยละ 39.82 อายุเฉลี่ย 49.38 ± 15.39 ปี การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.40 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.86 และมีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 62.00 ในด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ เคยตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาไข่พยาธิในรอบ 1 ปี ร้อยละ 73.15 ส่วนใหญ่เคยตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาไข่พยาธิในรอบ 1 ปี จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 73.1 ผลการตรวจอุจจาระส่วนใหญ่ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้ จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 55.50 ในด้านการรักษาเมื่อพบพยาธิ

ไปไม่ถึง ส่วนใหญ่ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้ จำนวน 102 คน

คิดเป็นร้อยละ 59.75 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	75	43.90
หญิง	96	56.10
2. อายุ		
15-24 ปี	19	11.11
25-44 ปี	40	23.49
45-59 ปี	68	39.87
60 ปีขึ้นไป	44	25.73
mean±SD	(49.38±15.39) ปี	
Median (Min:Max)	49.38 (16:75) ปี	
3. สถานภาพ		
โสด	40	23.49
สมรส	120	70.28
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	11	6.33
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	4	2.31
ประถมศึกษา	81	47.40
มัธยมศึกษาตอนต้น	50	29.24
อนุปริญาตรี/ปวส.	29	17.06
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	4.19
5. อาชีพ		
เกษตรกร	80	46.86
รับจ้างทั่วไป	34	19.90
ค้าขาย	13	7.60
พนักงานบริษัท	17	9.94

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. อาชีพ (ต่อ)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	3.51
ธุรกิจส่วนตัว	7	4.19
นักเรียน /นักศึกษา	4	2.34
ไม่ได้ทำงาน	10	5.85
อื่นๆ	0	0.00
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	106	62.00
5,001 - 10,000 บาท	38	22.22
10,001 - 15,000 บาท	7	4.19
สูงกว่า 15,001 บาท	20	7.09
mean±SD	(6,604.68±6,233.91) บาท	
Median (Min:Max)	6,604.68 (600:38,000) บาท	
7. การตรวจสอบสุขภาพและตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาพยาธิในรอบ 1 ปี		
เคยตรวจ	125	73.15
ไม่เคย	41	24.00
ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้	5	2.95
8. ผลการตรวจอุจจาระของท่าน		
พบพยาธิใบไม้ตับ	15	8.80
พบพยาธิชนิดอื่น	3	1.84
ไม่พบพยาธิ	58	33.96
ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้	95	55.50
9. การได้กินยาถ่ายพยาธิ		
ได้กินยา	39	22.82
ไม่ได้กินยา	30	17.53
ไม่แน่ใจ/จำไม่ได้	102	59.75

2. ผลการประเมินระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.74 (4.32±0.49) โดยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (4.40±0.53 คะแนน) การรับรู้ความเสี่ยง (4.29±0.60 คะแนน) การรับรู้อุปสรรค (4.18±0.62 คะแนน) และการรับรู้ประโยชน์ (4.27±0.83 คะแนน) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 4 ด้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลเมือง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ (n =171 คน)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 4 ด้าน	M	SD	ระดับ
1. การรับรู้ความเสี่ยง	4.29	0.60	สูง
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.40	0.53	สูง
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน	4.27	0.83	สูง
4. การรับรู้อุปสรรค	4.18	0.62	สูง
รวม	4.32	0.49	สูง

เมื่อพิจารณาภาพรวมจำนวนและร้อยละของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 4 ด้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลเมือง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ (n =171 คน)

ตารางที่ 3 ระดับภาพรวมจำนวนและร้อยละของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 4 ด้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชน ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลเมือง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ (n =171 คน)

ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 4 ด้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	150	87.74
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	21	12.32
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	0	0.00
Mean±SD	4.32±0.49	
Meadian (Min:Max)	4.20 (3.40:5)	

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในหมู่บ้านต้นแบบ ตำบลเมือง อำเภอกันทรลักษ์

ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)	139	74.73
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67)	40	21.51
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	7	3.76
Mean±SD	4.28±0.55	
Meadian (Min:Max)	3.63 (2.26:5)	

3.ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้าน ต้นแบบ ตำบลเมือง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัด ศรีสะเกษ

พบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงมาก ($r = 0.793$, 95% CI = 0.730-0.843) เมื่อแยกรายด้านของการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ทั้ง 4 มี

ความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค
พยาธิใบไม้ตับ โดยด้านที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดคือ
ด้านการรับรู้อุปสรรค ($r = 0.795$, 95% CI = 0.733-
0.845) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค

