

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ ในตำบลตลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา
An Application of Protection Motivation Theory and Social Support on Liver Fluke Prevention
among Risk Groups of Cholangiocarcinoma in Talat Sai Subdistrict,
Prathai District, Nakhon Ratchasima Province.

(Received: October 10,2025 ; Revised: October 30,2025 ; Accepted: October 31,2025)

สุวัฒน์ เขียนสันเทียะ¹
Suwat Khiansanthia¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ใน 5 ประเด็นหลัก คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ การประเมินการเผชิญปัญหา การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการสุ่มแบบสองขั้น จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน และโปรแกรมสุขภาพศึกษา 3 กิจกรรมตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test และ Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p < 0.05$) โดยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นสูงสุด (5.16 คะแนน, $p < 0.001$) ตามด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม (12.47 คะแนน) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (3.53 คะแนน) การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (2.70 คะแนน) และการรับรู้ความรุนแรง (2.60 คะแนน) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 5 ตัวแปร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (ผลต่าง 8.09 คะแนน) ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (ผลต่าง 4.31 คะแนน) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (ผลต่าง 3.03 คะแนน) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (ผลต่าง 1.95 คะแนน) และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (ผลต่าง 1.38 คะแนน) ผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับหลังการทดลองพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่พบผู้ติดเชื้อ

คำสำคัญ: ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค; โรคพยาธิใบไม้ตับ; แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This study aimed to compare liver fluke disease prevention behaviors between experimental and control groups before and after the intervention across five main domains: knowledge about liver fluke disease, health threat appraisal, coping appraisal, disease prevention practices, and social support. A quasi-experimental two-group pretest-posttest design was employed. The sample was selected using two-stage random sampling, consisting of 100 participants divided into an experimental group ($n=50$) and a control group ($n=50$). The research instruments included a seven-part questionnaire and a health education program comprising three activities based on Protection Motivation Theory (PMT) combined with social support for eight weeks. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics (Paired t-test and Independent t-test) with statistical significance set at $p < 0.05$.

The results showed that the experimental group demonstrated statistically significant changes in all variables ($p < 0.05$), with knowledge about liver fluke disease showing the highest increase (5.16 points, $p < 0.001$), followed by social support (12.47 points), perceived susceptibility (3.53 points), disease prevention practices (2.70 points), and perceived severity (2.60 points). Between-group comparisons revealed that the experimental group showed significantly greater improvements than the control group in five variables: social support (mean difference 8.09

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านประทาย

points), knowledge about liver fluke disease (mean difference 4.31 points), perceived severity of disease (mean difference 3.03 points), perceived susceptibility to disease occurrence (mean difference 1.95 points), and disease prevention practices (mean difference 1.38 points). Post-intervention stool examination for liver fluke eggs showed no infected individuals in either group.

Keywords: Protection Motivation Theory; liver fluke disease; social support

บทนำ

โรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีอัตราการเกิดโรคสูงที่สุดในโลก¹ และมีประชาชนกว่า 6 ล้านคนหรือหนึ่งในสามของประชากรเคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ การเกิดโรคมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดประเภทพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* เป็นสารก่อมะเร็งชีวภาพกลุ่มที่ 1 เนื่องจากการติดเชื้อเป็นระยะเวลานานก่อให้เกิดการอักเสบแบบเรื้อรังในท่อน้ำดี ข้อมูลสถิติในช่วงปี พ.ศ. 2559-2563 แสดงอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนลดลงจากร้อยละ 16.3 เหลือร้อยละ 11.7, 5.7, 4.7 และ 4.3 ตามลำดับ โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีอัตราการเสียชีวิต 24.8 ต่อแสนประชากร ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 1,960 ล้านบาทต่อปี² ปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคมะเร็งท่อน้ำดีคือการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากพฤติกรรมการรับประทานปลาดิบ³ การติดเชื้อในระยะแรกมักไม่มีอาการจำเพาะ ผู้ป่วยอาจมีอาการท้องอืดท้องเฟ้อเพียงเล็กน้อย ทำให้ประชาชนไม่ให้ความสำคัญกับการป้องกัน หากการติดเชื้อมีปริมาณมาก อาจพัฒนาไปสู่อาการเบื่ออาหาร ดีซ่าน และตับโต โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประเทศไทย มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 64.9 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2560 เป็น 84.3 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2564⁴ ดังนั้น การป้องกันและควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพควรเน้นการป้องกันและควบคุมพยาธิใบไม้ตับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักสุขลักษณะ

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) เป็นกรอบ

ทฤษฎีที่อธิบายกระบวนการทางจิตวิทยาซึ่งขับเคลื่อนพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ ทฤษฎีนี้เน้นการประเมินสองมิติหลัก คือ การประเมินภัยคุกคาม (Threat Appraisal) ซึ่งประกอบด้วยความรุนแรงที่รับรู้ ความเสี่ยงที่รับรู้ และผลตอบแทนจากพฤติกรรมเสี่ยง และการประเมินศักยภาพการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ซึ่งประกอบด้วยประสิทธิผลของการตอบสนอง ความสามารถตนเอง และค่าใช้จ่ายของการตอบสนอง บุคคลจะมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเมื่อมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงสูง รวมทั้งเชื่อมั่นในประสิทธิผลและความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน⁵ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรสาธารณสุขช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นและการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างยั่งยืน งานวิจัยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาได้พิสูจน์ว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎี PMT ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การศึกษาของ สวาสดี ธรรมมา⁶ และ อัญชลี สุทธิมิตร และ สุธาทิพย์ นิลพัฒน์⁷ พบว่ากลุ่มทดลองมีการปรับปรุงความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ ปรีชา ปิยะพันธ์⁸ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบแผนการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกัน แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรค และบรรทัดฐานทางสังคม การรวมทฤษฎี PMT เข้ากับแรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

จังหวัดนครราชสีมาเป็นหนึ่งในจังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับอำเภอประทาย มีพื้นที่รับผิดชอบ 13 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 4,683 คน ในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งอำเภอประทายได้จัดทำโครงการรณรงค์ตรวจโรคพยาธิใบไม้ตับในทุกหมู่บ้าน ผลการตรวจจากประชาชน 1,259 คน พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 122 คน (ร้อยละ 9.7) และติดเชื้อพยาธิอื่น ๆ 148 คน (ร้อยละ 11.8) ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประชาชนในตำบลตลาดไทรมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดแบบสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ปลาร้า ปลาซึ่ม กุ้ง ปลา ก้อยปลา ส้มตำใส่กุ้งสด ประกอบกับสภาพแวดล้อมทางสังคมในชนบท ภูมิประเทศที่มีแม่น้ำ และวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ยังคงเอื้อต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงโรคมาเรียมะเร็งตับในตำบลตลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้ทฤษฎี Protection Motivation Theory (PMT) ร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงมาเรียมะเร็งท่อน้ำดี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรง

สนับสนุนทางสังคม และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลตลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้น (Two-stage sampling) ขั้นแรกสุ่มเลือกหมู่บ้านโดยการจับฉลาก ขั้นที่สองสุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่เลือกแล้วด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกดังนี้

1. เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมาเรียมะเร็งตับ อายุ 15 ปีขึ้นไป สามารถรับรู้ รับฟัง ด้วยคำพูดและเสียงปกติ อ่านออกเขียนได้ ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุดโครงการโดยลงนามในใบยินยอม

2. เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการทดลอง ไม่ยินดีหรือไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเหตุขัดข้องส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความสามารถในการให้ข้อมูล

ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มอิสระ กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% กำลังการทดสอบ 80% อ้างอิงจากการศึกษาของเสาร์แก้ว กันทะวงศ์⁹ ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 46 คน เพิ่มเป็นกลุ่มละ 50 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย รวมทั้งหมด 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถาม แบ่งเป็น 7 ส่วน ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประสบการณ์การเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ และการใช้ส้วม

1.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 4 ตัวเลือก โดยตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.77 การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับโดยประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom¹⁰ ระดับสูง (16-20

คะแนน) ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน) ระดับต่ำ (0-11 คะแนน)

1.3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) สำหรับข้อคำถามด้านบวก และกลับกันสำหรับข้อคำถามด้านลบ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.73 การแปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Best¹¹ ระดับดี (2.34-3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และระดับไม่ดี (1.00-1.66 คะแนน)

1.4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) สำหรับข้อคำถามด้านบวก และกลับกันสำหรับข้อคำถามด้านลบ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75 การแปลผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Best¹¹ ระดับดี (2.34-3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และระดับไม่ดี (1.00-1.66 คะแนน)

1.5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) สำหรับข้อคำถามด้านบวก และกลับกันสำหรับข้อคำถามด้านลบ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.72 การแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Best¹¹ ระดับดี (2.34-3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และระดับไม่ดี (1.00-1.66 คะแนน)

1.6 แบบสอบถามการรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) สำหรับข้อคำถามด้านบวก และกลับกันสำหรับข้อคำถามด้านลบ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.71 การแปลผลคะแนนการรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติ โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Best¹¹ ระดับดี (2.34-3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และระดับไม่ดี (1.00-1.66 คะแนน)

1.7 แบบสอบถามการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 4 ตัวเลือก คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติสม่ำเสมอ มีเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อความที่มีความหมายทางบวก ได้แก่ การปฏิบัติสม่ำเสมอ (ปฏิบัติ 6-7 วัน ใน 1 สัปดาห์) ให้ 3 คะแนน การปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติ 3-5 วัน ใน 1 สัปดาห์) ให้ 2 คะแนน การปฏิบัตินานๆ ครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์) ให้ 1 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ (ไม่เคยปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์) ให้ 0 คะแนน สำหรับข้อความที่มีความหมายทางลบให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74 การแปลผลคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันโรค โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Best¹¹ ระดับการปฏิบัติดีมาก (2.26-3.00 คะแนน) ระดับการปฏิบัติดี (1.51-2.25 คะแนน) ระดับการปฏิบัติปานกลาง (0.76-1.50 คะแนน) และระดับการปฏิบัติไม่ดี (0.00-0.75 คะแนน)

1.8 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่น

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78 การแปลผลคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Best¹¹ ระดับดี (2.34-3.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และระดับไม่ดี (1.00-1.66 คะแนน)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับเกิดความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ประกอบด้วย การบรรยาย นำเสนอโดยเพาเวอร์พอยท์ การให้ชมวิดีโอ และคู่มือเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับได้ตระหนักถึงความสำคัญโรคพยาธิใบไม้ตับ และเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้สื่อวิดีโอ ไมโครโฟน เครื่องขยายเสียง คอมพิวเตอร์และเครื่องฉายภาพนิ่ง อาหารต่างๆ เช่น ลาบปลา ปลาต้ม ก้อยปลา ปลาจ่อม แก้วบอง ส้มตำ ปิ้งปลา ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 การสร้างการรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับทราบถึงผลดีของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้สื่อและอุปกรณ์คือ ไมโครโฟน เครื่องขยายเสียง คอมพิวเตอร์และเครื่องฉายภาพนิ่ง หุ่นจำลอง ภาพต่างๆ กระดาษปากกาเคมี และของรางวัล ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

พร้อมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อนบ้าน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโดยศึกษาจากตำรา ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา จากนั้นนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบความเชื่อมั่น

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ชุด ที่ตำบลหนองคาย อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's Alpha ได้ค่าดังนี้ ความรู้ = 0.77 การรับรู้ความรุนแรง = 0.73 การรับรู้โอกาสเสี่ยง = 0.75 การรับรู้ความสามารถตนเอง = 0.72 การรับรู้ผลลัพธ์การปฏิบัติ = 0.71 และการปฏิบัติป้องกัน = 0.74

3. อำนาจจำแนก สำหรับแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: K-R 20) โดยค่าอำนาจจำแนกที่ยอมรับได้คือ $r = 0.2-0.8$ ได้ค่า r เท่ากับ 0.62 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงขั้นตอนและกิจกรรมในการดำเนินงานและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างในตำบลที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และเตรียมเครื่องมือ แบบสอบถาม และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงานตามกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและตรวจสุขภาพหาไข่พยาธิใบไม้ตับก่อนการทดลอง (Pre-test) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามที่กำหนด 3 กิจกรรม พร้อมแรงสนับสนุน

ทางสังคมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับการทดลอง หลังจากนั้นเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและตรวจจุลจากระหาไข่วัยผู้ใหญ่ไม่ต่ำหลังการทดลอง (Post-test) ทั้งสองกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนาสำหรับวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สำหรับสถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มเดียวกัน และใช้ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่ NRPH 207 โดยยึด

หลักการเคารพบุคคล การให้ประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และความยุติธรรม

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.0 และ 54.0 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ย 43.44 ปี อยู่ในช่วงอายุ 31-50 ปี (ร้อยละ 40.0 และ 36.0) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 64.0 และ 60.0) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.0 และ 58.0) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 82.0 และ 78.0) และมีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 68.0 และ 62.0) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะประชากรศาสตร์ที่เหมาะสมสำหรับการเปรียบเทียบ

2. ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบตัวแปรหลักภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Mean difference	t	95% CI	P-value
		Mean±SD	Mean±SD				
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	ทดลอง	7.32±2.89	12.48±2.62	5.16	13.67	3.84-5.91	<0.001*
	เปรียบเทียบ	7.09±1.97	8.20±1.74	1.11	2.87	0.62-2.87	0.019*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ทดลอง	13.37±3.12	14.26±1.93	0.89	3.96	1.01-2.72	0.0003*
	เปรียบเทียบ	12.22±2.78	12.93±2.95	0.71	1.48	-0.49-1.98	0.29
การรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติ	ทดลอง	16.95±2.91	17.75±2.59	0.80	3.02	0.48-2.11	0.004*
	เปรียบเทียบ	15.16±2.03	16.12±2.13	0.96	1.11	0.13-2.01	0.047*
การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	ทดลอง	22.42±5.11	25.12±4.94	2.70	2.98	0.54-4.41	0.014*
	เปรียบเทียบ	22.11±4.79	22.49±4.91	0.38	0.71	-1.30-2.97	0.59
แรงสนับสนุนทางสังคม	ทดลอง	0±0	12.47±5.07	12.47	24.67	11.29-12.19	<0.001*
	เปรียบเทียบ	0±0	4.38±1.20	4.38	24.56	3.14-3.49	<0.001*

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ (Paired t-test)

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p < 0.05$) โดยความรู้เกี่ยวกับโรค

พยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นมากที่สุด (5.16 คะแนน, $p < 0.001$) ตามด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม (12.47 คะแนน, $p < 0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (3.53 คะแนน, $p = 0.003$) การปฏิบัติเพื่อป้องกัน

โรค (2.70 คะแนน, $p=0.014$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (2.60 คะแนน, $p<0.001$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (0.89 คะแนน, $p=0.0003$) และการรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติ (0.80 คะแนน, $p=0.004$) ตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียง 3 ตัวแปร ได้แก่ แรง

สนับสนุนทางสังคม (4.38 คะแนน, $p<0.001$) ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (1.11 คะแนน, $p=0.019$) และการรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติ (0.96 คะแนน, $p=0.047$) ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

3. ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของตัวแปรหลักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean Difference	S.D.d	95% CI	t	p-value
	n	$\bar{d}$	n	$\bar{d}$					
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	50	5.32	50	1.01	4.31	3.09	2.01-5.62	7.98	<0.001*
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	50	3.20	50	0.17	3.03	3.22	1.45-3.69	4.95	<0.001*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	50	2.94	50	0.99	1.95	6.98	1.66-6.79	3.33	0.0016*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	50	1.94	50	1.83	0.11	2.75	-0.39-1.59	1.20	0.23
การรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติ	50	1.28	50	0.44	0.84	3.79	-0.14-2.30	1.48	0.149
การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	50	2.32	50	0.94	1.38	6.51	0.20-4.82	2.49	0.029*
แรงสนับสนุนทางสังคม	50	12.47	50	4.38	8.09	3.94	6.94-9.32	17.24	<0.001*

หมายเหตุ: $\bar{d}$ = ค่าเฉลี่ยของผลต่าง; S.D.d = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง; * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ (Independent t-test)