($r = 0.675$, 95% CI = 0.584-0.749) และด้านการรับรู้
ความรุนแรงของโรค ($r = 0.665$, 95% CI = 0.572-
0.741) ดังตารางที่

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้
ตับ ด้วยวิธีการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson product movement)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ			
	r	95% CI	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ความเสี่ยง	0.581**	0.472-0.672	<0.001	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.665**	0.572-0.741	<0.001	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	0.675**	0.584-0.749	<0.001	สูง
การรับรู้อุปสรรค	0.795**	0.733-0.845	<0.001	สูงมาก
รวม	0.793**	0.730-0.843	<0.001	สูงมาก

**ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ประชาชนอายุ 15 ปี
ขึ้นไปในหมู่บ้านต้นแบบป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ตำบลเมือง อำเภอกันทรลักษ์ มีการรับรู้ตามแบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค
พยาธิใบไม้ตับของประชาชนอยู่ในระดับสูง(4.32 ± 0.49)
ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า แบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพ (Health Belief Model) มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับสูงมาก
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในบริบทของ
หมู่บ้านต้นแบบ ตำบลเมือง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัด
ศรีสะเกษ ซึ่งมีกระบวนการและกิจกรรมสุขภาพที่
หลากหลาย เช่น การตรวจอุจจาระ การให้ยาถ่ายพยาธิ
และกิจกรรมรณรงค์ผ่านเวทีชุมชน กิจกรรมเหล่านี้เป็น
ส่วนสำคัญที่ทำให้ประชาชนในพื้นที่มีระดับการรับรู้
และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ
แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief
Model: HBM) ซึ่งอธิบายว่า พฤติกรรมสุขภาพจะ

เกิดขึ้นเมื่อบุคคลตระหนักถึง โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง
ของโรค ประโยชน์ของการป้องกัน และสามารถเอาชนะ
อุปสรรคได้ โดยผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองประกอบ
มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรค
พยาธิใบไม้ตับ ดังนี้ การรับรู้อุปสรรค มีค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์สูงที่สุด ($r = 0.795$) แสดงว่าประชาชน
สามารถตระหนักถึงข้อจำกัดหรือปัญหาในการป้องกัน
โรค และสามารถหาวิธีเอาชนะอุปสรรคดังกล่าวได้ การ
รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ($r = 0.675$) แสดงให้
เห็นว่าประชาชนมีความเข้าใจถึงคุณค่าของการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การไม่บริโภคปลาดิบ และ
การตรวจสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r =$
0.665) และ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r = 0.581$) แม้มีค่า
สัมประสิทธิ์ต่ำกว่าด้านอื่น แต่ยังอยู่ในระดับสูง และมี
นัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้าน พบว่า การ
รับรู้ความรุนแรง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.40$) ขณะที่
การรับรู้โอกาสเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดใน 4 ด้าน ($M =$
4.26) สะท้อนให้เห็นว่าแม้ประชาชนจะเข้าใจว่าโรคมั

ความร้ายแรง แต่ยังมีบางส่วนที่มองว่าตนเอง "ไม่เสี่ยง" หรือมีโอกาสติดโรคต่ำ โดยเฉพาะผู้ที่ยังมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบหรือก้อยปลาอยู่ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงจุดที่ควรพัฒนาเพิ่มเติมในกิจกรรมรณรงค์เพื่อให้ตระหนักถึงความเสี่ยงอย่างแท้จริง

ผลการศึกษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kaewpitoon et al. (2018) ที่พบว่าองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และ สอดคล้องกับ Zhang et al. (2022) ที่ชี้ให้เห็นว่า ความรุนแรงและประโยชน์เป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมในกลุ่มเยาวชน นอกจากนี้ ยังสัมพันธ์กับงานของ Songserm et al. (2022) ที่ประยุกต์ใช้ HBM ร่วมกับการตลาดสังคมในการรณรงค์ที่ประสบผลสำเร็จในพื้นที่เสี่ยง

โดยสรุป การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน มีอิทธิพลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านต้นแบบ ผลการศึกษานี้จึงตอกย้ำว่า การส่งเสริมให้ประชาชนมีการรับรู้อย่างถูกต้องและครบถ้วนในทุกมิติของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพย่อมส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีและยั่งยืน และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับสูง (4.28 ± 0.55)

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับพบว่าอยู่ในระดับสูงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.793$) สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคนี้ จะสามารถนำไปสู่พฤติกรรมที่ปลอดภัยจากความเสี่ยงในการติดพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Songserm et al., (2016, หน้า 1811-1815) ที่ศึกษาพื้นที่ที่เป็นแหล่งน้ำมีอุบัติการณ์สูงกว่าพื้นที่อื่นในการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ยืนยันจากข้อมูลทางระบบภูมิศาสตร์รวมทั้งข้อมูลพฤติกรรมการบริโภค

อาหารของคนในพื้นที่ ขอบรับประทานปลาน้ำจืดที่ไม่ปรุงสุก นำไปสู่การติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ

1. การรับรู้ความเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r = 0.581^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนที่ตระหนักถึงความเสี่ยงในการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ไม่ว่าจะเป็นจากพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ ความเสี่ยงในครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ล้วนมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความตื่นตัวของชุมชนในประเด็นด้านสุขภาพ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ (สุรเดช สาราณจิตต์, 2568) ที่ระบุว่า การรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ก็จะมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค และหันมาป้องกันตนเองมากขึ้น

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r = 0.665^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสะท้อนว่าประชาชนมีการรับรู้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่มีความรุนแรง มีผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว และอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น มะเร็งท่อน้ำดี ย่อมส่งผลให้ประชาชนเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่เหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดของ ศิวชัย ทองนาเมือง และ รุจิรา ดวงสงค์ (2555) ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และ มีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$)

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง

($r = 0.675^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สะท้อนให้เห็นว่า เมื่อประชาชนมีการรับรู้และเห็นถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างชัดเจน จะนำไปสู่การปฏิบัติตนที่เหมาะสม และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคในชีวิตประจำวันเพิ่มมากขึ้นผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาพรวมของความคิด และพฤติกรรมของประชาชนในชุมชนสอดคล้องผลการวิจัยของ ทวีเลิศ ชายงาม และคณะ (2563) ผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P\text{-value} < 0.01$) และสามารถนำรูปแบบไปใช้ในการรณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชนได้

4. การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงมาก ($r = 0.795^{**}$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สะท้อนให้เห็นว่า แม้ประชาชนจะรับรู้ถึงอุปสรรคที่อาจขัดขวางการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค แต่เมื่อสามารถตระหนักรู้ เข้าใจ และมีทัศนคติที่เหมาะสมในการจัดการกับอุปสรรคเหล่านั้นได้ ก็จะมีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคมกขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องผลการวิจัยของ Charoensuk et al. (2024) ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ความใกล้ชิดแหล่งน้ำ พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ กล่าวคือ เมื่อบุคคลสามารถระบุอุปสรรคได้อย่างชัดเจน ก็จะมีโอกาสในการหาวิธีแก้ไข และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเชิงบวก

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (4.32 ± 0.49) และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับสูงเช่นกัน (4.28 ± 0.55) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมาก อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ $r = 0.793$ ($p < 0.001$) เมื่อวิเคราะห์แยกรายด้าน พบว่า องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.795$) แสดงว่าประชาชนสามารถตระหนักถึงข้อจำกัดหรือปัญหาในการป้องกันโรค และสามารถหาวิธีเอาชนะอุปสรรคดังกล่าวได้ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ($r = 0.675$) แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีความเข้าใจถึงคุณค่าของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การไม่บริโภคปลาดิบ และการตรวจสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r = 0.665$) และ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($r = 0.581$) แม้มีค่าสัมประสิทธิ์ต่ำกว่าด้านอื่น แต่ยังคงอยู่ในระดับสูง และมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับสูงมากและมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในหมู่บ้านต้นแบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักรู้ถึงอุปสรรคและประโยชน์ในการป้องกันโรค จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับสูงมาก ($r = 0.793$, $p < 0.001$) ซึ่งเป็นข้อค้นพบเชิงบวกที่สะท้อนว่า ประชาชนมีทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้นควรส่งเสริมและขยายผลในด้านต่างๆ ได้แก่ สนับสนุนกิจกรรมรณรงค์และการสื่อสารสุขภาพในชุมชนประชาชน มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความ

รุนแรงของโรคในระดับสูง แสดงถึงความตื่นตัวที่ควรต่อยอดด้วยการรณรงค์เชิงรุก เช่น โครงการ “หมู่บ้านปลอดปลาดิบ” หรือการจัดเวทีสาธารณะเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพ

2. ประเด็นที่ควรปรับปรุงและแนวทางการพัฒนา แม้ว่าผลการวิจัยส่วนใหญ่เป็นไปในทางที่ดี แต่ยังมีข้อบกพร่องและประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนา คือ ความไม่แน่ใจในการตรวจอุจจาระและการรักษา พบว่ามีประชาชนจำนวนมาก “ไม่แน่ใจหรือจำไม่ได้” เกี่ยวกับผลการตรวจอุจจาระ (55.50%) และการได้รับยาถ่ายพยาธิ (59.75%) แสดงให้เห็นถึงปัญหาด้านระบบข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงบริการ แนวทางแก้ไข คือ ควรจัดระบบการบันทึกข้อมูลและติดตามผลการตรวจในระดับครัวเรือน รวมทั้งจัดให้มีการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องปีละ 1-2 ครั้ง

3. พฤติกรรมบางประการยังอยู่ในระดับไม่สูงมาก เช่น การหลีกเลี่ยงการใช้มะนาวหรือพริกสดคลุกปลาดิบ (3.98 ± 1.13) แม้จะเป็นความเชื่อผิด แต่ยังคงพบในชุมชน แนวทางแก้ไข คือ ควรเน้นการให้ความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ เพื่อปรับความเชื่อและทัศนคติที่ผิด โดยใช้สื่ออินโฟกราฟิก วิดีโอ หรือสื่อพื้นบ้านที่เข้าใจง่าย

4. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่ง ยังจำกัด จากการวิเคราะห์พบว่าประชาชนยังมีข้อจำกัดในการค้นหาข้อมูลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น เว็บไซต์หรือหน่วยงานทางการแพทย์ (4.10 ± 0.86) แนวทางการพัฒนา คือ ควรสร้าง “ช่องทางกลาง” สำหรับเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ เช่น เพจหมู่บ้าน หรือกลุ่มไลน์ชุมชน ที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยดูแลเนื้อหา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมหลายพื้นที่มากขึ้นและครอบคลุมทั้งตำบล เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบระหว่างชุมชนในเขตเมืองกับเขตชนบท และเพิ่มความทั่วไปของผลการศึกษา

2. ศึกษาปัจจัยที่มีความเพิ่มเติม เช่น ความเชื่อท้องถิ่นและการยอมรับในวิธีการรักษาแผนปัจจุบันกับแผนโบราณ ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญ

3. ติดตามและประเมินผลหลังการให้ข้อมูลหรือรณรงค์ในชุมชน เพื่อศึกษาว่าการรับรู้ และพฤติกรรมของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นหรือไม่ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- จันทิมา มาตชายเคน และกรกวรรณ ดารุณกร. (2566). ผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตชนบท. *วารสารวิจัยสาธารณสุข*, 20(2), หน้า 112-120.
- จุฑามาศ พุบุญมา และวัฒน์ บุญกอบ. (2567). ผลของการให้ความรู้ผ่านสื่อดิจิทัลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของวัยทำงาน. *วารสารสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์*, 47(1), หน้า 341-348.
- ฉัตรลดา ดีพร้อม และเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในภาคอีสาน. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(1), หน้า 45-54.
- ฐานข้อมูล JHCIS โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเตียนน้อย. (2567). *ข้อมูลประชากรในเขตรับผิดชอบ*.
- พิภกรม อโศกบุญรัตน์, สุรเดช สำราญจิตต์, จันทร์จารีย์ เกตุมาโร และมิ่งขวัญ ศิริโชติ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุของเภสัชกรคลินิกในจังหวัดนครปฐม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 24(3), หน้า 312-319.

- สุรเดช สำราญจิตต์. (2568). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพดี.
- องค์การอนามัยโลก. (2562). รายงานสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ. เจนีวา: WHO.
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324–508.
- Best, J. W. (1997). *Research in education* (7th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Charoensuk, P., Khampirat, B., & Yodkeeree, S. (2024). Applying One Health approach to control liver fluke infection in Thai communities. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 55(1), 12–20.
- Kaewpitoon, N., Kaewpitoon, S., & Pengsaa, P. (2018). Factors associated with liver fluke prevention behavior in high-risk areas. *Isan Journal of Public Health*, 9(2), 100–109.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607–610.
- Phatisena P, Eaksanti T, Wichantuk P, et al. Behavioral modification regarding liver fluke and cholangiocarcinoma using integrated learning. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016; 17(6): 2889–2894.
- Songserm N, Raksilp M, Woradet S, et al. Effects of integration of social marketing and Health Belief Model for preventing cholangiocarcinoma in high-risk areas of Thailand: a community intervention study. *J Prim Care Community Health*. 2022; 13.
- The International Agency for Research on Cancer. (2020). *Liver fluke disease: IARC*. Lyon, France: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer.
- Zhang, H., Li, W., & Chen, Y. (2022). Health behavior and liver fluke prevention among primary school students in southern China. *Journal of Tropical Medicine*, 28(1), 45–52.