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 5 ตัวแปร ($p<0.05$) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (ผลต่าง 8.09 คะแนน, $p<0.001$) ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (ผลต่าง 4.31 คะแนน, $p<0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (ผลต่าง 3.03 คะแนน,

$p<0.001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (ผลต่าง 1.95 คะแนน, $p=0.002$) และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (ผลต่าง 1.38 คะแนน, $p=0.029$) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติ (ผลต่าง -0.84 คะแนน, $p=0.149$) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (ผลต่าง -0.11 คะแนน, $p=0.23$) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม

4. ผลการตรวจอูจจาหาไข่พยาธิใบไม้ตับ

ตารางที่ 3 ผลการตรวจอูจจาหาไข่พยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	พบเชื้อ/ทั้งหมด (%)	พบเชื้อ/ทั้งหมด (%)
ทดลอง	7/50 (14.0%)	0/50 (0.0%)
เปรียบเทียบ	6/50 (12.0%)	0/50 (0.0%)

จากตารางที่ 3 ผลการตรวจจูงจาะหาไข
พยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อน
การทดลองกลุ่มทดลองมีผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 7
คน (ร้อยละ 14.0) และกลุ่มเปรียบเทียบมีผู้ติดเชื้อ 6
คน (ร้อยละ 12.0) หลังการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่พบ
ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 0.0) ผลการศึกษา
แสดงให้เห็นว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมี
อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงเป็นศูนย์หลัง
การทดลอง ซึ่งอาจเป็นผลจากการได้รับยาถ่ายพยาธิ
ตามโปรแกรมการรักษาของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลร่วมกับการมีส่วนร่วมในโครงการวิจัยที่
ทำให้ผู้เข้าร่วมมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ
มากขึ้น การลดลงของอัตราการติดเชื้อในทั้งสองกลุ่ม
สะท้อนถึงประสิทธิผลของมาตรการป้องกันและ
ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับแบบบูรณาการ

สรุปและอภิปรายผล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะ
ประชากรศาสตร์คล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศ
หญิง (ร้อยละ 52.0 และ 54.0 ตามลำดับ) อายุอยู่
ในช่วง 31-50 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และจบ
การศึกษาระดับประถมศึกษา ผลการศึกษาสอดคล้อง
กับการศึกษาของ จิตรานนท์ โกลิย์รัตนภิบาล และ
กิตติยา ไกรยราช¹² ที่พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น
เพศหญิง ร้อยละ 63.40 และเพ็ญประภา แต้มงาม
และคณะ¹³ ที่พบเพศหญิง ร้อยละ 62.2 ซึ่งแสดงให้เห็น
ว่าผู้หญิงในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการจัดการ
อาหารและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้
เพิ่มขึ้นจาก 7.32 เป็น 12.48 คะแนน และมีคะแนน
สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p<0.001$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัย
หลายการศึกษา อาทิ มณฑาทิพย์ คำเชื้อ¹⁴ ที่พบ
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้ทฤษฎี
PMT มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p<0.05$) พิรญา จันทะนะ¹⁵ ที่พบผลลัพธ์

คล้ายคลึงกัน ($p<0.001$) และศิริรัตน์ สุธิ¹⁶ ที่ได้ผล
การศึกษาในทิศทางเดียวกัน ($p<0.001$) การเพิ่มขึ้น
ของความรู้สะท้อนให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรม
สุขศึกษาที่ใช้ทฤษฎี PMT ซึ่งเน้นการสร้างความรู้
เข้าใจเกี่ยวกับโรค อันตราย และวิธีการป้องกัน

3. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพเกี่ยวกับ โรคพยาธิใบไม้ตับ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคในกลุ่มทดลอง
เพิ่มขึ้นจาก 23.12 เป็น 25.72 คะแนน และมีคะแนน
สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p<0.001$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Rujirawanich
et al.¹⁷ ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นตัว
แปรทำนายที่สำคัญต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมในกลุ่มประชากรเสี่ยง และการศึกษาของ
สวาสดี ธรรมมา⁶ ที่พบกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้
ความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p<0.001$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่ม
ทดลองเพิ่มขึ้นจาก 31.23 เป็น 34.76 คะแนน และมี
คะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p=0.003$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับ
Rujirawanich et al.¹⁷ ที่ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ความ
เสี่ยงเป็นตัวแปรทำนายที่สำคัญต่อการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม และศักดิ์ชัย กามโร และ รุจิรา ดวงสงค์ ที่
พบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีมี
ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)³

4. การประเมินการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่ม
ทดลองเพิ่มขึ้นจาก 13.37 เป็น 14.26 คะแนน อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0003$) ผลการศึกษา
สอดคล้องกับการศึกษาของ สวาสดี ธรรมมา⁶ ที่พบ
กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และ วรพรรณ
เครือคล้าย และ มลีนี สมภพเจริญ¹⁸ ที่พบการรับรู้
ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิง

บวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$)

การรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติในกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นจาก 16.95 เป็น 17.75 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี สุทธิมิตร และ สุรชาติพญ์ นิลพัฒน์⁷ ที่พบกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ด้านผลตอบแทนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ Wiriya, J. et al.¹⁹ ที่พบการสร้างความสนใจในการเห็นประโยชน์ของการหลีกเลี่ยงการบริโภคปลาดิบส่งผลให้พฤติกรรมบริโภคปลาดิบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจาก 22.42 เป็น 25.12 คะแนน และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.014$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยหลายการศึกษา อาทิ ชนิตภา วิชัยดิษฐ์²⁰ ที่พบกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) วราภรณ์ โคตรสุโพธิ์²¹ ที่ได้ผลการศึกษาในทิศทางเดียวกัน ($p < 0.001$) และ จินตพร จันทร์เทศ²² ที่พบพฤติกรรมป้องกันพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสะท้อนให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมในการถ่ายทอดความรู้และการรับรู้ไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง ซึ่งถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของการส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม จิตรานนท์ โกสีร์รัตนภิบาล และ กิตติยา ไกรยราช¹² พบว่า แม้ประชากรจะมีระดับความรู้สูง แต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นความท้าทายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดั้งเดิมที่ฝังรากลึกในวัฒนธรรมท้องถิ่น

6. แรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มทดลองมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 12.47 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มขึ้น 4.38 คะแนน โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษา

ของ มาลินี แสงฉาย²³ ที่พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ทฤษฎี PMT และแรงสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิผลในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และ อนันต์ พงษ์พันธ์²⁴ ที่พบว่าโปรแกรมที่ผสมทฤษฎี PMT กับแรงสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเพิ่มขึ้นของแรงสนับสนุนทางสังคมแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน ซึ่งมีความสำคัญต่อการรักษาพฤติกรรมสุขภาพระยะยาว ดังที่ วรพรรณ เครือคล้าย และ มลินี สมภาพเจริญ¹⁸ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

7. ผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับ

หลังการทดลอง ทั้งสองกลุ่มไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 0.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาย บุญคงตะวัน²⁶ ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ การไม่พบพยาธิในทั้งสองกลุ่มอาจเกิดจากการได้รับยารักษาพยาธิตามโปรแกรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเบื้องต้น อย่างไรก็ตาม วรุณี นามวงศ์²⁵ เตือนว่าอัตราการติดเชื้อต่ำ ยังคงสูง (ร้อยละ 16.18) หากพฤติกรรมเสี่ยงยังคงอยู่

จากผลการศึกษาและการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎี PMT ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทั้งนี้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Rujirawanich et al.¹⁷ ที่เสนอให้ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจมาบูรณาการกับกิจกรรมการรณรงค์และส่งเสริมสุขภาพในระดับท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ดังที่ ทศพล แก้วสิงห์²⁷ ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายต้องอาศัยกระบวนการติดตามและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จในการป้องกันโรคได้ ดังนั้น การดำเนินโปรแกรมควรมี

แผนการติดตามผลระยะยาวเพื่อให้เกิดความยั่งยืนใน
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย
 - 1.1 การจัดโปรแกรมสุขศึกษาในครั้งนี้ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ ดังนั้น จึงควรนำไปใช้กับพื้นที่อื่นๆหรือกลุ่มอายุอื่นๆต่อไป
 - 1.2 ในการศึกษาครั้งนี้มีการสนับสนุนการตรวจจําจาะหาไข่พยาธิและให้การรักษานรายที่ตรวจพบพยาธิ ทำให้เด็กนักเรียนตื่นตัว
 - 1.3 ควรมีการสอดแทรกความรู้เรื่องโรคมะเร็งต่างๆในการเรียนการสอน และมีสื่อประกอบต่าง ๆ
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องความยั่งยืนของประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยทำการประเมินผลซ้ำหรือติดตามหลังจากสิ้นสุดการทดลองเป็นระยะ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนและหาวิธีการส่งเสริมให้กลุ่มเด็กนักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างยั่งยืนต่อไป

2.2 สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอื่นๆ ที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

2.3 การจัดโปรแกรมสุขศึกษาในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ควรใช้รูปแบบที่หลากหลาย โดยต้องได้รับความร่วมมือจากครูและผู้ปกครอง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยกระตุ้นให้เด็กมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Hughes T, O'Connor T, Techasen A, Namwat N, Loilome W, Andrews RH, et al. Opisthorchiasis and cholangiocarcinoma in Southeast Asia: An unresolved problem. *Int J Gen Med*. 2017;10:227–37. Available from: <https://doi.org/10.2147/IJGM.S133292>
2. กองโรคติดต่อทั่วไป. รายงานประจำปี 2564 (Annual Report 2021). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กองโรคติดต่อทั่วไป; 2564.
3. ศักดิ์ชัย กามโร, รุจิรา ดวงสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของญาติผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*. 2559;22(2):5–18.
4. กระทรวงสาธารณสุข. มะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2564.
5. Floyd DL, Prentice-Dunn S, Rogers RW. A meta-analysis of research on protection motivation theory. *J Appl Soc Psychol*. 2000;30(2):407–29. Available from: <https://moscow.sci-hub.se/980/f1d93005b0aca6494238bce58005d15f/floyd2000.pdf>
6. สวาสดี ธรรมมา. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
7. อัญชลี สุทธิมิตร, สุชาติพิทย์ นิลพัฒน์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เฉพาะ. *วารสารสุขภาพออนไลน์*. 2566;8(2):275–82.
8. ปรีชา ปิยะพันธ์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี*. 2566;21(1):52–68.
9. เสาร์แก้ว กันทะวงศ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542. Available from: https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_Doi=10.14457/MU.the.1999.46
10. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill; 1971.
11. Best JW. *Research in education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.

12. จิตรานนท์ โกสิย์รัตนภิบาล, กิตติยา ไกรยราช. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดสกลนคร. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*. 2566;10(2):1–16.
13. เพ็ญประภา เต็มงาม, และคณะ. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอลำดวน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ม. อุบลราชธานี*. 2562;21(3):74–85.
14. มณฑาทิพย์ คำเชื้อง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
15. พิรญา จันทะนะ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2562.
16. ศิริรัตน์ สุธิ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในชุมชน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*. 2566;5(1):13–26.
17. Rujirawanich P, Kittivorapart J, Bualert S. Factors influencing preventive behavior of liver fluke infection among risk group in the Northeast of Thailand. *Asian Pac J Trop Med*. 2019;12(5):217–22.
<https://doi.org/10.4103/1995-7645.258439>
- 18.] รพพรณ เครือคล้าย, มลินี สมภพเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*. 2564;22(1):125–37.
19. Wirya J, Thammapalo S, Khamsiriwatchara A. Health belief model-based intervention for liver fluke prevention among villagers in Northeast Thailand: A quasi-experimental study. *Heliyon*. 2023;9(1):e12890.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e12890>
20. ชนิตมา วิชัยดิษฐ์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2562.
21. วราภรณ์ โคตรสุโพธิ์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
22. จินตพร จันท์เทศ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2565.
23. มลินี แสงฉาย. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2566;32(3):516–30.
24. อนันต์ พงษ์พันธ์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*. 2565;29(2):77–91.
25. วรุดิ นามวงศ์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำในประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2562.
26. สมชาย บุญคงตะวัน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านไทย อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพ*. 2567;4(2):1–12.
27. ทศพล แก้วสิงห์. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพ*. 2567;4(1):1–13.